

本庄市介護予防ケアマネジメント

基本方針



令和 3年 12月

本庄市福祉部介護保険課

目次

本庄市介護予防ケアマネジメント基本方針	P 1
高齢者を取り巻く背景	P 1
1 介護予防の基本的な考え方	P 1
2 マニュアル作成の経緯	P 2
第1章 介護保険制度における介護予防の位置づけ	P 3
1 介護保険制度の基本的な考え方	P 3
2 介護予防の基本的視点	P 3
第2章 介護予防・日常生活支援総合事業	P 5
1 総合事業とは	P 5
2 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類	P 6
第3章 介護予防ケアマネジメントとは	P 8
1 介護予防ケアマネジメントの全体像	P 8
2 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	P 8
3 介護予防ケアマネジメントの対象者	P 8
4 介護予防ケアマネジメントの実施体制	P 10
5 介護予防ケアマネジメントの種類	P 10
第4章 相談受付からケアマネジメント・サービス利用	P 12
1 相談からサービス利用までの手順	P 12
2 事業対象者の要件	P 13
3 相談（聞き取りと説明）	P 13
4 基本チェックリストの実施	P 13
5 介護予防ケアマネジメントの流れ・手順	P 14
6 訪問からアセスメント	P 15
7 専門家から提案する目標と具体策のすり合わせ	P 17
8 サービス計画	P 18
参考資料：自宅で行うセルフマネジメント（チラシ）	P 19
9 サービス担当者会議	P 22
10 モニタリングと評価	P 24
11 認定申請期間中のサービス利用と費用の関係	P 27
参考資料：暫定ケアプランの取扱いについて	P 28
12 請求・利用限度額管理	P 30
13-1 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託	P 32
13-2 介護予防ケアマネジメント業務における地域包括支援センターへの提出書類一覧	P 34

各種様式・参考資料	P 3 5
1 基本チェックリスト実施マニュアル	P 3 5
2 利用者基本情報	P 4 7
3 利用者基本情報の記入の仕方	P 4 9
4 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）	P 5 2
5 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	P 5 3
6 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書	P 5 4
7 【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）	P 5 7
8 個人情報使用同意書（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）	P 6 2
9 介護認定審査資料提供申請書	P 6 3
10 課題整理総括表	P 6 4
11 訪問型サービスを利用する際のチェック表	P 6 5
12 通所型サービスを利用する際のチェック表	P 6 6
13 介護予防支援サービス利用計画・実績票	P 6 7
14 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） 経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）	P 6 8
15 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表	P 6 9
16 給付管理入力票	P 7 0
17 介護予防支援委託料請求依頼書	P 7 1
18 別紙1（介護予防支援）	P 7 2
19 介護予防ケアマネジメント委託料請求依頼書	P 7 3
20 別紙2（介護予防マネジメント）	P 7 4
21 個人の情報の提供に関する同意書（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）	P 7 5
22 生活力アップサポートサービス	P 7 6
23 元気アップサポートサービス	P 7 7
24 本庄市短期集中サポートサービス	P 7 8
25 介護予防・生活支援サービス事業 通所型・訪問型短期集中サポートサービス	P 7 9
26 指定介護予防サービスの介護報酬（栄養改善加算等）について	P 8 6

本庄市介護予防ケアマネジメント基本方針

本庄市では、高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質（ＱＯＬ）の向上のため、次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント基本方針を示します。

基本方針

- ・介護予防ケアマネジメントは、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- ・介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ・介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ・介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、市民による自発的な活動によるサービスを含めた地域におけるさまざまな取組を行う者等との連携に努めます。

高齢者を取り巻く背景

1 介護予防の基本的考え方

昨今、全国的に平均寿命は延びているものの、健康寿命と10歳近くの乖離があるのが現状です。間もなく、2025年に団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢世代に達することから、今まで以上に自立期間を延伸しなければ、平均寿命と健康寿命の乖離が拡大することが懸念されていることから、改めて自立を促進できるような介護予防に積極的に取り組む必要があります。

介護保険制度は、介護保険法（以下「法」という。）の基本理念である「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活が営むことができる（法第1条）」こととしています。

そのために、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるもの（法第4条）」とされていることから、市としても「介護状態となることを予防すること」「その有する能力の維持向上に努めることへの取り組み」が必要不可欠であると考えます。

新たに取り組む「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）」は、地域の实情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にしようとするものであることから、既存の枠組みにとらわれることなく、利用者の自立を促進できる

ような多様な対応が提供可能となり、インフォーマルな支援等も含めた地域資源を積極的に活用することが重要だと考えられます。

2 マニュアル作成の経緯

本マニュアルは、総合事業を利用するにあたり、利用者が地域において自立した日常生活を送ることを支援し、適正な運用を行うため、本庄市と地域包括支援センター、介護事業者職員等がケアマネジメントを実施する際の指標とし、基本的な事項について共通認識を持つために作成することとしました。

第1章 介護保険制度における介護予防の位置づけ

1 介護保険制度の基本的な考え方

- ◆ 介護保険制度においては、①介護を要する状態となっても、できる限り在宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること②利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康の保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること、が掲げられています。介護保険制度の基本理念は「できる限り在宅で自立した生活を継続できるように支援すること」です。

【条文】介護保険法第4条第1項（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 介護予防の基本的視点

- ◆ 介護保険制度における介護予防とは、次の2つのポイントに集約されます。
 - ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと。
 - ② 要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善・悪化の遅延を図る）こと。

すなわち、①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要となります。

また、②については、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

また、その結果、早い段階から高齢者ができる限り自立した生活が送れるように支援することとなり、「自立支援」を旨とする介護保険の基本理念をより徹底することにつながります。
- ◆ 介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけを目指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものです。そして、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援し、生活の質の向上をもめざすものであり、その意味で運動機能の向上等の個々のサービスはあくまでも目標達成のための手段に過ぎません。

- ◆ これまでの介護予防関連事業では手段と目的が逆転してしまいがちで、訓練すること自体が目的になるという事態が生じていると言われていましたが、個々のサービスは、あくまでも自己目的化しないように留意する必要があります。そのためには、できる限り要介護状態にならず、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するものであることを常に意識して取り組むことが重要です。

- ◆ 介護予防の実践にあたっては、何よりも利用者の主体的な取り組みが不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関する専門職は利用者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取組が、必要なのか」を明確に、利用者が理解しやすい言葉で介護予防事業を紹介するなど、工夫を行うことも必要です。そのためには、コミュニケーションのとり方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行うことが求められます。

- ◆ 利用者ができないことを単に補う形での利用者の要望に沿ったサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存も生み出す場合があります。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、現にできない部分は適切にサポートしながら、利用者の行動変容につながる承認のスキルや自己効力感を認識できるような配慮が必要となります。
同時に目標の実現に向けた支援方法と具体的な支援内容（役割分担の明確化等）やモニタリングの徹底も重要となります。

第2章 介護予防・日常生活支援総合事業

1 総合事業とは

介護保険法(平成9年法律第123号。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。)は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものである。

具体的には、①住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指すものであります。

介護保険法4条では、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」こととされている。

(厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋)

2 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類

支援方法		事業対象者	要支援1	要支援2	
介護保険外の市場サービス 地域の集まり・自主活動 家族の支援・自助努力		日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつける。			
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護予防事業 ※65歳以上の本庄市民が対象	いきいき教室	楽しく簡単な体操等を行い、転倒や認知症を防いで、いつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
		筋力アップ教室 (はにぼん筋力トレーニング教室)	イスを使った運動をして、生活動作に必要な筋力を鍛え元気な体をつくり、いつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
		あたまとからだの健康教室	計算やゲームを取り入れながら、みんなで楽しく頭を使った脳トレを行ったり簡単な運動(はにぼん筋力トレーニング)を行い、認知症予防・閉じこもりを防いでいつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
		介護予防出前講座	お口の健康について	かむ・飲み込むなどお口の機能の低下を防ぐためのお手入れやお口の体操について学びます。	
			食事・栄養について	バランス良く、適量をおいしく食べて元気を維持する食生活や高齢期に必要な栄養について学びます。	
			運動機能の向上について (ウォーキングについて)	運動機能向上のための正しく楽な歩き方について、講話と30分程度のウォーキングをします。	
			10種目の筋力トレーニングの紹介(再確認)	介護予防の必要性のお話と、筋力トレーニングの紹介(再確認)を行います。	
			体力測定 ※筋力トレーニング教室限定	自身の体力確認のための体力測定を実施します。	
シナプソロジー	楽しく体を動かし感覚器を刺激して脳を活性化させ、注意機能や判断力などの認知機能を高めます。				

	支援方法	事業対象者	要支援 1	要支援 2
介護予防・日常生活支援総合事業	短期集中サポートサービス	保健医療の専門職が自宅等を訪問し、生活環境等を踏まえた効果的な介護予防プログラムを作成し、通所及び自宅において機能訓練を実施します。 期間：原則 3 か月（必要な場合 6 か月まで延長可能） 訪問：毎月 1 回（ただし、最初と最後の訪問以外は必要に応じて） 通所：週 1 回		
	介護予防・生活支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> 生活力アップサポートサービス 介護予防訪問介護相当サービス 	総合事業について利用限度額 (5,032 単位) の範囲内で給付管理	
		<ul style="list-style-type: none"> 元気アップサポートサービス 介護予防通所介護相当サービス 		
予防給付	介護予防サービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防訪問看護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防居宅療養管理指導 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 	利用不可	予防給付と総合事業を一体的に利用限度額 (10,531 単位) の範囲内で給付管理
	地域密着型サービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防認知症対応型共同生活介護 ※要支援 1 は利用不可 <ul style="list-style-type: none"> 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 		

第3章 介護予防ケアマネジメントとは

1 介護予防ケアマネジメントの全体像

2015（平成27）年度施行の改正介護保険法においては、要支援者等に対する「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業に移行され、地域の実情に応じた多様なサービス（通所型・訪問型・生活支援サービス等）を創出できる仕組みに見直されました。

介護予防・日常生活支援総合事業では市町村（保険者）が地域の実情に応じた柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービス提供できるよう要支援者に対して必要な支援を行う介護保険法第115条の4第1項第1号に規定する事業（以下、「サービス事業」という。）と住民主体の介護予防活動の育成および支援等を行う同法第115条の4第1項第2号に規定する事業（以下、「一般介護予防事業」という。）があります。「サービス事業」においては、予防給付で提供されていた要支援者等に対する介護予防訪問介護が「訪問型サービス」、介護予防通所介護は、「通所型サービス」として位置づけられ、その他に「その他の生活支援サービス」が設けられています。これらの訪問型、通所型、生活支援サービスは、予防給付で提供されていたサービスにとどまらず、NPOや住民等さまざまな主体による多様なサービスが含まれ、それらをマネジメントする手法を「介護予防マネジメント」と言い、サービス事業の中に位置づけられています。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものであります。

地域包括支援センター等が実施する適切なアセスメントにより、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

3 介護予防ケアマネジメントの対象者

地域包括支援センター等が実施する介護予防ケアマネジメント（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）の対象者は、支援が必要な高齢者、つまり、要支援1・2と認定された方や基本チェックリストにより判断された事業対象者です。

これら要支援者等に対する介護予防ケアマネジメントでは、本人の心身の状態像に基づき実施したアセスメントをもとに、課題を整理し本人・家族の意向も汲み取りながら、ケアプラン作成、モニタリング、評価、再アセスメント等を実施します。

以下、予防給付の利用を行う要支援認定者に対する介護予防ケアマネジメントを

『予防給付による介護予防ケアマネジメント』と、「サービス事業」を利用する要支援認定者等に対する介護予防ケアマネジメントを『事業による介護予防ケアマネジメント』と表記します。

●要支援認定者（要支援 1、要支援 2）

要介護認定を経て、要支援 1・2と認定された者については、状態像や本人および家族の意向を元に、アセスメントを行い、総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の予防給付にある「介護予防訪問看護や訪問リハビリテーション、介護予防住宅改修」等の予防サービスが必要な場合は、従来どおり予防給付から提供されることとなります。

すなわち、要支援認定者においては、下表のサービス利用の組み合わせが考えられ、①～④は「予防給付による介護予防ケアマネジメント」となるため、介護予防支援でのケアプラン作成、⑤⑥においては「事業による介護予防ケアマネジメント」の実施対象となります。

●事業対象者

事業対象者とは、相談時において基本チェックリストを実施した結果、何らかの支援が必要と判断された高齢者のことを言います。要介護認定において非該当となった場合においても、基本チェックリストを実施後、何らかの支援が必要と判断されれば事業対象者となります。事業対象者が「サービス事業」を利用する場合に、介護予防ケアマネジメントを実施し、必要なサービスが何にあたるかを検討します。

事業対象者においては、下表のサービス利用の組み合わせのうち、⑤⑥について「事業による介護予防ケアマネジメント」の実施対象者となります。

要支援 認定者	①予防給付のサービスのみを利用	予防給付による介護予防ケアマネジメント
	②予防給付のサービス＋ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」の利用	
	③予防給付のサービス＋ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」＋ 「一般介護予防事業」の利用	
	④予防給付のサービス＋ 一般介護予防事業の利用	
事業 対象者	⑤介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用	事業による介護予防ケアマネジメント
	⑥介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」＋ 「一般介護予防事業」の利用	

※予防給付のサービス：介護予防サービス（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護等）＋地域密着型サービス（介護予防小規模多機能型居宅介護等）

※介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」：・生活力アップサポートサービス・介護予防訪問介護相当サービス・短期集中サポートサービス等

※介護予防・日常生活支援総合事業における「一般介護予防事業」：各種教室（いきいき教室・筋力アップ教室等）＋介護予防出前講座（シナプソロジー・運動機能の向上について等）

4 介護予防ケアマネジメントの実施体制

予防給付および事業における介護予防ケアマネジメントは利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施することが基本となります。ただし、市町村の状況に応じて地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対して委託をすることも可能となっています。

5 介護予防ケアマネジメントの種類

事業による介護予防ケアマネジメントは「サービス事業」対象者または、予防給付のサービスを利用しない要支援認定者に対して実施します。高齢者の自立支援を考えながら、課題を整理し、目標の設定やその達成のための具体策を利用者と共有し、利用者が介護予防の取り組みを自身の生活に取り入れ、自身で評価し、実施できるように支援することが求められる考え方は介護予防支援と同様です。

事業による介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果および本人や家族の意向などを踏まえ、次の3パターンに分けて実施します。

① ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合等に実施

◇現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様

◇アセスメント

⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成

⇒サービス担当者会議

⇒利用者への説明・同意

⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付【利用者・サービス提供者へ】

⇒サービス利用開始

⇒モニタリング【給付管理】

⇒評価

◇面接によるモニタリングは、少なくとも3か月ごとに実施

◇利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

② ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

シルバー人材センター利用のみ

・指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等に実施

◇サービス担当者会議を省略したケアプランの作成

◇アセスメント

⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成

（⇒サービス担当者会議）

⇒利用者への説明・同意

⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付【利用者・サービス提供者へ】

⇒サービス利用開始

（⇒モニタリング【適宜】）

⇒評価

③ ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）

※現在、本庄市ではサービスなし

◇ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービスや配食などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合

◇初回のみ、アセスメント

⇒ケアマネジメント結果案の作成

⇒利用者への説明・同意

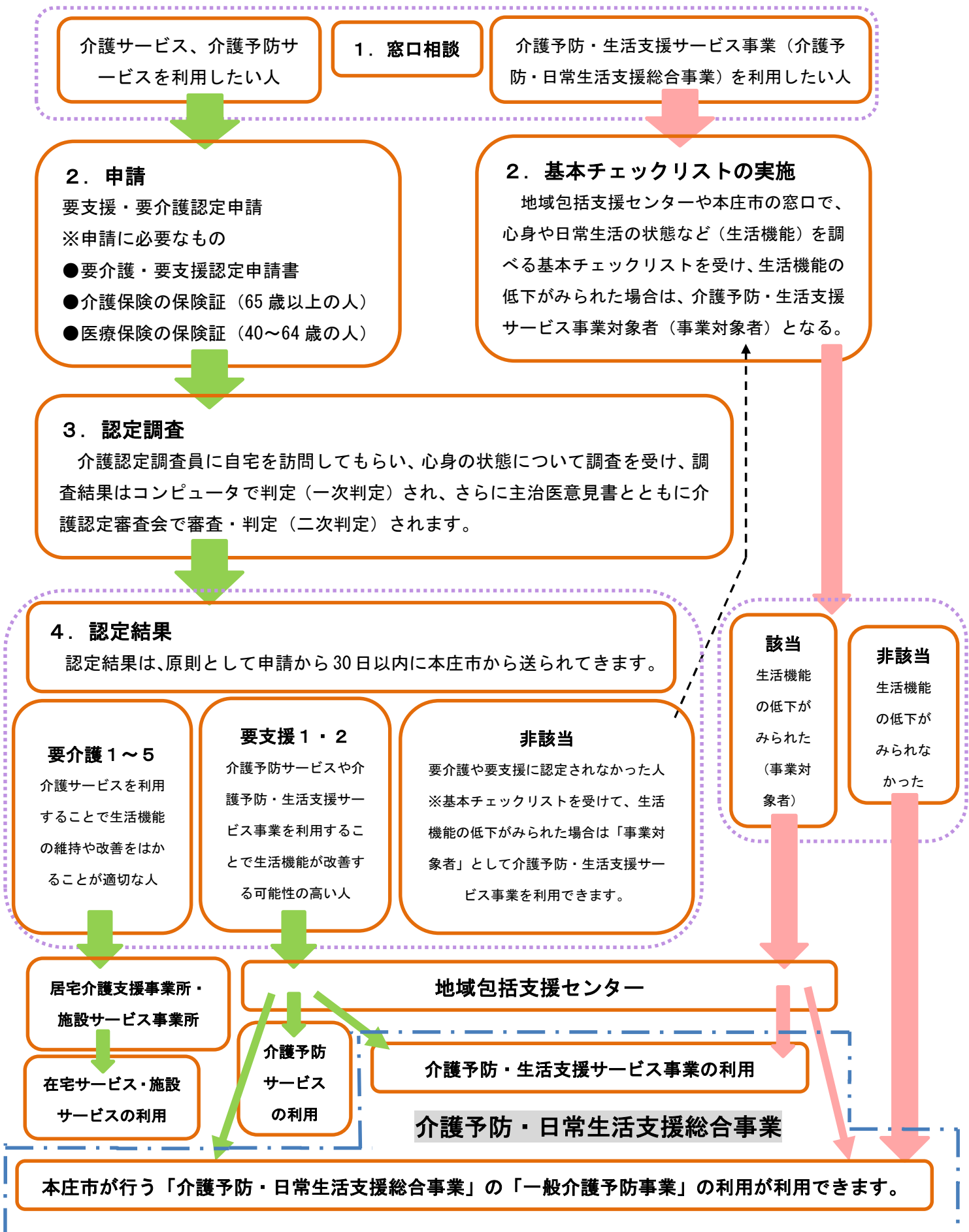
⇒提供者への説明・送付

◇モニタリング等を行わない

◇適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果をサービス提供者に送付または本人が持参（利用者の同意必要）

第4章 相談受付からケアマネジメント・サービス利用

1 相談からサービス利用までの手順



2 事業対象者の要件

事業対象者とは、65歳以上の者で相談時において基本チェックリストを実施した結果、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための支援（援助）を行う必要があると判断された高齢者の事を言います。

要介護認定において非該当となった場合においても、基本チェックリストを実施後、何らかの支援が必要と判断されれば事業対象者となります。

3 相談（聞き取りと説明）

◇本人の意向を聞き取る。

◇原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行すが、本人が来所できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聞き取る。

本人が来所できない場合の例

- ・入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある 等

◇以下の場合には、要介護認定等の申請へ

- ・明らかに要介護認定が必要な場合
- ・予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスを希望している場合 等

◇介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の説明

総合事業は、その目的や内容、手続き等について十分説明を行う。

- ・総合事業のサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること。
- ・事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること。

◇総合事業の趣旨の説明

- ・地域包括支援センターが行う効果的な介護予防ケアマネジメント（ケアプラン等）と自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化防止の推進を図る事業であること。
- ・ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。

4 基本チェックリストの実施

基本チェックリストは全部で25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定するツールです。

基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した場合、「事業対象者」として認定され、総合事業のサービスを利用することができます。

※詳しくは、基本チェックリスト実施マニュアル（様式・資料2）を参照。

聞き取り

説明

5 介護予防ケアマネジメントの流れ・手順

◇ケアマネジメントの基本的な流れは、介護給付、予防給付、総合事業のいずれかにおいても基本的な考え方は同じです。まず、アセスメントを行い、次にケアプランの原案を作成します。

事業による介護予防ケアマネジメントには3つのタイプがあり、このアセスメントの時点で①ケアマネジメントA（原則的な介護予防マネジメント）、②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）※現在、本庄市ではサービスなしのいずれかに該当するかを判断します。

次に、必要に応じてサービス担当者会議における検討のうえ、原案を固め、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画（介護予防・生活支援サービス事業における「介護予防支援計画」および予防給付における「介護予防サービス計画」を総称して「介護予防サービス・支援計画」という。）として確定します。これに基づいて、予防給付によるサービスや、介護予防・生活支援サービス事業が提供されます。サービス提供の一定期間後に地域包括支援センター等においてサービス・事業の効果を評価します。

◇介護予防ケアマネジメントは、具体的に次のプロセスと手順により実践します。

介護予防ケアマネジメントの手順

【地域包括支援センター等】

プロセス	手 順
1. アセスメント ●生活機能低下の背景・原因 および課題の分析	①基本チェックリストや利用者基本情報から情報把握 ・予防給付では、認定調査項目、主治医意見書等も活用可能 ②対象者および家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析

【地域包括支援センター等】

2. 介護予防ケアプランの作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●家族やサービス提供担当者などと共通認識	①対象者および家族と面接しながら、介護予防プランの対象となる「目標、具体策」を決定 ②家族やサービス提供担当者などと共通認識を得る。 ・介護予防ケアプランの内容について共通認識を得る。 ・サービス担当者会議を必要に応じて開催する。 (予防給付、ケアマネジメントAでは必ず開催)
--	--

【事業所】

3. サービス事業提供	①事前アセスメント ・事前実施前にアセスメントを行い、個別サービス・支援計画を立てる。 ②サービス・事業の実施
-------------	---

<p>3. サービス事業提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス・支援計画に基づき、サービスや事業を提供する。 ・効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別サービス・支援計画を見直す。 <p>③事後アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス・事業の実施後、その効果について事業所でアセスメントする。 ・その結果を地域包括支援センターに報告する。 <p>(委託の場合、委託を受けた介護支援専門員に報告し、介護支援専門員は地域包括支援センターに意見を求めることができる)</p>
--------------------	---



【地域包括支援センター等】

<p>4. モニタリングと評価</p>	<p>①利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握する。</p> <p>②事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行い、その結果として、以下のように次のサービスや事業につなぐ。</p> <table border="1" data-bbox="518 869 1460 1308"> <thead> <tr> <th></th> <th>予防給付</th> <th>地域支援事業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>改善</td> <td>介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了</td> <td>一般介護予防事業へ移行/利用を終了</td> </tr> <tr> <td>維持</td> <td>予防給付の利用を継続</td> <td>介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>サービスの見直し (変更申請・介護申請等)</td> <td>サービスの見直し (要支援・介護認定を申請等)</td> </tr> </tbody> </table>			予防給付	地域支援事業	改善	介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了	一般介護予防事業へ移行/利用を終了	維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続	悪化	サービスの見直し (変更申請・介護申請等)	サービスの見直し (要支援・介護認定を申請等)
	予防給付	地域支援事業												
改善	介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了	一般介護予防事業へ移行/利用を終了												
維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続												
悪化	サービスの見直し (変更申請・介護申請等)	サービスの見直し (要支援・介護認定を申請等)												

6 訪問からアセスメント

事業対象者について、介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整する。また、地域包括支援センターに来所した場合においても、訪問によるアセスメントを行う。

アセスメントは、利用者や家族と介護予防ケアプラン作成者との協働作業です。そのため、アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

アセスメントは、そのコミュニケーションの過程を通じて、利用者や家族に介護予防の考え方を説明したり、生活機能が低下していることを認識できるように支援したり、利用者の自立への意欲・家族への支援などを引き出していく貴重な機会でもあります。予防給付対象者は認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能の低下を自覚している場合が多いと考えられますので、その部分からインタビューを進めると良いでしょう。介護予防・生活支援サービス事業対象者自身に生活機能の低下を自覚してもらうことは、介護予防に取り組む意欲につながるため、コミュニケーションの進め方の大切なポイントとな

ります。

ポイント

- ①できていないことばかりに目を向けず、自分のできること、できそうなことを探す。
- ②能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為としてしていないものがあれば、なぜ、していないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえるように働きかける。
- ③本人や家族が目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ④家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取り組みが継続されることを活用し、環境づくりを行う。
- ⑤具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明を行う。
- ⑥コミュニケーションは言葉だけではないので、非言語的コミュニケーション（態度や表情等）に関心を寄せることが大切。

◇利用者の心情に配慮する

加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少による”あきらめ”、これ以上の機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態により、もたらされていることがあります。利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。例えば、基本チェックリスト21～25の項目を参照に、うつ症状が見られたら、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。またアセスメントの過程においては、コミュニケーションを大事にしたり、過度な負担やストレスを与えないように配慮する必要があります。

計画作成者は、アセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがいにしていたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が「またそのことができるようになりたい」と、これからの生活について主体的かつ積極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱くことができるようにすることが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わることの情報を具体的に盛り込むように努めます。

◇生活機能向上イメージ形成への支援

計画作成者は、利用者が介護予防・生活支援サービス事業や予防給付によるサービスなどを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標とする生活のイメージとして共有する必要があります。

◇初回面接における留意点

アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者像を把握し、そして面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能の低下の状態や状況について理解することか

ら始めることが大切です。初回面接では、完璧に情報を収集しようとして利用者やその家族から強引に聞き出し、利用者を不快にさせないよう信頼関係を作りながら進めることが重要です。

しかし、一方で、専門的な視点による十分なアセスメントを行わず、利用者やその家族の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されてきましたので、適切な介護予防ケアマネジメントが行われるよう、介護予防の理念や概念を再認識するようにしましょう。

7 専門家から提案する目標と具体策のすり合わせ

◇提案と合意形成に向けて

計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的視点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

◇明確な目標設定

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聞きません。

◇自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。特に介護予防を開始したときは、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効だと考えられます。

◇可能性の考察

アセスメントにあたって留意すべき点は「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に、介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるといった視点を持つことが重要です。

このためには、「できること」や「できそうなこと」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活がおくれるのか」といった具体的なイメージをもってもらい利用者と一緒に目標を立てることが重要です。

質問を工夫してみる方法の一つに、ありえない仮定をして尋ねる「ミラクルクエスチョン」があります。例えば膝痛がある方に「奇跡が起こって膝の痛みが無くなったらどうしてみたい」などと尋ねてみると本人の希望や思いが聞けるかもしれません。

8 サービス計画

◇基本的な考え方

アセスメントにより明らかにされた生活機能低下の原因や背景を考慮したうえで、今後目指す暮らしぶりのイメージ（目標）を明確に描き、それに近づくために有効な支援計画の原案を作成して、本人・家族に提案し、十分なコミュニケーションを図りながら相互の理解を深めることが基本です。

◇支援計画に盛り込む内容

・利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組み等は介護予防の重要な取組のひとつです。

・インフォーマルサポート

利用者が家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込むことも大切です。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫等も必要に応じて改善策として盛り込みます。

・予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容

生活機能の低下を予防するために利用する介護予防・サービス事業や予防給付のサービス等を選択します。

◆自宅でやるセルフマネジメント

(下記のチラシを通いの場等で利用者へ配り活用していただきます。)

チラシ表面

はにぼんがオススメするセルフマネジメント (フレイルの進行を予防しよう！)



動かない時間を減らしましょう

自宅でのちょっとした運動で体を守りましょう

- 座っている時間を減らしましょう！
立ったり、歩いたりする時間を増やしましょう。
テレビのCM中に足踏みを試してみませんか。
- 関節も柔らかく保ち、筋肉を維持しましょう。
裏面の「自宅でできる♪おすすめ筋トレメニュー」を試してみましょう。
- 天気のいい日は散歩に出かけましょう！
天気が良ければ、適度な運動として散歩はおすすめです。

バランスの良い食事をしっかり食べ、栄養をつけましょう！

- バランスの良い食事は健康に欠かせません。
多様性に富んだ食事を三食欠かさず食べることを心がけ、身体の調子を整えましょう！免疫力を維持することにも役立ちます。
- 身体（特に筋肉）を作る大切な栄養素であるたんぱく質をしっかりとることは大切です。
※食事の制限を受けている方はかかりつけ医の指示に従ってください。

口腔ケアのため、しっかり噛んで、毎日のおしゃべりも！

- 毎食後、寝る前の歯磨きを忘れずに！お口を清潔に保ちましょう。
- お口周りの筋肉を保つため、おしゃべりはとても大切です。

家族や友人との支え合いは大切です！

- 孤独を防ぐため近所の知り合いや電話などを利用して交流しましょう。
人との交流はとても大切です。家族や友人が互いに支え合い、意識して交流をしてみましょう。
- 買い物や生活の支援など困ったときの支え合いは必要です！
食材や生活用品の買い物、病院への移動などに困った際に、助けを呼べる相手をあらかじめ考えておきましょう。事前に話し合っておくことが大切です。

