

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4年10月

目次

総合事業窓口対応マニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

1	介護予防・日常生活支援総合事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・	3
2	周南市の総合事業及び対象者・・・・・・・・・・・・・・・・	3
3	受付窓口の心得・・・・・・・・・・・・・・・・	4
4	申請の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・	5
	(1) 事業対象者決定までの流れ（新規用）	
	(2) 事業対象者決定までの流れ（更新用）	
	(3) 事業対象者について	
	(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) 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	
	(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	
5	基本チェックリスト・・・・・・・・・・・・・・・・	10
	(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	
6	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について・・・・・・・・	11
7	関連様式・・・・・・・・・・・・・・・・	13
	・介護保険の申請案内基準	
	・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	

介護予防ケアマネジメントマニュアル・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

1	介護予防ケアマネジメントとは・・・・・・・・・・・・・・・・	19
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・・・・・・・・	19
3	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方・・・・・・・・	20
4	介護予防ケアマネジメントの概要・・・・・・・・	21
5	実施の手順・・・・・・・・	22
	(1) 概要	
	(2) 手順のポイント	
6	興味・関心チェックシートについて・・・・・・・・	25
7	報酬・・・・・・・・	26
	(1) 報酬単価	
	(2) 初回加算	
	(3) 委託連携加算	
8	区分支給限度額について・・・・・・・・	28
9	介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い・・・・・・・・	29
	(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	

10	利用者の移行方法と費用（要介護認定等⇔事業対象者）	30
	（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	
11	関連様式	35
	・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）	
	・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	

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。

介護予防・生活支援サービス事業		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)		【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	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 地域支え合い通所介護 短期集中通所介護	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	住民運営通いの場や地域 ケア会議等へのリハ職等 による助言等
※については、現行相当サービスです			

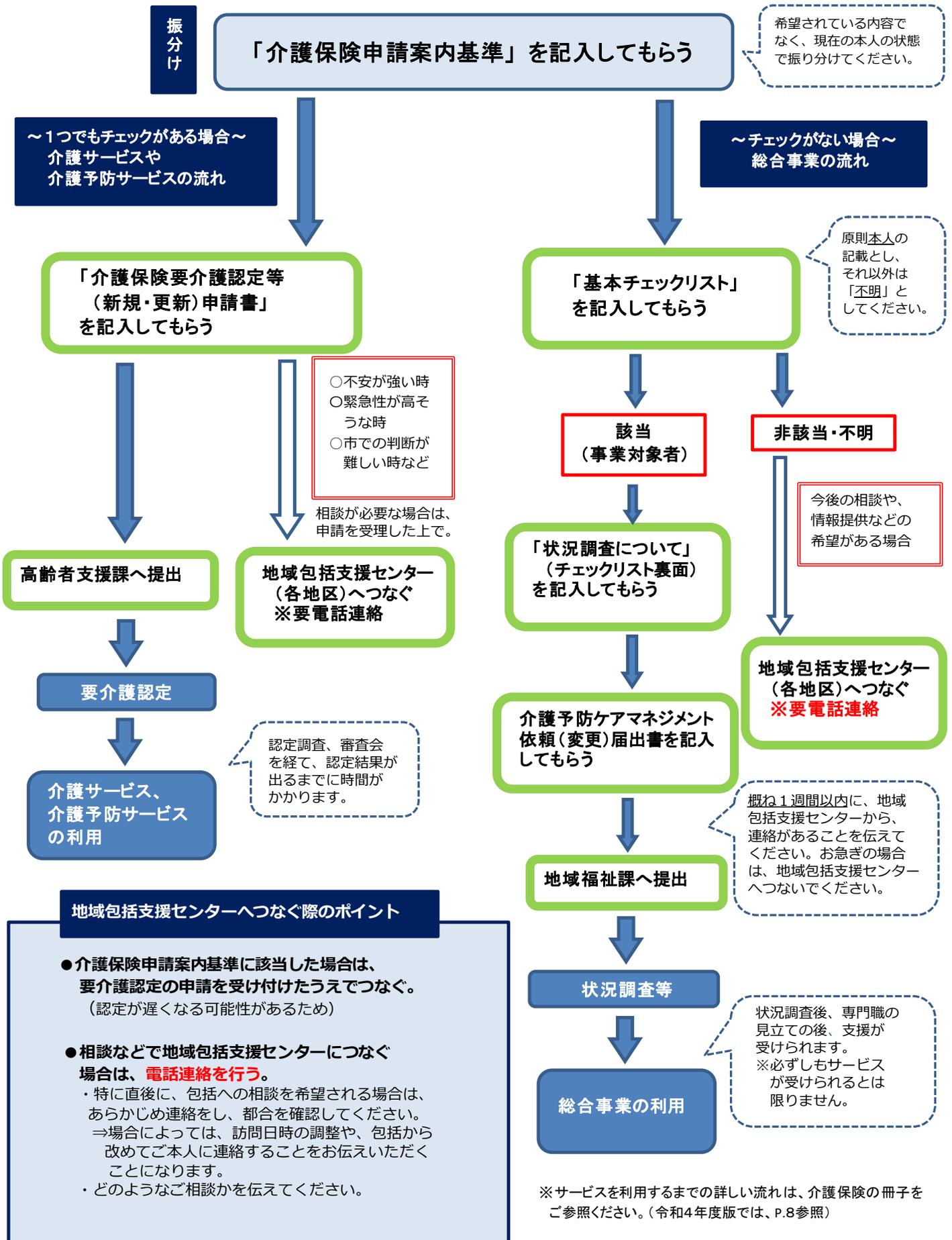
その他にも、生活支援体制整備事業、認知症施策総合推進事業等を実施し、多様な生活支援の充実や地域における支え合いの体制づくりを行っていきます。

