介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
マニュアル



介護予防キャラクター
げんきりん

柏市　地域包括支援課

令和８年９月

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントマニュアル

第１節　介護予防ケアマネジメントの考え方

1

第２節　介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

１　対象者

4

２　事業対象者決定までの流れ

4

３　利用手続き

(1) 利用までの流れ

7

(2) 事業対象者となる手続き

8

４　柏市介護保険申請窓口にて総合事業利用を希望する場合の流れ

9

【様式】状況調査（基本チェックリスト実施）依頼届

10

５　介護保険認定申請を勧める例

11

６　基本チェックリスト

【様式】基本チェックリスト

12

(1) 基本チェックリストの補足事項

13

(2) 基本チェックリスト実施の注意事項

14

(3) 基本チェックリストの考え方

16

【様式】基本チェックリストアセスメント用情報収集シート

18

７　サービス計画作成依頼届出書
(1) 各種サービス計画作成依頼届出書について
19
【様式】介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
20
【様式】介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書
20
８　介護保険被保険者証（事業対象者）
21
第３節　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ
１　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの類型
(1) 実施主体
22
(2) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの整理
22
２　ケアマネジメントCについて
(1) ケアマネジメントCの基本的な考え方
23
(2) ケアマネジメントCの対象者
23
(3) ケアマネジメントCの実施方法
23
(4) ケアマネジメントCの実施体制
24
(5) 実施手順
24
(6) 帳票
27
(7) ケアマネジメントCによってつなぐサービス・活動の内容
28
(8) ケアマネジメントCの報酬について
29

(9) 市への報告
30
(10) ケアマネジメントCに係る報酬請求について
30
(11) 介護予防手帳の発行及び管理方法
30
3　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託
(1) 業務委託について
31
(2) 業務委託の要件
31
(3) 留意事項
31
4　居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者として指定を受けた場合の介護予防支援
32
5　居宅介護支援費の逓減制について
33
6　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ
(1) 地域包括支援センターが担当する場合
34
(2) 居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業者として担当する場合（介護予防支援のみ）
34
(3) 居宅介護支援事業所へ一部委託する場合
37
【様式】予防給付ケアマネジメント受付票及び委託書(要支援者用)
42
【様式】介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書（事業対象者用）
44
(4) 介護予防サービス・支援計画書（原案）のチェックの手順
45

(5) 介護予防ケアマネジメント業務チェックの視点
48
【様式】介護予防ケアマネジメント業務チェック表
50
7　ケアマネジメントに関する様式
51
8　報酬（単価・加算）
51
9　対象者別利用可能サービス
53
10　利用限度額
(1) 事業対象者及び要支援者の利用限度額
53
(2) 事業対象者における一時的な区分支給限度額変更について
54
(3) 給付制限
55
11　その他の制度における総合事業の取り扱いについて
55
12　要介護認定等の申請期間中に利用したサービスと費用の関係
56
13　暫定プランに基づいたサービス利用における留意点
57
14　記録の整備
58
第4節　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の具体的な進め方
1　アセスメント（課題分析）
(1) アセスメントのポイント
59
【様式】利用者基本情報
61
(2) 利用者基本情報の記入の仕方
63

(3) サービス提供事業所への利用者基本情報の提供について
67
【様式】健康面聴き取り用シート
68
【様式】興味・関心チェックシート
70
【様式】柏市口腔・栄養アセスメントシート
71
2　介護予防サービス・支援計画原案作成
(1) 目標の設定
72
(2) 利用するサービスの選択
74
【様式】介護予防サービス・支援計画書（記入例）
※出典：介護予防ケアマネジメント実務者研修資料（H28.11.25）
77
介護予防ケアプランチェックリストについて
79
【様式】介護予防ケアプランチェックリスト
81
介護予防ケアプランチェックリストの視点
82
3　サービス担当者会議
(1) 会議の開催時期
83
(2) 会議の開催方法
84
4　モニタリング
(1) モニタリングの定義（意味）
85
(2) モニタリングの実施
85

【様式】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（記入例）
87

5　評価

(1) 評価のポイント
88

(2) 評価の反映
88

【様式】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（記入例）
89

【様式】基本チェックリスト（評価用）
90

第５節　サービスコード及び請求について

1 総合事業請求の際のサービスコードについて

(1) サービスコード種別
91

(2) 地域単価の考え方
91

2 介護予防・日常生活支援総合事業の事務処理の流れ
92

3 請求について（留意事項）

(1) 給付管理票について
93

(2) 請求明細書について
93

4 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について
94

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
101

【様式】給付管理票　様式第十一
107

【様式】介護予防支援介護給付費明細書　様式第七の二
108

【様式】介護予防・日常生活支援総合事業明細書　様式第七の三
109

第６節　遠隔地・住所地特例について
１　遠隔地とは
110
２　遠隔地の対応について
110
【様式】遠隔地対象者　連絡票
112
３　住所地特例とは
113
４　住所地特例の対応について
113
【様式】住所地特例対象者　連絡票
115

第１節　介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは，高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐことや，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ことで，高齢者が住み慣れた地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

介護予防ケアマネジメントでは，本人のできることは可能な限り本人が行うことが基本となり，本人の生活機能の向上に対する意欲を引き出し，サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようすることが大切です。

適切なアセスメントにより，本人の状況を把握した上で目標を明確にし，セルフケアや地域のインフォーマルサービス，介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し，達成状況を評価して必要に応じ計画の見直しを行う,という一連のサイクルが重要になります。

また，生活機能が改善した場合や要介護状態の悪化に伴う介護給付への移行など，一貫・継続したケアマネジメントが重要です。

(1) 介護予防ケアマネジメント担当者による支援の基本

介護予防ケアマネジメントにおいては，できないことや困りごとに対してサービスを当てはめるという補完的なケアマネジメントではなく，生活機能の低下の背景・原因を分析し，課題を明らかにして３～６か月といった短期間で少しずつ達成できる「目標」を定めた上で，本人と介護予防ケアプラン作成者が共に目標へ向けて取り組む「目標指標の考え方」が重要です。

ポイント

◆　自立支援に重点を置く。

本人の興味・関心や生活上の困りごとを把握した上で，本人の「したい」「できるようになりたい」と思う生活を実現するための支援を行う。

◆　将来の改善の見込みに基づいたアセスメント

課題解決や生活機能を向上させるために，本人・家族の生活背景や，状態像の適切なアセスメントを行う。

◆　明確な目標設定

本人の生活機能や能力・状態が，いつまでにどの程度向上するのか，又は，どの程度の期間維持できるのかを明らかにし，本人･家族及びサービス事業者がその目標を共有するとともに，適切に評価することが重要

◆　地域活動との連動

要支援者であっても，地域のなかで役割を持って生活することができることを意識する。サービス導入により，地域との関係が断ち切れないように留意することが重要

(2) 高齢者自身の基本姿勢

介護予防ケアマネジメントでは，利用者のセルフケア・セルフマネジメントに係る意識を高めるような関わりが重要です。利用者本人に健康増進や介護予防について意識してもらうことが大切です。

ポイント

◆　心身の状態を知り，自身の健康増進や介護予防についての意識を持つ。

◆　自ら必要な情報にアクセスする。

◆　介護予防や健康維持・増進に向けた取組みを自ら行い継続する。

(3) インフォーマルサービスの位置づけ

利用者自身が自宅や地域で何らかの役割を見つけることが，利用者自身の介護予防と自立への自信につながるという視点を持ち，ケアプランにインフォーマルサービスを位置づけることが重要です。

ポイント

◆　高齢者自身のニーズと地域資源のマッチングを考える。

- 地域の支え合い活動やサロン活動
- ボランティア
- シルバー人材センター　　等

セルフケア・セルフマネジメントの推進

～介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより～

○　法第４条第１項において「国民の努力及び義務」※として示されているように，高齢者には，要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※　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。

○　高齢者自身が，必要な支援・サービスを選択し利用しながら，自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには，分かりやすい情報の提示，専門職の助言，支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに，自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち，必要な知識を持った上で自らの行動を変え，成果を実感できる機会の増加が必要である。

○　そのためには，セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり，専門機関，専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には，地域住民に対するセルフマネジメント講習の実施や，地域包括支援センターや保健師・看護師，ケアマネジャー等が，高齢者と接する中で，適宜，その役割を担う体制が期待される。

第２節　介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

１　対象者

（1）基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当したかた（基本チェックリスト該当者）

（2）要支援１又は２の認定を受けたかた（要支援者）

２　事業対象者決定までの流れ

地域包括支援センターが基本チェックリストを実施する。

	手　順	帳　票
相談・ 聴き取り	●**聴き取り** ・被保険者から相談の目的と希望するサービスを聴き取る。 明らかに「要介護状態と思われる場合」や「予防給付又は介護給付によるサービスを希望する場合」等は，介護保険申請を案内する。 ※状態像が不明確な場合や介護保険未利用者の場合は，基本チェックリスト等で状況を確認する。	（必要時） ・介護保険申請書
総合事業の 説明	●**総合事業の趣旨と手続き，要介護認定等の申請の説明** ・総合事業（目的・内容・メニュー・手続き等），要介護認定等の申請，一般介護予防事業についての説明を行う。 **◆サービス提供の迅速化** ○総合事業によるサービスのみ利用する場合は，要介護認定等の申請を省略し，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 ○必要時，要介護認定等の申請が可能 **◆総合事業の趣旨** ○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により，要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図ること ○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み，達成後は，より自立に向けた次のステップに移ること ・相談者が総合事業のサービスの利用を希望する場合は，要支援認定の有無を確認する。 要支援認定を受けていない者については，基本チェックリストの実施を促す。 ・相談者が介護保険申請を希望する場合は，介護保険申請手続きを行う。	（必要時） ・要介護認定 要支援認定 申請書

	※柏市の介護保険申請窓口において，総合事業の利用を希望する対象者（基本チェックリスト実施希望者）について ・状況調査（基本チェックリスト実施）依頼届を本人また家族が記載する。 ・地域包括支援センターは依頼届をもとに，本人と対面にて，基本チェックリストを行う。 **※一部委託の要支援者で介護保険更新時に総合事業対象者への移行が見込まれる対象者について** ・担当ケアマネより地域包括支援センターに連絡が入る。介護予防ケアマネジメント受付票及び受託書を作成し，地域包括支援センターは依頼をもとに，本人と対面にて，基本チェックリストを行う。	・状況調査（基本チェックリスト実施）依頼届 ・介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書
基本チェックリストの実施	**●基本チェックリストの実施** ・基本チェックリストは，「基本チェックリストの考え方」に基づき，本人に記入してもらう。	・基本チェックリスト
事業対象者の特定	**●事業対象者の特定** ・基本チェックリストアセスメント用情報収集シートを用い，振り分けを判断し，事業対象者を特定する。 **◆留意点** ・基本チェックリストを実施した場合でも，本人とのやり取りの中で，介護保険申請が必要と判断した場合は，介護保険申請を行う。 ・事業対象者は，要支援に相当する状態等の者を想定しており，基本チェックリストの結果，事業対象者に該当しない場合については，一般介護予防事業の利用につなげる。	・基本チェックリストアセスメント用情報収集シート
基本チェックリストの提出 資格確認	**●基本チェックリストの提出** ・地域包括センターは，事業対象者の基準に該当した基本チェックリスト（※個人情報の取り扱いに関する同意を得ること）を地域包括支援課に提出する。 ・地域包括支援課は，基本チェックリストの情報を介護保険システムに入力し，資格の確認を行う。	・基本チェックリスト
ケアマネジメント担当者の決定	**●ケアマネジメント担当者の決定** ・地域包括支援センターはケアマネジメント担当者を決定する。 ・基本チェックリスト実施者は，基本チェックリストのアセスメント結果を，ケアマネジメント担当者へ申し送る。	
重要事項の説明及び 同意	**●重要事項の説明及び同意** ・ケアマネジメント担当者が訪問し，被保険者（事業対象者）は重要事項等の説明及び同意，介護予防ケアマネジメント依頼届出書の記載を行う。 ・介護保険被保険者証を本人より預かる。 ※一部委託の場合，地域包括支援センター職員が同行訪問し，契約事務を行う。	

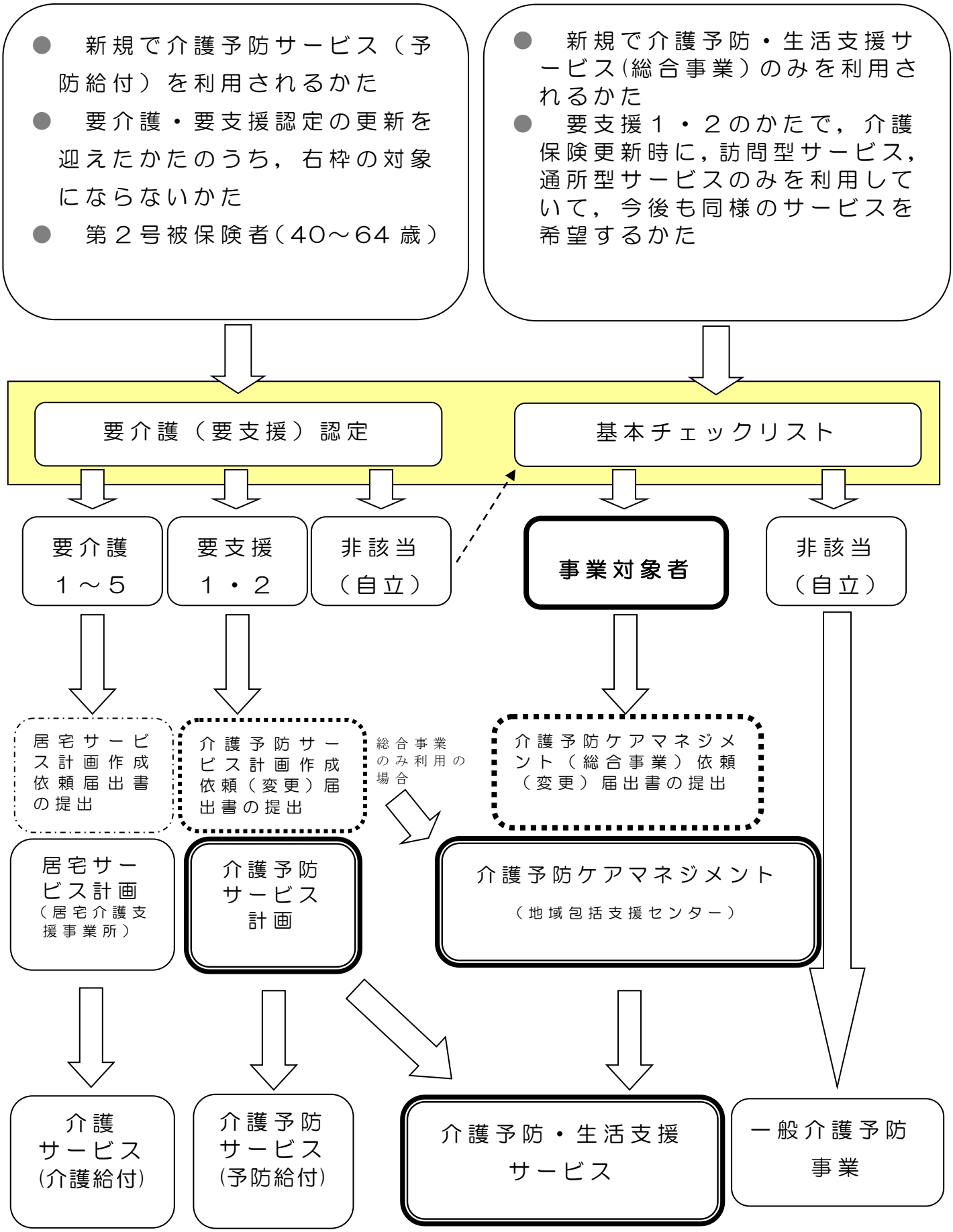
介護予防ケアマネジメント依頼届出	●**介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書と介護保険被保険者証を，柏市の介護保険申請窓口に提出する。**	・介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書 ・介護保険被保険者証
介護保険被保険者証の発行・送付	●**介護保険被保険者証等の発行・送付** ・市は介護保険被保険者証，負担割合証を発行し，被保険者（事業対象者）に送付する。	

● 要介護認定等更新の時期となる被保険者の手続き（※サービスの継続意向の場合）

状態	利用中のサービス			対応
	介護給付	予防給付（※を除く）	訪問型サービス・通所型サービス（※）	
要介護認定等更新	○			申請代行などで更新申請
要支援認定等更新		○		申請代行などで更新申請
要支援認定等更新			○	**申請代行などで更新申請もしくは基本チェックリストによる事業対象者への移行**

３　利用手続き

（1）利用までの流れ



(2) 事業対象者となる手続き

介護予防・生活支援サービス事業のサービスのみを利用する場合は，要介護（要支援）認定の手続きをしなくても，基本チェックリストによる判定で利用が可能となります。

以下の書類を提出することで,「事業対象者」の被保険者証や負担割合証が交付されます。

【手続きに必要なもの】

①基本チェックリスト（点数が基準に該当しているもの）
②介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書
③介護保険被保険者証
※提出先：①柏市地域包括支援課　②③柏市高齢者支援課

【留意点】

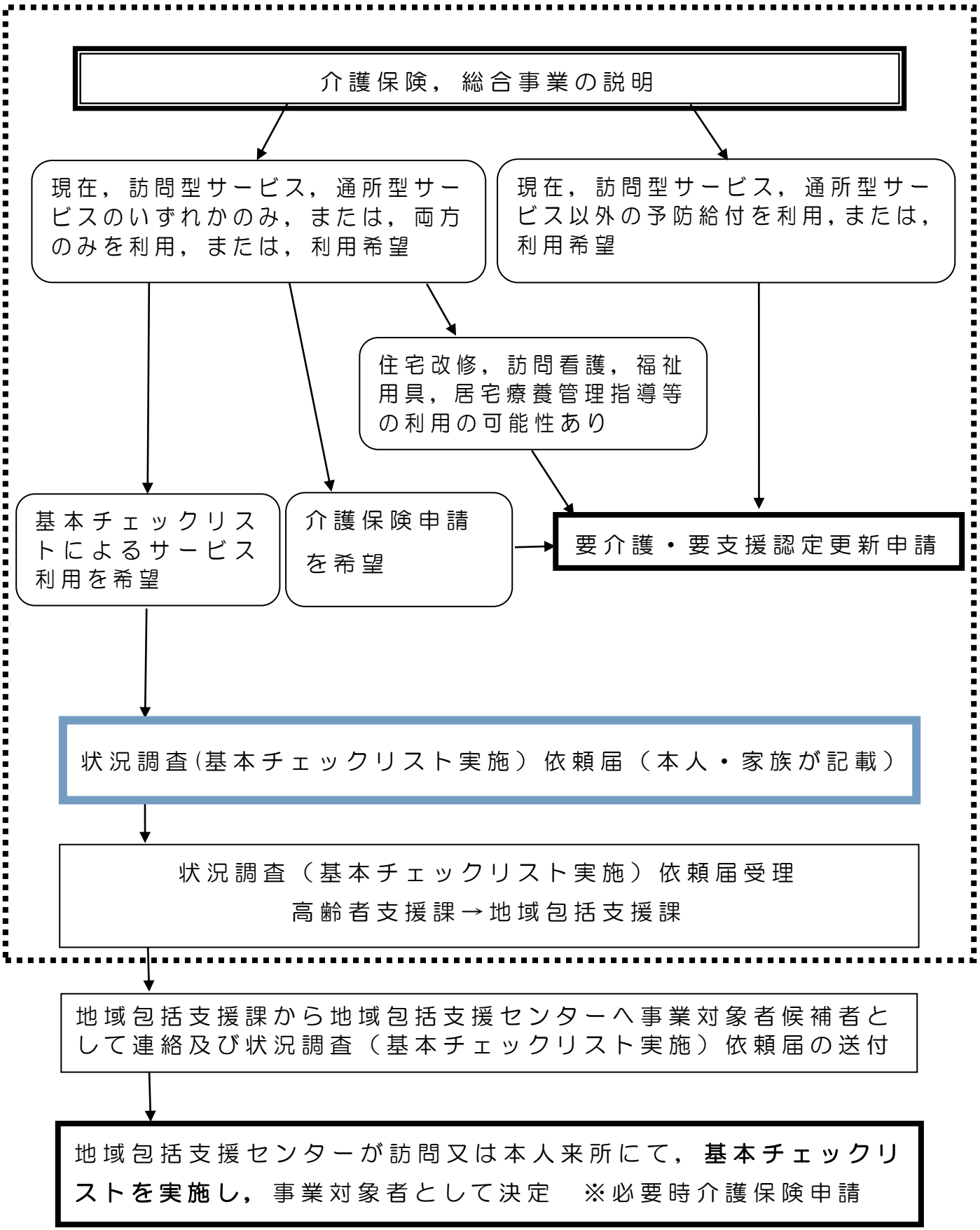
- 基本チェックリストの提出のみでは「事業対象者」と認定されません。
  必ず介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書と介護保険被保険者証を提出してください。
- 更新申請をせずに，認定有効期間満了日翌日１日以降，引き続きサービス事業のみを利用するために「事業対象者」の手続きを行う場合は,認定有効期間満了日の１か月前から満了日までの間に,基本チェックリストを実施のうえ，認定有効期間満了日までに手続きを行ってください。
- 認定申請と「事業対象者」の手続きを同時に行う，また認定申請中のかたが「事業対象者」の手続きを行うことはできません。
- 事業対象者が認定申請を行い,「非該当」となった場合，認定日に基本チェックリストを実施し，改めて「事業対象者」の手続きを行う必要があります。

【事業対象者が利用できるサービス】

- 介護予防・生活支援サービス事業のみ利用できます。
- 予防給付や介護給付の利用はできませんので，必要な場合は，従来どおり，認定申請による要介護・要支援認定が必要となります。
- 第２号被保険者は,「事業対象者」となることができませんので,従来どおり，認定申請による要介護・要支援認定が必要となります。

市役所窓口

４　柏市介護保険申請窓口にて総合事業利用を希望する場合の流れ



状況調査（基本チェックリスト実施）依頼届

〔　　〕地域包括支援センター　あて

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	フリガナ		性　別	男　・　女
	氏　名		電話番号	（　　）
	住　所 （住民票）	〒　　－		