高齢の両親をお持ちのご家族の方もぜひ促してあげましょう！

体重は健康のパロメーター！定期的に体重の測定を心がけましょう！



おすすめ筋トレメニュー

- ゆっくり8秒声に出してカウントしましょう
- 10回で1セット、週に3回以上が目標



◆スクワット 下半身の筋肉をバランスよく鍛える

<足腰が弱い方はイスを使いましょう>



4秒間かけて股関節に意識をかけて腰を落とし、4秒間かけて元に戻す（最大90度までを目指す）。



※内股、ガニ股に注意

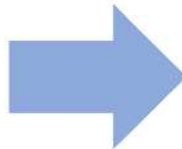


※ひざはつま先より先に出さない

◆ひざ伸ばし 衰えやすい「大腿四頭筋」を鍛える



背筋を伸ばし、イスに浅く座る。
両手でイスの座面前側を軽く押さえる。
両足は肩幅くらいに開く。



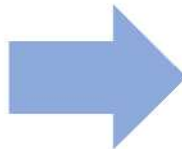
足が床と平行になるように力を入れて
4秒間で上げ、4秒間かけて元に戻す。

左右それぞれ
10回ずつ
繰り返す

◆もも上げ 大腰筋+腹筋を鍛える筋トレ



背筋を伸ばし、イスに浅く座る。
両手でイスの座面前側を軽く押さえる。
両足は肩幅くらいに開く。



ひざに力を入れて4秒間かけて胸に近づけ、
同時に上体をかがめる。4秒間かけて元に戻す。

左右それぞれ
10回ずつ
繰り返す

- 注意 痛みがある場合は、医師に相談しましょう
体調が悪い場合は、無理せずしっかり休養を取りましょう

久野譜也「60歳からの筋活」三笠書房より引用

[監修] 久野 譜也 筑波大学教授 医学博士、塚尾 晶子 つばエリネスリサーチ 保健師 博士(スポーツウエルネス学)

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<p>セルフケア 清潔・美容、排泄の自立、ＴＰＯに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健 康：毎年検診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、ＴＰＯに応じた身支度をする</p>
<p>家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家 事：炊事・掃除・洗濯などを自分で行う 用 事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p>対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関 係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役 割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動などの人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕 事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活 動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p>コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p>運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外 出：週２回くらいは買い物へ行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅 行：家族や友人と２泊３日の旅行に行く</p>
<p>知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分の事は自分で決める</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人クラブの行事・お祭りの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人クラブの行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に１回外出する、趣味を持つ</p>

出典：（介護予防マニュアル改訂委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

◇予防給付のサービス選択にあたっての留意事項

廃用症候群の予防の観点から、「通所サービス」および要支援認定者の場合であれば「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防ケアプランに積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化と社会にかかわる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善を期待できます。

「訪問型サービス」については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理など）がある利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

また、予防給付における福祉用具の利用にあたっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供されるなど、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、介護予防プランの根底となった生活目標の内容に照らし、利用の妥当性、適合性を精査することが大切です。

計画作成者は、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（老振発第0617001号平成16年6月17日）」で使用が想定しにくい福祉用具とされているものをケアプランに位置づける場合は、サービス担当者会議を通じて、専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが必要です。

◇事業所間の情報共有の必要性

介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動するという認識を持つことが必要です。例えば、通所型サービスと訪問型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を更に活かす訪問型サービスやセルフケアの内容について変更していく必要があります。

9 サービス担当者会議

◇位置づけと目的

サービス担当者会議は、原則として介護予防ケアプラン作成・変更時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的見地からの意見を求めます。

目的

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有をし、その役割を理解すること
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などをそれぞれの専門的な見地から協議すること
- ④介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するため、利用者や家族・サービス事業所等の役割を相互に理解し、連携を図ること

◇会議の構成員

構成員としては、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

介護予防ケアプラン作成者が、課題の内容に従い、効果的な検討や今後の支援につなげられるように参加者を選定します。

ポイント

サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族に対する個人情報の秘密をもちあわせないように留意が必要です。とくに、閉じこもりやうつのおそれがある場合などには、インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援担当者として重要な役割を果たすため、サービス担当者会議に出席することも想定されますが、この場合には、インフォーマルサービスの支援者も守秘義務が求められます。

◇会議の開催時期と内容

介護予防ケアプラン作成時（再作成時を含む）の会議では主に以下の内容を協議します。

- ①利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ②サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③サービス提供・支援の計画作成のための二次的アセスメント

臨時的開催（目標・サービス内容変更等による介護予防ケアプラン変更時）

本人や家族・介護予防ケアプラン作成者・サービス事業担当者・主治医等のいずれかにより、提供されているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状態に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

◇開催方法

介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催目的を利用者やその家族とサービス事業所等へ伝え、開催についての了解を得ます。

会議の場は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、地域包括支援センター等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

サービス事業所等がやむをえずサービス担当者会議を欠席する場合は、事前に利用者の状況や課題などについて確認しておきます。

◇会議の進め方

介護予防ケアプラン作成者が提示した原案について各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランを最終決定します。その際は利用者・家族に分かりやすく（できるだけ専門用語を使わないで）説明し、理解していただけるような配慮が必要です。

介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

留意点

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。

目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえで介護予防ケアプランを作成することが大切です。サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。意見の確認方法として、受診時の同行や休診時間に主治医の意見照会を行ったり、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

◇会議の記録

サービス担当者会議の内容や出席者、利用者、関係機関等との連絡や相談内容を「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

10 モニタリングと評価

◇位置づけと目的

モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、支援が介護予防ケアプランどおり実行できているか、また支援そのものが適切であるのかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防で設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

介護予防ケアプラン作成者はモニタリングやサービス事業所からの報告を基に、一定期間後に各利用者の状況を評価します。その目的は介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

モニタリングの視点と評価のポイント

- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
- ③個々のサービス等の提供やその内容が、実施の結果適切であるかどうか
- ④利用しているサービスについて利用者は満足しているか
- ⑤その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか
- ⑥日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目した評価を行います
- ⑦目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して介護予防事業や地域のインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討します
- ⑧目標が達成されない場合は、目標設定の妥当性も含め利用者・家族間の認識を確認し原因を一緒に考えます
- ⑨利用者・家族と介護予防ケアプラン作成者がともに評価し、利用者・家族間にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にします。

◇実施方法

モニタリングは、3か月に1回は家庭訪問を行う以外にも定期的に日常生活に急激な変化が生じていないか状況確認（電話や事業所訪問など）を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。

利用者やその家族との日常的な連絡調整、サービス事業所からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報を収集します。これらの実施状況については「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に随時内容を記載します。

評価を行う際には利用者の状況を適切に把握し、利用者や家族の意見を聴取する必要があるため、利用者宅を訪問して行う必要があります。

サービス事業所が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果からは、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握することができます。これらを集約し、利用者の生活全般に関する評価を行います。

◇評価の反映

評価の結果をもとに今後の方針を検討し、より利用者にとって適切なものとなるように介護予防ケアプランの見直しを行います。評価の内容は介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用します。評価を踏まえて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的に近づけていくことが必要です。

利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、要支援・要介護状態から自立までの状態変化に応じたサービス移行（介護給付や予防給付、介護予防・生活支援サービス事業、自立）がありえることをあらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

高齢者が住み慣れた地域に継続して住み続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立していくことが大切です。

◇関係機関との連携

円滑かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、市、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関、地域のインフォーマルサービスなどとの連携が不可欠です。

◇サービス事業者との連携

介護予防プラン作成者は、対象者からの情報収集の重複を抑制するとともに、サービス事業者との情報の共有化を図り、支援を行うにあたっての共通の目標やそれぞれの役割を理解して活動できるようにする必要があります。

◇主治医の医師又は歯科医師との連携

要介護認定等での主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、当該意見書を作成した主治医との連携は重要になります。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを介護予防ケアプランに位置づける場合は、医師による指示が必要です。

高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、疾患によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認をとる場合があります。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動機能向上に関して専門的な意見を更に仰ぎたい場合は、当該意見書を

作成した主治医と相談の上、治療中の整形外科医等に意見を聞くなどの連携も必要になることに留意する必要があります。

※なお、本庄市においては、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の医師又は歯科医師の意見を求めなければなりません。

◇市町村、保健・医療・福祉関係機関等との連携

市町村や地域の保健・医療・福祉関係機関や地域のインフォーマルサービスなど様々な社会資源や制度を必要に応じて活用することが必要です。

1.1 認定申請期間中のサービス利用と費用の関係

◇事業対象者が認定申請し、結果が「非該当」または「要支援」となった場合

利用サービス	認定結果		非該当の場合	要支援の場合
	費用請求区分			
給付のみ	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費		事業	予防給付
給付と事業併用	①	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
	②	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（基準緩和サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業
	②	事業費（基準緩和サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業

◇事業対象者が認定申請し、結果が「要介護」となった場合

利用サービス	要介護とする時期		要介護の場合
	費用請求区分		
給付のみ	給付サービス費		介護給付
	ケアマネジメント費		介護給付
給付と事業併用	①	給付サービス費	介護給付
		事業費（介護予防相当サービス）	介護給付
		ケアマネジメント費	介護給付
	②	給付サービス費	介護給付
		事業費（基準緩和サービス）	全額自己負担
		ケアマネジメント費	介護給付
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	介護給付
		ケアマネジメント費	介護給付
	②	事業費（基準緩和サービス）	—
		ケアマネジメント費	—

平成28年 12月 5日
本庄市保健部介護保険課長

暫定ケアプランの取扱いについて

要介護・要支援認定申請（新規・更新・介護）及び区分変更申請において、認定結果が出るまでの間、要支援又は要介護の認定を見込んだうえで作成する「暫定ケアプラン」の取扱いについて、下記のとおりとします。

記

1. 暫定ケアプランの作成にあたっては、「要支援」又は「要介護」の認定結果を見込んだうえで、居宅介護支援事業所か地域包括支援センターのいずれかが担当し、サービスの利用にあたり「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」又は「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を提出してください。
2. その後、実際の認定結果と1で提出した事業所が相違する場合は、認定日（被保険者証の認定年月日を見てください。）から3週間以内に上記届出書を提出する場合に限り、月を遡って受理することとします。

なお、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターは必ず引き継ぎを行い、サービス利用に影響が無いよう調整をお願いいたします。

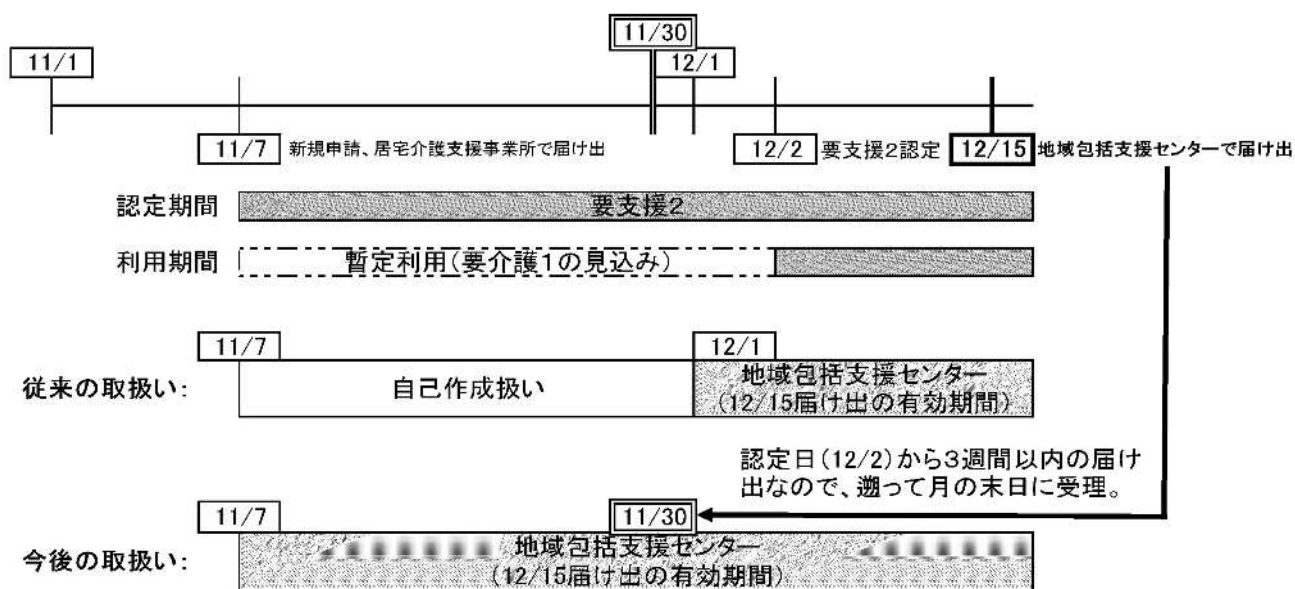
以上

※遡って届け出をされる場合のお願い※

- ・窓口は原則、市役所本庁の介護保険課です。支所窓口での届け出を希望される場合は、必ず事前に市役所本庁の介護保険課に連絡してください。支所窓口で対応できるように連絡を入れます。
- ・変更理由欄に記入したうえで、窓口で遡りが必要な旨を伝えてください。
- ・届出書の変更年月日には、遡りが必要な月の末口を記入してください。

遡って届け出を行う場合について

認定申請中にサービス利用があり、既に届け出のある居宅介護支援事業所や地域包括支援センターから事業所を変更する必要がある場合は、認定日から3週間以内であれば月を遡って届け出を受理します。



ただし、

- ①利用開始時点で居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの届け出があり、
- ②認定結果後の届け出の際に、遡りを伝えていただいたものが対象です。

①利用開始時点で居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの届け出がある

サービスの利用にあたっては、「居宅介護支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている」必要があります。しかし、月末までに届け出があれば、その月の月初から給付管理と請求を行うことが可能です。遅くとも、利用開始日の属する月内までに、まずは届け出をお願いいたします。

②認定結果後の届け出の際に、遡りを伝えていただいたもの

窓口は原則、市役所本庁 介護保険課になります。届出の際は遡りである旨を伝えてください。本庁に来庁されるのが困難な場合は、必ず事前に介護保険課へ連絡をした上で、支所窓口へ提出してください。

※上記の条件を満たしていない場合、遡りは認められません。

※届け出の遅れにより、償還払いになると、たとえ一時的であっても利用者に大きな負担と不信感を与えます。サービスの利用開始が決まりましたら、速やかに届け出をお願いいたします。