3 受付窓口の心得

- ・受付では、対象者のサービス意向と身体状況に合わせて、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。
- ・判断に迷う場合は、最寄りの地域包括支援センターまたは地域福祉課にご相談ください。

4 申請の流れ

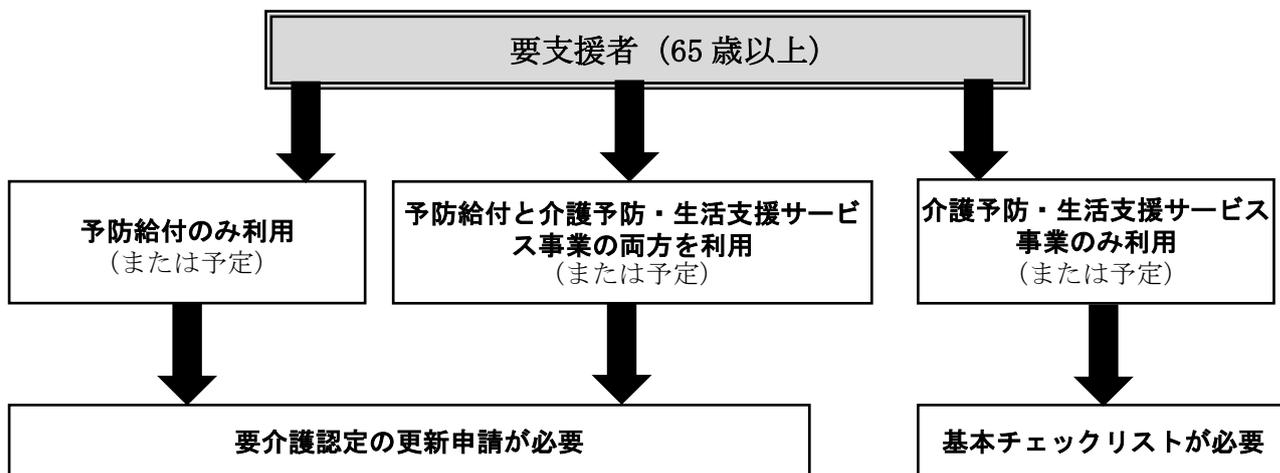
(1) 事業対象者決定までの流れ（新規用）



(2) 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）は介護予防・生活支援サービス事業の利用、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で判断す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、介護予防・生活支援サービス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

(3) 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

(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、相談の目的や必要と考えているサービスを聴き取ります。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、「**介護保険の申請案内基準**」で判断します。

(3) 総合事業の説明

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介護予防・生活支援サービス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、介護予防・生活支援サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること

※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につながります

※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」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

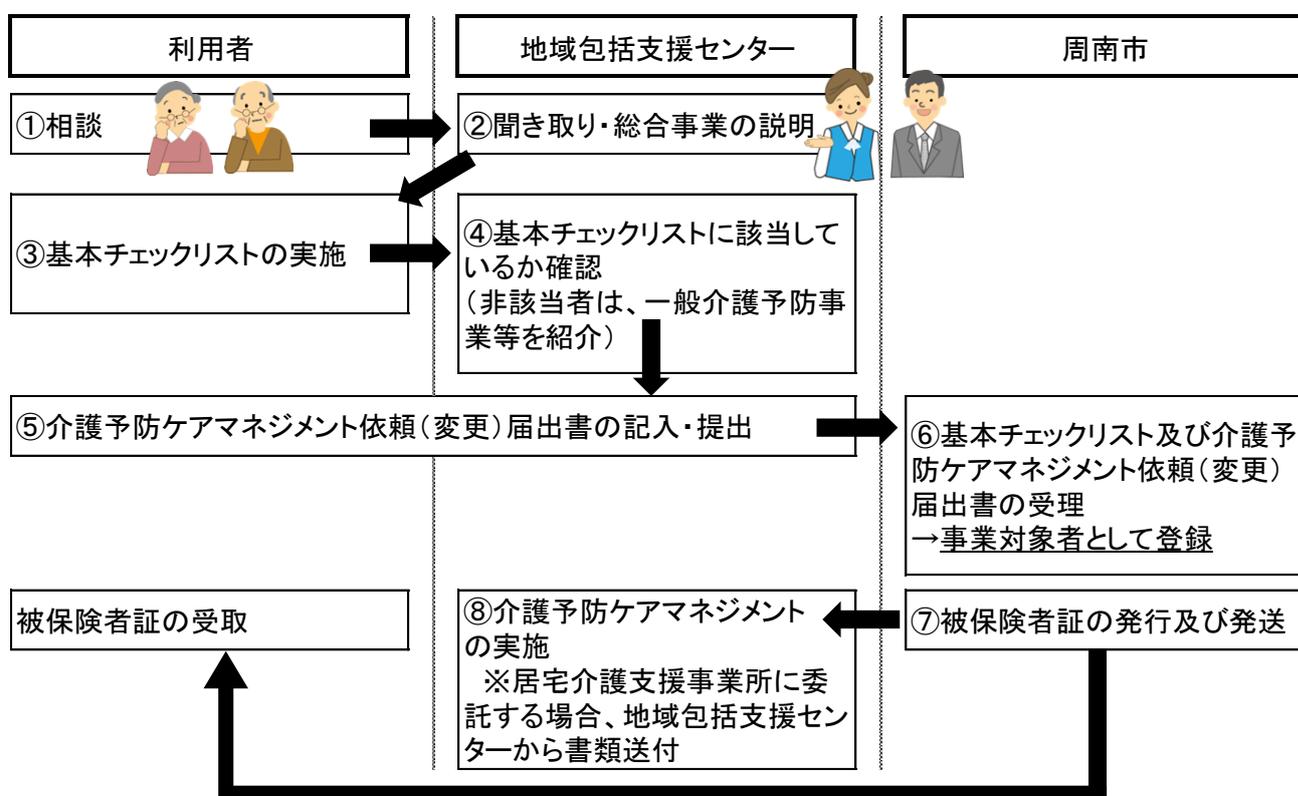
利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から援助を行います。