依頼者	フリガナ		電話番号	（　　）
	氏　名			
	住　所		被保険者との関係	

連絡先	氏　名		本人との関係	
	電話番号		携帯番号	

※依頼者欄，連絡先欄は本人（被保険者）依頼の場合は記載不要

その他	利用希望サービス	□訪問介護（ホームヘルプ）　□通所介護（デイサービス）　□その他（　　）
	状況調査の方法 （希望）	□包括での面談　□本人自宅訪問　□自宅以外での訪問

地域包括支援センターへ状況調査（基本チェックリストの実施）について上記のとおり，依頼することを同意します。

年　　月　　日

記入者名　　（本人との関係）

【柏市記載欄】

市確認欄 （高齢者支援課）	□基本チェックリストの実施によるサービス事業利用を希望しているか □介護保険の認定（未申請・要支援1・要支援2・要介護1～5） □介護予防（要支援）の状態像であるか（要介護状態の場合には認定申請） □第一号被保険者であるか（第二号被保険者は総合事業の対象外） □（訪問介護）ホームヘルプ，（通所介護）デイサービス以外の希望はないか （ある場合は介護保険申請） 確認者（　　）	柏市受付欄
連絡事項		
市確認欄 （地域包括支援課）	介護保険申請状況　未 ・ 認定有（介護度　　） 包括へ依頼日（　　年　　月　　日） 包括訪問日（　　年　　月　　日）□事業対象　□認定申請	

５　介護保険認定申請を勧める例

(1) サービス事業の適切な利用が見込まれない状態像の場合

ア　疾病や外傷等により，心身の状態が安定せず，短期間で要介護状態等の再評価が必要な場合

- 脳卒中，心疾患，外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で不安定な状態にあり，医療サービス等の利用を優先すべきもの
- 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により，急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの　等

これらの状態の判断は，運動器の機能向上のためのサービス等，個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく，要介護状態が変動しやすいため，事業対象者としてのサービス事業そのものの利用が困難な事例が該当すると考えられる。

イ　認知機能や思考・感情等の障害により，十分な説明を行ってもなお，サービス事業利用に係る適切な理解が困難である状態

- 認知症高齢者の日常生活自立度が概ねⅡ以上の者であって，一定の介護が必要な程度の認知症があるもの
- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により，サービス事業の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

(2) 予防給付，介護給付の利用が見込まれる場合

ア　杖をついたり，歩行器を利用してもひとりで歩くことができない場合（例：車椅子に乗っている・寝たきりである）

イ　認知症の悪化により，日常生活に支障をきたしている場合（例：買う品物を忘れてしまうため，必要なものをひとりで購入することができない・料理をする段取りを覚えていられないため，ひとりで料理ができない・洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず，家事の遂行ができない）

ウ　入浴や体を洗う行為がひとりでできないため，清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合

エ　服薬や病気の管理のために，訪問看護サービスの利用目的がある場合

オ　自宅内での移動が困難・浴槽が深いなどの理由から，住宅改修による手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合

カ　家族の介護力の問題で，長時間の預かりを求めている場合（例：不適切な介護や高齢者虐待の疑い等で，定期的に家族との分離として，ショートステイの利用が必要な場合等）

キ　その他

(3) その他考慮すべき事項

ア　現在利用しているサービスが５０３２単位を越えており，今後も継続してサービスが必要な場合

イ　本人，家族が介護保険の申請を希望する場合

6　基本チェックリスト

基本チェックリスト　　年　　月　　日（実施場所　　包括名　　受付者　　）
被保険者番号（　　）チェックリスト回答者（本人・家族・その他）把握経路（01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 90）

氏名		生年月日	ＭＴＳ　　年　　月　　日生
住所	〒　－　　柏市	電話番号	－

下記の質問項目に回答をお願いします（当てはまる項目に○，問１２にいては，数字を記入）

No.	質問項目	回答		結果	
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	/5	/20
2	日用品の買物をしていますか	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[illegible]	0. はい	1. いいえ	/5	
7	椅子に座った状態から何[illegible]	0. はい	1. いいえ		
8	15 分位続けて歩いてい[illegible]	0. はい	1. いいえ		
9	この１年間に転んだこと	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大き[illegible]	1. はい	0. いいえ		
11	6 ヵ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/2	
12	身長　　cm　体重　　kg　（ＢＭＩが 18.5 未満）	1. はい	0. いいえ		
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	
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	
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		
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言われますか	1. はい	0. いいえ	/3	
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		
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	
22	（ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが[illegible]なった		いいえ		
23	[illegible]が今では[illegible]		いいえ		
24	[illegible]思えない		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		

記載漏れがないか提出前に確認

【サービス利用適用(変更)日】
要支援からの移行→有効期間満了日の翌日
新規→基本チェックリスト実施日

【本人署名】
基本チェックリスト実施日と同日になること

地域包括支援センター等が行う介護予防ケアマネジメント実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、柏市役所、居宅介護支援事業者、サービス事業者、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに情報提供することに同意します。

年　月　日　氏名

包括記載欄：（要支援等からの移行・新規）サービス利用適用（変更）日　　年　　月　　日※

※新規は基本チェックリスト実施日を記載してください。

（1）基本チェックリストの補足事項

【該当基準】

①No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当（複数の項目に支障）
②No.6～10 までの５項目のうち３項目以上に該当（運動機能の低下）
③No.11～12 の２項目のすべてに該当（低栄養状態）
④No.13～15 までの３項目のうち２項目以上に該当（口腔機能の低下）
⑤No.16～17 の２項目のうち No.16 に該当（閉じこもり）
⑥No.18～20 までの３項目のうちいずれか１項目以上に該当（認知機能の低下）
⑦No.21～25 までの５項目のうち２項目以上に該当（うつ病の可能性）

※　①～⑦の基準に１つでも当てはまれば，事業対象者と判断できます。ただし，利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で，振り分けを判断し，事業対象者を特定してください。

【把握経路】

01	a．要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握 ※要支援者から事業対象者へ移行した場合も含む
02	b．訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
03	c．医療機関からの情報提供による把握
04	d．民生委員等地域住民からの情報提供による把握
05	e．地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
06	f．本人，家族等からの相談による把握
07	g．特定健康診査等の担当部局との連携による把握
90	h．その他市町村が適当と認める方法による把握

(2) 基本チェックリスト実施の注意事項

基本チェックリストの設問は，原則「している」か「していない」かの「行動」を尋ねる形式となっており，普段の自身の行動について，ありのままを回答することが重要です。

【方法】

- ○　基本的には本人が記載します。
- ○　記入できない特段の理由がある場合には，面接者が質問を読み上げるなどの支援は可能ですが，質問の表現を変えたり，回答の誘導がないようにしてください。
- ○　家族が代理でチェックする場合においても，あくまでも本人の側に立ってチェックするよう促してください。
- ○　面接者は，本人が記載した基本チェックリストをもとに，各項目について回答の確認をし，できる・できない・している・していない「能力」と「行為」の確認を行ってください。

※　廃用性のケースの場合

「能力」はあるが「行為」を行っていないことが多いです。介護予防の視点では，「行為」として行っているかどうかの確認が重要です。

【共通事項】

- ○　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ください。
- ○　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ください。
- ○　各質問項目の趣意を確認し，質問項目の表現は変えないでください。


KASHIWA

⑶ 基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

①対象者には，深く考えずに，主観に基づき回答してもらって下さい。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下さい。
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下さい。
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下さい。
④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが，各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5まで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下さい。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，必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は，本人の判断に基づき回答して下さい。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。電話による交流は含みません。また，家族や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まで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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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下さい。

11～12まで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か月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か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，整数で記載して下さい。体重は1か月以内の値を，身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 ※小数点以下は四捨五入
13～15まで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下さい。
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下さい。
16～17まで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ヵ月の状態を平均して下さい。
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まで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言われますか	本人は物忘れがあると思っていても，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下さい。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までに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下さい。
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	

基本チェックリストアセスメント用情報収集シート

【基本チェックリスト実施日：　　年　　月　　日】　受付者：

(ふりがな) 氏名	（代理申請者名　　）	生年月日	M・T・S	【総合判定】	□ 介護保険申請対象	□ 総合事業対象	□ 一般介護予防事業対象
住所	〒	電話番号		①基本チェックリスト	□ 該当（②へすすむ）		□ 非該当（一般介護予防事業紹介）
介護保険申請状況	初回 ・ 過去に介護保険申請有(前回介護度：　　)	世帯状況	独居 ・ 高齢者のみ世帯 ・ 要介護者との同居世帯	②利用サービスの希望	□ デイサービス・ヘルパー（③へすすむ）		□ 予防給付サービス（一介護保険認定申請）
主訴 (来所目的)		既往歴		③本人・家族の希望	□ チェックリスト実施による事業利用希望		□ 介護保険認定申請希望
希望サービス				その他特記すべき事項：	※既往歴や本人の状態像等により認定申請が遅れている場合は理由を記載		

					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
1. 日常生活関連動作について　＿＿点（1～20のうち該当　10　/　20　以上）　□ 該当　□ 非該当							
1	バスや電車で1人で外出していますか	□ はい 《利用している交通機関》電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他（　　） ※車の運転　する・しない □ いいえ 介助がないとできない・その他（　　）	支援の状況（誰が・何を）	①考えられる要因 ②留意点 ③本人家族の意向 ④その他 ※1～5：生活全般の低下があるのに運動器の項目の該当が少ない人は、出来る能力があるのに家族等他の支援者がやってしまっている可能性があるので確認が必要	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下さい。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。	行きたい場所へ様々な手段を使って一人で外出しているかどうかの確認で、必ずしもバス、電車である必要はありません。 頻度や行く場所などを含め、4・16などと一緒に聞き取りをするなどの工夫も出来ます。 車の運転の質問については日常の買い物や外出頻度など生活に関わるアセスメントが出来ます。	
2	日用品の買い物をしていますか	□ はい □ いいえ 自分で考えて頼んでいる・人に任せている・電話で注文している・その他（　　）	主な支援者		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、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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。	頻度や店までの距離には関係なく、日用品の購入をしているかどうかの確認です。一人で行くのか、行く方法についての聞き取りをします。 「いいえ」⇒荷物が持てないのか、おっくうなのか。食品、惣菜等の買い物はどうしているかなど理由やどう対処しているかを確認します。 やろうと思えば出来るが、家族等がいて実際はやっていない場合は、「いいえ」とします。	・買う品物を忘れてしまい、必要なものを買うことが出来ない等認知症の症状が疑われる場合 ・買い物支援のサービス利用等を希望者については、家族構成等を確認し、ヘルパーの利用可能か要確認（ヘルパーだけの利用希望のみの場合要注意）
3	預貯金の出し入れをしていますか	□ はい □ いいえ 家族等に依頼して実施している、お金の管理を人に任せている、その他（　　）	主な支援者		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。	ATM・窓口での出し入れ、金銭管理をしているかの確認。主に男性で金銭管理自体をしない習慣である場合は「いいえ」とします。 必要に応じて自分で行わない場合は誰が管理しているのか等も聞き取ります。 金銭管理が出来ない理由が分かれば聴き取ります。	・認知症の悪化により、金銭管理が出来ない場合
4	友人の家を訪ねていますか	□ はい □ いいえ 電話をしている・家族や親戚の家には訪問している・交流する気がない・その他（　　）			友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。	社会活動性の確認。友人や近所への訪問の有無。「近所や友人の家は遠いから」「友達は死んだから」等の回答の場合でも、訪ねることが無ければ「いいえ」とします。 友人との関係や頻度については1・16などと一緒に聞き取りをするなどの工夫も出来ます。	
5	家族や友人の相談にのっていますか	□ はい 面談にて・電話にて・その他（　　） □ いいえ 相談されない・相談される相手がいない・その他（　）			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。	周囲との人間関係なども聞き取りをします。 雑談やおしゃべりをすることはあっても「相談」といわれると深刻に受け止めてしまい答えにくいため、質問のニュアンスが伝わるように追加で質問したり、表現を言い換えても構いません。	
2. 運動器の機能について　＿＿点（該当　3　/　5　以上）　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	□ はい 全く利用しない・時々利用している □ いいえ 能力はあるが、習慣的に使っている・支えがないと不可能・その他（　　）	要因 福祉用具の必要性 住宅改修の必要性	①～④について	階段を手すりや壁をつたわら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。	はなどの使用状況についても確認します。やすみやすみ歩くのは「いいえ」とします。 運動器の低下については、廃用性の進行と痛み等の理由が潜んでいる可能性があります。 運動器の該当数が多い場合、閉じこもり、うつの該当との関連を確認し、廃用性の進行が予測される場合は早急に介入が必要なケースであると予測できます。	・自分一人で杖をつき歩行することや歩行器を利用しても一人で歩くことが出来ない場合（移動は車椅子、もしくは寝たきりである） ・自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合 ・身体状況からアセスメントし、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が必要と思われる（本人も希望される）場合
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	□ はい 常時利用しない・時々利用している □ いいえ 能力はあるが、習慣的に使っている・つかまらないと不可能・その他（　　）			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分くらい続けて歩いていますか	□ はい 屋外（補助具　＋　－）　屋内（補助具　＋　－） □ いいえ 介助があれば可能・歩けない・その他（　　）	介助の状況や歩ける距離等 杖や補助具の必要の有無		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	□ はい　頻回・1回のみ □ いいえ	怪我の程度 状況・場所・時間帯・回数 転倒の要因（危険因子）		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。	歩行時のほか、自転車での転倒も含むが、交通事故は除外します。 転倒の危険因子（身体的疾患・薬物・加齢変化）、外的要因（環境要因）なのかを把握することで、住宅改修や福祉用具の必要性の有無等の判断の材料となります。	・住宅改修や福祉用具が必要（本人も希望する）な場合
10	転倒に対する不安は大きいですか	□ はい　転倒経験あり・転倒経験なし □ いいえ	転倒不安の内容		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下さい。		
3. 低栄養状態について　＿＿点（該当　2　/　2）　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	□ はい □ いいえ ない・6ヶ月以上かかって減少	体重減少の理由	①考えられる要因 ②留意点 ③本人家族の意向 ④その他	6か月間で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か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。	食事の摂取状況も含め、13などと一緒に聞き取りなどの工夫も出来ます。 過度な体重減少があるときには、食事の頻度や医療受診について、追加で聞き取りをします。 低栄養で該当している人は、胃がんのオペ後であったり、高齢の細身の体質の人が多く、全体数としては少ないので、なぜかを把握することは大切です。	・摂食・嚥下機能や食形態に配慮した栄養ケア計画が必要で、介護予防居宅療養管理指導等が必要（本人も希望する）な場合
12	身長　cm 体重　kg （BMI＝　　）	□ はい　18.5未満 □ いいえ	要因		身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 BMI＝体重kg÷身長m÷身長m		
4. 口腔機能について　＿＿点（該当　2　/　3 以上）　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
13	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	□ はい □ いいえ 食べにくくない・6か月以上前から食べにくい	義歯の利用の有無 かかりつけ歯科医の有無 どんな食事	①～④について	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ても、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。	咀嚼力低下のスクリーニング目的の項目。 口の清潔、義歯の不具合や受診状況も合わせて確認します。	・口の清潔、義歯の不具合、むせ、渇き等について確認し、介護予防居宅療養管理指導が必要（本人も希望する）な場合 ・服薬管理や病気の管理のために訪問看護や居宅療養管理指導が必要な場合
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	□ はい □ いいえ			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下さい。	嚥下機能低下に関するスクリーニング目的項目。 その趣旨を考えると1日のうち、1回以上誤嚥・むせる程度（ほぼ毎日むせる）から該当する飲み込みと併せて服薬の確認を行うなど工夫も出来ます。	
15	口の渇きが気になりますか	□ はい □ いいえ			口の中の潤きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。	唾液分泌低下のスクリーニング目的項目。 「常時、口の潤き」がある場合を該当とする。日中も口渇が気になること。 高齢者では、睡眠中口をあけて寝てる場合（口呼吸、いびき）があるため、早朝口渇感を訴えるものもいるので注意。	
5. 閉じこもりについて　No16に該当　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
16	週に1回以上は外出していますか	□ はい □ いいえ	外出の頻度 外出理由	①～④について	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均して下さい。	外出は介助されての外出も含みます。 外出とは、仕事、買い物、散歩、通院などで、庭先のみやゴミだし程度は含みません。 1・4と一緒に場所や頻度の確認するなどの工夫も出来ます。 対象者の外出を阻害する要因について確認し、住宅改修、福祉用具等の必要性があるか確認します。 閉じこもりに全て該当し、うつの項目の該当が多い場合、うつの疑いがあります。受診状況や服薬の状況の確認が必要です。	・住宅改修や福祉用具が必要（本人も希望する）な場合
17	去年と比べて外出の回数が減っていますか	□ はい □ いいえ	理由		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。		
6. 認知症について　＿＿点（該当　1　/　3　以上）　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
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言われますか	□ はい □ いいえ 本人はもの忘れの自覚はあるが、他人からは指摘なし・本人はもの忘れの自覚なし	具体的なエピソード	①～④について	本人は物忘れがあると思っていても、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。	他人と付き合いの無い人は指摘されないから注意が必要なため、4・5と対比させながら聞き取ります。 生活の困りごとがないか、併せて聞き取りを行います。	・認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている高齢者
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	□ はい □ いいえ 誰かに電話番号を教えてもらう・電話をかけてもらい会話だけをする・電話をかけることは無い	支援の状況（誰が・何を） 交流範囲		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。	どんな相手と話をするかなど人間関係についても確認します。	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	□ はい 月と日の一方しかわからないも含む □ いいえ			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下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。	高得点のかたについては、認知症について診断を受けているか等を確認し、日常生活に困りごとがないかなど、加えて質問します。	
7. うつについて　＿＿点（該当　2　/　5　以上）　□ 該当　□ 非該当					質問項目の趣意	包括等からの追加視点	介護保険認定申請勧奨の視点
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	□ はい □ いいえ	理由	①～④について	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。回答者の中には、「ここ数年」の様子について回答しているかたもいるので、注意しましょう。また、2週間のうち1～2度でもこれらの症状があるかどうかではなく、2週間以上これらの症状が続いている場合にチェックします。	対面の際、以下の点に留意してください。 本当の意味で「ここ2週間問いの状態が継続しているか」きちんと把握してください。 回答者の表情や話し方、受け答え方、声の調子等の観察、表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等回答者が家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等があれば陽性の確立が高く、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。 該当項目が多い場合には、飲んでいる薬の確認や睡眠の状態を確認し、状況が不安定な場合には認定申請等を勧めてください。	・心身の状況により訪問看護が必要と考えられる場合 ・うつの項目等の該当が多く、状態が不安定なかた
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれてきたことが楽しめなくなった	□ はい □ いいえ	理由				
23	（ここ2週間）以前は楽に出来ていたことが今はおっくうに感じられる	□ はい □ いいえ	理由				
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	□ はい □ いいえ	理由			設問24に不快感を示される可能性があるため、この設問項目がうつのスクリーニングを目的としたものであることや、うつになるとこのように思い込んでしまいやすいので質問しているということなど丁寧に説明してください。 家の手伝いをしているか等役割があるかないか等追加で質問するなど工夫も出来ます。	
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	□ はい □ いいえ	理由			わけもなく疲れたような感じがするの設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認してください。	

7　サービス計画作成依頼届出書

(1) 各種サービス計画作成依頼届出書について

区分	居宅サービス計画作成依頼届出書	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書	介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出書
【新規申請】 要介護	○		
【更新申請】 要介護→要支援		○	
【新規申請】 要支援		○	
【更新申請】 要支援→要支援 （予防給付の利用から介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合も含む）		不要	
【移行】 要介護→事業対象者			○
【移行】 要支援→事業対象者			○
【新規】 事業対象者			○
【新規】※ 事業対象者→要支援		○	
【新規】※ 事業対象者→要介護	○		

※　事業対象者が要支援・要介護認定を受けた場合には，各種サービス計画作成依頼届出書の提出が必要になります。

□介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書
□介護予防ケアマネジメント(総合事業)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
	明・大・昭　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(総合事業)を依頼(変更)する地域包括支援センター

事業者名		事業者の所在地	〒　－ 電話番号　(　)
担当者氏名		事業者番号	
プラン作成を委託事業者に依頼する場合の記載 事業者名		事業者の所在地	〒　－ 電話番号　(　)
担当者氏名		事業者番号	
変更する場合の事由			

柏市長　あて

上記の介護予防支援事業者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出します。

令和　年　月　日

被保険者　住所
氏名
電話番号　(　)

○ 要支援からの移行の場合
　要支援の認定有効期間後に設定
○ 新規の事業対象者
　基本チェックリスト実施日を記載

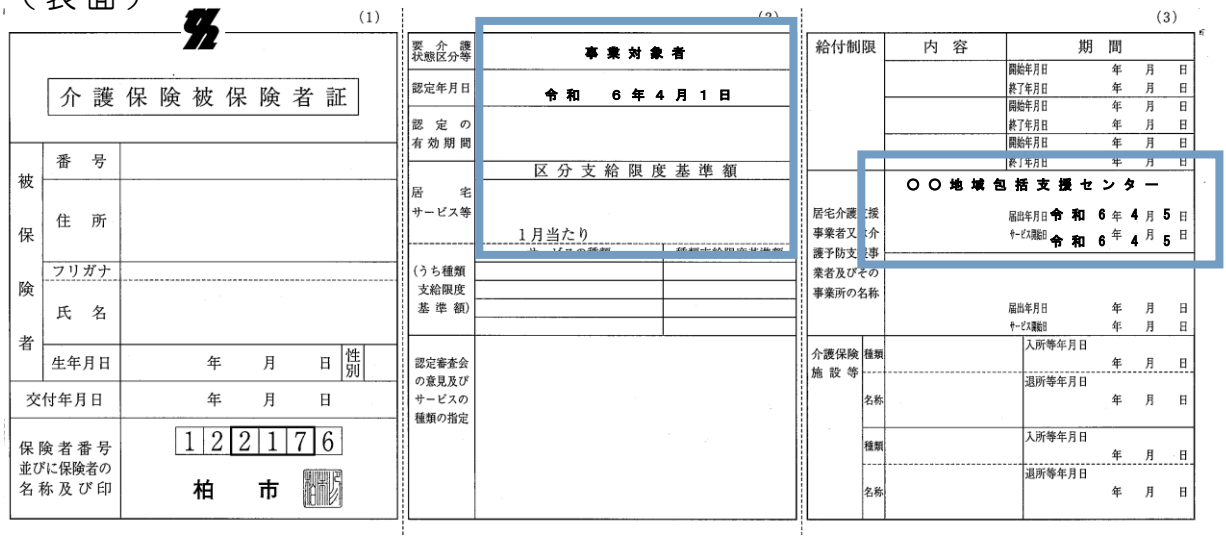
サービス利用適用(変更)日：令和　年　月　日から利用する

柏市確認欄			
	保険証回収	同時・未(回収日　/　)・再交付	端末入力日　/
		認定申請中(申請日　/　区分　)	送付先　有・無

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介護予防支援事業者と計画作成の契約を行った後に，柏市高齢者支援課に提出してください。
2　届出書を提出する際には，介護保険被保険者証を忘れずに添付してください。添付がないと，新しい被保険者証の発行ができない場合があります。また，被保険者証を紛失，破損した場合は，速やかに再交付の申請を行ってください。
3　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を変更する場合には，変更年月日を明記のうえ，必ず柏市に届け出てください。届出がない場合，サービスに係る費用を，一旦全額自己負担していただくことがあります。
4　住所地特例の対象施設に入居の場合は，その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください

８　介護保険被保険者証（事業対象者）

（表面）



介護保険被保険者証

被保険者	番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日　性別
交付年月日		年　月　日
保険者番号並びに保険者の名称及び印		1 2 2 1 7 6　柏　市

要介護状態区分等	事業対象者
認定年月日	令和　6年4月1日
認定の有効期間	
居宅サービス等	区分支給限度基準額 1月当たり
(うち種類支給限度基準額)	
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

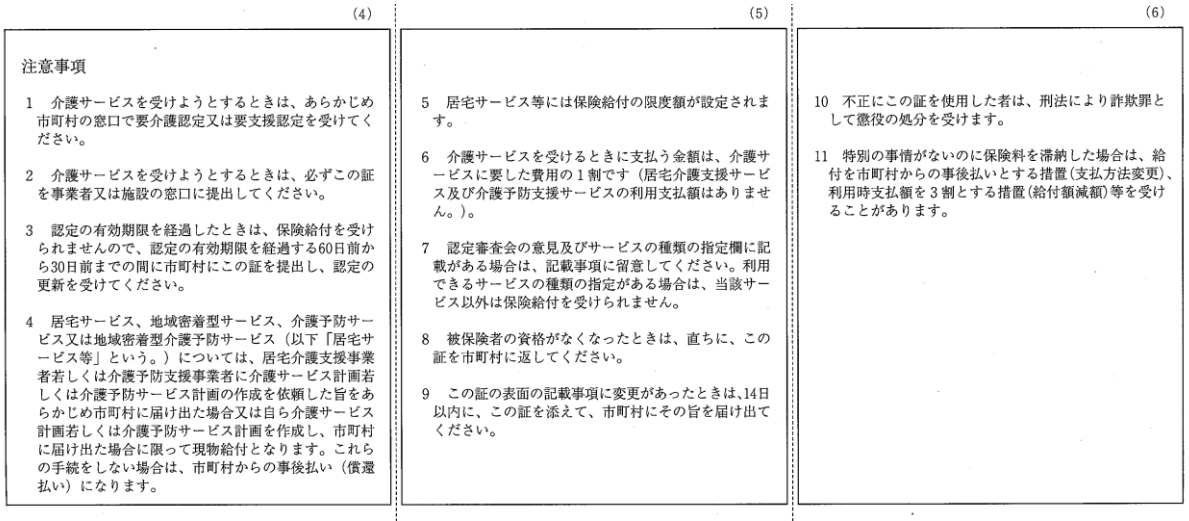
給付制限	内容	期間
		開始年月日　年　月　日 終了年月日　年　月　日
		開始年月日　年　月　日 終了年月日　年　月　日
		開始年月日　年　月　日 終了年月日　年　月　日

居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称	○○地域包括支援センター 届出年月日 令和 6年 4月 5日 ｻｰﾋﾞｽ開始日 令和 6年 4月 5日

介護保険施設等	種類		入所等年月日　年　月　日
	名称		退所等年月日　年　月　日
	種類		入所等年月日　年　月　日
	名称		退所等年月日　年　月　日

- 要介護状態区分：事業対象者
- 認定年月日：基本チェックリスト実施日が印字される。
- 認定の有効期間：空欄
- 区分支給限度基準額：空欄
- 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所及びその事業所の名称：担当地域包括センター名（委託の場合も包括名）が印字
- 届出年月日：介護予防ケアマネジメント（総合事業）依頼（変更）届出日
- サービス開始日：サービス利用適用日（変更日）

（裏面）



注意事項

1　介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。

2　介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

3　認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する60日前から30日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

4　居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。

5　居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

6　介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用の１割です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。

7　認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

8　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。

9　この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

10　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

11　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を３割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

※留意事項

- 事業対象者は有効期間の定めはありません。
- 区分支給限度基準額は要支援１相当（５０３２単位）※印字なし
- 負担割合については，別途交付される負担割合証を確認してください。
- サービス事業は，給付制限の対象外です。

第３節　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ

１　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの類型

(1) 実施主体

ア　利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センター

地域包括支援センターに配置されている３職種のほか，介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができる。また，その業務の一部を，居宅介護支援事業所に委託することができる（一部委託）。

イ　指定介護予防支援事業者として指定を受けた居宅介護支援事業者

市から指定を受けた居宅介護支援事業者は，介護予防支援に限り，地域包括支援センターからの委託を受けずに，介護予防支援業務を行うことができる**（介護予防ケアマネジメントについては，従来どおり地域包括支援センターから一部委託を受けて実施すること）。**

(2) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの整理

ア　介護予防支援

予防給付のみ，又は，予防給付と総合事業を組み合わせて利用する要支援者のケアマネジメントです。

イ　介護予防ケアマネジメント

総合事業のみを利用する要支援者及び事業対象者のケアマネジメントです。

	要支援者			事業対象者	
ケアマネジメントの種類	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
対象のサービス	予防給付＋サービス事業	サービス事業のみ	サービスＢのみ	サービス事業のみ	サービスＢのみ
実施するもの	指定介護予防支援事業者	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
居宅介護支援事業所への一部委託	○	○	× ※包括のみ	△ ※要支援からの移行者は可能 新規については応相談	× ※包括のみ

令和６年４月時点

※　今後新たなサービスの構築によりケアマネジメントの類型が増える可能性もあります。

また，委託基準についても見直しを行う可能性があります。

２　ケアマネジメントＣについて

⑴ ケアマネジメントＣの基本的な考え方

ケアマネジメントＣは，利用者の状態や置かれている環境に応じて目標を設定し，その達成に向けて，住民主体による支援や一般介護予防事業の利用等，介護予防の取組を生活の中に取り入れ，自ら実施，評価できるよう支援します。

利用者の日常生活上の何らかの困りごとに対して，単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく，利用者の自立支援に資するよう，心身機能の改善のみならず，地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう，「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容になるよう要支援者等の選択の支援を行うことが重要です。

⑵ ケアマネジメントＣの対象者

ア　要支援者，事業対象者のうち，たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）を利用する場合。ただし，給付管理の対象となる介護サービスを利用する場を除く。

イ　その他，ケアマネジメントＣの作成が必要と市が認めたもの

※　ケアマネジメントＣの対象者は，比較的状態像が軽度なものを想定している。目標設定及びサービスの選択を地域包括支援センターが利用者とともに行うものであるため，介護予防手帳を活用し，セルフマネジメントを支援するため，セルフマネジメントが可能なものを対象者とする。

⑶ ケアマネジメントＣの実施方法

基本的に初回のみ，簡略化したケアマネジメント（介護予防手帳を活用）のプロセスを実施し，ケアマネジメントの結果を利用者に説明し，理解を得た上で，住民主体サービス等の利用等を開始する。セルフマネジメントが出来ているかの確認をし，利用者の状況の悪化や，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ケアマネジメントに移行する。

（参考）介護予防ケアマネジメントの類型の比較

類型	介護予防支援	ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＣ
対象	要支援者	要支援者・事業対象者	
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○（介護予防手帳）
サービス担当者会議	○	○	－
利用者への説明同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○（介護予防手帳）
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	○	－

⑷ ケアマネジメントＣの実施体制

ア　利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施

イ　住所地特例施設の場合で，施設に住所を移している住所地特例者は，施設所在地の地域包括支援センターが実施

⑸ 実施手順

ア　相談・聴き取り

利用者等から，たすけあいサービス（訪問型サービスＢ），又は，地域の予防活動等への参加についての相談申出を受ける。

※　たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）については，要支援認定等を受けていない場合であっても利用することが可能。ただし，要支援者等においては，目標設定及びサービスの選択を地域包括支援センターが利用者とともに行うことで，より効果的に利用者の自立支援につながると判断する場合には，積極的にケアマネジメントＣとして取り扱うこと。

イ　利用申し込みの受付

⑺ 介護保険被保険者証または資格者証を確認する。

⑴ 利用申込者が要支援認定及び事業対象者の認定を受けていない場合，基本チェックリストを実施し，事業対象者の基準に該当するか確認する。

⑼ 介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書，予防支援ケアマネジ

メント受付票及び委託書の作成

ウ　重要事項の説明及び同意，個人情報利用同意書の記載

利用申込者に，介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに係る重要事項説明書を交付・説明し，同意を得る。個人情報利用同意書についても説明し，同意を得る。

エ　介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市に提出

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書に必要事項を記載し，市に提出する。

※　イ～エについては，要支援者等で既に実施済みの場合は省略可

オ　アセスメント

㈠ アセスメントは，利用者の居宅を訪問し，生活状況の確認を行い，利用者及びその家族に面接して行う。

㈡ アセスメントは，基本チェックリスト，基本チェックリストアセスメント用情報収集シート，利用者基本情報，介護予防手帳等を活用する。

㈢ 利用者の生活機能，健康状態，置かれている環境等を把握した上で，生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに，介護予防の効果を最大限に発揮し，利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握する。

カ　ケアマネジメントC（ケアマネジメント結果）の作成（介護予防手帳を活用）

介護予防手帳には，ケアプランの基本項目である，生活の目標，目標達成に向けた取組内容，日常生活で支援が必要なことの記載欄がある。本人の意欲を引き出す目標を設定し，本人が出来ること頑張っていることを伸ばしていくことは，介護予防ケアマネジメントの基本的な考えであり，本人の困りごとに単純に支援・サービスをあてるだけでは不十分であることが認識される必要がある。

㈠ 「していることや興味の確認」を用い，利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果を，利用者とケアマネジメント担当者で共有する。

㈡ 「私のプラン」を用い，していることや興味の確認をし，してみたいまたは興味があるとした行為・活動について再度書き出し，「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」と思うことについ

てプランを検討する。

㈩「私のプラン②」を用い，日常生活で支援が必要なこと（家族・知人などのサポート，生活支援サービス等を書き出し，周囲に配慮してほしいことや必要なサポートを確認する。疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を本人や家族，支援者等で共有することも重要である。

㈠「活動記録」の記載は，利用者本人が行い，活動場所（主にたすけあいサービスや住民主体の活動等）で取り組み状況を記録することが，モニタリングの意味を持つため，活動する際に持ち歩き，自身で管理できるよう使い方を説明する。

※　介護予防手帳は利用者に交付するため，目標等については利用者と共有できるよう写しをとったり転記したりするなどし，ケースファイルに保管しておく。

キ　サービス調整

㈎ サービス利用申し込み

※　地域包括支援センターは，ケアマネジメントＣの内容に沿って，利用者が継続的かつ主体的に，たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）を利用又は地域の予防活動等へ参加できるよう，たすけあいサービス団体と調整を行うなど，必要な支援を行う。

※　利用者本人がサービス調整できる場合には，本人が行うよう支援する。

㈑ たすけあいサービス団体等へのケアマネジメントＣの交付

介護予防と自立支援を推進する観点から，その者の状態等に応じた適切なサービスや活動の場の提供につながるよう，個人情報保護の遵守を図った上で，ケアマネジメントＣの情報が提供されることが望まれる。たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）においては，利用者自身によるサービス団体への交付を推奨する。その他については，本人の希望により，情報の提供を行う。

ク　利用者の状況把握等について

ケアマネジメントＣは，モニタリング，評価は実施しないが，利用者が計画に基づき円滑にできているか，状況把握に努める必要がある。

㈎ サービス提供時

サービス提供時は，給付管理等の定期的に行う業務はないが，利用者がたすけあいサービス（訪問型サービスＢ），又は，地域の予防活

動等への参加につながった後であって，利用者の心身の状況に変化があった場合等の必要な場合には，支援を再開できる体制を構築する。

⑷ 電話や地域包括支援センター来所等による状況把握

サービス提供者から連絡があった場合や，初回面接から３か月程度経過している場合等において，利用者の状況把握（介護予防手帳の活動状況の確認）を実施する。

⑺ （必要時）訪問による状況把握

状態悪化等の連絡があった場合は，訪問しアセスメントを行う。その際，必要に応じてサービス調整や区分変更申請等を行う。

⑹ 帳票

ア　介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書，予防支援ケアマネジメント受付票及び委託書

イ　重要事項説明兼利用同意書

ウ　個人情報利用同意書

エ　利用者基本情報

オ　介護予防手帳（写し）

⑺ ケアマネジメントＣによってつなぐサービス・活動の内容

ケアマネジメントＣによってつなぐ住民サービス･地域の予防活動等としては，高齢者自身が主体的かつ継続的に利用，又は，参加できるものとし，地域の予防活動（体操教室等），就労，ボランティア，趣味活動等を想定している。なお，例えば，医療機関への受診の紹介等や，単に福祉用具を購入し利用するだけの場合等は，主体的かつ継続的なものではないため，いずれもケアマネジメントＣによってつなぐ住民サービス・地域の予防活動等に該当しない。

【ケアマネジメントＣによってつなぐ住民サービス・地域の予防活動等の例】

サービス・活動	実施主体	ケアプラン交付
たすけあいサービス （訪問型サービスＢ）	地区社協，町会，自治会，ＮＰＯ法人等	利用者自身による サービス団体への 交付を推奨
生活支援サービス （訪問型サービスＢ以外）	さわやかサービス， シルバー人材センター等	必要時
介護予防教室	地域包括支援センター	
サロン	地区社協，町会，自治会，ＮＰＯ法人等	
通いの場	社協	
就業	シルバー人材センター， セカンドライフ応援事業等	
ボランティア活動	社協，ＮＰＯ法人	

⑻ ケアマネジメントＣの報酬について

ア　報酬単価

対象者	報酬
たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）等を利用する要支援者または事業対象者のうちケアマネジメントＣによる動機付け支援を行ったもの	742 単位 【内訳】 報酬（442 単位）＋初回加算（300 単位）

イ　初回加算

⑺ 新規に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か月以上経過したあとに，介護予防ケアマネジメントを実施する場合も含む。

⑴ 要介護者が要支援認定を受け，あるいは，事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

⑼ 上記⑺及び⑴の対象者が引越し等により，担当地域包括支援センターが変更になった場合

※　ただし，予防給付を受けていた者が，要支援の認定有効期限の翌月からサービス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出来ない。

ウ　その他（内規）

⑺ 状態の改善等によって，介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント終了後，訪問型たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）等を利用する要支援者又は事業対象者のうち，動機付け支援を行ったものは，介護予防支援及びケアマネジメントＡの一連と捉え，ケアマネジメントＣの算定は行わない。

⑴ 転居等により担当地域包括支援センターが変更となった場合は，状況変化に応じたケアマネジメントを再度行うことになるため，変更後の地域包括支援センターにおいて，ケアマネジメントＣを算定することが可能

⑼ ケアマネジメントＣにおいて，やむを得ない理由（転居，施設入所，死亡等）によって，利用者の状況把握を実施できなかった場合におい

ても，報酬の返還は不要とする。

⑼ 市への報告

ケアマネジメントＣを行った場合には，報酬請求の際に実績の突合を行う目的として，随時，地域包括支援センターは介護予防手帳の写し（表紙，Ｐ５・６）を提出する。

⑽ ケアマネジメントＣに係る報酬請求について

ア 請求月

たすけあいサービス（訪問型サービスＢ）等の利用を開始した月の翌月

イ 請求方法

ワイズマンシステムで作成した介護予防ケアマネジメント費請求情報及び委託先支援事業所情報を，千葉県国民健康保険団体連合会へ直接提出することによって行う。

⑾ 介護予防手帳の発行及び管理方法

ア 発行方法

㈠ ケアマネジメントＣの対象者に以下のものを配布する。

①介護予防手帳（携行用）

②介護予防手帳（保管用）

㈡ 手順

①各地域包括支援センターにおいて発行台帳をもとに採番する。

②各地域包括支援センターにおいて交付日，包括名，Ｎｏ．を記載する。

Ｎｏ．の記載方法：〇〇（年度）－１，〇〇－２…

例）３１－1，３１－２…３１－１００ ※発行する際に採番する。

イ 管理方法

㈠ 地域包括支援センターが介護予防手帳発行台帳に記載し管理する。

㈡ 年度末に市へ提出する。

３　介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託

(1) 業務委託について

地域包括支援センターは，予防給付によるケアマネジメント（介護予防支援）及び総合事業によるケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）業務の一部を居宅介護支援事業者に委託できます。

本来，介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは，地域包括支援センターが行うものであるため，居宅介護支援事業者へ業務委託した場合も，委託元の責任が生じます。

※　令和６年度の介護保険法改正により，指定介護予防支援事業者として市から指定を受けた居宅介護支援事業者は，介護予防支援に限り，地域包括支援センターからの委託を受けずに，介護予防支援業務を行うことができます。
詳細については，３２ページを御参照ください。

(2) 業務委託の要件

ア　介護予防支援（要支援者）

(ｱ) 区分変更中

(ｲ) 病状が不安定（がんの末期・進行性難病・認知症等）であり，今後要介護に認定される可能性が高い。

(ｳ) 要介護の認定のときと同じケアマネジャーが担当することにより，継続的支援が確保され，本人にとって負担が少ないと判断される。

(ｴ) 夫婦もしくは家族が要介護であり，複数のケアマネジャーが関わるよりも同じケアマネジャーが担当する方がメリットが高いと判断される。

(ｵ) 柏市に住民票があるが市外に住んでいる（遠隔地）。

(ｶ) その他（実情に合わせ，事業担当と相談の上で判断する。）

イ　介護予防ケアマネジメント（事業対象者）

(ｱ) 要支援認定を受けているかたのうち，要支援認定の更新をせず，有効期間満了前に基本チェックリストを実施し，基準項目に該当するかたで，サービス事業の利用を希望している。

(ｲ) 夫婦もしくは家族が要介護であり，複数のケアマネジャーが関わるよりも同じケアマネジャーが担当する方がメリットが高いと判断される。

(ｳ) 柏市に住民票があるが市外に住んでいる（遠隔地）。

(ｴ) その他（実情に合わせ，事業担当と相談の上で判断する。）

(3) 留意事項

居宅介護支援事業者が何らかの理由で受託できなくなった場合は，利用者の住所地の地域包括支援センターが担当する。

業務の遂行にあたっては，「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係わる介護予防のための効率的な支援の方法に関する基準」等を守り，適切に行うこと。

４　居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者として指定を受けた場合の介護予防支援

令和６年度の介護保険法改正により，指定介護予防支援事業者として市の指定を受けた居宅介護支援事業者は，地域包括支援センターからの委託を受けずに介護予防支援業務を実施することができます。

※　介護予防ケアマネジメントについては，従来どおり，地域包括支援センターからの委託を受けて実施することとなります。

(1) 指定申請について

指導監査課に指定申請書類を提出してください。詳細については，柏市ホームページ（「指定申請に必要な手続き（介護サービス事業者）」で検索）を御確認ください。

(2) 利用者との契約について

ア　居宅介護支援事業者が，指定介護予防支援事業者として介護予防支援業務を行う場合は，利用者と契約を締結する必要があります。

※　利用者・居宅介護支援事業者・地域包括支援センターの３者で契約を締結することで，介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの切り替え時に発生する契約手続きの漏れを防止することができます。

イ　利用者との契約にあたっては，利用者に対し，契約方法が変更となることを丁寧に説明の上，居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが共に利用者宅を訪問し，契約を締結してください。

(3) 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント（総合事業）届出書について

ア　初回

①被保険者証，②介護予防サービス届出書，③介護予防ケアマネジメント届出書の３点を高齢者支援課へ提出します。初回計画を立てる種別の届出書の右上に「初回担当」と記入

してください。

イ　変更時

①介護予防サービス届出書または②介護予防ケアマネジント届出書のいずれか１点を高齢者支援課へ提出します。右上に「三者契約変更」と記入し,「サービス利用適用日」は変更になる月の１日としてください。

※　国保連のシステムの都合上，１人の利用者に紐づく支援事業者は１者のみとなるため，予防サービス⇔総合事業サービスが切り替わる度に提出が必要です。

※　被保険者証については，利用者負担軽減の観点から初回の提出で２つの支援事業者を記載するため，都度の提出は求めません。ただし，３者契約終了の場合は記載内容の変更を行うため，届出に被保険者証を添えて提出してください。

(4) 地域包括支援センターの「一定の関与」について

ア　地域包括支援センター内で介護予防サービス計画の確認・検証を行うため，地域包括支援センターから依頼があった場合，３者契約をした指定介護予防支援事業者は情報提供に応じる必要があります。

