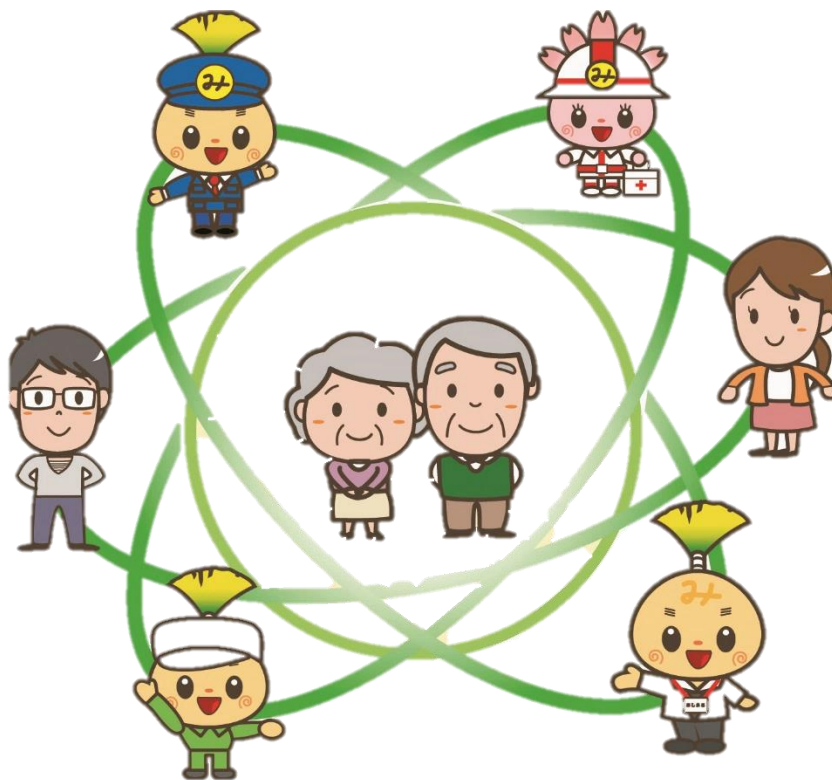


令和6年4月12日時点暫定版

居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者としての指定を受け、指定介護予防支援を行う場合の取扱いについては未反映です。今後このマニュアルに反映していくこととなりますので御了承ください。

三島市介護予防 ケアプラン作成マニュアル



令和6年4月1日

三島市長寿政策課地域包括支援係

地域包括支援センター三島

北上地区地域包括支援センター

錦田地区地域包括支援センター

中郷地区地域包括支援センター

三島北地区地域包括支援センター

目次

第1章 介護予防について	1
第2章 介護予防・日常生活支援総合事業	2
1 総合事業とは（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」より抜粋）	2
2 三島市の総合事業	3
第3章 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント	8
1 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント	8
2 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施主体	8
3 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの類型	9
第4章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントによるサービス利用の流れ	12
1 総合事業サービスの対象者の要件	12
2 相談から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントまでの流れ	12
3 基本チェックリストの実施	13
4 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届出書の提出	14
5 認定資料開示	14
6 三島市版介護予防アセスメントシートの活用	15
7 介護予防ケアプラン作成	15
8 サービス担当者会議・モニタリング・評価	16
9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける書類の提出	16
10 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約手続	17
第5章 給付管理	19
1 利用限度額管理	19
2 請求・委託料支払	21
第6章 注意事項	23
1 受給者異動	23
2 住所地特例	23
3 その他	23
第7章 資料	25
1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の手順の概要	26
2 基本チェックリスト	30
3 基本チェックリストの考え方	31
4 三島市版介護予防アセスメントシート	33
5 三島市版介護予防アセスメントマニュアル	34
6 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	35
7 介護保険関係書類開示依頼書	36
8 介護予防サービス計画作成に係る介護保険関係書類開示依頼添付書	37
9 利用者基本情報	38
10 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメントA→B）	40
11 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメントC）	41

12	介護予防サービス・支援計画表記載例	42
13	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録記載例	43
14	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	44
15	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記載例	45
16	介護予防ケアプラン作成及び記入上の注意点（サービス種別の書き方）	46
17	例外的な総合事業訪問介護利用申請書	48
17	介護予防・生活支援サービス事業対象者の総合事業通所介護利用回数増加申請書	49
18	軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与	50
18-1	例外的に福祉用具を介護予防ケアプランに位置付ける理由書（車椅子）	53
18-2	軽度要介護者に対する福祉用具貸与のための理由書（特殊寝台等）	54
19	給付管理事務	56
20	介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン	59
21	医師と介護支援専門員の連絡票	60
22	軽微な変更例	61
23	医療系サービス利用時の主治医へのケアプラン送付案内文書	63
24	ケアマネジメント類型について（フロー）	64

※総合事業の請求方法の詳細は別冊「三島市介護予防・日常生活支援総合事業報酬請求の手引き」参照。

第1章 介護予防について

1 介護予防の定義と意義（「介護予防マニュアル第4版」より抜粋）

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において「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」と規定されている。また、法第115条45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けられるような、地域づくりの視点も重要である。

2 介護予防が指すもの（「介護予防マニュアル第4版」より抜粋）

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心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、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組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。

3 介護予防の基本的視点

介護予防の実践においては、高齢者のセルフケア能力の維持・向上を目指すため、介護予防に関係する専門職には以下の視点を意識した関わりが求められる。

- (1) 高齢者が**主体的に取り組む**ことができるような働きかけを行うこと。
- (2) 高齢者の**強みに着目し、生活全体を捉えてアセスメント**をすること。
- (3) 高齢者が**社会参加等の活動を継続し、その先の個々の楽しみや生きがいを見いだせるような関わりや視点を持つこと。**

第2章 介護予防・日常生活支援総合事業

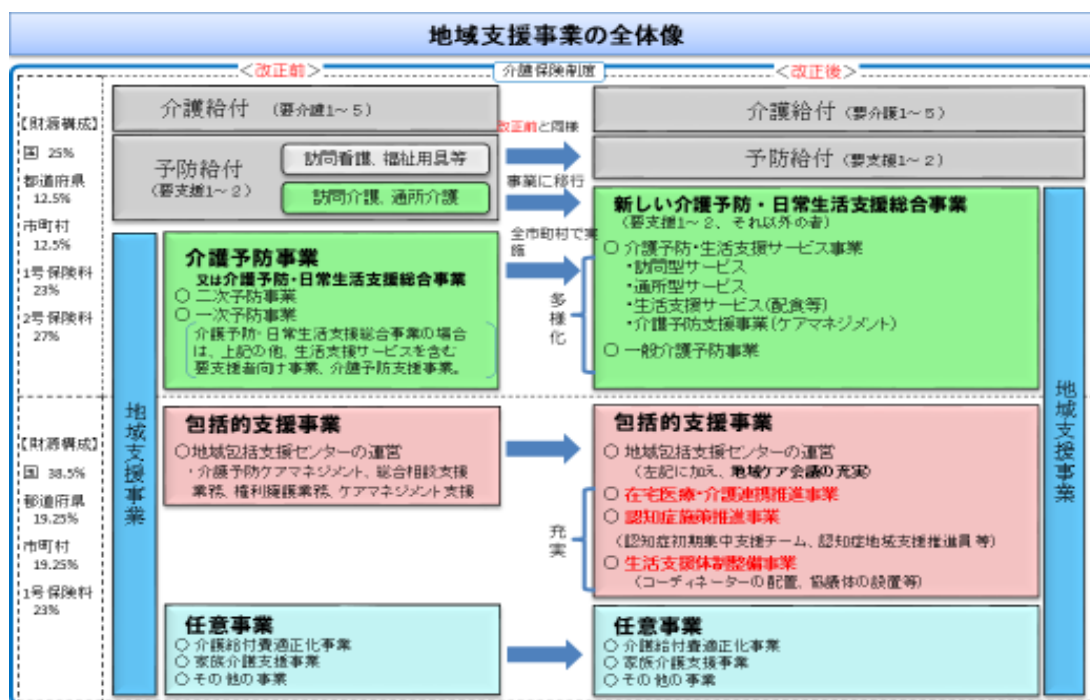
1 総合事業とは（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」より抜粋）

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）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旨とするものである。

要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（以下「IADL」という。）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（以下「ADL」という。）は自立している者が多い。このような要支援者等の状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。

そのため、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護（以下「介護予防訪問介護等」という。）を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みに見直すこととした。

図1 介護保険制度の全体像（制度改正における新旧対照）



2 三島市の総合事業

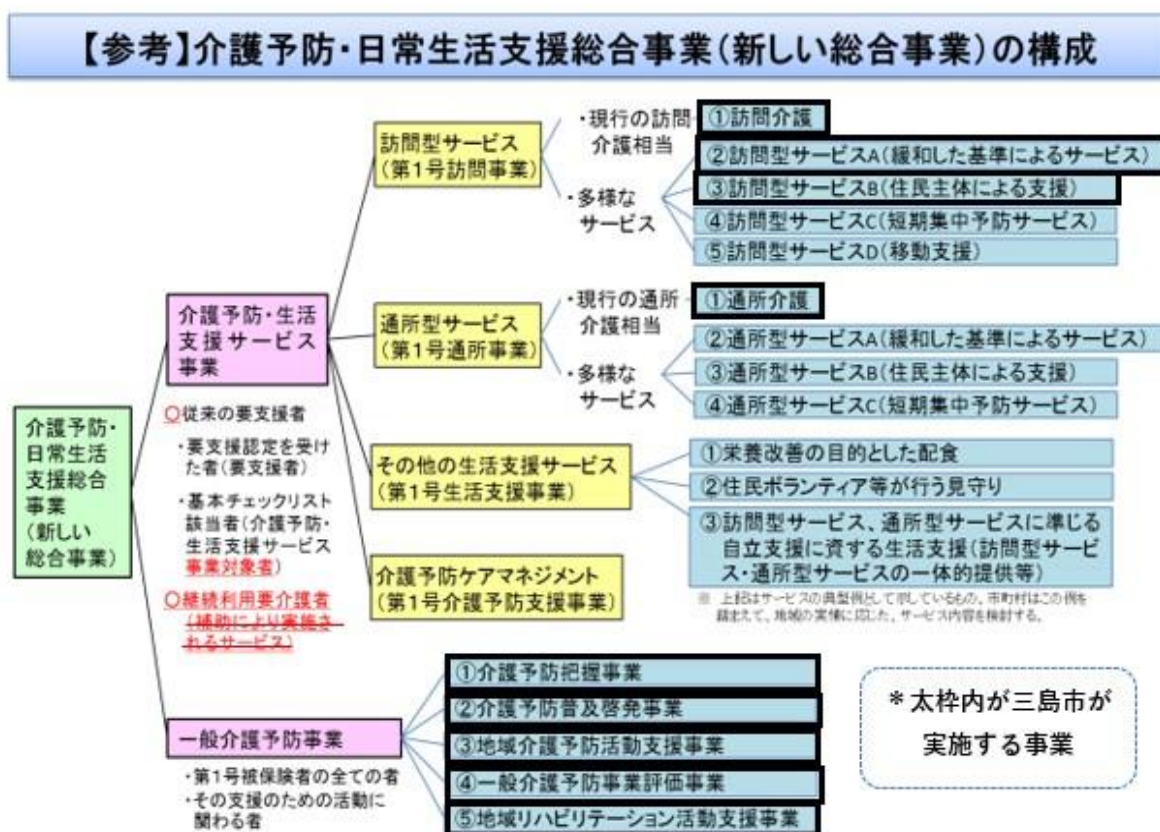
三島市では、予防給付からのサービスを円滑に移行し、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくための環境整備を同時に進めていく必要があるため、総合事業訪問介護・総合事業通所介護に加え、緩和した基準によるサービス、住民主体による支援をメニューとする。

訪問型サービスの類型としては、①~~訪問介護（総合事業訪問介護）~~、②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）、③訪問型サービスB（住民主体による支援）の3つのメニューを実施する。

通所型サービスの類型としては当面の間、①~~通所介護（総合事業通所介護）~~のみを実施する。

従来の予防事業については一般介護予防事業として総合事業の中で再編成する。

図2 三島市の総合事業メニュー



(1) 訪問型サービスの類型

- ① ~~訪問介護（総合事業訪問介護）~~
- ② 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
- ③ 訪問型サービスB（住民主体による支援）