(5) 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】



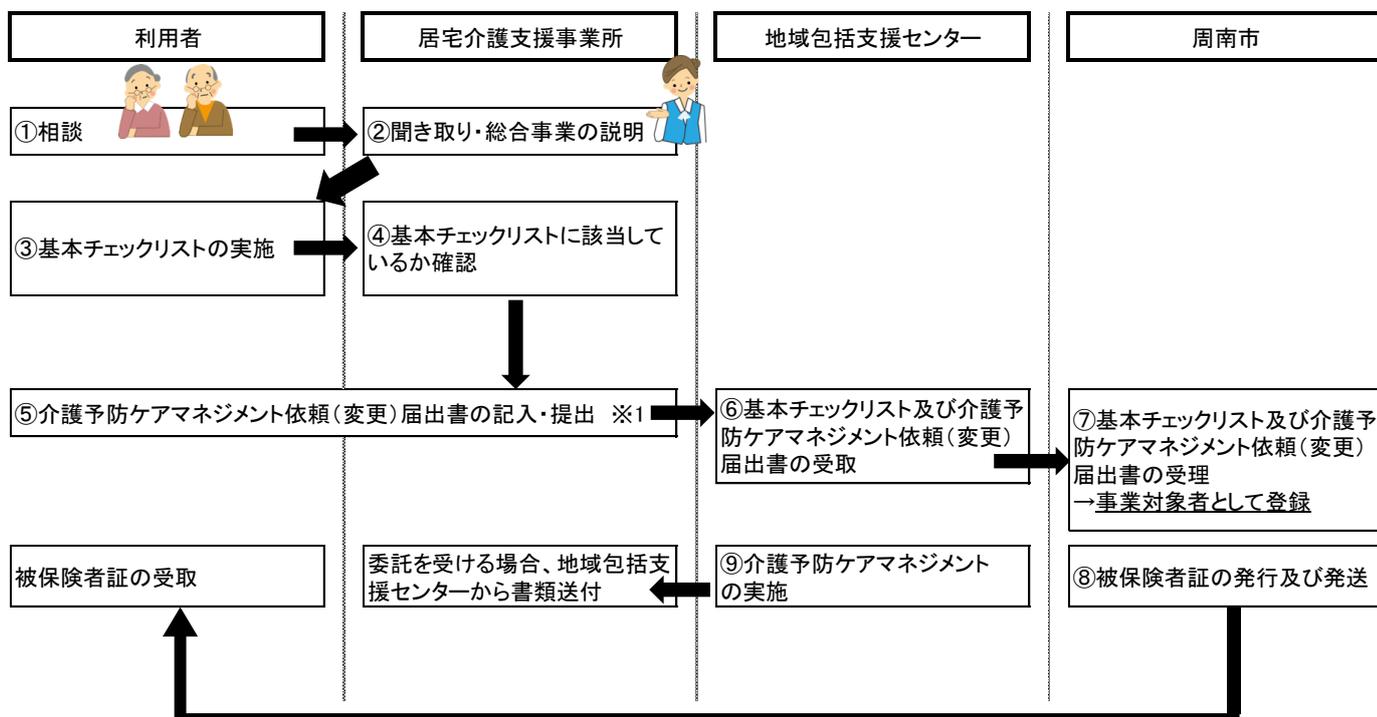
(6) 要支援者が事業対象者となる場合の相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

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、介護予防・生活支援サービス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、予防給付から介護予防・生活支援サービス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

5 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」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、一定期間介護予防・生活支援サービス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