イ　提供書類

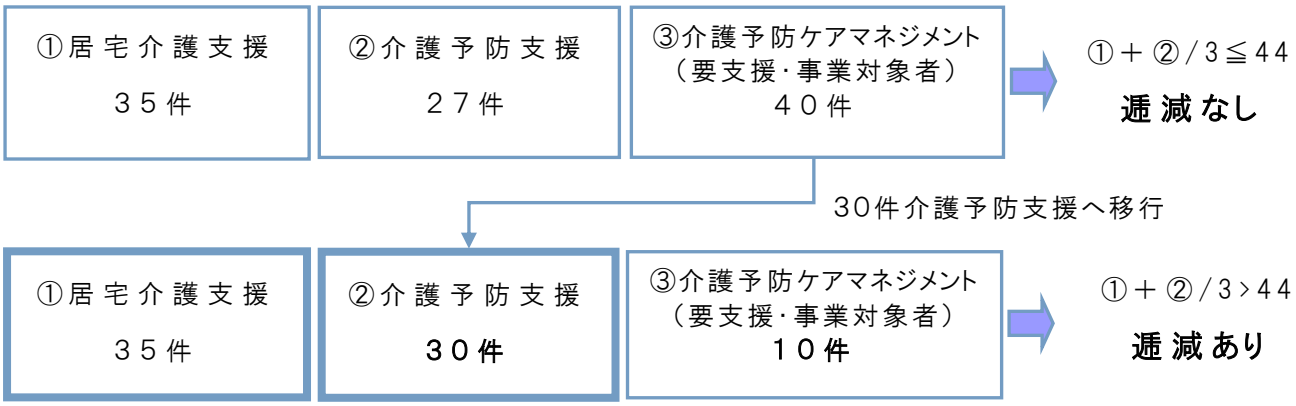
(ｱ) 介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）の写し

(ｲ) その他，必要と認められるもの

５　居宅介護支援費の逓減制について

居宅介護支援費の請求にあたっては，居宅介護支援の受託件数と介護予防支援の受託件数が，介護支援専門員１人あたり４４件（介護予防支援は１/３換算）を超えた場合に，居宅介護支援費が逓減される（ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置により，一定の条件を満たした場合は４９件）。

総合事業の介護予防ケアマネジメントの受託件数は，上記の逓減制には関係しないが，介護予防ケアマネジメントの対象者が，予防給付によるサービスの利用を開始した場合，上記の逓減制に関係することから，受託件数には注意が必要である。



６　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ

(1) 地域包括支援センターが担当する場合
(2) 居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業者として担当する場合（介護予防支援のみ）

業　　務	指定介護予防支援事業者	帳　　票
利用者への説明	□利用者への事前説明 □現在要支援者で，サービス事業のみの利用のかたには，基本チェックリストによる手続きも可能な旨説明を行う。 →地域包括支援センターに案内する。	□介護保険パンフレット等
(1) 利用申込の受付	□利用者から，利用申込を受ける。 □申込を受けた者は，要支援者は「予防給付マネジメント受付票及び委託書」，事業対象者は「介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書」を用いて，本人の生活状況を把握し，介護予防サービス利用の意向を確認をする。 □担当者の名前を伝え，後日契約のために訪問する旨を伝える。	（要支援者） □予防給付マネジメント受付票及び委託書 （事業対象者） □介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書
(2) 利用契約	□利用者宅を訪問し，制度の趣旨，利用契約書一式の説明を行い，利用者の同意を得る。 □「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」，又は，「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」と，利用者から預かった介護保険被保険者証を併せて柏市に提出する。	□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書一式 （要支援者） □介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 （事業対象者） □介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
(3) 介護認定に係る個人情報提供の手続き	□（要支援者） 「要介護認定等に係る個人情報提供申請書（包括用）」を柏市に提出し，要介護認定に係る個人情報の各書類を受け取る。	（要支援者） □要介護認定等に係る個人情報提供申請書（包括用）
(4) アセスメントの実施	□利用者宅を訪問し，利用者及び家族との面談により，アセスメントを実施する。 □「利用者基本情報」の記入 □「基本チェックリスト」（要支援者は実施，事業対象者は写しを活用） □（事業対象者） 事業対象者は主治医意見書等の情報がないことから，「健康面聞き取り用シート」を用い，健康面の情報収集を行う。	□利用者基本情報 （要支援者） □基本チェックリスト （事業対象者） □健康面聞き取り用シート
(5) ケアプラン原案の作成	□利用者及び家族と面接し，「目標」や「具体策」を決定し，「介護予防サービス・支援計画書原案」を作成する。 □サービス利用について，サービス事業所等との調整を行う。	□介護予防サービス・支援計画書原案

(6) サービス担当者会議の開催	□サービス担当者会議を開催し，「介護予防サービス・支援計画書」の目標及び内容をついて検討，利用者及び関係者との合意を行う（必要があれば修正していく）。	□担当者会議記録，支援経過記録
(7) 利用者同意	□利用者及び家族が「介護予防サービス・支援計画書」に同意後，２部全てに署名する。１部を「サービス利用票」とともに利用者に交付する。 □１部は「サービス利用票」，「担当者会議記録（支援経過記録）」，「利用者基本情報（署名済）」，「基本チェックリスト」とともにケースファイルに綴る。 □介護サービス事業者に「介護予防サービス・支援計画書」の写しを渡す。	□介護予防サービス・支援計画書 □サービス利用票 □基本チェックリスト □担当者会議記録（支援経過記録）
(8) サービス提供票の交付	□「サービス提供票」をサービス事業者に送付する。	□サービス提供票
サービス利用開始		
(9) モニタリング	□３か月に１回と，評価月には利用者宅を訪問しモニタリングを実施 □Ｐ８５(2)イに記載の条件のいずれにも該当する場合であって，利用者宅を訪問しない月に，テレビ電話装置等を活用して，利用者に面接する場合は，６か月に１回，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接する（※１）。 □利用者の状態に変化があった場合等，必要時は利用者宅を訪問する。 □訪問を行わない月（上記※１の規定により，テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）は，電話や事業所での面接，サービス事業者からの連絡・報告等で利用者の状況を把握する。 □モニタリングの結果を少なくとも月１回は記録する。 ※モニタリングの際は介護予防サービスの実施状況について記録する。 ※経過記録に「モニタリングのため訪問／電話」と記載する。 ※予防プランの内容に変更がある場合は「評価」を実施 □サービス利用を開始するにあたり，サービス事業者に対し，個別サービス計画が作成されるような必要な援助を行うとともに，介護予防サービス担当者から，少なくとも月に１回，サービスの実施状況，サービスを利用している際の利用者の状況，サービス実施の効果について報告を受ける。	

	□選択的サービス（栄養改善，口腔機能向上加算）を加算している場合には，当該事業所より，各個別計画書及びその実施期間終了後に報告書の提出を受ける。	
利用者の状態により，介護予防サービス変更の必要があれば，(4)～(9)までの流れを行う。		
(10) 給付管理	□給付管理書類をもとに国保連請求データを送付し，**毎月１０日**までに提出する。	□給付管理票（様式第十一） （予防支援費） □介護予防支援介護給付費明細書（様式第七の二） （介護予防ケアマネジメント費） □介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式第七の三） □サービス利用票・別表（実績記入済）
(11) 評価	□設定した計画期間が終了する月に，利用者の居宅を訪問して，利用者の状況及び目標の達成状況を把握，評価する。 ※サービス事業所の報告書をもとに評価を行う。 ※評価用の基本チェックリストを実施し，前後の比較をし，アセスメントに活用する。 □評価をもとに継続・変更・終了の支援方針を確認し，予防プランの見直しを行う。	□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 （必要に応じて選択的サービスの個別計画と報告書） □評価用　基本チェックリスト
(12) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの終了	＜状態改善の場合＞ □基本チェックリスト非該当又は介護認定非該当の場合，利用者と状態が改善したことを確認し，サービスの終了について伝える。 □必要に応じてインフォーマルサービスを紹介する。 □今後のフォローについては，地域包括支援センターが行うことを伝える。 ＜状態悪化の場合＞ □更新や区分変更等で介護給付に移行していく場合，利用者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの自動終了について伝え，後任のケアマネジャーに引継ぎを行う。	

(3) 居宅介護支援事業所へ一部委託する場合

業　　務	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	帳　　票
利用者への説明		□更新認定にて「要支援」となった場合は，地域包括支援センターに連絡する旨を伝える。 ※居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業者として指定を受けている場合は，そのまま担当することができる（介護予防支援のみ）。業務の流れについては，３４ページを参照。 □現在要支援者で，サービス事業のみの利用のかたには，「基本チェックリストによる手続きも可能な旨説明を行う。 →地域包括支援センターに案内する	□介護保険パンフレット等
(1) 利用申込の受付	□利用者から，利用申込を受ける。 □申込を受けた者は，要支援者は「予防給付マネジメント受付票及び委託書」，事業対象者は「介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書」を用いて，本人の生活状況を把握し，介護予防サービス利用の意向を確認をする。 □利用者の希望やアセスメントを行い，居宅介護支援事業所が担当した方がより有効な介護予防ケアマネジメントが行われると判断された場合は，利用者が希望する居宅介護支援事業所に電話で相談・打診，受託の可否について確認する。 □居宅介護支援事業所に受託の可否について確認し，受託可能な場合は，利用者に地域包括支援センターからの委託による介護予防ケアマネジメントの開始ができることを伝え，居宅介護支援事業所に「予防給付マネジメント受付票及び委託書」，又は，「介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書」を郵送する。	（要支援者） □「予防給付ケアマネジメント受付票及び委託書」 （事業対象者） □「介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書」 を受理する。	（要支援者） □予防給付マネジメント受付票及び委託書 （事業対象者） □介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書

(2) 利用契約	□利用者宅を訪問し，制度の趣旨，地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託により契約を締結すること等，利用契約書一式の説明を行い，利用者の同意を得る。 □「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」，又は，「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」と，利用者から預かった介護保険被保険者証を併せて柏市に提出する。	□地域包括支援センター職員と同行し，左記の契約手続きを行う。	□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書一式 （要支援者） □介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 （事業対象者） □介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
(3) 介護認定に係る個人情報提供の手続き	□（要支援者） 「要介護認定等に係る個人情報提供申請書（包括用）」を柏市に提出し，要介護認定に係る個人情報の各書類を受け取る。 □契約後，要支援者は「要介護認定に係る個人情報」，事業対象者は「基本チェックリストの写し」を担当ケアマネジャーに手渡しをする。	□地域包括支援センター職員から，要支援者は「要介護認定に係る個人情報」，事業対象者は「基本チェックリストの写し」を受け取る。	（要支援者） □要介護認定等に係る個人情報提供申請書（包括用） （事業対象者） □基本チェックリストの写し
(4) アセスメントの実施		□利用者宅を訪問し，利用者及び家族との面談により，アセスメントを実施する。 □利用者基本情報の記入 □「基本チェックリスト」（要支援者は実施，事業対象者は写しを活用） □（事業対象者） 事業対象者は主治医意見書等の情報がないことから，「健康面聞き取り用シート」を用い，健康面の情報収集を行う。	□利用者基本情報 □（要支援者）基本チェックリスト □（事業対象者）健康面聞き取り用シート
(5) ケアプラン原案の作成		□利用者及び家族と面接し，「目標」や「具体策」を決定し，「介護予防サービス・支援計画書原案」を作成する。 □サービス利用について，地域包括支援センター及びサービス事業所等との調整を行う。 □地域包括支援センターに原案，利用者基本情報等を持って確認しに行く。	□介護予防サービス・支援計画書原案

(6) 介護予防サービス・支援計画（原案）の確認	□「利用者基本情報」や「基本チェックリスト」とともに「介護予防サービス・支援計画書（原案）」が利用者の状態像にあった内容であるかを，地域包括支援センターが担当のケアマネジャーとともに検討・確認する。 □地域包括支援センターの確認者が３部複写後，全てに署名し，原本及び写し２部を居宅介護支援事業者の担当ケアマネジャーに返却する。		□介護予防サービス・支援計画書原案
(7) サービス担当者会議の開催	※必要に応じて，地域包括支援センター職員も担当者会議に出席する。	□サービス担当者会議を開催し，「介護予防サービス・支援計画書」の目標及び内容について検討，利用者及び関係者との合意を行う（必要があれば修正していく）。	「介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書」を作成した場合は，写しを地域包括支援センターへ提出する。
(8) 利用者同意	□担当者会議の報告を受け，「介護予防サービス・支援計画書（同意済）」，「担当者会議記録（経過記録）」，「サービス利用票」を受け取り，地域担当に内容を申し送る。 □上記書類をケースファイルに綴る。	□利用者及び家族が「介護予防サービス・支援計画書」に同意後，３部全てに署名する。１部を「サービス利用票」とともに利用者に交付する。 ※１部は居宅介護支援事業所で保管，１部は「サービス利用票」，「担当者会議記録（経過記録）」，「利用者基本情報（署名済）」，「基本チェックリスト（要支援者）」とともに地域包括支援センターに提出する。 □介護サービス事業者に「介護予防サービス・支援計画書」の写しを渡す。	ビス・支援計画書 □サービス利用票 □基本チェックリスト □担当者会議記録（支援経過記録）
(9) サービス提供票の交付		□「サービス提供票」をサービス事業者に送付する。	□サービス提供票
サービス利用開始			
(10) モニタリング	□ケースファイルの管理 契約関係帳票，「介護予防サービス・支援計画書」，「介護予防支援経過記録」，「評価等の記録」の内容を随時確認 □担当ケアマネジャーへの支援	□３か月に１回と，評価月には利用者宅を訪問しモニタリングを実施 □Ｐ８５(2)イに記載の条件のいずれにも該当する場合であって，利用者宅を訪問しない月に，テレビ電話装置等を活用して，利用者に面接する場合は，６か月に１回，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接する（※１）。	

		□利用者の状態に変化があった場合等，必要時は利用者宅を訪問する。 □訪問を行わない月（上記※１の規定により，テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）は，電話や事業所での面接，サービス事業者からの連絡・報告等で利用者の状況を把握する。 □モニタリングの結果を少なくとも月１回は記録する。 ※モニタリングの際は介護予防サービスの実施状況について記録する。 ※経過記録に「モニタリングのため訪問／電話」と記載する。 ※予防プランの内容に変更がある場合は「評価」を実施 □サービス利用を開始するにあたり，サービス事業者に対し，個別サービス計画が作成されるような必要な援助を行うとともに，介護予防サービス担当者から，少なくとも月に１回，サービスの実施状況，サービスを利用している際の利用者の状況，サービス実施の効果について報告を受ける。 □選択的サービス（栄養改善，口腔機能向上加算）を加算している場合には，当該事業所より，各個別計画書及びその実施期間終了後に報告書の提出を受け，評価の際，地域包括支援センターに提出する。	
利用者の状態により，介護予防サービス変更の必要があれば，(4)～(10)までの流れを行う。			
(11) 給付管理	□提出された給付管理書類をもとに国保連請求データを作成し，毎月１０日までに提出する。	□毎月５日までに給付管理書類を地域包括支援センターに提出する。 □「経過記録」はモニタリング結果を記載して提出する。	□給付管理票（様式第十一） （予防支援費） □介護予防支援介護給付費明細書（様式第七の二） （介護予防ケアマネジメント費） □介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式第七の三） □サービス利用票・別表（実績記入済み）

			□支援経過記録
(12) 評価	□地域包括支援センターは評価表を確認し，話し合いながら今後の方針を決定する。確認者は意見を記載し署名する。評価表の原本は地域包括支援センターで保管し，写しは居宅介護支援事業所に渡す。	□設定した計画期間が終了する月に利用者の居宅を訪問して，利用者の状況及び目標の達成状況を把握，評価をする。 ※サービス事業所の報告書をもとに評価を行う。 ※評価用の基本チェックリストを実施し，前後の比較をし，アセスメントに活用する。 □評価をもとに継続・変更・終了の支援方針を確認し，予防プランの見直しを行う。 □評価表を地域包括支援センターに提出する。	□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（必要に応じて選択的サービスの個別計画と報告書） □評価用　基本チェックリスト
(13) 介護予防支援・ケアマネジメント終了	＜状態改善の場合＞ □地域包括支援センター担当者は引継ぎを受け，必要なサービスにつなげる。 □必要に応じてインフォーマルサービスを紹介をする。 ＜状態悪化の場合＞ □介護給付に移行していく場合，居宅介護支援事業所への円滑な引継ぎについて支援する。	＜状態改善の場合＞ □基本チェックリスト非該当又は介護認定非該当の場合，利用者と状態が改善したことを確認し，サービスの終了について伝える。 □必要に応じてインフォーマルサービスを紹介をする。 □今後のフォローについては，地域包括支援センターが行うことを伝える。 ＜状態悪化の場合＞ □更新や区分変更等で介護給付に移行していく場合，利用者に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの自動終了について伝え，後任のケアマネジャーに引継ぎを行う。	

※その他

□「要介護認定等に係る個人情報」については，事前に地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との間で，介護予防支援業務の一部委託契約が締結されていることを前提に，利用者と地域包括支援センターの契約締結後に，居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーにお渡しします。
また，契約終了等，「要介護認定等に係る個人情報」が必要なくなったときは，「要介護認定に係る居宅介護支援事業者等へ個人情報提供要領」により，粉砕破棄することになります。

要支援１・２用

予防給付ケアマネジメント受付票及び委託書

居宅介護支援事業所　　様　　**受付番号（年度）－〇〇**

下記の受付内容により予防給付ケアマネジメントを受付（委託）します。

【　　地域包括支援センター】

○予防給付の確認（利用意向等）

□申請者名　＿＿＿＿＿（申請代行者名　＿＿＿＿＿　続柄（　　））

□生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ　．　．　（　　才）

申請代行者：電話をかけてきた人が新予防対象者本人で無い場合

□申請者住所　＿＿＿＿＿＿（申請代行者住所　＿＿＿＿＿＿）

□申請者連絡先　＿＿＿＿＿（申請代行者連絡先　＿＿＿＿＿）

□希望しているサービス内容

通所（デイサービス・デイケア）・訪問介護・福祉用具・住宅改修

その他（　　）

□日常生活の状況　〔家族状況：独居・高齢者世帯・その他（　　）〕

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○居宅介護支援事業所の選択

□委託する場合【裏面の委託理由を選択すること】

委託事業所名：＿＿＿＿＿居宅介護支援事業所の＿＿＿＿＿ケアマネジャー

依頼日：令和　　年　　月　　日

□『　　地域包括支援センター』作成

包括支援センター：担当者名　＿＿＿＿＿

○対象者へ予防給付のケアマネが決まったことを電話連絡

電話日：令和　　年　　月　　日

電話相手氏名：　＿＿＿＿＿

・被保険者番号　＿＿＿＿＿・認定区分　要支援＿＿＿

・認定有効期間　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

・要支援認定日　令和　　年　　月　　日・受付日　令和　　年　　月　　日

・地区担当者　＿＿＿＿＿・受付者　＿＿＿＿＿

予防給付ケアマネジメント委託理由

当てはまる項目に○をしてください。
その他の場合は理由を記入してください。

① 区分変更中
② 病状が不安定（がんの末期・進行性難病・認知症等）であり，今後要介護に認定される可能性が高い
③ 要介護の認定のときと同じケアマネが担当することにより継続的支援が確保され，本人にとって負担が少ないと判断される
④ 夫婦もしくは家族が要介護であり，複数のケアマネがかかわるよりも同じケアマネが担当する方がメリットが高いと判断される
⑤ 柏市に住民票があるが市外に住んでいる（遠隔地・住所地特例）
⑥ その他（実情に合わせ事業担当と相談の上で判断する）

事業対象者用

介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書

居宅介護支援事業所　　様　　**受付番号（年度）－OO**

下記の受付内容により介護予防ケアマネジメント（総合事業）を受付（委託）します。

受付日：
【　　地域包括支援センター】

○介護予防ケアマネジメントの確認

・利用者名 ＿＿＿＿＿＿
・申請者　本人・家族・ケアマネ・その他（　　）
・被保険者番号 ＿＿＿＿＿＿
・生年月日　M・T・S　．　．　（　　才）
注：第２号被保険者は対象外
・利用者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
・利用者連絡先 ＿＿＿＿＿＿
・希望しているサービス内容
通所型サービス・訪問型サービス
※予防給付のサービスの利用希望がある場合は対象外

□日常生活の状況　〔家族状況：独居・高齢者世帯・その他（　　）〕

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（要支援１・２から移行のかた）
・現在利用しているサービス
通所型サービス・訪問型サービス・その他（　　）
・介護保険認定状況　要支援
認定有効期間　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

○居宅介護支援事業所の選択

□委託する場合
委託事業所名：＿＿＿＿＿＿居宅介護支援事業所の＿＿＿＿＿＿ケアマネジャー
依頼日：令和　　年　　月　　日

【委託理由】※当てはまる項目に○をつける。その他の場合は理由を記載する。
①要支援認定を受けているかたで，要支援認定の更新をしないで，有効期間満了前に基本チェックリストにおいて基準項目に該当し，サービス事業（訪問型サービス及び通所型サービスのいずれか，又は，両方）の利用を希望している
②夫婦もしくは家族が要介護であり，複数のケアマネが関わるよりも同じケアマネが担当する方がメリットが高いと判断される
③柏市に住民票があるが市外に住んでいる（遠隔地）
④その他（実情に合わせ事業担当と相談の上で判断する）

□『　　地域包括支援センター』作成
包括支援センター：担当者名 ＿＿＿＿＿＿

(4) 介護予防サービス・支援計画書（原案）チェックの手順

ア　目的と基本的姿勢

介護予防サービス・支援計画書のチェックは，利用者の状態像にあった適切な介護予防サービス・支援計画書であるかを，担当のケアマネジャーとともに検討・確認する場です。監督や指導の場ではなく，ケアチームの一員として協働していく姿勢で臨んでください。

イ　介護予防サービス・支援計画書（原案）チェックの手順

(ｱ) 介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所のケアマネジャーがケアプラン原案のチェックに見えたら，利用者のケースファイルを用意します。ケースファイルを開き，契約関係書類である利用者基本情報・介護予防サービス計画作成依頼届出書・介護予防支援重要事項説明書等の必要書類が提出されているかを確認します。

(ｲ) ケースの概要（年齢，疾病，家族状況等）について，ケアマネジャーから報告を受け，課題について共有します。

(ｳ) 介護予防サービス・支援計画書の内容を確認しながら，今後の支援の方向性やサービス担当者会議の要点をケアマネジャーと話し合います。その際，特に下記の内容について記載漏れや誤りがないかを確認をしてください。

・被保険者番号	**・計画作成日**	**・計画作成事業者名**
・介護度	**・認定年月日**	**・認定の有効期間**

(ｴ) 介護予防サービス・支援計画書の**「期間」**については，**介護保険の認定有効期間を上限**に，**〇年〇月〇日～〇年〇月〇日**と記載されているか確認してください（「〇か月間」だけの期間の表記は×）。