表1 訪問型サービスの類型

基準	介護予防訪問介護相当		多様なサービス		
	①総合事業訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス種別	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<p>・体力の改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース</p> <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

表2 訪問型サービスの類型ごとの利用例

サービス名称	サービス内容
①訪問介護 —(総合事業訪問介護)—	標準的な内容の訪問型サービス、生活援助中心 45分以上 (詳細は表3参照)
②訪問型サービスA	生活支援45分以上 (詳細は表4参照)
③訪問型サービスB (1回ごと単価)	<p>シルバー人材センター</p> <p>事業対象者、要支援1・2、継続利用要介護者：利用料1時間300円、月4時間まで</p> <p>芙蓉台自治会</p> <p>芙蓉台自治会の区域にお住いの事業対象者、要支援1・2、継続利用要介護者：利用料 ゴミ出し150円/回 その他300円/30分 別途入会金有</p>

※ ケアプランに週の回数を定める際は、適切にケアマネジメントを実施し、不必要なサービスを位置づけることの無いよう注意すること。

※ 市が作成する三島市版介護予防アセスメントマニュアル(資料5)を活用し、身体介護や家事援助等の必要性によって、利用するサービス等を判断すること。

表3 総合事業訪問介護の支給区分と単位数、対象者

支給区分	サービス提供者	単位数		1か月の提供可能回数	対象者
		標準的なサービス	生活援助		
ケアプランにおいて 1週に1回程度のサービスが必要とされた場合	有資格者	287 単位/回	220 単位/回	合計5回まで※	事業対象者 要支援1 要支援2
ケアプランにおいて 1週に2回程度のサービスが必要とされた場合	有資格者	287 単位/回	220 単位/回	合計10回まで※	事業対象者 要支援1 要支援2
ケアプランにおいて 1週に2回を超える程度のサービスが必要とされた場合	有資格者	287 単位/回	220 単位/回	月合計14回まで※ うち、生活援助は週2 程度(月10回まで)の 提供とし、週2回を超 える程度(月11回以上) の提供は認めない	事業対象者 要支援1 要支援2
		(回数単価で計算した結果、 3,727 単位を超えない場合)			
		3,727 単位/月			
		(回数単価で計算した結果、 3,727 単位を超える場合)			

※1月ごとに「標準的なサービス」と「生活援助」の利用回数を足して月の合計回数を算出すること

表4 訪問型サービスAの支給区分と単位数、対象者

支給区分	サービス提供者	単位数	1か月の提供可能回数	対象者
		生活支援		
ケアプランにおいて 1週に1回程度のサービスが必要とされた場合	生活支援サポーター	200 単位/回	合計5回まで	事業対象者 要支援1 要支援2
ケアプランにおいて 1週に2回程度のサービスが必要とされた場合	生活支援サポーター	200 単位/回	合計10回まで	事業対象者 要支援1 要支援2

~~※注1・3) 一定の条件~~

- ~~・事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメント、サービス担当者会議により必要と認められた人~~
- ~~・必要性が明確になるよう、ケアプラン、サービス担当者会議の記録に記載すること（市への報告は不要）~~
- ~~・事業対象者のみが対象のため、要支援1の人については、この条件は適用しない~~

~~※注2) 一定の条件~~

- ~~・認知症、精神疾患等がある人や退院直後などで状態の変化が想定される人など、専門職によるサービスが必要な事業対象者、要支援1・2の人で、介護予防ケアマネジメント、サービス担当者会議により必要と認められた人~~
- ~~・健康や身体の状況、居住環境や世帯状況などの理由により、週2回の生活援助が必要な要支援1の人で、介護予防ケアマネジメント、サービス担当者会議により必要と認められた人~~
- ~~・必要性が明確になるよう、アセスメントシート（資料5マニュアル参照）、ケアプラン、サービス担当者会議の記録に記載するとともに、三島市に「例外的な総合事業訪問介護利用申請書」（資料17）を提出し、決定を受けた上で利用可能となる（第4章9(3)参照）~~
- ~~・例外的な総合事業訪問介護の利用予定期間は、事業対象者は2年以内、要支援認定者は認定有効期間として申請する。期間終了後も例外的な総合事業訪問介護の利用を継続する場合は、改めて申請が必要となる。~~

~~<訪問介護（総合事業訪問介護）と訪問型サービスAの使い分け>~~

- ~~・サービス提供者の別によりサービスを使い分ける。~~
- ~~・総合事業訪問介護は、有資格者（訪問介護員等）により「標準的な内容の訪問型サービス（身体介護、身体介護+生活援助）」、「生活援助中心（45分以上）」を提供する場合に算定する。~~
- ~~・訪問型サービスAは生活支援サポーター（三島市が指定する生活支援サポーター養成研修を修了した者）により「生活支援（45分以上）」を提供する場合に算定する。~~
- ~~・訪問介護（総合事業訪問介護）は、身体介護が必要な人、認知症、精神疾患等がある人や退院直後などで状態の変化が想定される人などの専門職によるサービスが必要な人を想定~~
- ~~・訪問介護（総合事業訪問介護）と訪問型サービスAのどちらを利用するかは、市が作成する三島市版介護予防アセスメントシートを活用した介護予防ケアマネジメントにおいて決定~~
- ~~・身体介護、生活援助の両方が必要な人は、訪問介護（総合事業訪問介護）を利用~~

(2) 通所型サービスの類型

① 通所介護（総合事業通所介護）

表5 通所型サービスの類型

基準	介護予防通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 総合事業通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

表6 通所型サービス（総合事業通所介護）の対象者・支給区分と単位数

支給区分	対象者	単位数	
週1回程度の利用	事業対象者 要支援1	1回あたり	<u>436 単位</u>
		1月あたり (1月の利用回数が5回以上の 場合)	<u>1,798 単位</u>
週2回程度の利用	要支援2 事業対象者※ (※一定要件有)	1回あたり	<u>447 単位</u>
		1月あたり (1月の利用回数が9回以上の 場合)	<u>3,621 単位</u>

※) 一定の要件

- ・三島市版介護予防アセスメントシートに該当した事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメント、サービス担当者会議により必要と認められた人
- ・必要性が明確になるよう、アセスメントシート、ケアプラン、サービス担当者会議の記録に記載するとともに、三島市に事業対象者の総合事業通所介護利用回数増加申請書（資料17）を提出し、決定を受けた上で、事業対象者が要支援2の人と同単位の算定が可能となる（第4章9(3)、資料5参照）。
- ・事業対象者の総合事業通所介護利用回数増加予定期間は、2年以内として申請する。期間終了後も利用回数の増加を継続する場合には、改めて申請が必要となる。
- ・要支援1の人については、この条件は適応しない。

第3章 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント



1 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

訪問型サービス・通所型サービス以外の介護保険サービスを利用する場合は、引き続き要支援認定を受けたうえで、「介護予防支援」により予防給付によるサービス提供を受ける。

予防給付によるサービスと同時に総合事業を利用する場合にあっては、「介護予防支援」の中で総合事業によるサービスを位置づけていく。

総合事業のみを利用する場合にあっては「介護予防ケアマネジメント」の実施となる。介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れについては、(資料1)参照。

表7 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援

マネジメント種別	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援
サービス種別	総合事業	予防給付
サービス内容	総合事業訪問介護 訪問型サービスA 訪問型サービスB 総合事業通所介護	介護予防通所リハビリテーション 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購入費支給 介護予防住宅改修費支給 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 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活介護

※予防給付サービスに総合事業サービスを含む場合は、介護予防支援の実施となる。
一部例外があるため、詳細は資料20を参照

2 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施主体

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施する。

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務及び第1号介護予防支援事業を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務

の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能である。ただしケアマネジメントCにあたっては、地域包括支援センターが実施し、委託は行わないものとする。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逡減制には含めていないが、居宅介護予防支援及び居宅介護支援に支障のないようにされたい。

3 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、典型例として以下のような類型を想定している。利用者の状況に応じて実施するものとする。

(1) 介護予防支援

アセスメント（課題分析）によってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用するサービスに予防給付が含まれる場合は介護予防支援となる。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況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A（原則的な介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターが、予防給付に対する介護予防支援と同様に、アセスメント（課題分析）によってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

(3) 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）

~~アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、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）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。~~

令和6年4月から廃止。訪問型サービスAを利用する場合はケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）として扱う。

(4) 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）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状態の悪化

や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによる再アセスメント、介護予防ケアマネジメント等に移行する。

表8 類型と単価

		単 位				
		基本報酬		委託連携 加算	初回加算	地域単価
			高齢者虐待防 止措置未実施			
介護予防 支援	地域包括支援センター が行う場合	442	438	300	300	10.21
	指定居宅介護支援事業者 が行う場合	472	467	—	300	10.21
ケアマネジメントA		442	438	300	300	10.21
ケアマネジメントB		200			300	10.21
ケアマネジメントC		206	204	—	300	10.21

表9 具体的な介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

ケアマネジメント プロセス	ケアマネジメント 類型	サービス種別	ケアマネジメント 内容・報酬	サービス開始月	翌月以降	
原則的な ケアマネジメント	介護予防支援・ ケアマネジメントA	総合事業訪問介護 ・訪問型サービスA	サービス担当者会議	○	必要時・更新時	
			モニタリング等 ※1	—	毎月状況確認・3か月ごと訪問(6か月評価) ※2	
			ケアプラン報酬	基本報酬A+初回加算 +委託連携加算	月々基本報酬	
		通所介護 (総合事業通所介護)	サービス担当者会議	○	必要時・更新時	
			モニタリング等 ※1	—	毎月状況確認・3か月ごと訪問(6か月評価 栄養改善加算・口腔機能向上加算・一体的サー ビス提供加算がある場合は3か月ごと評価) ※2	
			ケアプラン報酬	基本報酬A+初回加算 +委託連携加算	月々基本報酬	
簡略化した ケアマネジメント	ケアマネジメントB	訪問型サービスA	サービス担当者会議	—	必要時	
			モニタリング等	—	毎月実績確認・6か月毎に訪問(6か月評価)	
			ケアプラン報酬	基本報酬B+初回加算	月々基本報酬	
初回のみ のケアマネジメント	ケアマネジメントC と各種サービスの 利用申請書	総合事業サ ービス	訪問型サービスB	サービス担当者会議	×	×
				モニタリング等	×	×
				ケアプラン報酬	基本報酬C+初回加算	初回のみ報酬
			短期生活援助	サービス担当者会議	×	×
				モニタリング等	×	×
				ケアプラン報酬	基本報酬C+初回加算	初回のみ報酬
		高齢者福 祉サー ビス	一人暮らし高齢者等 給食サービス	サービス担当者会議	×	×
				モニタリング等	×	×
				ケアプラン報酬	基本報酬C+初回加算	初回のみ報酬
			ふれあいさわやか回収	サービス担当者会議	○ 廃棄物対策課と初回面接	×
				モニタリング等	×	×
				ケアプラン報酬	基本報酬C+初回加算	初回のみ報酬

~~※ ケアマネジメント類型については、A・B・Cの順番で優先する。例えば、ケアマネジメントBにより訪問型サービスAだけを利用していた人が、新たに総合事業通所介護を利用する場合はケアマネジメントAを実施することとなり、サービス担当者会議を実施する必要がある。(資料2-5参照)~~

~~※ 総合事業以外の予防給付サービス利用の場合は原則的なケアマネジメントとする。~~

※1 モニタリングにあたっては、利用者及びその家族、主治の医師、指定介護予防サービス事業所等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り次に定めるとおり行うこととする。

(1) 少なくとも3か月に1回利用者に面接しモニタリングを行わなければならない。ただし以下(ア)(イ)いずれにも該当する場合であって、かつ、3か月ごとの期間(以下この(1)において単に「期間」という)について、少なくとも2期間に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する場合には、利用者の居宅を訪問しない期間においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。(※2)

(ア) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ている。

(イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医等、担当者その他の関係者の同意を得ていること。

a 利用者の心身の状態が安定していること。

b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

c 担当ケアマネジャーが、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報についてサービス事業所の担当者から提供を受けること。

(2) サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があった時においては、利用者の居宅に訪問し利用者に面接する。

(3) 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り指定介護予防支援通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努める。また、面接できない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。

