

世田谷区

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル



令和7年4月改訂

高齢福祉部介護予防・地域支援課

世田谷区介護保険事業のケアマネジメント基本方針



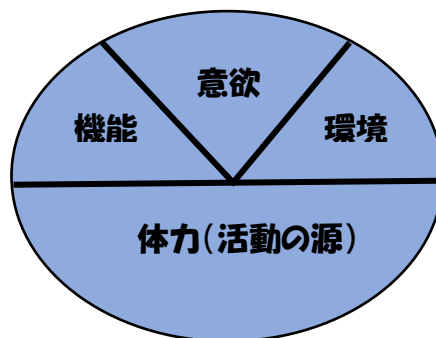
介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念を実現し、第9期計画の基本理念である「住み慣れた地域で支えあい、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を目指して、適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上を図る。

世田谷区の介護保険制度におけるケアマネジメントの必要事項

- ①利用者の「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を常に意識し、支援できる。
- ②利用者及びその家族等の意向を把握し、当該利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むために、その置かれている環境等に応じて必要な介護等を受けられるよう支援できる。
- ③ケアマネジメントのプロセスに沿って、アセスメント、ケアプランの作成及びモニタリングの考え方を十分に理解している。
- ④利用者へのアセスメントやモニタリングによるほか、介護サービス事業者等との連携により当該利用者の状況を十分に把握している。
- ⑤利用者及びその家族等のほか、医療職、介護職等の他の職種との協働・連携を図り、チームとして総合的に支援できる。
- ⑥研修、地域ケア会議、ネットワーク会議等への参加又は参画を通じて、事例検討及び課題の分析、地域課題の抽出、地域の社会資源に関する情報の集積に取り組むなど、自己研鑽に努めている。
- ⑦利用者の社会参加及び地域とのつながりを大切にし、当該利用者自身の役割、家族等による支援、地域の社会資源、介護サービス等を踏まえたケアプランを検討し、利用者及びその家族等へ提案できる。
- ⑧介護保険法をはじめとする関係法令等を遵守し、利用者又はその家族の個人情報を含む秘密を保持するとともに、関係機関と共有する必要がある場合においてはあらかじめ同意を得る等適切に取り扱う。
- ⑨地区・地域、職能団体、事業者団体における様々な活動への積極的な参加に努める。
- ⑩地域共生社会の実現を図るため、世田谷区版地域包括ケアシステムを理解し、利用者及びその家族において「8050問題」や「ひきこもり」、「ヤングケアラー」などの既存の制度では対応が難しい複合的課題を把握した場合には、包括的な支援が受けられるよう関係機関と連携する。
- ⑪「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の考え方を理解し、支援ができる。
- ⑫自然災害や感染症の発生時に、世田谷区や介護サービス事業者等と連携して利用者や家族への支援を継続できるよう日ごろから備えている。

自立支援の基本の

き！



* 基本は体力

(規則的で、外出する習慣のある生活が体力・知力の低下を防ぐ。)

* 体力の次に大事なのが意欲

(他者との交流や役割のある生活が諦めや孤立を防ぐ。)

* 機能、環境を整える

(日常生活の中で抱える支障を把握し、調整することで、本人の自己実現(自立)につながる。)

介護予防ケアマネジメントマニュアルの位置づけについて

本マニュアルは、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）」が国の一律の基準のサービスから、地域の実情に応じて区市町村が実施していく事業に見直していくという主旨を踏まえ、世田谷区における介護予防ケアマネジメントについて、あんしんすこやかセンターの職員や再委託先の居宅支援事業所の介護支援専門員が取り組む際の手引書として活用できるよう作成した。

区が新しい総合事業の開始を平成２８年４月と決定後、あんしんすこやかセンター、居宅介護支援事業所、総合支所保健福祉課の職員、介護保険課の職員をメンバーとする、「介護予防ケアマネジメント検討会」（平成２７年１月～平成２７年３月）において、議論を重ね、現場の意見を反映し、平成２８年３月に完成した。

総合事業では、効果的な介護予防ケアマネジメントによる要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進を目指していくことが重要である。相談からアセスメント、ケアプランの作成、評価という一連の流れの中に、高齢者が、単にできないことをしてもらうための支援ではなく、自身でできることを維持又は増やすことができるような支援を考えていくことが、自立支援に基づくケアマネジメントである。

本マニュアルは、平成２８年度以降、自立支援に資するケアマネジメントを目指し、あんしんすこやかセンターによる実践の積み重ねや区として実施するあんしんすこやかセンターへの巡回による介護予防ケアマネジメントケアプランの確認、介護予防ケアマネジメント研修等の評価を踏まえ、よりわかりやすく、また高齢者自身による取組や地域のインフォーマルサービスの活用などについて内容を追加し、自立支援の取組につながるものとなるよう改訂を行ってきた。

区が、第９期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の理念に掲げる「住み慣れた地域で支えあい、自分らしく暮らし続けられる地域社会の実現」のため、ケアマネジメントに関わるすべての職員が自立支援につながる介護予防ケアマネジメントを理解するとともに、介護予防ケアマネジメントの質の向上を目指し、その実務を進めていく一助として本マニュアルを活用していただきたい。

目 次

介護予防ケアマネジメントマニュアルの位置づけについて

I 介護予防・日常生活支援総合事業について

- 1. 背景と現状 … 1
- 2. 介護予防・日常生活支援総合事業の創設 … 4
- 3. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者 … 4
- 参考 介護予防・日常生活支援総合事業の構成 … 5

II 介護予防ケアマネジメントとは

- 1. 介護予防ケアマネジメントとは … 6
- 2. 介護予防ケアマネジメントの実施手順とポイント … 7
 - (1) ケアマネジメント A … 7
 - (2) ケアマネジメント B … 10
 - (3) ケアマネジメント C … 11
- 参考 国際生活機能分類（ICF）について … 13

III 介護予防ケアマネジメントの実際

- 1. 介護予防ケアマネジメントを進めるためのポイント … 14
- 2. 相談からケアマネジメントのフロー図 … 16
- 3. 相談受付（あんしんすこやかセンター） … 17
- 4. 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（チェックリストの実施） … 18
- 5. アセスメント（課題分析） … 19
- 6. ケアプラン原案の作成 … 20
 - (1) 具体的な方法 … 20
 - (2) 目標の設定 … 20
 - (3) サービス内容の選択 … 20
 - (4) プランの有効期限 … 21
- 7. サービス担当者会議 … 21
- 8. ケアプランの本人同意と交付 … 21
- 9. サービスの利用 … 21
- 10. モニタリング・評価 … 21
- 11. ケアプランの変更について … 22
- 12. 目標達成した場合・事業対象者や介護認定が非該当なった場合 … 22
- 13. 健康応援ノート（介護予防手帳）について … 22
- 14. 記録について … 23

IV 介護予防ケアマネジメントの類型と実施

1. 介護予防・生活支援サービス事業の内容	… 2 4
(1) 訪問型サービス	… 2 4
(2) 通所型サービス	… 2 5
2. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	… 2 6
3. 具体的な介護予防ケアマネジメントの実施方法	… 2 7
(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）	… 2 7
(2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）	… 2 9
●（地域デイサービス継続利用要介護者）のケアマネジメントについて	… 3 1
(3) ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）	… 3 3
4. サービスの併用	… 3 4
① 訪問型サービス	… 3 4
② 通所型サービス	… 3 5
5. インフォーマルサービスの利用について	… 3 5
ポイント 自分のプランをチェックしてみましょう。	… 3 7

V 事務手続き

1. 事業対象者の介護予防ケアマネジメント実施時の事務手続きの流れ	… 3 8
2. 要支援者の介護予防ケアマネジメント実施時の事務手続きの流れ	… 3 8
3. 事務手続きフロー（あんしんすこやかセンター）	… 3 9
4. 事業対象者の有効期間 事業対象者の更新	… 3 9
5. 介護予防ケアマネジメント依頼届の提出について	… 4 1
・注意すべき事項	… 4 2
・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）代理提出	… 4 3
6. 介護予防ケアマネジメント費の考え方	… 4 3
・初回加算の算定要件、委託連携加算の算定要件	… 4 4
7. 区分支給限度額	… 4 5
8. 介護予防ケアマネジメント費の請求	… 4 6
・ケアマネジメントBの請求のタイミング	… 4 6
・地域デイサービス継続利用要介護者の請求について	… 4 7
① 総合事業のケアマネジメント費の請求の流れ	… 4 7
② 総合事業のケアマネジメント費の請求の流れ（住所地特例（都外））	… 4 7
9. 利用者負担軽減制度	… 4 8
10. その他	… 4 9
(1) 区分変更による請求	… 4 9
(2) 利用者自己負担	… 5 0
(3) 介護保険料未納の方への対応	… 5 0
(4) 転居等に伴う請求	… 5 1
(5) 制度改正	… 5 1

VI 再委託について

1. 再委託の基準について	… 5 2
2. 居宅介護支援事業所へ委託する場合のプロセス	… 5 3

参考	介護予防ケアマネジメント業務の委託における帳票の取り扱い	… 5 4
----	------------------------------	-------

VII. 住所地特例

- | | | |
|----|--------------------------------|-------|
| 1. | 要支援認定者等の居住場所及び保険者と担当ケアマネジャーの関係 | … 5 5 |
| 2. | 介護予防サービス計画作成依頼届等の提出からの流れ | … 5 5 |

注意点等	… 5 6
------	-------

VIII 帳票・様式等

介護予防ケアマネジメント使用帳票・様式一覧	… 5 7
-----------------------	-------

受託事業者へ提供するケアマネジメント関連帳票・様式 早見表	… 5 8
-------------------------------	-------

●帳票・様式

帳票 1	総合事業紹介 チェックシート（必要時使用）	… 5 9
帳票 2	総合事業受付票 および 考え方（必要時使用）	… 6 0
帳票 3	基本チェックリスト 記入例・ 考え方	… 6 3
帳票 4	興味・ 関心チェックシート	… 6 7
帳票 5	二次アセスメントシート 記入要領、聞き取り方	… 6 8
様式 6	介護予防サービス・支援計画書 （例）（ケアマネジメント結果等記録表）	… 8 0
様式 7	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（例）	… 8 1
様式 8	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（例）	… 8 2
専様式 1	サービス利用申込書	… 8 3
専様式 1	支えあいサービス 個別連絡票	… 8 4
専様式 1	専門職訪問相談 個別連絡票	… 8 5
専様式 5	専門職訪問相談 評価結果連絡票	… 8 6
専様式 1	地域デイサービス 個別連絡票	… 8 7
帳票 9－1	地域デイサービス継続利用要介護者用 支援計画表 （専様式 2）	… 8 8
専様式 2	介護予防筋力アップ教室 個別連絡票	… 8 9
専様式 3－①	介護予防筋力アップ教室 体力測定&交流会申込書	… 9 0
専様式 3－②	介護予防筋力アップ教室 評価結果連絡票	… 9 1
帳票 9－2	介護予防・日常生活支援総合事業 モニタリング記録表	… 9 2
様式 10	経過記録表	… 9 3
●依頼（変更）届		… 9 4
居宅サービス計画作成、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 および提出にあたっての注意点、介護認定同時申請記入説明、継続 利用要介護として総合事業サービス利用時の記入説明、訂正用記入説明		
●その他		… 1 0 0
事故報告書		

IX 参考資料

●資料

1. 世田谷区介護保険事業のケアマネジメント基本方針	… 1 0 2
2-1. ICFからみた介護予防のアセスメントの視点例	… 1 0 8
2-2. 対象者を把握する（強み・弱みシート）	… 1 0 9
3. 総合事業のサービスと利用する高齢者の状態像	… 1 1 0
4. サービス利用のモデル事例	… 1 1 2
5. 介護予防筋力アップ教室 参加までの流れ（医師に判断を仰ぐ対象者の基準）	… 1 1 5
6. 「介護予防筋力アップ教室」の傘下について確認のお願い	… 1 1 6

●契約に関する資料

契1. 介護予防支援等契約書(世田谷区 案)	… 1 1 8
契2. 【契約書別紙】（世田谷区 案）	… 1 2 3
契3. 介護予防支援等重要事項説明書（世田谷区 案）	… 1 2 4
契4. 介護予防支援業務委託契約書（世田谷区 案）	… 1 2 9
参考1 代理受領委任状	… 1 3 4
契5. 介護予防ケアマネジメント説明書（ケアマネジメントB用）	… 1 3 5
契6. 事業委託の再委託申出書（案）	… 1 3 7
契7. 指定密着型通所介護事業等集団指導資料一部抜粋	… 1 3 8
契8. 電算処理の外部委託基準 別紙	… 1 3 9
参考2 個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項	… 1 4 2

I 介護予防・日常生活支援総合事業について

介護予防・日常生活支援総合事業について

1. 背景と現状

いわゆる団塊ジュニアが65歳以上となる2040年（令和22年）に向け、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想される中、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、介護、医療、予防、生活支援及び住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの推進が課題とされている。

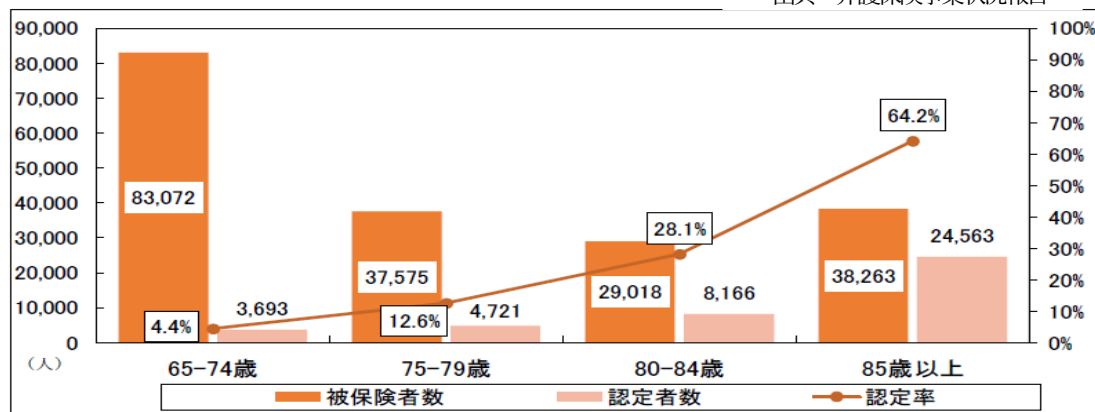
また、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的なケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進に取り組む必要がある。

全国的に80歳を超えると、要介護認定者数、要介護認定率が増加する傾向にあり、世田谷区も同様の傾向となっている。（図1）

図1

第1号被保険者の年齢階層人数・認定者数・認定率（令和4年度）

出典：介護保険事業状況報告

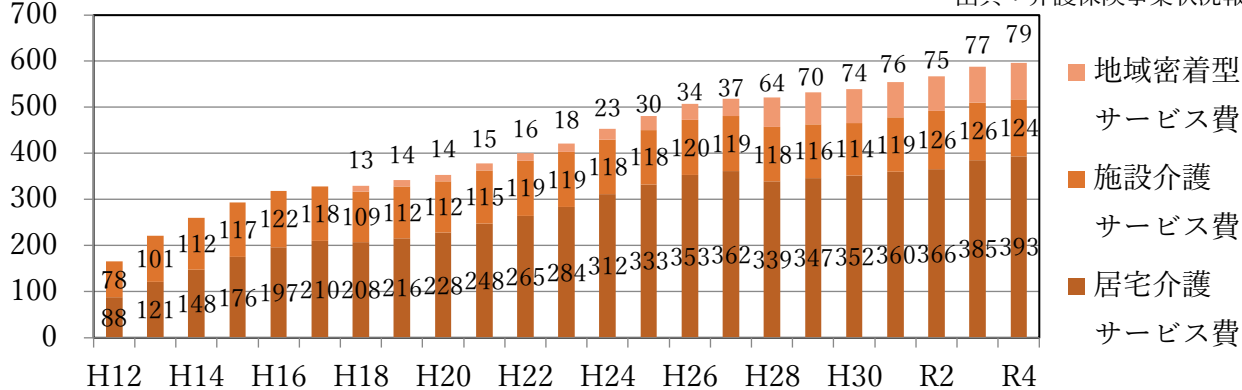


また、高齢者人口の増大や後期高齢者数の伸び等から、介護保険のサービス給付費は年々増加しており介護保険のサービス給付費は制度開始時のH12年の約3.6倍になっている。（図2）

図2

介護保険サービス給付費の推移

出典：介護保険事業状況報告



※ 介護給付費と予防給付費の合計

このような状況の中、地域支援事業が創設され、平成18年度から全国の市町村で実施されてきたが、二次予防事業対象者の把握が進まないことや、二次予防事業対象者の参加率が低いことが課題であった。

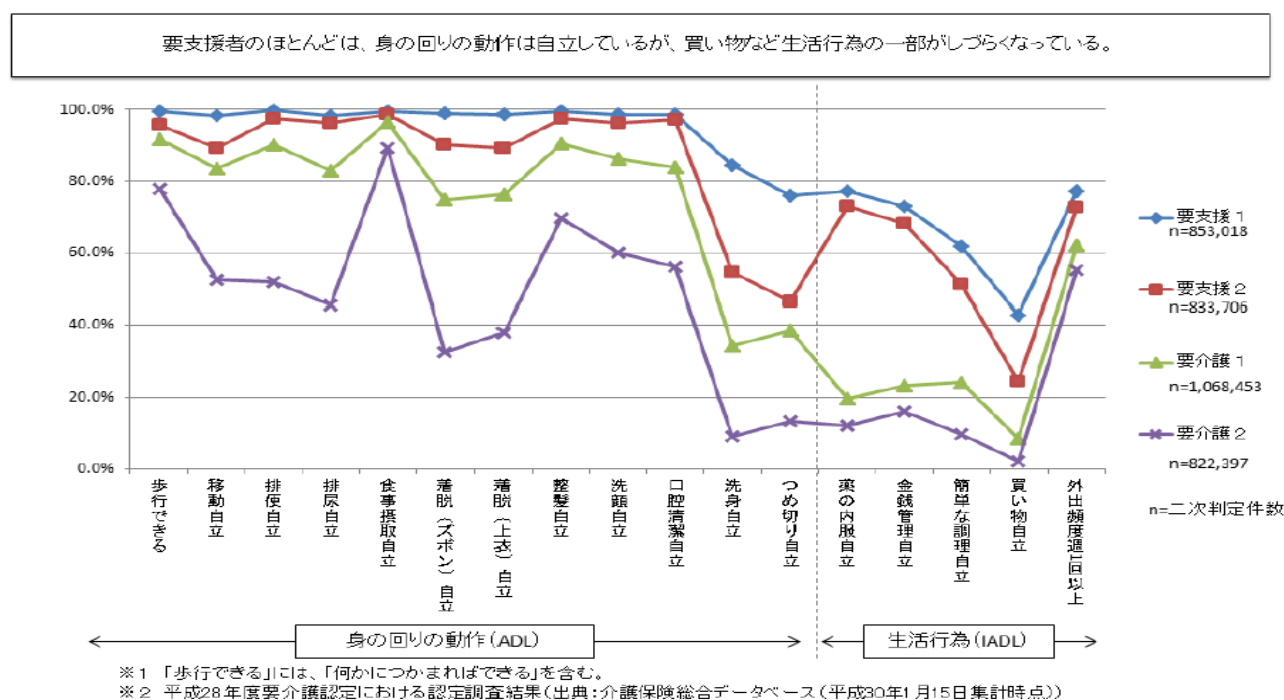
このため国は、対象者の把握方法の変更や、平成24年度の法改正で地域支援事業に介護予防・日常生活支援総合事業を創設し、地域の多様な資源を活用して高齢者の参加機会や役割の創出を図りつつ、効果的な介護予防事業を推進するという考え方を示すなど、さまざまな方策を講じてきた。しかし、事業を実施する自治体も少なく、事業の見直しを行う中で、要支援認定者の状態像や本当に必要な支援、つなぎ先等の課題が明確になってきた。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新しい総合事業」という）の対象となる要支援相当者の状態像は、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）は自立していることが多いことが国の調査でわかってきた（図3）。このような要支援相当者の状態を踏まえると、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで自立意欲の向上につなげていくことが期待されている。

また、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことも重要である。60代、70代の高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが高齢者の介護予防につながっていくと考える。

図3

要支援1～要介護2の認定調査結果



出典：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン 厚生労働省

<地域包括ケアシステムの推進に向けて>

高齢化が進展する中で、高齢者のライフスタイルや生活意識、ニーズ等がさらに多様化していくことが予測される。高齢期を迎えても、それぞれの方が、全世代を支える側として豊富な経験や知識、特技等を地域社会に活かす環境づくりとともに、互いに助け合い、支えあう、参加と協働の地域づくりを推進していく必要がある。一方、要介護者が増加する中で、介護・医療等の支援を必要とする高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で個人の尊厳やその人らしい生き方が尊重され、自立し、安心して生活していくことができるよう、区民、事業者と連携・協働して、高齢者の地域生活を支える「地域包括ケアシステム」の推進を目指していくことが必要である。

◎地域包括ケアの地区展開

図4

地域包括ケアシステムの「植木鉢」

図4は地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら一体的に提供される姿として図示されている。

国は団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括システムを推進するとした。地域包括ケアシステムでは地域生活を継続する際に重視される本人の選択や地域生活を継続する基礎になる、本人・家族の心構え、生活の基盤となる住まいやその他の要素が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として示された。



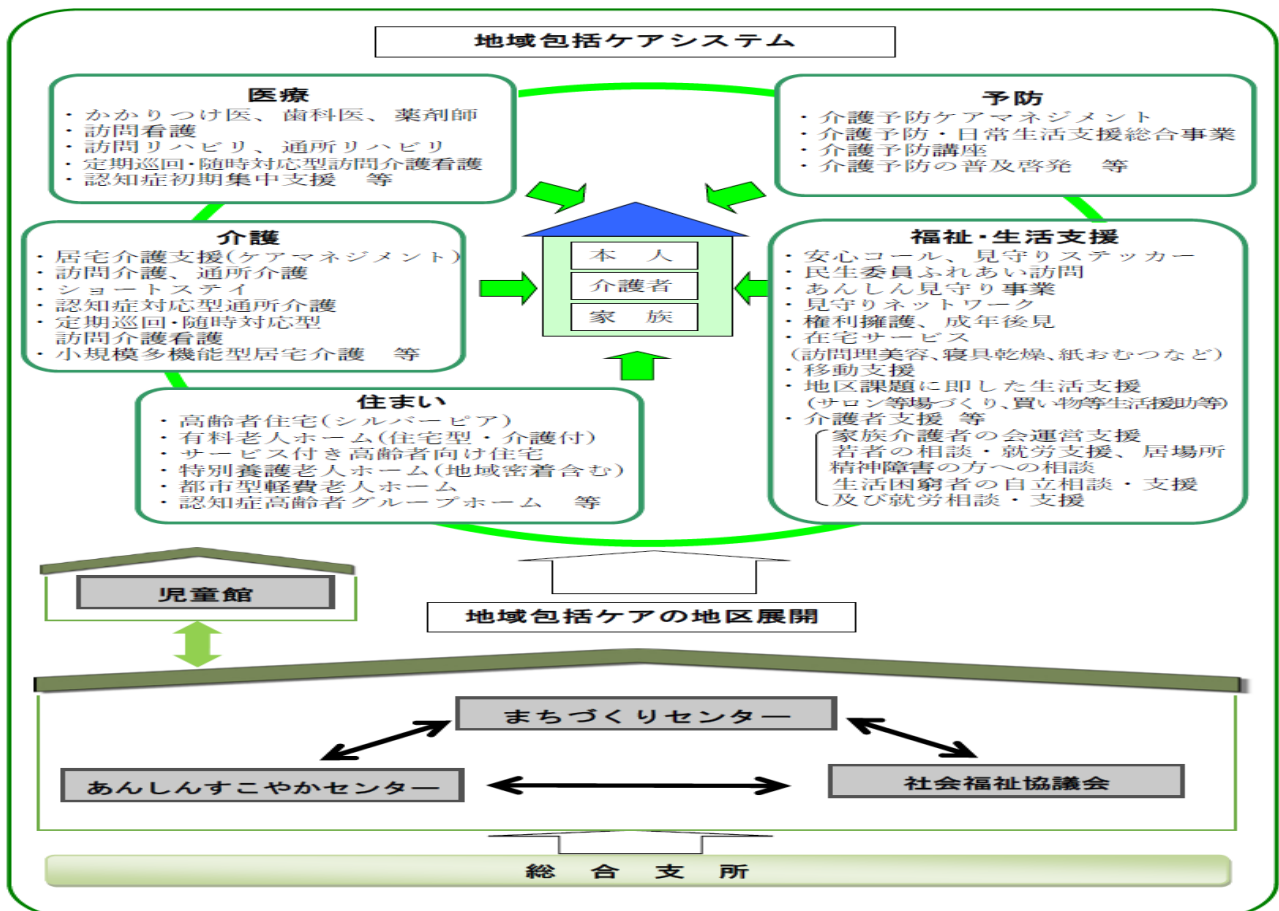
出典：厚労省 平成28年3月地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

区では「誰一人取り残さない 世田谷をつくろう」を基本方針とする「地域保健医療福祉総合計画」において、高齢者だけでなく、障害者や子育て家庭等も含めて世田谷版地域包括ケアシステムを推進する、としている。

地域包括ケアシステムの推進にあたり、身近な地域での相談・支援の強化や地域資源の開発に取り組むこととし、まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター、社会福祉協議会に児童館を加えた4者が連携して取り組む地域包括ケアの地区展開を図っていく。（図5）

図5

支援が必要な高齢者等への包括的支援のイメージ図



出典：第9期世田谷区 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 世田谷区2024

2. 介護予防・日常生活支援総合事業の創設

総合事業は、これまで予防給付として提供されていた全国一律の訪問介護及び通所介護を、地域の実情に応じて多様な生活支援ニーズに応えるサービスを総合的に提供できる仕組みに見直すもので、これまでのような介護事業者によるサービスや、地域の実情に応じて、NPO や住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する支援を効果的に進めていくことを目指している。

総合事業は、要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」（法第115条の45第1項第1号）と第1号被保険者に対して介護予防等の普及啓発を行う「一般介護予防事業」（法第115条の45第1項第2号）からなる。

これにより、これまでの訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具貸与等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続するが、訪問介護や通所介護、介護予防事業を利用する場合にはあんしんすこやかセンターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、新しい総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスを利用することになった（要支援者は新しい総合事業と予防給付によるサービスは組み合わせることができる）。また、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に該当し、「介護予防・生活支援サービス事業の対象者」（以下、「事業対象者」と言う。）として迅速にサービス利用を利用することも可能になった。なお、第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定申請を行う。

*介護保険法改正により、令和6年4月からあんしんすこやかセンターのほか、指定居宅介護支援事業者も指定を受けて介護予防支援事業を実施できることになったが、介護予防ケアマネジメントを実施できるのはあんしんすこやかセンターのみとなる。（あんしんすこやかセンターから委託を受けた場合を除く。）

3. 介護予防・日常生活支援総合事業対象者

①介護予防・生活支援サービス事業

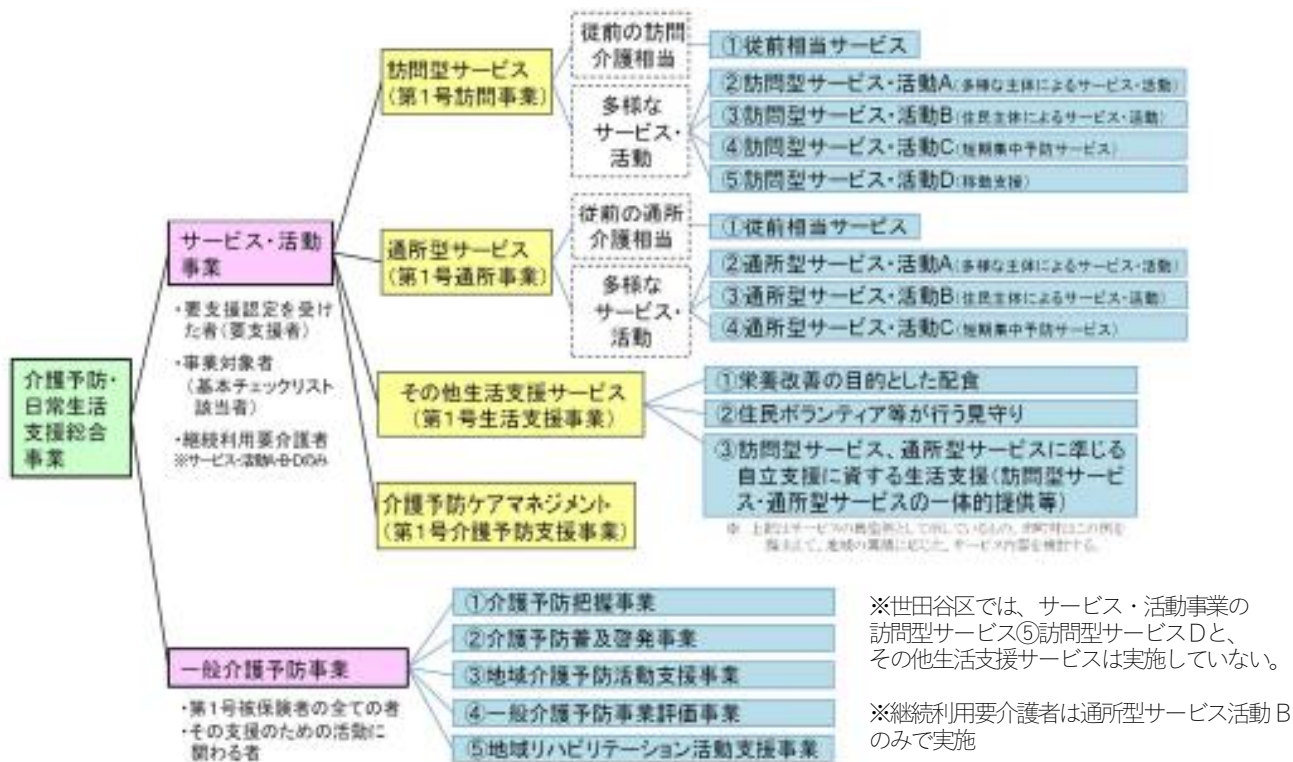
要支援認定者（第2号被保険者含む）、及び基本チェックリストの実施により事業対象者に該当した者。