12 請求・利用限度額管理

<p>①限度額管理</p>	<p>◆本庄市が実施する総合事業のうち、給付管理の対象となるサービスは、指定事業者によるサービスとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防相当サービス（訪問型・通所型） ・基準緩和サービス（訪問型・通所型） <p>◆本庄市における事業対象者の支給限度額は、要支援1と同額となる。</p> <p>※要支援のかたが予防給付と事業を併用する場合、支給限度額の範囲内で予防給付と事業を一体的に給付管理する。</p>												
<p>②給付管理票</p>	<p>◆総合事業においても限度額管理対象サービスの利用がある場合、給付管理票の提出が必要となる。</p> <p>◆総合事業のサービスと予防給付のサービスを併用した場合も、限度額管理対象のすべてのサービスを1枚の給付管理票に記載する。</p> <p>◆事業対象者が月途中で認定申請した場合に、給付管理票に記載する区分は次のとおりとなる。</p> <table border="1" data-bbox="438 824 1460 1019"> <thead> <tr> <th>月途中の変更内容</th> <th>記載する区分</th> <th>給付管理者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業対象者 → 要支援1</td> <td>事業対象者</td> <td>包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>事業対象者 → 要支援2</td> <td>要支援2</td> <td>包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>事業対象者 → 要介護1～5</td> <td>要介護1～5</td> <td>居宅介護事業所※1</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1：入院等で要介護認定後サービス利用がない場合の給付管理者は包括支援センターとなる。</p>	月途中の変更内容	記載する区分	給付管理者	事業対象者 → 要支援1	事業対象者	包括支援センター	事業対象者 → 要支援2	要支援2	包括支援センター	事業対象者 → 要介護1～5	要介護1～5	居宅介護事業所※1
月途中の変更内容	記載する区分	給付管理者											
事業対象者 → 要支援1	事業対象者	包括支援センター											
事業対象者 → 要支援2	要支援2	包括支援センター											
事業対象者 → 要介護1～5	要介護1～5	居宅介護事業所※1											
<p>③地域包括支援センターが行うケアマネジメント費の請求方法</p>	<p>◆平成31年4月以降の提供分の請求</p> <p>介護予防支援費などと同様に、地域包括支援センターが毎月10日までに国民健康保険団体連合会へ請求する。</p>												
<p>④サービスの請求方法</p>	<p>◆本庄市が実施する総合事業のうち、指定事業者によるサービスについては、国民健康保険団体連合会へ請求する。</p> <p>※請求にあたっては、サービスコード表を参照すること。なお、最新のサービスコード表については本庄市のホームページからダウンロードができます。</p>												

※給付管理又は計画作成についての留意点

○初回加算の算定について

介護予防支援事業者等が初めて利用者に対する対応（アセスメント等）をする際の手間について「初回加算」として評価できます。

被保険者が初めて予防給付を利用する場合だけではなく、次の場合にも初回加算として評価が出来ます。

・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援を2か月以上休止しており、再開にあたりアセスメント、サービス担当者会議を実施し、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合。

・要介護者から要支援者に区分変更となり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援を提供するため、改めてアセスメント、サービス担当者会議を実施し、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合。

※変更前の指定介護予防支援事業所から委託していた居宅介護支援事業所が、引き続き介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援を受託する場合には初回加算を算定することは出来ない。

※受託する居宅介護支援事業所が変更となるが、指定介護予防支援事業所が変更されない場合、初回加算を算定することは出来ない。

○軽度者の福祉用具貸与について

要支援1・2及び要介護1の方（以下、「軽度者」という。）は、平成18年4月から、自立支援に十分な効果を上げる観点から、その状態像から見て利用が想定しにくい品目については、別に告示で定められた一定の例外となる者を除き保険給付の対象としないこととなりました。（「自動排泄処理装置」については、要介護2・3の方も軽度者の扱いとなります。）

しかし、別に告示で定められた一定の例外となる者（種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人）については、保険給付の対象として例外的に福祉用具貸与費を算定することができます。その妥当性については、原則として、要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとなります。

その後、利用実態等を踏まえ、その運用を一部見直すこととなり、平成19年4月から、認定調査票（基本調査）の活用による判定方法に加え、新しい判断基準が設けられました。

※例外給付の対象種目・対象要件等詳しくは、本庄市のホームページをご参照ください。

13-1 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託

業務の流れ	地域包括支援センター	受託居宅介護支援事業所	関係書類
業務委託契約 (新たに契約していただける事業所のみ)	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書により指定居宅介護支援事業所との業務委託契約の締結をします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●業務委託 介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書2部それぞれに署名、押印と割印をしたものを、契約締結する地域包括支援センターに提出してください。代表者印を押印後、1部お返しします。また受託される居宅介護支援事業所については、代理受領委任状の提出もお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書 ●代理受領委任状(2種)
①利用申込みの受付	<ul style="list-style-type: none"> ●新規利用の場合 原則的に、お住まいの地域の地域包括支援センターが担当します。 ●業務委託をする場合 申込者に希望の居宅介護支援事業所がある場合は、担当可能か事業所に直話し、文書または電話にて依頼します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●要支援1・2の認定を受けている方や新規申請で要支援と認定される見込みのある方が、直接受託居宅介護支援事業所に相談に来た場合についての対応 <原則> お住まいの地域の地域包括支援センターを紹介してください。相談を受けたことを、地域包括支援センターに電話連絡をお願いします。 <担当する場合> 地域包括支援センターに電話連絡をした上で、直接市役所介護保険課にて届出をお願いします。 <委託事業所変更の場合>地域包括支援センターに電話連絡の上、直接介護保険課にて届け出(介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント(変更)届出書)をお願いします。 ※届け出は予防給付及び事業対象者の認定毎に行う必要があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント(変更)届出書
②契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> ●お住いの担当地域包括支援センターが契約の締結を行い、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書の締結を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書(兼重要事項説明書)写しの提出 重要事項等を説明し、2部とも記名・押印をいただき、1部は利用者へ交付し、1部は事業所で保管してください。また、記名・押印された頁の写しを地域包括支援センターに提出してください。 ●個人情報使用同意書写しの提出 個人情報使用同意書2部に記名・押印をいただき、1部は利用者へ交付し、1部は事業所で保管してください。また、写しを地域包括支援センターに提出してください。 ●介護保険証写しの提出 届出がされた利用者の介護保険被保険者証写しの提出をお願いします。 ●介護保険負担割合証写しの提出 介護保険負担割合が2割または3割に該当する利用者のみ。写しを提出してください。 ●契約の変更 ※更新の結果、ご担当の利用者が引き続き要支援認定を受けたこと機に、担当を終了する場合は、利用者がお住いの地域の地域包括支援センターに連絡し、引き続きを行います。 ※契約期間中に担当を続ける事が困難である場合は、お住いの地域の地域包括支援センターに連絡し、引き続きを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書 ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書(兼重要事項説明書) ●個人情報使用同意書 ●介護保険被保険者証 ●介護保険負担割合証
③アセスメントの実施	<ul style="list-style-type: none"> ●初回アセスメント時には、地域包括支援センター職員が同行します。 ●通所型・訪問型サービスを利用する際のチェック表に該当した際には届け出を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●アセスメントは、基本チェックリスト、利用者基本情報、課題整理総括表の活用や、必要に応じて、主治医意見書、認定調査結果の関介を受けて実施します。 ●原則として介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際には、通所型・訪問型サービスAの指定を受けている事業所を選定して頂きます。しかしながら通所型・訪問型サービスを利用する際のチェックに該当する方は、現行相当サービスを実施する事業所からの選定が可能です。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護認定審査資料提供申請書(※主治医意見書や認定調査結果の関介を受けるための申請書) ●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●課題整理総括表 ●通所型・訪問型サービスを利用する際のチェック表
④介護予防サービス・支援計画原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> ●原則、サービス担当者会議には地域包括支援センターの職員が参加します。その上で、会議終了後に本案の確認を行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ●原案の提出 介護予防サービス・支援計画書の原案を作成します。作成後、地域包括支援センターへ提出してください。 ●計画の期間設定 利用者が一定の期間に達成可能であること等を考慮して設定し、最長1年間とします。 ●新規作成時の提出書類 新規作成時には、利用者基本情報、基本チェックリストと利用開始月のサービス利用票の提出をお願いします。 ●更新された利用者の評価終了後の提出書類 評価期間終了後、新たな介護予防サービス・支援計画書の原案を提出の際には、基本チェックリストと更新された介護保険被保険者証写しの提出もお願いします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) ●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●サービス利用票 ●介護保険被保険者証(更新されたもの)
⑤サービス担当者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> ●原則として初回、区分変更、更新の担当者会議には地域包括支援センターの職員が参加しますので、開催日の連絡をお願いします。 ●やむを得ず参加できない場合には、提出して頂いた原案に電話等で地域包括支援センターの意見をお伝えし、確定した介護予防サービス・支援計画書をお持ち頂き、地域包括支援センターの意見を記入し確認欄に確認者の氏名を明記した後、原本を居宅介護支援事業所に速やかにお返しします。 	<ul style="list-style-type: none"> ●原則として介護予防サービス・支援計画書作成時と変更時に開催します。担当者会議の内容は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記載します。経過記録 ●確定した介護予防サービス・支援計画書をお持ち頂く際には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録をお持ちください。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
⑥介護予防サービス・支援計画書の説明・交付	<ul style="list-style-type: none"> ●担当者会議終了時に確定した介護予防サービス・支援計画書の確認欄に確認者の指名を明記します。 	<ul style="list-style-type: none"> ●原案の内容を利用者・家族ならびに会議の構成員に説明し、変更点があれば修正しつつ同意が得られたら介護予防サービス・支援計画書を交付します。利用者名を記入した原本は、事業所に保管し、写しを地域包括支援センターに提出してください。 	

⑦サービス提供の連絡・調整、個別サービス計画の提出依頼		<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書を基にサービス提供事業者からサービスの依頼等連絡・調整を行います。 ●介護予防サービス・支援計画書作成時と変更時には、サービス提供事業者から個別サービス計画書の提出を求めてください。 	
⑧モニタリング		<ul style="list-style-type: none"> ●実施時期 少なくとも、サービスの評価期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して3か月に1回は、利用者宅を訪問し、面接をします。利用者宅を訪問しない月は、特段の事情が無い限り、サービス提供事業所を訪問しての面接や電話等により利用者と接触し、モニタリングを実施します。なお、状況の変化があった場合等は、必ず利用者宅を直接訪問して面接を行います。その結果については、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入してください。 ●記録の提出 サービス提供開始から6か月毎に、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録の写しを地域包括支援センターへ提出してください。 	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
⑨評価	●地域包括支援センターは、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表について確認し、意見を記入した後、原本を居宅介護支援事業所へ速やかにお返しします。	<ul style="list-style-type: none"> ●評価の時期 評価の時期は、介護予防サービス・支援計画書に位置づけた期間が終了する前や、利用者の状態が変化し計画の見直しが必要になったとき等に行います。その結果を介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表に記入します。 ●評価表の提出 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表は、地域包括支援センターへ提出してください。 	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
⑩日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整、要支援認定の申請に係る援助		<ul style="list-style-type: none"> ●経過記録 訪問・電話等での利用者との相談や、サービス提供事業者との連絡調整等を行った場合には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入します。 ●更新への援助 担当する利用者の、要支援認定の更新の申請が、遅くとも有効期間の満了日の30日前には行われるよう、必要な援助を行ってください。 ●総合事業のみの利用者の場合、包括が同行。 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護保険（要介護認定・要支援認定 要介護更新申請・要支援更新申請）申請書
給付管理票の作成・委託料の請求		<ul style="list-style-type: none"> ●サービス提供事業者から実績を確認し、サービス利用票に実績を記入したものと給付管理入力票、委託料請求書（介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて作成し、それぞれ別紙を添付）を作成します。作成後、毎月7日（6・7日が土・日曜の場合は、5日）までに地域包括支援センターに提出してください。 ●月遅れ請求に対しては、利用月の委託料請求依頼書（介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて作成し、それぞれ別紙を添付）を別に提出して下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> ●サービス利用票 ●給付管理入力票 ●介護予防支援請求書（県外の事業所） ●介護予防支援委託料請求依頼書 ●介護予防ケアマネジメント請求書（県外の事業所及び住所地特例施設入居者） ●別紙1 ●介護予防ケアマネジメント委託料請求依頼書 ●別紙2
予防給付費・総合事業費の請求	●利用実績・給付管理票から埼玉県国民健康保険連合会に予防給付費・総合事業費の請求をします。		
委託料の支払い	●介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費は、国保連からの代理受領方式によって支払います。（システム上により県外事業所及び住所地特例施設入居者については例外になります）	●システム対象外の利用者を担当している事業所には、国保連から包括に入金確認後の翌日10日までに指定された金融機関へ入金致します。	
終了者に関する書類の提出	●提出された書類を確認し、受け取り証をお渡しします。	●支援の終了 更新等の結果により、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を終了した場合は、利用者に関する書類の原本を地域包括支援センターに提出してください。 また、委託先事業所を変更する場合は、個人の情報の提供に関する同意書に利用者の記名・押印をいただき、写しを地域包括支援センター、または、引き継ぐ事業所へ渡し、原本は、これまで受託していた事業所で保管してください。その後、重要事項説明書、個人情報使用同意書の原本を地域包括支援センターにお返し頂き、それ以外の書類は、新たに担当する事業所へ引き継いでください。その際、評価期間等により、評価表を提出して頂きます。	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（重要事項説明書） ●個人情報使用同意書 ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 ●個別サービス計画書 ●個人の情報の提供に関する同意書

※ 各書類の提出窓口について

地域包括支援センターに提出の場合	確認後、提出当日もしくは後日返却いたします。お急ぎの場合は、事前に各地域包括支援センターへ電話連絡の上、お越しください。
本庄市役所に提出の場合	委託先事業所からの連絡を受けた後、地域包括支援センター職員が書類を受け取りに市役所に行きます。書類確認後、電話連絡をした後、市役所の専用レターケースに戻しますので、市役所までお越しください。給付管理票については、毎月7日までを期限といたしますが、7日が土曜日となる場合は、6日金曜の16:00まで、7日が日曜日となる場合は5日金曜の16:00までといたします。

13-2 介護予防ケアマネジメント業務における地域包括支援センターへの提出書類一覧

介護予防ケアマネジメント業務における地域包括支援センターへの提出書類一覧

業務の段階	提出書類（写し）	新規	認定の更新	プランの更新・変更	終了時
利用者との契約	●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）	○			○原本
	●個人情報使用同意書	○			○原本
	●介護保険被保険者証（届出済）	○	○		○
	●介護保険負担割合証（2割・3割の方）	○			○
介護予防サービス・支援計画書作成	●基本チェックリスト	○	○		○原本
	●利用者基本情報	○			○原本
	●介護予防サービス・支援計画書	○	○	○	○原本
	●サービス利用票	○	○	○	○原本
	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録票（担当者会議の記録・訪問記録）	○	○	○	○原本
	●課題整理総括表	△	△		△
介護予防ケアマネジメントの終了	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表		○	○	○原本
	●個人情報の提供の同意書（委託先事業所を変更する場合）				○