(4) 少なくとも1か月に1回、モニタリングの結果を記録する。

第4章 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントによるサービス利用の流れ

1 総合事業サービスの対象者の要件

総合事業サービスの対象者は第1号被保険者（65歳以上）のうち、要支援1・2の認定を受けている人及び基本チェックリスト該当者となる。（**住民主体による訪問型サービスBのみ、継続利用要介護者を含む**）

ただし、基本チェックリスト該当者の総合事業利用にあたっては、三島市版介護予防アセスメントシートを活用したうえで介護予防ケアマネジメントに基づいて利用することとなる。

第2号被保険者（65歳未満）の人は、要支援1・2の認定を受けている人のみ総合事業の利用は可能となる。

2 相談から介護予防支援・介護予防ケアマネジメントまでの流れ

(1) 新規申請の場合

三島市においては、主治医意見書による医療情報及び認定審査による意見等に基づく適切なサービスをケアプランに位置づけることができるよう、新規申請については一部例外（ケアマネジメントCのサービス利用希望者）を除き、基本的に認定申請につなげる。

新規申請により非該当となった場合でも、基本チェックリストに該当し、介護予防ケアマネジメントにより必要と認められた場合は、総合事業を利用することができる。ただし、要支援より軽度の人まで対象にすることは想定していない。三島市版介護予防アセスメントシートを活用したうえで、基本チェックリストに当たる項目についても再度確認し、適切なサービスの利用について検討されるものとする。

(2) 更新申請の場合

既にケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーが利用中のサービス内容を要支援者とともに確認する。総合事業のサービスのみ利用の場合、基本チェックリストの基準に該当していれば更新申請の必要はない。総合事業のサービスのみを利用する場合は基本チェックリストを実施し、基準に該当するか確認する。基準に該当した場合、三島市版介護予防アセスメントシートを活用し、総合事業サービスの種類や回数についてアセスメントを実施する。

利用者に希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の目的や内容、手続き等について説明する。（説明内容については（3）を参照）

利用者が予防給付や介護給付によるサービスを利用している場合や、状態の変化により要介護認定が必要な場合、ケアマネジメントC対象サービスのみの利用で介護認定申請を経ずに事業対象者になったが、総合事業サービス指定事業者が提供するサービスや予防給付又は介護給付によるサービスの利用が必要な場合、要介護認定申請の案内を行う。

基本チェックリストに該当しない場合は、一般介護予防事業等につなげるなど、自立に向けた支援を実施していく。

(3) 総合事業の説明

総合事業に関する高齢者の相談先として、新規申請対象者の場合は三島市役所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が想定される。

更新申請対象者など、既に担当ケアマネジャーがいる場合は、対象者の意向や状態等を把握したうえで、対象者に目的、内容、手続き等について十分な説明を行う。説明内容については、下記を参照にされたい。

<総合事業の説明>

- ① 更新申請の場合、認定申請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、サービスの利用が可能であること。
- ② 事業対象者となった後や、総合事業のサービス利用開始後も必要な時は認定申請が可能であること。
- ③ 心身の状況に応じ、市が定める多様なサービスの利用が可能であること。
- ④ 介護予防ケアマネジメントによる自立支援に向けたサービスを利用することで、要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること。
- ⑤ 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うえで、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。

表 1 0 要支援者と事業対象者の違い

認定状態区分	利用できるサービス
要支援 2	・ 予防給付のみ
要支援 1	・ 予防給付と総合事業のサービス ・ 総合事業のサービスのみのみ いずれのパターンも利用可能
事業対象者	総合事業のサービスのみのみ（予防給付の利用はできない）

※事業対象者になった場合の特徴

- ・ 事業対象者には有効期間の設定はない。適切なアセスメントの結果、利用者の状況を踏まえた介護予防ケアマネジメントにより、総合事業サービスを利用することができる。
- ・ 事業対象者の届出日以降サービス利用が可能になる。遡りはできないので注意。

3 基本チェックリストの実施

基本チェックリストの様式については、三島市の様式（資料 2）を使用し、三島市（事業対象者として登録する場合のみ）、管轄の地域包括支援センター、本人にそれぞれ 1 部ずつ提出する。三島市が配布する 3 部複写の様式を活用するほか、三島市ホームページからダウンロードして使用することも可能。

基本チェックリストの実施にあたっては、資料 3 の「基本チェックリストについての考え方」を基本とする。

4 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届出書の提出

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実施する事業所等が決まり次第、資料6の「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届出書」（三島市ホームページからダウンロード可能）に介護保険被保険者証、基本チェックリスト（事業対象者として登録する場合のみ）を添え、地域包括支援センター職員が速やかに三島市に届け出する。

また、~~転居等により地域包括支援センターまたは介護予防支援・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~~を変更する時は、変更年月日を記入のうえ、三島市に届け出する。

住所地特例対象者は、施設の住所地の市町村の窓口に提出する。

届け出の時期については表11を参照のうえ、遅滞のないよう提出する。

表 1 1 居宅の届け出の時期

区分	提出先		理由
	介護保険課 介護保険係	長寿政策課 いきがい推進係	
要介護 ↓ 要支援	○	×	ケアマネジメント実施機関が居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに変更になるため。
要支援 ↓ 要支援	×	×	ケアマネジメント実施機関に変更がないため。
要介護 ↓ 事業対象者	×	○	基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出により、事業対象者として登録されるため。
要支援 ↓ 事業対象者	×	○	
事業対象者 ↓ 要介護	○	×	ケアマネジメント実施機関が地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に変更になるため。
事業対象者 ↓ 要支援	×	×	ケアマネジメント実施機関に変更がないため。

5 認定資料開示

認定資料の開示は、居宅の届け出の実施後に開示依頼が可能となる。開示依頼書は資料7を使用する。委託先居宅介護支援事業所が開示をする場合は資料8の添付書類に担当地区地域包括支援センター印を得て開示請求する。非該当及び変更申請が認められなかった場合は、本人または家族以外の開示はできない。しかし、非該当の判定を受けて事業対象者としてサービスを利用する場合は、地域包括支援センターまたは委託を受けた居宅介護支援事業所が上記書類を提出する事で開示をすることができる。

6 三島市版介護予防アセスメントシートの活用

利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じてケアマネジメントを行う。その際、三島市で定めた「三島市版介護予防アセスメントシート」（資料4）を活用し、**三島市版介護予防アセスメントマニュアル（資料5）**を参考に総合事業サービスの内容と量について検討する。アセスメントシートについては、三島市が配布する3部複写の様式を活用するほか、三島市ホームページからダウンロードして使用することも可能。

7 介護予防ケアプラン作成

(1) ケアプランの書式

介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、利用者基本情報（資料9）と~~ケアマネジメントA、ケアマネジメントB~~については**介護予防サービス・支援計画表**（資料10）とする。記入例（資料12）を参考に、利用者に対して抽出した課題を丁寧に説明し、利用者及び家族の同意を得る。

ただし、ケアマネジメントCにおけるケアマネジメントにおいて使用する様式は、項目を簡略化した「介護予防サービス・支援計画書」（資料11）とする。

(2) ケアプラン作成上の注意点

① 介護予防ケアマネジメントについては、並行して認定申請をしている場合も想定される。事業対象者の場合、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、総合事業サービスによるサービスの利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業サービスを利用することはできない。

認定申請と総合事業サービスの利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中で総合事業サービスから介護給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。

② 総合事業サービスは、ケアプランの自己作成に基づく利用はできない。

③ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。

④ 介護予防ケアマネジメントも、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス利用者についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていくことが望ましい。

⑤ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、総合事業サービスの実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。

その中で、特に、ケアマネジメントCでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定される訪問型サービスBを運営する住民主体が、担うことになり、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職とともに、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要である。

その時点で、地域包括支援センターの個人への関わりは一旦終了するが、その後も本人の状況が変化したときや、困りごとができた時には、安心して相談できる体制を確保しておく。そのためにも、本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について時間をかけて伝え、本人・家族との信頼関係を築いていくことが重要である。

- ⑥ 介護予防支援において、利用者が医療系サービスを希望している場合は、あらかじめ利用者の同意を得て主治医等の意見を求めるとともに、主治医等とより円滑な連携に資するよう、この意見を踏まえて作成したケアプランについては、資料23を添付し主治医等に交付する。

8 サービス担当者会議・モニタリング・評価

サービス担当者会議、モニタリング、評価の実施や時期については、表9を基本とし、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定や達成に向けた取り組みに合わせ、実施間隔等を検討し、ケアプランを作成する。

サービス担当者会議については、ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。~~ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、また、~~ケアプランの変更を行った時は、利用者、サービス実施者ともその内容を共有すること。~~が必要である。~~（記入例 資料13・15参照）

訪問型サービス事業者等からの報告やモニタリングにより把握した、利用者の口腔に関する問題や服薬状況、その他主治医や歯科医師、薬剤師の助言が必要と判断された利用者の状況について、主治医や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う。

9 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける書類の提出

(1) ケアプランの提出

介護予防支援・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のケアマネジャーは、利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）、基本チェックリストを担当の地域包括支援センターに提出する。（表12参照）

地域包括支援センターはケアプランを確認し、必要に応じて意見欄に利用者へのコメントを記載する。プラン作成及び記入上の注意点（資料16）参照。

医療系サービスを利用するため主治医等に意見を得た場合は、その意見を踏まえて作成したケアプランについて、資料23を添付し主治医等に交付する。

(2) 評価表の提出

表9に記載する評価期間を参考に、評価表（資料14）を提出し、地域包括支援センターによる確認を得る。

~~(3) 例外的な総合事業訪問介護利用申請~~

~~総合事業訪問介護（例外申請）のサービスを位置付ける場合には、申請書（資料~~

~~17) とサービス担当者会議の記録、ケアプランを付けて三島市へ申請し承認を得る。事業対象者の場合は、利用予定期間は2年以内の期間で申請する。要支援認定者の場合は、利用予定期間は認定有効期間とする。期間終了後も例外的な総合事業訪問介護の利用を継続する場合は、改めて申請が必要となる。(第2章2-(1)参照)~~

(3) 事業対象者の総合事業通所介護の利用回数増加申請

総合事業通所介護（回数増加申請）のサービスを位置付ける場合には、申請書（資料17）とサービス担当者会議の記録、ケアプラン、三島市版介護予防アセスメントシート（資料4）を付けて三島市へ申請し承認を得る。利用回数増加予定期間は、2年以内として申請する。期間終了後も利用回数の増加を継続する場合には、改めて申請が必要となる。（第2章2（2）参照）

(4) 軽度要介護認定者に対する福祉用具の貸与について

介護保険給付適正化事業において、車椅子及び車椅子付属品・特殊寝台及び特殊寝台付属品・床ずれ防止用具及び体位交換器・認知症老人徘徊感知器・移動用リフト・自動排泄処理装置については、基本調査の結果により例外的に福祉用具を位置付ける理由書（資料18-1）又は軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書（資料18-2）を提出し、確認を受ける必要がある。軽度者に対する福祉用具貸与フロー図（資料18）を参照。

表12 サービス担当者会議実施とケアプラン等提出頻度

ケアマネジメント類型	認定等	サービス担当者会議				包括への ケアプラン提出	評価提出	チェックリストの実施
		新規	更新時	必要時	不要			
介護予防支援	要支援	○	○	○	-	新規・1年以内・必要時	6か月ごと・必要時	ケアプラン作成時
ケアマネジメントA	要支援	○	○	○	-	新規・1年以内・必要時	6か月ごと・必要時	ケアプラン作成時
	事業対象者	○	-	○	-			
ケアマネジメントB	要支援	-	-	⊖	-	新規・1年以内・必要時	6か月ごと・必要時	ケアプラン作成時
	事業対象者	-	-	⊖	-			
ケアマネジメントC	要支援	-	-	-	○	-	-	-
	事業対象者	-	-	-	○	-	-	-

* ケアプランは原則3～6か月を目安として計画する。6か月後のモニタリングにて、身体状況等に变化なく目標にも変更がない場合、軽微な変更として期間を半年まで延長可能とし、地域包括支援センターへの評価提出時に期間を赤字修正する旨を伝える。ケアプランの提出については、概ね1年に1度は地域包括支援センターに提出することとする。