※第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う。

②一般介護予防事業

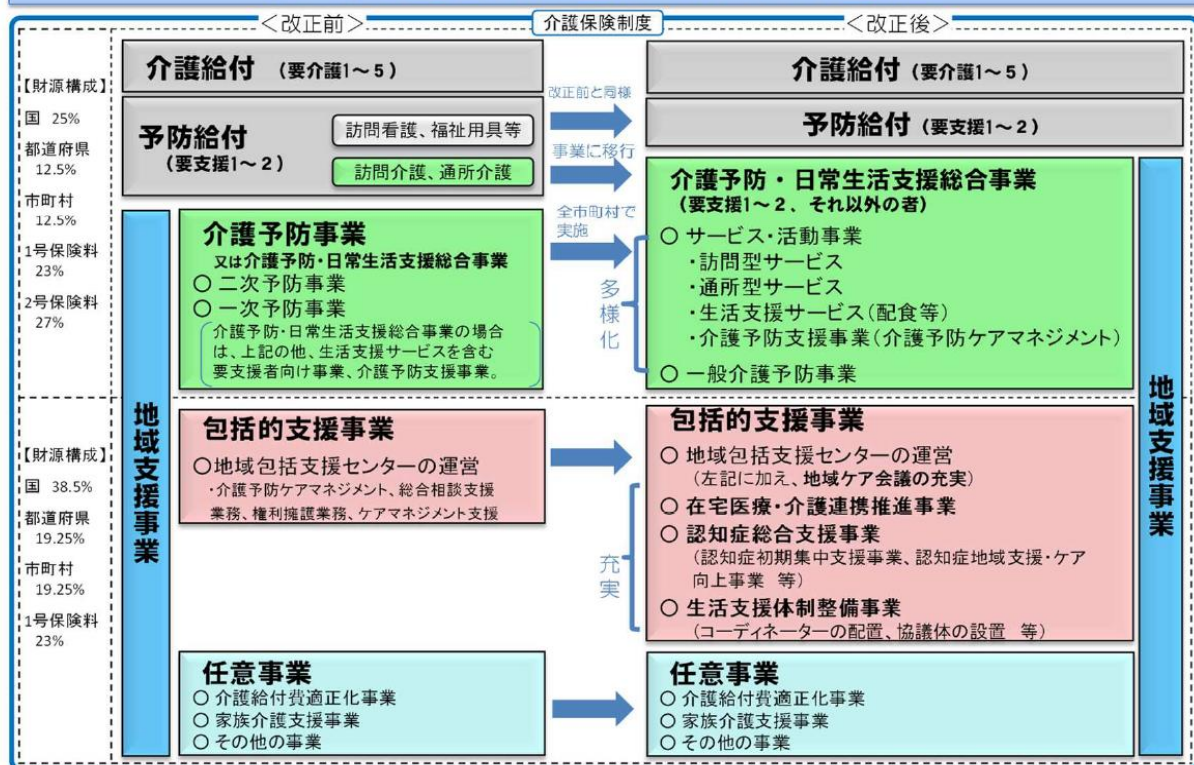
第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

介護予防・日常生活支援総合事業の構成



出典：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン 厚生労働省 2024

【参考】地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



出典：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン 厚生労働省 2024

II 介護予防ケアマネジメントとは

1. 介護予防ケアマネジメントとは

(1) 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは居宅要支援被保険者等（※1）に対して介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じて、利用者本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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ある。

（要支援者で予防給付を受けている者や、予防給付とサービス・活動事業を併用している場合は介護予防ケアマネジメントでなく、介護予防支援を実施する。また、令和6年4月から介護予防支援は、区の指定を受けた介護予防支援事業所へ要支援者が直接介護予防サービス計画の作成を依頼できるようになった。）

（※1）居宅要支援被保険者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く）と基本チェックリストの記入内容が事業対象者の基準に該当したもの（以下「事業対象者」という。）

(2) 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、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて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する。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たせる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、「心身機能」「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ある。

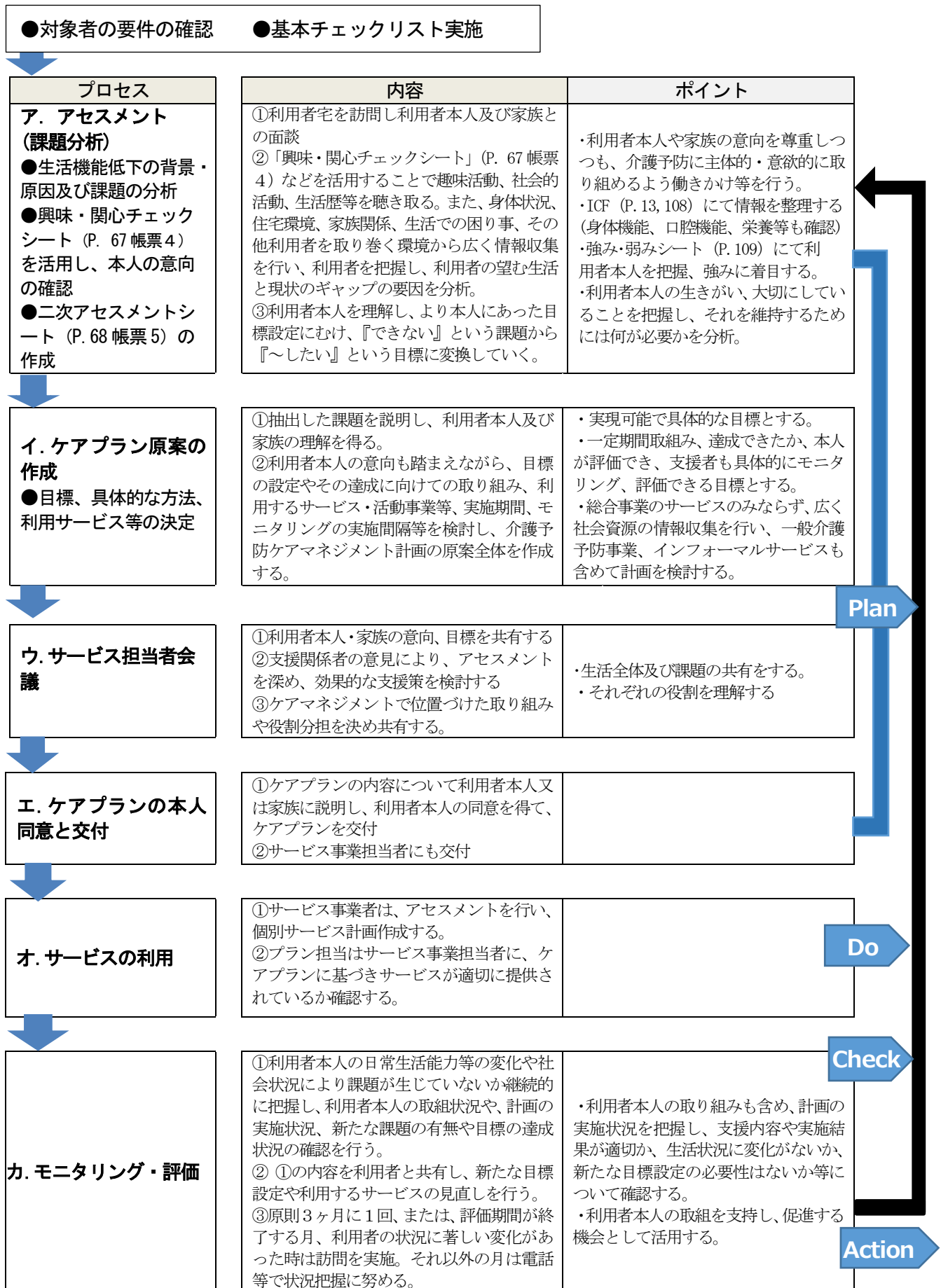
(3) 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントはあんしんすこやかセンターが実施する。（居宅要支援者被保険者の介護予防ケアマネジメントをあんしんすこやかセンターから介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができる。また居宅要支援被保険者等（居宅要支援被保険者に係るものを除く）に介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅支援事業所に委託することも差し支えない。

（ケアプランの自己作成によるサービス利用は想定してない。）

2. 介護予防ケアマネジメントの実施手順とポイント

(1) ケアマネジメント A



モニタリングの期間は一定の条件 (P9. カ) を満たす場合は利用者の状態に応じてモニタリング期間を設定することが可能である。

① 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

利用者本人の意向確認、総合事業や予防（介護）給付、要介護認定等の説明を行う。総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果、または基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。

② 利用者との契約締結

あんしんすこやかセンターが利用者本人に重要事項説明書等を交付・説明し同意を得たうえで、介護予防ケアマネジメントを開始する。

③ 介護予防ケアマネジメントの開始

ア. アセスメント（課題分析）

- ・利用者本人の身体状況や生活機能、住宅環境、同居家族間の関係性、生活で困っていること等を把握し、利用者本人の望む生活と現状の生活との差が生じている要因や背景の分析を行い、生活機能を向上させるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにする。
- ・その際、心身機能だけでなく国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning Disability and Health）（P.13、P. 108）の考え方も踏まえ、利用者本人の「生活機能」が、「健康状態」だけでなく「背景因子」からも影響を受けていることも踏まえてアセスメントすることが重要である。
- ・利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談を実施する「基本チェックリスト」「興味・関心チェックシート」（P.67 帳票4）を用いて、「維持・改善すべき課題」や興味や関心のある事柄を確認し、利用者の「できない」という課題から「したい」「してみたい」という目標に変換していく作業が必要である。
- ・利用者本人が課題に気づくとともに、生活状況等を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、介護予防に取り組む意欲を引き出す。

イ. ケアプラン原案作成

- ・利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組と支援関係者の役割を明示し、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となるようにする。
- ・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、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人が、自身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する。
- ・介護予防ケアマネジメント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る、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
- ・単に総合事業のサービスのみに限定せず、広く社会資源の情報収集を行い、家族や近隣住民の支援、一般介護予防事業、インフォーマルサービスなども積極的に位置づける。

ウ. サービス担当者会議

- ・利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有すること、支援者の意見により、アセスメントを深めるとともに、効果的な支援策を検討すること、計画原案で位置づけた取り組みや関係者の役割分担を決めて全員で共有することが重要である。また、互いの役割を理解しあう場でもある。

エ. ケアプランの本人同意と交付

- ・ケアプランの内容について利用者本人又は家族に説明し、利用者本人の同意を得るとともに、ケアプランを利用者及び指定サービス事業担当者に交付する。
- ※住民主体型サービス・インフォーマルサービス事業者への交付は原則行わないものとする。

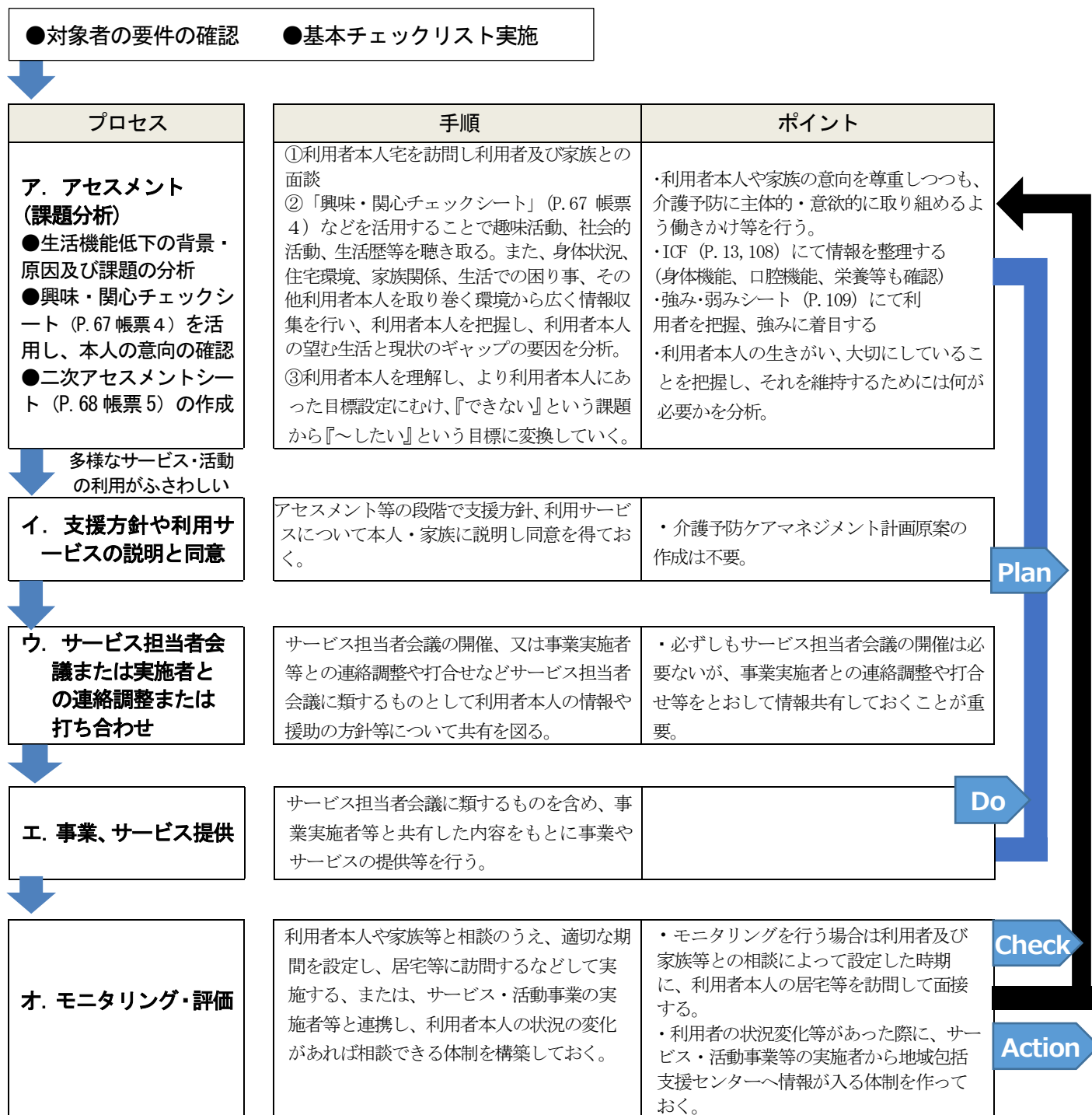
オ. サービスの利用

- ・指定サービス事業者は、アセスメントを行い、個別サービス計画を作成する。
- ・プラン作成担当者は、ケアプランに基づき、サービスが適切に提供されているか確認する。

カ. モニタリング・評価

- ・利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアマネジメント計画通り実行できているか、利用者本人の取組も含め、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないか等について確認する。また利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。
 - ・モニタリング・評価は、①少なくとも3ヶ月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者本人の状況に著しい変化があったとき、は利用者本人の居宅を訪問して行う。目標の達成度を確認し、必要に応じてケアプランの見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者本人に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者本人の状況把握に努める。
 - ・モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「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）等」（P.80 様式6 参照）に記載しておくこと。
 - ・3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。
 - ・モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
 - ・モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
 - ・介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、あんしんすこやかセンターとサービス事業者との間でも合意が得られている。
- ただし、以下の場合を除く。
- ・初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3ヶ月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合
 - ・多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。

(2) ケアマネジメントB



① 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

ケアマネジメント A と同様に実施（P.8①参照）

② 利用者へのケアマネジメントの説明と同意

あんしんすこやかセンターが利用者本人にケアマネジメントの類型に応じた帳票を交付・説明し同意を得たうえで、介護予防ケアマネジメントを開始する。

③ 介護予防ケアマネジメントの開始

ア. アセスメント（課題分析）

ケアマネジメント A と同様に実施（P.8③ア参照）

イ. 支援方針や利用サービスの説明と同意

介護予防ケアマネジメント計画の原案を作成しないため、アセスメントの際に同意をとっておく。

ウ. サービス担当者会議または実施者との連絡調整または打ち合わせ

必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等とおして情報共有しておくことが重要である。

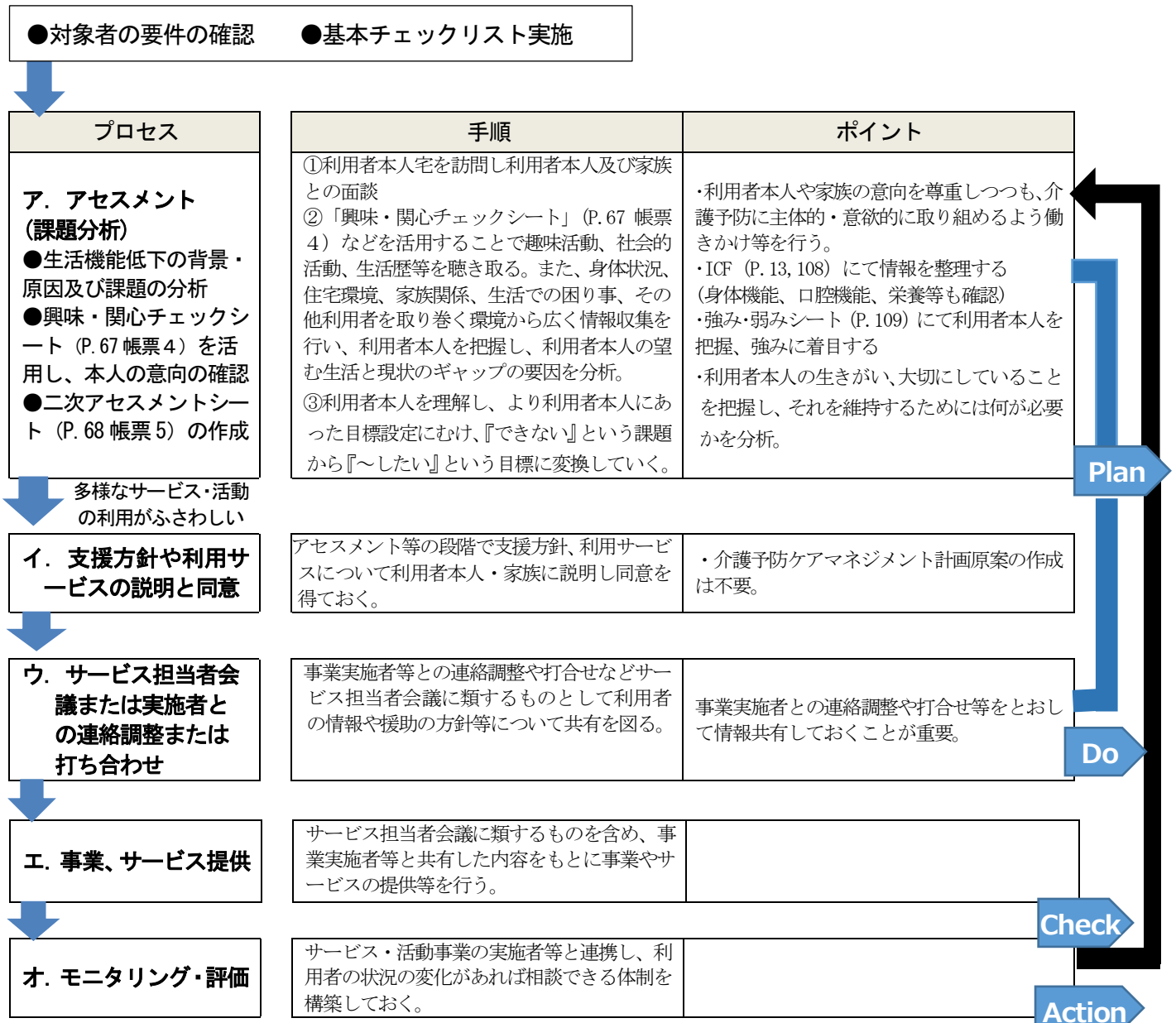
エ. 事業、サービス提供

事業実施者等と共有した内容をもとに事業やサービスの提供等を行う。

オ. モニタリング・評価

- ・利用者本人の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に応じた利用者本人等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握する。また、実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者本人の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。
- ・モニタリングの実施時期は利用者本人や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する、または、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者本人の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。

(3) ケアマネジメントC



① 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

ケアマネジメント A と同様に実施 (P.8①参照)

② 利用者へのケアマネジメントの説明と同意

あんしんすこやかセンターが利用者本人にケアマネジメントの類型に応じた帳票を交付・説明し同意を得たうえで、介護予防ケアマネジメントを開始する。

③ 介護予防ケアマネジメントの開始

ア. アセスメント（課題分析）

ケアマネジメント A と同様に実施 (P. 8③ア参照)

イ. 支援方針や利用サービスの説明と同意

アセスメントの段階で利用者本人や家族と利用者本人の目標と支援方針・利用サービスについて説明し、利用者本人の同意を得ることも可能。

ウ. サービス担当者会議または実施者との連絡調整または打ち合わせ

事業実施者等との連絡調整や打合せなどサービス担当者会議に類するものとして利用者本人の情報や援助の方針等について共有を図る。

エ. 事業、サービス提供

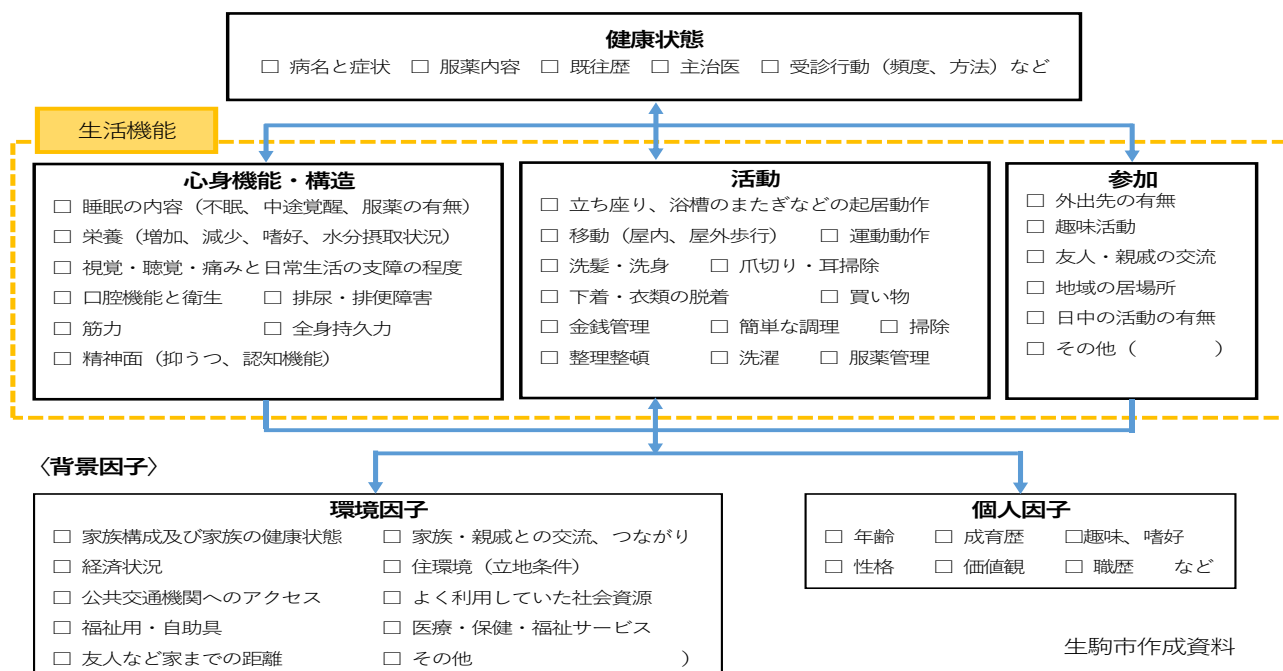
サービス担当者会議に類するものを含め、事業実施者等と共有した内容をもとに事業サービスの提供等を行う。

オ. モニタリング

サービス活動の実施事業者等と連携し、利用者本人の状況変化があった際にサービス・活動事業者から連絡が入る体制を作っておく。

◎国際生活機能分類（ICF）について

※ICE（International Classification of Functioning, Disability and Health）



① 心身機能・身体構造（生物レベル）：

心身機能は運動機能や認知機能などを指す。身体構造は手足などの身体各部分の形状や構造をいう。合わせて人間が生きていくうえでの基礎となる機能と構造。

② 活動（個人の生活レベル）：

生活を営んでいくうえでの様々な行為。日常生活動作（ADL）、家事や仕事、学習あるいは趣味やスポーツ等の活動。

③ 参加（社会や人生といったレベル）：

社会と関わり、そのなかで各自の役割を遂行すること。家庭、職場や学校などでそれぞれの役割を果たすこと、社会活動等に参加すること。

④・⑤ 環境因子と個人因子：

背景因子は環境因子と個人因子に分けられる。個人の人生と生活に影響を及ぼす要因の全てを指すものであり、その個人の外部にある要因を環境因子、その個人に内在する（由来する）ものを個人因子という。

Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの実際

1. 介護予防ケアマネジメントを進めるためのポイント

介護予防ケアマネジメントとして重要なことは、対象となる要支援認定者及び事業対象者は、ADL（日常生活動作）は自立、IADL（手段的日常生活動作）が一部行いにくいという状態像であり、自立に向けた改善を前提とした目標を設定し、重度化予防を積極的に行うことが必要である。そのため、高齢者自身が介護予防に主体的に取り組むことを意識し、高齢者自身による介護予防の取組（＝セルフマネジメント）を推進すること、また、人との交流や役割を持つなど、生きがいを持ち、いきいきと暮らせるよう地域活動とのつながりも意識しながら進めることが大切である。

「自立」とは、「人が要支援・要介護状態となっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」と定義付けることができる。つまり、何らかの援助を受けながらも、自分らしく生きていくことが「自立」において何より重要な要素であり、そのための支援が「自立支援」である。よって、本人の意思を無視して「サービスありき」の支援や「状態の改善」を強要する支援を行うことは適切でない。

出典：東京都地域ケア会議推進部会 第2章 東京都における地域ケア会議の効果的な運営に向けた視点について 1（2）
ア）自立支援について

●利用者本人が主役、利用者本人の持っている力を引き出す 「自分の力で継続できるように」を支援

- ・利用者自身が自分の課題に気づき、「したい」「できるようになりたい」意欲を引き出すこと。
- ・実現可能な具体的な目標を立て、利用者自身が行動化しやすいようにすること。
- ・利用者本人が持つ強み（ストレングス）に着目し、できていたこと、できそうなこと、頑張っていることを把握し、QOL（生活の質）の向上への「自己決定」をサポートする。
⇒セルフケア、セルフマネジメント
- ・実現可能で具体的な目標設定を行い、利用者本人が実際に行動に移せるよう支援する。一定期間取り組み組んだ後、目標が達成されたかどうか、具体的にモニタリング・評価できる目標にすること。

●何がIADL能力の低下につながったのか、改善・維持に必要なことを考察する

- ・今どのような生活行為が可能で、どのような生活行為ができなくなっているのか、自立を阻害している要因・背景について考察する。

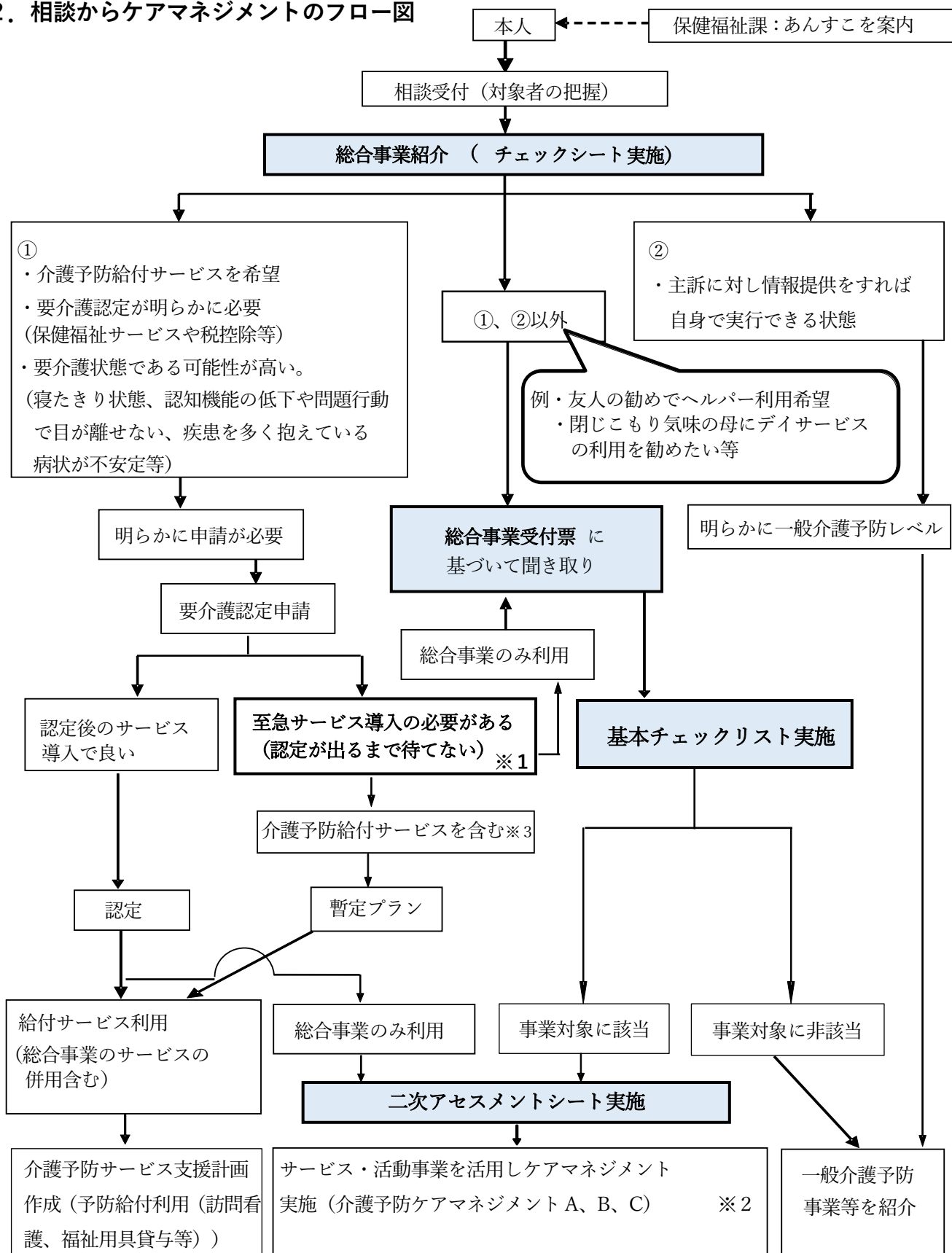
●役割、社会参加など地域とのつながりを意識する

- ・心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場に結び付けていくこと。
- ・同じサービスを継続していくのではなく、状態や自立度に応じて適宜サービスを見直し、住民主体型サービスや地域の様々な活動の場など、より自立度の高い次のステップに移行していくことを視野に入れてプランを立てていくこと。

