

総合事業窓口対応マニュアル

介護予防ケアマネジメントマニュアル



周南市

令和8年4月～適用

(令和8年3月改定)

目次

総合事業窓口対応マニュアル

1	介護予防・日常生活支援総合事業とは	1
2	周南市の総合事業及び対象者	1
3	受付窓口の心得	2
4	地域包括支援センター（愛称：いきいきさぽーと）	2
5	基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内基準について	3
6	申請の流れ	4
	（1）事業対象者決定までの流れ（新規用）	
	（2）事業対象者について	
	（3）新規に事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
	（4）事業対象者の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
	（5）事業対象者決定までの流れ（更新用）	
	（6）要支援者が事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ	
7	基本チェックリスト	9
	（1）基本チェックリスト実施における注意点	
	（2）基本チェックリストの再実施について	
8	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について	10
9	関連様式	12
	・基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内基準	
	・基本チェックリスト（表・裏）	
	・基本チェックリストについての考え方	
	・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書	
10	基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内に関するQ&A	18

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1	介護予防ケアマネジメントとは	21
2	周南市の介護予防ケアマネジメントに関する基本方針	21
	【補足資料】リエイブルメントとサービス・活動Cについて	22
3	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	23
4	介護予防ケアマネジメントの概要	24
5	実施の手順	26
	（1）概要	
	（2）手順のポイント	
6	介護予防手帳の活用について	29
7	包括的な介護予防ケアマネジメントについて	30
8	興味・関心チェックシートについて	31
9	報酬	32
	（1）報酬単価	
	（2）初回加算	
	（3）委託連携加算	

10	区分支給限度額について	34
11	介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い	35
	(1) 予防給付と総合事業を利用した場合	
	(2) サービスコード	
	(3) 地域単価について	
12	月額包括報酬の日割り請求について	36
13	利用者の移行方法と費用（要介護認定等⇔事業対象者）	37
	(1) 基本チェックリスト実施での移行	
	(2) 要介護等認定の申請中に総合事業サービスを受けている場合における費用	
14	継続利用要介護者のケアマネジメントについて	41
15	総合事業訪問介護及び総合事業通所介護の利用について	43
16	関連様式	44
	・周南市版総合事業アセスメントシート	
	・説明リーフレット「要支援者、事業対象者のみなさまへ」	
	・興味・関心チェックシート	
	・利用者基本情報	
	・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）	
	・簡略化したケアプラン（元気アッププラン）	
	・私の計画表	
	・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）	
	・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	
	・事業対象者の区分支給限度額変更申請書	
	・事業対象者の区分支給限度額変更（決定・却下）通知書	
	・地域支え合い【 】継続利用要介護者情報	

《今までの改定》

- H29.4…初版『総合事業窓口対応マニュアル・介護予防ケアマネジメントマニュアル』
R4.10…第2版『総合事業窓口対応マニュアル・介護予防ケアマネジメントマニュアル』
R7.4…第3版『総合事業窓口対応マニュアル・介護予防ケアマネジメントマニュアル』

《今回の主な変更点》

- ・短期集中通所介護の名称を「短期集中予防サービス」に改める
- ・P.24 ケアマネジメントの種類の表を変更。自立支援通所介護の分類について追加
- ・P.25 簡略化したケアプラン（元気アッププラン）について追加
- ・P.29 『6 介護予防手帳の活用について』を追加
- ・P.30 『7 包括的な介護予防ケアマネジメントについて』を追加
- ・P.50 「簡略化したケアプラン（元気アッププラン）」の様式を追加

総合事業窓口対応マニュアル

1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護保険法第115条の45第1項に規定されており、65歳以上の高齢者を対象に、市町村が中心となって介護予防と自立支援を目的に実施するものです。住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、多様なサービスや地域の助け合いで高齢者を支えるとともに、高齢者がつながりを保つことで、介護予防を目指します。

2 周南市の総合事業及び対象者

周南市では、以下の事業を実施します。今後は地域の実情に応じて多様なサービスを、一般介護予防事業の充実とあわせて高齢者等地域住民の力を活用し、環境の整備も同時に進めていきます。生活支援体制整備事業、認知症施策総合推進事業等を実施し、多様な生活支援の充実や地域における支え合いの体制づくりを行っていきます。

サービス・活動事業（第1号事業）		一般介護予防事業	
【対象者】 ①要支援1・2認定者(以下「要支援者」という) ②事業対象者 (基本チェックリストに該当し、介護予防ケアマネジ ジメント依頼(変更)届出書を市に提出した人) ③継続利用要介護者(一部サービス・活動のみ) (上記①②の人が要介護認定を受けた後に以前から 利用していたサービスを継続利用する場合)		【対象者】 65歳以上の全ての者及びその支援の ための活動に関わる者	
訪問型サービス	総合事業訪問介護※ 自立支援訪問介護 地域支え合い訪問介護 地域支え合い移動支援 訪問型短期集中予防サービス	介護予防把握事業	閉じこもり等の支援を要する者の把握・支援
通所型サービス	総合事業通所介護※ 自立支援通所介護Ⅰ型・Ⅱ型 地域支え合い通所介護 通所型短期集中予防サービス	介護予防普及啓発事業	しゅうなん出前トーク 介護予防教室、講演会等
介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメントA※ ケアマネジメントB ケアマネジメントC	地域介護予防活動支援事業	住民運営通いの場 ふれあい・いきいきサロン 基幹型集いの場等
		地域リハビリテーション活動支援事業	各事業へのリハビリテーション専門職の派遣等 (地域ケア会議・ケアマネジャーとの同行訪問・住民運営通いの場)

※については、従前相当サービスです

3 受付窓口の心得

・受付では、「**基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内基準**」(P.12)を実施し、介護保険申請が必要か、または総合事業の申請(基本チェックリストの実施)が必要かを判断します。

・介護保険の利用は、あくまでも**本人の自立のための利用である**ことを理解し、申請の必要性について、ご判断ください。

・総合事業利用について、対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。

・窓口で「介護保険申請が必要か」「基本チェックリストをした方がいいのか」など**判断に迷う場合は、その場で最寄りの地域包括支援センターまたは地域福祉課(0834-22-8462)にご相談ください。**

・窓口で地域包括支援センターを案内する場合は事前にご連絡をお願いします。

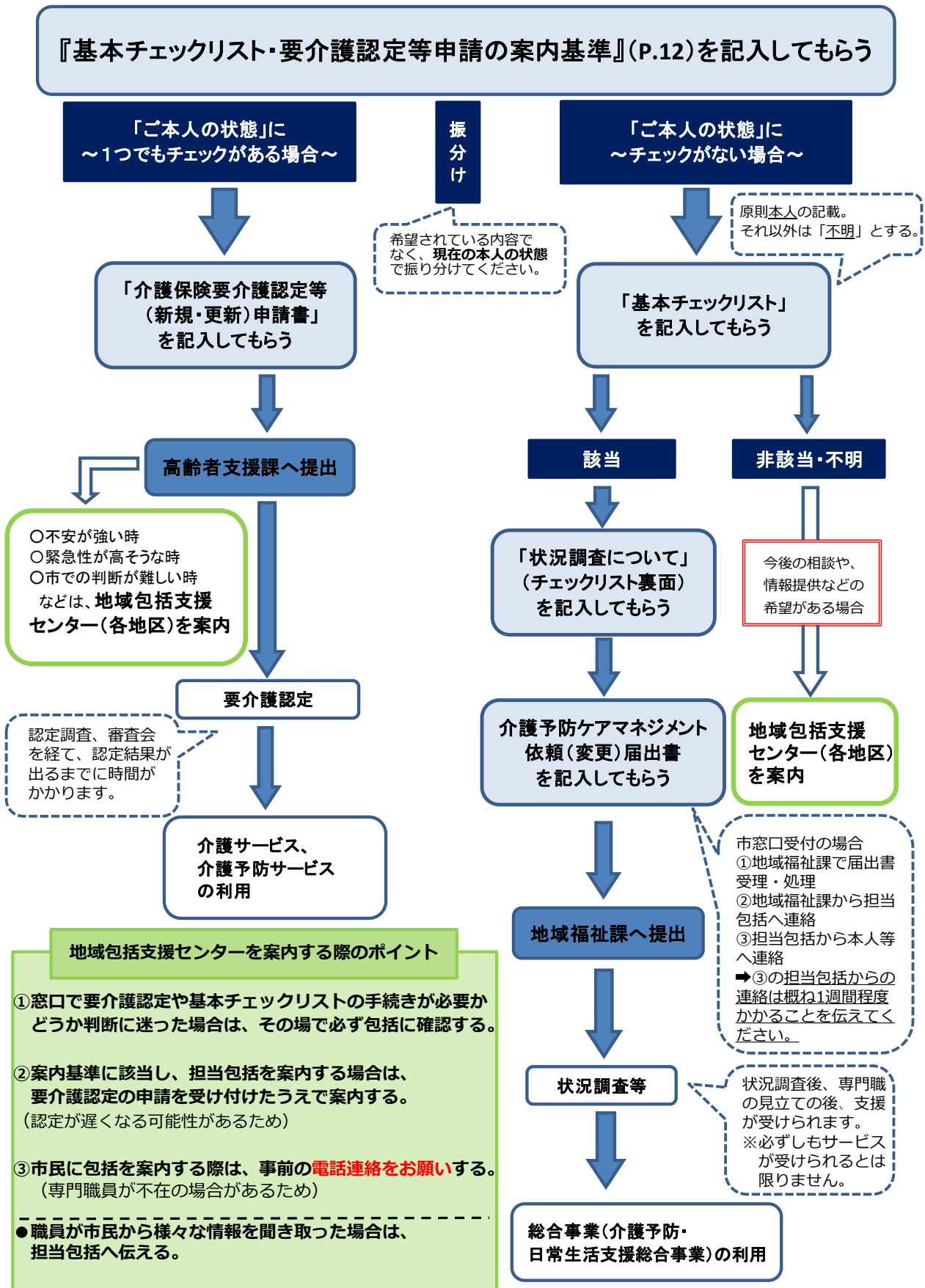
4 地域包括支援センター(愛称:いきいきさぼ一と)

担当地区	名称	所在地	電話
久米・櫛浜・鼓南・熊毛	いきいきさぼ一と周南東部 (周南東部地域包括支援センター)	久米 1533-3	0834-29-1155
(主に) 熊毛	高齢者相談コーナー 天王園在宅介護支援センター	大河内 1109-2	0833-91-5851
周陽・桜木・秋月・岐山・ 大津島	いきいきさぼ一とつづみ園 (つづみ園地域包括支援センター)	瀬戸見町 12-30	0834-28-7055
遠石・関門・中央・今宿	いきいきさぼ一と徳山医師会 (徳山医師会地域包括支援センター)	東山町 6-28	0834-32-9035
富田・菊川・和田・福川・ 夜市・戸田・湯野	いきいきさぼ一と周南西部 (周南西部地域包括支援センター)	古川町 1-17	0834-62-6301
(主に) 夜市・戸田・湯野	高齢者相談コーナー 西部いきいきさぼ一とステーション	戸田 2713 (道の駅ソレーネ周南内)	0834-83-2277
須々万・長穂・向道・中 須・須金・鹿野	いきいきさぼ一と周南北部 (周南北部地域包括支援センター)	須々万本郷 2052	0834-87-2000
(主に) 鹿野	高齢者相談コーナー やまなみ荘	鹿野上 2755-1	0834-68-4183

6 申請の流れ

(1) 事業対象者決定までの流れ（新規用）

介護保険・総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）受付手順



※サービスを利用するまでの詳しい流れは、介護保険の冊子をご参照ください。

(2) 事業対象者について

事業対象者とは、**65歳以上の者**で、「**基本チェックリスト**」に該当し、**介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を市に提出した者**をいいます。