10 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約手続き

(1) 利用者との契約

担当ケアマネジャーが決まったら、管轄の地域包括支援センターが利用者との契約を行う。

(2) 居宅介護予防支援事業所との契約

介護予防支援・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と地域包括支援センターは年度当初あるいは新規に受託する時点で委託契約を締結する。介護予防ケアマネジメントと介護予防支援のどちらにも対応できる契約内容とする。

第5章 給付管理

1 利用限度額管理

(1) 給付管理票の作成

総合事業の「指定事業者によるサービス」を利用する場合は給付管理を行うため、給付管理票の作成が必要。

表13 給付管理の対象となるサービス

区分	総合事業	予防給付
種別	訪問型サービス (総合事業訪問介護 訪問型サービス A) 通所型サービス (総合事業通所介護)	介護予防通所リハビリテーション 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購入費支給 介護予防住宅改修費支給 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 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
対象者	要支援認定者又は、事業対象者 *新規申請においては原則として、全員が認定審査を受ける。非該当となったがチェックリストに該当しアセスメントによりサービス利用の必要がある人は総合事業の利用可能	要支援認定者
提供者	総合事業サービス指定事業者	介護予防事業サービス指定事業者

(2) 支給限度額管理

事業対象者の支給限度額は要支援1と同様とする。

表14 支給限度額・利用者負担

要介護度等の区分	支給限度額	利用者負担
事業対象者	5,032単位	基本的に1割、 一定以上所得者は2割又は3割
要支援1	5,032単位	
要支援2	10,531単位	

~~(3) サービスの単価設定~~

~~表 1-3 訪問型サービスの単価設定~~

メニュー名	単価		
① 総合事業訪問介護	週に1回程度	268 単位/回 1,176 単位/月(1か月の提供回数が4回を超えた場合)	
	週に2回程度	272 単位/回 2,349 単位/月(1か月の提供回数が8回を超えた場合)	
	週に3回程度	287 単位/回 3,727 単位/月(1か月の提供回数が12回を超えた場合)	
② 訪問型サービスA	週に1回程度	有資格者	225 単位/回 988 単位/月(1か月の提供回数が4回を超えた場合)
		研修修了者	187 単位/回 818 単位/月(1か月の提供回数が4回を超えた場合)
	週に2回程度	有資格者	229 単位/回 1,973 単位/月(1か月の提供回数が8回を超えた場合)
		研修修了者	190 単位/回 1,633 単位/月(1か月の提供回数が8回を超えた場合)

~~表 1-4 通所型サービスの単価設定~~

メニュー名	単価	
① 総合事業通所介護	要支援1 事業対象者	384 単位/回 1,672 単位/月(1か月の提供回数が4回を超えた場合)
	要支援2 事業対象者(週2回の利用が必要と認められる者で申請許可があること)	395 単位/回 3,428 単位/月(1か月の提供回数が8回を超えた場合)

~~*サービスコードや請求の詳細については、請求の手引き(別冊)参照~~

(3) 初回加算

~~初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援・指定介護予防支援における基準に準ずる。~~

新規に介護予防ケアプランを作成する利用者に対して、介護予防支援・介護予防ケア

マネジメントを行った場合、1月につき所定単位数を加算する。

- ① 新規に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合
契約の有無に関わらず、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、実施する場合を含む。
- ② 要介護者が要支援あるいは事業対象者となり、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合
予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

(4) 委託連携加算

委託連携加算の算定については、利用者に係る必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合に算定することができる。前提としてどの場合にも、把握状況の多寡にかかわらず、適切な連携（情報提供や計画作成協力など）を行っている場合に算定できる。

【 算定できる例 】

- ・新規に地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合。
- ・要介護者が要支援あるいは事業対象者となり、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する場合。（同じ居宅介護支援事業所へ委託した場合を含む）
- ・担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変わった場合
- ・転居により、担当する地域包括支援センターが変更する場合（同じ居宅介護支援事業所へ委託した場合を含む）

(5) 限度額管理対象外の事業について

訪問型サービス B・高齢者福祉サービス等の指定事業所以外によるサービスは限度額対象外となる。

(6) 給付制限について

三島市の総合事業のサービスについては、当面の間、給付制限を適用しない。

(7) 日割り請求について

- ・介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の請求において、日割りは行わない。
- ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。ただし、月の途中で利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。
- ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。
- ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

- ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。

【静岡県国民健康保険団体連合会資料「月額包括報酬の日割り請求にかかる運用」 参照】

2 請求・委託料支払い

(1) 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求

要支援者・事業対象者における利用サービスごとに提出するパターンが異なる。

(資料20 介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターンを参照)

利用しているサービスに合わせて、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費を請求する。~~なお、介護予防ケアマネジメント費はその月のサービス提供状況によって請求する類型を変更する必要がある。~~

例1：総合事業通所介護と予防訪問看護を利用している場合は介護予防支援費となるが、予防訪問看護の利用が無かった月は、総合事業のみの利用となるため、介護予防ケアマネジメント費（ケアマネジメントA）を請求する。

~~**例2**：総合事業通所介護と訪問型サービスAを利用している場合はケアマネジメントAとなるが、総合事業通所介護を利用しなかった月はケアマネジメントBを請求する。~~

(2) 委託先居宅介護支援事業所の地域包括支援センターへの提出について

委託先居宅介護支援事業所は、サービス提供月の翌月5日頃までに委託元の地域包括支援センターに給付管理票を提出する。(資料19)

(3) その他

① 委託先への介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の支払いについて

静岡県国保連合会から直接、委託先居宅介護支援事業所に支払われる。

② 県外他特例・県外居宅介護支援事業所について

県外他特例及び県外居宅介護支援事業所については、静岡県国保連合会からの直接支払ができないため、静岡県国保連合会から地域包括支援センターに支払われ、地域包括支援センターから委託先介護支援事業所に支払われる。

第6章 注意事項



1 受給者異動

- (1) 事業対象者が認定申請し、その結果が要介護認定となる場合が想定される。

暫定プランの中で総合事業サービスと介護給付サービスが併用されていると、事業対象者として取り扱うか要介護者として取り扱うかの判断が必要となり、総合事業サービスか介護給付サービスいずれかが全額自己負担となるため、暫定でのサービス利用においてはサービスの組み合わせを確認する。

【介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）説明会（三島市）

平成 28 年 10 月 13 日 国保連合会資料 P3 参照】

【令和 2 年度三島市介護予防・日常生活支援総合事業集団指導資料 P5 参照】

※令和 6 年 4 月 16 日以降更新予定

- (2) 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

総合事業においては、訪問型サービス（独自）・通所型サービス（独自）は利用者との契約開始が月途中の事由となっている。

【介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）説明会（三島市）

平成 28 年 10 月 13 日 国保連合会資料 P52 参照】

2 住所地特例

- (1) 住所地特例者に限り、住所地の指定を受けた地域密着型サービスを利用し、住所地の地域支援事業（総合事業）を利用できることとする。ただし、有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護の指定を受けていない賃貸借のサービス付き高齢者向け住宅）においては、平成 27 年 4 月以降に入居した人に限る。

- (2) 住所地特例者が事業対象者として総合事業のサービスを利用する場合の取扱い

ア 三島市の施設に居住する他市町村の被保険者の場合

原則として施設所在市町村が判定することになっているため、三島市のルールに従い、三島市の地域包括支援センターを介して三島市の窓口へ申請し、市から保険者の市町村に被保険者証の発行を依頼する（保険者の市町村によって様式等が異なるため要相談）。

イ 他市町村の施設に居住する三島市の被保険者から相談があった場合

原則として施設所在地市町村の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行うこととなるため、施設所在地の地域包括支援センターに相談するよう伝える。

3 その他

- (1) 生活保護受給者（公費給付率 100%）については総合事業のサービスも、予防給付と同様に生活保護法における介護扶助の対象となる（生活保護法第 15 条の 2）。

福祉総務課の担当者と情報を共有し、現行同様に利用票及び別表のある場合は担当者に提出する。65歳未満の生活保護受給者については、要支援1・2の認定相当となった場合に限り総合事業の利用が可能となる。

- (2) 総合事業の給付管理は自己作成できない。
- (3) 訪問型サービス・通所型サービスを利用する場合は、事業所が三島市からの総合事業の指定を受けている必要がある。特に市外の事業所を利用する場合は必ず指定の有無及びサービス種類を確認すること。
- (4) 要支援者が三島市外の総合事業通所介護を利用して更新申請等により**要介護**となった場合、地域密着型通所介護事業所は三島市の指定が必要であるため、指定がないと利用できない。(地域密着型サービスは、原則として事業所のある市町の住民のみが利用可能である。)
- (5) 新型コロナウイルス感染症に係る取扱い等については、厚生労働省及び三島市からの通知を参照すること。

【資料のダウンロードについて】

- ・介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）説明会（三島市）平成29年11月13日
（三島市ホームページ→健康・福祉→介護予防・日常生活支援総合事業→事業者説明会資料）
http://www.city.mishima.shizuoka.jp/media/05032140_pdf_20171117_rad7D07A.pdf
- ・【令和3年3月実施】介護予防・日常生活支援総合事業集団指導資料
<https://www.city.mishima.shizuoka.jp/ipn050044.html>
- ・三島市介護予防・日常生活支援総合事業報酬請求の手引き
<https://www.city.mishima.shizuoka.jp/ipn035814.html>
- ・介護予防・日常生活支援総合事業 Q&A
<https://www.city.mishima.shizuoka.jp/ipn030319.html>

第7章 資料

- 資料-1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の手順の概要
- 資料-2 基本チェックリスト
- 資料-3 基本チェックリストの考え方
- 資料-4 三島市版介護予防アセスメントシート
- 資料-5 三島市版介護予防アセスメントマニュアル
- 資料-6 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
- ★資料-7 介護保険関係書類開示依頼書
- 資料-8 介護予防サービス計画作成に係る介護保険関係書類開示依頼添付書
- 資料-9 利用者基本情報
- 資料-10 介護予防サービス・支援計画表（プランA **B**）
- 資料-11 介護予防サービス・支援計画表（プランC）
- 資料-12 介護予防サービス・支援計画表記載例
- 資料-13 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録記載例
- 資料-14 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
- 資料-15 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記載例
- 資料-16 プラン作成及び記入上の注意点（サービス種別の書き方）
- ~~資料-17 例外的な総合事業訪問介護利用申請書~~
- 資料-17 介護予防・生活支援サービス事業対象者の総合事業通所サービス利用回数増加申請書
- 資料-18 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与
- 資料-18-1 例外的に福祉用具を介護予防ケアプランに位置付ける理由書（車椅子）
- ★資料-18-2 軽度要介護者に対する福祉用具貸与のための理由書（特殊寝台等）
- 資料-19 給付管理事務
- 資料-20 介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン
- ★資料-21 医師と介護支援専門員の連絡票
- ★資料-22 軽微な変更例
- ★資料-23 医療系サービス利用時の主治医へのケアプラン送付案内文
- 資料-24 ケアマネジメント類型について（フロー図）

※総合事業の請求についての詳細は別冊「三島市介護予防・日常生活支援総合事業報酬請求の手引き」参照。

★印は要介護認定者と共通資料。

月	介護保険係	いきがい推進係	各地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	利用者	サービス事業者
				<p>A 居宅介護支援事業所との介護予防サービス・支援計画委託契約（年間契約）</p> <p>B サービス利用意向のある利用者本人または担当ケアマネジャーから担当包括に連絡を入れる。 必要に応じて包括から居宅介護支援事業所に委託する。</p> <p>C 利用者と介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約締結。</p> <p>「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」と「被保険者証」を預かり包括が介護保険係（新規の要支援認定者）又はいきがい推進係（事業対象者）に提出する。</p> <p>要支援認定のある方は三島市介護保険課介護認定係から認定情報を開示</p>		<div data-bbox="215 107 434 183" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">資料 1 - 1</div>
				<p>1 アセスメント【利用者宅訪問・面接】</p> <p>① 事前準備</p> <p>【要支援認定がある方】 既存書類等から必要な情報をまとめておく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認定情報 ・主治医意見書 ・特記事項 <p>② 利用者宅訪問・面接</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本チェックリストを記入してもらう ・本人や家族と面接し、支援ニーズを特定し、課題を分析する。 <p>2 介護予防サービス支援計画原案の作成</p> <p>「目標・具体策」を提案し、本人や家族との合意により必要な修正を加え、計画の原案を作成。（医療系サービスを利用する場合は主治医等に意見を求める）</p>	<div data-bbox="603 129 721 766" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>a. 包括による開示</p> <p>b. 居宅による開示（開示添付書類をつける）</p> </div>	
			<div data-bbox="1088 1541 1157 1803" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">①包括意見を記載</div>			
			<div data-bbox="1316 1541 1385 1930" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>コピー交付</p> <p>包括支援センター居宅介護支援事業所用</p> </div>			
				<div data-bbox="1316 846 1420 1406" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>【記入帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト(3枚複写) ・介護予防サービス支援計画書 </div>	<div data-bbox="1348 622 1391 750" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">本人控え</div>	<div data-bbox="1316 228 1359 362" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">コピー交付</div>