(ｵ) 介護予防サービス・支援計画書が過去に数回提出されている場合，それぞれの計画の**「期間」**に沿って切れ目なく，

「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」と連続して提出されているかを確認してください。

(カ) 計画書全体の確認が済んだら，**地域包括支援センター意見欄に，地域包括支援センター名及び職員氏名（ゴム印可），総括的な意見（任意）を記載し，**３部複写し，ケアマネジャーにお返しください。原案の地域包括支援センター控え分は紙面の右上に「同意待ち」と記載し，地域担当に申し送りし，渡してください。

(キ) 利用者への支援内容に応じて，ケアマネジャーが活用できるよう，必要な介護予防関連パンフレット等を渡してください。

※　注意

・　通所型サービス，介護予防通所リハビリを計画に盛り込んでいる場合は，口腔機能向上等の加算を算定しているかどうかを確認する。その際，介護予防サービス・支援計画と運動機能向上計画との整合性，主治医との連携，介護予防サービス事業者からの報告を受けること等について説明する。

・　訪問型サービスの利用においては，自立支援の観点及び同居家族の状況を確認する（※参考欄参照）。

・　自立支援に向けたサービスの活用，多様なサービスの提案，検討ができているかを確認する。

・　要支援→要介護→要支援になった場合，再度契約時の書類一式が必要

・　事業対象者→要支援になった場合，再度契約時の書類一式が必要

ウ　評価の手順

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（以下「評価表」）が提出された場合も，地域包括支援センター職員とケアマネジャーで，目標の到達状況を確認し合い，計画書やサービスの継続，今後の方向性について協議します。

地域包括支援センター意見欄には，効果，維持，悪化など

の判定及びその根拠，今後の方針について記載（レ印）後，複写し，写しはケアマネジャーに渡します。提出された評価表はケースファイルに綴じます。

エ　終了時

介護予防支援，介護予防ケアマネジメントの終了時は，担当した利用者の「評価表」の提出をしていただき，ケースファイルに綴ってください。

「要介護認定等に係る個人情報（認定調査票・主治医意見書・介護認定審査資料)」は，返却，または，責任を持って適切な方法で破棄していただくようにしてください。

オ　その他

ワムネット，介護保険情報バンク等にて随時最新の情報，加算体系等を確認し，センター内で情報や対応の共有を図ってください。

※　参考

・介護保険インフォメーション　Ｑ＆Ａ　Vol2・H18.3.27

Ｑ８　介護予防訪問介護は,家族がいる場合や地域の支えあいサービスがあれば，まったく支給できないのか。

Ａ　訪問介護については，現行制度においても，掃除，洗濯，調理などの日常生活の支援については,「利用者が単身，家族が障害・疾病などのため,本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるもの」と位置づけられているところである。介護予防訪問介護については，更に，自立支援の観点から，本人ができる行為は本人が行い，利用者の家族，地域住民による支え合いや他の福祉サービスの活用などを重視しているところである。したがって，家族がいる場合や地域の支え合いサービスがあるからといって,一律に支給できないわけではないが，こうした観点を踏まえ，個別具体的な状況をみながら，適切なケアマネジメントを経て，慎重に判断されることになる。

H21.12.25　老振発 1224 第１号　厚生労働省老健局振興課長通知

『同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて』

(5) 介護ケアマネジメント業務チェックの視点

ア　アセスメントの記録及び訪問による面接

☑　利用者のアセスメントの記録がある。
※　利用者の有する能力や置かれている環境等を把握した上で，次に掲げる領域ごとに利用者の状況を把握し，利用者が現に掲げる問題点を明らかにし，利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握する。
(ｱ) 運動及び移動
(ｲ) 家庭生活を含む日常生活
(ｳ) 社会参加，対人関係及びコミュニケーション
(ｴ) 健康管理

☑　アセスメントにあたっては，利用者の居宅を訪問し，利用者及び家族に面接して行っている。

イ　アセスメントに基づいた介護予防サービス・支援計画の作成

☑　利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき，介護予防サービス・支援計画の原案を作成している。
※　原案には，次の事項を記載する。
(ｱ) 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果
(ｲ) 利用者が目標とする生活，専門的観点からの目標と具体策
(ｳ) 利用者及びその家族の意向
(ｴ) 上記を踏まえた上での具体的な目標，その目標を達成するための支援の留意点
(ｵ) 利用者，指定介護予防サービス事業者，自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容及びその期間等
※　原案には，目標，目標についての支援のポイント，支援のポイントを踏まえた上で,本人のセルフケア,家族，インフォーマルサービス，介護保険サービス等により行われる支援の具体的な内容，これらの支援を行う時期を明確に盛り込む。

ウ　介護予防サービス・支援計画原案の説明及び同意

☑　介護予防サービス・支援計画原案の内容について，利用者，または，その家族に対して説明し，文書により利用者の同意を得る。
※　同意を要する原案は,「介護予防サービス・支援計画書」のすべてが望ましいが,少なくとも「目標」,「支援計画」,「【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」,「総合的な方針：生活不活発病の改善・

予防のポイント」欄に相当するものについては，説明及び同意を要する。

エ　介護予防サービス・支援計画の交付

☑　介護予防サービス・支援計画を作成した際は，当該計画を，利用者及び担当者に交付している。

オ　サービス事業所のサービス計画の提出

☑　介護予防サービス・支援計画に位置付けたサービス事業所に対し，個別サービス計画の提出を求めている。

カ　モニタリング

☑　介護予防サービス・支援計画の作成後，次のとおりモニタリングを行っている。

※　特段の事情がある場合を除く。特段の事情とは，利用者側の都合であり，当該事情を記録する必要がある。

※　介護予防サービス・支援計画の実施状況の把握をすること（利用者についての継続的なアセスメントを含む）

(ｱ) 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月に１回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接する。

(ｲ) Ｐ８５(2)イに記載の条件のいずれにも該当する場合であって，利用者宅を訪問しない月に，テレビ電話装置等を活用して,利用者に面接する場合は,６か月に１回，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接する。

(ｳ) 利用者の居宅を訪問しない月（上記カ(ｲ)の規定により，テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては，サービス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，または，利用者への電話等の方法により，利用者自身に介護予防サービス・支援計画の実施状況の確認を行う。

(I) 少なくとも１月に１回，モニタリングの結果を記録する。

【　　】地域包括支援センター　介護予防ケアマネジメント業務チェック表

No.	被保険者番号	氏名 （カナ）	委託事業所名	担当介護 支援専門員	サービス開始日・ 更新日・変更日	訪問月 （目安）	評価月 （目安）	①アセスメントの記録及び訪問による面接	②アセスメントに基づいた介護予防サービス・支援計画の作成	③介護予防サービス・支援計画原案の説明及び同意	④介護予防サービス・支援計画の交付	⑤サービス事業所のサービス計画の提出	⑥モニタリング											
													4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
例	00000000000	カシワ　タロウ	○○○サービス	○○　○○	2024年8月2日	2024年11月	2025年1月	○	○	○	○	○	訪問	その他	電話	訪問	訪問	電話	その他	訪問	電話	訪問		
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							

７　ケアマネジメントに関する様式

区分	様式	
要支援者	・予防給付マネジメント受付票及び委託書 ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書一式 ・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 ・要介護認定等に係る個人情報提供申請書（包括用）	（共通様式） ・利用者基本情報 ・介護予防サービス・支援計画書 ・担当者会議記録 ・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 ・サービス提供票 ・基本チェックリスト ・評価用基本チェックリスト ・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
事業対象者	・介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書 ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書一式 ・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 ・個人情報使用同意書 ・健康面聞き取り用シート	

８　報酬（単価・加算）

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の支払いは国保連から行います。

（1）単価

ケアマネジメント類型	基本報酬	初回加算	委託連携加算	処遇改善加算
介護予防支援 （居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者として実施）	４７２単位	３００単位	－	９単位 １５単位 １６単位 ２２単位 （※参照）
介護予防支援 （地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所が一部委託により実施）	４４２単位	３００単位	３００単位	
ケアマネジメントＡ	４４２単位	３００単位	３００単位	
ケアマネジメントＣ	４４２単位	３００単位	－	－

※　９単位：基本報酬のみ

１５単位：高齢者虐待防止措置未実施減算・業務継続計画未策定減算が算定される場合＋初回加算または委託連携加算のいずれか

１６単位：基本報酬＋初回加算または委託連携加算のいずれか

２２単位：基本報酬＋初回加算＋委託連携加算

(2) 加算適用条件

ア　初回加算

居宅介護支援における適用条件に準じて算定できる。

(ｱ) 新規で介護予防支援又は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，介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントが終了して２か月以上経過したあとに，介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む。）

※　利用サービスの変更により，介護予防支援・ケアマネジメントＡ・ケアマネジメントＣの類型が単に変わる場合は，原則として算定できない。

(ｲ) 要介護者が要支援認定を受け，又は，事業対象者として介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※　要支援者が事業対象者となった場合，事業対象者が要支援認定を受けた場合，又は，要支援１から要支援２（要支援２から要支援１）に介護度が変更となった場合は，原則として算定できない。

(ｳ) 担当する地域包括支援センターが変更となった場合

イ　委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に委託する際，利用者に係る必要な情報を当該居宅介護支援事業者に提供し，ケアプランの作成等に協力した場合は，当該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する。

(ｱ) 概要（厚生労働省資料より一部抜粋）

地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から，地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて，委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する加算を創設する。

(ｲ) 算定要件等

利用者１人につき介護予防支援業務を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り，所定単位数を算定する。

項目	解釈及び整理
委託先との連携内容	アセスメント（利用者基本情報・基本チェックリスト等）が事前に地域包括支援センターと共有されてお

	り、支援経過に記録していること。
算定にあたり必要な書類	アセスメント（利用者基本情報・基本チェックリスト）・支援経過
介護度の変更 （要介護→要支援）	居宅介護支援事業所の変更あり，なしに関わらず算定可
居宅介護支援事業所の変更 （A 居宅介護支援事業所→B 居宅介護支援事業所）	ケアプランの再作成等の一連の流れを行っていれば，算定可 現行のままの場合，算定不可
ケアマネジャーの変更 ※居宅介護支援事業所の変更なし	算定不可
地域包括支援センターが変更	ケアプラン作成等の一連の流れを行っていれば，算定可 ※事業所，ケアマネジャーの変更あり，なしに関わらない

９　対象者別利用可能サービス

区分			要介護 １～５	要支援 １・２	事業 対象者	非該当者
通所介護 （介護給付）			○	×	×	×
訪問介護 （介護給付）			○	×	×	×
介護予防・生活支援サービス事業	通所型	通所型サービス （現行相当）	×	○	○	×
	訪問型	訪問型サービス （現行相当）	×	○	○	×
		生活支援訪問 サービス （訪問型サービスA）	△（※）	○	○	×
		たすけあい サービス （訪問型サービスB）	△（※）	○	○	×
一般介護予防事業			○	○	○	○

※　継続利用要介護者（要支援者又は事業対象者のときから本サービスを利用する要介護者のこと）は利用可能

１０　利用限度額

(1) 事業対象者及び要支援者の利用限度額

状態	単位数
事業対象者	５，０３２単位
要支援１	５，０３２単位
要支援２	１０，５３１単位

ア　指定事業者のサービスを利用する場合のみ，給付管理を行う。

イ　要支援認定を受けたかたが総合事業を利用する場合には，予防給付の範囲内で，予防給付と総合事業を一体的に管理する。

ウ　事業対象者は，予防給付の要支援１の利用限度額であることに留意

(2) 事業対象者における一時的な区分支給限度額変更について

事業対象者は，利用者の状態（退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるケース等）によって，予防給付の要支援１の限度額を超えることも可能である。

その場合であっても，上限額は，要支援２の支給限度額を超えることは想定していない。必要な手続きは以下のとおり。

ア　提出書類

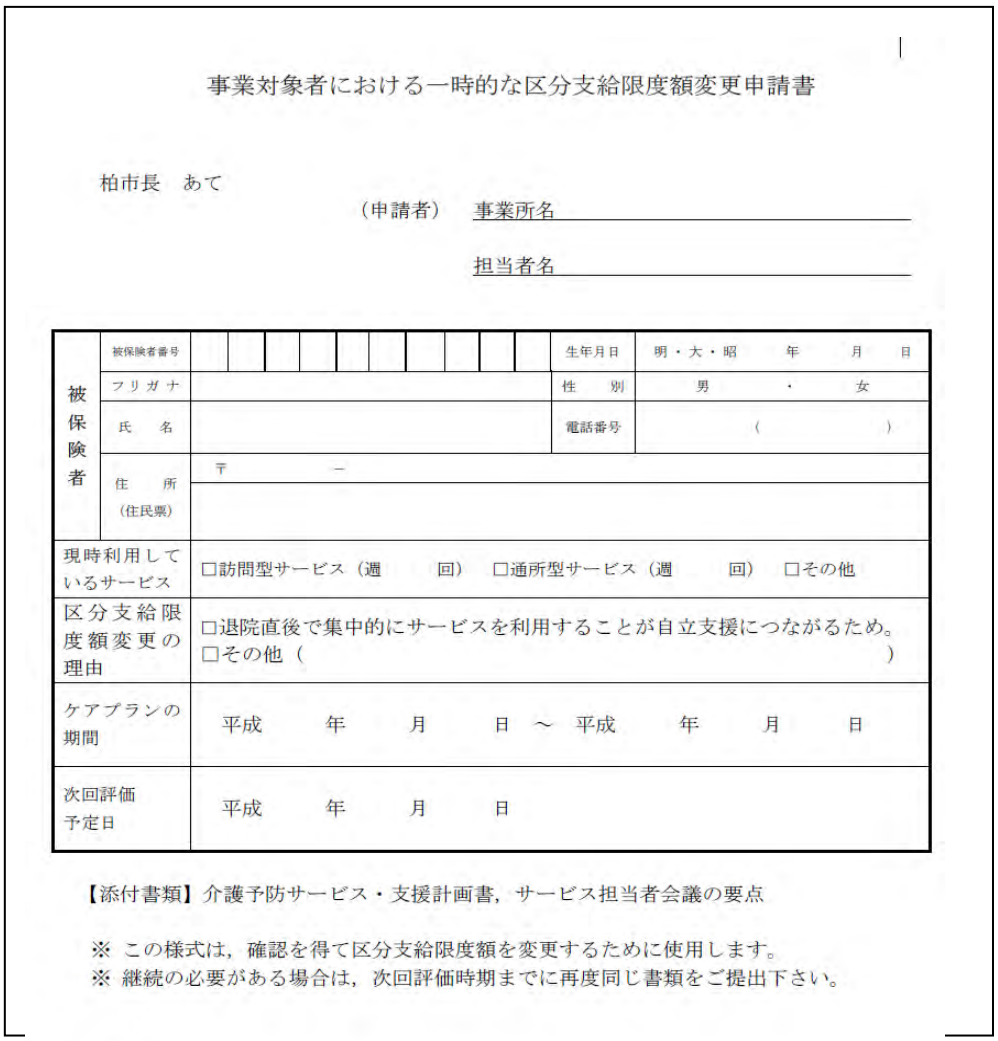
(ｱ) 事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書
(ｲ) 介護予防サービス・支援計画書
(ｳ) サービス担当者会議の要点

イ　提出先

柏市　地域包括支援課

ウ　留意事項

(ｱ) 必ず利用者の同意を得ること
(ｲ) 月末までに申請すると，翌月１０日の請求可能



事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

柏市長　あて

（申請者）　事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名		電話番号	（　　）
	住所（住民票）	〒　　－		
現時利用しているサービス		□訪問型サービス（週　　回）　□通所型サービス（週　　回）　□その他		
区分支給限度額変更の理由		□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ため。 □その他（　　）		
ケアプランの期間		平成　年　月　日　～　平成　年　月　日		
次回評価予定日		平成　年　月　日		

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書，サービス担当者会議の要点

※ この様式は，確認を得て区分支給限度額を変更するために使用します。
※ 継続の必要がある場合は，次回評価時期までに再度同じ書類をご提出下さい。

柏市記載欄
区分支給限度額変更適用日　□可　□不可（理由　　）　平成　年　月　日～平成　年　月　日

(3) 給付制限

保険料を滞納しているかたが介護保険サービスを受けたときにとられる給付制限と同様の措置については,当面適用しない。

総合事業に移行した要支援者で，被保険者証に給付制限の記載がある場合，予防給付のサービスについてはこれまでどおり給付制限があるが，総合事業のサービスについては給付制限外となるため，留意すること。

１１　その他の制度における総合事業の取扱について

	A2	A3	A6
	訪問型サービス（独自）	訪問型サービス（独自・定率）	通所型サービス（独自）
生活保護	○	○	○
中国残留	○	○	○
原爆助成	○		○
全額免除	○		

(1) 生活保護法における介護扶助について

全てのサービスについて給付対象となる。指定事業所によるサービス提供については，利用者の自己負担分について給付を行う。

(2) 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

総合事業においては，現行相当サービス（サービスコードＡ２，Ａ６）が給付対象となる。

(3) 障害給付における介護優先について

障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には，その介護保険サービスに係る介護保険給付または地域支援事業を優先して受け，利用することとなる。

１２　要介護認定等の申請期間中に利用したサービスと費用の関係

認定結果		総合事業のみ利用	給付と総合事業を利用	給付のみ利用
非該当・事業対象者	ケアマネジメント費	総合事業費より支出	総合事業費より支出	全額自己負担
	サービス費	総合事業費より支出	・給付分は全額自己負担 ・総合事業分は総合事業費より支出	全額自己負担
要支援認定	ケアマネジメント費	総合事業費より支出	予防給付より支出	予防給付より支出
	サービス費	総合事業費より支出	・給付分は予防給付より支出 ・総合事業分は総合事業費より支出	予防給付より支出
要介護認定	ケアマネジメント費	総合事業費より支出	介護給付より支出	介護給付より支出
	サービス費	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は総合事業費より支出	・給付分は介護給付より支出 ・介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は総合事業費より支出	介護給付より支出

(1) 要介護等認定を受け，認定結果が出る前に総合事業の利用を開始していた場合，認定結果が要介護１以上であっても，認定結果の出た日以前の総合事業利用分の報酬は，総合事業より支給されるものとする。

(2) 事業対象者として総合事業サービスを提供された後，要介護認定を受けた場合には，介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

１３　暫定プランに基づいたサービス利用における留意点

要介護者は,「総合事業」のサービスを利用することはできない。また，要介護認定は，その申請日に遡り認定有効期間が開始される。

このことから,「総合事業」のサービスを利用した事業対象者が，要介護認定された場合に，その利用した費用の全額が自己負担になることを避けるため，介護給付の利用を開始するまでの間は総合事業によるサービスの利用を継続することが可能となっている。

地域包括支援センターは，要介護認定の結果を待つ間,「総合事業」のサービスを利用した介護予防ケアマネジメントを行う場合,居宅介護支援事業所等の介護支援専門員と連携･調整し，利用者の全額負担となるようなケースを発生させないよう留意すること。

参考例（厚生労働省Ｑ＆Ａ）

Ｑ：基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し，総合事業の訪問型サービスを利用していた者が，要支援認定申請を行い，介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ，要介護１と判定された場合は，総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担となるのか。

Ａ：要支援認定申請と同時に，給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため，申請日に遡って，要介護者として取り扱うか，事業対象者のままとして取り扱うかによって，以下のような考え方となる。

①要介護者として取り扱うのであれば，事業のサービスは利用できないため，総合事業の訪問型サービス利用分が全額自己負担となり，福祉用具貸与のみ給付対象となる。
②事業対象者のままとして取り扱うのであれば，総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ，福祉用具貸与が全額自己負担となる。

１４　記録の整備

柏市指定介護予防支援等事業人員等基準等条例第６条

（記録の整備）

第６条　指定介護予防支援事業者は，利用者に対する指定介護予防支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し，その完結の日から２年間（第２号及び第６号に掲げる記録にあっては，５年間）保存しなければならない。

(1) 基準省令第３０条第１４号に規定する指定介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録

(2) 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した介護予防支援台帳

ア　介護予防サービス計画

イ　基準省令第３０条第７号に規定するアセスメントの結果の記録

ウ　基準省令第３０条第９号に規定するサービス担当者会議等の記録

エ　基準省令第３０条第１５号に規定する評価の結果の記録

オ　基準省令第３０条第１６号に規定するモニタリングの結果の記録

(3) 基準省令第１５条に規定する市町村への通知に係る記録

(4) 基準省令第２５条第２項に規定する苦情の内容等の記録

(5) 基準省令第２６条第２項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(6) 従業者の勤務の記録

※　介護予防ケアマネジメントについても，介護予防支援と同様の取扱とする。

第４節　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の具体的な進め方

１　アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し,利用者及び家族との面談や認定調査の結果,主治医意見書の情報によって利用者の状況を把握し，生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い，生活機能の維持・改善に向けた支援ニーズを明らかにします。

【使用・記入する様式】
□基本チェックリスト
□健康面聴き取りシート
□柏市口腔・栄養アセスメントシート
□興味・関心チェックシート
□介護予防サービス・支援計画書
□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

(1) アセスメントのポイント

ア　将来の改善の見込みに基づいたアセスメント

課題解決や生活機能を向上させるために，本人・家族のこれまでの生活背景や，現在の状態像の適切なアセスメントを行います。

イ　「基本チェックリスト」の実施

※　事業対象者の場合は，新たに行う必要はありません。

ウ　「柏市口腔・栄養アセスメントシート」の活用

介護予防の観点から,いつまでも食事を楽しめるよう,「食べたい」と思う気持ちを大切にすること，食べる力（かむ，飲み込む）を維持することが重要です。一方で，口腔や栄養におけるアセスメントが不十分な場合があり，必要なケアマネジメント支援が行えないこともあります。そこで，口腔・栄養面での生活課題や機能低下の要因を探るツールとして，「柏市口腔・栄養アセスメントシート」を活用してください。

エ　「興味・関心チェックシート」等の活用

生活意欲が低下している高齢者等については，具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。その際，ケアマネジメント等において，高齢者等の興味・関心に気づくヒントを得るためのツールとして，「興味・関心チェックシート」を活用します。より本人にあった目標設定に向けて，本人の趣味活動，社会的活動，生活歴等も聞き取りながら，「～できない」という課題から，「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

オ　アセスメントのプロセスの中で，利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに，介護予防に取り組む意欲を引き出すため，この段階から，本人及び家族とコミュニケーションを深め，信頼関係の構築に努めます。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