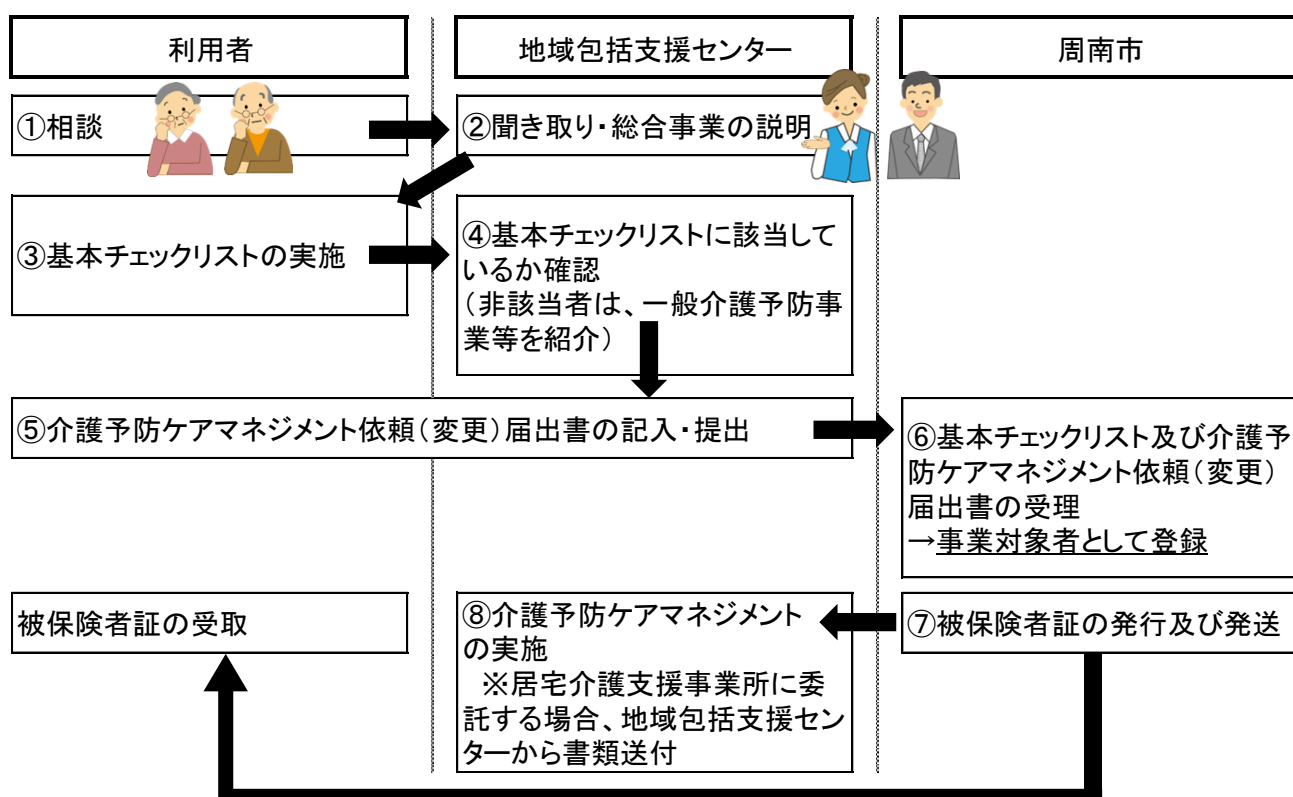
※事業対象者には有効期間がありませんので、更新手続きなどは不要です

(3) 新規に事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

新規で事業対象者となる場合は、原則として窓口（周南市・地域包括支援センター）が利用者の相談を受け付けます。

居宅介護支援事業所が相談を受け付けた場合、必ず地域包括支援センターに連絡し、基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書は、必ず地域包括支援センターに提出してください。

【地域包括支援センターで受け付けた場合】



(4) 事業対象者の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

(1) 相談

利用者は窓口（市・地域包括支援センター等）に相談します。
他圏域の相談者が窓口で事業対象者として申請に来られた場合は、当該圏域地域包括支援センターに申し送りを行う旨を確認して受付を行います。

(2) 聞き取り

利用者より、相談の目的やご本人の状態を聴き取ります。（窓口担当者は、サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行います。）

介護保険の申請が必要かどうかは、「**基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内基準**」(P. 12)で判断します。環境要因ではなく、身体的な状況（入院中は退院後の見込み）で☑してください。

(3) 総合事業の説明（案内基準のご本人の状態に☑がつかない場合）

総合事業の目的や内容、メニュー、手続き等のほか、介護予防・生活支援安心サービスガイド等を用いて以下についても説明します。

- ① サービス・活動事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること
- ② 事業対象者となった後や、サービス・活動事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること

※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行います

(4) 基本チェックリストの実施

実施に際しては、「基本チェックリストの考え方」(P. 15・16)に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等が記入します。

(5) 基本チェックリストの基準に該当しているかの確認

基本チェックリストの実施により、基準に該当しているかどうかを確認します。

(6) 基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出

地域包括支援センター等は、基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を市に提出します。市は、基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を受理し、被保険者証を発行します。

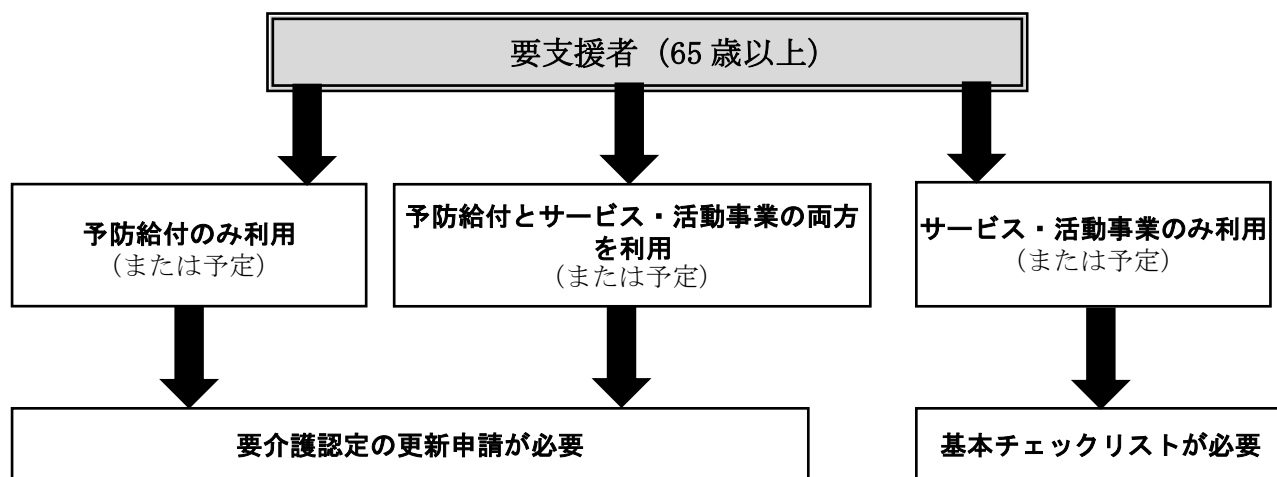
(7) 介護予防ケアマネジメントの実施

利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から援助を行います。

(5) 事業対象者決定までの流れ（更新用）

要支援者については、更新申請の必要性について判断します。

第2号被保険者（医療保険に加入している40～64歳の方）はサービス・活動事業（第1号事業）の利用、予防給付の利用のいずれの場合も、要支援認定が必要です。基本チェックリストを用いて事業対象者になることはできません。



※要介護認定等申請において非該当になった場合で、サービス・活動事業を利用する場合は、「基本チェックリスト」の基準に該当し、事業対象者となる必要があります（第2号被保険者を除く）

基本チェックリストの結果、どの基準にも該当しなかった場合には、介護予防ケアマネジメントは受けずに、一般介護予防事業等の利用を案内することになります

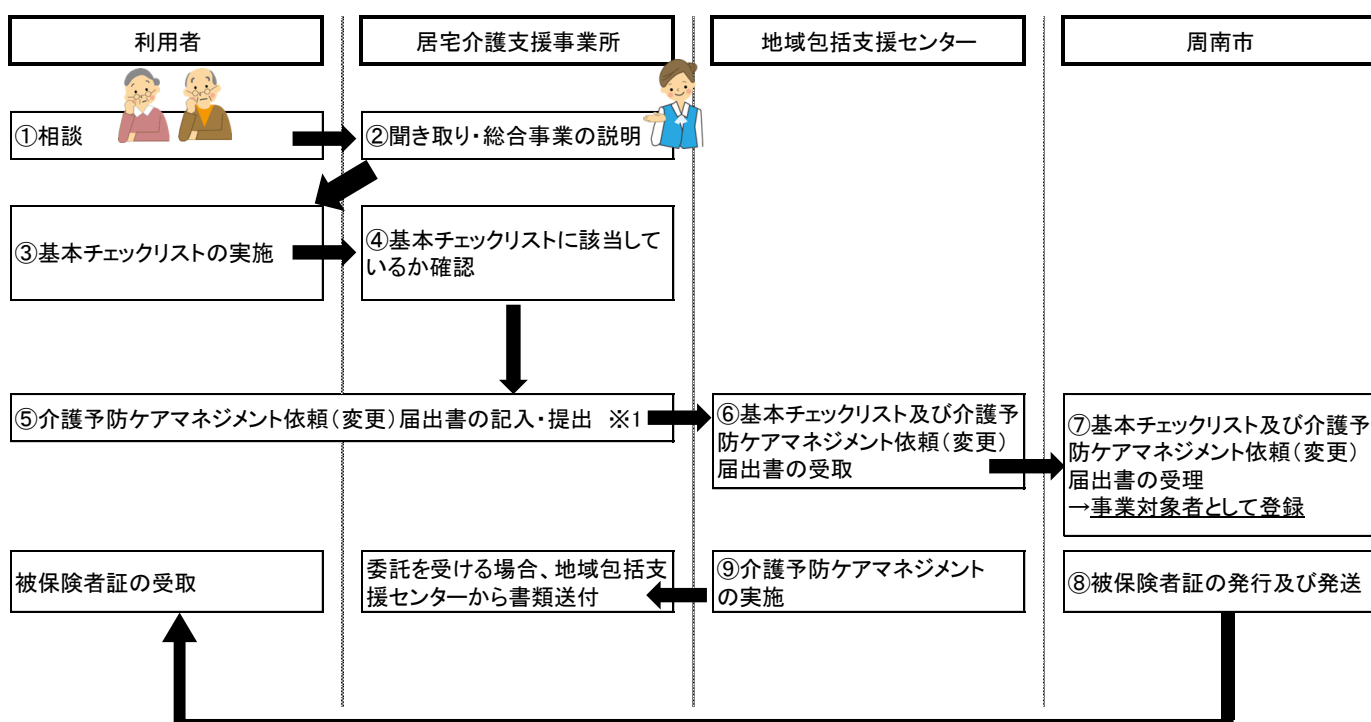
(6) 要支援者が事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

要支援者が更新せずに、事業対象者となる場合、窓口（市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）が利用者の相談を受け付けます。

また、要介護者が更新して要支援者または事業対象者となり、サービス・活動事業のみ利用する場合も同様の流れとなります。

居宅介護支援事業所が基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を利用者に記入してもらう場合、必ず地域包括支援センターに提出してください。

【居宅介護支援事業所で受け付けた場合】



※1) 要支援者が、予防給付からサービス・活動事業に移行する際は、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）も変わらないため提出は不要です

7 基本チェックリスト

(1) 基本チェックリスト実施における注意点

◎本人等が記入する

「基本チェックリストについての考え方」(P.15・16)に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらってください。本人等の記入が難しい場合は、市・地域包括支援センター等が聞き取り、記入します。

「できる、できない」ではなく、日常的に「やっている、やっていない」の状態を記入します。

※基本チェックリストの実施日は被保険者証に印字されるため、記入されていることを必ず確認してください

◎家族等の来所による相談の場合

基本チェックリストは本人の記入が原則ですが、家族等が来所し、基本チェックリストを実施した場合は、それに基づき、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげてください。