月	介護保険係	いきがい推進係	各地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	利用者	サービス事業者
				<p>【事業対象者の方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・三島市版アセスメントシート(3枚複写) 		
			<p>必要に応じてサービス担当者会議に参加。意見・地域包括支援センター担当者氏名記載。</p>	<p>3 サービス担当者会議開催。内容は「支援経過記録」に記載。 (ケアマネジメントBはサービス担当者会議の省略が可能であるが、情報共有を図る必要有。)</p> <p>①本人、事業所と共通認識を得て、必要な修正を加えて計画を最終的に決定。</p> <p>②利用者及び家族へ計画書を交付・説明同意書欄に自署又は記名・押印をもらう。</p>		
			<p>コピー交付</p>	<p>介護予防サービス支援計画書(原本)</p> <p>サービス利用票</p> <p>サービス提供票</p> <p>【必要に応じて申請する書類】</p> <p>・例外的な総合事業訪問介護利用申請書</p> <p>・事業対象者の総合事業通所サービス利用回数増加申請書</p> <p>・例外的に福祉用具貸与を介護予防ケアプランに位置づける理由書</p> <p>・軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書</p>	<p>自署又は記名・押印</p> <p>※医療系サービスを利用する際に主治医等に コピー交付 意見を得た場合、ケアプランを主治医等に交付 コピー交付</p> <p>利用票</p> <p>提供票</p>	
サービス提供前月			<p>包括に提出</p>			
						<p>1 介護予防サービス提供 介護予防・生活支援サービス提供</p> <p>① 事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・個別サービス計画の交付 説明・同意 <p>② 個別サービス計画に基づいたサービスの提供</p> <p>2 モニタリング</p> <p>① 実施状況のモニタリング記録</p>
サービス提供月						

月	介護保険係	いきがい推進係	各地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	利用者	サービス事業者
サービス提供月			<p style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">必要に応じて同行訪問</p>	<p>3 サービス提供事業所からの報告書の確認</p> <p>① サービス提供事業所からの結果報告書の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「介護予防支援経過記録」に把握した状況を記載する ・報告書は保存する <p>4 利用者の状況把握（第3章3参照）</p> <p>（3か月に一度は面接等で状況確認）</p> <p>利用している事業所訪問や電話連絡必要に応じて利用者宅訪問</p> <p>① サービス利用状況、利用者の状況を把握（毎月）</p> <p>② 計画の見直しの必要性について検討</p> <p>→ 必要があれば、初回の計画作成時の手順により見直す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「介護予防支援経過記録」に把握した状況を記載する <p>※ 微細な修正は赤ペンで日付を入れて計画書に記載(資料22)</p> <p>6 給付管理業務</p> <p>① 利用者へサービス利用実績の確認</p> <p>② 「給付管理事務連絡票」作成</p>	<p>② 居宅介護支援事業所へ</p> <p>5 サービス提供実績報告書 居宅介護支援事業所へ実績報告をする</p> <p>6 給付管理業務</p>	<p>6 給付管理業務</p> <p>① 利用者へサービス利用実績の確認</p> <p>② 「給付管理事務連絡票」作成</p>
評価月				<p>4 評価</p> <p>① サービス提供事業者が行った評価の把握</p> <p>② 利用者の目標達成状況の評価 利用者宅に訪問・面接</p>	<p>1 介護予防サービス提供 介護予防・生活支援サービス提供</p> <p>2 事後アセスメント 個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価</p> <p>3 効果の評価 居宅介護支援事業所に報告</p>	<p>1 介護予防サービス提供 介護予防・生活支援サービス提供</p> <p>2 事後アセスメント 個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価</p> <p>3 効果の評価 居宅介護支援事業所に報告</p>

月	介護保険係	いきがい推進係	各地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	利用者	サービス事業者
評価月			<p>評価の確認(半年に1度は必須) 評価表に意見を記載し原本を返す コピーして保管</p> <p>6 給付管理業務</p>	<p>・「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」作成・提出 ・中間評価は「支援経過記録」に記載する</p> <p>③ 計画の見直しの必要性について検討 必要があれば、初回作成時の手順で見直す</p> <p>6 給付管理業務</p>		<p>5 サービス提供実績報告</p> <p>6 給付管理業務</p>
更新時期				<p>2 更新時期の利用者との意向確認 ① 予防給付のサービスを利用して 今後も利用の必要性がある場合 → 更新申請(必要に応じ代行申請) ② 総合事業のみのサービスを 利用している場合 → 更新しない。事業対象者としてサービス利用</p> <p>【事業対象者とする手順】 (1) 基本チェックリストを実施 (2) 三島市版アセスメントシートを活用して 利用回数などをアセスメント (3) 介護保険証と基本チェックリストを包 括へ。(更新の2か月前から提出可能)</p> <p>2-②-(3) 介護保険証と基本チェックリスト(市提出用) 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)届出書をいきがい推進 係に提出</p> <p>事業対象者と印字された介護保険証をご本人に 返す</p>	<p>【要支援認定がある方】 1 更新申請の書類到着 2 ケアマネと確認</p>	

三島市基本チェックリスト

記入日 (年 月 日)

ふりがな 氏名		住所	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女

No.	質問項目	回答		判定	
				該当する項目 にチェック	
暮らし	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	()/20 1~20 のうち 10以上	<input type="checkbox"/>
	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		
運動	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	<input type="checkbox"/>
	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年間に転んだことはありますか	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		
栄養	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重の減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	()/2 2/2	<input type="checkbox"/>
	12 身長 cm 体重 kg (BMI =)				
歯・口	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	()/3 2/3 以上	<input type="checkbox"/>
	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		
外出	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	<input type="checkbox"/>
	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		
物忘れ	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	()/3 1/3 以上	<input type="checkbox"/>
	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		
こころ	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	()/5 2/5 以上	<input type="checkbox"/>
	22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれ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

介護保険事業の適切な運営に活用するため、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所へ提供することに同意します。

年 月 日 氏名 _____ 印

※自筆の場合、押印不要

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。それが適切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	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。
2	日用品の買い物をしていますか	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。
3	預貯金の出し入れをしていますか	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。
4	友人の家を訪ねていますか	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。
5	家族や友人の相談にのっていますか	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。
6～10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	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。
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	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。
8	15分位続けて歩いていますか	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。
9	この1年間に転んだことがありますか	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。
10	転倒に対する不安は大きいですか	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。
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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
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	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」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	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。
15	口の渇きが気になりますか	口の中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。
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	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	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」となります。
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聞かれますか	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。
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	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。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	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。
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	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。
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	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
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	

三島市版介護予防アセスメントシート

氏名

資料 - 4

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	3	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4	外出手段	日用品を買う店まで	
病院等に行くときは			1)いける(手段は) 2)誰かに頼む 3)いけない	

日常生活(家庭生活)	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	

社会参加・対人関係等に	12	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	
	16	情緒が不安定になることの有無	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1)ない 2)一人になることが不安である	

健康管理について	18	医師からの運動制限	1)ない 2)運動制限をされている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意をうけている	
	19	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	
	20	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	21	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)	
	22	服薬管理の状況	1)指示通り飲める 2)指示があれば飲める 3)できない	
	23	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	24	一人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	25	口腔機能の状況	1)硬いものが食べにくい 2)よくむせる 3)口が渇く 4)義歯があわない	
26	歯の手入れ(義歯を含む)	1)頻度(回/日・週・月) 2)方法()		

物忘れ等について	27	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	30	火の始末は心配ですか	1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり	
	31	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

三島市版 介護予防アセスメントマニュアル

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や利用者基本情報・アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加する活動を判断。高齢者の心身の状況等に応じた多彩なサービスの利用及び活動への参加につなげ、介護予防を推進。

* 実際の判断に当たっては、基準を参考にしつつ、利用者の多様な状況に即して判断を行う。

三島市版介護予防アセスメントシート等の記載に基づく判断

分類	対象者判断基準	想定されるサービス・活動の例
①身体介護の必要性が高い	以下の <u>いずれか</u> に該当 ア. 項目 1・2・3・23・24 のいずれかで「 3 」があること イ. 項目 24 が「 2 」以上であること	総合事業通所介護 総合事業訪問介護 訪問型サービスA・B
②機能訓練の必要性が高い	項目 1・2・3・23・24 (全5項目)のうち <u>2項目以上</u> が「 2 」以上である *事業対象者は全5項目の合計が10点以上又は「3」がある場合、申請・許可により週2回の利用を可能とする。(支援1を除く)	総合事業通所介護
③家事援助の必要性が高い	以下の項目に該当 ア. 利用者が単身であること、又は、同居の家族等に「障害・疾病その他やむを得ない理由」があつて家事の実施が困難であること(利用者基本情報より) イ. 項目 6～10 のうちの <u>1項目以上</u> が「 3 」以上であること	総合事業訪問介護 訪問型サービスA・B
	以下の項目に該当 ア. 上段アと同様 イ. 項目 2～4 のうち <u>1項目以上</u> が「 2 」以上であり、 <u>かつ</u> 、項目 6・10 が「 3 」以上であること	一人暮らし高齢者等給食サービス事業
	以下の項目に該当 ア. 上段アと同様 イ. 項目 2～4 のうち <u>1項目以上</u> が「 2 」以上であり、 <u>かつ</u> 、項目 9 が「 3 」以上であること	ふれあいさわやか回収
④閉じこもり予防の必要性が高い	項目 12・13・14 のうちの <u>1項目以上</u> が「 2 」以上である	地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア・就労・老人クラブ等)
⑤うつ予防の必要性が高い	項目 16・17 のうちの <u>1項目以上</u> が「 2 」である	地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア・就労・老人クラブ等) 専門相談(窓口)紹介 受診勧奨の必要性判断
⑥認知症予防の必要性が高い	以下の6項目のうち <u>2項目以上</u> に該当 項目 11 が「 3 」以上 項目 15・22・27～30 が「 2 」以上である	地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア・就労・老人クラブ等)

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			
		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下さい。			
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。			
三島市長 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		電話番号	
氏 名			
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		

- (注意) 1 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三島市へ提出してください。
- 2 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、必ず三島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。
- 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。

介護保険関係書類開示依頼書

三 島 市 長 あて

依 頼 人	住 所			
	事業所等名称			
	氏 名		電 話 番 号	

下記委任状に基づき介護サービス計画等介護保険の適切な運営のため、関係書類の開示を依頼します。

委 任 状

年 月 日

三 島 市 長 あて

委 任 者	被保険者番号			
	住 所			
	氏 名	(印)		
	生 年 月 日		年 月 日	

私は、私の介護サービス計画等介護保険の適切な運営に必要なため、次のとおり私の要介護認定・要支援認定に関する文書の開示請求に係る権限を委任します。

記

受 任 者	所 在 地			
	名 称			
	代表者氏名			
対 象 文 書		訪問調査による一次判定結果		
		主治医意見書		
		訪問調査による特記事項		
		介護認定審査会による判定結果・意見等		

- ◆ 委任者が氏名欄に署名する場合は、押印は不要です。

対象文書の欄は、開示請求を委任する文書の口欄にチェックしてください。

申請の際に身分証を提示してください。

介護予防サービス計画作成に係る介護保険関係書類開示依頼添付書

被保険者	被保険者番号	
	氏 名	

上記の被保険者の介護予防サービス計画作成については

地域包括 支援センター	所 在 地	
	名 称	

上記の地域包括支援センターが

居宅介護 支援事業者	住 所	
	事業所等名称	

上記の居宅介護支援事業者に委託します。

年 月 日

地域包括 支援センター	所 在 地	
	名 称	
	代表者氏名	(印)