6 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

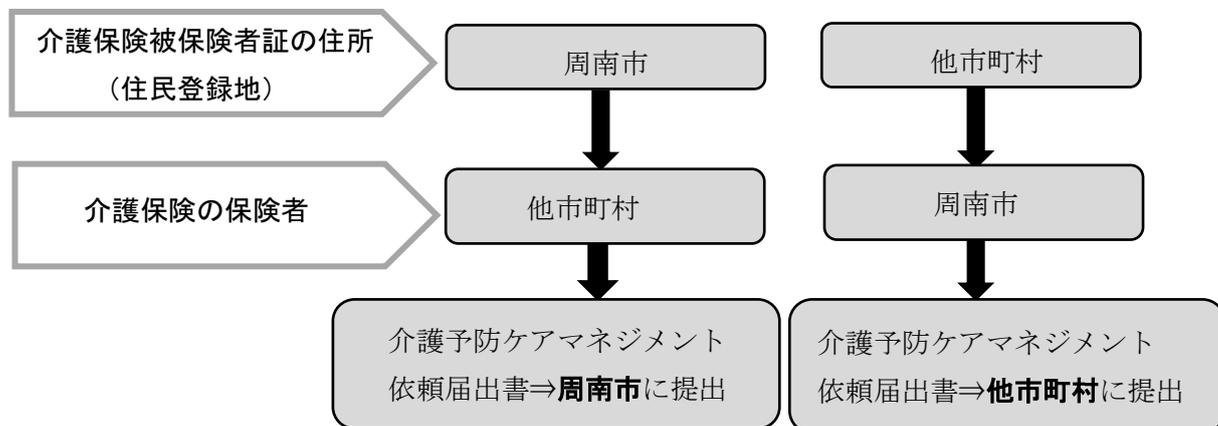
区分	必要な届出書
要支援者	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

（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

【参考】

総合事業を実施するにあたり、周南市に居住しているものの、「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。



※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。

介護保険の申請案内基準

下記の内容に1つでも☑がつけば、介護保険の申請を案内してください。

杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない場合
(車いすに乗っている、寝たきりであるなど)

認知症の悪化により日常生活に支障をきたしており、介護を必要とする場合
(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができないなど)

入浴や体を洗う行為が一人でできないために、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

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

自宅での移動や外出、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

家族の介護力の問題で、長期間の預かりの場を求めている場合

その他
(介護保険の申請を強く希望される方、デイサービスやホームヘルプ以外の介護予防サービスの利用希望がある方など)

本人の主訴 ()

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="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;">★の数 個</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2個以上</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	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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	

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区 分		窓口担当	所属	
新規・変更			氏名	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号		
フリガナ				
		生 年 月 日		性 別
		明・大・昭		男 ・ 女
		年 日 日		
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター				
地域包括支援センター名		地域包括支援センターの所在地		〒
		電話番号		
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。				
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地		〒
		電話番号 ()		
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等				
※変更する場合のみ記入してください。				
変更年月日 (令和 年 月 日付)				
周南市長 様 上記の地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 電話番号 ()				

- (注意) 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに周南市へ提出してください。
- 2 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。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

市 処理欄	入力		包括 送付	発行		発送
	チェックリスト	依頼届		被保険者証	負担割合証	

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

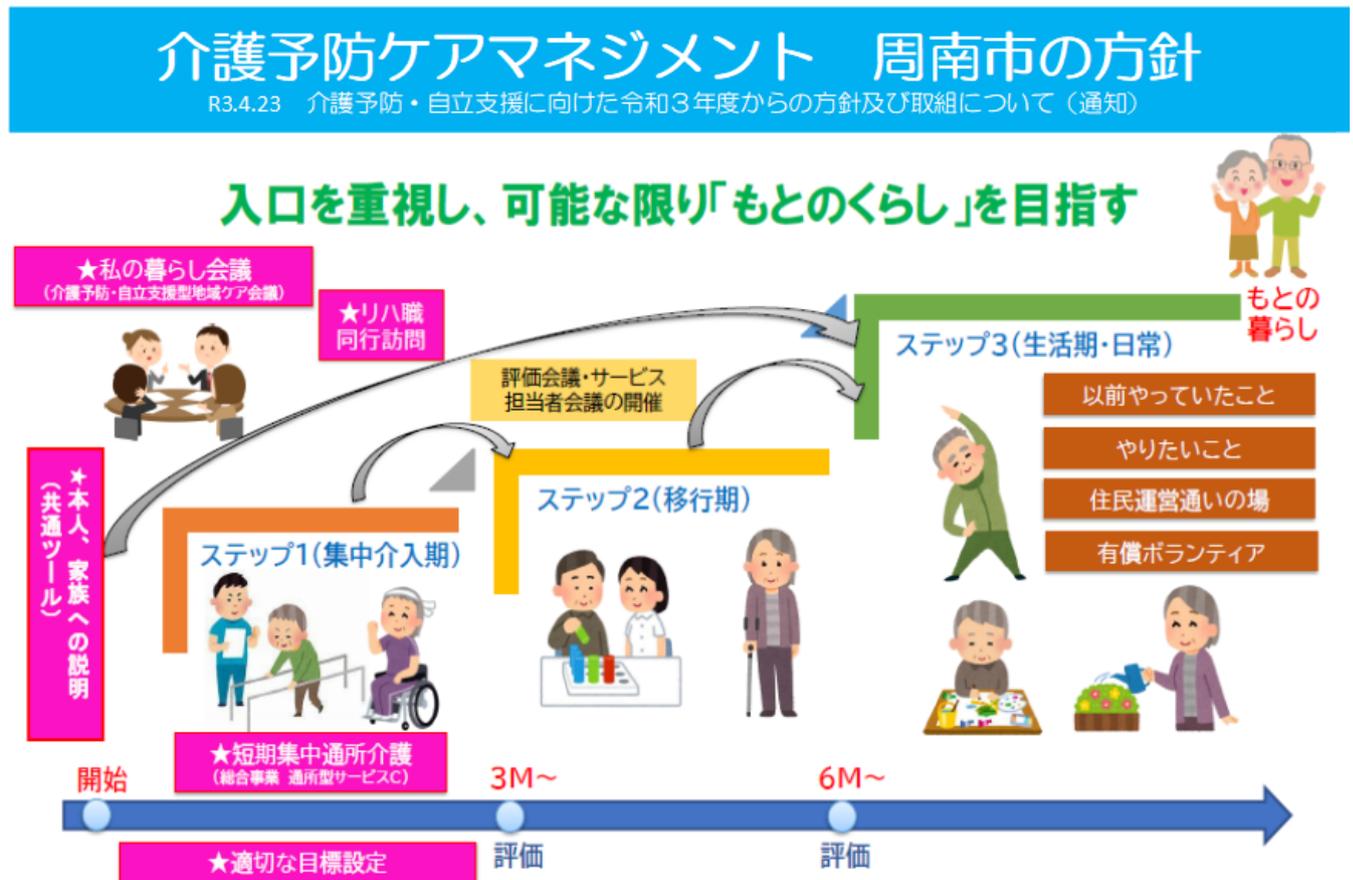
介護保険法第115条の45第1項に規定される「第1号介護予防支援事業」であり、**要支援者及び事業対象者**に対して、**介護予防及び日常生活支援**を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