◎居宅介護支援事業所等から代行で提出する場合

代行による基本チェックリストの提出も可としますが、本人が来所出来ない場合(家族等の来所)と同様の扱いとします。

◎対応は事務職でも可能

基本チェックリストを実施してもらう場合、適切に対応することを前提に必ずしも専門職でなくてもかまいません。

(2) 基本チェックリストの再実施について

本人の状態変化に応じて、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス・活動事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、必要に応じて再度基本チェックリストを行います。

※要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、要介護認定等申請を行います

8 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について

担当地区の地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることについて確認し、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に記入してもらいます。

※介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の届出年月日が事業対象者の有効開始日になり、被保険者証に印字されるため、記入されていることを必ず確認してください

介護予防ケアマネジメントの依頼は、基本的に利用者から市に提出しますが、本人の代理として家族や地域包括支援センター等から提出することもできます。

介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず周南市へ届け出てください。

（１）新規の場合の必要な届出書

区分	必要な届出書
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

（２）更新・区分変更の場合の必要な届出書

区分変更		必要な届出書
前	後	
要介護者	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
要支援者	要支援者	届出書は不要
要支援者	事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※介護予防支援事業所の指定について

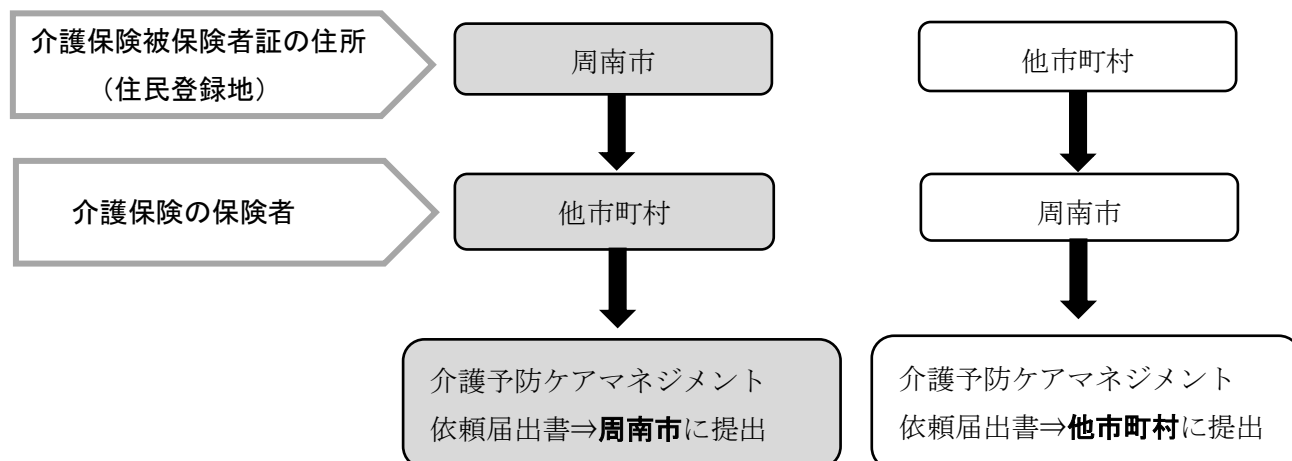
令和6年4月1日から介護保険法の改正により、地域包括支援センターの設置者のほか、居宅介護支援事業者においても介護予防支援事業者の指定を受けて介護予防支援を実施することが可能となりました。

指定事業所として行うことができるのは「介護予防支援」のみです。総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」を行う場合は、従来どおり地域包括支援センターから委託を受けて実施することが可能です。

【参考】

(1) 住所地特例対象者の届出書

総合事業を実施するにあたり、「住民登録地」や「介護保険の保険者」が周南市ではない場合には、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出先が変わりますので、つぎのとおり取り扱いに留意してください。



※届出書・基本チェックリストは
周南市から保険者へ送付します。

(2) 住民登録地以外での総合事業の利用

・住所登録地以外で総合事業を利用する際には、保険者の市町村へ利用したい事業所が事業所指定届を提出しないと利用できませんので、ご注意ください。

・また、予防プランについても、住所地担当包括が直接プランを立てられない場合があるので、包括から居所の介護支援事業所に委託となります。

9 関連様式

新規に、介護保険によるサービスを利用するための

基本チェックリスト・要介護認定等申請の案内基準

ポイント

介護保険によるサービスを利用するためには、“2つの方法”があります。

まず「ご本人の状態」を確認し、その結果により(1)(2)のうち、適切な方法をご案内ください。 ※40～64歳までの方は、(2)要介護認定等申請のみの方法となります。

☑ 「ご本人の状態」

環境要因によるものでなく、身体的な状況(入院中は退院後の見込み)でチェックしてください。
※⑥は、医療専門職が必要と認めた場合のみチェック

- ① 杖や歩行器を使用しても、一人で歩くことができない
- ② 一人で食事をすることができない
- ③ 一人でトイレで排泄することができない
- ④ もの忘れの進行など認知機能の低下により、日常生活に支障がある
- ⑤ がん末期などのターミナル
- ⑥ ※看護師等の訪問による療養上のケアや管理が必要

☑ が 0 個 ▶▶

(1) 基本チェックリスト

▶基準に該当し、市に届出を提出すれば、「事業対象者」となり、生活機能の向上をめざして、以下のような 総合事業サービスの利用が検討できます。
地域包括支援センターにご相談ください。

- 地域包括支援センターによる面談、訪問（介護予防のアドバイス）
- リハビリ専門職による短期集中予防サービス(無料)
- リハビリ専門職による自宅での環境や生活上のアドバイス
- 自立を支援する訪問や通所などのサービス



☑ が 1 個以上 ▶▶

(2) 要介護認定等申請

▶認定調査、認定審査会等を経て、該当になった場合は介護サービス等が受けられます。

後日、家族等が市や地域包括支援センターに申請される場合は、この紙(チェック済み)を持参するようお願いください。

基本チェックリスト

実施日：令和 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
名前						
住所		電話番号				

項目	No.	基本チェックリスト(質問項目)	回答(どちらかに○)		判定
生活機能全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	★ いいえ	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">3個以上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">2個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">2個以上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">1個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">1個以上</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">2個以上</div> </div>
	2	日用品の買物をしていますか	はい	★ いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	★ いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	★ いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	★ いいえ	
運動器	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	★ いいえ	
	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	★ いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	★ いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	★ はい	いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	★ はい	いいえ	
栄養	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	
	12	BMIが18.5未満ですか 【BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)】 ※例：身長150cmの方は、1.5mで計算します。	★ はい	いいえ	
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	★ はい	いいえ	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	★ はい	いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	★ はい	いいえ	
閉じこもり	16	週に1回以上は、外出していますか	はい	★ いいえ	
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	★ はい	いいえ	
もの忘れ	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	★ はい	いいえ	
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	★ いいえ	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	★ はい	いいえ	
気分の状態	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	★ はい	いいえ	
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	★ はい	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	★ はい	いいえ	
	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	
	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	

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

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

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の

		値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

10 基本チェックリスト・要介護認定等申請（※）の案内に関するQ&A

※要介護認定等申請：以下、認定または認定申請

Q1 なぜ最初に「ご本人の状態」をチェックする必要があるのですか？

まず初めに、支援や介護の必要な方の心身の状態をこの基準にあてはめ、客観的に把握することで、迅速で効果的な支援につなげることができるからです。

「ご本人の状態」をチェックし、下記の2つの方法を適切に選択してください。

- (1) 基本チェックリストの該当により、「**事業対象者**」として総合事業を利用する
- (2) 要介護認定等申請をして**認定**を受ける

環境要因によるものでなく、身体的な状況で（退院後の見込みの状況）でチェックされるようご注意ください。

Q2 「事業対象者」とは？

「事業対象者」とは、基本チェックリストを実施した結果、**生活機能が低下**していると判断された高齢者のことで、**要支援状態（フレイル）**といえます。適切な介入により、改善する可能性の高い方で、市に届け出を提出することにより、認定を受けなくても介護予防のためのサービスや支援を受けることができます。

Q3 認定を受けずに、「事業対象者」になるメリットは何ですか？

「事業対象者」になるメリットは、下記のとおりです。

メリット① 支援開始までの期間が短い

認定申請をした場合は、認定調査や審査会を経て、結果が出るまでに少なくとも1か月かかります。その後にサービス調整となるため、退院後しばらく、サービスや支援がない状態となり、その間に生活機能の低下が懸念されます。一方、**事業対象者は**、市への届け出後、すぐに地域包括支援センター職員による介護予防や生活のアドバイス、生活機能を向上させるためのサービスの利用ができ、迅速な介入により、退院後の閉じこもりや生活機能の低下予防につなげることができます。

メリット② 更新が不要

認定等申請をした場合は、以後定期的に更新申請が必要となるのに対し、**事業対象者の更新は不要**です。（改善する可能性が高く、期間限定の関わりで卒業することが多いため）尚、「事業対象者」であっても、必要に応じて、地域包括支援センターの職員と相談の上「要介護認定等申請」をすることができます。

Q 4 住宅改修や福祉用具の貸与のために、認定申請をした方がよいと思うのですが。

要支援状態（フレイル）の高齢者は、暮らし方によって生活機能が改善される可能性が高いため、退院後すぐに、住宅改修や福祉用具をレンタルした場合、数か月経過すると、状態に合わないものになっている可能性があります。

「事業対象者」が利用できる総合事業サービスのひとつに、「リハビリ専門職による短期集中予防サービス（3か月間・無料）」があり、これまで多くの事業対象者が利用し、身体機能の回復や生活機能の向上につながりました。また、「リハビリ専門職の同行訪問」も実施しています。

「事業対象者」として総合事業を利用しながら、リハビリ専門職等とともに改善の状態を見極め、その上で必要な場合に、認定申請を行うことをお勧めします。

Q 5 本人の状態に☑はつきませんが、退院前訪問で住宅の環境を確認した結果、早急に住宅改修や福祉用具の貸与が必要だと思うのですが。

院内のリハビリ専門職等の専門職から見て、退院後の身体状況や住宅環境から、短期集中予防サービス等の利用を待たずに、早急に対処した方がよいと判断される場合は、地域包括支援センターにご相談ください。

住宅改修や福祉用具の貸与がないと、住宅内での移動に危険があったり、退院後すぐに閉じこもりになる危険性がある場合などが想定されます。

Q 6 本人の状態に☑はつきませんが、リハビリ専門職の支援は必要だと思うのですが。

「事業対象者」として利用できる総合事業のサービスには、リハビリ専門職による「短期集中予防サービス」や「リハビリ専門職の同行訪問」などがあり、改善効果が期待できます。地域包括支援センターにご相談ください。

Q 7 「本人の状態」には☑がつきませんが、ご本人やご家族が認定申請を強く希望されます。どう対応したらよいですか。

その方の認識や思いに応じて、下記をご説明ください。ご理解が得られない場合は、市または地域包括支援センターへその旨をお知らせください。

■認定申請しかない、総合事業は介護保険ではないと思われている

- ・基本チェックリストでも介護認定等申請でも、その結果受けられるサービスはいずれも介護保険法に基づく、介護保険内のサービスです。
- ・認定をした場合と同様に、地域包括支援センターの職員が「ケアプラン」に基づき支援します。
- ・総合事業サービスの中には、自己負担無料のものがあります。
- ・「事業対象者」になった場合のメリットとして、支援が開始されるまでの期間が短く、更新が不要であること（Q 3 参照）

■いつか必要な場合に備えて、早めに認定等申請しておいた方が安心

- ・申請した結果、「非該当」になる場合もある。
- ・「要支援」と認定されても、その後定期的に「更新申請」が必要。早めに申請したが、サービスは利用せず、そのまま未更新の方になることも多い。(Q3参照)
- ・一旦「事業対象者」となった後も、必要に応じていつでも認定申請ができる