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録票は、6カ月ごとにも提出をお願いいたします。

基本チェックリスト実施マニュアル
(地域包括支援センター・委託居宅介護支援事業所)

平成30年5月

本庄市介護保険課

基本チェックリストの実施について

1 基本チェックリストとは

基本チェックリストは全部で25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定するツールです。

基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した場合、「事業対象者」として認定され、総合事業のサービスを利用することができます。

2 基本チェックリスト実施対象者

- ①要支援認定を受けた方で総合事業サービスのみ利用又はこれから総合事業サービスのみ利用予定の方
- ②新規の方で地域包括支援センター職員（以下「センター職員」という。）が基本チェックリストの実施を判断した方

【事業対象者】

- ①サービス事業支給費の支給限度額は、要支援1の介護予防サービス費等区分支給限度基準額に相当する額になります。
- ②利用できるサービスは総合事業サービス（訪問型サービス、通所型サービス）です。ショートステイや福祉用具などの予防給付のサービスを利用する場合は、要支援認定を受ける必要があります。
- ③事業対象者となった後でも、必要な場合はいつでも要支援要介護認定申請ができます。
- ④第2号被保険者は基本チェックリストは実施できないため、従来どおり要支援要介護認定申請をしてください。

3 基本チェックリストの実施

【更新の方の場合】（2 基本チェックリスト実施対象者 ①）

- ①市から、地域包括支援センターに更新対象者でサービスを利用していない方と総合事業サービスのみを利用している方の通知をお渡しします。
- ②地域包括支援センターが、更新対象者でサービスを利用していない方と総合事業サービスのみ利用している方の自宅を訪問し、下記のア～エについて説明し、同意を得た場合に基本チェックリストを実施します。
同意を得られなかった場合は要支援認定申請をしていただきます。
(居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けて介護予防ケアマネジメントを実施している場合は、居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーと地域包括支援センター職員で訪問します。)

- ア 基本チェックリストを用いて事業対象者となることで、更新申請よりも手続きが簡単になります。
- イ 事業対象者となってサービス利用した後も、必要時には要支援・要介護認定申請が可能です。
- ウ 基本チェックリストの判定が、非該当となった場合は一般介護予防事業は利用できません。
- エ 総合事業サービスは介護予防ケアマネジメントに基づいて、本人の有する能力に応じて自立に向けて行うサービスです。

③「基本チェックリストの考え方」を参考に本人に質問項目に回答してもらいます。

④③で基本チェックリストを実施し事業対象者と判断された場合、総合事業サービスを利用できます。事業対象者とならなかった場合、一般介護予防事業を勧めてください。

⑤本人に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を記入してもらいます。

⑥記入した基本チェックリストと「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を介護保険被保険者証を添えて、本庄市介護保険課又は市民福祉課窓口に提出してください。

（※本人家族等に持参してもらう場合は、基本チェックリストの「※担当地域包括支援センター」欄に地域包括支援センターの名称とセンター職員の名前を記入し、本人家族等に渡してください。記入されていない場合、担当センターに確認します。）

⑦「事業対象者」の介護保険被保険者証を窓口で交付又は本人の自宅に郵送します。

【新規の方の場合】（2 基本チェックリスト実施対象者 ②）

①地域包括支援センターが、新規の方の自宅を訪問し、上記のア～エについて説明し、同意を得た場合に基本チェックリストを実施します。

同意を得られなかった場合は要支援認定申請をしていただきます。

②【更新の方の場合】の③～⑥まで同じ流れになります。

③「事業対象者」の介護保険被保険者証及び負担割合証を、窓口で交付又は本人の自宅に郵送します。

【被保険者証について】

被保険者証の「認定の有効期間」始まりの部分に日付印を押印します。

※事業対象者は認定有効期限がないため、被保険者証に印字されません。

新規の方の場合は基本チェックリスト実施日から事業対象者となりますが、更新の方の場合、**要支援認定期間の終了した翌日から事業対象者とするため**、本人やサービス事業者等に誤解がないように押印します。

基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	令和 年 月 日	※担当地域包括支援センター(記入不要)	
氏名		住所	本庄市		
生年月日	大正 昭和 年 月 日生	電話	—	性別	男・女
記入者	氏名 (続柄)	記入者電話	—	自治会名	
希望するサービス	1. 通所型サービス 2. 訪問型サービス 3. その他()	世帯状況	1. ひとり暮らし 2. 2人以上で65歳以上のみ 3. その他()		

NO	質問項目	回答		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	()/5 3/5以上
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2~3Kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	20 ()/2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI =) (注)			2/2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	10/20以上 ()/3 2/3以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	()/2 No.16 該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	()/3 1/3以上
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	()/5 2/5以上
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

介護予防サービス等の利用や介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、サービス事業者へ提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

判定基準	リスク該当項目
質問項目No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般
質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能
質問項目No.11～12 までの2項目のうちすべてに該当	栄養状態
質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能
質問項目No.16に該当	閉じこもり
質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症
質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

■基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	<p>【基本】 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。</p> <p>【本庄市】 徒歩での外出は「いいえ」になります。1人で自転車やバイク等の乗り物を運転して外出する場合は「はい」、自分でタクシーやはにぽん号を予約して外出する場合も「はい」になります。近所の人との外出は「いいえ」になります。</p>
2	日用品の買い物をしていますか	<p>【基本】 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。</p> <p>【本庄市】 トイレットペーパーや洗剤などの日用品の買い物をしていれば「はい」になります。食料品は除きます。家族等と一緒に出かけ自分で選んで買い物をしている場合も「はい」になります。生協などで自分で選んで注文している場合も「はい」になります。</p>

3	預貯金の出し入れをしていますか	<p>【基本】自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。</p> <p>【本庄市】家族等に送迎してもらって出し入れを行っている場合も「はい」となります。</p> <p>管理ができていなくても預貯金の出し入れをしていれば「はい」とします。</p>
4	友人の家を月1回以上訪ねていますか	<p>【基本】友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。</p> <p>【本庄市】近所の集まりや散歩中の立ち話等、近所との関わりが持てていれば「はい」とします。</p>
5	家族や友人の相談にのっていますか	<p>【基本】家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。</p>
6から10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<p>【基本】階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。</p> <p>【本庄市】段差のあるところやスロープなどを昇る際に手すり等を使用する場合は「いいえ」となります。</p>
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	<p>【基本】椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。</p> <p>【本庄市】膝に手をつく場合も「はい」とします。</p>
8	15分位続けて歩いていますか	<p>【基本】15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。</p> <p>【本庄市】途中で止まったり休む場合は「いいえ」となります。杖や歩行器を使用している場合も「はい」となります。</p>

9	この1年間に転んだことがありますか	<p>【基本】この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。</p> <p>【本庄市】倒れて手をついたり膝をついた場合も「はい」になります。ふらついたり、よろけた場合は「いいえ」になります。はっきりしない場合も「いいえ」になります。</p>
10	転倒に対する不安は大きいですか	<p>【基本】現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。</p> <p>【本庄市】転倒することに不安がある場合は「はい」とします。</p>
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<p>【基本】6ヶ月で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。</p>
12	身長、体重	<p>【基本】身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。</p> <p>【本庄市】身長、体重ともおおよその数値でよい。</p>
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<p>【基本】半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」になります。</p> <p>【本庄市】入れ歯の噛みあわせが悪くなった場合は「はい」とします。</p>
14	お茶や汁物でむせることがありますか	<p>【基本】お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。</p> <p>【本庄市】本人の主観に基づき時々むせることがあると感じている場合「はい」とします。</p>
15	口の渇きが気になりますか	<p>【基本】口の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。</p> <p>【本庄市】判断に迷う場合、唾液が出れば「いいえ」とします。</p>
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	<p>【基本】週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。</p> <p>【本庄市】敷地の外に出た場合「はい」とします。</p>

17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<p>【基本】 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」とします。</p> <p>【本庄市】 買い物等に行かなくなったような場合は「はい」とします。</p>
18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<p>【基本】 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。</p> <p>【本庄市】 周りの人がいない場合は「いいえ」となります。包括が訪問したときに「何度も同じ事を言っている」と感じた場合は「はい」となります。</p>
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<p>【基本】 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。</p> <p>【本庄市】 携帯電話に自分で登録した番号に電話をかける場合は「はい」とします。誰かに登録してもらった場合は「いいえ」となります。部屋の壁に貼ってある電話番号を見て電話をかける場合は「はい」となります。</p>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<p>【基本】 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。</p> <p>【本庄市】 カレンダー等を見て分ければ「いいえ」とします。</p>
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<p>【基本】 ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。</p>
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<p>【本庄市】 判断に迷う場合、精神的に落ち込んでいなければ「いいえ」とします。</p>
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<p>2週間を超えて精神的に落ち込んでいる状況がある場合は「はい」となります。また2週間以内であっても「はい」とします。</p>
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	


介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		個人番号	
		生年月日	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。 事業対象者となったため			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。 事業対象者となったため			
(あて先) 本庄市長 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日			
被保険者	住所 氏名	電話番号	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

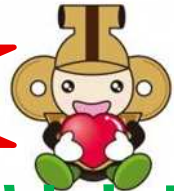
年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに本庄市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず本庄市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限	内容	期間
番号		認定年月日	平成〇年〇月〇日 (チェックリスト実施日)			開始年月日 終了年月日
住所		認定の有効期間	2.8.1			開始年月日 終了年月日
フリガナ		居宅サービス等	区分支給限度基準額			開始年月日 終了年月日
氏名		（うち種別支給限度基準額）	の種類	種類支給限度基準額		
生年月日	男・女	認定審査 の意見及 サービス 種類の指定			〇〇地域包括支援センター	届出年月日 平成〇年〇月〇日
交付年月日						届出年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 1 2 1 1 0 埼玉県本庄市本庄3-5-3 本庄市 				居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日
					介護施設等	入所等年月日
					名称	退所等年月日
					種別	入所等年月日
					名称	退所等年月日

日付印を押印します。

※認定の有効期間：記載しない
 ※区分支給限度基準額：記載しない



要支援認定の更新手続きが簡単になります！

****基本チェックリストによる判定でサービスの利用ができます****

◆基本チェックリストって？

基本チェックリストは全部で25項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。

基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当した場合、「事業対象者」として認定され、介護予防・日常生活支援総合事業サービスを引続き利用することができます。

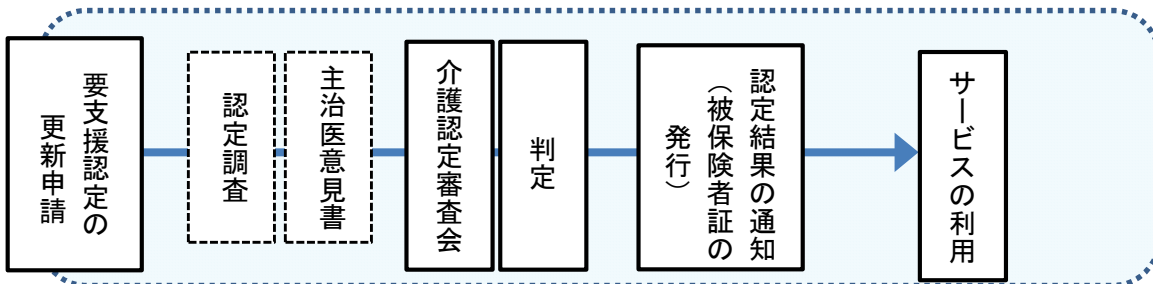
◆利用できる介護予防・日常生活支援総合事業サービス

今まで利用しているサービス(訪問型サービス・通所型サービス)を引続き利用することができます。

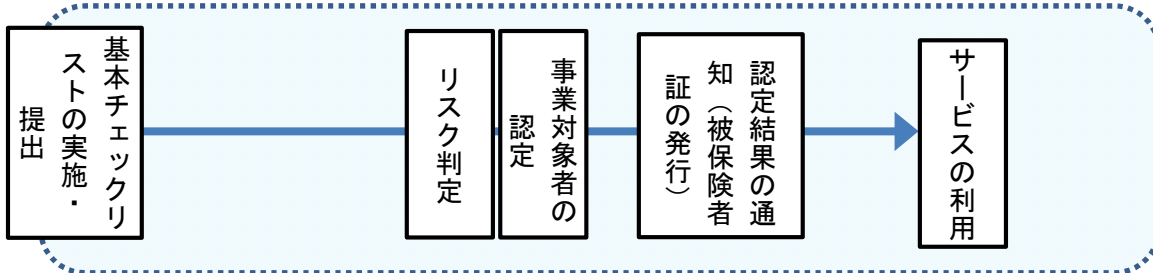
◆サービスの利用の流れ

基本チェックリストの場合、認定調査などの手続きが簡略化され、認定までの手続きの負担が軽減されます。

<要支援更新申請の場合>



<基本チェックリスト実施の場合>



- 🍀 今までどおりケアマネジャー等が行う介護予防ケアマネジメントに基づいてサービスを利用します。
- 🍀 ご本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用してください。達成後はさらなる自立に向け目標を見直します。
- 🍀 必要な場合はいつでも要支援要介護認定申請ができます。

【お問い合わせ先】

本庄市介護保険課 0495-25-1722

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会 0495-22-7088/本庄東地域包括支援センター安誠園 0495-22-6262

本庄南地域包括支援センターシャロム 0495-23-9580/児玉地域包括支援センター 0495-73-1545

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所	Tel ()		Fax ()	
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 <small>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</small>	
住 所 連 絡 先	続 柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活							
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技			
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内 容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

印

【利用者基本情報の記入の仕方】

利用者基本情報（表面）

①「作成担当者」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

②「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記載する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

相談者が利用者本人以外の場合は、相談者の氏名と続柄を記載する。

③「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入院中の場合は、その施設名を記載する。

④「本人氏名」

利用者氏名（フリガナ）及び性別、生年月日と年齢を記載し、介護保険被保険者証と一致していることを確認する。

⑤「住所」

利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥「電話番号」

利用者との連絡の取れる電話番号を記載する。

⑦「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援等認定の主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、介護予防ケアプラン作成者が、現在の状態に該当するものに○印を付ける。

事業対象者は、判定基準を確認し、介護予防ケアプラン作成者が判定し記載する。

⑧「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定の区分について、該当するものを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストを実施した場合は、「事業対象者の該当あり」または「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、実施日を記載する。

⑨「障害等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば、空欄に記載する。

⑩「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬「住所連絡先・続柄」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を確認し、記載する。高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者の自宅以外の連絡先を記載する。

また、家族が働いている場合は、自宅の他に携帯電話や家族の職場等、緊急時、確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

⑮「家族構成」

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。

利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する（ジェノグラム等）。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

この情報は、介護予防ケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に必要な情報を記載する。

⑯「今までの生活」

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰「現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）」

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや日課にしていること（散歩・園芸）等、1日の過ごし方を記載する。

例えば1日テレビを見ながら横になっていることが多いなどは、上段に記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

「趣味・楽しみ・特技」

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。

「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから順に記載する。

服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経観中（経過観察中）に○印を付ける。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師については☆印を付ける。

⑱「現在利用しているサービス」

利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。

サービス事業や予防給付などの介護保険等の公的なサービスと、地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われている非公式なサービス（インフォーマルサービス）を分けて記載する。

⑳「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報等の個人に関する記録を、介護保険施設、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

NO.