●多職種連携と地域づくり等

- ・リハビリテーション専門職の参加による地域ケア会議を実施することにより、日常生活に支障のある生活行為の要因、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通し、要支援者等の有する能力を最大限に引き出す方法など自立支援のための検討がしやすくなる。また、多様なニーズや価値観がある中で、支援する側の知識・技術・価値観によって判断が偏ることが無いよう多職種が参加する事例検討会などにより、積極的に他の職種の視点を取り入れることが重要である。
- ・利用者本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合、その開発を検討するために、地域ケア会議の場の活用や生活支援コーディネーター（社会福祉協議会地区担当職員）との連携等を通じて、地域づくりにつなげていくことが必要である。

2. 相談からケアマネジメントのフロー図



※1 介護認定申請を行う際の見立てで、「要介護」または「非該当」の認定結果が出る可能性がある場合は、並行して基本チェックリストを実施し、事業対象者として介護予防・生活支援サービスを利用することも検討・準備する。

※2 予防給付のみの利用や予防給付と総合事業を併用する際は介護予防支援になるため、利用者または家族に介護予防支援事業所を紹介し、契約後プランを作成してもらうこともできる。

※3 要支援認定者も総合事業のケアマネジメントを行う場合は、アセスメントの一環として基本チェックリストを実施する。

3. 相談受付〔あんしんすこやかセンター〕

ア. 総合事業紹介チェックシート（P.59 帳票1）に基づき、総合事業を紹介する対象か振り分けを行う。チェックシートの質問1～4のいずれかに該当した場合は、要介護認定申請手続きを行う。

※疾患を多く抱えていたり、病状が不安定な場合は、医師の意見書により状況を確認することができるため、認定申請（更新）を検討する。

イ. チェックシート質問5に該当した方に対し、総合事業受付票を使用して相談者の主訴、具体的なサービスの希望、それにまつわる現状、緊急性などを聴き取る。生活・身体状況については、相談者との面接の中で聴き取れる範囲で確認する。

ウ. 総合事業の趣旨、サービス内容、利用の流れについてパンフレット等を用いて説明する。総合事業のサービスを利用しても、必要があればいつでも介護認定の申請を行えることも十分に説明する。

エ. 総合事業のサービス利用の必要があれば、あんしんすこやかセンターで介護予防ケアマネジメントを行う。初回相談日以降に今後誰に、どのようにアプローチすべきか（電話か、訪問か、など）を確認する。

オ. 聞き取り後、基本チェックリスト（P.63）や興味・関心チェックシート（P.67）も実施できるようであれば実施する（P.18（1）基本チェックリストの活用・実施参照）。

カ. 初回相談終了後、総合事業受付票の【あんすこ処理欄】に基本チェックリストの実施結果や勧めていくサービスの種類等、今後の方針を簡単に記載する。

※サービス利用の手続きは原則、本人が直接窓口または訪問にて行うが、本人が来所できない場合は、電話や家族等の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴きとる。

※保健福祉課で事業対象者の希望者を受付けた場合は、基本チェックリストをあんしんすこやかセンターで実施することを説明する。

※なお、総合事業紹介チェックシート及び総合事業受付票（P.59、60）は、必要時活用するものとする。

【総合事業紹介チェックシート（帳票1）及び記入例】（P.59～）

※必要時活用

総合事業紹介 チェックシート 帳票 1

氏名 _____

質問	回答	
	A	B
1 以下のサービスのいずれかを希望しているか。 [訪問看護 ・ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与・購入費支給 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴 ・ 居宅療養管理指導]	はい	いいえ
2 要介護認定により受けられる、障害者控除（障害者・特別障害者） や医療費控除等のサービス受給を希望しているか。	はい	いいえ
3 本人は寝たきりの状態、またはそれに近い状態か。	はい	いいえ
4 本人は、認知機能の低下や問題行動で目が離せない状態か。	はい	いいえ

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図（P.●）※1を参照

質問	回答	
	A	B
5 訪問介護サービスや通所介護サービスの利用を希望しているか。	はい	いいえ

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図（P.●）※1※2以外を参照

質問	回答	
	A	B
6 主訴が地域情報（介護予防教室やサロン等）提供で、情報提供 すれば自身で実行できる人か。	いいえ	はい

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図（P.●）※2を参照

総合事業紹介 チェックシート 記入例

氏名 _____

質問1～6まですべて確認する

本人の氏名を記入

質問	回答	
	A	B
1 以下のサービスのいずれかを希望しているか。 [訪問看護 ・ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与・購入費支給 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴 ・ 居宅療養管理指導]	はい	いいえ
2 要介護認定により受けられる、障害者控除（障害者・特別障害者） や医療費控除等のサービス受給を希望しているか。	はい	いいえ
3 本人は寝たきりの状態、またはそれに近い状態か。	はい	いいえ
4 本人は、認知機能の低下や問題行動で目が離せない状態か。	はい	いいえ

1～4のうち、1つでも「A」に該当する
↓
明らかに申請が必要
↓
介護認定申請を行う

質問	回答	
	A	B
5 訪問介護サービスや通所介護サービスの利用を希望しているか。	はい	いいえ

「A」に該当する
↓
総合事業対象の可能性あり
↓
総合事業紹介・相談受付票にて聞き取り

Aに該当する場合でも、上記1～4質問で介護認定申請が必要であれば、認定申請する。

質問	回答	
	A	B
6 主訴が地域情報（介護予防教室やサロン等）提供で、情報提供 すれば自身で実行できる人か。	いいえ	はい

どちらも、必要に応じてあんすこを紹介
↓
「A」に該当する場合、相談受付票にて聞き取り

一般介護予防事業を利用する場合は、ケアマネジメントは不要。ただし、口腔プログラムを事業対象者や要支援認定者のケアプランに位置づけることは可能。

4. 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（チェックリストの実施）

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者または事業対象者に該当するかどうか確認することが必要である。

利用者の意向確認、総合事業や予防（介護）給付、要介護認定等の説明を行う。総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果、または**基本チェックリスト**により事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。

（1）基本チェックリストの活用・実施

あんしんすこやかセンターが基本チェックリスト（P.63）を実施し、利用すべきサービスの区分（サービス・活動事業及び予防給付、一般介護予防事業、インフォーマルサービス等）の振り分けを行う。必ずしも介護認定を受けなくても必要なサービスを利用できるよう本人の状況を確認するためのツールとして用いる。

基本チェックリストは、「基本チェックリストについての考え方」（P.65、66）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う。本人と対面で実施出来ない場合は、電話や家族からの聞き取りでも可能だが、介護予防ケアマネジメントのプロセスで訪問等を行い、本人の状況をあんしんすこやかセンターが確認することを必須とする。

基本チェックリストを下記①の該当基準と照合し、**必ずあんしんすこやかセンター職員2名でダブルチェック**を行い、誤りのないように注意する。（**確認欄に職員名を記載する**）

但し、基本チェックリストの有効期限は実施日から**2ヶ月**とする。

- ☐ うつ予防の項目を除く20項目（基本チェックリスト1～20）のうち**10項目以上**に該当
- ☐ 運動機能5項目のうち**3項目以上**に該当
- ☐ 栄養の**2項目**全てに該当
- ☐ 口腔機能の3項目のうち**2項目以上**に該当
- ☐ 閉じこもり No. 16（週に1度は外出していますか）に該当
- ☐ 認知症関係の3項目のうち**いずれかに**該当
- ☐ うつ関係5項目のうち**2項目以上**に該当



いずれかに該当した場合は、**事業対象者**

※要介護認定申請を行い、非該当になった場合も、基本チェックリストの基準に該当すれば事業対象者としてサービスが利用できる。

得点、確認欄①②は忘れずに記入する

基本チェックリスト			
被保険者番号		実施年月日 年 月 日	
氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
住所	電話		
要支援・要介護認定を受けていますか			
はい いいえ ※いずれかに○			
№	質問事項	回答（いずれかに○）	
1	バスや電車で1人で外出していますか	○はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	○はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	○はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	○はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	○はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	○はい	1.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	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	○はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	○はい	1.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	○はい	1.いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	○はい	1.いいえ
12	BMIが18.5未満ですか（BMI＝体重 ÷ 身長 ² ）	○はい	1.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	○はい	1.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	○はい	1.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	○はい	1.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	○はい	1.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	1.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書われますか	○はい	1.いいえ
19	自分で電話番号を覚えて、電話をかけることをしていますか	○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	○はい	1.いいえ
21	（このチェックリスト実施の直後に）事業対象者がい	○はい	1.いいえ

基本チェックリストの得点					
総合（うつを除く）	/20	運動器の機能向上	/5	閉じこもり	/2
確認欄①		栄養改善	/2	ものわすれ	/3
確認欄②		口腔機能の向上	/3	うつ	/5

こやかセンターが介護予防「あるときは、利用者基本情報」に要介護認定・要支援認定者、介護認定審査会による判定、居宅介護支援事業者、居宅事業の実施に必要な範囲で関係

5. アセスメント（課題分析）

・課題分析の目的は、利用者の心身の状況（特に ADL、IADL）を正確に把握するとともに、利用者本人の望む生活（＝「したい」「できるようにになりたい」＝目指すべき姿（生活の目標））と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることである。

・課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを利用者本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には利用者本人・家族の取組を積極的に促すことができ、また将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。（ICF の活用 P.13、108）

・状態を把握する際は、『なぜ』を考えつつ、利用者本人や家族から、必要な情報を聞き取る。

「なぜ、要支援認定等の申請をしたのだろう」

「なぜ、要支援状態になったのだろう」

「なぜ、生活の中で何か困っていることが生じたのだろうか」

「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」

「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」 など

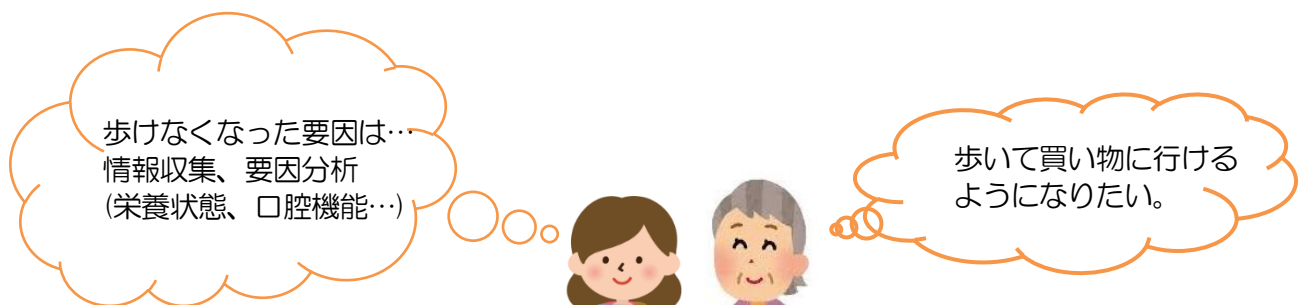
・状況の把握の際には利用者本人が自分の状況や望ましい生活のあり方を客観的に考えられるよう働きかけ、自己決定を支援することが大切である。また、利用者本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的な「（できれば）してみたい」という気持ち、ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取りながら、「できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」という目標に変換していく作業が必要である。また、利用者本人の目標は、なるべく利用者本人が話した言葉から引き出していく。

・利用者本人から聞き取りを行う際には、『興味・関心チェックシート』（P.67）を活用し、日常生活を送るうえで本人が大切にしていること、生きがいは何かを把握したり、『強み・弱みシート』（P.109）を活用し、「できている・頑張っている」という強み（ストレングス）に着目し聞き取り、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討する。それにより、本人の自己肯定感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことが出来る。

・課題分析の段階でも、必要に応じて地域ケア会議を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測の助言を求めることも考えられる。

<医療情報の確認>

・治療中の病気の有無、病名、処方薬の内容について、利用者本人及び家族から聞き取ると共に、必要に応じて主治医と連携を取りながら利用するサービスによって留意事項を聞き取っておく必要がある。



6. ケアプラン原案の作成

ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決するうえで最も適切な目標、支援内容、達成期間を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。

(1) 具体的な方法

3～12ヶ月を目途とする、利用者本人のしたい生活や送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6ヶ月を目途とする維持・改善や悪化防止に対する課題である「目標」が達成されることを目的に、

- ・「どのように改善を図るか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで誰がアプローチするとよいか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（目途）

を考慮し、計画を作成することが望ましい。

また、サービス利用の目的、状況によってサービスを終了していくことを説明する。

(2) 目標の設定

・単に心身機能の改善を目指すのではなく、機能の改善や環境調整などを通して、**生活の質の向上を目指すもの**として設定し、**目標は本人と共有する**。

・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、利用者自身や支援者の双方が評価できる**具体的な目標**とする。

● **具体的な目標**にするためには、

いつ？（時間）どこで？（場所）どれくらい？（頻度）などをできるだけ目標に入れ込む。

例：最近転倒が増えてきたためあんすこに相談に来た、緑道沿いにお決まりのコースを散歩する習慣がある高齢者の1日の目標

いつ：毎朝
どこで：いつものコースの緑道沿いを
どれくらい？：15分
何をする：歩く

1年後の目標：羽根木公園の梅まつりに行き、園内の梅の花を見て楽しむ。
短期目標：毎朝、いつものコースの緑道沿いを15分歩き、歩くことに自信をつける。

不適切な目標の例：「転倒しないように気をつけながら散歩する」

「転倒に気を付け、安心・安全に過ごす」など

自分の習慣に合わせた自分のための目標と意識することができれば自立に向けて意欲的に取り組むことにつながる。

(3) サービス内容の選択

・単に総合事業のサービスのみに限定せず、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、インフォーマルサービスの利用も積極的に位置づけ、利用者本人の自立支援を支えるケアプラン原案を利用者本人と共に作成する。

(4) プランの有効期限

- ・目標はいつ達成できるか目途を立てる。この位には改善していると予想される時期とする。
- ・利用者本人の状態像は変化するため、認定の有効期間に関わらず、利用者本人の状態に応じた適切な有効期間に設定する必要がある。

7. サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議において利用者本人、家族、各サービスの担当者が、利用者本人の生活の様子や目標、課題などの情報を共有するとともに、専門的な見地からの意見を踏まえ、より具体的かつ実現可能な目標と効果的なサービス内容を検討し、さらにその内容を共有し、チームメンバーが一体的にアプローチできるようにするためにも、担当者会議は重要である。
- ・サービス担当者会議で、実施により改善できたことを、本人、家族やサービス事業担当者等関わる人が共有することで、その後の高齢者自身の取り組みやケアマネジメント、各サービス事業の向上にもつながる。

8. ケアプランの利用者本人同意と交付

- ・サービス担当者会議で得た意見を基にケアプランの原案を修正、再提案し、問題がなければ、文書で利用者本人の同意を得る。

同意を得たケアプランを利用者及び指定サービス事業担当者に交付するとともに、個別サービス計画の提出を依頼する

※住民主体型サービス・インフォーマルサービス事業者への交付は原則行わないものとする。

9. サービスの利用

- ・指定サービス事業者は、アセスメントを行い、個別サービス計画を作成しプラン作成担当者に提出する。
- ・プラン作成担当者は、ケアプランに基づき、サービスが適切に提供されているか確認する。またサービスの効果なども確認し、モニタリングや評価に活用する。

10. モニタリング・評価

- ・支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標の設定の必要性を確認し、次の支援計画に結び付けたり、状況の変化に応じてケアプランの変更を行う。
- ・モニタリングを行う際は、本人からの聞き取りだけでなく、家族やサービス事業所などの関係機関からも、本人の様子や変化を聴き取る。
- ・モニタリングを行わない月でも、月1回、利用者本人や家族に状況を確認する。また、事業者からサービスの利用状況や利用者の状態を確認する。ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間も利用者の状態が変化した際には、適宜、利用者自身やサービス適用者から地域包括支援センターに連絡が入る体制を作っておく必要がある。
- ・モニタリングで確認した内容を記録しておくこと。
- ・モニタリングを行う際は、以下の視点を持ちながら実施することが重要である。

- ✧ ケアプラン通りに、利用者本人が取り組んでいるか、サービスの提供が適切になされているか
- ✧ 個々のサービス提供等の支援内容や実施の結果が適切であるかどうか
- ✧ 利用者の生活状況や社会状況の変化によって新たな課題が生じていないか
- ✧ 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- ✧ その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

1 1. ケアプランの変更について

・モニタリングの結果、新たな課題が生じ、支援計画を変更する場合やプランの終了期間が近くなった際は、ケアプランの見直しが必要である。

・ケアプラン変更には各サービス事業所の評価等の情報を反映する必要がある。

・各サービス事業所から情報を取る方法には、以下の方法が考えられる。

- ① 各事業所からの報告書の内容をサービス評価表に反映する。
- ② 電話で事業所の評価を聞き取り、経過記録に記録。それを評価表に反映する。
- ③ 事業所はあんしんすこやかセンターが作成した評価シートに記入し提出。それをサービス評価表に反映する。

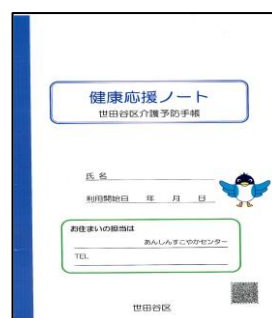
1 2. 目標達成した場合・事業対象者や介護認定が非該当になった場合

・モニタリングの結果、目標が達成された場合は、再度課題分析を行い、課題が解決されている場合は次のステップアップのために住民主体の活動や一般介護予防事業などへつなぎをおこない、スムーズな移行に配慮する。また、事業対象者や介護認定が非該当となった時は、認定期間満了時に、利用者の状況確認を行い、一般介護予防事業や地域の活動の場につなぐ等、地域での自立した生活が維持できるよう支援する。

1 3. 健康応援ノート（介護予防手帳）について

介護予防の取組みは、高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択利用しながら、自ら機能を維持向上するよう努力を続けること＝セルフマネジメント（自己管理）も必要である。健康応援ノートはそういった高齢者自身のセルフマネジメントを支援するツールである。

健康応援ノートは日ごろの生活を振り返り、必要な介護予防の取組に関する目標設定や行動計画の立案、取組状況等について記載できるようになっている。介護予防ケアマネジメントの中で、利用者自身で取り組むセルフケアの内容を記録してもらい、モニタリングの際、一緒に取組状況を確認する。また、かかりつけ医や介護サービス提供者等と情報共有し、専門的助言を受けられるようにするなど、セルフマネジメント意欲の向上や支援のため、ケアマネジャーとして利用者に配付する。



14. 記録について

介護予防ケアマネジメントを実施する際に、「利用者や家族と相談した内容」や、「サービス担当者会議の要点」、「サービス利用に関する評価」や「サービスの変更内容」など利用者への支援経過は介護予防サービス・支援経過記録に記録し、保存する必要がある。

(1) 介護予防サービス・支援経過記録について

ケアプラン作成者が専門職として残す、公的な記録となるため、担当者不在時の緊急対応や担当者変更の場合でも分かるよう記載する。

(2) 記録を書くポイント

①5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ行ったか）を明確に記載する。

②支援を行う目的や、判断した根拠等も記載する。

例えば、『特に変化なし』では何を観察し、どのような状況だったのか分からないため、判断、認識した事実と根拠も記載する。

③客観的に分かるよう、「見たこと」「聞いたこと」「自分が判断したこと」は区別して書く。

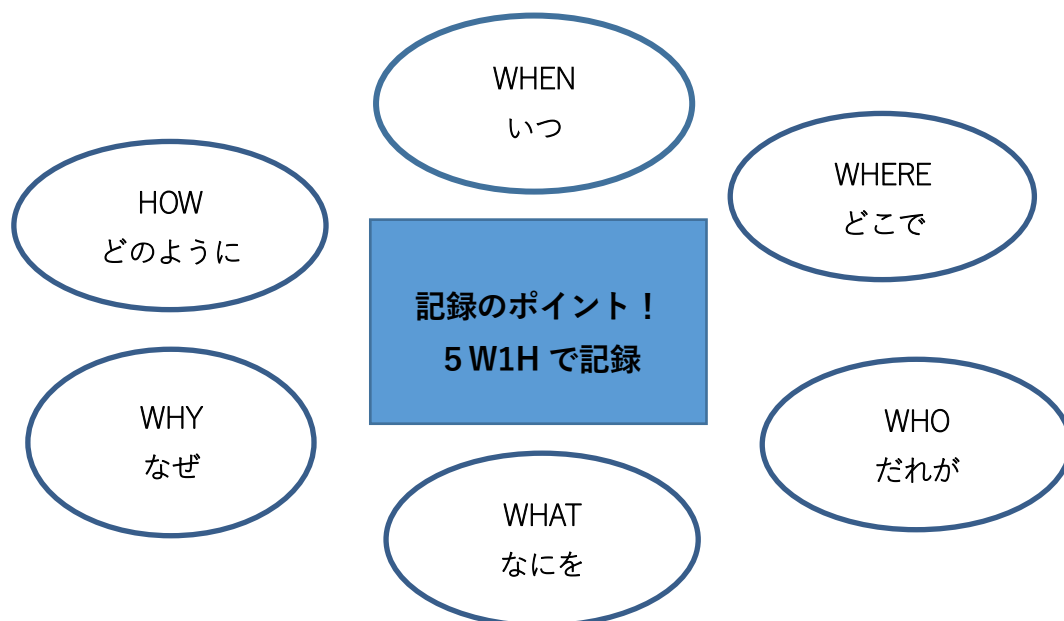
(3) 保存年限

介護予防・日常生活支援総合事業の提供に関するサービス提供の記録の保管年限は、完結の日（契約終了日）から**2年**、事業費の請求にかかるものは**5年**とする。（「介護給付費請求書等の保管について」（平成13年9月19日付け厚生労働省老健局介護保険課・老人保健課事務連絡）の一部が改正され、介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に係る消滅時効が5年とされたため）

(4) 経過記録の入力について

ケアマネジメントAでは従来の介護支援システムのソフトの使用が可能である。したがって、本マニュアルでは様式6～8として様式例を示すが、実際は各自使用している介護支援システムの様式を使用する。様式7、10については利用者基本台帳の経過記録に置き換えは可能とする。

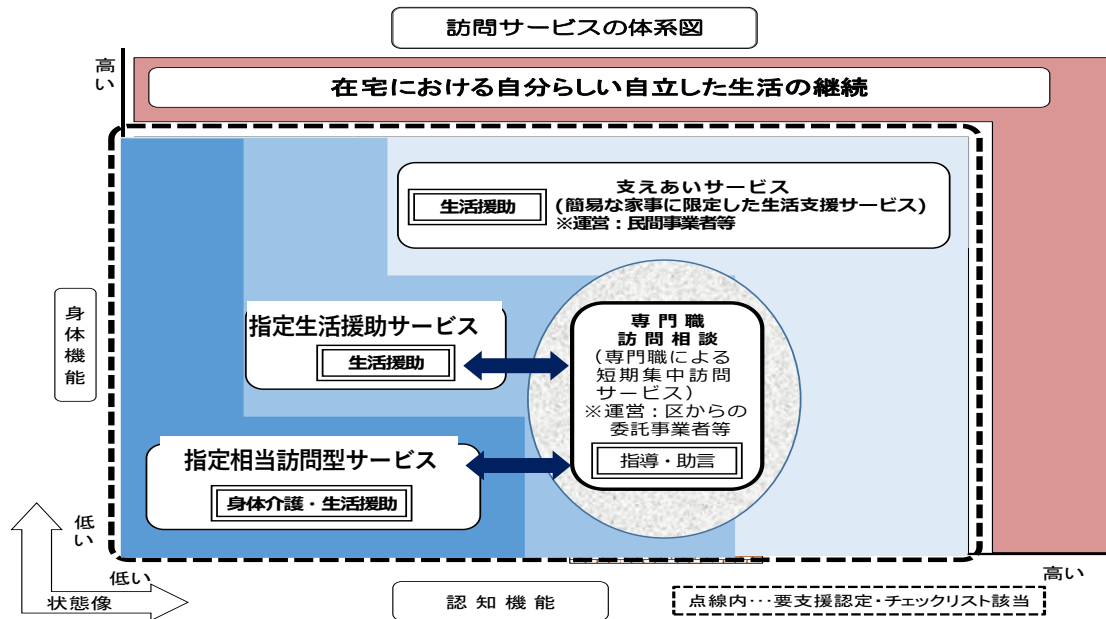
なお、介護予防支援の記録は、各自使用している介護支援システムへの入力が見望ましい。



IV 介護予防ケアマネジメントの類型と実施

1. 介護予防・生活支援サービス事業の内容

(1) 訪問型サービス

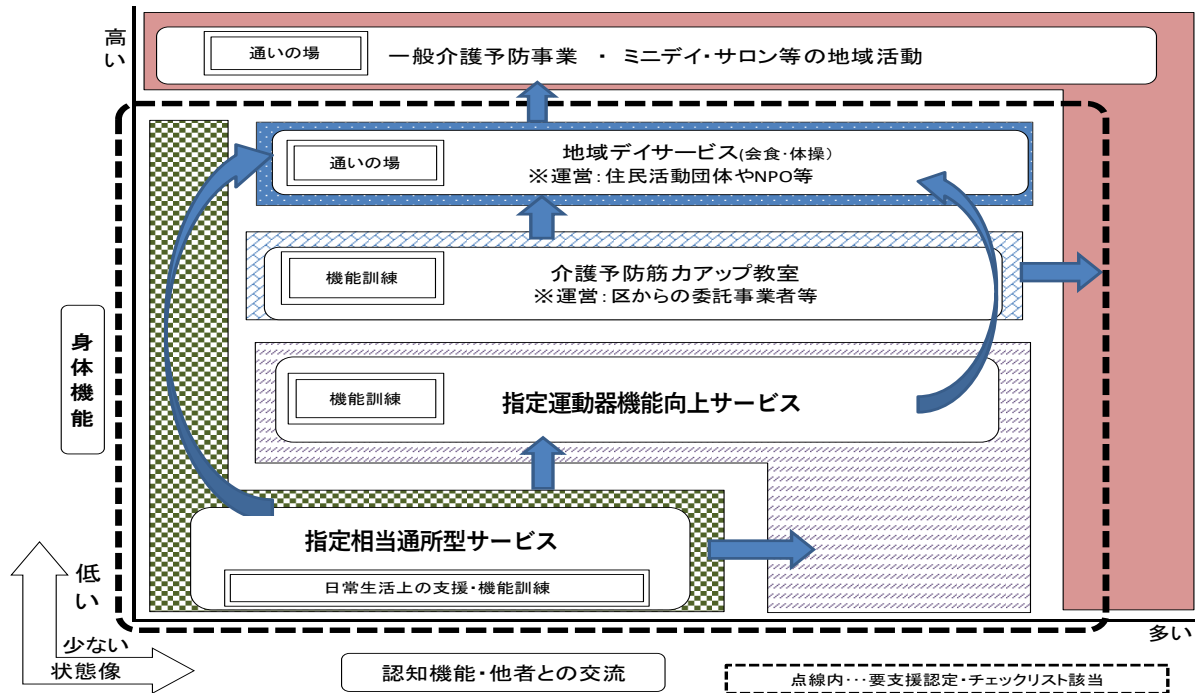


	ア. 指定相当訪問型サービス (従前相当サービス)	イ. 指定生活援助サービス (訪問型サービス・活動 A)	ウ. 支えあいサービス (訪問型サービス・活動 B)	エ. 専門職訪問相談 (訪問型サービス・活動 C)
利用者の状態像	身体機能や認知機能の低下がみられ、専門的な支援が必要な者	ア. の利用者ほどではない者で、本人や家族が家事を行うことが困難な者	簡易な支援により日常生活が保てる者	身体機能の低下がみられるが、短期集中的な支援により改善が見込まれる者
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助サービス	訪問介護員等（一定の研修受講者を含む）による生活援助サービス（60 分以内）	住民等による買い物同行、掃除、洗濯物・布団干し、調理補助、ごみ出し等の簡易なサービス（原則 30 分以内）	理学療法士や管理栄養士等による訪問指導（1 回 1 時間程度、4 回まで）
実施方法	指定事業者（区基準の指定を受けた事業者）	指定事業者（区基準の指定を受けた事業者）	委託（シルバー人材センターや社会福祉協議会によるマッチング等）	委託（社会福祉事業団、成城リハビリテーション病院）
	サービスコード A 2	サービスコード A 3	委託先に登録した住民がサービスを提供する。	
第一号事業支給費等の考え方	月ごとの包括払い ・週 1 回程度利用 1,176 単位 (13,406 円) ・週 2 回程度利用 2,349 単位 (26,778 円) ・週 2 回を超える 3,727 単位 (42,487 円)	利用 1 回毎の出来高払い 1 回 226 単位 (2,576 円) ※週 1 回程度利用または週 2 回程度利用、利用回数の制限あり	委託先からの従事者への支払：1 回 590 円（プラン上 30 分を超える場合は 1,180 円） これらを含めた委託料を、委託先に支払う。	委託（単価契約）
1 割負担の目安*	所得に応じて 1 割から 3 割		1 回 100 円（プラン上 30 分を超える場合は 200 円）	1 回目・2 回目は無料 3 回目以降は 1 回あたり 400 円
	*	週 1 回程度利用 1,341 円/月 週 2 回程度利用 2,678 円/月		
		1 回 258 円		