Q8 認定を受け「要支援者」になる方が、使えるサービスの種類や量が多いのでは？

認定でも、事業対象者でも「要支援状態」であれば、使えるサービスは大きく変わりません。

認定を受けなければ使えないサービスには、住宅改修、福祉用具のレンタルなどがありますが、要支援状態の方は暮らし方によって生活機能が改善される可能性が高く、慌てて実施することで、結果的にご本人の自立を阻害したり、状態に合わないものになることもあるため、注意が必要です。

(Q3参照)

また、総合事業ガイドラインの改正(R6.8)により、「従前相当サービス」と呼ばれる介護事業所による「総合事業通所介護(デイサービス)」、「総合事業訪問介護(ホームヘルプサービス)」の対象者は、下記のとおりとされました。

従前相当サービス対象者

- ・専門職による生活援助、身体介護における総合的な支援が必要。
- ・想定される対象は、進行性疾患や病態が安定しない者など

したがって、認定申請を行い「要支援者」となっても、「事業対象者」となっても、利用できる通所や訪問のサービスや回数において、違いはありません。

Q9 できるだけ認定申請をしない方がよいのですか？

支援や介護を必要とする人への速やかなサービスの提供のために、基本チェックリストか、介護認定等申請を適切に選択していただきたいという趣旨であり、必要な認定申請を抑制するものではありません。一旦「事業対象者」となった後も、必要に応じていつでも認定申請をすることができます。

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1 介護予防ケアマネジメントとは

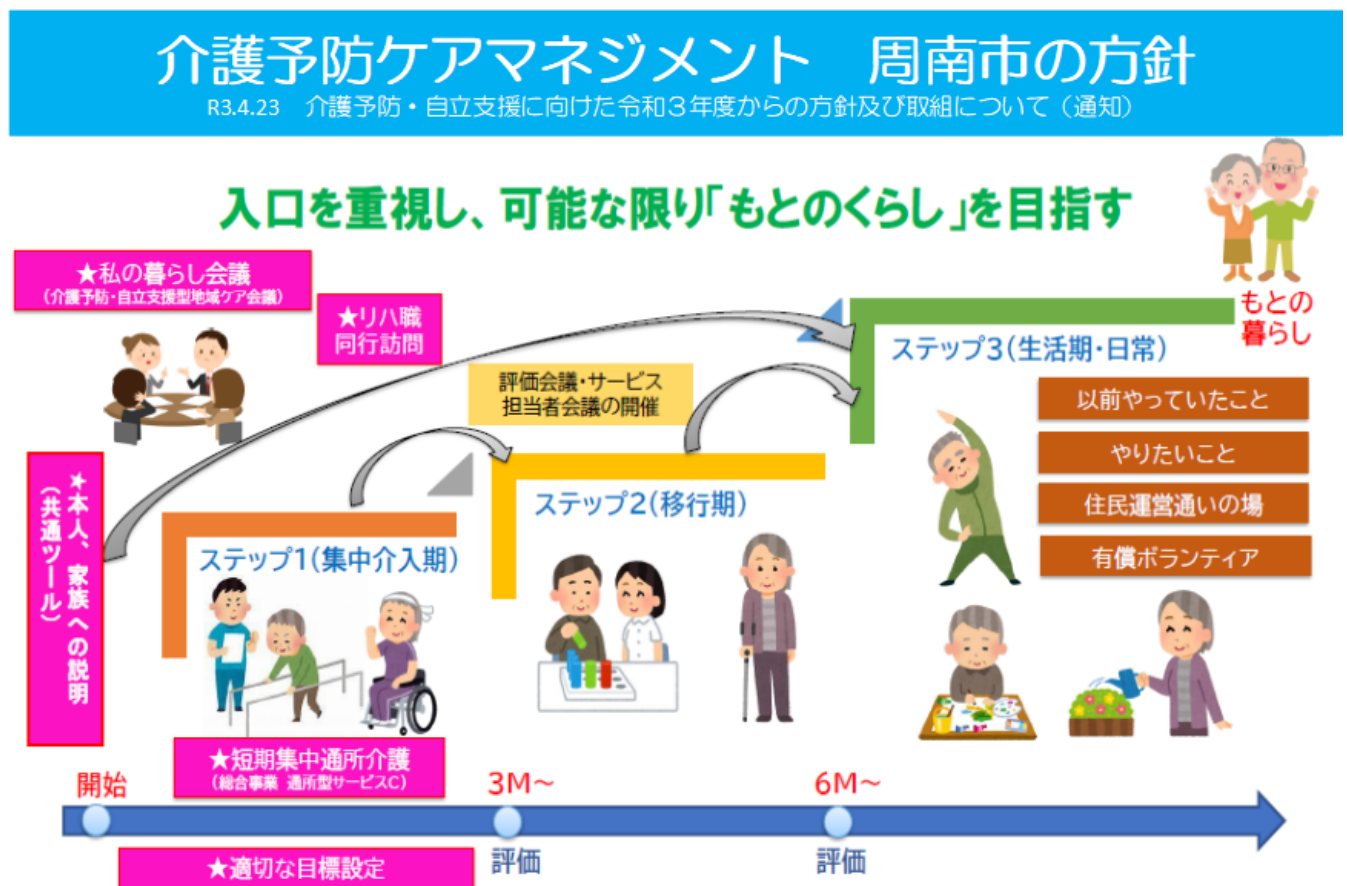
介護保険法第115条の45第1項に規定される「第1号介護予防支援事業」であり、**要支援者及び事業対象者等**（以下、「**居宅要支援被保険者等**」という。）に対して、**介護予防及び社会参加の促進**を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

2 周南市の介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

周南市では、居宅要支援被保険者等のうち、適切に介入・支援することにより、生活機能の維持・向上が期待できる、またはその可能性がある高齢者に対し、支援を受けるに至っても、それ以前にしていた暮らし方が実現できるよう、**入口を重視し、もとの暮らしを取り戻すための動機づけや活動の支援を強化**します。

『要支援』、『事業対象者』のかたは、介護予防のための支援や**改善に取り組む**ことで、介護予防できる可能性の高い状態といえます。

「できなくなっていること」を補うだけでなく、**なじみの環境の中で、「できていること」**を続け、「**したいこと**」が実現できるような**自分らしい暮らし**を介護予防ケアマネジメントにより目指すことが大切です。

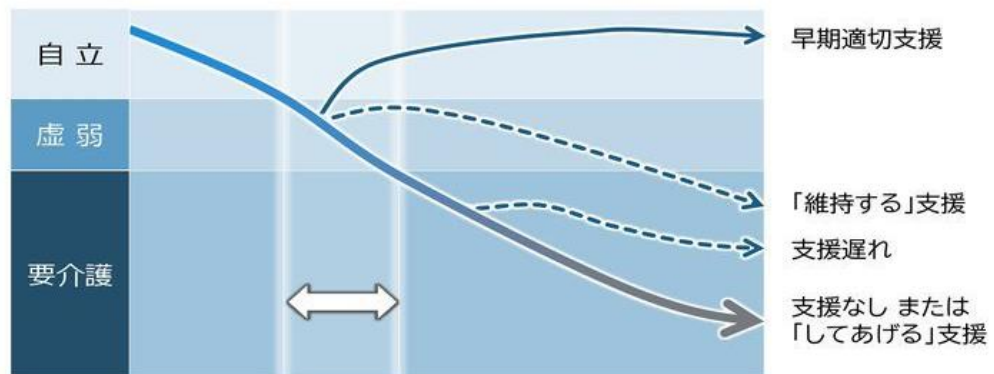


リエイブルメントとサービス・活動Cについて

●リエイブルメント

「できないことを補う」のではなく「再びできるようにする（＝リエイブルメント）」考え方のこと。
周南市では、リエイブルメントの考え方に適したサービス・活動として、リハビリ専門職等による3か月間の集中的なプログラムにより、終了後の身体活動や社会参加を促進し生活機能の向上を目指す「短期集中予防サービス（サービス・活動C）」を実施しています。

リエイブルメント（再自立）の考え方



「出来なくなった状態を維持する」のではなく
早期かつ適切な介入で、「元の暮らしを取り戻してもらう」

※東京都八王子市資料より抜粋

●サービス・活動Cとその効果

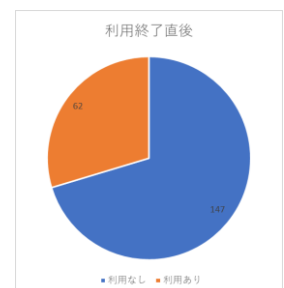
周南市で実施している「サービス・活動C」は、実施前後の評価結果によると、利用者のほとんどが、心身機能の向上、生活課題の改善、地域活動の再開につながり、サービス終了1年後も、65%が自立状態（介護保険サービスを必要としない状態）を維持しています。

※令和6年12月末時点の実績

◇利用終了直後

利用終了者	利用なし	利用あり	通所
209	147	62	50
	70.3%	29.7%	

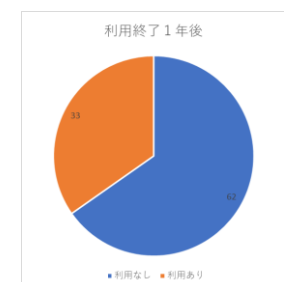
※福祉用具、訪問看護はサービスに含めない



◇利用終了1年後

利用終了1年後	利用なし	利用あり	通所
95	62	33	31
	65.3%	34.7%	

※福祉用具、訪問看護はサービスに含めない 死亡5名は除く



3 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが、居宅要支援被保険者等のアセスメントを行い、目標を設定し、達成に向け介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援します。

利用者自身が、地域での活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身状態」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

介護予防ケアマネジメントのポイント

① 介入時の本人・家族への説明

- ・事業対象者、要支援者は改善できる状態
- ・主役は本人
- ・サービス利用日以外の過ごし方が重要

説明文書
(共通ツール)

在宅療養
ガイドブック

② 日常の活動を取り戻す専門的支援

- ・したいのにできない活動を把握する
- ・活動量、交流、役割を維持するために多職種で検討する

リハ職
同行訪問

短期集中
通所介護
(サービスC)

私の暮らし会議

適切な目標設定

③ 地域資源・インフォーマルサポートの発見・活用

- ・「暮らしの場全て」を「通いの場」と考える
- ・有償ボランティア、見守りサポートなどの活用
- ・地域福祉コーディネーター等とつながる



【ポイント】 ～目標指向型のケアマネジメントを意識しましょう～

- 介護予防は、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」と思う具体的な生活を実現するための取り組みが重要です。
- 一番大切なのは、本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為が目標として明確に設定された介護予防ケアマネジメントです。
- アセスメントでは、より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」等を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになりたい」という目標に変換させる作業が重要となります。
- 本人の意欲・生きがいを引き出し、動機づけを図ることのできる目標を設定しましょう。
- 地域資源を把握し、通いの場など、地域の居場所への参加も含めた地域とのつながりを考えるケアマネジメントが期待されています。
- フレイル予防の3つの柱（運動、口腔・栄養、社会参加）について、アセスメント能力を図り、状態の改善や疾病の悪化防止に向けた適切なケアマネジメントを実施します。

4 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとしますが、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託も可能です。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与してください。

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、基本チェックリストの結果や周南市版総合事業アセスメントシート、利用者の状態、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の3パターンに分けて行います。

類型 (考え方)	ケアマネジメントA (原則的)	ケアマネジメントB (簡略化) ~簡略化したプラン★はP.25 参照~			ケアマネジメントC (初回のみ)
対象サービス	総合事業訪問介護 総合事業通所介護	自立支援訪問介護 自立支援通所介護Ⅰ型※	自立支援通所介護Ⅱ型※ 短期集中予防サービス	短期集中予防サービスの待機期間・終了後1年間の訪問モニタリング	地域支え合い訪問・通所介護・移動支援 一般介護予防事業等の団体等へ繋いだ場合
プラン	介護予防サービス・支援計画書	介護予防サービス・支援計画書	簡略化したプラン★ (元気アッププラン)	不要 ※経過記録への記載	私の計画表
アセスメント資料	介護予防支援と同様	介護予防手帳	介護予防手帳 元気アップ手帳	元気アップ手帳	介護予防手帳
サービス担当者会議	実施	省略可	自立支援通所介護Ⅱ型：省略可 短期集中予防サービス：実施		
モニタリング	毎月	1年に1回	利用期間中は毎月	終了後1年間は3~6ヵ月の実施推奨	
委託	○	△サテライトは可			原則×