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	性別	M・T・S 年 月 日 () 歳		
住所	Tel	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・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・事業対象者・要支援1・要支援2・経過的要介護・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護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：			
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 ()階 無・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 ◎☐ = 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」 家族関係等の状況	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《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・過ごし方			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
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 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、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)

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 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) _____ 要支援1・要支援2
 計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) _____ 担当地域包括支援センター ○○地域包括支援センター
 目標とする生活 _____

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	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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
日常生活(家庭生活)について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
社会参加、対人関係コミュニケーションについて	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
健康状態について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										

健康状態について
 主治医意見書、健康結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本を行うべき支援がでない場合】
 受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(総項目数)を括弧内(総項目数)を括弧外に記入して下さい。
 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。

予防給付 または、 地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	認知症の 予防	物忘れ予防	うつ予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 3	/ 5

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 _____

【意見】

地域包括支援
センター

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)

ケアマネジメントC

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

NO _____ 様 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 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 _____) 担当地域包括支援センター ○○地域包括支援センター
 目標とする生活 _____

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	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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>											
日常生活(家庭生活)について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>											
社会参加、対人関係コミュニケーションについて	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>											
健康管理について	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>											

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント
 計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 年 月 日 氏名

【本を行うべき支援がでない場合】
 受当な支援の実施に向けた方針
 【意見】
 地域包括支援センター

健康状態について
 主治医意見書、健康結果、観察結果等を踏まえた留意点

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	認知症予防	物忘れ予防	うつ予防
5 /	2 /	3 /	2 /	3 /	5 /

基本チェックリストの(該当した項目数)/(総項目数)を(縦横)目録を記載下さい。
 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0印をつけて下さい。

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

事業対象者には有効期間の終わりは記載なし

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

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) 担当地域包括支援センター ○○地域包括支援センター

目標とする生活 ●具体的でおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。 ●生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。利用者が望む生活「・・・したい」という意欲を喚起するように面接を行い自立支援に向けた動機づけを行うことが大切。

Main table with columns: 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, 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(民間サービス), 介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス), サービス種別, 事業所(利用先), 期間

健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 ●主治医意見書等から特に注意すべき事柄を書く

【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針 ●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く ●地域における資源不足により利用できる本来の支援ができていない場合は、地域における新たな活動の創設等の必要性を記載する。

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント ●利用者や家族、ケアスタッフが生活不活発病の改善、予防にむ

Table for basic checklist: 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. Includes a small table with counts for each category.

【意見】 ●居宅管理支援事業所に委託している場合に記入する。 ●意見欄⇒利用者に対してのコメントを記入する。 ●意見は特になければ無理に記入する必要はない。 ●日付・地域包括支援センター名・記入者氏名は必ず記入する。

計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名

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（サービ担当会議の要点を含む）

利用者氏名 ○ ○ ○ ○ ○ ○

計画作成者氏名 三島 秋子

年月日	内容	年月日	内容
H29年10月30日	電話連絡し、〇〇様にデイサービス利用状況について確認する。 デイサービスの他利用者やスタッフに慣れ楽しく参加されている様子。現在デイサービスで行っている貼り絵に夢中になっている。		目標の1つである週3回以上の散歩については、今のところ達成できているが、このところ寒くなり、外出がおっくうになってきている。暖かい時間帯に外出するようにし、又、転倒防止のため、散歩前に自宅で準備体操をしてから出かけるように話をする。
H29年10月31日	〇〇デイサービスセンター〇〇さんより連絡あり。デイサービスで友人もでき、他利用者とよく会話をされている。午後からは疲れる様子も見られ、時々、横になって休んでもらうこともある。		2つ目の目標である自宅内での自主的体操については、デイサービスで教えてもらった椅子に座って行う体操を毎朝実施している。椅子から大腿を上げる運動をしているが、以前に比べ若干、上がりが良くなった気がすると言われる。
H29年11月30日	電話連絡する。ご家族（長女）と電話で話す。デイサービスに行く日を楽しみにしている。外出の機会が増えたためか、いららすること少なくともなくなり、精神的にも安定している様子。 〇〇様と電話で話す。デイサービスの日課に慣れたため、通所により疲れすることもなくなった。相変わらず膝の痛みはあるが、医師に経過を見てもらい、治療を続けている。		デイサービスの運動器機能向上評価では、歩幅が広がり歩行能力が向上していると報告あり。今後も、デイサービスや自宅での運動を継続していくよう、家族も含めて目標の確認をした。 次回、3ヶ月後の評価時まで、状況を確認しながらプランを継続していく。
H29年12月27日	3ヶ月に一度の定期訪問を実施する。 明るく迎えていただく。長女の同席あり。 転倒することもなく、日常生活を維持されている。デイサービスに行かない日は、シルバーカーを使用して近所を散歩している。 寒くなったため、外出がおっくうになってきたが、できるだけ体を動かすようにしている。 デイサービスで皆で食べる昼食がとてもおいしいと言われる。	H30年3月〇〇日	サービ担当者会議 出席者 * 1 会場 * 2 検討内容 * 2
中間評価	中間評価を実施する。		軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与を行う場合は、ケアプランに位置付ける理由書にサービ担当者会議の記載がある部分を添付

※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担当者会議の開催、サービ事業所や家族との調整などを記入する。
※2 サービ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 年 月 日

巻 14

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 (計画作成者の意見)	今後の方針

総合的な方針		地域包括支援センター意見	

- 介護給付
- 予防給付
- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
- 終了

- プラン継続
- プラン変更
- 終了

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

N o. 利用者氏名

様

計画作成者氏名

包括し提出する日や記載した日ではなく、評価した日を記載

目標	評価期間	目標達成状況	目標/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
<p>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載している場合を得られた最終の具体的な目標を転記する。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>[達成した場合] 例) ・1人で～まで行くことができた。 [達成できなかった場合] 例) ・～までには○○のため、いたらなかつたが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった。</p>	<p>●目標を達成した場合には○印。</p> <p>●未達成の場合には×印をつける。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかつたのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価とする。</p> <p>●本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) ・□□が原因で～をしずらなかつたために、目標の☆☆には至らなかつたが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したことからの不安が増大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかつた。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要がある。たのてではないかと考える。</p>	<p>●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。</p> <p>●目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</p> <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていた八イキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運動の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行っていく。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載している最終の具体的な目標を転記する。</p> <p>●評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいつたん評価を行う。</p> <p>●福祉用具購入・レンタル・給食サービス・自費サービスの評価も目標設定していれば評価する。</p> <p>●サービス利用を保留している場合もその旨を記載する。</p>
<p>●「介護予防サービス・支援計画表」に記載している最終の具体的な目標を転記する。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記する。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に転記する。</p> <p>●評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等からの情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者者の生活機能全体に関する評価を行う。</p> <p>[達成した場合] 例) ・1人で～まで行くことができた。 [達成できなかった場合] 例) ・～までには○○のため、いたらなかつたが、××まで行くことができた。 ・1人では行けないが、誰かが付き添えば行けるようになった。</p>	<p>●目標を達成した場合には○印。</p> <p>●未達成の場合には×印をつける。</p>	<p>●何故、目標が達成されなかつたのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価とする。</p> <p>●本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析する。</p> <p>例) ・□□が原因で～をしずらなかつたために、目標の☆☆には至らなかつたが、××の段階までは到達できた。 ・目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したことからの不安が増大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかつた。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要がある。たのてではないかと考える。</p>	<p>●ケアプラン作成者としての意見をまとめる。</p> <p>●目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。</p> <p>例) ・当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていた八イキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運動の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行っていく。</p>	<p>●「基本的な「プラン変更」になる。」「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかつたが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じケアプラン内容を実施する場合など。「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなつた時。</p> <p>●目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにシ点を付ける。</p>

総合的な方針

●今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

地域包括支援センター意見

●介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して、記載する。介護予防プランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果か認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託されたケアプラン作成者の方針の統一をはかる必要がある。その後、コピーを包括で、原本は委託先に保管。

プラン継続 介護給付

プラン変更 予防給付

終了 介護予防・生活支援サービス

一般介護予防事業

終了

介護予防ケアプラン作成及び記入上の注意点

1 サービス種別の記入について

(1) 訪問型サービスと通所型サービスの記載については、ケアプランの中に種別がわかるように記載してください。

(ア) 訪問型サービス

① 総合事業訪問介護 ~~(身体介護)~~ 1回/週 2回/週 3回/週

~~② 総合事業訪問介護 (例外申請) 1回/週 2回/週 3回/週~~

② 訪問型サービス A 1回/週 2回/週

③ 訪問型サービス B

(イ) 通所型サービス

① 総合事業通所介護 1回/週 2回/週

② 総合事業通所介護 (回数増加申請) 2回/週

2 ケアプランの期間について

介護予防サービス・支援計画書に位置づける「期間」(一番右の欄)の考え方

本来は認定有効期間や目標を考慮し、設定することになりますが、一般的には3ヶ月から6ヶ月の間で設定することが標準であると考えます。そのため、三島市では6ヶ月の期間を最大とします。

3 評価期間と中間評価について

(1) 評価について

「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」を用いて評価を行うこととし、これにより「介護予防サービス・支援計画書」で定めたサービス利用期間後のサービス利用等についての判定を行います。

(2) 中間評価について

~~運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、一体的サービス提供加算~~のいずれかを算定している場合は3ヶ月を目安に中間評価を行い、「支援経過記録」に中間評価として記載してください。

(3) 支援経過の記載

1ヶ月に1回は行うこととし、計画期間内における中間的な評価を容易に行うことができるようにしてください。又、サービス担当者会議の記載も支援経過記録にしてください。

※ 要支援者等の状態によっては一律に期間を設定することが適切でない場合があります。不安定な状態であれば、評価期間や中間評価期間が短くなることもあります。

※ 要支援者等の状況が大きく変化した場合、評価期間を待たずに「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」を用いて評価し、「介護予防サービス・支援計画書」を変更してください。

(4) 評価の提出について

「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」を用いて評価をした時(標準的には6ヶ月)地域包括支援センターに提出し、評価表の下端に意見をもらってください。

4 暫定ケアプランの考え方について

(1) 暫定ケアプランに関する Q&A (国通知)

暫定ケアプラン

Q 要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度(要支援度)が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

A いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。その際、居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者(要介護者)であると思われるときには、介護予防支援事業者(居宅介護支援事業者)に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

H18.3.27〔介護制度改革 information vol.80〕平成18年4月改定関係 Q&A(vol.2) 52

国の QA に従い、暫定でサービスを利用する場合は、居宅介護支援事業所か介護予防支援事業所のどちらかで居宅の届け出をし、居宅を出した方の様式で暫定ケアプランを作成する。どちらかで居宅の届け出がされていれば認定日に遡って給付が行える。要介護要支援認定前の居宅の届け出は自動的に保険者で取り下げられるため、遡って新たに居宅の届け出を行う。

新規申請の認定前にサービス利用の場合や認定有効期間経過後に認定結果が出た場合など、認定日までの暫定プラン及び、認定日以降のプランを作成し本人の承諾を得る。

(2) 事業対象者の暫定ケアプランについて

事業対象者に暫定ケアプランはない。

例外的な総合事業訪問介護利用申請書

申請日 年 月 日

三島市長あて

申請者 事業所名
氏名

※地域包括支援センターまたは委託を受けた居宅介護支援事業所の職員

~~以下の利用者は、総合事業訪問介護の利用が必要と考えますので、ケアプラン、サービス担当者会議の記録を添えて申請します。~~

被保険者番号			
氏名			
住所			
生年 月 日	年 月 日	年 齢	才
基本チェックリスト実施日	年 月 日		
総合事業訪問介護事業者名			
総合事業訪問介護 利用が必要な理由			
総合事業訪問介護利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

※事業対象者は2年以内とし、要支援認定者は認定有効期間内とする。

事業対象者の総合事業通所介護利用回数増加申請書

申請日 年 月 日

三島市長あて

申請者 事業所名
氏 名※地域包括支援センターまたは委託を
受けた居宅介護支援事業所の職員

以下の利用者は、要支援2の者と同回数のサービス利用が必要と考えますので、アセスメントシート、ケアプラン、サービス担当者会議の記録を添えて申請します。

被 保 険 者 番 号			
氏 名			
住 所			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	才
基本チェックリスト実施日	年 月 日		
利用サービス・事業者名			
利用回数増加の理由			
利用回数増加予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	※利用回数増加予定期間は2年以内とする。		

軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与

1 提出書類および提出先

【要支援 1・2 で種目が車椅子及び車椅子附属品、移動用リフトのみの人】

(1) 提出書類

- ① 例外的に福祉用具を介護予防ケアプランに位置付ける理由書
- ② 介護予防サービス・支援計画表 支援経過記録（サービス担当者会議の記録のある部分）

(2) 提出先

担当地区の地域包括支援センター

【要介護 1 で種目が車椅子及び車椅子附属品、移動用リフトのみの人】

(1) 提出書類

- ① 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書
- ② 居宅サービス計画書（第1表・第2表） サービス担当者会議の要点（第4表）
- ③ 福祉用具貸与計画書
- ④ 医師の意見が明記されている資料（主治医意見書等）

(2) 提出先

三島市役所介護保険課介護保険係

【種目が特殊寝台及び付属品・床ずれ防止用具及び体位変換器・認知症老人徘徊感知機器・自動排泄装置の人】

(1) 提出書類

- ① 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書
- ② <要介護 1>居宅サービス計画書（第1表・第2表） サービス担当者会議の要点（第4表）
<要支援 1・2>介護予防サービス・支援計画表 支援経過記録（サービス担当者会議の記録のある部分）
- ③ 福祉用具貸与計画書
- ④ 医師の意見が明記されている資料（主治医意見書等）

(2) 提出先

三島市役所介護保険課介護保険係

※要支援 1・2の方は市への提出前に担当地区の地域包括支援センターにて確認を受けてください。

2 継続利用について

継続利用が必要な場合には、ケアプランを見直した都度、書類一式を提出してください。（要支援認定者については各地域包括支援センターへの提出も同様）

3 その他

軽度者に関わらず、福祉用具貸与をケアプランに位置付ける場合は、主治医から得た情報や福祉用具専門相談員等による専門的な意見をもとにサービス担当者会議等を通じて必要性を検討し、福祉用具貸与が必要な根拠をケアプランに記載しなければなりません。継続利用も同様に、アセスメントにおいて具体的根拠の基、適切なケアマネジメントをお願いいたします。

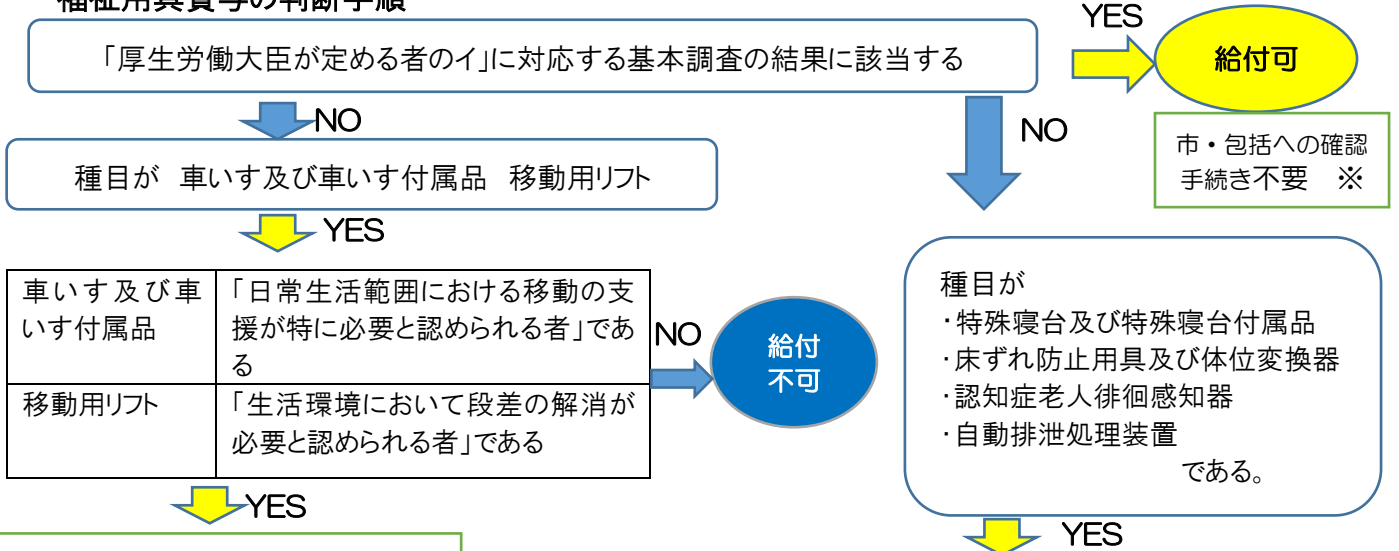
軽度者に対する福祉用具貸与フロー図

軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具貸与について(特例給付)

(ただし、自動排泄処理装置については、要介護2、3も含む)

対象福祉用具					
車いす及び車いす 付属品	特殊寝台及び特 殊寝台付属品	床ずれ防止用具及 び体位変換器	認知症老人徘徊感知器	移動用リフト	自動排泄処理 装置
<給付要件> 別表 に定める「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しなければならない。					

福祉用具貸与の判断手順



**地域包括支援センター(要支援1・2)
又は三島市(要介護1)に書類提出し、
給付可の判断がある。**

(提出書類)

- ① 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書(要介護1)
例外的に福祉用具貸与をケアプランに位置付ける理由書(要支援1・2)
- ② 第1表・第2表・第4表(要介護1)
介護予防サービス・支援計画表 支援経過記録(要支援1・2)
- ③ 福祉用具貸与計画書(要介護1)
- ④ 医師の意見が明記されている資料(主治医意見書等)(要介護1)

疾病その他の原因により、次のⅠ～Ⅲいずれかに該当するもの。

- Ⅰ 日によって又は時間帯によって、頻繁に「福祉用具を必要とする状態」に該当する者
(例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等)
- Ⅱ 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「福祉用具を必要とする状態」になることが確実に見込まれる者
- Ⅲ 身体への重大な危険回避等の医学的判断から「福祉用具を必要とする状態」に該当する者
(例：ぜんそく発作時等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 等)

以下の(1)(2)のすべての要件を満たし、これらについて**市に確認を受けた場合**に給付対象となる。

- (1) 上記Ⅰ～Ⅲのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断されている。
- (2) サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている。

(確認申請書類)

- ① 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書
- ② 第1表・第2表・第4表(要介護1)
介護予防サービス・支援計画表 支援経過記録(要支援1・2)
- ③ 福祉用具貸与計画書
- ④ 医師の意見が明記されている資料(主治医意見書等)

※①主治医から得た情報

②福祉用具専門相談員ほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じたケアマネジメントによる判断が必要。
①②の確認内容については、必ず支援経過の文書に記録を残すこと。

YES

給付可

NO

給付不可

YES

給付可

別表

対象種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
車いす及び車いす 付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に歩行が困難な者	(1) 基本調査1-7 「3. できない」
	(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査では該当項目がないため判断できない。 →サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより該当するか判断し、要支援1・2は各地域包括支援センター、要介護1は三島市介護保険課へ理由書を提出する。
特殊寝台及び特殊 寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に起き上がりが困難な者	(1) 基本調査1-4 「3. できない」
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	(2) 基本調査1-3 「3. できない」
床ずれ防止用具及び 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
認知症老人徘徊感 知機器	次のいずれにも該当する者	
	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は、基本調査3-2～3-7いずれか 「2. できない」 又は、基本調査3-8～4-15のいずれか 「1. ない」以外、 その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 「4. 全介助」以外
移動用リフト(つり 具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 「3. できない」
	(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査では該当項目がないため判断できない。 →サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより該当するか判断し、要支援1・2は各地域包括支援センター、要介護1は三島市介護保険課へ理由書を提出する。
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者	
	(1) 排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4. 全介助」

例外的に福祉用具貸与を介護予防ケアプランに位置付ける理由書

被保険者氏名	被保険者番号	生年月日	性別	男・女
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	要支援状態区分 支援1・支援2		
住 所				
貸与希望福祉用具名				
利用者の状態像	① 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 ② 生活環境において段差の解消が必要と認められる者			
例外的貸与の理由	(サービス担当者会議の結果及び内容)			
サービス担当者会議出席者名(事業者名)				

上記理由のため、介護保険給付対象者として福祉用具貸与を、介護予防ケアプランに位置付けてよいか伺います。

資料-18-1

介護予防支援事業者の判定
可 ・ 否

地域包括支援センター名

年 月 日 事業所名

ケアマネジャー名

資料-18-2

軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書

三島市長 あて

年 月 日

医師の医学的所見と、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントに基づき、居宅介護(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置付けることについて理由書を提出します。

事業所番号	
事業所名	
担当介護支援専門員名	
連絡先	

被保険者番号		生年月日	T・S	年	月	日
フリガナ		年齢・性別	()	歳	・	男 / 女
被保険者氏名		要介護度	要支援	1	2	要介護 1 2 3
住 所						
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			
理由書提出履歴	なし ・ あり (年 月 提出 要介護度:)					
貸与品目及び状態像 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品					
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(吊り具の部分を除く)					
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品					
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器					
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機					
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)					
	<input type="checkbox"/> 「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」					
<input type="checkbox"/> 「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」						
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者。						
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者。						
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から、利用者告示第31号のイに該当すると判断できる者。						
医学的所見の確認方法 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 主治医意見書		<input type="checkbox"/> 主治医・ケアマネ連絡票		<input type="checkbox"/> 医師の診断書	
	<input type="checkbox"/> カンファレンス等での聞き取り		<input type="checkbox"/> サービス担当者会議出席			
主治医名			医療機関名			
貸与開始予定年日	年 月 日					

※市への提出資料(下記資料が必要です。市に提出する前に✓し、ご確認ください。)

- 軽度要介護認定者に対する福祉用具貸与のための理由書
- ケアプラン 1表、2表、4表の写し (予防の場合は「介護予防サービス・支援計画表」とサービス担当者会議の議事記録)
- 医師の意見が明記されている資料 (上記、医学的所見の確認方法の書式のいずれか1つの写し)
- 福祉用具貸与事業者(福祉用具専門相談員等)作成の福祉用具サービス計画書(写し)

保険者記入欄

可否の区分	被保険者自身の自立支援や、重度化防止のために、					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を介護(予防)給付として位置づけることについて可とする					
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を介護(予防)給付として位置づけることについて条件を付し可とする					
※付される条件	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を介護(予防)給付として位置づけることについて不可とする					
	()ヶ月後に再度、理由書の提出をして下さい。					
()ヶ月後に、介護(予防)サービス計画書の2表及び、アセスメントシートを提出してください。						

別紙

【要介護1の者等に係る指定福祉用具貸与費について】 平成12年3月1日 老企第36号 第2の9(2) より抜粋

- ア 原則として別表に定めるところにより、「要介護認定当基準時間の推計の方法」(平成11年厚生省告示第91号)別表第1の調査票のうち基本調査の直近の結果(以下単に基本調査の結果という)を用い、その要否を判断するものとする。
- イ ただし、アの(二)「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定支援事業所が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(必要に応じて随時)で行うこととする。
- ウ また、アに関わらず、次の1から3までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあつては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否の判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認の他、医師の診断書又は担当の介護支援専門員(担当職員)が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。
- 1 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示 第31号(予防の場合は第88号において準用第31号)のイに該当する者。
(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等)
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号(予防の場合は第88号において準用第31号)のイに該当することが確実に見込まれる者。 (例 がん末期の急速な状態悪化)
- 3 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号(予防の場合は第88号において準用第31号)のイに該当すると判断できる者
(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
- 注 括弧内の状態はあくまでも1～3の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。
また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、1～3の状態であると判断される場合もありうる。

【給付要件としての厚生労働大臣が定める者のイについて】

次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者
- (一) 日常的に歩行が困難な者
 - (二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者
- (一) 日常的に起き上がりが困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) 床ずれ防止用具及び体位変換器 日常的に寝返りが困難な者
- (4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者
- (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く) 次のいずれかに該当する者
- (一) 日常的に立ち上がりが困難な者
 - (二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者
 - (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
- (6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者
- (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