利用者名	様	認定年月日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	～	年	月	日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	地域支援事業
------	---	-------	---	---	---	---------	---	---	---	---	---	---	---	----------	---------	-------------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) _____ 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電 話 番 号	
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号		サービス開始（変更）年月日	
		年 月 日	
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電 話 番 号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
本庄市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日			
被保険者	住 所 氏 名	電 話 番 号	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- （注意）
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに本庄市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず本庄市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書

_____（以下「利用者」といいます。）と 社会福祉法人 ○○○（以下「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、次のとおり契約します。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの目的）

第1条 事業者は、介護保険法等関連法令（以下「法令」といいます。）及びこの契約に従い、利用者に対し、要介護状態の予防と、可能な限り居宅において自立した日常生活を営み続けるために利用者の選択に基づいて必要な介護予防サービス等が適切に利用できるよう、介護予防サービス・支援計画書を作成します。また、当該計画に基づいて適切な介護予防サービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関連機関との連絡調整その他の適宜の提供を行います。

2 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの内容の詳細は、別紙に記載のとおりとします。

（契約の有効期間）

第2条 この契約の期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。ただし、有効期間満了日までに、利用者からの意志表示がない場合は、この契約は自動的に更新されるものとし、以降も同様とします。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者）

第3条 事業者は、法令に定める地域包括支援センターの職員または地域包括支援センターが委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員を、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの担当者として選任し、適切な介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに努めます。

2 事業者は、前項の担当者を選任し、又は変更する場合には、利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業者側の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者に連絡をします。

3 事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

（介護予防サービス・支援計画書の変更等）

第4条 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の変更を希望する場合には、速やかに自立した日常生活に向けての検討を行い、必要に応じてその変更に向けた手続きをするとともに、これに基づき介護予防サービス等が円滑に提供されるようサービス事業者等への連絡調整を行います。

2 事業者は、利用者が介護予防サービス・支援計画書の範囲内でサービス内容等の変更を希望する場合には、速やかにサービス事業者への連絡調整等を行います。

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの記録等）

第5条 事業者は、利用者との合意のもとで介護予防サービス・支援計画書を作成して、利用者にその写し交付します。

2 事業者は、定期的に、介護予防サービス・支援計画書に記載したサービス提供の目的等の達成状況等を評価し、その結果を介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面に記載するとともに、介護予防・支援計画書の変更が生ずる場合は、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書を追記・修正し、利用者に説明のうえ、その写

しを交付します。

- 3 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント経過記録等の書面を作成した後5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

(利用者の解約等)

第6条 利用者は、少なくとも1か月前までに事業者に予告することにより、いつでも、この契約を解約することができます。

- 2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

(事業者の解除)

第7条 事業者は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、この契約を解除することができます。

(契約の終了)

第8条 利用者が医療施設等に入院(所)し、又は要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスの利用が困難となった場合には、この契約を終了するものとします。この場合には、事業者は利用者に対し速やかにその旨を通知することとします。

- 2 事業者は、この契約が終了する場合で、必要があると認められるときは、利用者が指定する居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者及び地域包括支援センター、並びに医療機関等の関係機関への関係記録の写しの引継ぎ等の調整を行うものとします。

(秘密保持)

第9条 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

- 2 事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供する事業者との連絡調整その他必要な範囲で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

(苦情対応)

第10条 利用者は、提供された介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関して苦情がある場合又は事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書に基づいて提供された介護予防サービス等に苦情がある場合には、事業者、市町村に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。また、国民健康保険団体連合会に対しても、いつでも苦情を申し出ることができます。

- 2 事業者、苦情対応の窓口及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

(その他)

第11条 事業者、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者のけがや体調の急変が合った場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

2 事業者は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施に際して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

(契約外の事項)

第12条 本契約に定めのない事項については、法令の定めるところに従い、利用者及び事業者の協議により定めます。

上記のとおり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約を締結します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所

氏 名 印

(事業者)

所在地

事業者名

代表者名

【別紙】**介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. あなたのお住まいの地域を担当する地域包括支援センター

センター名称		介護保険指定 事業所番号	(本庄市指定)
法人名			
代表者名			
所在地			
連絡先	電話	FAX	
営業日	曜日から曜日まで ただし、年末年始()を除きます。		
営業時間	午前 時 分から午後 時 分まで		
職員体制	管理者 保健師 主任介護支援専門員 社会福祉士（各1名以上）		

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行う事業者とその事業所**①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから受託する事業者**

事業者の名称			
代表者名			
所在地 (連絡先)	電話	FAX	

②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供する事業所

事業所の名称		介護保険指定 事業所番号	番号
代表者名			
所在地 (連絡先)	電話	FAX	
担当者名			
営業日			
営業時間			

3. サービスの対象者

要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という。）を対象者とします。

4. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの種類とその内容

介護予防支援 介護予防ケアマネジメントの種類	説明
<p>■介護予防支援</p> <p>■介護予防ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)</p> <p>・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合等に実施</p>	<p>■現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様</p> <p>■アセスメント</p> <p>⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成</p> <p>⇒サービス担当者会議</p> <p>⇒利用者への説明・同意</p> <p>⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付</p> <p>【利用者・サービス提供者へ】</p> <p>⇒サービス利用開始</p> <p>⇒モニタリング【給付管理】</p> <p>⇒評価</p> <p>■面接によるモニタリングは、少なくとも3か月ごとに実施</p> <p>■利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。</p>
<p>■介護予防ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)</p> <p>・指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等に実施</p>	<p>■サービス担当者会議を省略したケアプランの作成</p> <p>■アセスメント</p> <p>⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成 (⇒サービス担当者会議)</p> <p>⇒利用者への説明・同意</p> <p>⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付</p> <p>【利用者・サービス提供者へ】</p> <p>⇒サービス利用開始 (⇒モニタリング【適宜】)</p> <p>⇒評価</p>
<p>■介護予防ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)</p>	<p>■ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービスや配食などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合</p> <p>■初回のみ、アセスメント</p> <p>⇒ケアマネジメント結果案の作成</p> <p>⇒利用者への説明・同意</p> <p>⇒提供者への説明・送付</p> <p>■モニタリング等を行わない</p> <p>■適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果をサービス提供者に送付または本人が持参(利用者の同意必要)</p>

5. サービスの内容

- (1) 事業者は、利用者自らが要介護状態になることを予防し、居宅において日常生活を営むために必要なサービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況等を勘案して、その上で利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた介護予防サービス・支援計画書を作成するとともに、これに基づいてサービス提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (2) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の生活機能の状況等を勘案し、適切なサービスが多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう努力します。
- (3) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することがないように、公正中立に行います。
- (4) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにあたっては、医療サービスとの連携に十分配慮いたします。
- (5) 事業者は、介護予防サービス・支援計画書の作成後においても、利用者やその家族、サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス・支援計画書の実施状況を把握するとともに、利用者について解決すべき課題を把握し、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (6) 前項の介護予防サービス・支援計画書の実施状況、解決すべき課題等について適切な記録を作成・保管し、利用者に対して継続的に情報提供し、説明等を行います。

6. 介護予防サービス・支援計画原案の作成

- (1) 介護予防サービス・支援計画書原案の作成は、これらの業務を行う事業者（または事業者が委託した居宅介護支援事業所）」と利用者との間で契約を締結して作成します。
- (2) 介護予防サービス・支援計画書原案作成の業務を受託した居宅介護支援事業者は、本契約の趣旨を尊重して介護予防サービス・支援計画書原案作成業務に従事することとします。
- (3) 事業者は、介護予防サービス・支援計画書原案作成について、居宅介護支援事業者に助言・指導するとともに、作成された介護予防サービス・支援計画書原案について内容の妥当性を評価し意見を付します。

7. 介護予防サービス・支援計画作成の担当者

事業所	
所在地	
電話番号	
担当者	

8. 市町村への届出

この介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのサービスを受ける際には、その旨を市町村に届け出て、被保険者証に記載する必要があります。具体的な手続は上記の担当者もしくは介護支援専門員にご相談ください。

9. 利用者負担

- (1) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担金はありません。
- (2) 事業者の担当者もしくは居宅介護支援事業者の介護支援専門員が、通常のサービス提供地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

10. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合には、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	()

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口にご連絡願います。

【地域包括支援センター】 名称	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間
【事業所】 名称	所在地 電話番号 FAX番号 対応時間

(2) 公的機関においても、次の機関においても苦情申出等ができます。

本庄市介護保険課 高齢者包括支援係	所在地 本庄市本庄3-5-3 電話番号 0495-25-1722 FAX番号 0495-23-1963 対応時間 8:30~17:15 (土・日・祝日・12/29~1/3を除く)
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	所在地 さいたま市中央区大字下落合1704 電話番号 048-824-2568 FAX番号 048-824-2561 対応時間 8:30~正午、13:00~17:00 (土・日・祝日)

※国保連は、介護予防支援に関する苦情のみの対応になります。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地
法人名
事業所名
代表者 印
説明者 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所
氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住所
本人との続柄
氏名 印

個人情報使用同意書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整、並びに地域ケア個別会議等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る）

3 使用する期間

令和 年 月 日から契約終了日まで

4 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払うこと。

(2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最小限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることがないように厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。

(3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

5 個人情報の内容（例示）

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

(2) 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）

(3) その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます

令和 年 月 日

様

様

上記2に該当する関係者

様

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選定した場合）住所 _____

氏名 _____ 印 _____

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

介護認定審査資料提供申請書

年 月 日

(あて先)本庄市長

○申請者(事業者以外の場合)

住 所

氏 名

対象者との続柄()

○事業者が申請する場合

事業者住所

事業者名 ㊦

担 当 者

下記の者に係る介護認定審査資料の提供を申請します。

対 象 者	住 所											被保険者 番 号										
	氏 名											生年月日	年	月	日	性別	男女					
		本人が届出している居宅介護支援事業者名																				
提 供 資 料		提供を希望する資料の番号に○を付けてください。 1 認定情報 2 特記事項 3 主治医意見書 4 その他()																				
申 請 理 由		提供の理由について該当する番号に○を付けてください。 1 居宅サービス計画作成のため 2 その他(具体的に)																				

※提供することについて対象者本人の同意のない資料及び医師の同意のない主治医意見書の提供はできません。

※居宅サービス計画作成を理由とした申請にあつては、対象者から提出のあった「居宅サービス計画作成依頼(変更)届」に記載された事業者に限られます。

※提供の際に資料を複写(提供資料の1及び2のみ可能)した場合は、第三者に対して、複写し、又は閲覧に供しないでください。

処 理 欄	閱 覧 複 写
-------	------------

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 障害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③
		④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
食事	食事内容		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
排泄	排尿・排便		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
買物		自立	見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
コミュニケーション能力			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
認知			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
社会との関わり			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
居住環境			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化
				改善 維持 悪化

利用者及び家族の 生活に対する意向		見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

訪問型サービスを利用する際のチェック表

〇〇地域包括支援センター

〇〇居宅介護支援事業所

◎下記の項目に1つでもチェックが付く場合は、現行相当サービスを利用してください。

被保険者番号	被保険者名
1 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある	
家族に認知症、精神・知的障害のある方がいて、サービスを提供するのに専門的な支援が必要である	
2 退院直後（※短期集中Cでの機能向上が見込まれない場合に限る）で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要である	
3 心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活に支障がある	
4 ストーマケアが必要である（自分でストーマの交換などができる場合は除く）	
5 住まいがごみ屋敷となっているなど社会と断絶しており、専門的な支援が必要である	
6 その他の理由で専門的な支援が必要な場合（下記の【状況】欄に詳しい状況を記載してください。）	
【状況】	

※判断に迷う場合は介護保険課高齢者包括支援係に問い合わせてください。

現行相当サービスの利用の場合、この書類を高齢者包括支援係に提出してください。

※退院直後の方や、集中的な機能向上を要する方につきましては積極的に短期集中サポートサービスの利用についてもご検討ください。

※**住所地特例（他市町村）の方の場合はシルバー人材センターによる生活力アップサポートサービスは利用できません。**

通所型サービスを利用する際のチェック表

〇〇地域包括支援センター

〇〇居宅介護支援事業所

◎下記の項目に1つでもチェックが付く場合は、現行相当サービスを利用してください。

被保険者番号	被保険者名
1 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある	
家族に認知症、精神・知的障害のある方がいて、サービスを提供するのに専門的な支援が必要である	
2 退院直後（※短期集中Cでの機能向上が見込まれない場合に限る）で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要である	
3 心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活に支障がある	
4 ストーマケアが必要である（自分でストーマの交換などができる場合は除く）	
5 住まいがごみ屋敷となっているなど社会と断絶しており、専門的な支援が必要である	
6 その他の理由で専門的な支援が必要な場合（下記の【状況】欄に詳しい状況を記載してください。）	
【状況】	

※判断に迷う場合は介護保険課高齢者包括支援係に問い合わせてください。

現行相当サービスの利用の場合、この書類を高齢者包括支援係に提出してください。

※退院直後の方や、集中的な機能向上を要する方につきましては、積極的に短期集中サポートサービスの利用についてもご検討ください。

(介護予防支援サービス利用計画・実績票)

令和 年 月分 介護予防支援サービス利用計画・実績票

保険者番号				保険者名				本庄市				居宅介護支援事業所 担当者名				作成年月日				令和 年 月 日																																																																																																																															
被保険者 番号				フリガナ 被保険者氏名				保険者 確認印				届出年月日				令和 年 月 日																																																																																																																																			
生年月日				明・大・昭				性別				男・女				要支援区分				要支援 1 2				区分支				単位/月				限度 額適 用期				令和 年 月 日から				令和 年 月 日				利用 単位 数		利用 金額		利用 自己 負担 額																																																																																																			
要支援区分 変更後要支 援区分				要支援 1 2				平成 年 月 日				給限度 基準額				月間サービス計画及び実績の記録																																																																																																																																			
提供時間帯				サービス内容				サービス事業者事業所名				日付				1				2				3				4				5				6				7				8				9				10				11				12				13				14				15				16				17				18				19				20				21				22				23				24				25				26				27				28				29				30				31				合計 回数							
												曜日																																																																																																																																							
												予定																																																																																																																																							
												実績																																																																																																																																							
												予定																																																																																																																																							
												実績																																																																																																																																							
												予定																																																																																																																																							
												実績																																																																																																																																							
												予定																																																																																																																																							
												実績																																																																																																																																							
												予定																																																																																																																																							
												実績																																																																																																																																							
合				計																																																																																																																																															