※自立支援通所介護の分類について


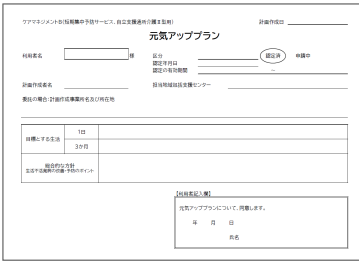
自立支援通所介護は下記の2つの分類に分けられます。ただし、事業所によってはⅠ型とⅡ型をどちらも併用して実施する場合があります。併用できる事業所の場合は、利用者に応じてⅠ型とⅡ型のどちらの利用が適切か判断し、事業所と調整してください。

名称	自立支援通所介護Ⅰ型	自立支援通所介護Ⅱ型
内容	ケアプランで利用期間を定める事業者。主に介護サービス事業者が実施する場合。	事業者が利用期間を定めて実施する場合。主に民間等の多様な主体が実施する場合。
プラン	介護予防サービス・支援計画書	簡略化したケアプラン★

※ケアマネジメントAと予測して委託したが、結果としてケアマネジメントB・Cになった場合は居宅介護支援事業所が実施できますが、ケアマネジメントBについては次回からは地域包括支援センターが実施します。ただし、特別な事情がある場合（例：居宅介護支援事業所が夫婦のケアプラン作成を担当することになり、夫はケアマネジメントA、妻はケアマネジメントBとなった場合等）は居宅介護支援事業所が実施することも可能とします

★ケアマネジメントBの簡略化したケアプラン（元気アッププラン）P.50について

ケアマネジメントBの一部について“ケアプランの簡略化”の対象となります。インテークやアセスメントの簡略化ではありません。また、サービス終了時には評価を行うことも今までと変わりありません。

流れ	サービス種別		ポイント
	短期集中予防サービス	自立支援通所介護Ⅱ型	
アセスメント	元気アップ手帳 	介護予防手帳 	興味関心チェックシートを必ず実施します。必要に応じてそのほかのシートも活用します。
計画作成	簡略化したプラン（元気アッププラン） 		ケアプラン作成者としての見立てを記入します。目標は利用者本人が評価できる具体的な目標を記載します。
サービス担当者会議	実施	省略可	サービス担当者会議を省略する場合でもサービス提供事業者との情報共有は必ず行います。
モニタリング	毎月		目標の達成状況を確認します。 サービス終了月は訪問して面接します。
評価	サービス評価表の作成は省略可 内容は経過記録へ記載		終了月は訪問もしくは短期集中予防サービスの場合は終了前会議を実施し、目標の達成状況の評価します。介護予防手帳（元気アップ手帳）を利用者本人がセルフマネジメントシートとして活用できるよう支援します。

◆その他サービスと併用する場合のプラン

自立支援通所介護Ⅱ型と短期集中予防サービスに加えて、その他のサービスと併用する場合は以下のとおりとします。

- ・介護予防支援に該当する介護予防サービス（福祉用具貸与等）
- ・ケアマネジメントAに該当するサービス（総合事業訪問介護、総合事業通所介護）
- ・ケアマネジメントBの中でもプランの簡略化をしないサービス（自立支援通所介護Ⅰ型、自立支援訪問介護）

上記を併用する場合のプラン様式は「介護予防サービス・支援計画書」となります。

介護予防ケアマネジメントはプランに応じた流れとなりますので、ケアプラン作成や評価については従来通りの手順で行ってください。

5 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として周南市に登録されることが必要です。

(1) 概要

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（窓口で実施）

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等を説明します。

総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認し、利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けます。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続（以下、利用者宅で実施）

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

ア. 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により実施します。介護予防手帳（興味・関心チェックシートなど）や説明リーフレット「要支援者、事業対象者のみなさまへ」、周南市版総合事業アセスメントシートを活用し、利用者の状態像を把握し課題を明らかにします。

イ. ケアプラン原案（ケアマネジメントCの場合は「私の計画表」）作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

ウ. サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部は省略可、ケアマネジメントCは除く）

エ. 利用者への説明・同意

オ. ケアプラン確定・交付（利用者、サービス提供者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。

カ. サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施します。

キ. モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握します。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取します。

利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援に準じ、ケアマネジメントBの場合は、P25を参考にモニタリングを実施します。

ク. 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定します。

介護
予防
ケア
マネ
ジメ
ント

(2) 手順のポイント

<p>アセスメント ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p> <p>《対象》 ケアマネジメント A・B・C</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントA・B・Cの類型を問わず、実施が必要です。</p> <p>○利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族との面接による聞き取り等を通じて行います。</p> <p>○より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」なども利用して、「～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。</p> <p>○「周南市版総合事業アセスメントシート」を用いて、現在置かれている利用者の状態像を把握し、課題を明らかにします。</p> <p>○自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効です。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #f0f0f0; margin-top: 20px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●周南市版総合事業アセスメントシート ●説明リーフレット「要支援者、事業対象者のみなさまへ」 ●介護予防手帳（興味・関心チェックシートなど） ●利用者基本情報 </div>
<p>ケアプラン 原案作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p> <p>《対象》 ケアマネジメント A・B・C</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○自立支援に向けた目標の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活の目標については、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。 ・長期目標に対し、短期目標が達成できることを目的に、計画を作成します。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。 <p>○利用するサービス・活動事業の内容の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>サービス事業の利用のみに限定せず、一般介護予防事業や民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の状態や意向に合ったサービスを選択します。</u> <p>○<u>ケアマネジメントCの場合は私の計画表を作成します。</u></p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #f0f0f0; margin-top: 20px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書 ●簡略化したケアプラン（元気アッププラン）(P.50) ●私の計画表（ケアマネジメントCの場合） </div>

<p>サービス担当者 会議</p> <p>●家族やサービス提 供担当者などと共通 認識</p> <p>《対象》 ケアマネジメント A・(Bの一部)</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○本人、事業所から目標達成のための意見を促します。</p> <p>○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有します。</p> <p>○担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりを行います。</p> <p>○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておきます。</p> <p>○<u>ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCは除きます。</u></p> <p>○(令和5年4月以降)事業対象者の開催時期(目安)は、開始時、以降少なくとも2年に1回とします。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 </div>
<p>モニタリング</p> <p>《対象》 ケアマネジメント A・B</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○ケアマネジメントAは介護予防支援と同様、3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します。それ以外の月は、電話などで実施します。</p> <p>○ケアマネジメントBはサービス種別によって、モニタリングの時期が異なります。P.25を参照ください。</p> <p>○本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認します。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護予防手帳(セルフマネジメントシートなど) </div>
<p>評価</p> <p>《対象》 ケアマネジメント A・B</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、サービス・活動事業の実施状況を踏まえ目標の達成状況を評価し、新たな目標設定や、利用者するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。</p> <p>(令和5年4月以降)目標・評価期間は原則6ヶ月とします。6ヶ月後の評価で変化がなければさらに延長し最長1年とします。</p> <p>○ケアマネジメントBの簡略化したケアプランの場合は、評価表ではなく経過記録への記載でも可とします。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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 </div>

6 介護予防手帳の活用について

周南市では、令和8年度から介護予防手帳を作成し、下記のとおり活用します。

(1) 目的

介護予防手帳は、高齢者が住み慣れた地域で生きがいや役割をもって、いきいきと楽しく暮らし続けることができるように支援するためのツールとして活用します。

また、住民主体が運営する活動場所や支援を中心に活用する場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、「セルフマネジメント」のツールとして利用者が活用できるように地域包括支援センター等は支援します。

(2) 主な交付対象者

- ・ケアマネジメントBの対象者
※短期集中予防サービスの利用者は元気アップ手帳を使用
- ・ケアマネジメントCの対象者
- ・その他交付を希望する者

(3) 使用方法

●ケアマネジメントBの対象者

- ・アセスメント時に「興味・関心チェックシート」等のページを活用します。担当ケアマネジャーは、サービス事業者へ記入されたシートをケアプランと併せて提出します。本人がサービス事業者へ介護予防手帳を手渡すことができる場合は、本人にサービス事業者へ渡すように促してください。
- ・モニタリング時はセルフマネジメントができているか介護予防手帳を用いながら確認します。

●ケアマネジメントCの対象者

- ・アセスメント時に活用し、今後の本人のセルフマネジメントツールとして活用します。
- ・ケアマネジメントCではモニタリングが行われないため、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営団体に伝えておくことや、本人の状況が変化した場合にすぐに相談を受けられるような信頼関係も必要です。

介護予防手帳には本人の目標を設定し、取り組むことを決める「チャレンジシート」や取り組んだことを記録する「活動記録」のページを設けています。

アセスメントやモニタリングの際には本人が介護予防手帳を活用できるように働きかけをお願いします。



7 包括的な介護予防ケアマネジメントについて

(1) 経緯

令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正(R6.8.5)により、地域包括支援センターに対して、現在の介護予防ケアマネジメント費(ケアプラン作成分)に加え、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に関わる委託費(実施に当たる者の人件費等)を別途包括的に支払うことが可能となりました。

ケアマネジメントB・Cについては、
 ・高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク
 ・孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ
 ・継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ
 ・リハ職などの連携による支援
 など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする

- ① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携
 - ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等
 - ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等
 - ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること(利用者や事業実施者への助言等を含む)
 - ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助
 - ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働(支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等)
- ※市町村は、事前に都道府県・市区医師会等や地域の医療機関等との調整の上、連携等の体制を整備

※令和6年8月5日厚生労働省老健局資料より抜粋

(2) 周南市での取り扱い

令和8年度から包括的な介護予防ケアマネジメント費を各地域包括支援センターへ支払う予定です。それに伴い、1年に1回程度市へ実績報告をしてもらいます。

・目的

インテークとフォローアップの充実による高齢者の選択と継続的な参加の支援のため

・対象となる業務

事業対象者、要支援者に対して行った介護予防ケアマネジメント費や介護予防支援費の請求対象外の業務

【実績報告書(案)】…地域包括支援センターごとに提出してもらう予定です。

No.	内容	件数
1	介護予防ケアマネジメントの請求対象にならない訪問アセスメント …サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメント、事業所との連携【上記①②】	
2	地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ …サービス利用のない要支援者・事業対象者に対し、地域の活動等への参加を促すことを目的にしたアウトリーチ【上記③】	
3	介護予防ケアマネジメントの請求対象にならない訪問モニタリング …サービス・活動A・B・D(Aは年1回のモニタリング以外の月)の利用者に対し、自宅や活動の場へ訪問した場合【上記④】	
4	サービス・活動事業終了後の地域の多様な活動への参加支援 …サービス・活動A終了後、サービス・活動C終了1年後以降に通いの場等地域の活動へ繋げるために参加同行・支援した場合【上記⑤】	
5	リハビリテーション専門職による同行訪問の活用 …【上記⑥】	

8 興味・関心チェックシートについて

興味・関心チェックシート（P. 46）は、対象者の「している」「してみたい」生活行為の状況の把握をするために本人等に記入してもらってください。自分の生活行為を思いつかない場合のヒントになります。短期集中予防サービス及び自立支援通所介護Ⅱ型を利用される方は、必ず実施してください。説明リーフレット「要支援者、事業対象者のみなさまへ」（P. 45）とあわせてご活用ください。