※軽度者に対する福祉用具貸与フロー図も併せてご確認ください。

年 月 日

各居宅介護支援事業者 様

〇〇地域包括支援センター
センター長

〇年〇月分給付管理事務について（お願い）

日頃より地域包括支援センター事業に御協力いただきありがとうございます。

さて、御多忙の折恐縮ですが、別添「給付管理票作成一覧 〇年〇月提出分」を御確認いただき、別添「予防給付及び介護予防・生活支援サービス給付管理事務連絡票」に利用者全員分を御記入の上、下記のとおり提出くださいますようお願いいたします。

記

1 提出書類

- ① 「給付管理票 作成一覧 〇年〇月提出分」
- ② 「 〇年 〇月提出分 予防給付及び介護予防・生活支援サービス給付管理事務連絡票」
- ③ 委託全員分の給付管理票、サービス利用票及び別表

2 提出期限 年 月 日 () まで (厳守でお願いします。)

3 提出場所 〇〇地域包括支援センター

4 その他

裏面「給付管理事務連絡票の記載上注意点」を御覧ください。

給付管理事務連絡票の記載上注意点

「給付管理票 作成一覧 ○年 ○月提出分」は、「給付管理票 作成一覧 ○年○月提出分」及び ○月の連絡票を基に作成しております。

「給付管理票 作成一覧 ○年○月提出分」を確認していただき、**利用者全員分記載し、御提出ください。必ず単位数まで確認し、単位数等に変更があれば連絡票に必要事項を記載して下さるようお願いいたします。利用者全員分の給付管理票・利用票・別表を添付してください。**

1 区分欄の記入方法

① 新規について

初回加算がつく方について御記入ください。（新規・2か月以上のサービス利用がなく再開した方）更新申請により事業対象者となった方については「その他」に○をつけてください。

② 変更について

以下に該当する場合等は御記入ください。

- ・新たに別のサービスを追加
- ・サービス提供事業所を変更
- ・ショートステイや訪問看護、総合事業訪問介護、総合事業通所介護、訪問型サービス A 等、月単位以外のサービスで利用日数に増減がある
- ・介護予防ケアマネジメント費⇔介護予防支援費間の変更がある

③ 削除について

対象者の死亡や転出、入院等によりサービスが未利用、状態の変化により区分変更中である（区分変更中の方は給付の請求ができないため）等

④ その他

月遅れ請求や加算等の付け忘れによる修正請求、要支援認定の更新者、サービス内容に変更がない等

2 委託連携加算欄の記入方法

指定介護予防支援事業所が、利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合に、委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算します。加算を算定する場合は、「委託連携加算欄」の有に○をつけてください。

年 月 提出分 予防給付及び介護予防・生活支援サービス給付管理事務連絡票

提出: 年 月 日

<<〇〇地域包括支援センター行き>

事業所名

担当者名

該当 あり・なし

<<静岡県内被保険者>>

区分	被保険者番号	氏名	介護度の区分	事由(簡単に)	ケアプラン料の種類	委託連携 加算	給付管 理票等
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無
新規・変更・削除・その他			支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無

<<静岡県外他特例>>

区分	保険者番号	被保険者番号	氏名	介護度の区分	事由(簡単に)	ケアプラン料の種類	委託連携 加算	給付管 理票等
新規・変更・削除・その他				支援・事業対象者		介護予防支援費 ケアマネジメントA	有	有・無

介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン
 (1)総合事業サービスを利用する場合の給付管理票及び介護予防支援費/介護予防ケアマネジメント費の作成

NO	利用者	利用サービス						給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	居宅介護支援費/介護予防支援費/介護予防ケアマネジメント費	三島市のサービス例	
		介護給付		予防給付		総合事業						
		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外					
1	要介護者	○	-	-	-	-	-	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(※1)	居宅介護支援費	介護給付を受ける前から訪問型サービスBを利用し、要介護認定を受けた後も、介護給付を受けながら継続して訪問型サービスBを利用するケース(継続利用要介護者)	
2		○	○	-	-	-	-	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(※1)	居宅介護支援費		
3		-	○	-	-	-	-	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))	継続利用要介護者が、介護給付におけるサービスを利用せず、訪問型サービスBのみを利用する場合	
4		-	-	-	-	-	-	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))		
5	要支援者	-	-	○	-	-	-	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2)	介護予防支援費	予防給付のサービスを継続して利用する必要がある。「多様なサービス」の導入が難しいケース等。 *状態等を踏まえながら多様なサービスに利用を促進していくことが重要。	
6		-	-	○	○	-	-	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2)	介護予防支援費		
7		-	-	○	-	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2) 総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防支援費		
8		-	-	○	-	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2)	介護予防支援費		
9		-	-	○	○	○	-	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2) 総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防支援費		
10		-	-	○	-	-	○	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2)	介護予防支援費		
11		-	-	○	-	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2) 総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防支援費		
12		-	-	○	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(※2) 総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防支援費		
13		-	-	-	○	○	-	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費		居宅管理指導・福祉用具の購入・住宅改修と訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA)通所型サービス(総合事業通所介護)
14		-	-	-	○	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費		居宅管理指導・福祉用具の購入・住宅改修・訪問型サービスB・三島市配食サービス・自主活動につなげた等
15		-	-	-	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費		居宅管理指導・福祉用具の購入・住宅改修と訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA・B)通所型サービス(総合事業通所介護)・三島市配食サービス・自主活動につなげた等
16		-	-	-	-	○	-	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費		訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA)・通所型サービス(総合事業通所介護)
17		-	-	-	-	○	○	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費		訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA・B)・通所型サービス(総合事業通所介護)・三島市配食サービス・自主活動につなげた等
18	-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))	訪問型サービスBと三島市配食サービスや自主活動につなげた等		
19	-	-	-	-	-	-	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))	三島市配食サービスのみ 自主活動につなげた等		
20	事業対象者	-	-	-	-	○	-	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費	訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA)・通所型サービス(総合事業通所介護)	
21		-	-	-	-	-	○	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))	訪問型サービスBと三島市配食サービスや自主活動につなげた等	
22		-	-	-	-	○	○	要	総合事業サービスのうち限度管理対象サービス(※3)	介護予防ケアマネジメント費	訪問型サービス(総合事業訪問介護・訪問型サービスA・B)・通所型サービス(総合事業通所介護)・三島市配食サービス・自主活動につなげた等	
23		-	-	-	-	-	-	不要	-	介護予防ケアマネジメント費(保険者へ請求(※4))	三島市配食サービスのみ 自主活動につなげた等	

(※1)
 訪問介護
 訪問入浴介護
 訪問看護
 訪問リハビリテーション
 通所介護
 通所リハビリテーション
 福祉用具貸与
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 夜間対応型訪問介護
 地域密着型通所介護
 認知症対応型通所介護
 小規模多機能型居宅介護
 小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)
 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)
 短期入所生活介護
 短期入所療養介護(介護保険施設)
 短期入所療養介護(介護療養施設等)
 短期入所療養介護(介護医療院)
 認知症対応型共同生活介護(短期利用型)

(※2)
 介護予防訪問入浴介護
 介護予防訪問看護
 介護予防訪問リハビリテーション
 介護予防通所リハビリテーション
 介護予防福祉用具貸与
 介護予防認知症対応型通所介護
 介護予防認知症対応型共同生活介護
 介護予防小規模多機能型居宅介護
 介護予防短期入所生活介護
 介護予防短期入所療養介護(介護保険施設)
 介護予防短期入所療養介護(介護療養施設等)
 介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)

(※3)
 訪問型サービス(独自)
 通所型サービス(独自)

(※4)
 住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在地町村へ請求

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

先生

TEL

FAX

事業所名

ケアマネ

TEL

FAX

氏名 様 明・大・昭 年 月 日生

事業対象者・要支援 ()・要介護 () 認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

日頃より大変お世話になっております。下記の件につきご連絡申し上げました。お忙しいところ誠に恐れいりますが、ご都合のよい連絡方法につきましてご回答いただきたく存じます。FAX での返信をどうぞよろしくお願い申し上げます。

※この連絡票では診療情報提供料の算定はできませんのでご了承ください。

ケアマネジャーより 照会目的

- 担当ケアマネジャーとなりましたのでよろしくお願い致します (ご挨拶)
- ケアプラン作成にあたり病状や病態についてご相談をお願いいたします
- 主治医の先生へ下記の事項について医学的意見・指示についてのお伺いいたします
 - ① 利用者の医療・看護・介護・症状の確認について
 - ② 担当者会議に際してのご意見について
 - ③ 福祉用具貸与 (購入) について
 - ④ 医療系サービスを導入について
 - ⑤ 利用者の下記状況についての相談

担当介護支援専門員：

医師より (回答)

- はい、分かりました。
- 直接会います。(日時： 月 日、場所： 、時間帯は 時頃)
- 電話を下さい。(日時： 月 日、時間帯は 時頃)
- メールに再度相談してください。(E-mail: _____)

【サービス担当者会議に出席します (診療所 利用者宅 施設 その他) 出席しません】

[返信事項]

医師サイン：

【三島市医師会・三島市介護支援専門員連絡協議会】

<p>3 ケアプランの軽微な変更の内容 について(ケアプランの作成)</p>	<p>「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年7月29日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の「第Ⅱ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の「3 運営に関する基準」の「(7)指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑩居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚省38、以下「基準」という。)の第13条第3号から第12号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。 なお、「利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合」には、この必要はないものとする。」としていっているところである。</p>
<p>サービス提供の曜日変更</p>	<p>利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更の場合には、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>サービス提供の回数変更</p>	<p>同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>利用者の住所変更</p>	<p>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>事業所の名称変更</p>	<p>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標期間の延長</p>	<p>単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>福祉用具で同等の用具に変更するに際して単 位数のみが異なる場合</p>	<p>福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用 具販売への変更</p>	<p>指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。)をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合には、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標もサービスも変わらない(利用者の状況以 外の原因による)単なる事業所変更</p>	<p>目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標を達成するためのサービス内容が変わるだ けの場合</p>	<p>第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけのサービスに変更する場合は「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>担当介護支援専門員の変更</p>	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面談を有していること。)のような場合には、「軽微な変更」に該当するものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>

<p>4 ケアプランの軽微な変更の内容について(サービス担当者会議)</p>	<p>基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しななければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するにあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>サービス利用回数が増減によるサービス担当者会議の必要性</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しななければならないものではない。しかしながら、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するにあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しななければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要があるのではなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い</p>	<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間(担当者間)の合意が前提である。その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号)の「課題分析標準項目(別添)」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況」 ・「ADL(嚥下、起床、移動方法(杖や車椅子の利用の有無を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)」 ・「IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)」 ・「日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)」 ・「コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)を含む)」 ・「1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)」 ・「排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排尿リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)」 ・「入浴や整容の状況、皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)」 ・「歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況」 ・「食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無」 ・「行動・心理症状(BPSD)(妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等)」 <p>等を総合的に勘案し、判断すべきものである。</p>

《主治医の先生へのケアプラン送付のご案内》

年 月 日

医療機関名 _____

住所 _____

医師名 _____ 先生

TEL _____

FAX _____

事業所名 _____

ケアマネ名 _____

TEL _____

FAX _____

平素より大変お世話になっております。

先生にご高診いただいております _____ 様 (M・T・S 年 月 日生まれ) のケアプランをお送り致します (本状含み _____ 枚)。ご査収いただけますようお願い申し上げます。

以上今後ともどうぞよろしくようお願い申し上げます。

※ケアプラン送付の理由

介護保険法においては、医療系サービスを利用する場合は、主治医の先生のご意見を求めなければケアプランに位置づけられない、利用できないとなっております。それに加え、平成30年4月の介護保険改正により、ご意見を求めた先生にケアプランを提出することがケアマネジャーに義務づけられました。つきましては医療系のサービスを新たに利用希望される場合、また既に利用されている方が更新・区分変更等で先生にご意見を頂戴する場合には都度、ケアプランをお送りする事となります。何卒ご了承いただけますようお願い申し上げます。

介護保険 法令根拠

平成30年4月改正 (H30.1.26 社保審-介護給付費分科会資料より)

【利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求める事とされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することが義務付けられた】

【三島市介護支援専門員連絡協議会】

受領サイン _____ 年 月 日 医師サイン _____

※大変恐縮ですが、受領の確認のためご署名の上、上記ファックス番号に本状をご返信いただけますでしょうか。宜しくようお願い申し上げます。