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、要支援者や事業対象者のうち、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。



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、

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ
- ②要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする

ために、高齢者自身が**地域における自立した日常生活を送れるよう支援する**ものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

総合事業のケアマネジメントにおいては、対象者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。

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



より本人らしいケアプランを
つくりましょう！！

【ポイント】

- 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。

より**本人らしい**ケアプランの作成

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、予防給付の介護予防支援と同様、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	サービス種別	プロセス	計画作成者
ケアマネジメントA (原則的な介護予防 ケアマネジメント)	総合事業訪問介護・ 通所介護（現行相当サ ービス）、 短期集中通所介護（サ ービスC）	介護予防支援と同様の ケアマネジメント	地域包括支援センター （居宅介護支援事業所へ 委託可）
ケアマネジメントB (簡略化した介護予防 ケアマネジメント)	自立支援訪問介護・ 通所介護（サービスA）	プロセス等を簡略化し たケアマネジメント ※サービス担当者会議 を省略可 1年に1回のモニタ リング	地域包括支援センター （原則委託不可※）
ケアマネジメントC (初回のみ介護予防 ケアマネジメント)	地域支え合い訪問・ 通所介護（サービス B）、移動支援（サービ スD） 一般介護予防事業等	初回のみケアマネジメ ントを実施 ※ケアプランについて はケアマネジメント 結果として簡略可 ※私の計画表を作成	

※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

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。**興味・関心チェックシート**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（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

利用者へ交付すると共に、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は1年に1回は実施することとします。

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>【ポイント】</p> <p>○利用者の自宅に訪問して本人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> <div data-bbox="651 616 1474 965" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"><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」●興味・関心チェックシート●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>【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>○利用するサービス内容の選択</p> <ul style="list-style-type: none">・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。 <p>○ケアマネジメントCの場合はケアマネジメント結果（私の計画表）を作成します。</p> <div data-bbox="751 1671 1449 1899" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"><p>【帳票】</p><ul style="list-style-type: none">●介護予防サービス・支援計画書●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 ●家族やサービス提 供担当者などと共通 認識</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>○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。</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 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 </div>
<p>モニタリングと 評価</p>	<p>【ポイント】</p> <p>○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（ケアマネジメントA）。ケアマネジメントBは1年に1回は実施することとします。</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> <p>○新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断を行います。</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"> ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 </div>