◎指定事業者についての留意点：総合事業の指定事業者の一覧は、区のホームページに掲載している。アまたはイのサービスをケアプランに位置づける場合には、必ず区の指定を受けている事業所であることを確認すること。

(2) 通所型サービス

通所サービスの体系図



	ア. 指定相当通所型サービス (従前相当サービス)	イ. 指定運動器機能向上サービス (通所型サービス・活動 A)	ウ. 地域デイサービス (通所型サービス・活動 B)	エ. 介護予防筋力アップ教室 (通所型サービス・活動 C)
利用者の状態像	身体機能や認知機能の低下がみられ、専門的な支援が必要な者	アの利用者ほどではない者で、運動器の機能向上が必要な者	簡易な支援により日常生活が保てる者、閉じこもりがちなる者	身体機能の低下や閉じこもり、外出頻度の減少、栄養不足等がみられるが、短期集中的な支援により改善が見込まれる者
サービス内容	日常生活上の支援や機能訓練を行う 3 時間以上のサービス	運動器機能訓練を主とした 3 時間未満のサービス	食事を含む 3 時間程度の心身活性化のための活動	運動機能の向上、セルフケア能力向上、介護予防に必要な知識の習得及び継続を目的とした 3 ヶ月間程度のプログラム ※必要時送迎を実施
実施方法	指定事業者（区基準の指定を受けた事業者） サービスコード A 6	指定事業者（区基準の指定を受けた事業者） サービスコード A 7	補助（NPO 等の地域活動団体、社会福祉法人等）	委託（社会福祉法人等の民間事業者）
第一号事業支給費等の考え方	月ごとの包括払い 要支援 1・事業対象者（要支援 1 相当） 1,798 単位(19,598 円) 要支援 2・事業対象者（要支援 2 相当） ・週 1 回程度利用 1,798 単位(19,598 円) ・週 2 回程度利用 3,621 単位(39,468 円)	利用 1 回毎の出来高払い 1 回 356 単位(3,880 円) ※要支援 1 相当の利用は、週 1 回程度利用 要支援 2 相当の利用は、週 1 回程度または週 2 回程度利用 利用回数の制限あり	一部助成（上限） 要支援者等が 1～5 人まで： 1 回 12,000 円など 詳細は介護予防・日常生活支援総合事業手引き 会場代又は光熱水費： 1 回 500 円（有償貸出施設の借用は 3,000 円） 活動立上げ時： 上限 100,000 円	委託 プロポーザル方式による選定
1 割負担の目安*	所得に応じて 1 割から 3 割＋食事代等の実費負担		食事代等の実費負担	1 教室 2,400 円
利用者負担額と*	* ・要支援 1、2（週 1 回程度） 1,960 円/月 ・要支援 2（週 2 回程度） 3,947 円/月	1 回 388 円		

2. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び事業対象者に対して、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿って行うものである。

世田谷区の介護予防ケアマネジメントの類型は以下のとおりである。

- (1) ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント)
- (2) ケアマネジメント B (簡略化した介護予防ケアマネジメント)
- (3) ケアマネジメント C (初回のみの介護予防ケアマネジメント)

なお、利用する際のケアマネジメント類型が異なるサービスを併用する場合は、**より上位 (A>B>C)** のケアマネジメントを実施することとする。

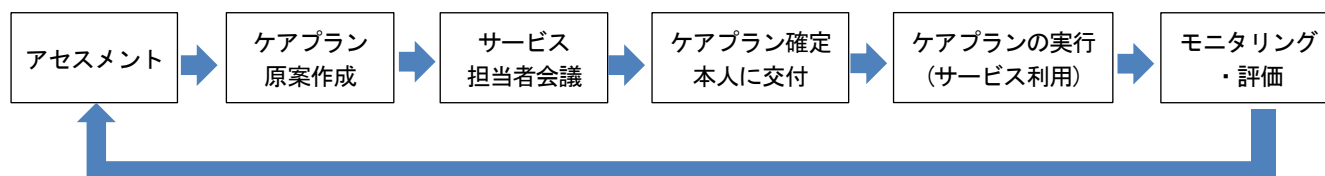
例えば、指定相当通所型サービスと支えあいサービス事業を併用する場合はケアマネジメント A を行う。

ケアマネジメントの 類型	利用するサービス	ケアマネジメントの プロセス	ケアプランの様式
ケアマネジメント A (原則的な ケアマネジメント)	・指定相当訪問型サービス ・指定相当通所型サービス ・指定生活援助サービス ・指定運動器機能向上サービス (指定事業所によるサービス)	①アセスメントを行い、ケアプラン原案を作成 ②サービス担当者会議を経て決定 ③概ね 3 ヶ月ごとのモニタリング実施	様式 6 介護予防サービス・支援計画書(例) (従来の介護予防支援における計画表) P.80
ケアマネジメント B (簡略化した ケアマネジメント)	・支えあいサービス ・専門職訪問相談 ・介護予防筋力アップ教室 (指定事業所以外の多様なサービス) ・地域デイサービス (継続利用要介護者)	①利用者から目標や利用サービスについて同意を得た後、サービスの実施事業者とあんしんすこやかセンターとの情報共有の上、サービス利用を開始 ②利用期間が決まっているサービスを利用している際は、サービス利用終了(中断)時に評価を実施する ③3 ヶ月以上継続してサービスを利用する場合は、概ね 3 ヶ月毎にモニタリングを行う	ケアプランの作成は不要。各事業の個別連絡票を使用。 P.83～P.86、P.89～P.91 地域デイサービス継続利用要介護者は介護予防・日常生活支援総合事業 支計画表・評価表を使用する。 P.88 帳票 9-1 (地様式 2)
ケアマネジメント C (初回のみの ケアマネジメント)	・地域デイサービス (補助・助成によるサービス)	①簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、サービス利用を開始 ②利用開始後 3 ヶ月経過した頃に状況確認を行う ③定期的なモニタリングは行わない	地域デイサービス個別連絡票 P.87地様式 1

3. 具体的な介護予防ケアマネジメントの実施方法

(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては、3ヶ月ごとに訪問を行い、利用者本人の状況に応じてサービスの変更を行う。



<受託事業者へ提供するケアマネジメント関連帳票>

サービス	帳票 3	帳票 4	帳票 5	様式 6
	基本 チェックリスト	興味・関心 チェックシート	二次アセスメント シート	介護予防サービ ス・支援計画書
指定相当訪問型サービス	○	○	○	○
指定相当通所型サービス				
指定生活援助サービス				
指定運動器機能向上サービス				

***利用者本人の体調等を事業者が事前に把握し、安全に事業運営するため、原則、事前に必要帳票を手渡し、または郵便(個人情報のため、追跡できる方法)で事業者に提出すること。**

<利用者との契約について>

利用者本人と契約書類を取り交わし、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届及び、基本チェックリストを区へ提出する。個人情報の取り扱いについて同意を得る。利用者が引き続き予防給付のサービスを利用し、介護予防支援サービス計画でケアマネジメントを実施する場合は、現在の契約が有効である。なお、介護予防ケアマネジメント契約書については P.118～を参照。なお、利用者本人と契約が必要なのはケアマネジメントAのみである。

<サービス担当者会議>

目的

- ア. 利用者本人やその家族の生活全体及びその課題を共有する。
- イ. 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有と役割を理解する。
- ウ. 利用者本人の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議する。
- エ. 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解する。

<開催時期と会議の構成員>

開催時期	・ケアプラン作成・変更時、更新申請、区分変更時 ・臨時の開催： ①ケアプラン通りの効果を果たしていないと考えられる場合 ②サービスや事業の利用中断がある場合 ③利用者本人の状況等に変化があり、介護予防プランの変更が必要な場合
会議の 構成員	・利用者本人、家族 ・ケアマネジャー ・サービス事業担当者 ・主治医 ・インフォーマルサービスの提供者 - など

介護予防・生活支援サービス提供事業者の参加により、対象者の生活の目標（したいこと）を共有するだけでなく、各々の専門職等から個別事例に即した ADL・IADL、運動等の自立支援、認知症高齢者の具体的対応等、支援を進めていく上で必要な情報を取得し、共有することにより、対象者の生活目標に即した効果的なサービスの促進が期待できる。

<ケアマネジメント担当者が説明する事項>

利用者本人の年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案等

<協議内容>

- ア. 利用者本人の生活状況とケアプランの内容
- イ. サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ウ. 各サービス・支援の計画作成の為に二次アセスメント

<モニタリング・評価>

目的

支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結び付けていくことである。

モニタリング（評価）の結果、目標が達成された場合は、速やかに再度課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、一般介護予防事業やインフォーマルサービス、住民主体の通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。

新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を聞き、維持・改善の可能性を追求することが望ましい。

※記録については、P.23 参照

頻度

原則 3 ヶ月ごとに利用者宅を訪問し面接を行う。それ以外の月は可能な限りサービス提供事業者に出向いての利用者と本人面接するよう努めたり、電話等により利用者の状況を確認することとする。

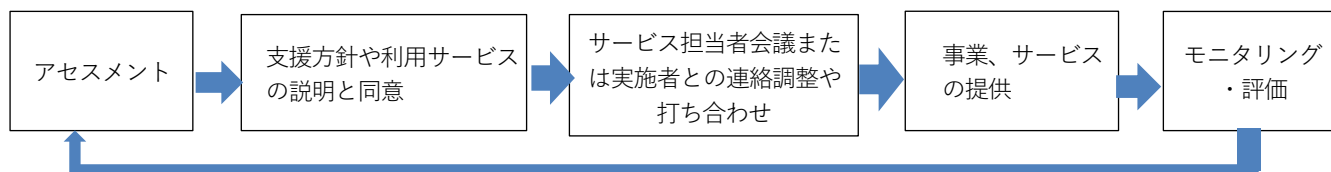
モニタリング期間は一定の条件（P.9 カ）を満たす場合は利用者本人の状態等に応じて設定することが可能である。

<その他>

- ・ケアマネジメント A を実施した場合は給付管理も行う必要がある。
- ・介護予防ケアマネジメントの結果、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスのいずれの利用にも至らなかった場合におけるアセスメントの実施及び当該結果に基づく一般介護予防事業等の多様な事業に係る利用調整等を行った場合は、ケアマネジメント費の請求は可能である。請求する際は介護予防・地域支援課に連絡すること。

(2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントを実施し、支援方針や利用サービスについて説明し同意を得た後、サービスの実施事業者とあんしんすこやかセンターが情報共有の上、サービス利用を開始する。サービス利用終了（中断）時に評価を実施する。3ヶ月以上継続してサービスを利用する場合は、概ね3ヶ月ごとにモニタリングを行う。



<受託事業者へ提供するケアマネジメント関連帳票>

サービス	帳票 3	帳票 4	帳票 5	共通様式 1	個別連絡票等	評価結果連絡票
	基本 チェックリスト	興味・関心 チェックシート	二次アセスメントシート	サービス利用 申込書		
専門職訪問相談	○	○	○	○	○※2	○※2
介護予防筋力アップ教室						
支えあいサービス					○※2	
地域デイサービス (継続利用要介護者)	△※1	△※1	△※1	○	○※3	

※1 アセスメントのため、帳票は作成するが、地域デイサービス実施団体へは提出は不要。

※2 利用するサービス用の個別連絡票、評価結果連絡票を使用すること。

※3 地域デイサービス継続利用要介護者用支援計画を作成し、介護予防・地域支援課に提出する。

本人の体調等を事業者が事前に把握し、安全に事業運営するため、原則、事前に必要帳票を手渡し、または郵便で事業者に提出すること。

<利用者との契約について>

介護予防ケアマネジメント説明書（ケアマネジメントB用）の内容を利用者本人に説明することで契約の代わりとする。（P.135 契—5 世田谷区案参照）

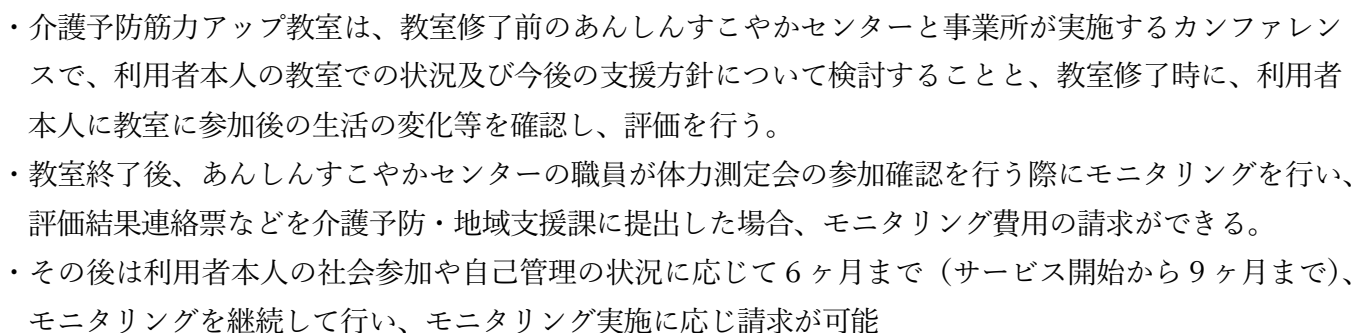
<モニタリング（評価）の時期>

- ・専門職訪問相談、介護予防筋力アップ教室は利用者本人や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する。または、利用者本人の状態変化等があった際にサービス実施者側からあんしんすこやかセンターに情報が入る体制を作っておく。
- ・介護予防筋力アップ教室、専門職訪問相談はモニタリング後、評価結果連絡票を介護予防・地域支援課に提出する。
- ・支えあいサービス、地域デイサービス（継続利用要介護者）のモニタリングは原則3ヶ月ごとに利用者宅を訪問し面接を行う。それ以外の月は可能な限りサービス提供事業者に出向いての利用者と面接するよう努めたり、電話等により利用者の状況を確認することとする。

<その他>

介護予防ケアマネジメントの結果、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスのいずれの利用にも至らなかった場合におけるアセスメントの実施及び当該結果に基づく一般介護予防事業等の多様な事業に係る利用調整等を行った場合は、ケアマネジメント費の請求は可能である。請求する際は介護予防・地域支援課に連絡すること。

介護予防筋力アップ教室利用者（請求★ モニタリング時の請求可能（P43、46 も合わせて参照）



3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 12ヶ月

専門職訪問
相談利用

モニタリング

終了

モニタリング・
終了

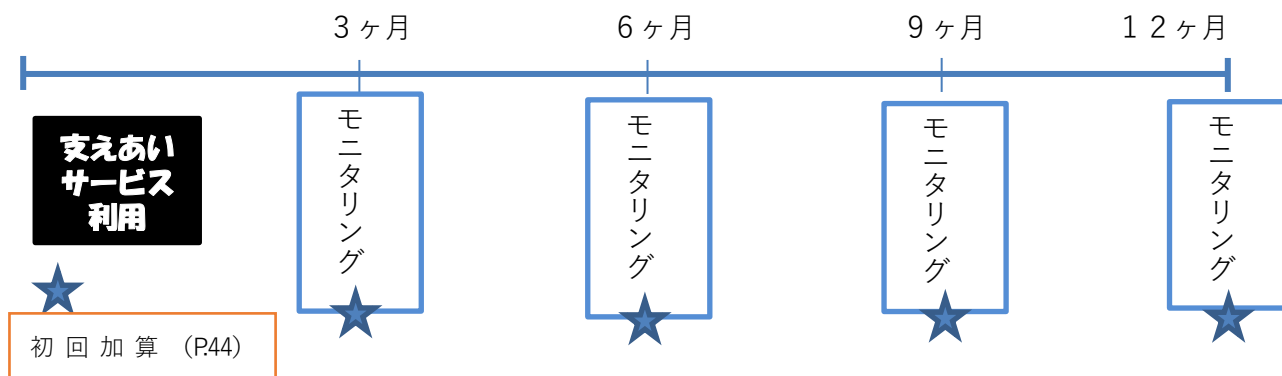
自己管理
状態が変化したら総合相談
必要に応じて再度専門職訪問相談利用等

自己管理

初回加算 (P44)

- 30

支えあいサービス利用者



支えあいサービスのモニタリング・評価は①少なくとも3ヶ月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者本人の状況に著しい変化があったときは利用者本人の居宅を訪問して行う。目標の達成度を確認し、必要に応じてケアプランの見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者本人宅を訪問し面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

<その他>

- ・『支えあいサービス』の同居家族がいる場合の取り扱いについては、介護給付や予防給付の考え方に準ずるものとし、介護予防ケアマネジメントにより生活援助の必要性の有無を判断する。

●地域デイサービス継続利用要介護者

<地域デイサービス継続利用要介護者の対象者>

- ①令和3年4月1日以降に、要支援または事業対象者としてケアマネジメントのもと、地域デイサービスを利用していたもので、要介護認定を受けた後、地域デイサービスを継続的に利用するもの。
- ②令和3年4月1日以降に、要支援または事業対象者としてケアマネジメントのもと、地域デイサービスを利用していたもので、要介護認定を受け介護給付サービスを受けた後、介護給付サービスの利用を中止し、地域デイサービス（以下、「地域デイ」という）を継続的に利用するもの。
（もともと要介護認定者が地域デイサービスを新規に利用する場合は対象外）

<目的>

要介護の認定後も地域とのつながりを断つことなく、なじみのある地域デイサービスへの参加を継続することにより、生活リズムの維持、社会交流の機会確保などにより、自立支援につなげる。なお、要介護認定を受けている状態像であることを踏まえ、介護給付サービスの利用の可否等も併せてモニタリングし、適切なケアマネジメントを実施することが必要である。

<ケアマネジメントのプロセス>

介護給付のサービスを利用していない継続利用要介護者のケアマネジメントは、あんしんすこやかセンターが介護予防ケアマネジメントBのプロセスと同様に実施する。地域デイサービス継続利用要介護者用支援計画表を作成し、介護予防・地域支援課に提出すること。

<利用者本人との契約について>

介護予防ケアマネジメント説明書（地域デイサービス継続利用要介護者用）の内容を利用者本人に説明することで契約の代わりとする。（P135 契—5 世田谷区案参照）

<介護予防ケアマネジメント届出の提出>

届出用紙の「変更届の事由等」欄に継続利用要介護者として地域デイサービスのみを利用と記載。要介護であるため、基本チェックリストの実施は不要。認定システムへの入力も不要。（P.94～参照）

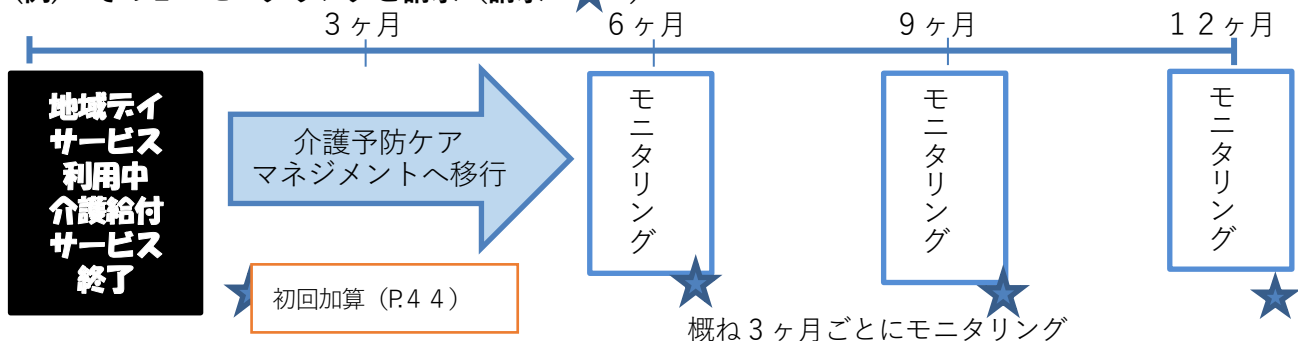
<サービス担当者会議>

継続利用要介護者が地域デイを利用する場合は、利用者本人・家族、地域デイ運営者と地域デイサービス利用について確認することを持ってサービス担当者会議とする。
居宅介護支援事業所への再委託をする場合は、担当のあんしんすこやかセンターは同席すること。

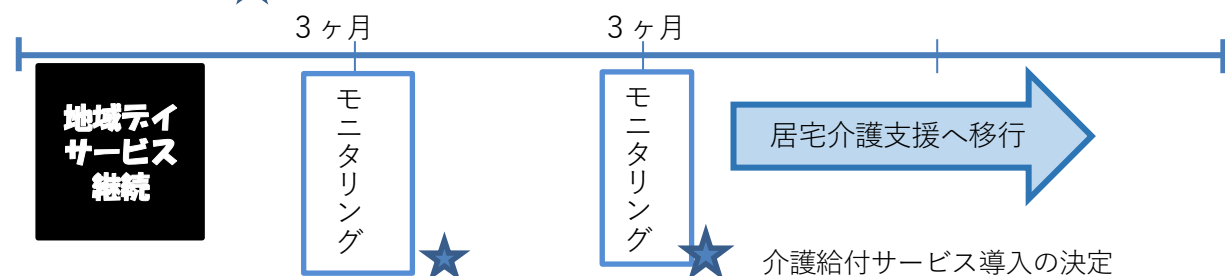
<モニタリング（評価）>

サービス開始から概ね3ヶ月ごとに行う。
地域デイサービスの参加状況（通所の可否・活動時間中の様子・利用者および運営者の負担感等）や心身状態の変化について、利用者本人・家族・利用する地域デイサービス運営者にも確認し、地域デイサービス利用継続や介護給付サービスの再導入の可否についてモニタリングする。
なお、地域デイ運営者等から利用状況に関する相談があった場合は、随時対応する。

（例） その1 モニタリングと請求（請求 ★）



（例） その2 モニタリング等の結果、介護給付サービスが必要となった場合は、再度、居宅介護支援に移行する。（請求 ★）

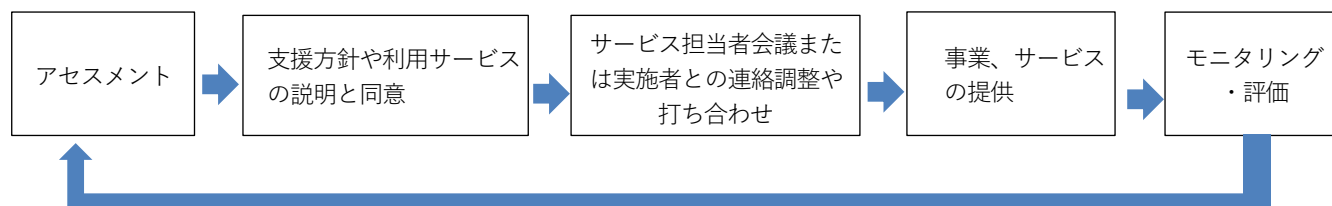


<その他>

介護予防ケアマネジメントの結果、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスのいずれの利用にも至らなかった場合におけるアセスメントの実施及び当該結果に基づく一般介護予防事業等の多様な事業に係る利用調整等を行った場合は、ケアマネジメント費の請求は可能である。請求する際は介護予防・地域支援課に連絡すること。

（３）ケアマネジメントＣ（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、サービス開始後、３ヶ月頃に状況把握を行う。



<作成するケアマネジメント関連帳票>

サービス	帳票 3	帳票 4	帳票 5	共通様式 1
	基本 チェックリスト	興味・関心 チェックシート	二次アセスメントシート	サービス利用 申込書
地域デイサービス	△※ 1	△※ 1	△※ 1	○

※ 1 アセスメントのため、帳票は作成するが、地域デイサービス実施団体への提出は不要。作成した帳票はあんしんすこやかセンターで保管する。

<利用者との契約について>

利用者本人との契約や介護予防ケアマネジメント説明書の説明は不要だが、事業内容等について説明を十分に行う。

<状況把握（評価）の時期>

ケアマネジメントＣを実施し、地域デイサービスの利用を開始した後３ヶ月程度経過した後に、利用者本人の参加状況等や生活状況を把握し、継続利用の支援を行う。

※モニタリングは必須としないが、利用者本人の健康状態、生活状況などに応じて、状況把握に努めることや、利用者本人や家族及びサービス事業者や運営団体等から連絡が入る体制等を整えておき、利用者本人の状況が変化した際には、適切な介護予防ケアマネジメントに結び付けていくことが望ましい。

また利用開始してから１年後に基本チェックリストを実施し、利用者本人の状況把握を行った際はモニタリングとして請求が可能である。

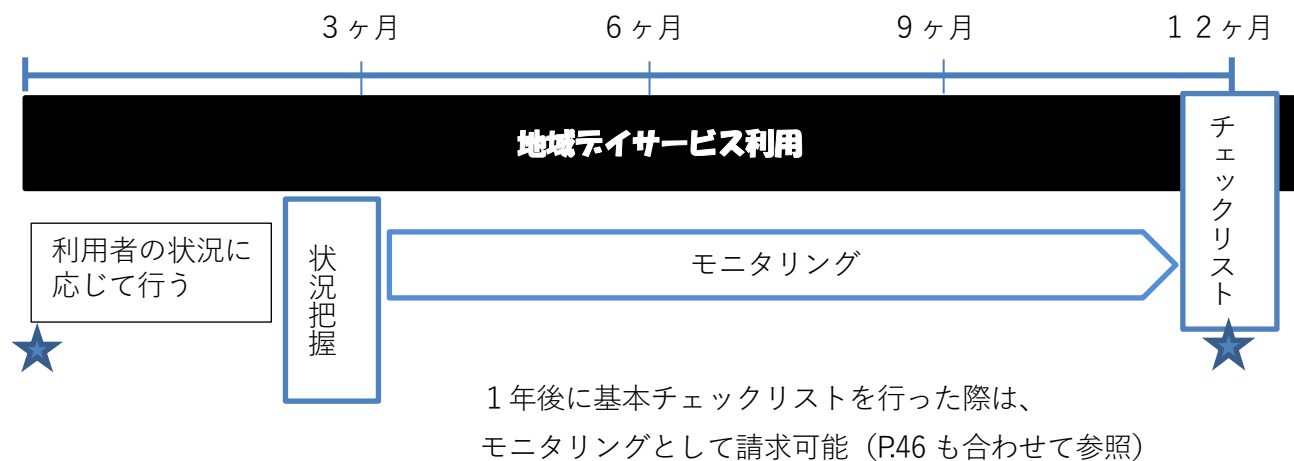
<その他>

『地域デイサービス』について（既存団体から地域デイサービスに移行した場合等）

参加者の中に以前から参加している要支援認定者等がいた場合、あんしんすこやかセンターは活動団体と連携しながら、適切に介護予防ケアマネジメントに結び付けていくことが望ましい。

*利用者本人から申し出が無い限り介護予防ケアマネジメントの対象にはならないが、要支援認定者等は自立支援の対象として適切に介護予防ケアマネジメントを実施していくことが望ましい。また、地域デイサービスの活動としても、補助金の算定根拠となる要支援認定者（ケアプランにより地域デイサービスへの参加が位置づけられた者）を確保し、その活動を安定的なものとしていく必要がある。

(例) 地域デイサービス利用者



4. サービスの併用

介護予防ケアマネジメントにおいて、利用者本人の自立に効果がある場合はサービスの併用も可能である。なお、要支援認定者がサービス・活動事業と予防給付を併用する場合のケアマネジメントは介護予防支援となる。サービス・活動事業は予防給付と併用が可能（※指定相当通所型サービスと介護予防通所リハビリの併用は不可）だが、両サービスの担い手に十分に情報共有を行うこと。

① 訪問型サービス

指定相当訪問型サービスは、従前の介護予防訪問介護のサービスと同じサービスとしている。介護予防ケアマネジメントで設定された利用者本人の目標達成を図る観点から、一つの事業所において、1月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態に応じたサービス提供とし、サービス料金は月単位の定額報酬としている。

指定生活援助サービスは、区の独自基準により、サービス内容を限定し、利用者の負担軽減も図れ、利用者本人の状態によっては併用利用もできるよう1回ごとの出来高払いとしている。（表1）

要支援2または要支援2相当の事業対象者は、指定相当訪問型サービス、指定生活援助サービス、支えあいサービスは併用可能だが、原則、合計して週2回までの利用となる。また、週2超の利用の場合はサービス担当者会議等で同意を得ること。

表1 訪問型サービスの併用の可否

利用したいサービス 基本のサービス		指定生活援助サービス	支えあいサービス	専門職訪問相談
指定相当訪問型サービス	週1回程度の利用が必要な対象者	—	—	○
	週2回程度の利用が必要な対象者	○*1	○*2	○
	週2回超程度の利用が必要な対象者	○*1	○*2	○