【手順】

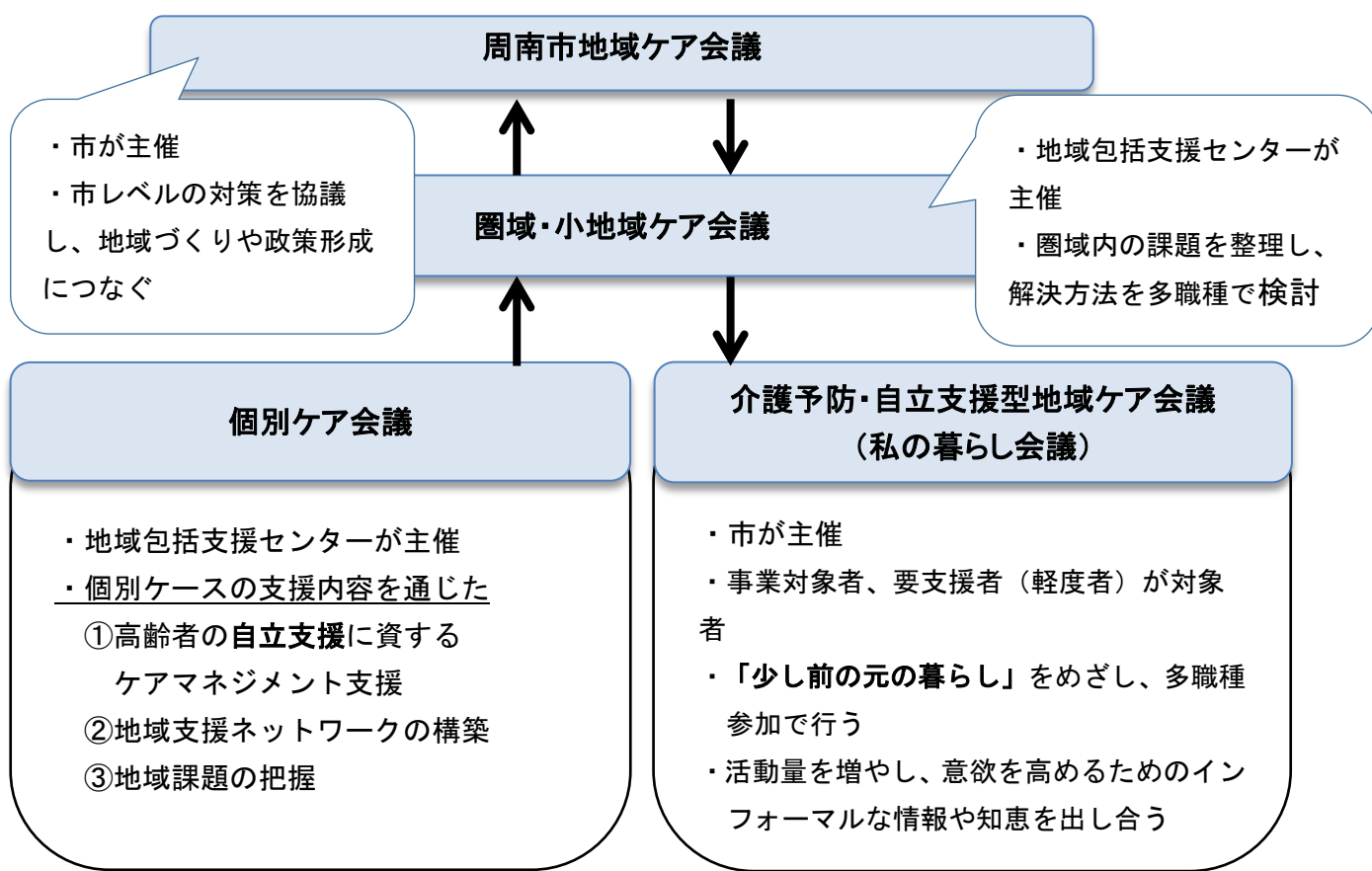
- (1) 現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入します。
- (2) 「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞きます。
してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入します。
- (3) 興味の有無を確認します。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入します。
- (4) いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入します。
- (5) シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、必要に応じて追記します。

【介護予防ケアマネジメントには地域ケア会議の活用が有効！！】

- 介護予防ケアマネジメントについて、**自立支援**に向けた具体的な目標の立て方やそれを
実現するための支援のあり方について、**地域内の多職種の中で個別のケースを検討していく**
ことは重要です。
- 周南市では「**地域ケア会議運用マニュアル**」を作成し、地域ケア会議を推進しています。
- 本人の自立を支援していくために、**リハビリテーション専門職等の参加**を得て、地域ケア
会議により自立支援に向けたケアのあるべき姿を検討することが重要です。
- 地域ケア会議の中で、どのようにして本人の自立を支援していくかを考えることは、単に
サービスの組み合わせを考えることではなく、一人一人の多様なニーズに応じた支援をする
ために**多様な地域資源が必要であることを知る**ことです。
- 地域資源を把握し、通いの場など、**地域の居場所につなぐ**ところまで考えるケアマネジメント
が期待されています。

地域ケア会議とは…地域包括支援センターまたは市町村が主催し、設備・運営する
「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」

周南市の地域ケア会議の体系図



9 報酬

(1) 報酬単価

項目	区分	支払時期	基本報酬	加算
介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメントA	毎月支払	442 単位※ (4,512 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,063 円) ・委託連携加算 300 単位 (3,063 円)
	ケアマネジメントB	<ul style="list-style-type: none"> ・初回 ・年1回のモニタリング時 ・状態の変化等により関与した時 ・サービス・活動C待機中もしくは終了後の訪問モニタリング時 ・短期集中予防サービス及び自立支援通所介護Ⅱ型の利用期間 		<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,063 円) ・委託連携加算 300 単位 (3,063 円)
	ケアマネジメントC	初回のみ		<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,063 円)

※居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを委託した場合は、地域包括支援センターが行う業務（給付管理・請求事務・ケアプランチェック等）に伴う事務費（500 円）を差し引いた額が基本報酬となります。

※ケアマネジメントCの請求時には私の計画表の写しを添付してください。

(2) 初回加算

初回加算は、現行の居宅介護支援、介護予防支援における取扱いに準じます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合)

イ) 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

※要支援者から事業対象者に移行した場合、事業対象者から要支援者に移行した場合は、初回加算の算定を行うことはできません

(3) 委託連携加算

利用者1人につき、指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定することができます。

ア) 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合

イ) 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の契約を改め、ケアプラン等を一連の流れに沿って作成している場合、再算定が可能

<初回加算及び委託連携加算の算定基準の例>

		初回加算	委託連携加算
1	委託ケースが過去2か月間、予防給付や総合事業（訪問型・通所型）を利用していなかったが、サービス未利用期間も委託契約は継続している（終了していない）場合	○	
2	同一の利用者について、サービス利用がないため居宅介護支援事業所との委託に係る契約を終了した後、再度サービス利用を開始するために居宅介護支援事業所と委託の再契約をした場合	○ 2か月以上 未利用の場合	○
3	地域包括支援センターが担当していた事例を居宅介護支援事業所に委託する場合		○
4	要介護から要支援になった利用者について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合	○	○

		初回加算	委託連携加算
5	委託先居宅介護支援事業所が変更となった場合（担当地域包括支援センターの変更はない場合）		○
6	委託先居宅介護支援事業所が変更となった場合（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）	○	○
7	居宅介護支援事業所に委託しているケースで、利用者が住所を変更したため、包括のエリアが変更になり、居宅介護支援事業所は変更せず、そのまま利用を続けるが、ケアプランは新しく組みなおす場合	○	○
8	要支援者が自立となり、再度要支援者等になった場合 ケアマネジメントAを実施し、ケアマネジメントCに移行する際、契約を1度解除。その後、再度ケアマネジメントAを利用される際に、新規に契約を結んで開始した場合	○ 2カ月以上介護予防ケアマネジメントの算定がない場合	○

10 区分支給限度額について

事業対象者の支給限度額は、要支援1の利用限度額と同じとします。

総合事業訪問・通所介護（現行相当サービス）において、利用者の状態等により要支援2相当（10,473単位）のサービス量が必要となる場合は、利用者から市に申請書を提出していただくこととなります。変更決定後、市から本人宛に区分支給限度額変更決定通知書を送付します。

【区分支給限度額の変更ができる場合】

- ・退院直後で、集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるような場合
- ・心身状況により、要支援2相当と考えられる場合

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

【留意事項】

- ・周南市が実施する総合事業のうち、支給限度額の管理の対象となるサービスは、総合事業通所介護・訪問介護（請求先が国保連）のみです。

1.1 介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い

(1) 予防給付と総合事業を利用した場合

利用者区分	サービス利用パターン例		プランの種類	ケアマネジメントの種類	請求先
要支援2	予防給付のみ		介護予防支援費	/	国保連
要支援1	予防給付と総合事業の併用				
要支援2	総合事業のみ	※1	ケアマネジメント費	A	国保連
要支援1		※2		B	周南市
事業対象者		※3		C	
		※4・5			

※1 総合事業訪問介護・通所介護

※4 地域支え合い訪問介護・通所介護・移動支援

※2 訪問型・通所型短期集中予防サービス

※5 一般介護予防事業

※3 自立支援訪問介護・通所介護

(2) サービスコード

サービス種別		サービスコード	
訪問型サービス	総合事業訪問介護 (従前相当サービス)	A 2	総合事業指定事業者
	自立支援訪問介護 (サービス・活動A)	(A 4) ※	
通所型サービス	総合事業通所介護 (従前相当サービス)	A 6	総合事業指定事業者
	自立支援通所介護 (サービス・活動A)	(A 8) ※	

※国保連請求のコードではなく、ケアプラン作成時にサービスを選ぶための周南市独自のコード

(3) 地域単価について

周南市では、総合事業の国保連請求対象のサービス（A 2・A 6）は利用者の保険者の地域単価を採用しています。事業所の所在地ではありませんので、ご注意ください。

1.2 月額包括報酬の日割り請求について

●周南市独自の日割り請求可能な条件について

Q：総合事業訪問介護及び総合事業通所介護を利用中の人が、月途中でサービス利用回数を変更する場合に日割り請求は可能か？

A：アセスメントを行い、ケアプランを変更した場合は日割り請求が可能。ケアプランの変更まで伴わない場合は月額包括報酬とする。

●災害等による月額包括報酬サービスの日割り計算について

日割り計算を行う場合、算定対象となる日数は、月の総日数から、災害の影響により休業した期間（定期休業日を含む。）を差し引いた日数とする。

介護給付費の請求に当たっては、日額のサービスコードの単位数に、算定対象となる日数を乗じて、必要な単位数を算定することとする。

※その他の算定については下記の厚生労働省事務連絡をご確認ください。

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	・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
	・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	

(厚生労働省事務連絡「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用 (I-資料9)」より一部抜粋)

1.3 利用者の移行方法と費用（要介護認定⇔事業対象者）

（1）【要介護認定等→事業対象者】基本チェックリスト実施での移行

要介護認定等に係る有効期間が切れる1か月程度前に実施してください。

【市提出書類】

①基本チェックリスト ②介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※提出後、有効期間終了後に市が新たな事業対象者用の被保険者証を発行し、郵送します。