6 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。

説明リーフレット「要支援者、事業対象者のみなさまへ」とあわせてご活用ください。

【手順】

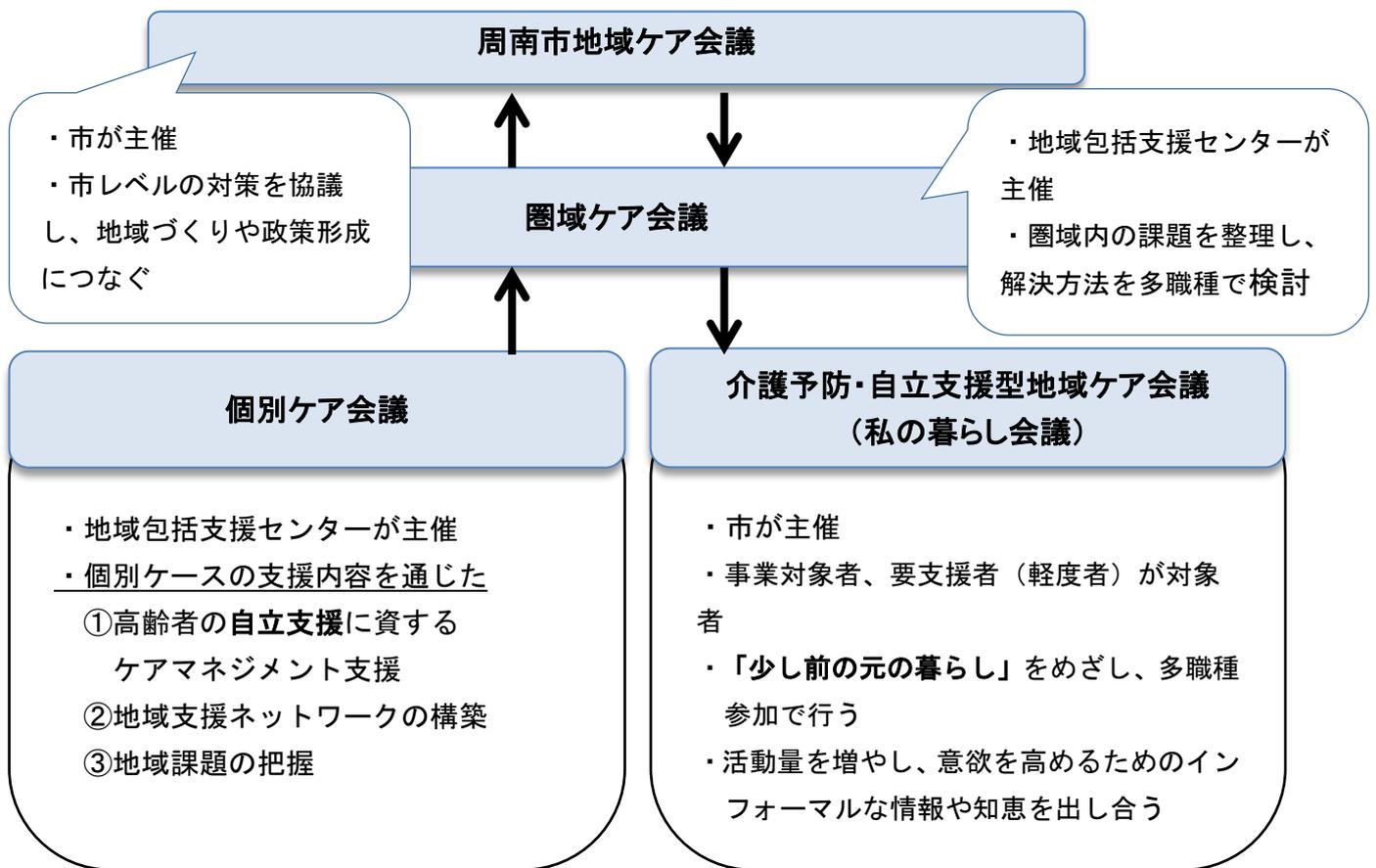
- (1) 現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入します。
- (2) 「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞きます。
してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入します。
- (3) 興味の有無を確認します。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入します。
- (4) いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入します。
- (5) シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、必要に応じて追記します。

【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



7 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	438 単位※ (4,471 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事業者より情報提供を受け、関与した時 		<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

(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	○	○

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	○

8 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。

9 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 要支援1 事業対象者	総合事業のみ	※1	ケアマネジメント費	A	国保連
		※2		B	周南市
		※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 短期集中通所介護

※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 (現行相当サービス)	A 2	総合事業指定事業者
	自立支援訪問介護 (サービスA)	(A 4) ※	
通所型サービス	総合事業通所介護 (現行相当サービス)	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

10 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。

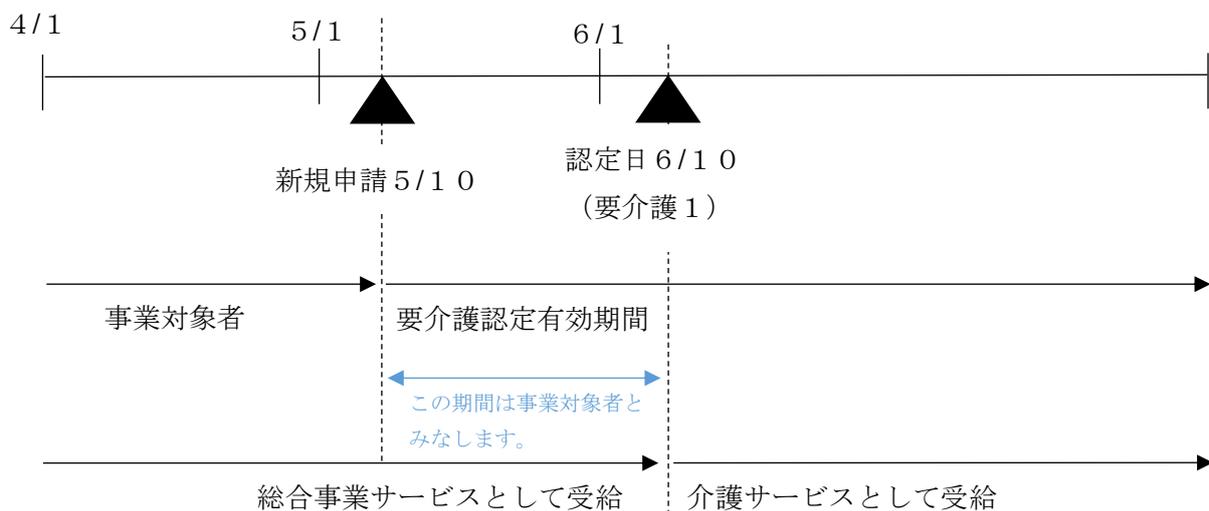
（2）【事業対象者→要介護者認定等】要介護認定等の申請中に総合事業サービスを受けている場合における費用