- * 1 要支援2又は要支援2相当の事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントにより、週2回程度の利用が必要となった利用者は、週1回を『指定相当訪問型サービス』、週1回を『指定生活援助サービス』の併用ができる。この場合、サービス料金区分は、『指定相当訪問型サービス』は週1回程度の区分となる。
- * 2 住民ボランティアで対応できる状態像の対象者のみ利用できる。

② 通所型サービス

指定相当通所型サービスは、従前の介護予防通所介護のサービスと同じサービスとしている。介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標達成を図る観点から、一つの事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態に応じたサービス提供となっており、サービス料金も月単位の定額報酬としている。

指定運動器機能向上サービスは、区の独自基準により、サービス内容を限定しており利用者の負担軽減も図れ、利用者の状態によっては併用利用もできるよう1回ごとの出来高払いとする。(表2)

表2 通所型サービスの併用の可否

		指定運動器機能向上サービス	地域デイサービス*3	介護予防筋力アップ教室
指定相当通所型サービス	要支援1 要支援1相当の事業対象者	—	○	*2
	要支援2(週1回) 要支援2相当の事業対象者	—	○	*2
	要支援2(週2回) 要支援2相当の事業対象者	*1	○	*2

- * 1 要支援2又は要支援2相当の事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントにより、週2回程度の利用が必要となった利用者でも、『指定相当通所型サービス』と『指定運動器機能向上サービス』の併用は不可。
 - * 2 『指定相当通所型サービス』または『指定運動器機能向上サービス』を利用している場合、介護予防筋力アップ教室の利用は不可。
 - * 3 地域デイサービスを複数箇所利用する場合は介護予防・地域支援課へ相談すること。
- ※なお、サービスの目的が共通するため、「指定相当通所型サービス」と「介護予防通所リハビリテーション」の併用はできない。

5. インフォーマルサービスの利用について

ケアマネジメントにおいては、本人が地域の中で活動・参加するような居場所や活躍の場と結び付けていくことが、自立支援につながる。それを実現する場として、インフォーマルサービスがある。

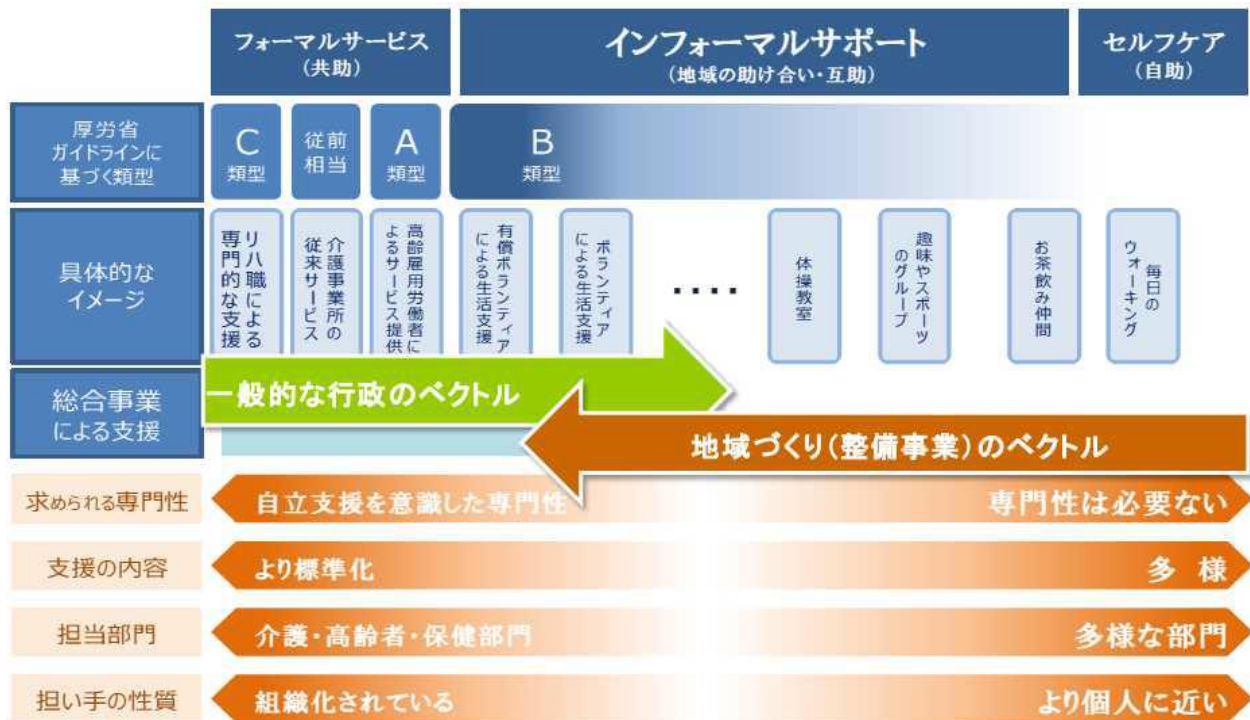
本人の強み・趣味や生きがい等に着目し、地域のインフォーマルサービスなどで発揮できないかを検討することが大切である。(P.14,P.36 参考)

参考 インフォーマルサービスとは

介護保険制度を利用する公的なサービス以外のもので、家族や友人、町内会や民生委員、地域住民、ボランティア等が行う、地域の助け合い活動のことである。

(インフォーマルサービスの例)

- ・自主グループ（世田谷いきいき体操、書道とヨガ、手芸、健康マージャン等）
- ・ボランティアによる生活支援（傾聴ボランティア、見守りボランティア等）
- ・ミニディ・サロン
- ・町会の会食会
- ・近所のゴミ出しの手伝い
- ・月2回の家族の訪問（買い物、食事等）
- ・宅配サービス

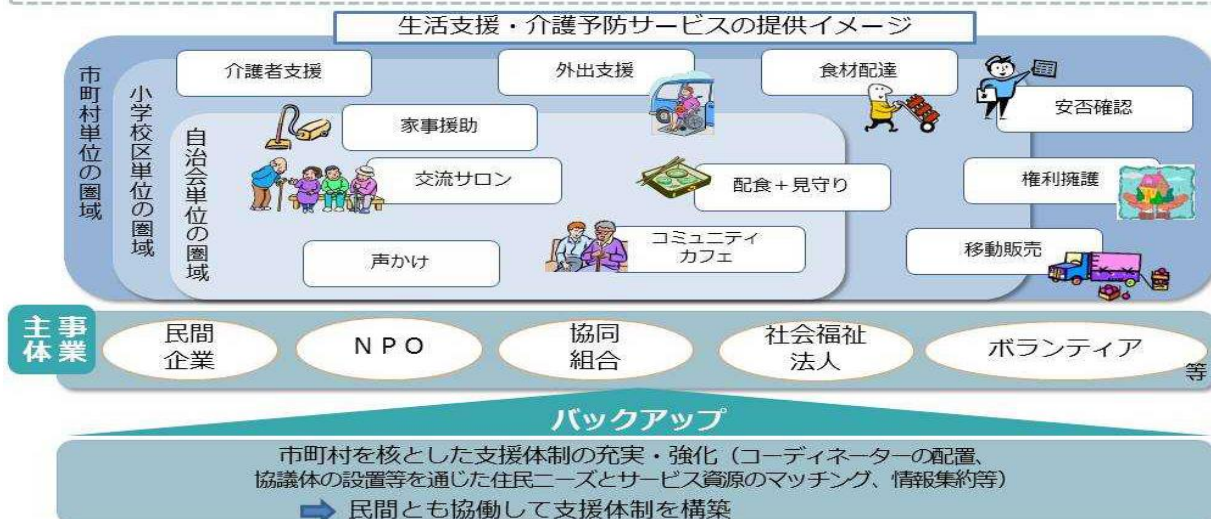


【出典：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン p.38】

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



【出典：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン p.28】



自分のプランをチェックしてみましょう

介護予防ケアマネジメントの視点でプランが立てられているか、確認してみましょう。

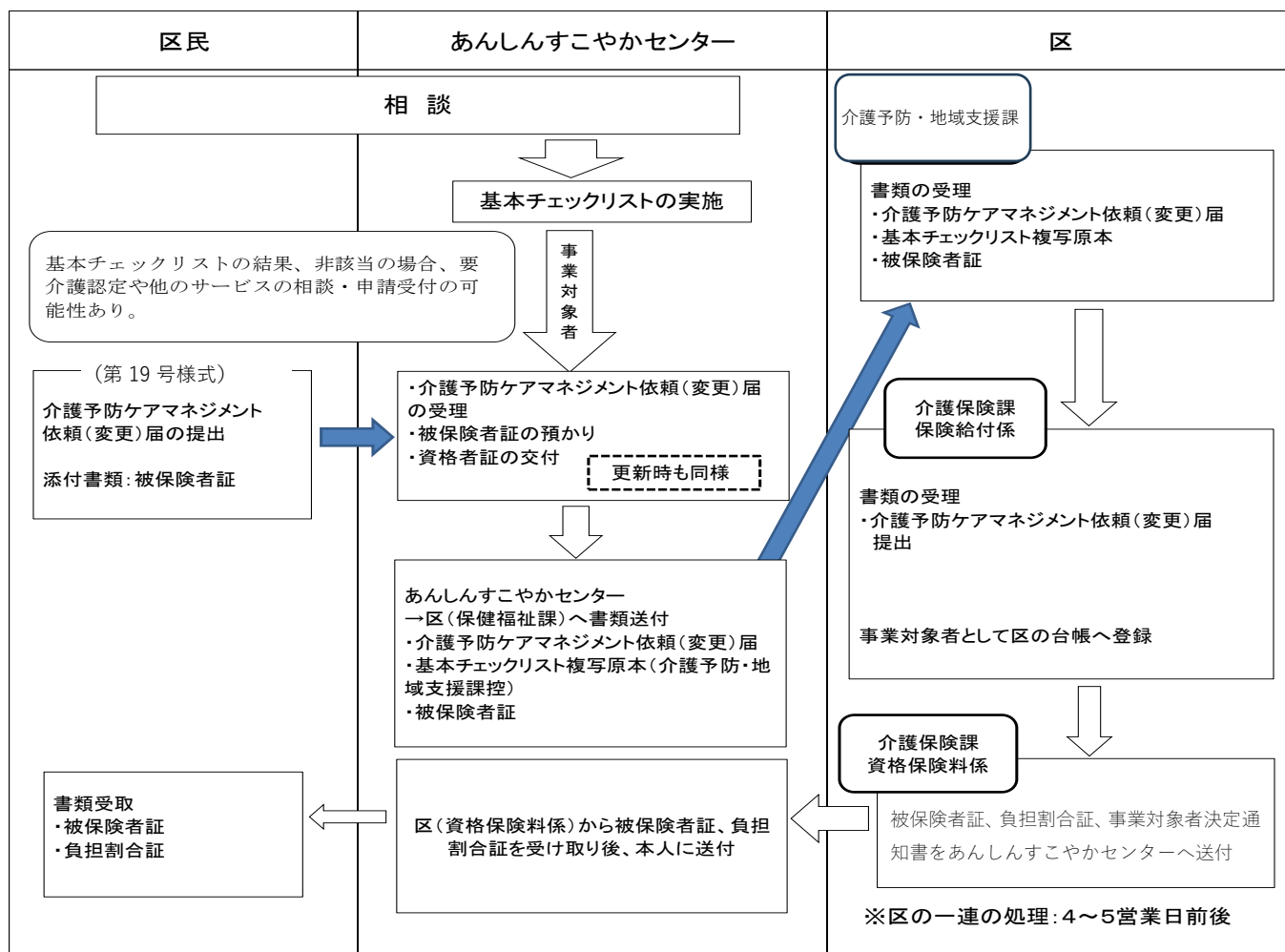
- ☐ ① 生活機能低下の現状と背景を捉えているか。
- ☐ ② 利用者や家族の認識や意向の把握は正確か。
- ☐ ③ 課題は要支援・要介護状態に陥る可能性の予測から導かれているか。
- ☐ ④ 目標は、利用者や家族の意向も踏まえた、具体的なものになっているか。
- ☐ ⑤ 具体的な方法は、目標達成の手段として効果的・効率的であるか。

■その他の確認も含めてみていきましょう。

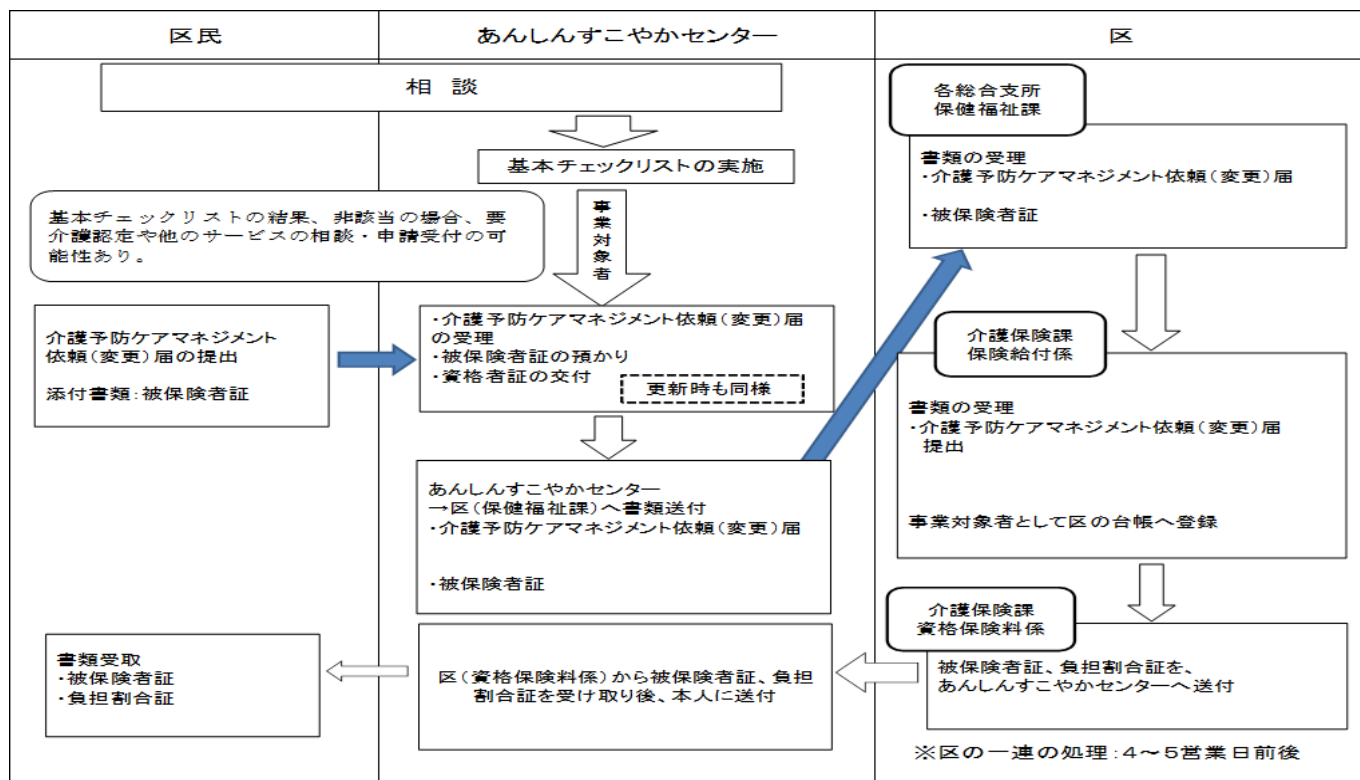
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書、経過記録、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表等の内容や会議の内容が、介護予防ケアマネジメントの視点に沿ったものになっているか。

V 事務手続き

1. 事業対象者の介護予防ケアマネジメント実施時の事務手続きの流れ

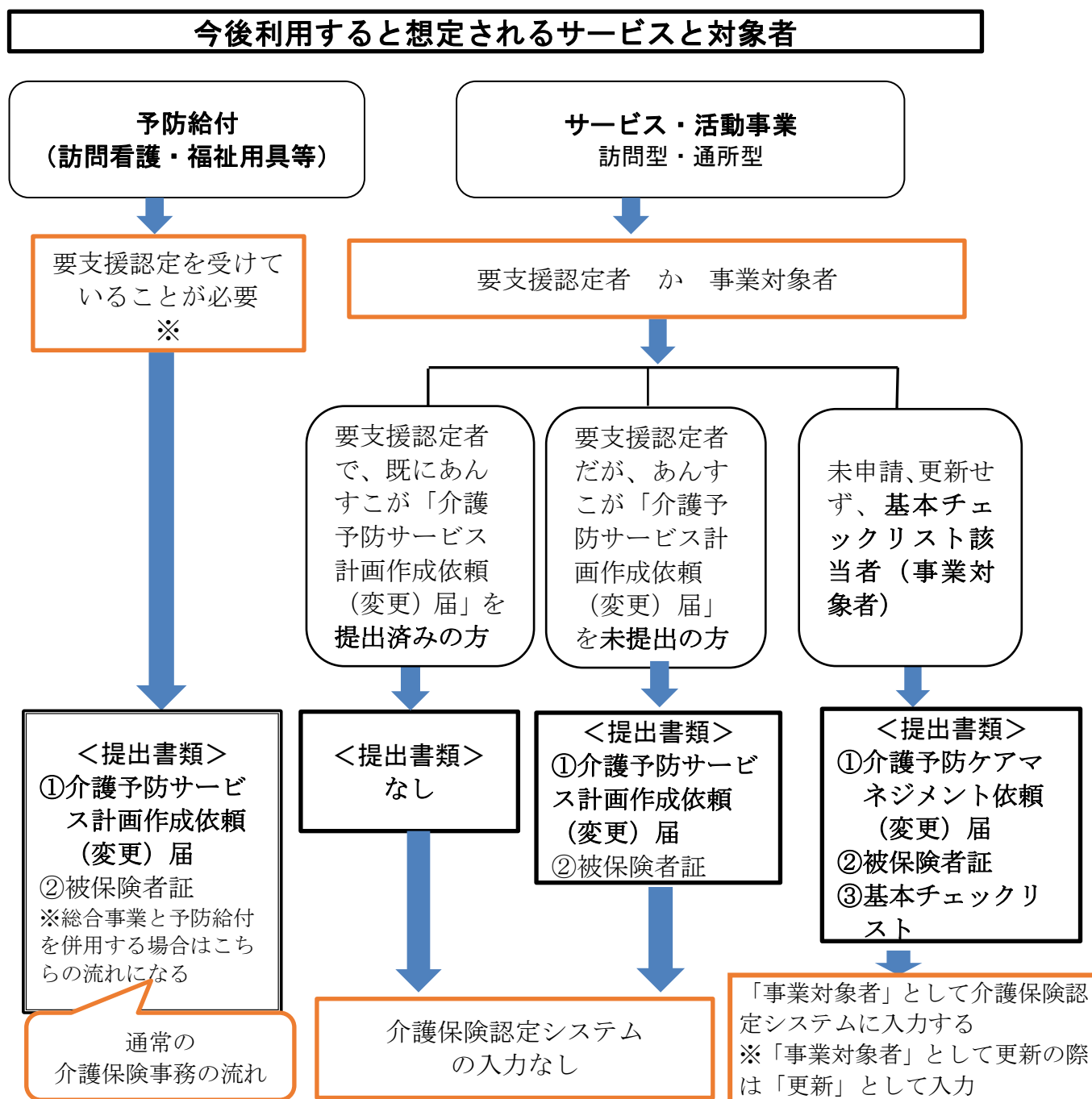


2. 要支援者の介護予防ケアマネジメント実施時の事務手続きの流れ



※同時申請の際は、1. 2の届け出を両方おこなうこと。

3. 事務手続きフロー（あんしんすこやかセンター）



* 予防給付のみの利用や予防給付と総合事業を併用する際は介護予防支援になるため、利用者または家族に介護予防支援事業所を紹介し、契約後プランを作成してもらうこともできる。

4. 事業対象者の有効期間

事業対象者の有効期間は2年とする。モニタリング時に状態の改善により、事業対象者に該当しなくなった場合は、終了とする。介護予防・生活支援サービス事業の利用が適当である場合は、事業対象者の有効期間内であればサービス利用が可能である。

本人の状態に応じて基本チェックリストの回答状況は変化するため、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間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も、再度基本チェックリストを行い、アセスメントを行うこと。

表 1 事業対象者の有効期間

一般高齢者 → 事業対象者に該当	ケアマネジメント依頼書届出日から 2 年間
要支援者 → 事業対象者に移行	ケアマネジメント依頼書届出日から 2 年間 または 要支援有効期間終了日の次の日から 2 年間
事業対象者 → 要支援者（要介護者） に移行	（原則）事業対象者の終了日＝認定有効期間開始日 ＊詳細については、P42（「注意すべき事項等」③）及び、P49、50、51（「10. その他」）を参照

※基本チェックリスト実施日とケアマネジメント依頼書届出日でタイムラグが生じるが、ケアマネジメント依頼書届出日を起算日とする。そのため、基本チェックリスト実施日とケアマネジメント依頼書届出日の間が 2 ヶ月以上空いている場合は再度基本チェックリストを実施

< 事業対象者の更新 >

事業対象者の有効期間（2 年間）終了を控え、引き続きサービスを利用する場合、更新の手続きが必要となる。モニタリングの結果、要支援・要介護認定の申請が必要となる場合に備え、介護認定の結果確定までに要する期間を考慮し、2 ヶ月前から更新の準備を開始する。

表 2 システムの登録

履歴	区分	チェックリスト 実施日	決定日	有効期間	
				開始日	終了日
1	事業対象者	28 年 5 月 1 日	28 年 5 月 1 日	28 年 5 月 1 日	30 年 4 月 30 日
2	事業対象者	30 年 3 月 15 日	30 年 3 月 15 日	30 年 5 月 1 日	32 年 4 月 30 日

出典：「世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者に関する事務・システムマニュアル 平成 30 年 3 月 13 日改訂」（P23）

5. 介護予防ケアマネジメント依頼届の提出について

事業対象者として総合事業サービスを利用する場合、適切に利用者情報を管理し、国保連を通して給付管理できるよう介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届の提出が必要である。令和7年1月以降は、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届は介護予防・地域支援課へ提出することになります（介護予防サービス計画作成依頼（変更）届については、今までどおり住所地の総合支所保健福祉課への提出で変更ありません）。

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届と介護予防サービス計画作成依頼（変更）届の提出に関しては、以下を参照のこと。

表1 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届の提出の有無

認定の状況	提出する居宅届	提出先	備考
新規申請で事業対象者となった	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届	介護予防・地域支援課	事業対象者として管理をするため。
新規申請で要支援となった	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届	住所地の総合支所保健福祉課	要支援者として管理をするため。
同時申請※	（事業対象者） 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届（コピー可）	介護予防・地域支援課	令和7年1月～事業対象者と要支援者、1枚ずつ居宅届を作成して提出していただくことになります。提出の仕方は下記「同時申請に関して」を参照。
	（要支援者） 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届	住所地の総合支所保健福祉課	
事業対象者から要支援となった	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届	住所地の総合支所保健福祉課	要支援者として管理をするため。
要支援から事業対象者となった	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届	介護予防・地域支援課	事業対象者として管理をするため。
事業対象者の更新	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届	介護予防・地域支援課	システム上、居宅届の終了日は入りませんが、事業対象者の有効期間終了に合わせて居宅届も終了となるのでご注意ください。
他保険者の事業対象者（他住所地特例）	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届 ※様式は保険者に確認	介護保険課保険給付係	介護保険課から他保険者の介護保険担当部署へ送付。他保険者の要支援者の居宅届は、保健福祉課へ提出。
要介護認定申請中（非該当になる可能性）に、後から事業対象者決定	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届	介護予防・地域支援課	要介護認定申請中で暫定の居宅届を提出する場合は、暫定要支援と事業対象者でそれぞれ居宅届の提出が必要です。システム対応ができない事象なので、被保険者が不利益を生じる可能性がある場合のみ届出を行ってください。

※ 同時申請に関して

令和2年4月～令和6年12月までは、1枚の届出書で介護予防支援サービス計画作成依頼と介護予防ケアマネジメント依頼届の申請を兼ねて、住所地の総合支所保健福祉課で受付をしていましたが、令和7年1月～介護予防サービス計画は被保険者証、又は資格者証の原本を添付のうえ住所地の総合支所保健福祉課へ、介護予防ケアマネジメント依頼届は、基本チェックリストを添付のうえ介護予防・地域支援課へ提出をお願いします。同時申請の場合には、それぞれの届の右上余白部分に介護認定同時申請と記入し提出ください。（P.96 参照）。

注意すべき事項等

① 住所地特例対象施設に入所している住所地特例者の場合

要支援者の介護予防サービス計画作成依頼（変更）届及び事業対象者の介護予防ケアマネジメント依頼届は施設所在地の地域包括支援センターが施設所在地の自治体を経由して届出する。あんしんすこやかセンターは、各総合支所保健福祉課または介護保険課保険給付係を経由して保険者自治体の介護保険担当への届出が必要になる。（住所地特例 P.55 参照）

※届出にあたって、原則として保険者市区町村の様式を使用すること。

様式は保険者のホームページ等から入手し作成することとなる。記入方法等で不明な点がある場合は保険者に連絡をし、確認を行うこと。

② 事業対象者から要支援（要介護）認定になり、認定期間満了後に事業対象者として有効期間がある場合

認定有効期間満了後に事業対象者としてサービスを利用する場合は再度、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届及び基本チェックリストの提出が必要となる。

③ 事業対象者が新規認定申請した結果、要介護へ認定決定した場合において、申請期間中に利用した総合事業サービスの請求をする場合

国保連の審査の仕組み上、請求が返戻になる。その場合は、実際のサービス状況を確認したうえで適切な請求が通るようにするため、介護保険課保険給付係（TEL 03-5432-2646）まで連絡すること。

参考例

下記のような認定が決定された場合において、申請期間から認定日までの令和3年2月～3月分の間に事業対象者として給付管理をする場合は連絡が必要となる。

	認定申請日	申請区分	判定日 (認定日)	判定結果	要介護 状態区分	有効期間開始日	有効期間終了日
1	R3.2.1	新規	R3.4.1	認定	要介護1	R3.2.1	R4.1.31
2	R2.10.1	事新	R2.10.1	認定	事業対象	R2.10.1	R4.9.30

この場合、申請日から判定日までのサービスを事業対象者として取り扱うか、遡り要介護認定者として取り扱うかの2通りの考え方があります。事業対象者として給付管理し、請求する場合は連絡をお願いします。

◎ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届の代理提出

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届は、基本的に利用者からあんしんすこやかセンターを経由して区に提出するが、本人の代理として家族やあんしんすこやかセンターが提出することも可能である。代理で提出する場合、本人の自署であれば、委任状は不要である。

※介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所へ再委託する場合も、あんしんすこやかセンターを経由して区に提出する。

6. 介護予防ケアマネジメント費の考え方

介護予防ケアマネジメントの類型と利用サービスの関係（令和7年4月から適用）

ケアマネジメント類型	利用するサービス	費用コード		サービス提供開始月		2 月目（翌月）		3 月目（翌々月）		4 月目（3 ヶ月後）	
				単位	金額	単位	金額	単位	金額	単位	金額
ケアマネジメント A	・指定相当通所型、訪問型サービス ・指定運動器機能向上サービス ・指定生活援助サービス	AF1001	基本報酬	442 単位	5,038 円	442 単位	5,038 円	442 単位	5,038 円	442 単位	5,038 円
			初回加算	300 単位	3,420 円						
			委託連携加算	300 単位	3,420 円						
		AF1002	初回加算を算定する場合	742 単位	8,458 円						
		AF1003	委託連携加算を算定する場合	742 単位	8,458 円						
		AF1004	初回加算及び委託連携加算を算定する場合	1042 単位	11,878 円						
ケアマネジメント B	・支えあいサービス事業 ・専門職訪問指導事業 ・介護予防筋力アップ教室 ・地域デイサービス継続利用要介護者	AF1005	基本報酬	442 単位	5,038 円	×		×		442 単位	5,038 円
			初回加算	300 単位	3,420 円						
			委託連携加算	300 単位	3,420 円						
		AF1006	初回加算を算定する場合	742 単位	8,458 円						
		AF1007	委託連携加算を算定する場合	742 単位	8,458 円						
		AF1008	初回加算及び委託連携加算を算定する場合	1042 単位	11,878 円						
ケアマネジメント C	・地域デイサービス	AF1009	基本報酬	428 単位	4,879 円	×		×		×	
			委託連携加算	300 単位	3,420 円						
		AF1010	委託連携加算を算定する場合	728 単位	8,299 円						

※一般介護予防事業やインフォーマルサービスのみ利用する場合は、プラン作成不要である。ただケアマネジメント B については、サービス終了後、概ね 6 ヶ月後までモニタリング請求可能。（P.29、30 参照）

【初回加算の算定要件】

- ①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合。（ケアマネジメントCは除く）
 - ②介護予防ケアマネジメントの実施が終了して一定期間（※ケアマネジメントAは2ヶ月以上、ケアマネジメントBは6ヶ月以上）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。
- ※初回加算はアセスメント等を行いケアプランの作成をする手間を評価するものである。

〈初回加算の考え方〉

ケアマネジメント 種類のパターン	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
新規	○	○	×
A → C	×		
C → A	○		
A → B	△※1		
B → A	△※1		
B → C		×	
C → B		○	
A → A	△ ※2		
B → B		△※1	

※1 ケアマネジメントが行なわれない期間が6ヶ月間空く場合のみ可。

※2 ケアマネジメントが行なわれない期間が2ヶ月間空く場合のみ可。

なお、地域デイサービス（ケアマネジメントC）については、年度をまたいで継続利用する場合、基本チェックリストを再度実施することで年1回はケアマネジメント費を請求出来ることとするが、初回加算は算定できないものとする。

【委託連携加算の算定要件】

介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における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。