（2）【事業対象者→要介護者認定等】要介護認定等の申請中に総合事業サービスを受けている場合における費用

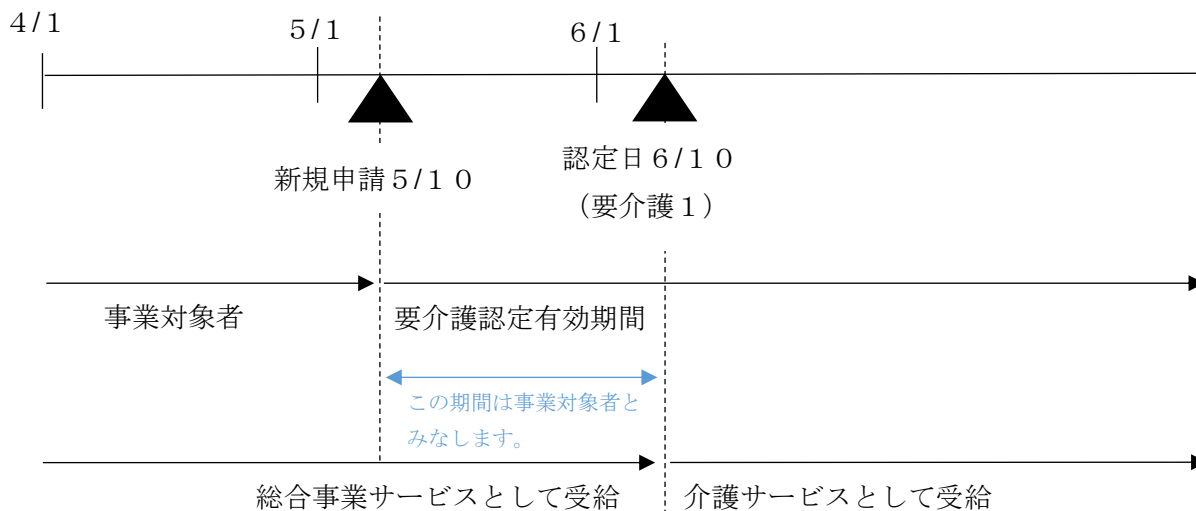
これまで、認定を受けた場合は、申請日に遡り、要介護等認定者として取り扱っていましたが、要介護者は総合事業サービスを利用することはできない（一部のサービス・活動は除く。）ため、事業対象者が要介護1以上の認定を受けた場合、申請日から利用した総合事業サービスについては全額自己負担となってしまいます。このような事態を避けるため、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分については、総合事業より支給されることとなりました（例1）。

なお、申請日以降にいわゆる暫定ケアプランにより介護給付サービスを利用している場合においては、「介護給付サービス利用開始日から要介護等認定者とみなし、介護給付を給付対象とする（例2）」か、「認定結果の出た日までを事業対象者とみなし、総合事業サービスを事業で請求する（例3）」かのどちらかを選択することが可能です。

周南市としては、介護給付サービス利用を開始していない場合、「認定結果が判明した月の月末まで」総合事業の事業対象者として取り扱うことを可能としています（例4）。

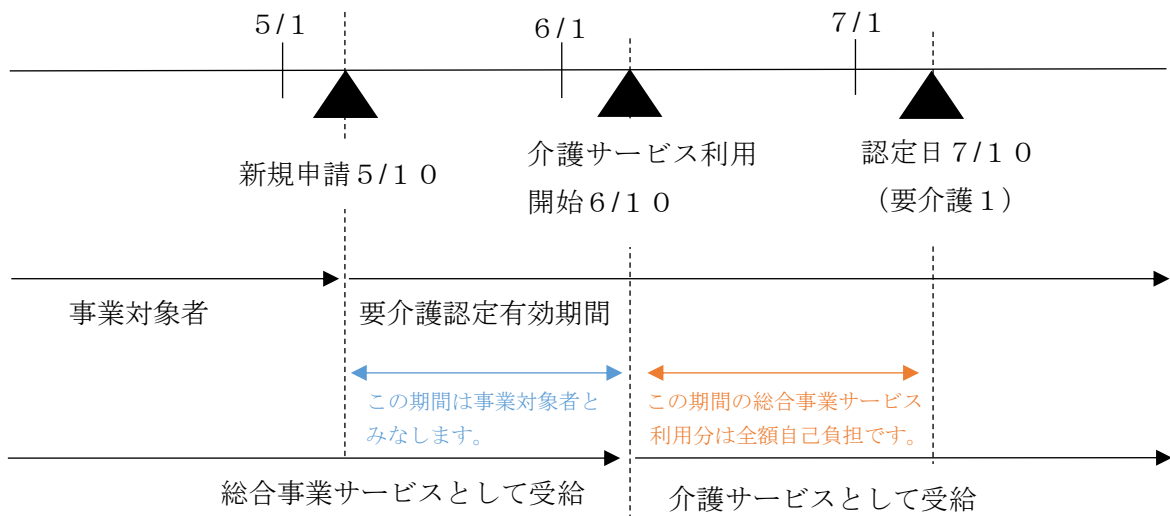
（例1）要介護1と認定結果が出るまでの間に総合事業の訪問型サービスを利用していた場合

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】



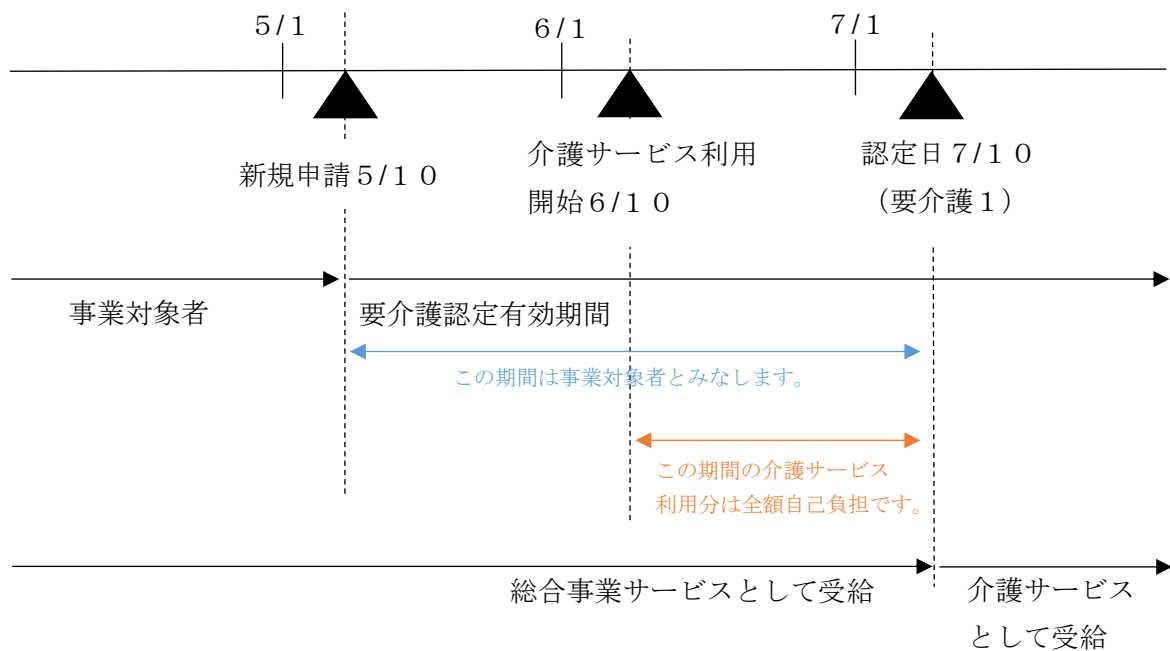
(例2) 暫定プランにより総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用しており、介護サービス利用を開始した日から要介護等認定者として取り扱う場合

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】



(例3) 暫定プランにより総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用しており、認定結果の出た日まで事業対象者として取り扱う場合

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】

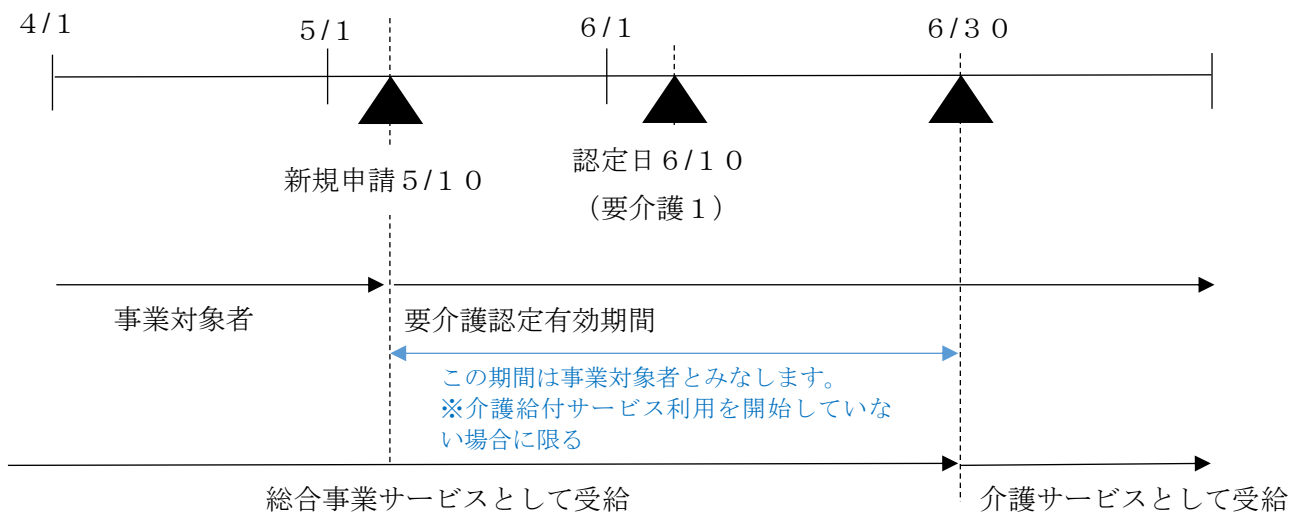


(例4) 介護給付サービス利用を開始していない場合(認定結果が判明した月の月末まで) 総合事業の事業対象者として取り扱うことが可能)

※延長する場合は、必ず市へ事前連絡をお願いします。

※(令和5年1月以降) 総合事業通所介護・総合事業訪問介護(従前相当サービス)を利用の場合は原則不可とします。

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】



【参考】

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になるのか。

A: 要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担と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サービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、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、①申請日に遡って要介護者として取り扱うか、②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の利用分が全額自己負担になり、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。

(厚労省平成27年3月31日版Q&Aより抜粋)

Q：ガイドライン案では「認定結果が出る前にサービス事業を利用した場合、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サービス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」とあるが、この場合、同様のサービスを利用しても、単価は認定前の暫定利用分については総合事業の単価で日割算定し、認定後の利用分については介護給付の訪問介護・通所介護として算定することになるのか。

A：お見込みのとおり。

(厚労省平成26年9月30日版Q&Aより抜粋)

●同時申請の場合における介護予防ケアマネジメント

○ 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス・活動事業を利用することができる。その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者としてサービス・活動事業の利用を継続することができる。
 なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス・活動事業を利用することはできない。

(厚労省ガイドラインP62より抜粋)

要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定結果	介護（予防）給付によるサービスのみのみ	介護（予防）給付によるサービスと総合事業によるサービスのみのみ	総合事業によるサービスのみのみ
非該当（事業対象者）	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分は第1号事業支給費から支給	第1号事業支給費から支給
要支援	予防給付より支給	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分は第1号事業支給費から支給	第1号事業支給費から支給
要介護	介護給付より支給	給付分は、介護給付より支給 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第1号事業支給費から支給	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第1号事業支給費から支給

(厚労省ガイドラインP98より抜粋)

Q：周南市における新型コロナウイルス感染症に係る総合事業の臨時的な取扱いは。

A：令和5年5月8日以降、臨時的な取扱いは終了しました。一部取扱いについては継続や修正のものもあります。詳細は令和5年5月1日付厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の感染法上の位置づけの変更に伴う人員基準等に関する臨時的な取扱いについて」を参照してください。

1.4 継続利用要介護者のケアマネジメントについて

(1) 継続利用要介護者とは

周南市では、令和7年4月からサービス・活動事業の対象者に継続利用要介護者を追加します。

継続利用要介護者とは、居宅要介護被保険者であって要介護認定を受ける日以前から継続的にサービス・活動事業を利用する人のことを言います。要介護認定を受けた場合、それまで受けていたサービス・活動事業の利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することが可能になります。

(2) 対象サービス・活動

継続利用要介護者が利用できる周南市のサービス・活動は、地域支え合い訪問介護（訪問型サービス・活動B）、地域支え合い移動支援（訪問型サービス・活動D）、地域支え合い通所介護（通所型サービス・活動B）「以下、住民主体サービス」です。

(3) ケアマネジメントの実施主体

	介護給付と住民主体サービス併用	住民主体サービスのみ
支援実施主体	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
ケアマネジメント種別	居宅介護支援	介護予防ケアマネジメントC
報酬単価	居宅介護支援費	介護予防ケアマネジメント費