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

計画作成者氏名

年月日	内 容	年月日	内 容

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日 _____

利用者名 _____ 殿

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--------	--------------	---	--

給付管理入力票

令和 年 月分

利用者氏名

被保険者番号

被保険者生年月日

M・T・S 年 月 日

要介護状態

要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者

限度額適用期間

令和 年 月から令和 年 月

支給限度額

_____ 単位

委託先居宅介護支援事業所番号

担当介護支援専門員氏名

介護支援専門員番号

ケアプラン作成

初回 ・ 継続 ・ 変更

サービス利用実績

事業所名	事業所番号	種類コード	合計単位数

介護予防支援 委託料請求依頼書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者

印

介護予防支援委託料（ 年 月分）の請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 _____ 円

2. 請求内訳
別紙1のとおり

(振込先) _____銀行_____支店
預金種目（普通 ・ 当座 ・ その他）
口座番号 _____
口座名義人^{フリガナ}_____

別紙1 (介護予防支援)

*受託業務内容に○をつけ、計と合計に金額をご記入ください。

NO.	被保険者番号	氏名	介護予防支援費 (4,380円)	初回加算 (3,000円)	介護予防支援 委託連携加算 (3,000円)	計 円
			合 計 円			

介護予防ケアマネジメント 委託料請求依頼書

令和 年 月 日

様

住 所
事業所名
代表者

印

介護予防ケアマネジメント委託料（ 年 月分）の請求を依頼いたします。

1. 請求金額 金 _____ 円

2. 請求内訳
別紙2のとおり

(振込先) _____銀行 _____支店
預金種目（普通 ・ 当座 ・ その他）
口座番号 _____
口座名義人^{フリガナ} _____

別紙2 (介護予防マネジメント)

*受託業務内容に○をつけ、計と合計に金額をご記入ください。

NO.	被保険者番号	氏 名	介護予防ケアマネジメント費 (4,380 円)	初回加算 (3,000 円)	介護予防ケア委託連携加算 (3,000 円)	計 円
			合 計 円			

個人の情報の提供に関する同意書 (介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で提供することに同意します。

記

A 提供する目的

令和 年 月から介護、介護予防、介護予防・生活支援サービス事業又は地域密着型のサービスを利用するにあたって、現在、契約している地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所から、同サービスの計画を作成することになる介護保険法第5章に定める事業者又は施設等に、必要な情報を提供することにより、円滑にサービスの利用ができるようにすることを目的とする。

B 提供にあたっての条件

個人情報の提供は、Aに記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

C 個人情報の内容（例示）

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護予防支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・介護予防サービス・支援計画の内容
- ・その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

事業所 _____ 様

事業所 _____ 様

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選定した場合）住所 _____

氏名 _____ 印

利用者家族代表 住所 _____

氏名 _____ 印

住み慣れた地域でいつまでも
「元気に」、「はつらつと」

生活力アップ サポートサービス



自立した生活を営むために、利用者と一緒に訪問介護員が洗濯や掃除などの日常生活上の支援を行います。

○サービス内容

生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除 ・調理 ・買物 ・衣類の洗濯・アイロンがけ ・整理整頓 ・薬の受取り 等 <p>★この他にも利用者が「元気に」「はつらつと」過ごしていただくための支援を行います。</p>
サービス提供事業所	本庄市ホームページに掲載します。



○料金

対象者	回数	料金
要支援1・2 事業対象者	週1回	負担割合が1割の方の場合 1回215円 (2割の方の場合 1回430円) (3割の方の場合 1回645円)
要支援1・2 事業対象者	週2回	負担割合が1割の方の場合 1回218円 (2割の方の場合 1回436円) (3割の方の場合 1回654円)
要支援2 (事業対象者)※	週3回	負担割合が1割の方の場合 1回230円 (2割の方の場合 1回460円) (3割の方の場合 1回690円)

※退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる状態等の場合に利用できます。

◆お問合せ◆

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会	0495-22-7088
本庄東地域包括支援センター安誠園	0495-22-6262
本庄南地域包括支援センターシャローム	0495-23-9580
児玉地域包括支援センター	0495-73-1545
本庄市介護保険課	0495-25-1722

住み慣れた地域でいつまでも
「元気に」、「はつらつと」

元気アップ サポートサービス



デイサービスの施設に通って実施するサービスです。

○サービス内容

<p>はにぽん筋力 トレーニング (通称はにとれ)</p>	<p>本庄市が推奨するはにぽん筋力トレーニングを実施します。 はにぽん筋力トレーニングは地域のサロン等で実施され、たくさんの方が「元気に」「はつらつと」毎日を過ごされています。</p> <p>★この他にも利用者が「元気に」「はつらつと」過ごしていただくためのメニューがあります。</p>
<p>サービス提供事業所</p>	<p>本庄市ホームページに掲載します。</p>



○料金

対象者	回数	料金
要支援1 事業対象者	週1回	負担割合が1割の方の場合 1回307円 (2割の方の場合 1回614円) (3割の方の場合 1回921円)
要支援2 (事業対象者)※	週2回	負担割合が1割の方の場合 1回316円 (2割の方の場合 1回632円) (3割の方の場合 1回948円)

※退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる状態等の場合に利用できます。

◆お問合せ◆

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会	0495-22-7088
本庄東地域包括支援センター安誠園	0495-22-6262
本庄南地域包括支援センターシャローム	0495-23-9580
児玉地域包括支援センター	0495-73-1545
本庄市介護保険課	0495-25-1722

階段の昇り降りが大変

転びやすくなった

元気な毎を送るために

本庄市短期集中サポートサービス

保健医療の専門職が集中して関わることで、利用する方の生活機能の向上を目指すことを目的とした事業になります。

対象者

- ①または②に該当する方
- ①介護保険の要支援認定を受けている人
 - ②基本チェックリストにより運動機能の低下が認められた人

内容

保健医療の専門職が自宅を訪問し、生活環境等を踏まえた効果的な介護予防プログラムを作成し、通所または自宅において機能訓練を実施します

料金

無料

期間

3か月（最長6か月）

サービス事業者

吉沢病院

* 注意点 *

- ・サービス終了後は、できるだけ地域の通いの場やボランティア活動に参加し、介護予防に取り組んでください
- ・原則、再度の利用は認められません



まずは各地域包括支援センターへご相談ください!!

【お問い合わせ先】

本庄市介護保険課

0495-25-1722

本庄西地域包括支援センター本庄市社会福祉協議会

0495-22-7088

本庄東地域包括支援センター安誠園

0495-22-6262

本庄南地域包括支援センターシャローム

0495-23-9580

児玉地域包括支援センター

0495-73-1545

介護予防・生活支援サービス事業

通所型・訪問型短期集中
サポートサービス

ことぶきはつらつ大学校
(健康・長寿・元気)

包括支援センター用
実施マニュアル

平成 29 年 4 月
医療法人社団寿会 吉沢病院

目次

【本事業の流れ】

1・受付

- ①申込み方法

2・サービス担当者会議

- ①サービス担当者会議について
- ②契約書、重要事項説明書について
- ③個人情報保護について
- ④安全への配慮について

3・送迎サービス

- ①送迎サービスについて
- ②送迎地域
- ③待合場所
- ④時間と曜日
- ⑤キャンセルについて

4・通所型・訪問型短期集中サービスの開始

- 4-（1）初回訪問型短期集中サポートサービス（アセスメント）
- 4-（2）通所型短期集中サポートサービス
 - ①プログラムの作成・実施
- 4-（3）終了時訪問型短期集中サポートサービス（アセスメント）

5・サービス担当者会議

- ①今後の方針について

6・方針決定の協議

7・サービス全体の流れ

1・受付

① 申込み方法

参加する者については、地域包括支援センターまたは介護支援専門員より、事業所へ以下の書類提出を依頼する。

- ・利用申し込み書 . . . ①
- ・利用者基本情報 . . . ②

また、要支援者では、慢性疾患を抱えている人が多く、本事業を、安全に実施していくために、必要に応じて、主治医より日常診療中での心身の状況、健康状態等の情報提供を、地域包括支援センターまたは介護支援専門員より提供を依頼する場合がある。

- ・主治医からの情報および意見書 . . . ③

参加申込みは、利用開始月の前月 15 日までとし、それ以降の参加申込みについては、翌々月からの利用開始とする。

但し、やむを得ない事情もしくは、退院直後等で、本事業の利用に適していると判断された者については、この限りではない。

2・サービス担当者会議

① サービス担当者会議について

当事業所の担当窓口が参加する。開催場所については、対象者の自宅での開催が望ましいが、当事業所または包括支援センターにて実施する場合がある。

担当者会議では、ケアプランの原案作成、修正、決定を行うほか、事業所との契約書など関係書類の手続き、利用日時、送迎の有無等の確認、その他連絡事項等を説明する。

- ・ケアプラン表
- ・サービス提供票
- ・参加者の皆さまへ
- ・パンフレット

② 契約書、重要事項説明書について

対象者が本事業を利用する場合には、利用開始前に、以下の書類についての説明を行い、署名捺印の上、契約を締結しなければならない。

- ・契約書
- ・重要事項説明書

③ 個人情報保護について

本事業を安心して利用するために、事業所が業務上に知りえた情報については、漏洩等がないよう、個人情報取り扱いマニュアルを整備する。

対象者が本事業を利用する場合には、利用開始前に、個人情報の使用に関する同意書に、署名捺印の上、同意を得なければならない。

- ・個人情報使用同意書

④ 安全への配慮について

本事業を安全に実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する。また、医療機関とも連携を図り、事故に速やかに対応し、必要に応じて、緊急連絡先を利用し速やかに連絡ができる体制を図る。

- ・緊急連絡先記入用紙

3・送迎サービス

① 送迎サービスについて

対象者が公共交通機関を用いる外出などが困難な場合は、送迎サービスを行うなど、地域の交通機関に応じ必要に応じて対応する。なお、送迎サービスを行う場合は、利用者全体の利用状況や地域に応じて検討する。また、送迎マニュアルを整備する。

送迎サービスを利用する対象者には、待合場所、時間、曜日等が記載されている別紙を、利用前に配布する。

- ・送迎を利用する方へ

送迎利用を希望する場合は、基本的には往復での送迎希望とする。但し、往路・復路のいずれかで希望の場合については、担当者会議の際に必ず、当事業所に対して、事前に報告が必要である。

② 送迎地域

送迎地域は、概ね、本庄市を5つの地域別に下記の通り区分けする。

- A地区・・・仁手、台町、東台、寿、東五十子、堀田、宮戸 他
- B地区・・・久々宇、本町、中央、小島、千代田、旭、山王堂 他
- C地区・・・前原、駅南、朝日町、四季の里、栗崎、東富田、柏 他
- D地区・・・児玉共栄、児玉上真下、児玉入浅見、児玉下浅見 他
- E地区・・・児玉町児玉の地区より以下南側方面

- ・送迎地域図・・・④

③ 待合場所

待合場所は、自宅付近の待合場所を当事業所にて指定し、その場所にて乗車するまでの間、待機する。

但し、市街地など駐停車困難な場所もしくは、時間より早く待合場所へ到着している場合には、自宅へ行くことを事前に説明する。

また、住んでいる地区により送迎困難な時は、最寄りのバス停などを待合場所に指定する場合がある。

④ 時間と曜日

担当者会議にて決定した対象者の希望曜日に添えるよう工夫し、事業所は送迎時間や曜日、場所などの記載した送迎表を管理する。但し、地域性を考慮し、やむを得ず希望日に添えない場合には、双方が協議の上、決定する。

⑤ キャンセルについて

送迎を利用する対象者は、当日の午前 10 時までに、必ずキャンセルの連絡をすること。キャンセル料は無い事とする。

4・通所型・訪問型短期集中サポートサービスの開始

4-（1）初回訪問型短期集中サポートサービス（初回訪問）

実施担当者は、地域包括支援センターまたは介護支援専門員が提出した書類等を参考にし、初回訪問型短期集中サポートサービスとアセスメントを実施するため、対象者の自宅を訪問する。

訪問時には、日常生活における自立度等の調査および健康状態・生活習慣・体力水準などの個別の状況を把握する。

事業所は、実施前と実施後のアセスメントの結果については、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターまたは介護支援専門員へ適宜報告を行う。

- ・初回PT問診評価表
- ・日常生活関連動作評価表

4-（2）通所型短期集中サポートサービス

① プログラムの作成・実施

初回のアセスメントに基づき、個人別に実施計画（原案）を作成し、対象者の承認を得る。実施計画では、目標・実施時間・実施曜日・送迎の有無などを記載する。新規、随時の受け入れ時の対応については、レッスンの流れをもとに、取り組む。

また、個人別に、運動の種類・負荷の強度・頻度・1回あたりの時間・実施形態などの個人別プログラムを作成する。個人別プログラムについては、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターまたは介護支援専門員へ適宜報告し、ケアプランと連動した内容になるように作成する。

集団では、それぞれが適切なレベルで運動ができるような工夫を行い、通所型へ参加されない日でも、自主的に運動ができるような集団での活動プログラムを作成する。

・レッスンの流れ・・・⑤



4- (3) 終了時訪問型短期集中サポートサービス（終了時訪問）

個人別プログラムと集団プログラムの開始から3ヵ月後、対象者の自宅にて、目標の達成状況や日常生活活動能力の改善状況等を含めた、終了時訪問型短期集中サポートサービスとアセスメントを行う。

目標が達成されたか、個別の体力要素が改善したか、主観的健康観の改善が認められたかを総合的に評価し、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターおよび介護支援専門員への報告を行う。