世田谷区では、国の加算算定の要件を満たすために、以下のとおり処理・記録等を行うことを算定要件とする。

- ①契約書を取り交わし、委託を開始すること。
- ②委託先へ利用者に係る必要な情報を提供すること。

＜算定できる例＞

- ①転居等により、担当のあんしんすこやかセンターが変更になる場合
- ②委託先の指定居宅介護支援事業所を変更する場合
- ③要介護→要支援

認定有効期間が満了した翌月から、要支援者として予防給付又は総合事業のサービスを利用した場合

<算定できない例>

①要支援→事業対象者

認定有効期間が満了した翌月から、事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合

②事業対象者→要支援

事業対象者の資格を終了し、翌月から要支援者となった場合

7. 区分支給限度額

指定相当訪問型・通所型サービス及び、指定生活援助サービス・指定運動器機能向上サービスについては、毎月給付管理を行う。支えあいサービス・地域デイサービス及び、専門職訪問相談・介護予防筋力アップ教室については限度額管理を行わない。区分支給限度額については以下の表の通りである。

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費	区分支給限度額
事業対象者	サービス・活動事業	介護予防ケアマネジメント費	原則 5,032 単位 例外的に 10,531 単位まで (6 ヶ月間のみ) ※1
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費	5,032 単位
	予防給付 + サービス・活動事業		
	サービス・活動事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費	10,531 単位
	予防給付 + サービス・活動事業		
	サービス・活動事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

※1 事業対象者の区分支給限度額が 5,032 単位を超えるサービス利用については、あんしんすこやかセンターが介護予防ケアマネジメントの中で必要性を判断する。また、6 ヶ月間以上、5,032 単位を超えてサービスを利用する必要がある場合は介護保険の認定申請を行い、要支援 2 の認定が出ることが必要である。

<ケアプランの件数制限について>

あんしんすこやかセンター職員の介護予防ケアマネジメントの実施件数の制限は設けない。

なお、専門 3 職種及び見守りコーディネーターについて、1 人当たりが行う介護予防支援の実施件数を 20 件以内（目安）とする。

8. 介護予防ケアマネジメント費の請求

介護予防ケアマネジメントを実施する場合、以下の通りケアマネジメント費を請求できる。
(詳細は請求の流れについて P.47 参照)

ケアマネジメント メント類型	請求時期	支払い額
A	毎 月	442 単位 (5,038 円)
B	専門職訪問相談 介護予防筋力アップ教室 ⇒サービス提供開始月及び、サービス提供終了（サービス提供開始から概ね3ヶ月後）に伴い、評価を実施した月 ※1 必要時はサービス提供終了から6ヶ月後まで 支えあいサービス 地域デイサービス継続利用要介護者 ⇒サービス提供開始月及び、 その後3ヶ月毎（モニタリング及び評価実施月）	
C	サービス提供開始月のみ ※2	428 単位 (4,879 円)
初回加算	新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合や対象者の区分が変わった場合等（初回加算の考え方 P.44 参照）	300 単位 (3,420 円)
委託連携 加算	新規に介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託し、必要な情報を提供する等した場合（委託連携加算の考え方 P.44 参照）	300 単位 (3,420 円)

※1 ケアマネジメント費は、サービス利用開始月から発生し、サービス利用終了に伴いモニタリング（評価）を実施した月に支給終了となる。

※2 地域デイサービス（ケアマネジメント C）は1年以上継続利用する場合、基本チェックリストの実施により、年1回はケアマネジメント費の請求をすることができる。

●ケアマネジメントBの請求のタイミングについて

ケアマネジメントBでは、利用するサービスによってモニタリングを行うタイミングが異なる場合がある。判断に迷う場合は介護予防・地域支援課へ相談すること。

(例)「介護予防筋力アップ教室」修了後、「地域デイサービス」を利用する場合

「介護予防筋力アップ教室」利用のケアプラン作成時および、「介護予防筋力アップ教室」終了における評価時の合計2回請求する。

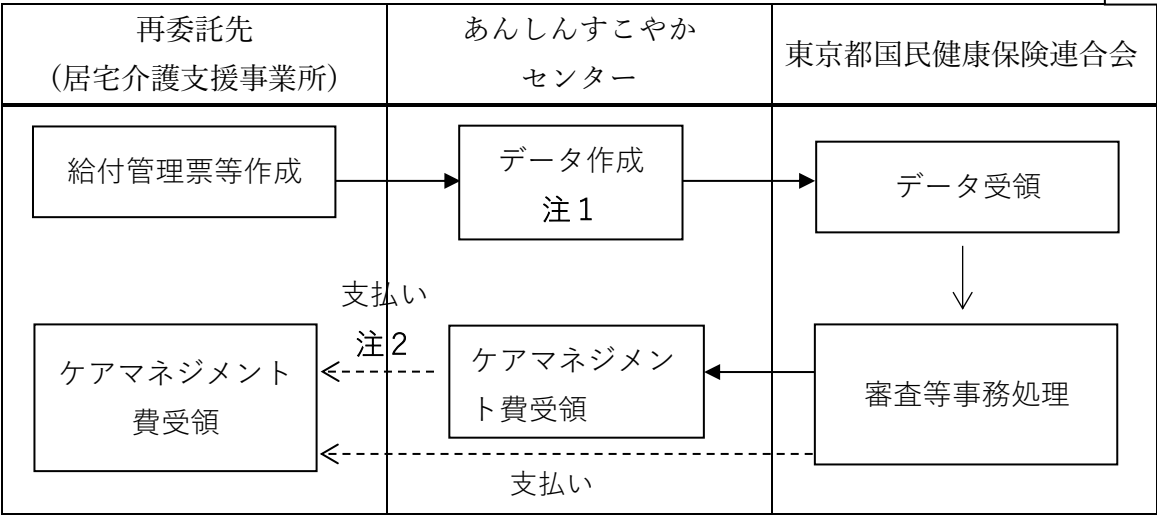
「介護予防筋力アップ教室」修了時の評価で、「地域デイサービス」利用の必要性をアセスメントしたことになるので、ケアマネジメントBのモニタリング1件として請求（ケアマネジメントCの請求は出来ない）。

●地域デイサービス継続利用要介護者の請求について

- (1)通常の介護予防ケアマネジメントBの請求方法と同じく、あんしんすこやかセンターが作成し、介護予防・地域支援課に請求データを送付する。
- (2)給付管理表はないため、「C01：請求データ」のほかに「C02：委託先支援事業所情報」を作成する。
- (3)再委託の場合は、再委託先の居宅介護支援事業所に介護予防・日常生活支援総合事業 支援計画表・評価表とモニタリングの記録を提出させ、実績を確認したのち、②の請求データを作成する。

①総合事業のケアマネジメント費の請求の流れ

図 1

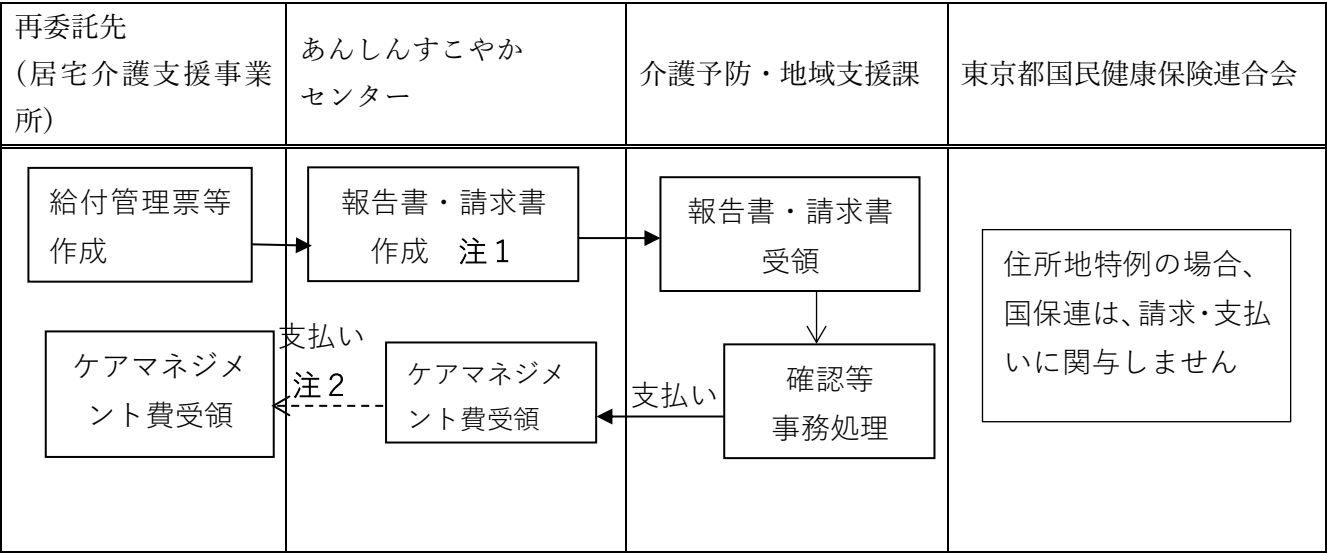


注 1 総合事業のケアマネジメント費の請求データは、国が規定するサービスコード表に準拠した「介護予防ケアマネジメントサービスコード（AF）」に対応したソフトにより作成し、東京都国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という）へ直接請求する。

注 2 再委託した場合、再委託先へのケアマネジメント費の支払いについては、①再委託先事業所の所在地が、都内の場合は、直接国保連から再委託先に支払われる。②再委託先事業所の所在地が、都外の場合は、一旦あんしんすこやかセンターに全額支払われ、あんしんすこやかセンターから再委託先事業所に支払う。

② 総合事業のケアマネジメント費の請求の流れ(住所地特例（都外被保険者）の場合

図 2



注1 総合事業の住所地特例者（都外被保険者）のケアマネジメント費の請求は介護予防・地域支援課あての請求書（四半期ごと）により行い、実績報告はあんしんすこやかセンター実績報告様式3-3（データ格納）により行う。

注2 住所地特例者（都外被保険者）のケアマネジメントを再委託した場合、再委託先へのケアマネジメント費の支払いについては、区から一旦あんしんすこやかセンターに全額支払い、あんしんすこやかセンターから再委託事業所に支払う。

※再委託先の事業所の所在地が都内、都外に関わらず取り扱いと同じ。

※住所地特例（都内被保険者）の場合は、上記①（世田谷区被保険者）と同じ。

※R7年5月には、東京都国保連でもAFコードで請求できるようになるため、一部のAFコードの請求ができない自治体を除き、図1のとおりに請求できるようになります

9. 利用者負担軽減制度

「高額総合事業サービス費」「高額医療合算総合事業サービス費」は指定相当訪問型サービス、指定生活援助サービス、指定相当通所型サービス、指定運動器機能向上サービスに適用する。

「生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度（さくら証）」は指定相当訪問型サービス、指定生活援助サービス、指定相当通所型サービス、指定運動器機能向上サービス、支えあいサービス、介護予防筋力アップ教室に適用する。

総合事業における公費の取扱いについて（生活保護・中国残留邦人・原爆被爆者）

※下記内容については、事例が発生する場合は、すみやかに介護予防・地域支援課に相談すること。

① 国の総合事業ガイドラインにおける規定

ア. 生活保護・中国残留邦人

生活保護法における介護扶助について

- 平成26年の改正に伴い、生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。)における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。（生活保護法（昭和25年法律第144号）第15の2）
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、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い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

イ. 原子爆弾被爆者

原子爆弾被爆者に対する公費助成について

- 原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、総合事業の実施に伴う助成範囲については、従前相当サービスとして、サービス種類コード、A2、A6のものとする。

※区ではA5コードは使用していない。

② 具体的な取扱い

ア. 生活保護関連

（ア）給付 「介護扶助費」の支給

（イ）給付対象 対象サービス：サービス・活動事業の全サービスが対象

【扶助費の対象費用】

a. 利用者が被保険者の場合⇒利用者負担額部分

※地域デイサービスは、利用者負担額は無く、実費負担が有るが、当該実費負担分は介護扶助費の対象外（生保受給者が負担）となる。

- b. 利用者が被保険者でない場合（65歳未満の医療保険未加入者）

⇒サービス費用全体

※ただし、委託契約で行う支えあいサービス、専門職訪問指導、介護予防筋力アップ教室は、1人当たりの報酬単価という考え方が無いので、利用者負担額部分のみ。

(ウ) 介護扶助費の請求手続き

- a. 指定事業者によるサービス（指定相当訪問型サービス、指定生活援助サービス、指定相当通所型サービス、指定運動器機能向上サービス）の場合

⇒国保連を通じて請求及び支払い

- b. 指定事業者以外のサービスの場合

⇒国保連を通じた処理はできないため、利用者がサービス提供事業者へ支払った利用者負担額を住所地の生活支援課へ請求する。

イ. 中国残留邦人関連

- (ア) 給付 「支援給付費」の支給

- (イ) 給付対象 給付対象サービスは生保と同じ

- (ウ) 担当部署 保健福祉部 生活福祉担当課 生活福祉担当

- (エ) 備考 残留邦人の中には、日本語が話せない者もいる。総合事業移行にあたっては、現環境維持等の配慮が必要。

ウ. 原子爆弾被爆者関連

- (ア) 給付 「介護保険利用等助成事業」による助成金の支給

（受給者要件：被爆者手帳が有り、介護保険サービスを受けていること）

- (イ) 給付対象 指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスのみ対象

- (ウ) 担当部署 東京都 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護係

（助成申請の受付は、区の総合支所健康づくり課で行っている。）

- (エ) 備考 助成対象が指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスに限定されていることから、総合事業移行時には本人へその旨をきちんと説明して、サービスを選択していただく必要がある。

災害等の被災者に対する介護保険利用者負担額の免除

台風・地震等により、一定以上の損害を受けた場合に介護保険利用者負担額の免除が実施される場合がある。

制度の実施の有無や対象となる損害のレベルまた、減免内容・減免期間等については、区からの情報を確認し、必要時利用者に情報提供をする。

10. その他

(1) 区分変更による請求

ア 事業対象者⇒要介護 の申請期間中の請求

総合事業のみサービスを利用している事業対象者が要介護の結果が出た場合、介護給付を受けるまでは事業対象者としての取り扱いを受けることができるため、総合事業での費用請求・利用者負担となる。要介護認定の結果後は居宅介護支援事業所に引き継ぎ、介護給付へ切り替えていくこと。要介護の認定期間に総合事業の請求をする場合、受給者台帳の修正が必要なため、介護保険課保険給付係へ連絡すること。

※暫定プランで介護サービス等を申請期間中に利用した場合は、どちらかの選択となる場合がある。詳細は（2）ア、イを参照。

イ 事業対象者⇒サービス利用中⇒同月に要介護となった場合の請求

要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受付、要介護が出た後、同月の途中でサービス事業から介護給付利用に変更した場合、同月末時点で居宅介護支援を行っている事業所が居宅介護支援費（月額報酬サービスで月途中の日割りは行わない※）を請求することができる。

限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業所があんしんすこやかセンター等と連絡を取り、給付管理を行う。

※日割り計算について

予防給付と異なり、利用者との契約開始の場合は契約日から開始、利用者との契約解除の場合は契約解除日で終了となる。詳細は、区のホームページ掲載の「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」（国資料）にて確認すること。

トップページ > 福祉・健康 > 高齢・介護 > 介護保険事業者向け情報 > 介護保険給付に関する Q&A 集（「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」の令和 3 年 4 月一部改訂）
https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/fukushi/001/003/d00022679_d/fil/getugaku.pdf

（２）利用者自己負担

ア 事業対象者⇒介護予防支援暫定プラン⇒要介護

介護予防支援の暫定プランに基づいて介護予防訪問看護と指定運動器機能向上サービスを利用していた場合、以下①②のどちらかを選択する。

※要介護認定者は、総合事業のサービスを利用することができないことが前提である。

①申請日に遡り、要介護認定者として取扱う場合

訪問看護は介護給付で費用請求、指定運動器機能向上サービスは全額自己負担となる。

②介護給付の利用を開始するまでは事業対象者として取り扱う場合

指定運動器機能向上サービスは介護予防・生活支援サービス事業で費用請求、訪問看護は全額自己負担となる。

①②のどちらを選択するかは、自己負担の金額等を考慮し、ご本人と相談すること。

また暫定プラン等において、予防給付（訪問看護等）と総合事業のサービスを併用利用する場合、認定結果が要介護となった場合には、一部、全額自己負担が発生する場合もあるので、利用者負担については、事前に十分な説明をすること。

イ 事業対象者⇒要支援を見越したプランサービス利用⇒要介護

事業対象者が要支援となると見越して、暫定で指定相当訪問型サービスと指定生活援助サービスを併用していたが要介護の結果となった場合、介護給付を利用するまでは事業対象者として取り扱うことで、どちらも介護予防・生活支援サービス事業で費用の請求が可能だが、（１）の例のように、要介護の認定結果を踏まえて介護給付のサービスに早めに切り替える対応が必要である。

（３）介護保険未納の方への対応（給付制限など）

世田谷区においては、総合事業のサービスの給付制限は実施しない。介護保険料未納の方の給付制限に関して、厚生労働省は、「総合事業は、給付制限を一律には課さないが、各市町村の判断で実施することが可能である。」（介護保険最新情報 Vol.396 Q&A P.52）としている。

※総合事業サービスと介護予防サービスを利用している場合、介護予防サービスは給付制限が適用されるので注意がすること。

(4) 転居等に伴う請求

ア 月途中での変更

① 区内転居

月の途中で、転居等により、担当のあんしんすこやかセンターが変更になった場合は、変更後のあんしんすこやかセンターのみ請求可能

② 区外転居

月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの包括にて請求可能（住所地特例除く）

イ 初回加算、委託連携加算

① あんしんすこやかセンターの変更

転居等により担当のあんしんすこやかセンターが変更になった場合は、変更前のあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）がすでに請求済みであっても、初回加算及び委託連携加算の請求が可能

② 再委託先の変更

担当のあんしんすこやかセンターに変更がなく、再委託先のみが変更になった場合は、再度、初回加算の請求をすることはできない。

(5) 制度改正

令和 6 年 4 月より、指定居宅介護支援事業者は、市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施することができるようになった。

指定居宅介護支援事業所が介護予防サービスを実施後、介護予防ケアマネジメントの結果、予防給付の利用がなくなり、総合事業のサービスのみになった場合、引き続き指定居宅支援事業者が援助を継続するにはあんしんすこやかセンターの委託を受ける必要がある。基本はその都度、居宅届の提出が必要になるが、様々な状況が想定されるため、当面上記のような事例が発生したら、介護保険課保険給付係（5 4 3 2－2 6 4 6）に連絡すること。

VI 再委託について

再委託について

介護予防ケアマネジメントは、区からあんしんすこやかセンターへの委託業務であるが、利用者の状況に応じて居宅介護支援事業所への再委託が可能である。再委託にあたっては、あんしんすこやかセンターは、再委託者の氏名、再委託の内容、業務執行場所を区に通知し、承認を得る必要がある。新たな再委託事業者が生じた場合、介護予防・地域支援課へ連絡する。

- ・居宅介護支援事業所への再委託は、原則、ケアマネジメントAを行う場合、可能とする。
- ・あんしんすこやかセンターは、サービス提供事業者とのつなぎを行うなどの調整を行うこと。
- ・ケアマネジメントB、Cの再委託が必要な場合は介護予防・地域支援課へ相談すること。
- ・介護予防ケアマネジメントについて地域包括支援センターの実施件数及び指定居宅介護支援事業所の受託件数に制限は設けておらず、逡減制には含めないとされているため、現在のところ、区では総合事業の介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）はカウントに含めず、居宅介護支援費を算定することとする。（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：厚労省）

1. 再委託の基準について

- ・再委託先の選定に当たっては、公正中立性を確保すること
- ・再委託先の事業所は、個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項（以下特記事項という。）の基準を満たさなければならない（再委託の契約書に特記事項を加えること）
- ・個人情報の取り扱いは、特記事項（P.142 参考2）参照。
- ・電算処理する場合は、再委託先が下記①のセキュリティ基準を満たすこと
- ・セキュリティ基準を満たさない事業所に再委託する場合は、電算処理（従来の介護支援システムのソフトを使用した事務処理等）ではなく、紙媒体での処理となる
- ・あんしんすこやかセンターは再委託先から下記②の文書を徴取しておくこと

①セキュリティ基準（セキュリティ対策として、以下のことを行う）

- ア 使用するパソコンやサーバ等の盗難の防止
- イ パソコン、サーバの修理や処理ソフトのバージョンアップ等で事業所職員以外が作業する場合の作業の日時や実施者、内容の記録
- ウ パソコン又はソフトへのログイン時におけるパスワードの設定
- エ パスワードによりログイン及びログアウトした時間の記録
（パスワードを設定している場合、自動的に記録されているケースが多いよう）
- オ ウィルス対策ソフトの導入等による、ウィルスの侵入及び拡散の防止

②再委託先から徴取する文書

- ア 個人情報の取り扱いの決まりごと等について記載したもののコピー
- イ 委託業務において、電算処理を行う者の氏名一覧

※①、②の詳細については、特記事項（P.139 契8、P.139 参考—2）参照。

2. 居宅介護支援事業所へ委託する場合のプロセス

	あんしんすこやかセンター	居宅介護支援事業所
利用申込	総合事業利用申込の受付	
	・被保険者証を確認し、総合事業の趣旨、流れについて説明。 ・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届の受理。	
利用者と契約締結	総合事業利用申込者との契約締結	
	・重要事項説明書を交付、説明し同意を得る。 ・利用者と契約書類を取り交わす。 ・個人情報の取扱いに対する同意（書面）を得る。	
アセスメント	利用者情報の入手	
	・利用者に同意を得て、認定調査結果、主治医意見書を入手する。（認定申請を行っている場合）	
あんしんすこやかセンターと居宅介護支援事業所との委託契約締結	あんしんすこやかセンターと居宅介護支援事業所との委託契約締結	
アセスメント	介護予防ケアマネジメント業務の委託（契約締結）	
	・利用者基本情報（必要時）、基本チェックリスト（必要時）、認定調査結果、主治医意見書等、必要書類を交付し、介護予防ケアマネジメント業務を委託する。（認定調査結果、主治医意見書は認定申請を行っている場合）	・利用者に介護予防ケアマネジメント業務の委託等について説明し、個人情報の取扱いに対する同意を得る。 ・必要書類を入手し、利用者宅を訪問する。（家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意も得る） ・利用者基本情報、基本チェックリスト、興味・関心チェックシート、二次アセスメントシート等を用いて利用者の状況を確認し、アセスメントを行う。 ・利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案し、利用者と調整する。
介護予防ケアマネジメント計画原案の作成	介護予防ケアマネジメント計画原案の作成	
	・アセスメントの結果を基に介護予防ケアマネジメント計画原案を作成する。 ・介護予防ケアマネジメント計画原案に基づくサービス利用について、あんしんすこやかセンター、サービス提供事業所等と調整する。	
サービス担当者会議の開催	サービス担当者会議の開催	
	・状況に応じて、サービス担当者会議へ出席する。 ・介護予防ケアマネジメント計画原案の妥当性について確認する。（あんしんすこやかセンター意見欄に記入し、確認印を押印する）	・関係者を招集し、目標の共有化、役割分担の確認をするとともに、介護予防ケアマネジメント計画原案について専門的見地から意見を求める。 ・利用者、家族、サービス提供担当者等と支援方法を確認し、当該サービス担当者会議の要点または当該担当者の照会内容について記録する。
介護予防ケアマネジメント計画の説明・交付	・介護予防ケアマネジメント計画の原本（利用者の同意印があるもの）はあんしんすこやかセンターが保管する。	介護予防ケアマネジメント計画の説明
		・あんしんすこやかセンターの確認を受けた介護予防ケアマネジメント計画表の内容について、利用者や家族に説明し同意を得る。（同意欄への署名・押印）
		介護予防ケアマネジメント計画の交付
サービスの提供・モニタリング	・月に1回、居宅介護支援事業所から受け付けたサービス実施状況を記録する。	・利用者、サービス提供事業所、あんしんすこやかセンターに介護予防ケアマネジメント計画を交付する。
		サービス提供事業所等との調整
		・介護予防ケアマネジメント計画に基づき適切にサービスが提供されるよう、サービス提供事業所等と連絡調整を行う。 ・サービス提供担当者に対して個別サービス計画の提出を求め、介護予防ケアマネジメント計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する。
サービスの提供・モニタリング		モニタリング
		・必要に応じて利用者宅を訪問する方法により、介護予防ケアマネジメント計画の実施状況を把握する。 ※サービス提供開始月は利用者宅を訪問し利用者の状況を確認する。 ※少なくとも3ヵ月に1回は利用者宅を訪問し面接する。 ※利用者の居宅を訪問しない月は、サービス提供事業所における面接、電話等により利用者の状況を確認する。 ・サービス提供事業所から、個別サービス計画に基づくサービス実施状況について月に1回報告を受け、あんしんすこやかセンターに報告する。 ・利用者の状況に変化があった時は、必ず利用者宅を訪問し、必要に応じて計画の見直しを行う。
評価	・居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行い、介護予防ケアマネジメントサービス評価表にあんしんすこやかセンターの意見を記載する。	評価
		・介護予防ケアマネジメント計画に位置づけられた期間が終了する月は、利用者宅を訪問し計画の達成状況を確認する。 ・介護予防ケアマネジメントサービス評価表を作成し、あんしんすこやかセンターに報告する。
給付管理	・居宅介護支援事業所から送付された給付管理票等に基づき確認する。	給付管理業務
		・月初めに前月のサービス利用実績を確認し、給付管理票等を作成する。 ・給付管理票等をあんしんすこやかセンターへ送付する。（担当あんしんすこやかセンターと確認する）
報酬の請求・支払い	・居宅介護支援事業所から送付された給付管理票に基づき、介護報酬請求に関する書類を作成する（データ）。 ・東京都国民健康保険団体連合会にデータを交付し、介護報酬の請求を行う（介護予防ケアマネジメント費の請求に関しては区へ請求に関するデータを交付する）。 ・国民健康保険団体連合会から報酬を受領する。	報酬の請求
		・東京都国民健康保険団体連合会もしくは、あんしんすこやかセンター（居宅が国外の場合）から報酬を受領する。

介護予防ケアマネジメント業務の委託における帳票の取り扱い

No.	帳票名称		保管の状況		特記
			あんすこ	居宅	
1	介護予防支援サービス利用契約書		原本		
2	重要事項説明書		原本		
3	個人情報使用同意書		原本		
4	利用者基本情報		原本	写	
5	二次アセスメントシート (二次アセスメントシート同様のアセスメントが可能であれば別の用紙でも可)		原本	写	
6	基本チェックリスト		原本	写	
7	興味・関心チェックシート		原本	写	
8	主治医意見書		原本	写	原則、原本を あんすこが保 管し、居宅に コピーを渡す
9	認定調査票		原本	写	
10	サービス担当者会議の要点・サービス担当者に対する 照会		原本	写	
11	介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）		原本	写	利用者署名前に あんすこがコメ ント
12	週間サービス計画表		原本	写	
13	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録： 初回月・更新月・サービス変更月		原本	写	
14	サービス提供事業者のモニタリング・評価等の報告			原本	
15	介護サービス状況報告		原本		毎月
16	ケアプラン評価表		原本	写	
17	サービス利用票・別表（予定）	・初回月 ・更新月 ・サービス変更月	原本	写	
18	介護予防ケアマネジメント・介護予防支援業務委託料請求書兼明細書 (再委託先が都外のみ)		写	原本	
	介護予防福祉用具貸与の例外給付に関する文書 住宅改修理由書		原本	写	

※契約終了後はすべてあんしんすこやかセンターが保管する。

※帳票の取り扱いについては、原則上記とするが、各あんしんすこやかセンターにて柔軟に対応する。

VII 住所地特例

住所地特例者について

介護予防・生活支援サービス事業を利用するにあたり、本人の居住場所や住民登録のある自治体等の状況により、介護予防ケアマネジメントを実施する者や利用できるサービスが異なる。区内の住所地特例施設（サ高住等）に入居されている、他自治体が保険者の要支援者及び事業対象者が総合事業を希望される場合、住所地のあんしんすこやかセンターが契約の主体となりケアプランの作成を行う。（住所地特例者の総合事業マネジメント費の請求についてはP.47. 48 参照）

<指定の必要性>

総合事業の制度では、住所地特例に該当する場合、住所地の区市町村が提供するサービスを利用する。そのため、住所地の区市町村の総合事業の指定が必要である。

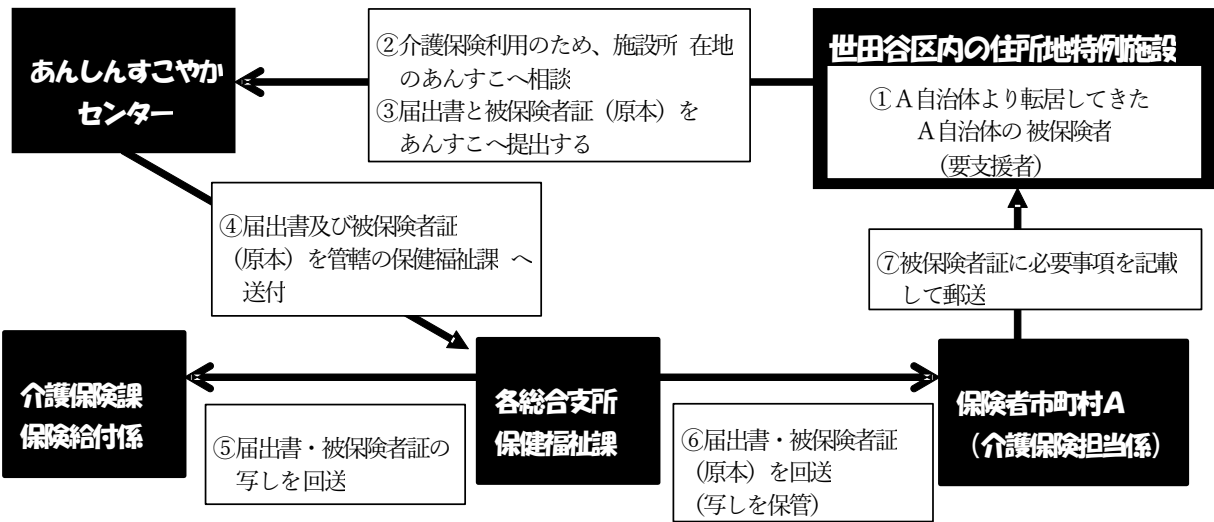
1. 要支援認定者等の居住場所及び保険者と担当ケアマネジャーの関係

本人の居住場所		保険者	担当ケアマネジャー	サービス利用
世田谷区	住所地特例施設	区外	施設所在地のあんしんすこやかセンター	世田谷区のサービス
	住所地特例でない施設又は居宅		区外の地域包括支援センター → 区内の民間ケアマネジャーに委託	区外のサービス
区外	住所地特例施設	世田谷区	区外の地域包括支援センター	区外のサービス
	住所地特例でない施設又は居宅		世田谷区のあんしんすこやかセンター → 区外の民間ケアマネジャーに委託	世田谷区のサービス