<table>
<tr><td>相　談　日</td><td colspan="2">年　　月　　日
（　　）</td><td>来　所・電　話
その他（　　）</td><td colspan="2">初　回
再来（前　　/　　）</td></tr>
<tr><td>本人の状況</td><td colspan="5">在宅・入院又は入所中（　　）</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
本人氏名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">M・T・S　　年　　月　　日生（　　）歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td>Tel
Fax</td><td>（　　）
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">日常生活
自立度</td><td>障害高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="4">自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２</td></tr>
<tr><td>認知症高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="4">自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ</td></tr>
<tr><td>認定情報</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>障害等認定</td><td colspan="5">身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　）、・・・（　　）</td></tr>
<tr><td>本人の
住居環境</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>経済状況</td><td colspan="5">国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・</td></tr>
<tr><td>来　所　者
(相　談　者)</td><td colspan="3"></td><td rowspan="5">家族構成</td><td rowspan="5">家族構成
◎=本人、〇=女性、□=男性
●■=死亡、☆=キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
（同居家族は〇で囲む）

家族関係等の状況</td></tr>
<tr><td>住　　所
連　絡　先</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">緊急連絡先</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td colspan="2">住所・連絡先</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

《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 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年　月　日				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。

令和　　年　　月　　日　　氏名

(2) 利用者基本情報の記入の仕方

≪基本情報≫

◎「作成担当者」欄

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

◎「相談日」欄

初回の相談日で，この利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また，相談の手法として，来所や電話等の種別を記入する。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。

◎「本人の状況」欄

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

◎「本人氏名」欄

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し，利用者の生年月日と年齢を記載する。

◎「住所」「電話番号」欄

利用者の現在居住している居住地を記載する。住民票の住所地と居住地が異なる場合は，介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。電話番号は，利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

◎「日常生活自立度」欄

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，要支援認定で用いられた主治医意見書の３(1)「日常生活の自立度等について」を参考に，現在の状態に該当するものに○印を付ける。

◎「認定情報」欄

利用者の要介護認定等の区分について，「非該当」，「要支援１」から「要介護５」のいずれかを〇で囲む。また，認定有効期間と前回の介護度を記載する。

◎「障害等認定」欄

障害等の種別について〇印で囲む。障害等級等，特記することがあれば空欄に記載する。

◎「本人の住居環境」欄

該当するものについて〇印で囲む。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。

◎「経済状況」欄

利用者の該当する年金等について〇印で囲むとともに，経済等の状況を記載する。

◎「来所者（相談者）」欄

来所者または相談者について，氏名を記載する。

◎「住所連絡先」「続柄」欄

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。

◎「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。高齢者世帯では，介護者の体調不良なども想定されるため，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備え，利用者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，携帯電話や自宅の他に家族の職場等，確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

◎「家族構成」欄

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するため，家族の年齢や居住地域（〇〇県，△△市など）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〇で囲む。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。なお，家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

≪介護予防に関する事項≫

この情報は，介護予防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。

◎「今までの生活」欄

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。

◎「現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）」欄

◎「一日の生活・すごし方」欄

起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物，仕事や日課にしていること（散歩・園芸・テレビを見て過ごす）など，一日の過ごし方を記載する。

上段には，生活全般に関する様子を記載し，食事・入浴・家事などの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。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で，この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

◎「趣味・楽しみ・特技」欄

現在の趣味だけではなく，以前取り組んでいた趣味や楽しみ，特技も聞き取り記載する。

◎「友人・地域との関係」欄

友人や地域との交流頻度や方法，内容を記載する。

≪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，利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について，時間の経過順に記載する。例えば，記載した病気のために服薬等の治療を受けている場合は，「治療中」に〇印を付け，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，「経過観察中」に〇印を付ける。また，主治医意見書を記載した医療機関または医師に☆印を付ける。

≪現在利用しているサービス≫

利用者が現在利用している支援について，サービスの種別と利用頻度を記載する。ここでいうサービスは，行政の行う一般施策のような公的なサービスと，ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

≪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あたり，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の記入内容，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を得る。

(3) サービス提供事業所への利用者基本情報の提供について

ア　柏市の基本方針としては，介護サービス事業所等から，地域包括支援センターが保有している個人情報の提供を求められた場合は，原則として応じません。提示することは可能なため,必要であれば書き写していただくようにしてください。

イ　上記を説明した上で，介護予防マネジメントを円滑に進めるにあたり，提供が必要と判断した場合の対応

(ｱ) 利用者基本情報を介護サービス事業所へ提供するにあたって，改めて利用者に確認し，了承を得る。改めて打ち出した利用者基本情報に，本人の同意のサインをもらう。

(ｲ) 支援経過記録には，以下の項目を記載する。

A　日付

B　提供する事業所

C　了承を得たときの本人の様子や意見

D　同意のサインを得た旨

(ｳ) 利用者基本情報は，取り扱いに注意するよう十分説明し，介護サービス事業所に提供する。

※　ただし，指定介護予防支援事業所である各地域包括支援センターが，介護予防支援の契約を利用者と結ぶ際に，個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は，利用者基本情報に同意を得る必要はありません（重要事項説明書兼利用同意書等に，その旨を記載しておくことが原則です）。

「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あたり,利用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を得る。

指定介護予防支援事業所が，介護予防支援の契約を行う際，個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は,利用者基本情報に同意を得る必要はない。

※　『地域包括支援センター業務マニュアル』より抜粋

※介護予防ケアマネジメント担当者が聴き取りの上、記載してください

事業対象者用

健康面　聴き取り用シート

令和　　年　　月　　日　（実施場所　　記載者　　）

フリガナ **氏名**		**生年月日**	ＭＴＳ　　年　　月　　日生
住所	**〒　　－** **柏市**	**被保険者番号**	

●共通項目

①日常生活に支障をきたしている直接の原因である「病名」または「症状」は何ですか
病名または症状　（　　）
発症年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日（年または年月だけでも可）
症状　安定　・　不安定　・　どちらともいえない

②現在飲んでいる薬はありますか
いいえ　・　はい（　　いつから　　）
※必要に応じお薬手帳の確認

③薬が残ってしまうことはありますか
いいえ　・　はい（飲み忘れ・自分で量を調整している・飲みにくい・その他　　）

④皮膚の病気はありますか　※床ずれ等は栄養状態との関連もあります
いいえ　・　はい（床ずれ・その他　　）

⑤痛みや動かしにくい体の部位はありますか。ある場合それはどの部位ですか
いいえ　・　はい（部位　　）

⑥特定疾病（難病）の認定を受けていますか。「はい」の場合は病名をご記入ください
いいえ　・　はい（病名　　）

⑦特記事項
（　　）

●デイサービス入浴等の希望で感染症の確認が必要な場合　※はいの場合には事業者に対応ついてご相談ください

①感染症の既往はありますか
いいえ　・　はい（　　）・不明　※B型肝炎　C型肝炎　梅毒　HIV　結核

●運動器機能向上等プログラム参加される方のみ　※1つでもはいの場合には主治医に確認をしてください

①この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか
いいえ
はい（重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）、心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）、糖尿病、呼吸器疾患、骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛み、その他（具体的　　））

②かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか
いいえ　・　はい（その理由　　）

③この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか
いいえ　・　はい

④重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか
いいえ　・　はい

⑤糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作等があると指摘されていますか
いいえ　・　はい

⑥この１年間で心電図に異常があるといわれましたか
いいえ　・　はい

⑦家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか
いいえ　・　はい

⑧この１ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか
いいえ　・　はい

●高齢者等在宅福祉サービス（寝具丸洗い・寝具乾燥消毒・はいかい者探索システム・配食サービス費助成事業）の利用を希望される場合

①トイレに間に合わないときはありますか＜寝具丸洗い＞
いいえ　・　はい

②今いる場所がわからないときや、自分が何をしていたか思い出せなくなることはありますか＜寝具丸洗い＞
いいえ　・　はい

③重いものなどを持って歩くことはできますか＜寝具乾燥消毒＞
はい　・　いいえ（その理由：　　）

④外出し、家に戻れなくなったことはありますか＜はいかい者探索システム＞
いいえ　・　はい（その頻度：　　）

⑤ムース食やミキサー食など飲み込みに配慮した特別な食事が必要な状態ですか＜配食サービス費助成＞
いいえ　・　はい（その理由：　　）

※高齢者等在宅福祉サービスの利用には，その他対象者要件がありますので，必ずご確認ください。
問い合わせ先：高齢者支援課　介護サービス担当（ＴＥＬ：０４－７１６７－１１３５）

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：　　歳　　性別（男・女）記入日：　　年　　月　　日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に〇を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人日本作業療法士協会（2014.3）

記入日　令和　　年　　月　　日

柏市口腔・栄養アセスメントシート

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　T・S　　年　　月　　日生

質問項目		回答
口腔について	義歯を使用していますか	□はい　（　□総義歯　□部分義歯　）
		□いいえ
		↓
		自分の歯は何本ありますか（　　）本
	□腔（義歯含む）の手入れをしていますか	□はい　□いいえ
		↓
		いつしていますか
		□朝　□昼　□夜
	□腔内で心配なことはありますか	□痛みがある　□ぐらつきがある
		□口臭　□乾燥
		□その他〔　　〕
	かかりつけの歯医者はありますか	□はい　□いいえ
健康管理	夜は眠れていますか	□はい　□いいえ
	薬は自己管理できていますか	□はい　□いいえ
栄養について	食事の回数は何回ですか	□3食／日　□2食／日　□1食／日
	調理を行うことはできますか	□できる　□行っていないが能力はある
		□できない
	食欲はありますか	□はい　□いいえ
	主治医より食事について言われていることはありますか	□はい　□いいえ
		↓
		内容〔　　〕
	最近の食事の内容について教えてください 【記載例】 ごはん お椀 半杯，大根みそ汁 食パン８枚切り ジャム大さじ1 焼きアジ１尾，バナナ中サイズ コーヒー（砂糖と牛乳少し） キャラメルコーン 1/3 袋	朝食 / 昼食 / 夕食 / 間食
	嗜好品について	たばこ：□吸わない　□吸う（　　本／日）
		酒　：□飲まない　□たまに飲む
		□いつも飲む（量　　／日）

令和６年４月１日改正

２　介護予防サービス・支援計画書原案作成

アセスメントにおいて明らかにした課題や支援ニーズに対して，利用者が主体的に取り組むことができる目標を設定し，具体的な支援計画を立てます。

介護予防サービス・支援計画書の計画期間は，最長で介護保険の認定有効期間と同様です（事業対象者については，最長で４８か月）。

【使用・記入する様式】

□介護予防サービス・支援計画書

□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録

(1) 目標の設定

生活の目標については，単に心身機能の改善だけを目指すのではなく，心身機能の改善や環境調整などを通じて，生活の質（ＱＯＬ）の向上を目指すものとして，利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。

計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより，その達成がほぼ可能と思われ，利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。

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
セルフケア 清潔・整容，排泄の自立，TPOに応じた更衣，健康に留意した食事・運動，服薬管理など	健康：毎年健診に行く，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
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，	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分

簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	で済ます
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	関係：家族と仲良く過ごす，近所の人と良い関係で過ごす 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
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人の役に立つ活動，預貯金の出し入れ	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
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	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
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	外出：週に2回は買い物に行く，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
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	何か起こったら自分で判断する，自分のことは自分で決める
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，自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加，老人会の行事に参加，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

（「介護予防マニュアル改訂版」（平成２４年３月）介護予防マニュアル改訂委員会）

(2) 利用するサービスの選択

利用するサービスを検討する際は，単にサービス事業の利用のみに限定せず，広く社会資源の情報を収集した上で，家族や地域住民による支援，一般介護予防事業における住民主体の活動や民間企業の利用なども位置づけ，本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成します。

ケアプランの実施期間についても，利用者とよく相談しながら設定し，ケアプランを作成します。

利用者に対して，抽出した課題を丁寧に説明し，理解を得るとともに，ケアプラン原案の内容を検討していく中で，利用者の意向も踏まえながら,目標の設定やその達成に向けての取組,利用するサービス，実施期間等を検討し，介護予防サービス・支援計画書原案を作成します。

ポイント

総合事業におけるサービスの選択にあたっては，従来の保険給付及びこれに相当するサービス（現行相当サービス）から，できる限り非専門職が担い手となる事業者によるサービス（緩和した基準によるサービス）や地域の支え合い活動（住民主体によるサービス）へ移行していくことがポイントとなります。

ア　訪問型サービス

柏市では，訪問介護相当サービス，緩和した基準によるサービス（訪問型サービス A）及び住民主体によるサービス（訪問型サービス B）を実施しています。

総合事業では，専門職が中重度者の身体介護等に重点を置くことを目標としているため，基本的には身体介護が必要な場合は訪問介護相当サービス，生活援助のみの場合は緩和した基準によるサービス（訪問型サービス A）を利用することとなります。

なお，訪問型サービスＡの主な特徴は次のとおりです。

(ｱ) 身体介護を必要としないかたへの，生活援助（洗濯・掃除・調理等）を提供

(ｲ) 市が指定した研修の修了者（通称かじサポ）がサービスを提供

※　市では，かじサポ養成研修を実施しており，介護保険制度のもと，緊急時の対応や生活援助について研修を行っております。

※　有資格のヘルパーがサービス提供することもあります。

(ｳ) 訪問介護相当サービスより安価

また，訪問型サービスＡの利用によって，次の効果が期待されます。

(ｱ) サービスの担い手となる元気高齢者の社会参加により，介護予防に繋がる。

(ｲ) 地域で支えあうまちづくりに繋がる。

(ｳ) 介護サービス人材の確保（有資格のヘルパーを，より介護ニーズの高い利用者に充当することができる）

(ｴ) 給付の適正化

現在，要支援者及び事業対象者への訪問介護のうち，ほとんどが身体介護を必要としない生活援助のみの利用となっていますので,利用者の状態像や必要としているサービスから，訪問型サービスＡの利用が適当である場合には，ご検討ください。

イ　通所型サービス

柏市では，通所介護相当サービスを実施しています。

また,「通いの場」は，総合事業の主要な目的である「介護予防」に高い効果を示すことが知られています。他者との交流や介護予防を目的とした体操等，利用者が地域の中での取り組みに繋がることができるよう支援をしていく必要があり

ます。

柏市版　介護予防ケアプランチェックリスト
～自立支援型ケアプランの作成に向けて～

柏市では，自立支援のための介護予防ケアマネジメントを推進するため，「介護予防ケアプランチェックリスト」を作成し，自立支援型ケアプラン作成のための視点をまとめました。

これは，地域包括支援センターにおけるケアプランチェックの際にチェックしている視点でもあります。

自立支援のポイントの確認やケアプラン作成の際の自己チェックなど，ぜひご活用ください。


KASHIWA

介護予防サービス

NO.

利用者名　　様

認定年月日　平成　年　月　日

計画作成者氏名

計画作成（変更）日　年　月　日（初回作成日　年　月　日）

目標とする生活

1日　具体的でな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。

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
運動・移動について ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況 日常生活（家庭生活）について ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理することについての状況 ●家事（洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況 ●預貯金の出し入れを行うことについての状況 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人などとの会話や電話での交流 ●地域での役割があるか（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況 健康管理について ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●健康のために食事に気をつけている状況 ●健康のために運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか	●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようになりたい」「○○をやりたくない」と記載し、利用者・家族どちらの認識か明確にし、その理由について確認する。 ●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。 ●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	□有　□無 ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ●課題がある場合「□有」にレ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は□無にチェックする。 ●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。 □有　□無	●利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。 ●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例） [目標] （3か月後には）ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。 [具体策] ①▼▼を利用して△△を行う。 ②誰々が■■を行う。 ③…	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。

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

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
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。

	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		基本チェックリストの結果を参考に転記する。 判定基準を参考にしながらアセスメントする。				

・支援計画書

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

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

1年　生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。

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
●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数値目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例） ・ひとりで○○まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。	( ) ●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 例） ・家族で一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物に一緒に出かける。	●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。（訪問介護等サービス種類の記載ではない。） ●自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 例） ・介護予防訪問介護Ⅱ ・特殊寝台 ・配食サービス、ふれあい給食会など。	●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「○月○日～○月○日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。
	( )					
	( )					

【本来行うべき支援が実施できない場合】
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。
●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設など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、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

計画に関する同意

地域包括支援センター　【意見】

●意見欄→記入は任意
●確認欄→地域包括支援センター名及び職員氏名を記載する（ゴム印可）

【確認】

上記計画について、同意いたします。

平成　年　月　日　氏名

介護予防ケアプランチェックリストについて

POINT1　介護予防ケアプランチェックリストとは

1　自立支援のためのケアプランを作成するうえで，押さえるべきポイントをチェックするもの

2　地域包括支援センターにおけるケアプランチェックを平準化するもの

※ 必ずしも全ての項目に該当するわけではないため，該当する場合は記入すること

※ ケアプランの個別性を阻むものではない

POINT2　各項目についての解説

1　健康状態について

・「主治医意見書」「基本情報の現病歴」を参考に，診断名，治療内容，身体の状態，今後発生する可能性の高い状態，生活機能改善の見通し（予後予測）やサービス提供上の留意点を記載しているか

※ 診断名については，医師から本人への説明があったもののみ記載すること

※ 介護保険の更新時に見直しをすること

2　基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問数）

・該当項目がプランに反映されているか

※ 基本チェックリストから得た情報をケアプランに反映すること

3　アセスメント領域と現在の状況

・課題解決や生活機能向上のために，本人・家族の生活背景，状態像や趣味嗜好が具体的にアセスメントされているか

※ 利用者の生活の支障となっている項目は，特に意識して聞き取ること

3-1　運動・移動について

・手段，場所，距離，頻度等が具体的に記入されているか

※ 室内外における移動方法，外出の距離や頻度，移動の支障となる疾患等を記載すること

3-2　日常生活（家庭生活）について

・家事（買い物，調理，掃除，洗濯，ごみ捨て等）の状況，本人の役割，家族状況等が具体的に記入されているか

※ 本人ができない部分については，支援者と支援頻度を記載すること

介護予防ケアプランチェックリストについて

3-3 社会参加，対人関係・コミュニケーションについて

・他者との交流状況，地域での役割（老人クラブや町内会），趣味や楽しみが続けられているか，コミュニケーションの阻害要因について等が具体的に記入されているか

※ 老人クラブ，町内会活動，サークルやグランドゴルフ等へ参加している場合は記載すること

※ 難聴や視力障害などのコミュニケーションの阻害要因があれば記載すること

3-4 健康管理について

・受診，服薬，食事，飲酒，喫煙，入浴，口腔ケア，睡眠の状況等が具体的に記入されているか

4 課題に対する目標と具体策の提案

・アセスメントに基づいた課題抽出ができているか

・課題に対する具体案が提案できているか

※ 基本チェックリストの該当項目が課題として反映されているか

※ 介護サービスの利用自体が目標となっていないか

※ 介護サービス以外に提案できるものはないか

5 目標

・具体的かつ評価可能な目標になっているか

・期間の設定は適切か（最長6ヶ月）

※ 本人のモチベーションを高めるような目標を本人とともに設定するとよい

6 自立支援を見据えたプランについて

・本人が思い描く日常生活を実現するためのプランになっているか（本人や家族の意向が入っているか）

※ 介護サービスの利用だけでなく，本人のなりたい姿に対する意向を引き出しているか

※ 本人のできることを伸ばしていけるような内容になっているか

※ してみたいことや始めたいこと等は具体的に記載するとよい

7 社会資源の活用について

・利用している社会資源が記入されているか

・新たな社会資源を提案しているか

※ ケアマネジャーは，地域の情報を収集し，活用の提案を怠ってはならない

※ 社会資源については，地域包括支援センターで情報提供可能

8 総合的な方針

・緊急時の連絡先及び主治医が記入されているか【柏市独自】

※ 利用者基本情報に記載しているが，ケアプラン更新時に見直すことで最新の情報を把握するため

※ 利用者の同意があった場合のみ記入すること

氏名：　　被保険者番号：

介護予防ケアプラン　チェックリスト

チェック日	令和　年 月　日	令和　年 月　日	令和　年 月　日	令和　年 月　日
1　健康状態について				
・「主治医意見書」「基本情報の現病歴」を参考に，診断名，治療内容，身体の状態，今後発生する可能性の高い状態，生活機能改善の見通し（予後予測）やサービス提供上の留意点を記載しているか				
2　基本チェックリストの（該当した質問項目数）/（質問項目数）				
・該当項目がプランに反映されているか				
3　アセスメント領域と現在の状況				
・課題解決や生活機能向上のために，本人・家族の生活背景，状態像や趣味嗜好が具体的にアセスメントされているか				
(1)　運動・移動について				
・手段，場所，距離，頻度等が具体的に記入されているか				
(2)　日常生活（家庭生活）について				
・家事（買い物，調理，掃除，洗濯，ごみ捨て等）の状況，本人の役割，家族状況等が具体的に記入されているか				
(3)　社会参加，対人関係・コミュニケーションについて				
・他者との交流状況，地域での役割（老人クラブや町内会），趣味や楽しみが続けられているか，コミュニケーションの阻害要因について等が具体的に記入されているか				
(4)　健康管理について				
・受診，服薬，食事，飲酒，喫煙，入浴，口腔ケア，睡眠の状況等が具体的に記入されているか				
4　課題に対する目標と具体策の提案				
・アセスメントに基づいた課題抽出ができているか				
・課題に対する具体案が提案できているか				
5　目標				
・具体的かつ評価可能な目標になっているか				
・期間の設定は適切か				
6　自立支援を見据えたプランについて				
・本人が思い描く日常生活を実現するためのプランになっているか（本人や家族の意向が入っているか）				
7　社会資源の活用について				
・利用している社会資源が記入されているか				
・新たな社会資源を提案しているか				
8　総合的な方針				
・緊急時の連絡先及び主治医が記入されているか【柏市独自】				

柏市・柏市地域包括支援センターケアプラン向上委員会
令和元年12月作成

・自立支援型のケアプランの作成，ケアプランの向上のためのチェックリストです。
・ケアプラン作成時やケアプランチェック時にご活用ください。
・必ずしも全ての項目に該当するわけではありません。該当する場合は記入してください。
・チェックが付かなかった場合は，次回チェックが付くようお願いします。