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）。

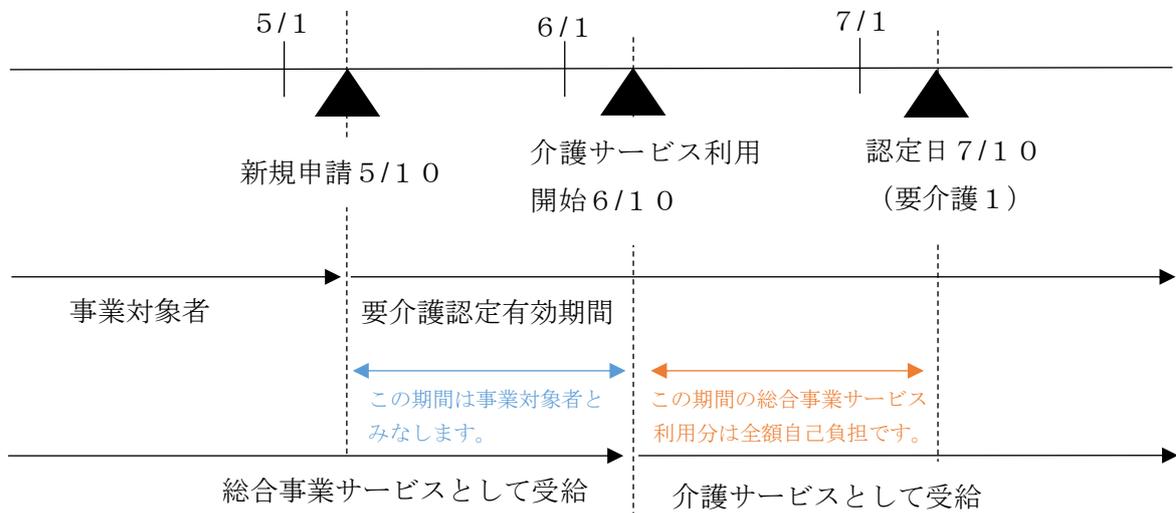
（例1）要介護1と認定結果が出るまでの間に総合事業の訪問型サービスを利用していた場合

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】



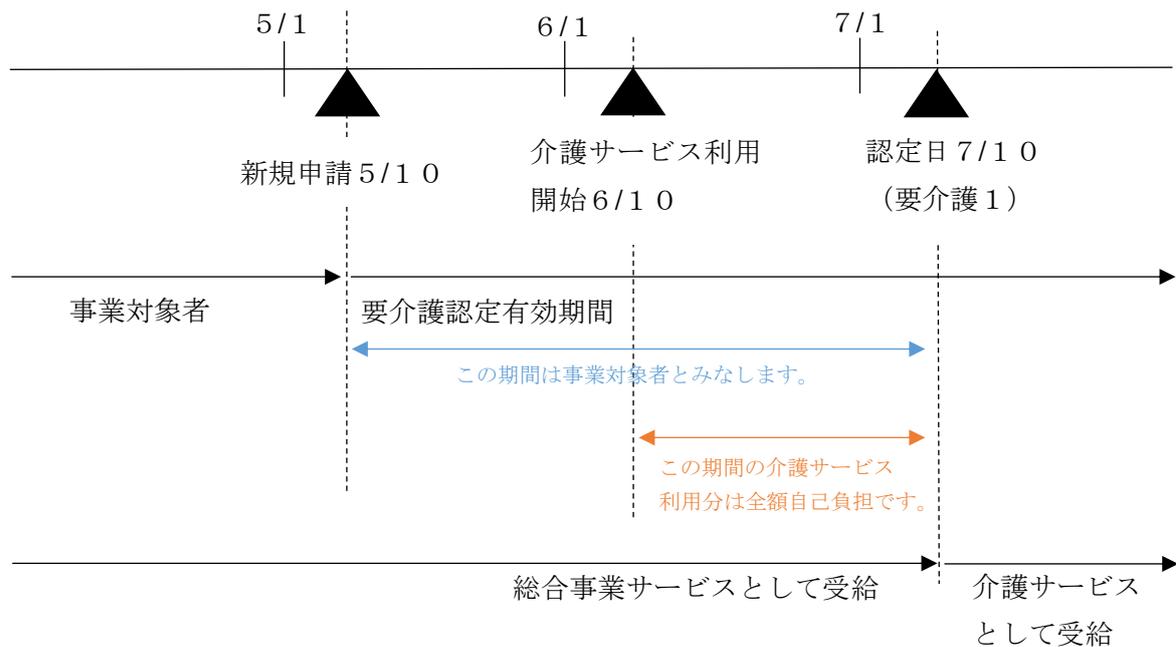
(例2) 暫定プランにより総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用しており、介護サービス利用を開始した日から要介護等認定者として取り扱う場合