2. 介護予防サービス計画作成依頼届及び介護予防ケアマネジメント依頼届（届出書という）の提出からの流れ

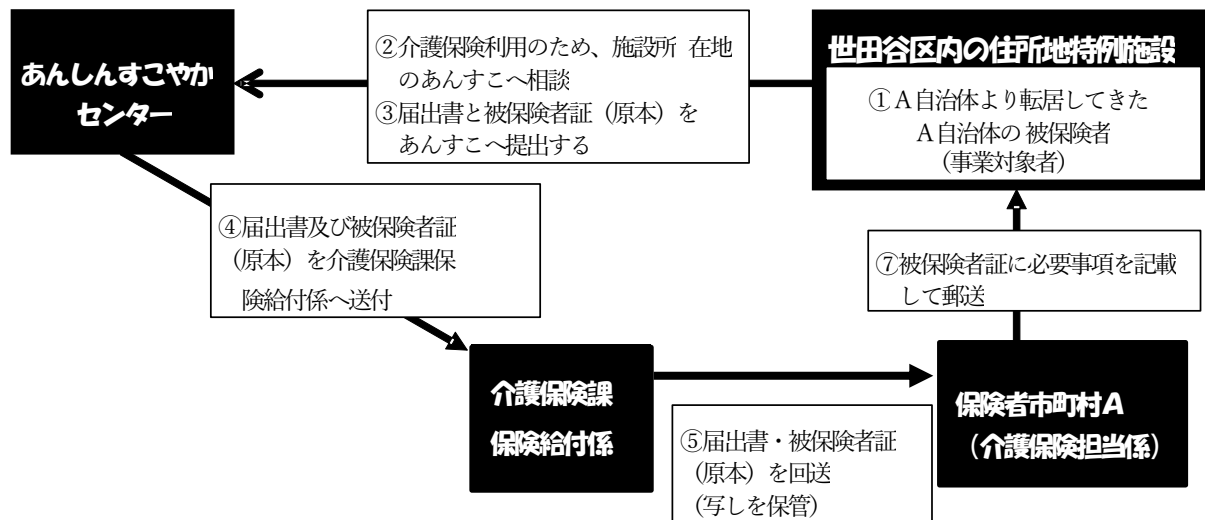
（出典：地域包括支援センター用介護保険事務マニュアル世田谷区 令和2年2月改訂一部改変）

① 介護予防サービス計画作成依頼届（要支援）



上記 図のとおり、住所地特例者の届出書及び被保険者証は、保健福祉課を経由し、保険者区市町村の介護保険担当係へ提出する。この際、原則として届出書は保険者区市町村の様式を使用する。様式の書き方や入手方法については保険者区市町村に問い合わせること。

② 介護予防ケアマネジメント依頼届（事業対象者）



上記 図のとおり、住所地特例者の介護予防ケアマネジメント依頼届出書（事業対象者）及び被保険者証は、介護保険課保険給付係を経由し、保険者区市町村の介護保険担当係へ提出する。この際、原則として届出書は保険者区市町村の様式を使用する。基本チェックリストの提出の有無、様式の書き方や入手方法については保険者区市町村に問い合わせること。

注意点等

- ① 住所地特例者の介護予防サービス計画作成依頼届（要支援者）と介護予防ケアマネジメント依頼届（事業対象者）は、区への提出先が異なるので注意すること。
- ② 誤って保健福祉課、または介護保険課保険給付係を経由せず保険者区市町村へ届出書及び被保険者証を送付した場合は、事由が判明次第、介護保険課保険給付係へ連絡すること。
- ③ 区分変更等の結果、要介護認定となった住所地特例被保険者に関しては、保健福祉課や介護保険課を経ることなく、被保険者又は居宅介護支援事業所が直接保険者区市町村へ居宅サービス計画作成依頼届を提出する。

※総合事業に関しては、原則として住民票がある自治体のサービス以外は受けることができない。

サービスの利用のためには、サービス事業所がそれぞれの自治体の指定を受ける必要がある。例えば、世田谷区に住民票を持つ被保険者が目黒区の総合事業を利用する際は、目黒区の事業者が介護保険課事業者支援担当に届出をして指定を受ける必要がある。

VIII 帳票・様式

	No.	帳票・様式名	ページ
帳 票 ・ 様 式	帳票 1	総合事業紹介 チェックシート（必要時使用）	5 9
	帳票 2	総合事業受付票 考え方（必要時使用）	6 0
	帳票 3	基本チェックリスト 記入例 考え方	6 3
	帳票 4	興味・関心チェックシート	6 7
	帳票 5	二次アセスメントシート 記入要領 聞き取り方	6 8
	様式 6	介護予防・日常生活支援総合事業 支援計画表・評価表	8 0
	様式 7	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（例）	8 1
	様式 8	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（例）	8 2
	共通様式 1	サービス利用申込書	8 3
	㊦様式 1	支えあいサービス個別連絡票	8 4
	㊧様式 1	専門職訪問相談 個別連絡票	8 5
	㊧様式 5	専門職訪問相談 評価結果連絡票	8 6
	㊨様式 1	地域デイサービス 個別連絡票	8 7
	帳票 9-1 (㊨様式 2)	地域デイサービス継続利用要介護者用 支援計画表	8 8
	㊩様式 2	介護予防筋力アップ教室 個別連絡票	8 9
	㊩様式 3-①	介護予防筋力アップ教室 体力測定 & 交流会申込書	9 0
	㊩様式 3-②	介護予防筋力アップ教室 評価結果連絡票	9 1
	帳票 9-2	介護予防・日常生活支援総合事業 支援計画表・評価表 2 号様式（必要時）	9 2
	様式 10	経過記録表	9 3
依 頼 (変 更) 届	・ 居宅サービス計画、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 ・ 記入説明 提出にあたっての注意点 総合事業・介護認定同時申請【総合事業対象者、介護認定（要介護・要支援）】 継続利用要介護として総合事業サービス利用時の記入説明 訂正受付の記入例		9 4
そ の 他	・ 事故報告書		1 0 0

介護予防ケアマネジメントの使用帳票・様式一覧

	手 順	使用帳票	ページ
1	相談受付	帳票 1 総合事業紹介チェックシート（必要時活用） ・総合事業の対象か否か振り分けるためのシート。 帳票 2 総合事業受付票（必要時活用） ・訪問介護サービス、通所介護サービスの利用希望がある場合に使用する。聴き取りにより職員が記入。 ・保健福祉課は基本チェックリストの実施が必要な場合はあんしんすこやかセンターで実施することを説明する。 ・インテークのための帳票であり、相談の流れで聞き取れた内容を記載する。（作成は必須ではない）	P.59 P.60
2	基本チェックリスト、興味・関心チェックシートの活用・実施	帳票 3 基本チェックリスト 帳票 4 興味・関心チェックシート ・相談者である被保険者に対し実施し、利用すべきサービスの区分（介護予防・生活支援サービス事業及び予防給付、一般介護予防事業等）の振り分けを行う。 ・本人が記入する。電話、家族からの聞き取りも可能であるが、介護予防ケアマネジメントの過程で本人の状況や意向確認をすること。	P.63 P.67
3	アセスメント	帳票 5 二次アセスメントシート ・帳票 2 総合事業受付票、帳票 3 基本チェックリスト、帳票 4 興味関心チェックシートと併用し、より自立支援に焦点を置いたアセスメントを行う。	P.68
4	ケアプラン原案作成	様式 6 介護予防サービス・支援計画書(例) →ケアマネジメント A で使用。 ケアマネジメント B、C は支援計画は作成不要。	P.80
5	サービス担当者会議	様式 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(例) →ケアマネジメント A で使用 ケアマネジメント B、C は支援計画はサービス担当者会議は不要。	P.81
6	利用者への説明・同意	ケアマネジメント A は 4 のケアプラン原案作成の 様式 6 を活用し説明 ケアマネジメント B、C は口頭で説明する	
7	ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者）	様式 6 介護予防サービス・支援計画書(例) →ケアマネジメント A で使用 ケアマネジメント B、C はケアプランを作成しないため、交付はしない	P.80
8	サービス利用開始		
9	評価・モニタリング	様式 8 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(例) →ケアマネジメント A で使用 帳票 9-2 介護予防・日常生活支援総合事業 支援計画表・評価表または 様式 10 利用者基本台帳経過記録 →ケアマネジメント B、C で使用・設定された目標が達成されたかを確認（モニタリング）し、評価欄にプランの継続、変更、終了や区分変更等に必要な事項を記入する。（※必要時使用）	P.82 P.92 P.93

□依頼（変更）届（居宅サービス計画作成、介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント） P.9 4

1. 受託事業者へ提供するケアマネジメント関連帳票・様式 早見表【令和7年度】

2. モニタリング									
【事業名】	帳票3	帳票4	帳票5	様式6	帳票9		支・専・地・筋 共通 様式1	連絡票 様式	様式
	基本チェック リスト	興味・関心 チェックシート	2次アセスメ ントシート	介護予防サービス・支援 計画書	介護予防・日常生活支援総合事業 支援計画表・評価表	帳票9-1 (地 様式2) 地域デイ継続利用 要介護者用	サービス利用申込 書	申込者のケース概 要等連絡票	※事業ごとに様式名 称が違う
支えあいサービス	—	—	—	ケアマネジメントA (○) ケアマネジメントB (—)			○	支 様式1	帳票9-2または 様式7または 様式10
地域デイサービス	—	—	—	—	—	—	○	地 様式1	帳票9-2または 様式7または 様式10
	要支援・事業対 象者	—	—	—	必要時、モ ニタリングで 使用	○	帳票9-1 (地 様式2)	地 様式1	
専門職訪問相談	○	○	○	ケアマネジメントA (○) ケアマネジメントB (—)	—	—	○	専・様式1	専・様式5 (区へ提出)
介護予防筋力アップ教室	○	○	○	ケアマネジメントA (○) ケアマネジメントB (—)	—	—	○	筋・様式2	筋・様式3-② (区へ提出)
体力測定 & 交流会	—	—	—	—	—	—	○	筋・様式3-1	—

総合事業紹介 チェックシート

氏名

質問		回答	
		A	B
1	以下のサービスのいずれかを希望しているか。 [訪問看護 ・ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与、購入費支給 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴 ・ 居宅療養管理指導]	はい	いいえ
2	要介護認定により受けられる、障害者控除(障害者・特別障害者)や医療費控除等のサービス受給を希望しているか。	はい	いいえ
3	本人は寝たきりの状態、またはそれに近い状態か。	はい	いいえ
4	本人は、認知機能の低下や問題行動で目が離せない状態か。	はい	いいえ

1～4のうち、
1つでも「A」に
該当する
↓
明らかに申請
が必要
↓
要介護認定申
請を行う

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P.16)を参照

質問		回答	
		A	B
5	訪問介護サービスや通所介護サービスの利用を希望しているか。	はい	いいえ

「A」に該当する
↓
総合事業対象
の可能性あり
↓
・総合事業紹介
・相談受付票
にて聞き取り

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P. 16)を参照

質問		回答	
		A	B
6	主訴が地域情報(介護予防教室やサロン等)提供で、情報提供すれば自身で実行できる人か。	いいえ	はい

どちらも、必要
に応じてあんす
こを紹介
↓
「A」に該当する
場合、相談受
付票にて聞き
取り

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P.16)を参照

■基本情報
相談日：
年
月
日
相談受付者：
(
あんすこ
)

相談方法	☐ 来所 ☐ 電話 ☐ 訪問	相談に来た方	☐ 本人 ☐ 本人以外
本人の 氏名・住所 連絡先等	フリガナ	相談者の 氏名・住所 連絡先	フリガナ
	T・S・H		(本人との関係)
	年 月 日 (歳)		住所
	世田谷区		
	電話 ()		電話 ()
世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者のみ ☐ 同居家族あり ☐ その他 ()		

■相談内容

【医療情報】主治医
☐無
☐有 (主治医名
) (通院頻度
)

【具体的なサービスの希望】☐無
☐有→
【訪問介護・通所介護・住宅改修・福祉用具・その他
 】

【主訴】

サービス導入の緊急性(有 ・ 無)、介護保険申請手続き(有 ・ 無)

----- 以下はあんしんすこやかセンター記入欄 -----

■身体状況・生活行為 (相談者が困っている項目は☐にレ点チェックし、詳細を「備考」欄に記入する)

	項目	備考		項目	備考
体調	☐ 痛み	部位など	IADL	☐ 買い物	
	☐ 麻痺・拘縮	部位など		☐ 服薬管理	
	☐ その他			☐ 金銭管理	
ADL	☐ 歩行			☐ 掃除	
	☐ 階段昇降		☐ 食事の支度		
	☐ 立ち座り		☐ 洗濯		
	☐ 食事摂取		認知機能	☐ 認知機能・判断力	
	☐ 排泄行為		社会参加	☐ 家族との関わり	頻度、内容など
	☐ 保清(入浴)			☐ 他者との交流	頻度、内容など
環境	☐ 住居の状況等	戸建て・集合住宅、坂道が多いなど		☐ 普段の交通手段	例) バス、電車など

【あんすこ処理欄】

☐基本チェックリストの実施 (結果
)
☐総合事業の利用 (利用サービス
)

総合事業受付票についての考え方

	項目		各質問項目で聞き取る内容、記入例
欄外	相談日、相談受付者		相談を受け付けた日にち、職員の氏名、所属を記入。
基本情報	相談方法		どのように相談を受けたか該当する選択肢にチェックする。
	相談に来た方		相談主は本人か、それ以外か。
	本人の氏名・住所・連絡先		本人（支援を必要としている高齢者）の氏名、住所、連絡先を記入。
	相談者の氏名・住所・連絡先等		相談者が本人以外の場合は、相談者の氏名、本人との関係、住所、連絡先を記入。
	世帯構成		本人が生活している状況について該当する選択肢にチェックする。
相談内容	医療情報		主治医の有無について該当する選択肢にチェックし、病院名や医師名を記入する。また、通院頻度を記入する。
	具体的なサービスの希望		相談主に具体的なサービス希望があるかについて、該当する選択肢にチェックする。また、その内容（訪問介護など）について該当する選択肢に○をし、その他の場合は記載する。
	主訴		相談内容について記入する。具体的なサービスの希望がある場合は、「サービスを希望する人は誰か。本人以外が希望している場合は、本人の意向はどうか」「サービスを希望する理由は何か。また、それに関わる本人の生活・身体状況（困っている状況）」について焦点を置き、聴き取りを行い、記載する。
欄外	サービス導入の緊急性		サービスを至急導入しなければならない状況か否かを、聞き取り内容から判断し、該当する項目に○をする。
	介護認定申請手続き		今回の相談において介護認定申請手続きをした場合は「有」に○をする。
心身状況・生活行為	体調	痛み	体で痛いところがあればチェックする。どこが、いつから、どう痛いのか。治療を受けているか、対処方法など。
		麻痺・拘縮	体で麻痺や動かしにくいところがあればチェックする。どこが、いつから、どう麻痺している（動かしにくい）のか。診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
		その他	痛みや麻痺、拘縮以外で、体調に不安を感じていることがあればチェックし、詳細を備考に記載する。（例）便秘、疲れやすい、食欲不振など。
	ADL	歩行	歩くことに不便を感じている場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外出時のみ感じるのか。歩行に支障が出るような疾患の診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
		階段昇降	階段の昇り降りに不便を感じている場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外出時のみ感じるのか。疾患の診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
		立ち座り	立ったり座ったりする動作に不便を感じている場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外出時のみ感じるのか。疾患の診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
		食事摂取	食事を摂る動作の中で不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外食時のみ感じるのか。

心身状況・生活行為	ADL	排泄行為	トイレで用を足す動作の中で不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外出時のみ感じるのか。
		保清（入浴）	入浴や着替えなどTPOに合わせた身支度を行う動作の中で不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。
	環境	住居の状況等	自宅で過ごす中で不便を感じる場合はチェックする。戸建てか集合住宅か。階段が急である、段差が多いなど自宅内の環境で不便を感じる点はあるか。自宅近隣の環境として、坂道が多い、最寄の公共交通機関が遠いなど。
	IADL	★要支援者相当の方はADLは自立していてもIADLに支障が出ている場合がある。行為のどの段階に支障が出ているのか、認知症状によるものなのか等を明らかにする。	
		買い物	買い物をする際に不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。
		服薬管理	常時服用する必要がある薬の管理に不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。飲み忘れが多い、保管の仕方など。
		金銭管理	日常生活に必要なお金、預貯金や年金の管理で不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。消費者被害の有無、財産分与の問題など。
		掃除	自宅を掃除する際に不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。膝痛でかがむ姿勢が出来ず風呂掃除が出来ないなど。
		食事の支度	食事の準備、片付けに不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。円背で台所の高さが合わなくなり、調理しにくいなど。
		洗濯	洗濯物を洗ったり、干したり、取り込んでたたんだりする中で不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。肩が挙がりにくく、布団や重い洗濯物だけ干したり取り込んだりが難しいなど。
	認知機能	認知機能・判断力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、MCI（軽度認知障害）や認知症と診断されている場合、中核症状や行動・心理症状の状況をチェックする。
欄外	社会参加	家族との関わり	家族との関わりがない、問題を抱えている場合はチェックする。二世帯住宅で子と同居だが、多忙で相談も出来ないなど。
		他者との交流	家族以外の友人や隣人との付き合いがあまりない場合はチェックする。従来人付き合いが少ないのか、何かのきっかけがあって交流がなくなってしまったのか。転入したばかりで知人がいない、足腰が弱くなって外出しづらくなり減ってしまったなど。
		普段の交通手段	自転車やバス、電車など、普段使う交通手段について記載する。交通手段を使って外出する際に不便を感じるようであればチェックする。
欄外	基本チェックリストの実施		あんすこが相談を受けた場合、同日に基本チェックリストを実施しても良い。実施した場合は、結果「事業対象者」か「非該当」かを記載する。
	総合事業の利用		相談の結果、総合事業のサービスを勧める場合は、どのサービスを紹介するか記載する。

介護予防基本チェックリスト

介護予防・地域支援課控え

被保険者番号 000

実施年月日 西暦 20 年 月 日

ふりがな			
氏名	生年月日	西暦 19 年 月 日	(歳)
住所	電話		

要支援・要介護認定を受けていますか	☐ はい	☐ いいえ	※どちらかに✓
-------------------	-----------------------------	------------------------------	---------

No	質問項目	回答(どちらかに✓)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	☐ 0. はい	☐ 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	☐ 1. はい	☐ 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	☐ 1. はい	☐ 0. いいえ
11	6ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	☐ 1. はい	☐ 0. いいえ
12	BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) BMI . 体重 . kg 身長 . cm	☐ 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
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
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
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
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

■基本チェックリストの得点

総合 (うつを除く)	/20	運動器の 機能向上	/5	閉じこもり	/2
確認欄①		栄養改善	/2	もの わずれ	/3
確認欄②		口腔機能 の向上	/3	うつ	/5

地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)が介護予防ケアマネジメントを実施する上で、必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシート及び認定情報(以前に要介護認定・要支援認定を受けている場合に限り、その調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書)を、区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することを同意します。

氏名(自署)

記入例

介護予防基本チェック

・1文字ずつ枠に囲われていない氏名等については、送信データの対象外のため読み取りは行いません。

・1文字ずつの枠やチェックボックスの外であれば、ご自由に書きこんで頂いて大丈夫です。

・数字の書き間違いや、チェックミスなどがあった場合、できるだけ作り直しをするようにお願いします。どうしても難しい場合は間違えた所にバツ印をつける等、訂正箇所がすぐ分かるようにして下さい。

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

実施年月日 西暦 2 0 2 2 年 0 2 月 2 8 日

ふりがな	あん すこ	生年月日	西暦 1 9 2 2 年 0 2 月 2 8 日 (100 歳)
氏名	安 素子	住所	世田谷区世田谷 4-21-27
電話	03-5432-1111		

枠内は空欄にしないでください。

要支援・要介護認定を受けていますか

☐ はい☒ いいえ

※どちらかに✓

No	質問項目	回答(どちらかに✓)
1	バスや電車で1人で外出していますか	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	☐ 0. はい ☒ 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	☐ 0. はい ☒ 1. いいえ
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	BMI、体重、身長についても厚労省に送信するデータになります。記入漏れがないようチェックをお願いいたします。	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
9	転倒に対する不安は大きいですか	☒ 1. はい ☐ 0. いいえ
10	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	☐ 1. はい ☒ 0. いいえ
11	BMIが18.5未満ですか ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	☒ 1. はい ☐ 0. いいえ
12	BMI 17.7 体重 40.0kg 身長 150.0cm	☒ 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
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	口の渇きを感じることがありますか	☒ 1. はい ☐ 0. いいえ
16	週に1回以上、気分が落ち込むことがありますか	☐ 0. はい ☒ 1. いいえ
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されますか	☐ 1. はい ☒ 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	☒ 0. はい ☐ 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☒ 1. はい ☐ 0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感を感じていますか	☐ 1. はい ☒ 0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが、今は楽しくありませんか	☒ 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、今は難しく感じますか	☒ 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

■BMIの求め方

BMI(体格指数)は体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)で求められます。このとき、身長はcm(センチ)ではなく、m(メートル)を使います。

例) 体重60kg、身長150cmの人のBMIは26.7

求め方: BMI=60(kg)÷1.5(m)÷1.5(m)=26.7

他のチェックボックスにかかってしまうとエラーになってしまいます。

介護予防ケアマネージャーが介護予防ケアマネージャーとして、利用者基本情報、アセスメント、要介護認定・要支援認定を受けている介護認定審査会による判定結果・意見、及び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を同意します。

氏名(自署) 安 素子

基本チェックリストについての考え方

	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る。		
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。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する。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る。
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）。頻度は、本人の判断に基づき回答する。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。
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。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」とする。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」となる。
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。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含まない。
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。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とする。
6～10問項目は、運動器の機能について尋ねる。		
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。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とする。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」となる。
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。時々、つかまっている程度であれば「はい」とする。
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。屋内、屋外等の場所は問わない。
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。
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する。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねる。		
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。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となる。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載する。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値で差し支えない。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねる。		
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。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」となる。
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する。
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する。

16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねる。		
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回答する。
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」となる。
18～20の質問項目は認知症について尋ねる。		
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なくても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となる。
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。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」となる。
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する。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となる。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねる。		
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する。
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	

興味・関心チェックシート

帳票 4

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 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・できないに関わらず、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×を付けてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、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			

作成日① 年 月 日 初回 ・ 継続

利用者氏名

記入者氏名

作成日② 年 月 日 初回 ・ 継続

1 運動・移動

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
1-1	バスや電車で一人で外出していますか【基】1	0. はい 1. いいえ			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()
1-2	外出に不安を感じることがありますか?	1. ない 2. 少しある 3. とてもある			
1-3	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか【基】【運動】6	0. はい 1. いいえ			自宅内での状況 自宅外の状況
1-4	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【基】【運動】7	0. はい 1. いいえ			
1-5	15分位続けて歩いていますか【基】【運動】8	0. はい 1. いいえ			
1-6	屋外を安全に歩くことができる	1. できる 2. 自宅の周辺なら歩ける(m、または 分) 3. 杖や補助具があれば可能 4. できない			信号が変わる前に横断歩道を渡りきることができる(はい / いいえ) 補助具: 無・有()
1-7	自宅内を安全に歩くことができる	1. できる 2. 手すりや杖につかまれば可能 3. できない			補助具: 無・有()
1-8	この1年間に転んだことがありますか【基】【運動】9	1. はい 0. いいえ			転倒の頻度や状況
1-9	転倒に対する不安は大きいですか【基】【運動】10	1. はい 0. いいえ			転倒不安の内容
1-10	日常の行動範囲	1. 自宅の近所より離れたところ 2. 自宅の近所 3. 自宅の敷地内や周辺 4. 外出しない			「近所」とは徒歩15分圏内程度
①運動機能:【運動】の項目の1の数が3個以上で運動機能に該当/5項目					②運動機能:【運動】の項目の1の数が3個以上で運動機能に該当/5項目
総括アセスメント①					総括アセスメント②

2 日常生活(家庭生活)について

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
2-1	日用品の買い物をしていますか【基】2	0. はい 1. いいえ			買い物を(している / 一部している / できない)
2-2	預貯金の出し入れをしていますか【基】3	0. はい 1. いいえ			金銭管理を(すべて自分でできる / やや支援が必要 / とても支援が必要) 主な支援者
2-3	経済状況(収入源等)	1. 年金(月額 円程度) 2. 家族等からの支援あり 3. 生活保護受給			介護保険負担割合(1割 / 2割 / 3割)
2-4	食事の支度(用意・片付け)	1. している 2. 一部している 3. できない			電子レンジ等の家電製品の利用が(できる / できない) 支援の有無
2-5	更衣・保清(入浴含む)	1. している 2. 一部している 3. できない			支援の有無
2-6	洗濯	1. している 2. 一部している 3. できない			洗濯機の操作が(できる / できない) 支援の有無

2-7	身の回りの掃除・整理 整頓	1. している 2. 一部している 3. できない			方法(掃除機 ・ ほうき ・ 拭き掃除 ・ ワイパー) 支援の有無
2-8	ゴミ出し	1. している 2. 一部している 3. できない			支援の有無
2-9	トイレ・浴室の掃除	1. している 2. 一部している 3. できない			
2-10	住居の状況	1. 問題なく生活できている 2. 少し支障あるが生活できている 3. 生活が困難な状況である			戸建て・集合住宅、賃貸・分譲・持ち家か、住み替えが必要か、 坂道が多い等自宅周辺の環境
総括アセスメント①					総括アセスメント②

3 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
3-1	友人の家を訪ねていますか【基】4	0. はい 1. いいえ			友人と会う、連絡をとる頻度 (回/週 / ほとんどない)
3-2	家族や友人の相談に のっていますか【基】5	0. はい 1. いいえ			親戚と会う、連絡をとる頻度 (回/週 / ほとんどない) 友人などよく行く場所
3-3	日中、誰と過ごすこと が多いか	1. 家族 2. 友人・知人等 3. ほとんど一人で過ごす			
3-4	週に1回以上は外出し ていますか【基】【閉じ こもり】16	0. はい 1. いいえ			1週間の外出頻度 (毎日 / 4～5日程度 / 2～3日程度 / 1日程度 / 1日未満)
3-5	昨年と比べて外出の回 数が減っていますか 【基】【閉じこもり】17	1. はい 0. いいえ			
3-6	身だしなみへの配慮	1. 気にしている 2. 気にならなくなった			
3-7	社会の出来事への関 心	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			情報の収集元は？ 1) 家族・友人等 2) 近隣、地域(町会、民生委員) 3) 新聞・チラシ 4) TV 5) ラジオ 6) インターネット
3-8	趣味・楽しみがある	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			趣味・楽しみの内容、以前の趣味、楽しみ
3-9	してみたいこと	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			してみたいことの内容、以前してみたいかったこと 興味・関心チェックシート参照
3-10	仕事を続けている	1. している 2. していない 3. 以前はしていた			以前の仕事 就労の希望の有無
3-11	家庭や地域での役割 をもっているか	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			町会活動・ボランティア(報酬の有無)等
①閉じこもり予防:【閉じこもり】16の項目が1の時、閉じこもりに該当					②閉じこもり予防:【閉じこもり】16の項目が1の時、閉じこもりに該当
総括アセスメント①					総括アセスメント②