介護予防サービス・支援計画書

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	事業対象者

計画作成者氏名　　委託の場合：計画作成者事業者・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

課題解決や生活機能向上のために，本人・家族の生活背景，状態像や趣味嗜好が具体的にアセスメントされているか

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 ①・⑤に対応 手段，場所，距離，頻度等が具体的に記入されているか	「○○できるようになりたい」「以前は○○していた」と記載し，利用者・家族どちらの認識かを明確にし，その理由について確認する			・アセスメントに基づいた課題抽出ができているか ・課題に対する具体案が提案できているか ・具体的には，「○○が必要」「○○を行う」と記載し提案する ・利用者や家族から同意が得られた場合は，ここで提案した目標と具体策が，次項目からの「目標」と「支援計画」につながる	・具体的かつ評価可能な目標になっているか ・期間の設定は適切か ・「課題に対する目標と具体策の提案」のうち，利用者や家族と合意した目標を記載する		支援実施における，支援者側の安全管理上のポイントや留意点を記載する	具体的な支援内容を記載する（「訪問型サービス」等のサービス種別ではなく，「掃除」等の具体的な支援内容を記載）		家族，地域，介護保険サービス以外のたすけあいサービス等が担う部分についても，誰が行うかを明記する	
日常生活（家庭生活）について ①・②・④に対応 家事（買い物，調理，掃除，洗濯，ごみ捨て等）の状況，本人の役割，家族状況等が具体的に記入されているか		□有 □無					（ ）					
社会参加，対人関係・コミュニケーションについて ④・⑤・⑥に対応 他者との交流状況，地域での役割（老人クラブや町内会），趣味や楽しみが続けられているか，コミュニケーションの阻害要因について等が具体的に記入されているか		□有 □無					（ ）					
健康管理について ②・③・⑥に対応 受診，服薬，食事，飲酒，喫煙，入浴，口腔ケア，睡眠の状況等が具体的に記入されているか		□有 □無					（ ）					

自立支援を見据えたプランについて
・本人が思い描く日常生活を実現するためのプランになっているか（本人や家族の意向が入っているか）

社会資源の活用について
・利用している社会資源が記入されているか
・新たな社会資源を提案しているか

健康状態について
□主治医意見書　健　等を踏まえた留意点

「主治医意見書」「基本情報の現病歴」を参考に，診断名，治療内容，身体の状態，今後発生する可能性の高い状態，生活機能改善の見通し（予後予測）やサービス提供上の留意点を記入しているか
※診断名については，医師から本人への説明があったもののみ記入する

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当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

緊急時の連絡先及び主治医が記入されているか【柏市独自】
※本人の同意があった場合のみ記入する

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
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。

	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	①	②	③	④	⑤	⑥

該当項目がプランに反映されてされているか

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。

年　月　日　氏名

柏市・柏市地域包括支援センターケアプラン向上委員会　令和元年12月作成

３　サービス担当者会議

サービス担当者会議は，原則として，介護予防サービス・支援計画書の作成・変更時に開催します。

サービス担当者会議の目的は以下のとおりです。

①利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解する。
②地域のフォーマルサービス・インフォーマルサービス等について情報を共有し，その役割を理解する。
③利用者の課題，生活機能向上の目的，支援の方針，支援計画等を協議する。
④介護予防サービス・支援計画書におけるサービス事業所等の役割を確認する。

【使用・記入する様式】
□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録
□（サービス担当者会議の要点）

（1）会議の開催時期

ア　介護予防サービス・支援計画書作成時

イ　介護予防サービス・支援計画書変更時

利用者の状態に変化があり，介護予防サービス・支援計画書の内容に変更が必要な場合に開催します。

サービス担当者会議において，介護予防サービス・支援計画書の変更の必要性について，各担当者に専門的な見地からの意見を求めます。

ウ　著しい状態の変化等

モニタリングの中で，提供されているサービスが計画どおりの効果を果たしていないと考えられる場合や，事業所から会議開催の要請等があった場合，臨時的に開催し，効果的な支援の方法や対策などを協議します。

エ　福祉用具貸与を利用する場合

必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し，継続の必要性について検証した上で，継続が必要な理由を介護予防サ

ービス・支援計画書に記載します。

(2) 会議の開催方法

ア　参集開催

イ　オンライン開催

令和３年度の運営基準の改正により，次のとおり定められています。

(ｱ) 利用者等が参加せず，医療・介護の関係者のみで実施するものについて,テレビ電話等を活用しての実施を認める。

(ｲ) 利用者等が参加して実施するものについて，利用者等の同意を得た上で,テレビ電話等を活用しての実施を認める。

４　モニタリング

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，介護予防サービス・支援計画どおり実行できているかを把握します。

【使用・記入する様式】

□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録

⑴ モニタリングの定義（意味）

モニタリングとは,介護予防サービス･支援計画書の作成後，介護予防サービス・支援計画書の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む）を行い，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うことを意味します。

利用者自身の日常生活能力や社会状況の変化によって，課題が変化していないかを継続的に把握し，介護予防サービス・支援計画書どおりにサービス等が提供できているかを把握するための行為です。

⑵ モニタリングの実施

ア　少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月に１回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接すること

イ　次のいずれにも該当する場合であって，利用者宅を訪問しない月に，テレビ電話装置等を活用して，利用者に面接する場合は，６か月に１回，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接すること

⑺ 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こと

⑴ 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の医師，担当者その他の関係者の合意を得ていること

ａ　利用者の心身の状況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　担当職員が，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，担当者から提供を受けること

ウ　利用者の居宅を訪問しない月（上記(2)イの規定により，テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては，可能な限り，サービス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とともに，当該面接ができない場合にあっては，電話等により利用者との連絡を実施すること

エ　少なくとも１月に１回，モニタリングの結果を記録すること

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

被保険者番号：

利用者氏名　：　　（男・女）　　歳　　計画作成者氏名

年　月　日	内　　容	年　月　日	内　　容

1　初回アセスメント，プランへの同意，モニタリングなどの節目には，必ず記録を記載する。その際，わかりやすく簡潔に記載することを心がける。
⇒「いつ」，「誰が」，「何を」，「どのように」が明確か

2　モニタリング
⑴ 実施方法
ア　サービス事業者からの報告・連絡，あるいは事業所への訪問，利用者からの意見聴取，訪問などさまざまな手法を通して，介護予防サービス・支援計画書をもとに本人の状況を確認する。
イ　通常，状況把握として月1回実施し，訪問によるモニタリングは最低6か月に1回実施する。
⑵ 視点，記載内容
ア　実施日時と方法（電話，来所，訪問など）
イ　対応者（利用者，家族，サービス事業者，地域など）
ウ　利用者の生活状況
エ　プランを踏まえた利用者自身の行動やサービス提供の進捗状況
オ　個々の提供サービスにおける支援内容の実施結果とその正当性
カ　利用サービスの満足度（利用者，家族）
キ　プラン変更を要するような新しい課題の発生　など
⇒上記の内容を記載しているか

3　サービス担当者会議
⑴ 開催時期
初回プラン作成時，プラン変更時，その他必要時
⑵ 構成員
利用者，家族，プランナー，サービス事業者，主治医，インフォーマルサービスの提供者等，プランナーが議題の内容に従い，効果的な検討ができるよう，参加者を選定する。
⑶ 会議の視点
ア　利用者や家族の生活全体及びその課題の共通理解
イ　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の情報共有と役割の理解
ウ　利用者の課題，生活機能向上の目標，支援方針，支援計画などの協議
エ　プランにおけるサービス事業者等の役割の相互理解
⑷ 記載内容
ア　実施日時，実施場所
イ　参加者
ウ　検討課題と検討結果
エ　今後の方針，予定
⇒上記の内容を記載しているか

4　その他
関係機関との連絡調整や情報提供事項など，利用者に関することは記録として記載する。その際，【モニタリング】【状況把握】などと表題を記載し，改行してから対応者や内容を記載する。
⇒表題が付いているか

※1　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録は、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。

５　評価

モニタリングで収集した情報をもとに，定めた目標をどの程度達成しているか，支援が適切であったかを評価します。その際，利用者本人や家族が，その目標達成状況をどのようにとらえているかについても把握します。

【使用・記入する様式】

□介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録

□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

(1) 評価のポイント

目標の達成状況についての評価は，介護予防サービス・支援計画書で定めた期間の終了時に実施し,「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」を作成して行います。

そして，サービス提供事業者からの報告をもとに，利用者宅を訪問し，利用者の状態を評価し，介護予防サービス・支援計画書で設定した目標が達成されたかどうかをチェックするとともに，必要に応じて今後のサービス計画を見直します。

評価の際は，サービス提供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の報告を受けます。また，基本チェックリストを実施し,運動機能や栄養状態の変化等を把握します。

プランの実施状況をふまえて目標の達成状況を評価し，利用者と共有しながら，新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等，今後の方針を決定します。

(2) 評価の反映

評価結果を受け，その後の方針を決定します。サービス利用等への反映は,利用者の生活機能の変化に応じて行われますが,その際，利用者や家族の意向に配慮するとともに，利用者の生活の自立を支援する観点から実施されることが大切です。

評価は評価期間の最後の月の
１日から可能

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

被保険者番号

利用者名

評価日　　年　　月　　日

計画作成者（事業所名及び氏名）

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
介護予防プランの目標をこちらに記入します。 ※１日，１年の目標ではありません。総合課題から導いた目標です。	介護予防プランの評価期間をそのままこちらに転記します。	１　評価期間内に目標がどの程度達成できているのか具体的に記載する。 ２　評価時に評価期間が終わっていないサービスがある場合も，いったん評価を行い，現在のサービスが適正かどうか，介護予防プランを見直す。	達成 ほぼ達成 未達成 未実施 以上のいずれかを記載	【目標を達成していない場合に記載】 なぜ目標が達成されなかったのか，目標設定の妥当性も含めて，利用者・家族の認識を確認し，原因を記載する。	【目標を達成していない場合に記載】 なぜ目標が達成されなかったのか，利用者家族の意見を含め，プラン作成者としての評価を記載する。	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。 ⇒現在のサービスを継続するのか，別のサービスにするのか，インフォーマルサービスにつなげていくのか，具体的に記載し，次の介護予防プランにつなげる。 ⇒引き続きプランを作成する場合，評価で得た情報を次のプランに組み込めるよう方針を記入する。

【評価時期について】

１　要支援認定の更新認定時

２　要支援認定の区分変更認定時

３　介護予防プラン変更時

※サービスの追加及び削除の場合も評価必要

※サービスの曜日・時間等の変更は評価の必要はなし（通常の評価時期に評価）

※要介護認定及び転出，死亡などでサービスが終了した場合も「終了」として評価必要

【選択的サービス（加算）を利用する場合の留意事項】

１　選択的サービスを加算している場合には，当該事業所より，個別計画書及びその実施期間終了後に報告書の提出を求めること

２　選択的サービスの個別計画報告書を確認した結果，選択的サービス（加算）を継続すると判断した場合は，その旨をサービス評価表へ記載すること

３　（一部委託の場合）事業所から提出された選択的サービスの個別計画書及びその実施期間終了後の報告書の写しを，地域包括支援センターへ提出すること

【地域包括支援センターが記載する】

評価を確認後，地域包括支援センターの判断でチェックを行う。

プラン継続⇒評価の結果，前回とまったく同じプランを作成する場合

プラン変更⇒評価の結果，前回のプランから変更がある場合。サービス内容が同じであっても，目標を変更する場合（レベルを高く，低くする場合）は，変更として取り扱う。

終了⇒評価の結果，サービスを利用しない等，次のプランの作成を行わない場合

次のプランでどの対象となるかをチェックする。

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
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。 目標を達成していない場合は，その原因も勘案し，次のプランでどの点を重視していくのか，支援を要する点はどこかを意識しながら記載する。	【委託した場合の評価チェックに包括職員が記載】 介護予防プランに対する利用者の状況や事業者からの報告を受けて「効果が認められた」「維持できている」「悪化している」等の判定を行い，その根拠を記載する。 プラン作成者の今後の方針が適切でないと判断した場合には，詳細について意見交換を行い，地域包括担当者とプラン作成者が同じ方針で次のプランに臨めるようにする。	□　プラン継続 □　プラン変更 □　終了 □ □	□　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

基本チェックリスト

介護予防ケアマネジメント評価用　※市への提出不要

（ケアマネジメント担当者：　　）　回答者（本人・家族・その他）

フリガナ 氏名		生年月日	ＭＴＳ　年　月　日生
被保険者番号		区分	要支援１・要支援２・事業対象者

記入日　令和　　年　　月　　日

下記の質問項目に回答をお願いします（当てはまる項目に○，問１２にいては，数字を記入）

No.	質問項目	回答		結果	
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	/5	/20
2	日用品の買物をしていますか	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らずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	/5	
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 ヵ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	/2	
12	身長　　cm　体重　　kg　（ＢＭＩが 18.5 未満）	1. はい	0. いいえ		
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	
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	
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		
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言われますか	1. はい	0. いいえ	/3	
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		
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	
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		

第５節　サービスコード及び請求について

１　総合事業の請求の際のサービスコードについて

(1) サービスコード種別

サービスコード	サービス種類名	柏市での名称	内容
A2	訪問型サービス（独自）	介護予防訪問サービス（訪問介護相当サービス）	・予防給付の指定介護予防訪問介護に相当するサービス ・平成 28 年２月以降の柏市訪問介護相当サービス指定事業者が使用
A３	訪問型サービス（独自/定率）	生活支援訪問サービス（訪問型サービス A）	・柏市独自の基準による訪問型サービス ・平成 28 年２月以降の柏市訪問型サービス A 指定事業者が使用
A6	通所型サービス（独自）	介護予防通所サービス（通所介護相当サービス）	・予防給付の指定介護予防通所介護に相当するサービス ・平成 28 年２月以降の柏市通所介護相当サービス指定事業者が使用
AF	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント	・総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント ・介護予防ケアマネジメント費の請求に使用

※　サービスコードの詳細については，柏市ホームページに掲載しております。

(2) 地域単価の考え方

サービス種類コード	６級地
Ａ２	１０．４２円
Ａ３	１０．４２円
Ａ６	１０．２７円
ＡＦ	１０．４２円

※柏市は６級地（R6.4現在）

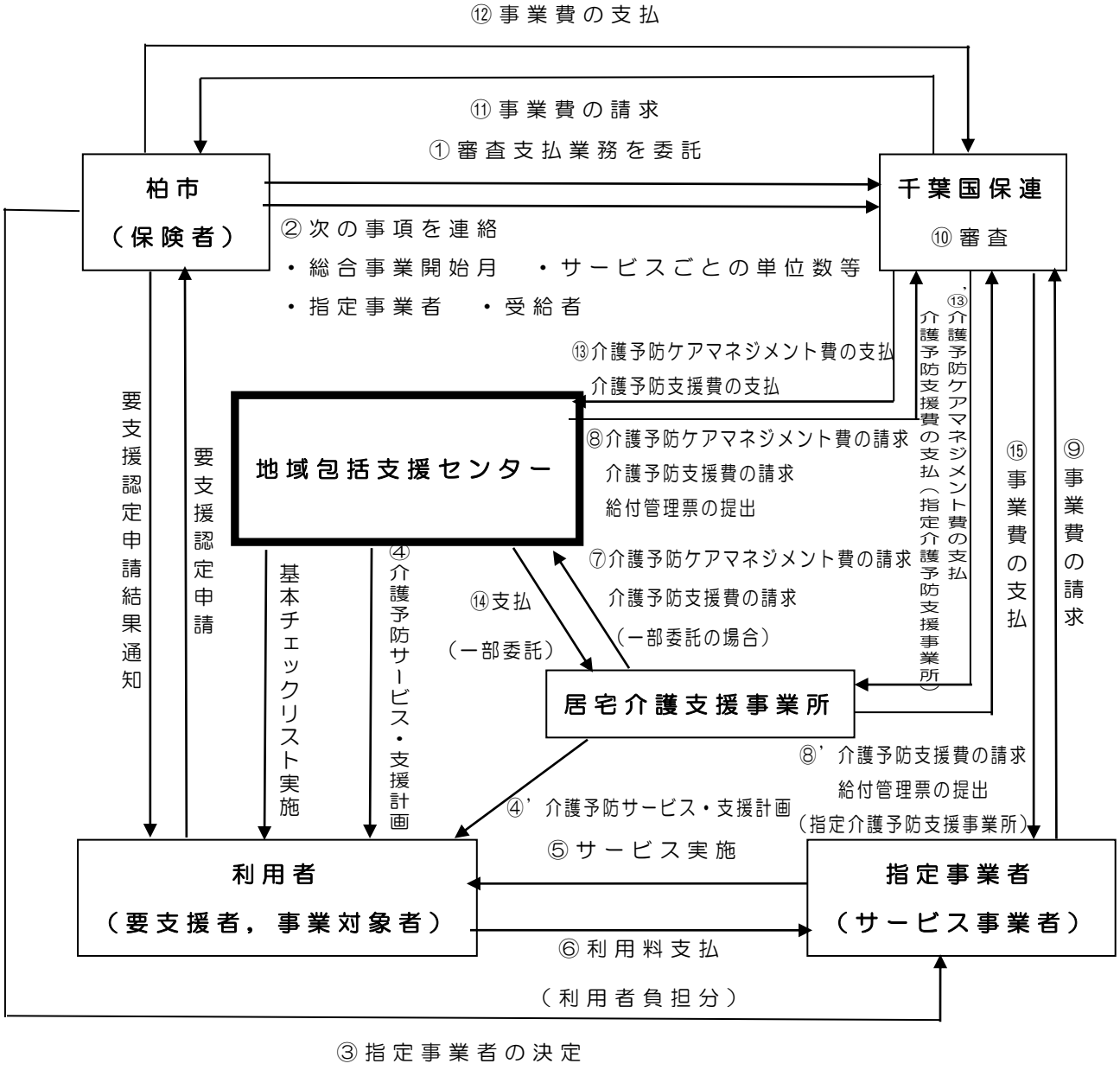
柏市外の事業所を
柏市の被保険者が利用する場合

Ａ２，Ａ３，Ａ６については，柏市の地域単価が適用となります。

【補足】

・A2，A3，A6：保険者の地域単価
・AF：事業所所在地の地域単価
・住所地特例：施設所在地の地域単価
・遠隔地：保険者の地域単価

２　介護予防・日常生活支援総合事業の事務処理の流れ



※留意点

総合事業のみ利用する場合は，介護予防ケアマネジメント費で請求すること

３　請求について（留意事項）

(1) 給付管理票について

- 総合事業分は，給付管理票（様式第十一）を使用すること
  ※　介護給付，予防給付と同様
- 要支援の利用者が，同月に予防給付と総合事業の両サービスの提供を受けた場合も，利用者ごとに１枚にまとめて提出すること

(2) 請求明細書について

- 要支援の利用者が，同月に予防給付と総合事業の両サービスの提供を受けた場合は，４６：介護予防支援費（様式第七の二）で請求すること
- 要支援の利用者が，総合事業のサービスのみ提供を受けた場合は，ＡＦ：介護予防ケアマネジメント費（様式第七の三）で請求すること

【給付管理票及び請求明細書について】

様式名	介護予防支援 ※介護予防支援費請求	第１号介護予防支援 ※介護予防ケアマネジメント費請求
給付管理票 （様式第十一）	○	○
介護予防支援介護給付費明細書 （様式第七の二）	○	
介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 （様式第七の三）		○

【ケアマネジメント費の区分及び支給限度額について】

<table>
<tr><th>利用者区分</th><th>サービスの
組み合わせ</th><th>ケアマネジメント費の区分</th><th>支給限度額</th></tr>
<tr><td>事業対象者</td><td>総合事業のみ</td><td>介護予防ケアマネジメント費
（様式第七の三）</td><td>5,032 単位</td></tr>
<tr><td rowspan="3">要支援１</td><td>予防給付のみ</td><td rowspan="2">介護予防支援費
（様式第七の二）</td><td rowspan="3">5,032 単位</td></tr>
<tr><td>予防給付・総合事業</td></tr>
<tr><td>総合事業のみ</td><td>介護予防ケアマネジメント費
（様式第七の三）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">要支援２</td><td>予防給付のみ</td><td rowspan="2">介護予防支援費
（様式第七の二）</td><td rowspan="3">10,531 単位</td></tr>
<tr><td>予防給付・総合事業</td></tr>
<tr><td>総合事業のみ</td><td>介護予防ケアマネジメント費
（様式第七の三）</td></tr>
</table>

４　月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

介護予防・日常生活支援総合事業における請求については，月の途中で利用開始の契約を締結した場合等は，包括報酬ではなく契約日を起算とした日割りでの請求となる。起算日及び終了日については，次に掲載する「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」を確認すること。

Ⅰ－資料9

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。
※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
介護予防通所リハ（介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※1）	退所日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居 （※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始 （※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
小規模多機能型居宅介護 介護予防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）	開始	・区分変更（要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要介護⇔要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	サービス提供日 （通い、訪問又は宿泊）
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要介護⇔要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日） （喪失日） （転出日）
		・公費適用の有効期間終了	終了日
夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護（療養通所介護）	開始	・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
訪問看護（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合）	開始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日の翌日 退居日の翌日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 （ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付終了日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 （ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付開始日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	開始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日 退居日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付終了日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付開始日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日
福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 （特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	開始日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	中止日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・利用者との契約開始	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護の退所（※1）	退所日の翌日
		・介護予防短期入所療養介護の退所・退院（※1）	退所・退院日又は退所・退院日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）	変更日
		・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		・利用者との契約解除	契約解除日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居 （※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始 （※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護の入所（※1）	入所日の前日
		・介護予防短期入所療養介護の入所・入院（※1）	入所・入院日又は入所・入院日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
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	－	・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。(※1) ・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。	－
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	－	・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。(※1) ・月の途中で、要介護度(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)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、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。(月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様)	－

※1　ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。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。
なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。
※2　終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