・終了評価表

5・終了時のサービス担当者会議

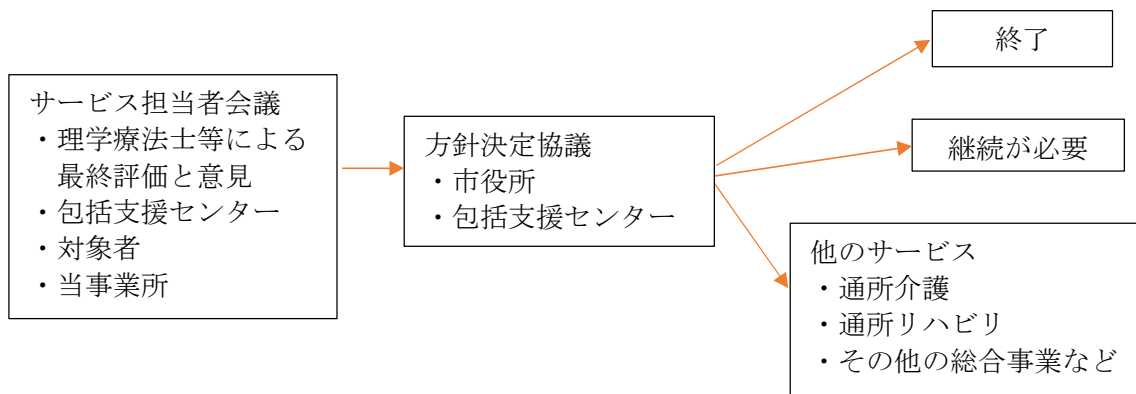
① 今後の方針について

サービス担当者会議は、対象者、包括支援センター担当者、当事業所が参加する。開催場所については、対象者の自宅での開催が望ましいが、当事業所または包括支援センターにて実施する場合がある。

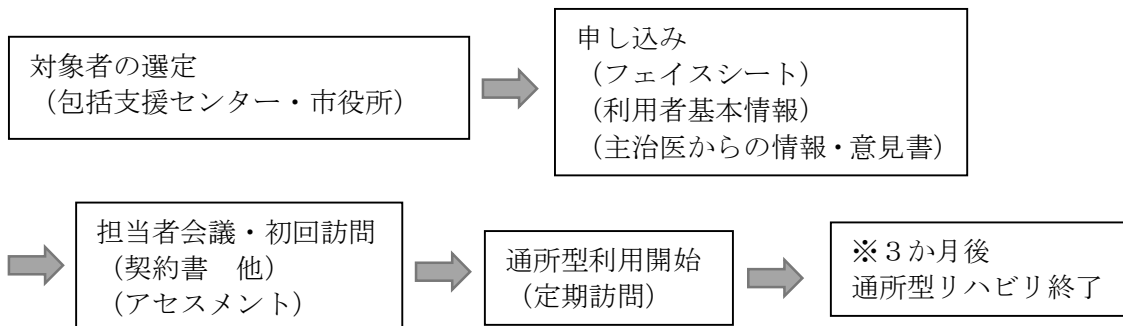
理学療法士または作業療法士による最終評価に基づき、包括支援センター担当者や本人の意見を踏まえ、本事業を終了もしくは継続、他のサービスの利用が望ましい等を話し合う。

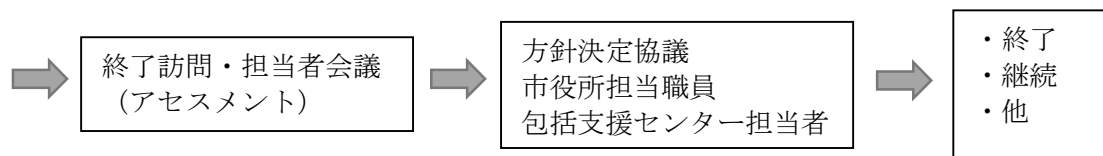
6・方針決定の会議

5・終了時のサービス担当者会議にて話し合いを実施した結果を、包括支援センター担当者を通じ、市役所担当職員へ報告をする。その後、市役所担当職員および包括支援センター担当者にて、最終的な対象者の今後の方針を決定する。



7・サービスの全体の流れ





指定介護予防サービスの介護報酬（栄養改善加算等）について

運動機能向上加算の取扱いについて〔老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 別紙1 第2の7(2)〕

- ① 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ資料リテーションにおいて運動器機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意しつつ行うこと。
- ② 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うものであること。
- ③ 運動機能向上サービスについては、以下のアからキまでに掲げるとおり、実施すること。
 - ア 利用者ごとに看護職員等の医療従事者による運動器機能向上サービスの実施に当たってのリスク評価、体力測定等を実施し、サービスの提供に際して考慮すべきリスク、利用者のニーズ及び運動器の機能の状況を、利用開始時に把握すること。
 - イ 理学療法士等が、暫定的に、利用者ごとのニーズを実現するためのおおむね3月程度で達成可能な目標（以下「長期目標」という。）及び長期目標を達成するためのおおむね1月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定すること。長期目標及び短期目標については、介護予防支援事業者において作成された当該利用者に係る介護予防サービス計画と整合が図れたものとする。
 - ウ 利用者に係る長期目標及び短期目標を踏まえ、理学療法士等、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、当該利用者ごとに、実施する運動の種類、実施期間、実施頻度、1回当たりの実施時間、実施形態等を記載した運動器機能向上計画を作成すること。その際、実施期間については、運動の種類によって異なるものの、おおむね3月間程度とすること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、当該運動器機能向上計画の対象となる利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上計画に相当する内容を介護予防通所介護計画の中又は介護予防通所リハビリテーション計画の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとする。
 - エ 運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとする。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。
 - オ 利用者の短期目標に応じて、おおむね1月間ごとに、利用者の当該短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

カ 運動器機能向上計画に定める実施期間終了後に、利用者ごとに、長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について、事後アセスメントを実施し、その結果を当該利用者に係る介護予防支援事業者に報告すること。介護予防支援事業者による当該報告も踏まえた介護予防ケアマネジメントの結果、運動器機能向上サービスの継続が必要であるとの判断がなされる場合については、前記アからカまでの流れにより、継続的に運動器機能向上サービスを提供する。

キ 旧指定介護予防サービス基準第 107 条において準用する第 19 条又は指定介護予防サービス基準第 123 条において準用する第 49 条の 13において規定するそれぞれのサービスの提供の記録において利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、介護予防通所介護においては理学療法士等、経験のある介護職員その他の職種の者が、介護予防通所リハビリテーションにおいては医師又は医師の指示を受けた理学療法士若しくは看護職員が利用者の運動器の機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に運動器機能向上加算のために利用者の運動器の機能を定期的に記録する必要はないものとする。

指定介護予防サービスの介護報酬（単位数表）

1. 栄養改善加算・・・150 単位

注：次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及びへにおいて「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

イ 管理栄養士を 1 名以上配置していること。

ロ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下この注において「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの接触・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ハ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

ニ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

ホ 別に※厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所介護事業所であること。

※【厚生労働大臣の定める基準】

→大臣基準告示・百八

定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◇栄養改善加算の取扱いについて〔老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号 別紙 1 第 2 の 7 (3)〕

通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養改善加算〔→269頁〕と基本的に同様である。

ただし、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて栄養改善サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、栄養ケア計画に定める栄養改善サービスをおおむね3月実施した時点で栄養状態の改善状況について評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、栄養状態に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

2. 口腔機能向上加算・・・150単位

注：次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして都道府県知事に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及びへにおいて「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。

イ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。

ロ 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

ハ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

ニ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。

ホ 別に※厚生労働大臣の定める基準に適合している指定介護予防通所介護事業所であること。

※【厚生労働大臣の定める基準】

→大臣基準告示・百八

定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

◇口腔機能向上加算の取扱いについて〔老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 別紙1 第2の7(4)〕

通所介護・通所リハビリテーションにおける口腔機能向上加算〔→271頁〕と基本的に同様である。

ただし、介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションにおいて口腔機能向上

サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね3月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

3. 選択的サービス複数実施加算

注：別に※厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定介護予防通所介護事業所が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、1月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、次に掲げる加算は算定していない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）・・・・・・・・480 単位
- (2) 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）・・・・・・・・700 単位

※【厚生労働大臣の定める基準】

→大臣基準告示・百九

イ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）

次のいずれにも適合すること。

- (1) 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス（以下「選択的サービス」）のうち、2種類のサービスを実施していること。
- (2) 利用者が指定介護予防通所介護の提供を受けた日において、当該利用者に対し、選択的サービスを行っていること。
- (3) 利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを1月につき2回以上行っていること。

ロ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）

次のいずれにも適合すること。

- (1) 利用者に対し、選択的サービスのうち3種類のサービスを実施していること。
- (2) イ（2）及び（3）の基準に適合すること。

4. 事業所評価加算・・・・・・・・120 単位

注 別に※厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出

た指定介護予防通所介護事業所において、評価対象期間（別に※厚生労働大臣が定める期間をいう。）の満了日の属する年度の次の年度内に限り1月につき所定単位数を加算する。

※【厚生労働大臣の定める基準】

→大臣基準告示・百十

イ 定員利用・人員基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て選択的サービスを行っていること。

ロ 評価対象期間における指定介護予防通所介護事業所の利用実人員数が10名以上であること。

ハ、ニ 略〔次頁通知参照〕

※【厚生労働大臣が定める期間】

→利用者等告示・八十二

加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

◇選択的サービス複数実施加算の取扱いについて〔老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 別紙1 第2の7(5)〕

当該加算は、選択的サービスのうち複数のサービスを組み合わせて実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

- ① 実施する選択的サービスごとに、(2)から(4)までに掲げる各選択的サービスの取扱いに従い適切に実施していること。
- ② いずれかの選択的サービスを週1回以上実施すること。
- ③ 複数の種類の選択的サービスを組み合わせて実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

◇事業所評価加算の取扱いについて〔第2の7(6)〕

事業所評価加算の別に厚生労働大臣が定める基準は以下のとおりとする。

- ① 別に定める基準ハの要件の算出式

評価対象期間内に選択的サービスを利用した者の数

≥0.6

評価対象期間内に介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションをそれぞれ利用した者の数

② 別に定める基準二の要件の算出式

要支援状態区分の維持者数+改善者数×2

≥0.7

評価対象期間内に運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを3月以上利用し、その後に更新・変更認定を受けた者の数

5. 生活機能向上連携加算・・・100単位

注：利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（以下「指定介護予防サービス基準」という。）第79条第1項に規定する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定介護予防訪問リハビリテーション（指定介護予防サービス基準第78条に規定する指定介護予防訪問リハビリテーションをいう。）を行った際にサービス提供責任者が同行し、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成した場合であって、当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該介護予防訪問介護計画に基づく指定介護予防訪問介護を行ったときは、初回の当該指定介護予防訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。

◇ 生活機能向上連携加算の取扱い〔老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老初第0317001号 別紙1 第2の2(7)〕

① 「生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に訪問介護員等が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、訪問介護員等が提供する介護予防訪問介護の内容を定めたものでなければならない。

② ①の介護予防訪問介護計画の作成当たっては、介護予防訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下この号において「理学療法士等」という。）にサービス提供責任者が同行し、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等とサービス提供責任者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。

③ ①の介護予防訪問介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次にかかげるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

ア 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容

イ 生活機能アセスメントの結果に基づき、アの内容について定めた3月を目途とする達成目標

ウ イの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標

エ イ及びウの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

④ ③のイ及びウの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。

⑤ ①の介護予防訪問介護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う介護予防訪問介護の具体的な内容は、例えば次のようなものが考えられること。

転倒の不安から閉じこもりがちになり、次第に生活機能が低下し家事の遂行が困難となった利用者に対し、介護予防訪問介護において「浴室とトイレの掃除を週1回、自分で行うことができること」を達成目標に設定した場合。

（1月目）利用者が、週1回、浴室の床掃除とトイレの床掃除を行うことを目標にする。訪問介護員等は、利用者が安全に浴室とトイレの床掃除を行うことができるよう見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が1人で困難な部分について支援を行う。次に、掃除終了後に、床掃除に必要なしゃがみこむ動作や床からの立ち上がり動作を安定して行うことができるよう反復練習や体操の時間を設け、利用者と一緒に行動する。

（2月目）利用者が、浴室の床と浴槽をそれぞれ隔週で、かつトイレの床及び便器を週に1回行うことを目標にする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行いつつ、利用者が1人で困難な部分について支援を行う。併せて、前月に引き続き、掃除の動作に必要な体操を利用者と一緒に行う。

（3月目）利用者が、週に1回、浴室の床及び浴槽、トイレの床及び便器の掃除を行うことを目標とする。訪問介護員等は、見守りを主体とした対応を行う。併せて、当初から実施している体操を引き続き利用者と一緒に行う。さらに、4月日以降から、見守りを必要とせずに安全に行うことを想定して、注意が必要な点や工夫等についてわかりやすく記載したものを壁に掲示する等の準備を行う。（例えば、手が届きにくくバランスを崩しやすい箇所やその際の動作上の注意点等）

なお、利用者の動作の安定に伴い、見守りの度合いは低減するため、他の援助内容を並行して行うことも可能である。（例えば、2月日以降は、利用者が掃除を行っている間に、訪問介護員は動作の見守りと並行して調理等を行う等。）

また、利用者の状況に応じて簡単な動作から複雑な動作へと適切な段階づけを行い、それぞれの動作を安全に行うために必要な体操等を行うことにより、利用者が確実に動

作を行うことができるよう支援すること。（例えば、浴槽の縁をまたぐ動作を安全に行うために、片足立ちバランスや姿勢保持に必要な筋力強化の体操を取り入れる等。）

また、期間を通じて、利用者が達成感を得られるよう、訪問介護員等と共に記録する日誌の作成や本人が毎日行う体操メニューを理学療法士等と共同して用意し、本人との会話や日誌を通じて把握するとともに、利用者の変化をフィードバックしながら、定着に向けて利用者の意欲が高まるようはたらきかけること。

⑥ 本加算は②の評価に基づき、①の介護予防訪問介護計画に基づき提供された初回の指定訪問介護の提供日が属する月以降3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度の評価に基づき介護予防訪問介護計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する指定介護予防訪問リハビリテーションの提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

⑦ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び介護予防訪問リハビリテーションの理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③のイの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

6. 介護職員処遇改善加算

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護予防訪問介護事業所が、利用者に対し、指定介護予防訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、平成30年3月31日までの間、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イからホまでにより算定した単位数の1000分の137に相当する単位数
- (2) 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イからホまでにより算定した単位数の1000分の100に相当する単位数
- (3) 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）イからホまでにより算定した単位数の1000分の55に相当する単位数
- (4) 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（3）により算定した単位数の100分の90に相当する単位数
- (5) 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）（3）により算定した単位数の100分の80に相当する単位数

◇ 2.9 ②改 介護職員処遇改善加算について〔老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第031701号別紙1 第2の2(8)〕

介護職員処遇改善課加算の内容については、別途通知（「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の掲示について」〔平成29年3月9日老発3月9日3月老発0309老発0309第5号〕を参照とすること。

本庄市介護予防ケアマネジメント基本方針

初版 令和 3年 12月

発行元:本庄市福祉部介護保険課

監修:地域包括支援センター

〒367-8501 本庄市本庄3-5-3

電話:0495-25-1722