(4) 介護支援専門員向けの留意事項（厚労省ガイドラインP74～77より一部抜粋）

1. 準備

- 継続利用要介護者対象サービス・活動の実施者は、フローチャート等を参照しながら、要介護者ごとに緊急時等の連絡・相談先（※）を整理する。介護支援専門員等は、担当する要介護者に係る相談先等が整理されていることを確認する。（※）家族、介護支援専門員、地域包括支援センター等

2. ケアマネジメントの実施

- 介護支援専門員等は、担当する要介護者が継続利用要介護者対象サービス・活動の継続利用を検討している場合には、継続利用要介護者対象サービス・活動の実施者に対して、提供できるサービス・活動の内容について確認する。あわせて、要介護者に対して、
 - ① 介護給付を受けながら、引き続き継続利用要介護者対象サービス・活動を利用できること
 - ② 継続利用要介護者対象サービス・活動が実施できる内容について説明した上で、改めて意向を確認する。
- 介護支援専門員は、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、居宅サービス計画の原案に継続利用要介護者対象サービス・活動を位置付ける。

3. 利用者の変化状態等への対応

- 介護支援専門員等は、モニタリングを通じて要介護者の状態変化等に留意する。
- 介護支援専門員等は、要介護者に状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、必要な対応（※）を行う。

（※）継続利用要介護者対象サービス・活動の利用に関する助言、介護給付の内容の見直し等

Q：継続利用要介護者として住民主体サービスを利用できるのはどのような人か。

A：継続利用要介護者として住民主体サービスを利用するためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

○要介護認定を受ける前から、要支援者等として住民主体サービスを利用し、その後介護認定による介護給付サービスを受けた以降も継続して住民主体サービスを利用すること。

○利用を受け入れる団体が、要介護認定後による介護給付サービスを受けた以降も継続して受け入れが可能であること。

○ケアマネジャー等が当該利用者の住民主体サービスの利用について適切性を判断し、ケアプランに位置付けること。

Q：要介護者の利用の判断について

A：原則、本人の希望がある場合には、サービスを継続できるようサービス実施団体との連携に努めてください。

ただし、状態像はそれぞれ異なることから、ケアマネジメントの中で適切性を判断し、利用の可否についての助言等を行ってください。

Q：居宅介護支援事業所が継続利用要介護者に対して行う居宅介護支援のケアプランは、どの様式を使うのか。

A：継続利用要介護者に対する様式も通常のケアプランの様式と変わりありません。居宅サービス計画書の第2表と第3表に、利用する住民主体サービスを記載してください。

Q：要支援等で一度ケアマネジメントCを算定した利用者が継続利用要介護者としてケアマネジメントCの算定となる場合、初回加算の請求は可能か。

A：初回加算の請求は可能です。介護度が変わり、再度アセスメント等を実施する必要があると考えられることから請求可能です。

Q：ケアマネジメントCの場合、モニタリングは必須でないと考えてよいか。

A：ケアマネジメントCは初回のみ算定となるため、必須ではありません。ただし、本人の健康状態や活動状況が把握できる体制づくり、本人の状況に変化があった場合に相談ができるような関係づくりなどの仕組みを整えるようにしてください。

Q：継続利用要介護者がサービス・活動B、Dを利用した場合、給付管理票に記載するのか。

A：要支援者等がサービス・活動B、Dを利用する場合と同様に、限度額管理を行う必要がないため、給付管理票に記載する必要はありません。

15 総合事業訪問介護及び総合事業通所介護の利用について

(1) 変更点

令和7年4月以降、総合事業訪問介護（A2）及び総合事業通所介護（A6）（以下、「従前相当サービス」という。）を介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、ケアプランの経過記録に必要性の理由を記載することになりました。

(2) 対象者

令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正により、従前相当サービスの想定される対象者は、「進行性疾患や病態が安定しない者など」とする方向性が示されました。

従前相当サービス	選択 支援	多様なサービス・活動
<ul style="list-style-type: none">● 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス● 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など● サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり		<ul style="list-style-type: none">● 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動● 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等● サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

（「令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について」別添2 P.3より抜粋）

(3) 経過記録への記載の根拠

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

④ 従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、その必要性について理由を記載する。

（「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」より抜粋）

16 関連様式

周南市版総合事業アセスメントシート

実施日		担当者		対象者名	
提出日		所属		介護度	

運動・移動	麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	関節の可動域制限	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
	片足立ち	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない		
	両足立位	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない		
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない	
連続5m歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> できない			
転倒	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 月1回未満	<input type="checkbox"/> 月1回以上			
日常生活	買い物	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
	調理	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
	洗濯	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
	掃除	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 一部行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない		
	サービス利用契約	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 第三者の同席が必要	<input type="checkbox"/> 契約内容が理解できない		
社会参加・対人関係・コミュニケーション	外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 月1回未満		
	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 活字が見えない	<input type="checkbox"/> (ほとんど)見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 大きい声なら聞き取れる	<input type="checkbox"/> (ほとんど)聞こえない		
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> (ほとんど)できない		
	毎日の日課の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない			
	妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある		
	認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> II以上			
	ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある		
	躁病・うつ病・躁うつ病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月に1回以上ある	<input type="checkbox"/> 週に1回以上ある		
健康管理	服薬管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	透析	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	酸素療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	排泄	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 失禁あり	<input type="checkbox"/> 介助が必要		
	洗身	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 行っていない	

要支援者、事業対象者のみなさまへ

周南市地域福祉課・高齢者支援課、地域包括支援センター

『要支援者』、『事業対象者』のかたは、介護予防のための支援や**改善に取り組む**ことで、**介護予防できる可能性の高い状態**といえます。

これからは、「できなくなっていること」を**補う**だけでなく、**なじみの環境**の中で、「できていること」を続け、「したいこと」が実現できるような**自分らしい暮らし**をめざすことが大切です。ケアマネジャーは様々な関係者とともに、対応策を検討し支援しますが、**取り組む主役は、あなた自身**です。

持っている力を最大限に発揮し、希望と意欲をもって自立した日常生活をめざしましょう。

_____様 取り組むこと

目標を決める

- 体の状況や困っていること以外にも、生活の「はりあい」や「楽しみ」、大切にしている付き合い、興味や関心のあること（裏面を参照）を教えてください。
- 望む生活を段階的に実現していくために、「目標」がとても大切です。「したいこと」や「続けたいこと」に着目し、ケアマネジャーとよく話し合っ**て**決めましょう。



以前、友達とよく行っていた近所の喫茶店に、また行きたいなあ。

取達り成組にむ向けて

- 家事や日課など、自分のできることは積極的に**行い**ましょう。1日の目標に沿って、できるだけ**活動的な生活**をおくりましょう。
- 目標を意識**してリハビリに取り組むなどサービスは主体的に利用しましょう。



終了

- 最終目標が達成したら、サービスは**終了し卒業（自立）**します。

○ケアマネジャー、サービス事業所 が支援すること

- 維持・改善すべき課題を把握し、適切な目標を設定するために、**聞き取りや確認**をおこないません。
- 心身の状況や意向を踏まえた具体的な「**目標**」を**共に考え**ます。介護予防のために取り組めそうな活動や、活用できる社会資源について一緒に検討し、**介護予防ケアプラン**を作成します。
- サービス事業者等と情報共有をしながら、**チームで支援**します。
- よりよいケアプランとなるよう、地域ケア会議で、専門職間で検討させていただくことがあります。
- 最終目標を達成するまでは、状況に応じて目標やプランを見直しなが**ら**支援します。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： R _____ 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○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)

利用者基本情報

表

作成担当者：

《基本情報》

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

《介護予防に関する事項》

裏

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

令和 年 月 日 氏名

印

介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果等記録表)

No. _____ 様 (男・女) 歳 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、 重症対象者、

利用者名 _____ 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) 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) _____
 担当地域包括支援センター: _____

1日、 _____ 1年、 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							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(居宅サービス)	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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()							
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()							
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()							
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()							

健康状態について
 主治医医歴書、 健診結果、 観察結果等を踏まえた留意点 _____

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント _____

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい。
 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	口腔ケア	閉じこもりリスク	物忘れ予防	うつ予防
○/5	○/2	○/3	○/2	○/3	○/5

地域包括支援センター _____

【署名】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

元気アッププラン

利用者名 様

申請中

認定済

区分 _____

認定年月日 _____

認定の有効期間 _____

計画作成者名 _____

担当地域包括支援センター _____

委託の場合:計画作成事業所名及び所在地 _____

目標とする生活	1日
	3か月
総合的な方針 生活不活発病の改善・予防のポイント	

【利用者記入欄】

元気アッププランについて、同意します。

年 月 日

氏名

～ いつまでも笑顔で自分らしく生活するための目標 ～

さんの 私の計画表

年 月 日

現在の生活を振り返ってみましょう

一日の流れ	
時 間	していること
	起床
	就寝

一週間のスケジュール	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
日	

●現在の生活で不安に思っていること



●趣味や特技、好きなこと、興味のあることはありますか？できるだけたくさんあげてみましょう。



●目標を立ててみましょう。

☆望む暮らし、希望

☆短期目標

☆一年の目標



目標を達成するために必要な支援計画

自分で頑張れそうなこと

備考欄

担当：
電話：

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

評価日

利用者名 _____ 殿
 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	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

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

事業対象者の区分支給限度額変更申請書

周南市長 様

年 月 日

市が実施するサービス・活動事業の利用において、下記のとおり
区分支給限度額を変更したいので申請します。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	周南市
被保険者番号	
変更理由	<ol style="list-style-type: none"> 1. 退院直後で集中的にサービス利用をすることが自立支援につながると考えられるため。 2. 心身状況により、要支援2相当と考えられるため。
変更期間	プラン作成日から か月間
担当地域包括 支援センター	
担当居宅介護 支援事業所	
担当者	
添付資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者基本情報の写し 2. 要支援2相当と確認できる資料 3. ケアプラン原案の写し <p>*変更理由1の場合、1及び3の添付資料が必要 *変更理由2の場合、2及び3の添付資料が必要</p>

年 月 日

様

周南市長



事業対象者の区分支給限度額変更（ 決定・却下 ） 通知書

年 月 日付で申請のありました事業対象者の区分支給限度額の変更につきまして、下記のとおり利用を（ 決定・却下 ）しましたので、通知します。

記

1 決定

氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
住 所	周南市
被保険者番号	
変更内容	区分支給限度額を 10,531 単位とする
変更期間	プラン作成日から か月間

2 却下

（却下理由）

地域支え合い【 】継続利用要介護者情報

(居宅介護支援事業所↔実施団体 共有用)

記入日： 年 月 日

本紙に記載される情報は、ご利用者様が安全に「地域支え合い【 】」を利用し続けられるように、居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)と地域支え合い【 】実施団体との間で共有されますので、ご了承ください。

◆継続利用要介護者の基本情報

氏名		生年月日	
住所		電話番号	

◆継続利用要介護者の状態変化時・長期欠席時・緊急時などの連絡先

【居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)】

事業所名		担当者名	
電話番号 (固定)		電話番号 (携帯)	

【ご家族】 ※住所は、自治体名・町名までで可。複数名必要な場合は適宜追加。

氏名		続柄	
住所			
電話番号 (固定)		電話番号 (携帯)	

【地域包括支援センター(いきいきさぽーと)】

地域包括支援センター	電話番号	
------------	------	--

◆その他特記事項・情報共有すべき事項

※どのような時(状態変化・長期欠席等)にケアマネジャーに連絡するか等を記載

◆地域支え合い【 】実施団体 留意事項

※継続利用要介護者に**状態変化があったとき**及び**長期欠席があったとき**は、要介護者の**担当ケアマネジャーに相談**する。

※**緊急時**(ケガ・病気等)には、**要介護者の担当ケアマネジャーに連絡**するとともに、**ご家族へも連絡**する。