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
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
						指定サービス					
		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	指定サービス以外のサービス			
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
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(*5)） （国保連への委託も可能）
4		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
5	要支援者	－	－	○	－	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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
6		－	－	○	○	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
8		－	－	○	－	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
9		－	－	○	－	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型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
10		－	－	○	－	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
12		－	－	○	○	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
13		－	－	○	○	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型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
14		－	－	○	○	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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
15		－	－	○	－	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
16		－	－	○	－	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
17		－	－	○	○	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
18		－	－	○	○	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型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額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
19		－	－	－	○	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費~~(*5)~~ （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
20		－	－	－	○	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
21		－	－	－	○	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
22		－	－	－	○	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
23		－	－	－	○	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
24		－	－	－	○	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
25		－	－	－	○	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
26		－	－	－	－	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
27		－	－	－	－	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
28		－	－	－	－	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
29		－	－	－	－	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
30		－	－	－	－	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
31		－	－	－	－	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）
32		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 （保険者へ請求(*5)） （国保連への委託も可能）

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
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
						指定サービス					
		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	指定サービス以外のサービス			
33	事業対象者	―	―	―	―	○	―	―	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
34		―	―	―	―	○	―	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
35		―	―	―	―	―	○	―	不要	―	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
36		―	―	―	―	―	○	○	不要	―	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
37		―	―	―	―	○	○	―	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
38		―	―	―	―	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
39		―	―	―	―	―	―	○	不要	―	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)

(*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・短期利用型)
短期入所生活介護
短期入所療養介護(介護保健施設)
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)
特定施設入居者生活介護(短期利用型)
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)

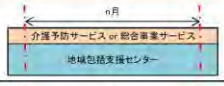
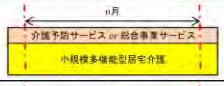
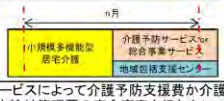
(*2)
介護予防訪問入浴介護
介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション
介護予防福祉用具貸与
介護予防認知症対応型通所介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護(介護保健施設)
介護予防短期入所療養介護(介護療養施設等)
介護予防短期入所療養介護(介護医療院)
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)

(*3)
訪問型サービス(独自)
訪問型サービス(独自/定率)*4
訪問型サービス(独自/定額)*4
通所型サービス(独自)
通所型サービス(独自/定率)*4
通所型サービス(独自/定額)*4

(*4)
限度額管理対象/対象外サービスは市町村が決定して国保連に連絡する

(*5)
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市町村へ請求

（2）月途中に居宅サービス計画作成事業所が変更になる場合の取扱い

No.	変更パターン		給付管理票提出事業所	請求事業所（※1）	
				介護予防支援費の場合	介護予防ケアマネジメント費の場合（※2）
1	月を通じて地域包括支援センターが給付管理業務を行う場合		地域包括支援センター	地域包括支援センター（※4）	地域包括支援センター（※5）
2	月を通じて小規模多機能型居宅介護が給付管理業務を行う場合		小規模多機能型居宅介護	請求されない	請求されない
3	月の途中まで地域包括支援センターが、月の途中から小規模多機能型居宅介護が給付管理業務を行う場合（総合事業利用あり）		地域包括支援センター	地域包括支援センター（※6）	地域包括支援センター（※7）
4	月の途中まで地域包括支援センターが、月の途中から小規模多機能型居宅介護が給付管理業務を行う場合（総合事業利用なし）※8		小規模多機能型居宅介護	請求されない	請求されない
5	月の途中まで小規模多機能型居宅介護が、月の途中から地域包括支援センターが給付管理業務を行う場合		地域包括支援センター	地域包括支援センター（※6）	地域包括支援センター（※7）

※1（1）に示したとおり、給付管理票に記載するサービスによって介護予防支援費か介護予防ケアマネジメント費のいずれかとなる。
※2 国保連合会では介護予防ケアマネジメント費と給付管理票の突合審査を行わない。
（事業所が国保連合会に給付管理票を提出せず、介護予防支援費を請求した場合は、従来どおり、返戻となる。
事業所が国保連合会に給付管理票を提出せず、介護予防ケアマネジメント費を請求しても返戻としない。）
※3 本頁で記載する「小規模多機能型居宅介護」は「小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）」を示すものとする。
※4 介護予防サービスを受けた場合、又は介護予防サービスと総合事業サービスを受けた場合。
※5 総合事業サービスのみを受けた場合。
※6 介護予防サービスを受けた場合、又は総合事業サービスと小規模多機能型居宅介護サービス（予防）を受けた場合。
※7 総合事業サービスと小規模多機能型居宅介護サービス（介護）を受けた場合。
※8 月の前半に地域包括支援センターが給付管理を行ったが介護予防サービス、総合事業サービスの利用実績がなく、月の途中から小規模多機能型居宅介護サービス（予防）を受けた場合。

（3）居宅サービス利用パターン（地域包括支援センター・自己作成の組み合わせ）



項番	設定すべき受給者情報（N月異動分）		給付管理票を提出する事業所等	月途中に要介護状態区分が変更した場合のサービス計画費又は介護予防ケアマネジメント費の要介護度（被保険者欄、介護報酬）※3
	居宅支援事業所	小規模多機能型予防支介護の利用開始月における居宅サービス		システムでの取り扱い
1	地包B	未設定	地包B	N月月末直近（地包B）の要介護状態
2	地包B	未設定	地包B	N月月末直近（地包B）の要介護状態
3	地包B	未設定	地包B	N月月末直近（地包B）の要介護状態
4	自己作成	未設定	自己作成	－
5	自己作成	未設定	自己作成	－
6	自己作成	未設定	自己作成	－
7	地包B	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
8	地包B	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
9	地包B	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
10	自己作成	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
11	自己作成	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
12	自己作成	未設定	地包A	N月月末直近（地包A）の要介護状態
	地包A	未設定		
13	地包A	未設定	地包A	地包A又はN月月末直近（支援事業所なし）の要介護状態
	－	未設定		

※1：月（N－1、N、N＋1）は異動年月日を表す。
※2：N月の空白の期間はサービス利用がない状態を表す。
※3：－（ハイフン）はサービス計画費が請求されない場合を示す。
※4：本頁で記載する「小規模多機能型居宅介護」は「小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）」を示すものとする。

（4）居宅サービス利用パターン（地域包括支援センター・自己作成・小規模多機能（複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）も同様）の組み合わせ）



項番	設定すべき受給者情報（Ｎ月異動分）		給付管理票を提出する事業所等	月途中に要介護状態区分が変更した場合の介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費の要介護度（被保険者欄、介護報酬）※３
	居宅支援事業所	小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス利		システムでの取り扱い
1	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	Ｎ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
2	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	Ｎ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
3	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	Ｎ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
4	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	小規模Ａ	－
5	地包Ａ	未設定	地包Ａ	地包Ａ又はＮ月月末直近（小規模Ａ）の要介護状態
	小規模Ａ	有り		
6	小規模Ａ	無し	小規模Ａ	－
7	自己作成	未設定	自己作成	－
8	自己作成	未設定	自己作成	－
9	自己作成	未設定	自己作成	－
10	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	地包Ｂ又はＮ月月末直近（小規模Ａ）の要介護状態
	小規模Ａ	有り		
11	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	地包Ｂ又はＮ月月末直近（小規模Ａ）の要介護状態
	小規模Ａ	有り		
12	地包Ｂ	未設定	地包Ｂ	地包Ｂ又はＮ月月末直近（小規模Ａ）の要介護状態
	小規模Ａ	有り		
13	自己作成	未設定	小規模Ａ	－
	小規模Ａ	未設定		
14	自己作成	未設定	小規模Ａ	－
	小規模Ａ	未設定		
15	自己作成	未設定	小規模Ａ	－
	小規模Ａ	未設定		
16	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	地包Ｂ	小規模Ａ又はＮ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
	地包Ｂ	未設定		
17	小規模Ａ	有り（無し又は未設定でも審査可）	地包Ｂ	小規模Ａ又はＮ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
	地包Ｂ	未設定		
18	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	地包Ｂ	小規模Ａ又はＮ月月末直近（地包Ｂ）の要介護状態
	地包Ｂ	未設定		
19	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	自己作成	－
	自己作成	未設定		
20	小規模Ａ	有り（無し又は未設定でも審査可）	自己作成	－
	自己作成	未設定		
21	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	自己作成	－
	自己作成	未設定		
22	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	小規模Ｂ	－
	小規模Ｂ	無し		
23	小規模Ａ	有り	地包Ａ	地包Ａ又はＮ月月末直近（小規模Ｂ）の要介護状態
	小規模Ｂ	有り		
24	小規模Ａ	無し	小規模Ｂ	－
	小規模Ｂ	無し		
25	地包Ａ	未設定	地包Ａ	Ｎ月月末直近（地包Ａ）の要介護状態
26	地包Ａ	未設定	地包Ａ	Ｎ月月末直近（地包Ａ）の要介護状態
27	地包Ａ	未設定	地包Ａ	Ｎ月月末直近（地包Ａ）の要介護状態
28	小規模Ａ	無し（有り又は未設定でも審査可）	小規模Ａ	－
	－	未設定		
29	小規模Ａ	有り	地包Ａ	地包Ａ又はＮ月月末直近（支援事業所なし）の要介護状態
	－	未設定		
30	小規模Ａ	無し	小規模Ａ	－
	－	未設定		
31	－	未設定	地包Ａ	地包Ａ又はＮ月月末直近（支援事業所なし）の要介護状態
	－	－		

※１：月（Ｎ－１、Ｎ、Ｎ＋１）は異動年月日を表す。
※２：Ｎ月の空白の期間はサービス利用がない状態を表す。
※３：－（ハイフン）はサービス計画費及び介護予防ケアマネジメント費が請求されない場合を示す。
※４：本資で記載する「小規模多機能型居宅介護」は「小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）」を示すものとする。
※５：Ｎ月において介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費に記載する要介護状態は、月末時点の要介護状態とする。
ただし、地域包括から小規模多機能型事業所に変更となり地域包括で計画したサービスを実施している場合は、地域包括時点の要介護状態を記載する（項番5、10、11、12、23、29が該当）。

＜要介護者等が総合事業サービス（市町村の補助により実施される第1号事業のサービス）を利用する場合の月途中区分変更、サービス変更時の給付管理者・計画費区分表＞

月途中で要介護度やサービスが変更となる場合は、特に運用が複雑になる可能性があるため下表にて示す。

・表の見方

①行（1～7）は月途中変更前の要介護度・利用サービスを示し、列（A～L）は月途中変更後の要介護度・利用サービスを表す。
②介護または予防サービス利用者で要介護度変更後に、給付管理票を自己作成する場合は計画費の請求が発生しないため記載しない。
③列中の「利用サービス：なし」は限度額管理されないサービスを利用している場合も含む。
④「小規模多機能」には複合型サービスも含む。

○要介護者等が総合事業サービス（市町村の補助により実施される第1号事業のサービス）を利用する場合の月途中区分変更時の給付管理者・計画費区分表

				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	変更後要介護度			要介護1～5					要支援1・2						
	変更前要介護度	利用サービス		介護	介護＋総合事業（市町村の補助サービス）	サービス利用なし	小規模多機能	小規模多機能＋総合事業（市町村の補助サービス）	予防	総合事業（指定サービス）	総合事業（市町村の補助サービス）	予防＋総合事業（市町村の補助サービスを含む）	サービス利用なし	（予防）小規模多機能	（予防）小規模多機能＋総合事業（市町村の補助サービス）
1	要介護1～5	総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	介護予防ケアマネジメント費			介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費		
2		介護＋総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	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	居宅介護支援費	介護予防支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費
3		小規模多機能＋総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所
			計画費	居宅介護支援費	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		介護予防支援費			
4	要支援1・2	総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	介護予防ケアマネジメント費			介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費		
5		予防＋総合事業（市町村の補助サービスを含む）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費	介護予防支援費
6		（予防）小規模多機能＋総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費				介護予防支援費	介護予防支援費		介護予防支援費			
7	事業対象者	総合事業（市町村の補助サービス）	給付管理者	居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型居宅介護事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所	（予防）小規模多機能型居宅介護事業所
			計画費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	介護予防ケアマネジメント費			介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防ケアマネジメント費	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費		

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和　　年　　月分）

保険者番号	保険者名
被保険者番号	被保険者氏名
	フリガナ
生年月日	性別	要支援・要介護状態区分等
明・大・昭　年　月　日	男・女	事業対象者　要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５
居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額	限度額適用期間	
単位／月	1.平成 2.令和　年　月	～	令和　年　月

作成区分	
1.　居宅介護支援事業者作成 2.　被保険者自己作成 3.　介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成	
居宅介護／介護予防 支援事業所番号	
担当介護支援専門員番号	
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名	
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先	
委託した場合	委託先の支援事業所番号	
	介護支援専門員番号	

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業

サービス事業者の事業所名	事業所番号（県番号－事業所番号）	指定／基準該当／地域密着型サービス／総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
			合計		

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

令和			年			月分

公費負担者番号									

保険者番号										

介護予防支援事業者	事業所番号										
	事業所名称										

所在地	〒				―				
連絡先	電話番号								
単位数単価									（円／単位）

項番																								
	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)									性別	1. 男　2. 女			
		公費受給者番号										氏名													
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２		認定有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月		日	から	
					年			月			日					令和			年		月		日	まで	
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和			年		月		日					
	給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数			回数		サービス単位数				摘要		サービス単位数合計		
																							請求額合計		
項番																								
	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)									性別	1. 男　2. 女			
		公費受給者番号										氏名													
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２		認定有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月		日	から	
					年			月			日					令和			年		月		日	まで	
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和			年		月		日					
	給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数			回数		サービス単位数				摘要		サービス単位数合計		
																							請求額合計		

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
（介護予防ケアマネジメント費）

公費負担者番号		令和	年	月分
公費受給者番号		保険者番号		

被保険者	被保険者番号		請求事業者	事業所番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			事業所名称	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 ＿＿年＿＿月＿＿日		所在地	〒＿＿＿－＿＿＿＿
	性別	1. 男 2. 女			
	要支援状態区分	事業対象者・要支援１・要支援２		連絡先	電話番号
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和 ＿＿年＿＿月＿＿日から 令和 ＿＿年＿＿月＿＿日まで			

事業費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

事業費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

区分	事業分	公費分
①サービス単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率		／100
④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目

第６節　遠隔地・住所地特例について

１　遠隔地とは

遠隔地とは，柏市の住民基本台帳に登録されている介護保険被保険者が，やむを得ない事情により，一時的に居住地が市外にある場合のことを言います。

２　遠隔地の対応について

(1) 住民基本台帳法により，住所を定めるために届出をしなければならないことを説明し，住民票の異動を促す（住民票の異動により，当該地の市町村のサービス利用等が可能であることを説明する）。

(2) 住民票が移せない場合は，その理由を確認する。移せる場合は，その時期を確認する。

※　住民票を移さないまま，サービス利用が認められるのは，やむを得ない事情がある場合に限ります。

(3) どうしても住民票を移せない場合は，以下の内容を説明する。

ア　他市のサービス事業所を指定する必要があることから，サービスの利用を開始するまでに，１～２か月程度かかること。また，その間サービス利用ができなくなること。

イ　(6)に記載の手順を踏んで，担当の居宅介護支援事業所を探すことになること。そのため，状況によっては担当事業所が見つからず，サービス利用までに期間を要する可能性があること。

ウ　柏市内の地域包括支援センターが担当することになった場合は，交通費が発生する場合があること。

(4) やむを得ず，他市のサービス事業所を利用することになった場合は，担当ケアマネジャーは，『他市の介護予防・日常生活支援総合事業を利用する理由書』を作成し，市に提出する。

また，担当ケアマネジャーは，次の２点を確認すること。

ア　指定を受けようとする他市事業所の定員等に余裕があり，受け入れが可能であること。

イ　指定を受けようとする他市事業所が所在する市の同意があ

ること。

(5) 地域包括支援センターは,『遠隔地対象者　連絡票』を作成し,市に提出する。

(6) 地域包括支援センターは，委託先の居宅介護支援事業所を探す（※アから順番に検討する）。

ア　柏市地域包括支援センター運営協議会が承認している居宅介護支援事業所の中から，本ケースの委託を受けてくれる事業所を探す。

イ　地域包括支援センターが直接担当できないか検討する。

ウ　居住地を管轄する地域包括支援センター（当該地）へ相談し，委託できる居宅介護支援事業所を紹介してもらう（当該地の地域包括支援センター運営協議会の承認を得ている事業所か確認する）。

エ　居住地の市町村で委託先がない場合は，近隣市町村の地域包括支援センターに相談する。

オ　認定期間や身体状況を確認し，更新申請や区分変更で介護度を見直す。

(7) 担当する居宅介護支援事業所と業務委託契約を結ぶ。

(8) 通常の介護予防支援の流れを踏んでいくが,本人との契約(重要事項の説明等）は，委託契約を結んだ居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施し，担当ケアマネジャーとのプランの確認等は，電話や郵送等により行う。

(9) 柏市地域包括支援センター運営協議会に報告する。

※市外の総合事業サービスの利用について

(1) 柏市被保険者の場合，総合事業のサービスは，柏市の事業所を利用することが原則です。ただし，例外として，市内事業所を利用できない**やむを得ない場合のみ**,柏市が指定を行うことで，市外の事業所を利用することができます。

(2) 市外の事業所を指定する手続きには，１か月～２か月程度を要するため，余裕を持って事前にご相談ください。早期に利用したいという場合は，住民票の異動についてご案内ください。

NO.　－

遠隔地対象者　連絡票

地域包括支援課長 殿　　年　月　日

【　　】地域包括支援センター

下記の者が介護予防支援または介護予防ケアマネジメント及び第１号サービス事業を利用希望しているため連絡します。

記

被保険者	被保険者番号		介護度	・ 要支援（ １ ・ ２ ） ・ 事業対象者
	フリガナ			
	氏 名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	男 ・ 女
	柏市住所 （住民票住所）	〒		
	居住地住所 （柏市外）	〒		
	利用予定サービス	１ 通所型サービス（事業所名：　　） ２ 訪問型サービス（事業所名：　　） ３ 訪問リハビリ　４ ショートステイ　５ 住宅改修 ６ 福祉用具貸与　７ 福祉用具の購入 ８ その他（　　）		
	サービス利用 開始時期	年　月　日 ～		
	本人の生活状況や身体状況			

委託先 居宅介護支援事業所	事業所名	
	担当 ケアマネジャー	
	運営協議会 承認の有無	有
		無　⇒　受託関係書類の提出を依頼

住民票の異動の意思	□ あり	
	時期	年　月頃
	□ なし	
	移動できない 理由	

地域包括支援課 確認項目	□　年　月 運営協議会 承認済み
	□ 受託関係 提出書類の収受

３　住所地特例とは

住所地特例とは，介護保険被保険者が，居住している市町村（住民票がある市町村）から他市町村（施設所在地）の介護保険施設や有料老人ホーム等に入所し，施設所在地に住民票を移した場合に，引き続き元の市町村の被保険者となる制度です。

なお，住所地特例対象者に対する介護予防支援及び総合事業に係るケアマネジメントについては，**施設所在市町村が指定した指定介護予防支援事業所**が行うこととなります（介護保険法第５８条第１項）。

４　住所地特例の対応について

※　対応する地域包括センターは，施設所在地を管轄する地域包括支援センターです。

(1) 『住所地特例対象者　連絡票』を作成し，介護保険証の写しと併せて市に提出する。

※　市職員が介護保険情報についてワイズマン登録を行う。

(2) （一部委託の場合）委託事業所に『予防給付ケアマネジメント受付票及び委託書』又は『介護予防ケアマネジメント受付票及び委託書』を渡す。

(3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約を行い，『介護予防サービス計画作成依頼届出書』又は『介護予防ケアマネジメント依頼届出書』,介護保険証を地域包括支援センター職員が預かる。

※　『介護予防サービス計画作成依頼届出書』については，柏市の様式を用いるか，保険者の様式を用いるか，保険者に確認を行うこと。本人署名欄がある場合もあるため，事前に確認が必要となる。

(4) 介護保険証（保険者が他市町村のもの）及び『介護予防サービス計画作成依頼届出書』又は『介護予防ケアマネジメント依頼届出書』を市に提出する。

（参考）届出書の処理

①柏市から保険者（他市町村）へ届出書類一式を送付
②保険者より，被保険者に新しい「介護保険証」を送付

(5) 引継ぎの経過をワイズマンの支援経過記録に記載する。引継ぎについては，本人の了解を取るとともに，個人情報保護には十分留意する。引継ぎ等は，利用者に趣旨の説明をした上で，転出入等による異動で保険者変更を伴う場合の対応と同様に行うことが求められる。

＜要介護認定等に係る個人情報提供申請書について＞

地域包括支援センターが保険者（他市町村）に手続きを行う。

様式や手続き等（覚書を交わす場合もあり）について，各保険者のホームページ等で事前に確認すること。

(6) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（一部委託可）及び給付管理を行う。

請求明細書，給付管理票，実績報告書（サービス利用票），モニタリング結果（支援経過記録）の提出を受け，給付実績に基づき，国保連にプラン料及びサービス費を請求する（他の一部委託の取り扱いと同様）。

(7) 委託事業所にプラン料の振込みを行う（保険者の所在により対応が異なるため留意すること）。

ア　県外保険者の住所地特例のケース

国保連から地域包括支援センターにプラン料が振り込まれる。一部委託をしている場合は，委託事業所に振込みを行う。

※　振り込みを行う前に，必ず国保連からの振込明細書を確認すること。

イ　県内保険者の住所地特例のケース

国保連から委託事業所に直接プラン料が振り込まれる。

＜注意事項＞

住所地特例対象者の「介護保険認定期間」が過ぎる前に，新しい介護保険証の写しを市に提出してください。

→市がシステムに新たな認定期間を入力します。

NO.　－

住所地特例対象者　連絡票

地域包括支援課長　殿　　年　　月　　日

【　　】地域包括支援センター

下記の者が介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの利用を希望しているため連絡します

記

被保険者	被保険者番号		介護度	・ 要支援（ １ ・ ２ ） ・ 事業対象者 ・ その他（　　）
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性別	男　・　女
	入所(居)前住所	〒		
	利用予定サービス	１　通所型サービス(事業所名:　　) ２　訪問型サービス(事業所名:　　) ３　訪問リハビリ　　４　ショートステイ　　５　住宅改修 ６　福祉用具貸与　　７　福祉用具の購入 ８　その他（　　）		
	サービス利用 開始時期	年　　月　　日　～		

居宅介護支援事業所	
担当ケアマネジャー	

保 険 者 名	
保険者番号	

住所地特例施設	名　称	
	電話番号	－　　－
	所在地	〒 柏市