【要介護申請と各サービス受給可能期間の例】



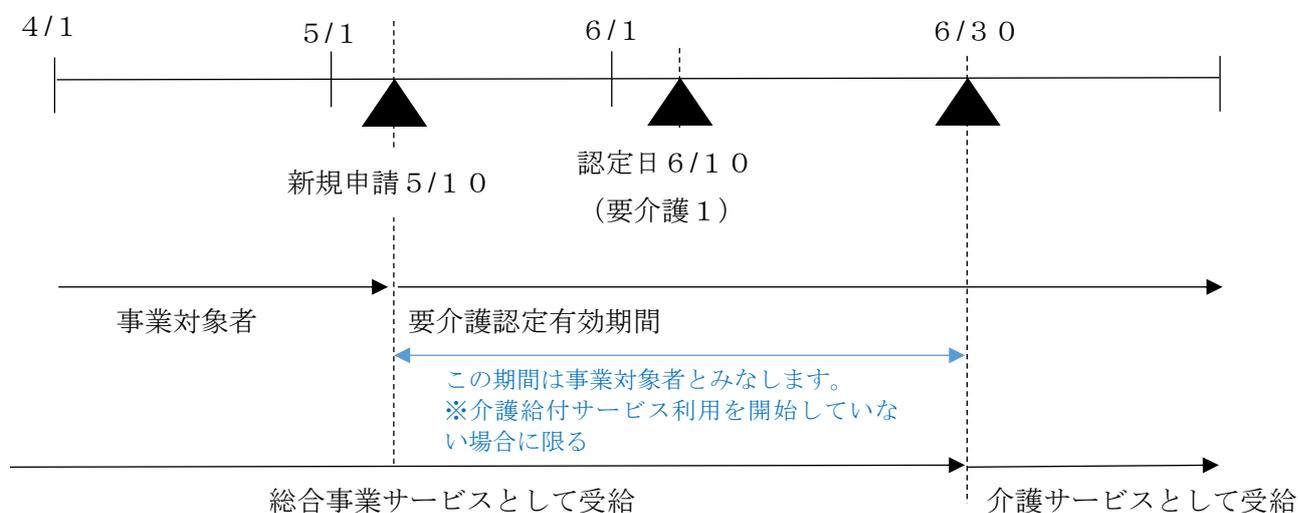
(例3) 暫定プランにより総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用しており、認定結果の出た日まで事業対象者として取り扱う場合

【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)

【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)

○ 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、迅速にサービス事業のサービス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、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできない。

(厚労省ガイドラインP72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

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、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事業により支給	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事業により支給

(厚労省ガイドラインP126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：下記のとおりのお取り扱いとなる。

本取扱いは、令和2年4月1日サービス提供分から開始し、終了については今後の国の取扱いの変更等や新型コロナウイルスの状況を踏まえ判断する。

内容	回答
通所型サービスの事業者が利用者宅等を訪問し、サービスを実施した場合の取扱いについて	<p>新型コロナウイルス感染防止拡大の観点から、居宅で生活している利用者宅や代替となる施設等において、通所サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した場合でも、通常の介護報酬を算定しても良いこととする。ただし、利用者本人への説明・同意、または利用者本人からの希望があった場合に限り、実施可能とする。なお、実施内容については介護支援専門員及びサービス提供事業所と利用者本人と協議（協議の方法は電話やメール等で構わない）の上で決定し、決定事項については文書等において記録しておくことが望ましい。</p>
事業所の判断で、休業を行った場合（サービスを提供しなかった）場合の月額報酬について	<p>総合事業訪問介護及び総合事業通所介護のサービスを提供する事業所が、月の途中から新型コロナウイルス感染症による休業を行った（サービスを提供しなかった）場合の月額報酬については、事業所指定効力の停止・解除に準じ、日割り計算とする。なお、ここでいう”休業”は、事業所自体を完全に閉鎖する場合のみならず、受け入れ規模の縮小や特定の曜日みのサービス停止といった部分的なものも含むこととする。</p> <p>※休業日に利用の計画がなかった利用者や、振替日にサービスを利用または居宅等においてサービスの提供を受けた等により、休業の影響を受けず、適切にサービスを提供されたと認められる利用者については日割り計算を行う必要はない。ただし、曜日の変更や代替サービス等の提案が利用者の承諾を得られずに、サービスの提供ができなかった場合においては日割り計算とする。</p>
利用者の判断で、サービスを拒否した場合の月額報酬について	<p>サービス提供日時や内容、定員等の変更をせずに、通常通りのサービス提供を行っている事業所において、利用者が自らの判断でサービス提供を拒否した場合（訪問の拒否やデイサービスを休む等）については、当初の月額報酬を算定する。</p>

<p>サービス担当者会議 について</p>	<p>新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、利用者本人や家族からの面会・訪問の拒否があった場合、会議の開催はせず、電話やメール等により、本人・家族の意向やサービス担当者の意見を確認することとする。なお、施設や事業所等の面会禁止の措置等も同様に、会議を開催しない理由として問題はないが、その場合においては利用者本人や家族からの承諾を得ること。収集した情報や意見は主に文書によりサービス担当者間で共有するとともに、開催できなかった理由や情報収集の方法について記録しておくことが望ましい。また、ケアプランへの同意の確認は、電話やメール等により行い、文書による同意は後日でも構わない。</p>
<p>訪問面接によるモニタリングと評価について</p>	<p>新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、利用者本人や家族からの面会・訪問の拒否があった場合、電話やメール等により状況を把握することとする。なお、施設や事業所等の面会禁止の措置等も同様の取扱いとして問題はないが、その場合においては利用者本人や家族からの承諾を得ること。モニタリング等の記録には、訪問できなかった理由や情報収集の方法について記録しておくことが望ましい。</p>

1 1 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



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	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=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 重篤対象者

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	支援計画										
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	<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
主治医同意書、転診結果、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】
 適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント _____

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

【署名】 _____
 地域包括支援センター _____
 【顔印】 _____

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 _____

～ いつまでも笑顔で自分らしく生活するための目標 ～

Blank box for name

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

Blank box for writing about current life concerns



●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。

Blank box for writing about hobbies and interests



●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

Blank box for writing support plans

自分で頑張れそうなこと

Blank box for writing things to do independently

備考欄

Blank box for additional notes

担当：

電話：

Blank box for contact information

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

市が実施する介護予防・生活支援サービス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 月 日間
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

平成 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）