4 健康管理について

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
4-1	健康であるとおもいますか？ (主観的健康観)	1. とても健康 2. 健康 3. やや健康でない 4. 健康でない			
4-2	痛み	1. ない 2. ある(部位)			
4-3	麻痺・拘縮	1. ない 2. ある(部位)			
4-4	視力の低下、 障害の有無	1. ない 2. ある			眼鏡使用の有無
4-5	聴力の低下、 障害の有無	1. ない 2. ある			補聴器使用の有無
4-6	6ヶ月間で2～3kg以上の 体重減少がありましたか【基】【栄養】11	1. はい 0. いいえ			
4-7	BMIが18.5未満ですか BMI＝体重(kg)÷身長 (m)÷身長(m)【基】【栄養】12	1. はい 0. いいえ			
4-8	食欲の有無	1. 食欲ある 2. 食欲ない			
4-9	1日の食事内容	1. 主菜、副菜、主食をそろえて食べている。 2. 主食などで簡単に済ませている。			アレルギー(無 ・有) 好みの食べ物や嫌いな食べ物
4-10	水分摂取制限	1. なし 2. あり			水分摂取量(cc) 摂取のタイミング 摂取制限量(cc)
4-11	飲酒・喫煙はしますか	1. 両方ともしない 2. 飲酒する 3. 喫煙する (本/日)			飲酒の頻度(回/週) 種類と量(/日)
4-12	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			
4-13	お茶や汁物等でむせる ことがありますか【基】 【口腔】14	1. はい 0. いいえ			
4-14	口の渇きが気になりますか【基】【口腔】15	1. はい 0. いいえ			滑舌(話しやすさ)
4-15	歯の手入れ(義歯含む)	1. している 2. 行なっていないが能力はある 3. 一部している 4. できない			歯科受診 有 無 頻度(回/日・週・月) 手入れの方法() 支援の有無
4-16	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【基】 【認知】1	1. はい 0. いいえ			認知機能(問題なし / 認知機能の低下(疑い)あり / 認知症の診断あり)
4-17	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【基】 【認知】2	0. はい 1. いいえ			
4-18	今日が何月何日かわからない 時がありますか【基】 【認知】3	1. はい 0. いいえ			
4-19	(ここ2週間)毎日の生活に 充実感がない【うつ】21	1. はい 0. いいえ			
4-20	(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【うつ】22	1. はい 0. いいえ			
4-21	(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【うつ】23	1. はい 0. いいえ			
4-22	(ここ2週間)自分が役に 立つ人間だと思えない【うつ】24	1. はい 0. いいえ			
4-23	(ここ2週間)わけもなく 疲れたような感じがする【うつ】25	1. はい 0. いいえ			
4-24	生活リズム	1. 整っている 2. 不規則			起床時間() 就寝時間() 食事の回数(回/日) 食事の時間()
4-25	睡眠の状況	1. よく眠れる 2. 眠れないことがある			寝つきが悪い・夜中に起きる・熟睡できない 内服(無 ・有)
4-26	排泄	1. すべて自分で出来る 2. やや支障がある 3. とても支障がある			排泄の困りごと(頻尿 便秘 その他) 排便リズム() 支援の有無 手すり等の環境 パッドなどの使用

4-27	服薬管理	1. すべて自分で出来る 2. やや支障がある 3. とても支障がある		支援の有無
4-28	既往歴・現病歴 ・主治医 ・病名 ・通院頻度 ・内服の有無 ・治療法 ・病状 など	①		②
①総合:【基】の項目の1の数が10個以上で事業対象者に該当 /20項目			②総合:【基】の項目の1の数が10個以上で事業対象者に該当 /20項目	
①栄養:【栄養】の項目の1の数が2個以上で低栄養に該当 /2項目			②栄養:【栄養】の項目の1の数が2個以上で低栄養に該当 /2項目	
①口腔機能:【口腔】の項目の1の数が2個以上で口腔機能低下に該当 /3項目			②口腔機能:【口腔】の項目の1の数が2個以上で口腔機能低下に該当 /3項目	
①認知機能低下:【認】の項目の1の数が1個以上で認知機能低下に該当 /3項目			②認知機能低下:【認】の項目の1の数が1個以上で認知機能低下に該当 /3項目	
①うつ病予防:【うつ】の項目の1の数が2個以上でうつ傾向に該当 /5項目			②うつ病予防:【うつ】の項目の1の数が2個以上でうつ傾向に該当 /5項目	
総括アセスメント①			総括アセスメント②	

5. アセスメントのまとめと支援方針

①	
本人の望む生活 家族の意向	長期目標「1年後の私の目標」 短期目標（取り組みをしようになりたいか？）
総括アセスメント①～④のまとめ	支援方針
②	
本人の望む生活 家族の意向	長期目標「1年後の私の目標」 短期目標（取り組みをしようになりたいか？）
総括アセスメント①～④のまとめ	支援方針

作成日① 年 月 日 初回 ・ 継続

利用者氏名

記入者氏名

作成日② 年 月 日 初回

①1回目にアセスメントした日を記載。
②2回目にアセスメント(評価)を記載。
3回目の時は新たにシートを作成する。

①、②欄にはそれぞれの日の選択肢を記入。

基本チェックリストや確認項目を聞き取った際の内容や選択肢を選んだ根拠を記載する。二次質問で確認する内容が入っている項目もある。

1 運動・移動

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
1-1	バスや電車で一人で外出していますか【基】1	グレーになっている部分が基本チェックリストの項目、白い部分が追加で確認する項目。			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()
1-2	外出に不安を感じることがありますか?	1. ない 2. 少しある 3. とてもある			
1-3	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか【基】【運動】6	0. はい 1. いいえ			自宅内での状況 自宅外の状況
1-4	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【基】【運動】7	0. はい 1. いいえ			
1-5	15分位続けて歩いていますか【基】【運動】8	0. はい 1. いいえ			
1-6	屋外を安全に歩くことができる	1. できる 2. 自宅の周辺なら歩ける(m、または 分) 3. 杖や補助具があれば可能 4. できない			信号が変わる前に横断歩道を渡りきることができる(はい / いいえ) 補助具: 無・有()
1-7	自宅内を安全に歩くことができる	1. できる 2. 手すりや杖につかまれば可能 3. できない			補助具: 無・有()
1-8	この1年間に転んだことがありますか【基】【運動】9	1. はい 0. いいえ			転倒の頻度や状況
1-9	転倒に対する不安は大きいですか【基】【運動】10	1. はい 0. いいえ			転倒不安の内容
1-10	日常の行動範囲	1. 自宅の近所より離れたところ 2. 自宅の近所 3. 自宅の敷地内や周辺 4. 外出しない			「近所」とは徒歩15分圏内程度
①運動機能:【運動】の項目の1の数が3個以上で運動機能に該当/5項目			基本チェックリストの【運動】項目で1を選択した項目の数を記載し、該当		
総括アセスメント① A. 運動・移動についての総括アセスメントを記載。 自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか、課題は何かをアセスメントする。			総括アセスメント②		

2 日常生活(家庭生活)について

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
2-1	日用品の買い物をしていますか【基】2	0. はい 1. いいえ			買い物を(している / 一部している / できない)
2-2	預貯金の出し入れをしていますか【基】3	0. はい 1. いいえ			金銭管理を(すべて自分でできる / やや支援が必要 / とても支援が必要) 主な支援者
2-3	経済状況(収入源等)	1. 年金(月額 円程度) 2. 家族等からの支援あり 3. 生活保護受給			介護保険負担割合(1割 / 2割 / 3割)
2-4	食事の支度(用意・片付け)	1. している 2. 一部している 3. できない			電子レンジ等の家電製品の利用が(できる / できない) 支援の有無
2-5	更衣・保清(入浴含む)	1. している 2. 一部している 3. できない			支援の有無
2-6	洗濯	1. している 2. 一部している 3. できない			洗濯機の操作が(できる / できない) 支援の有無
2-7	身の回りの掃除・整理整頓	1. している 2. 一部している 3. できない			方法(掃除機・ほうき・拭き掃除・ワイパー) 支援の有無

2-8	ゴミ出し	1. している 2. 一部している 3. できない			支援の有無
2-9	トイレ・浴室の掃除	1. している 2. 一部している 3. できない			
2-10	住居の状況	1. 問題なく生活できている 2. 少し支障あるが生活できている 3. 生活が困難な状況である			戸建て・集合住宅、賃貸・分譲・持ち家か、住み替えが必要か、 坂道が多い等自宅周辺の環境
総括アセスメント①					総括アセスメント②
B. 日常生活・家庭生活についての総括アセスメントを記載 IADL:どの程度一人で行い、現状をどうとらえているのか。 ・家族等のサポートはどの程度あるか。本人は行う必要がない生活状態なのか。 ・自身で行うために工夫している点や困っている点はあるか。 本人が無理なく、自分らしい日常生活を送るためには、どのような支援が必要かアセスメントする。					

3 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
3-1	友人の家を訪ねていますか【基】4	0. はい 1. いいえ			友人と会う、連絡をとる頻度 (回/週 / ほとんどない)
3-2	家族や友人の相談にのっていますか【基】5	0. はい 1. いいえ			親戚と会う、連絡をとる頻度 (回/週 / ほとんどない) 友人などによく行く場所
3-3	日中、誰と過ごすことが多いか	1. 家族 2. 友人・知人等 3. ほとんど一人で過ごす			
3-4	週に1回以上は外出していますか【基】【閉じこもり】16	0. はい 1. いいえ			1週間の外出頻度 (毎日 / 4～5日程度 / 2～3日程度 / 1日程度 / 1日未満)
3-5	昨年と比べて外出の回数が減っていますか【基】【閉じこもり】17	1. はい 0. いいえ			
3-6	身だしなみへの配慮	1. 気にしている 2. 気にならなくなった			
3-7	社会の出来事への関心	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			情報の収集元は？ 1) 家族・友人等 2) 近隣・地域(町会、民生委員) 3) 新聞・チラシ 4) TV 5) ラジオ 6) インターネット
3-8	趣味・楽しみがある	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			趣味・楽しみの内容、以前の趣味、楽しみ 本人の意向確認のために大切な項目。 興味・関心チェックシートの内容を確認しながら聞き取る。現在の内容だけでなく、過去のの趣味なども聞き取る
3-9	してみたいこと	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			してみたいことの内容、以前して見たかったこと 興味・関心チェックシート参照
3-10	仕事を続けている	1. している 2. していない 3. 以前はしていた			以前の仕事 就労の希望の有無
3-11	家庭や地域での役割をもっているか	1. ある 2. ない 3. 以前はあった			町会活動・ボランティア(報酬の有無)等
①閉じこもり予防:【閉じこもり】の項目の1の数が1個以上で閉じこもりに該当/2項目					基本チェックリストの【閉じこもり】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当するか確認する
総括アセスメント①					総括アセスメント②
C. 社会参加・コミュニケーションについての総括アセスメントを記載する。家族構成や家族との交流、関係性については総合事業受付票、基本チェックリストの内容をもとにアセスメントする。 家族との交流があっても、友人や地域(隣人)との交流がない場合は、地域への橋渡しをしていく必要がある。					

4 健康管理について

No.	質問項目	選択肢	①	②	詳細内容
4-1	健康であるとおもいますか？ (主観的健康観)	1. とても健康 2. 健康 3. やや健康でない 4. 健康でない			
4-2	痛み	1. ない 2. ある(部位)			
4-3	麻痺・拘縮	1. ない 2. ある(部位)			
4-4	視力の低下、 障害の有無	1. ない 2. ある			眼鏡使用の有無
4-5	聴力の低下、 障害の有無	1. ない 2. ある			補聴器使用の有無
4-6	6ヶ月間で2～3kg以上の 体重減少がありましたか【基】【栄養】11	1. はい 0. いいえ			
4-7	BMIが ¹ 18.5未満ですか BMI＝体重(kg)÷身長 (m)÷身長(m)【基】【栄養】12	1. はい 0. いいえ			
4-8	食欲の有無	1. 食欲ある 2. 食欲ない			
4-9	1日の食事内容	1. 主菜、副菜、主食をそろえて食べている。 2. 主食などで簡単に済ませている。			アレルギー(無 ・有) 好みの食べ物や嫌いな食べ物
4-10	水分摂取制限	1. なし 2. あり			水分摂取量(cc) 摂取のタイミング 摂取制限量(cc)
4-11	飲酒・喫煙はしますか	1. 両方ともしない 2. 飲酒する 3. 喫煙する (本/日)			飲酒の頻度(回/週 種類と量(/日)
4-12	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			
4-13	お茶や汁物等でむせる ことがありますか【基】 【口腔】14	1. はい 0. いいえ			
4-14	口の渇きが気になりますか【基】 【口腔】15	1. はい 0. いいえ			滑舌(話しやすさ)
4-15	歯の手入れ(義歯含む)	1. している 2. 行っていないが能力はある 3. 一部している 4. できない			歯科受診 有 無 頻度(回/日・週・月) 手入れの方法() 支援の有無
4-16	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【基】 【認】1	1. はい 0. いいえ			認知機能(問題なし / 認知機能の低下(疑い)あり / 認知症の診断あり)
4-17	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【基】 【認】2	0. はい 1. いいえ			
4-18	今日が何月何日かわ からない時がありますか【基】 【認】3	1. はい 0. いいえ			
4-19	(ここ2週間)毎日の生活に 充実感がない【うつ】21	1. はい 0. いいえ			
4-20	(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【うつ】22	1. はい 0. いいえ			
4-21	(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【うつ】23	1. はい 0. いいえ			
4-22	(ここ2週間)自分が役に 立つ人間だと思えない【うつ】24	1. はい 0. いいえ			
4-23	(ここ2週間)わけもなく 疲れたような感じがする【うつ】25	1. はい 0. いいえ			
4-24	生活リズム	1. 整っている 2. 不規則			起床時間() 就寝時間() 食事の回数(回/日) 食事の時間()
4-25	睡眠の状況	1. よく眠れる 2. 眠れないことがある			寝つきが悪い・夜中に起きる・熟睡できない 内服(無 ・有)
4-26	排泄	1. すべて自分で出来る 2. やや支障がある 3. とても支障がある			排泄の困りごと(頻尿 便秘 その他) 排便リズム() 支援の有無 手すり等の環境 パッドなどの使用

4-27	服薬管理	1. すべて自分で出来る 2. やや支障がある 3. とても支障がある		支援の有無
4-28	既往歴・現病歴 ・主治医 ・病名 ・通院頻度 ・内服の有無 ・治療法 ・病状 など	①		②
①総合:【基】の項目の1の数が10個以上で事業対象者に該当 /20項目		基本チェックリストの【基本】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当		
①栄養:【栄養】の項目の1の数が2個以上で低栄養に該当 /2項目		基本チェックリストの【栄養】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当		
①口腔機能:【口腔】の項目の1の数が2個以上で口腔機能低下に該当 /3項目		基本チェックリストの【口腔】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当		
①認知機能低下:【認】の項目の1の数が1個以上で認知機能低下に該当 /3項目		基本チェックリストの【認】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当		
①うつ病予防:【うつ】の項目の1の数が2個以上でうつ傾向に該当 /5項目		基本チェックリストの【うつ】の項目で1を選択した項目の数を記載し、基本チェックリストに該当 するか確認する。		
総括アセスメント①		総括アセスメント②		
D. 健康管理についての総括アセスメントを記載する。高齢者の多くは何らかの持病を抱えている。診断を受けていなくても体の不調や、加齢による様々な身体機能の低下が見られる。症状がわかりにくかったり、些細なことで悪化する危険性がある。主治医の見立て内容、本人の病気や治療に対するとらえ方、実際に出ている症状などの情報を正確に把握し、医療で対応する必要				

5. アセスメントのまとめと支援方針

① 本人の望む生活 家族の意向	長期目標「1年後の私の目標」 健康応援ノート(介護予防手帳)の「私の健康プラン」(P.●●)の目標を転記する 短期目標(取り組みをしてどうなりたいか?)
総括アセスメント①～④のまとめ 【アセスメントのまとめ】 総合事業受付票や基本チェックリスト、興味関心チェックシート、二次アセスメントシートの各内容を踏まえ、本人の望む生活と現状に差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能が高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を記載する。	支援方針 【支援方針】 本人の望む生活と現状に差が生じている場合、その解決のための支援方針を立て、記載する。
② 本人の望む生活 例: 以前のように食事にでかけたり、買い物に行きたい 家族の意向 例: ・足が弱くなり、閉じこもりがちになってきたので心配。以前のような元気な姿に戻ってほしい	長期目標「1年後の私の目標」 例: 銀座のデパートに家族と行き、好きな食べ物を買ってきて、家族と楽しく食べたい。 短期目標(取り組みをしてどうなりたいか?) 例: 1日1回、散歩に行き、足腰を強くし、近くの駅まで行けるようになる。
総括アセスメント①～④のまとめ 例: 自宅内の家事は自立しているが、外出への不安や億劫さが出てきて外出頻度が減少している。外出が減ることで筋力低下がさらに進行したり、社会との交流の減少のおそれがある	支援方針 例: 下肢の筋力の低下から活動量が減少しています。また、外出の機会が減少することで、社会参加の機会も減少する可能性があります。専門職の助言を受け、セルフケアをしながら活動量を上げていけるよう支援します。

作成日① 年 月 日 初回 ・ 継続

利用者氏名

記入者氏名

作成日② 年 月 日 初回 ・ 継続

1 運動・移動

No.	質問項目	アセスメントのポイント
1-1	バスや電車で一人で外出していますか【基】1	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。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する。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る。また、合わせて本人がよく利用している交通機関や移動手段を確認する。
1-2	外出に不安を感じることがありますか？	本人の主観的感想を聴き取る。本人が不安を抱えていなくても家族が不安に感じているエピソード等があれば備考欄に記載する。1-9の内容と一緒に聞き取るとよい。
1-3	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか【基】【運動】6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうか。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とする。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」となる。階段の昇り降りにいつから、どのように不便を感じているのか。自宅内でも不便を感じるか、外出時のみ感じるのか。疾患の診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
1-4	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【基】【運動】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るかどうか。時々、つかまっている程度であれば「はい」とする。立ったり座ったりする動作にいつから、どのように不便を感じているのか。痛みや疾患の診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
1-5	15分位続けて歩いていますか【基】【運動】8	15分位続けて歩いているかどうか。屋内、屋外等の場所は問わない。
1-6	屋外を安全に歩くことができる	屋外歩行の状況を確認する。歩行可能な距離や時間、自助具の使用の有無を確認する。信号が変わる前に横断歩道を渡りることができるか「いいえ」の場合、身体的フレイルの恐れがあると判断する。
1-7	自宅内を安全に歩くことができる	屋内歩行の状況を確認する。歩行可能な距離や自宅内の手すりの有無や自助具の使用の有無を確認する。
1-8	この1年間に転んだことがありますか【基】【運動】9	この1年間に「転倒」の事実があるかどうか。転倒の事実があるときには、どこで、どのように転倒したのかを聞き取る。
1-9	転倒に対する不安は大きいですか【基】【運動】10	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する。本人がどのような不安があるかを具体的に聞き取る。1-2の内容と一緒に聞き取るとよい。
1-10	日常の行動範囲	1～2週間の生活をイメージし、外出する際の平均的な範囲を記載する。
①運動機能：【運動】の項目の1の数が3個以上で運動機能に該当／5項目		②運動機能：【運動】の項目の1の数が3個以上で運動機能に該当／5項目
総括アセスメント①		総括アセスメント②

2 日常生活(家庭生活)について

No.	質問項目	アセスメントのポイント
2-1	日用品の買い物をしていますか【基】2	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)。頻度は、本人の判断に基づき回答する。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。買い物をしていても、重いものは配達を頼んだりしているか、日用品の買い物をしていなくても、嗜好品は買いに行くのか、買い物に行けいけない場合の対処法(ネットスーパー等の活用、家族や支援者に頼むなど)を確認する。
2-2	預貯金の出し入れをしていますか【基】3	自ら預貯金の出し入れをしているかどうか。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」とする。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」となる。日常生活の中での金銭管理をしているか、家族等が金銭管理の支援をしているのかなどを確認する。
2-3	経済状況(収入源等)	介護保険の負担割合や年金受給額及び家族の支援の有無。生活保護受給の有無。年金や家族の支援以外に収入がある場合や、経済困窮、財産分与等問題を抱えている場合は状況を備考欄へ記入。
2-4	食事の支度(用意・片付け)	献立を考える、食事の支度、片付けは自分で行っているか。自炊、惣菜を買ってくる、配食、家族が作るなどの食事の準備についても聴き取り、どの段階に支援が必要か、どこまでは出来ているか確認する。台所まわりや食事場所の動線などの環境も観察する。
2-5	更衣・保清(入浴含む)	入浴、洗顔、歯磨き、更衣等TPOに合った身支度を自分で行っているか。特に入浴は、頻度、浴室の出入り、洗髪、洗身、浴槽の出入りなど、段階毎の状況を聴き取る。環境整備で対応出来るレベルか、見守りが必要かなど。
2-6	洗濯	衣類や寝具などの洗濯、干し、取り込み、たたみ、しまいは自身で行えるか。家族が行っていて、本人がやる必要はない生活であるか。物干し場等の動線は安全か。

2-7	身の回りの掃除・整理 整頓	自室の簡単な掃除や整理整頓を自分で行えているか聴き取り、自宅内の清掃状況を観察する。掃除機の使用などは出来ているか。
2-8	ゴミ出し	ごみの分別やゴミ出しができていないか。
2-9	トイレ・浴室の掃除	トイレや浴室、台所回りや玄関など、自室以外の掃除は自身で行えているか。家族が行っていて、本人がやる必要はない生活であるか。かがむ姿勢は難しいが、立ち姿勢で掃除する部分は出来る等、支障がある場合、どの程度の支援があれば自身で行えるか。
2-10	住居の状況	自宅で過ごす中で不便を感じる場合はチェックする。戸建てか集合住宅か。賃貸・分譲・持ち家か。住み替えが必要か。階段が急である、段差が多いなど自宅内の環境で不便を感じる点はあるか。自宅近隣の環境として、坂道が多い、最寄の公共交通機関が遠いなど
総括アセスメント①		総括アセスメント②

3 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

No.	質問項目	アセスメントのポイント
3-1	友人の家を訪ねていますか【基】4	友人の家を訪ねているかどうか。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含まない。隣人や友人とのかかわりの頻度を確認。またもとから交流がないのか、以前はあったが今はできていないのか、なぜできなくなったか、本人は今の状況をどう思っているか聞き取る。
3-2	家族や友人の相談にのっていますか【基】5	家族や友人の相談にのっているかどうか。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とする。家族や親戚とのかかわりの頻度、家族関係や家族の問題の有無などを確認する
3-3	日中、誰と過ごすことが多いか	日中、誰と過ごすだけでなく、一緒にどこかに出かけているか、一人で過ごしていても。友人と電話で話しているかなどを聞き取る
3-4	週に1回以上は外出していますか【基】【閉じこもり】16	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回答する。
3-5	昨年と比べて外出の回数が減っていますか【基】【閉じこもり】17	昨年の外出回数と比べて、今年度の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となる。
3-6	身だしなみへの配慮	服装や整髪に配慮できているか観察する。TPOに合わせた服装をしているか、髪の毛を整えているかなども観察する。配慮している様子が見られないときは、支援者の有無なども確認する
3-7	社会の出来事への関心	テレビや新聞、ラジオなどでニュースや社会の動きに関心を持っているか。情報の収集元は何か。以前はあったが、今は出来ていない場合、いつから、なぜ出来なくなったか。本人は現状をどうとらえているかを聞き取る
3-8	趣味・楽しみがある	趣味や本人が楽しみにしている活動を行っているか。以前はあったが、今は出来ていない場合、いつから、なぜ出来なくなったか。本人は現状をどうとらえているか。どのような形であれば、本人がやりたい活動を実行できるか。興味関心チェックシートの内容もみながら確認する。
3-9	してみたいこと	日常生活の中で本人がしてみたいこと(家事や生活動作だけでなく、社会参加、趣味等について)はあるか。本当はしたいが、諦めている場合、その理由及びどうしたら出来るようになるか。興味・関心チェックシートの内容もみながら確認する。
3-10	仕事を続けている	賞金の発生する仕事の有無、内容、期間について。就労を続けたい、働き始めたい、無理をしているが生活が苦しくやめられない等、本人の仕事に対する思いや将来の希望について。
3-11	家庭や地域での役割をもっているか	家庭内や地域で町会活動やサロン等に参加しているか、内容、頻度など。無い場合や、以前はあったが今は出来ていない場合、いつから、なぜ出来なくなったか。本人は現状をどうとらえているか。
①閉じこもり予防:【閉じこもり】16の項目が1の時、閉じこもりに該当		②閉じこもり予防:【閉じこもり】16の項目が1の時、閉じこもりに該当
総括アセスメント①		総括アセスメント②

4 健康管理について

No.	質問項目	アセスメントのポイント
4-1	健康であるとおもいますか？ （主観的健康観）	本人は自身の健康状態をどうとらえているか。また、その理由は。今後、どうなっていきたいと感じているか。
4-2	痛み	からだで痛いところがあればチェックする。どこが、いつから、どんな動作で痛いのか。治療を受けているか、対処方法など。
4-3	麻痺・拘縮	からだで麻痺や動かしにくいところがあればチェックする。どこが、いつから、どう麻痺している（動かしにくい）のか。診断の有無、治療やリハビリを受けているか、対処方法など。
4-4	視力の低下、障害の有無	自覚症状、受診状況（診断、治療）、日常生活への支障の有無について聴き取る。食欲不振、活動量の低下、転倒や怪我が多い場合などは視力が影響していることもある
4-5	聴力の低下、障害の有無	自覚症状、受診状況（診断、治療）、日常生活への支障の有無について聴き取る。聴力低下が認知症や精神状態、活動量等に影響している場合もある。
4-6	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか【基】【栄養】11	6か月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうか。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となる。
4-7	BMIが18.5未満ですか BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)【基】【栄養】12	身長、体重は、整数で記載する。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値で差し支えない。
4-8	食欲の有無	食欲の有無について聴き取る。食欲不振であれば、いつから、原因はあるのか。食べる場所や誰と一緒に食べるか。
4-9	1日の食事内容	食事量や食事内容で偏りはないか。またアレルギーや摂取制限のある持病がある場合は制限内容が守れているか。病状、自覚症状、検査値の結果、体重の変動やBMIについても総合的にアセスメントする。
4-10	水分摂取制限	1日どれくらいの水分を摂っているか。高齢者は脱水になりやすく、こまめな水分摂取の必要があることを理解しているか。口の渇きやむせやすさ等の自覚症状はないか。水分摂取制限のある持病がある場合は制限内容が守れているか。病状、むくみ等の自覚症状、検査値、体重の変動やBMIについても総合的にアセスメントする。
4-11	飲酒・喫煙はしますか	飲酒、喫煙の有無を聞きとる。有の場合は頻度や量を聞き取る。
4-12	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。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」となる。
4-13	お茶や汁物等でむせることがありますか【基】【口腔】14	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する。
4-14	口の渇きが気になりますか【基】【口腔】15	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する。
4-15	歯の手入れ（義歯含む）	歯科受診の有無や頻度、義歯などの使用の有無、口腔清潔の方法、頻度、支援の必要性などを聞き取る
4-16	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【基】【認】1	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」となる。 MCIや認知機能の低下がみられるか、医療機関に受診し、診断が出ているかなどを聞き取る。本人からの情報だけでなく、家族等が心配しているときは、具体的な状況を確認する。
4-17	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【基】【認】2	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。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」となる。
4-18	今日が何月何日かわからない時がありますか【基】【認】3	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する。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となる。
4-19	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない【うつ】21	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
4-20	（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【うつ】22	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
4-21	（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【うつ】23	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
4-22	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない【うつ】24	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
4-23	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする【うつ】25	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答する。
4-24	生活リズム	起床時間や就寝時間、入浴の時間、食事の回数とその時間、毎日決まった時間に行っていることがあるかなどを聞き取る。
4-25	睡眠の状況	寝つきの悪さや中途覚醒、昼夜逆転など、日常生活に支障が及んだり、本人が困っているようなことはあるか、またそれはいつからあるのか、疾患として治療が必要か、内服の有無、生活リズムや活動量、心配ごとやうつ傾向などの有無を聞き取る。
4-26	排泄	便秘や下痢、頻尿、失禁など、日常生活に支障が及んだり、本人が困っているようなことはあるか。排便排尿コントロールに影響を及ぼすような持病の有無、ストーマの有無、服薬状況などを聴き取る。疾患として治療が必要か、食事や生活習慣、環境調整で解決出来る状態か。

4-27	服薬管理	常時服用する必要がある薬の管理に不便を感じる場合はチェックする。いつから、どのように不便を感じているのか。飲み忘れが多い、保管の仕方など。	
4-28	既往歴・現病歴 ・主治医 ・病名 ・通院頻度 ・内服の有無 ・治療法 ・病状 など	①	②
①総合:【基】の項目の1の数が10個以上で事業対象者に該当 /20項目		②総合:【基】の項目の1の数が10個以上で事業対象者に該当 /20項目	
①栄養:【栄養】の項目の1の数が2個以上で低栄養に該当 /2項目		②栄養:【栄養】の項目の1の数が2個以上で低栄養に該当 /2項目	
①口腔機能:【口腔】の項目の1の数が2個以上で口腔機能低下に該当 /3項目		②口腔機能:【口腔】の項目の1の数が2個以上で口腔機能低下に該当 /3項目	
①認知機能低下:【認】の項目の1の数が1個以上で認知機能低下に該当 /3項目		②認知機能低下:【認】の項目の1の数が1個以上で認知機能低下に該当 /3項目	
①うつ病予防:【うつ】の項目の1の数が2個以上でうつ傾向に該当 /5項目		②うつ病予防:【うつ】の項目の1の数が2個以上でうつ傾向に該当 /5項目	
総括アセスメント①		総括アセスメント②	

5. アセスメントのまとめと支援方針

①	
本人の望む生活 家族の意向	長期目標「1年後の私の目標」 1年後の目標を達成することで、利用者本人のどのような幸せな生活につながるのかを意識して記載する。 短期目標(取り組みをしてどうなりたいか?)
総括アセスメント①～④のまとめ	支援方針
②	
本人の望む生活 家族の意向	長期目標「1年後の私の目標」 短期目標(取り組みをしてどうなりたいか?)
総括アセスメント①～④のまとめ	支援方針

〈ケアマネジメントA〉（様式例）

※指定介護予防支援で利用している様式を利用する

様式 6

様式 6

介護予防サービス・支援計画書（例）（ケアマネジメント結果等記録表）

No.	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		
利用者名	様	認定年月日	年	月	日	～	年	月	日
計画作成者氏名	委託の場合：計画書作成事業者・事業者名及び所在地（連絡先）								
計画作成（変更）日	年	月	日	（初回作成日	年	月	日）	担当あんしんすこやかセンター	
目標とする生活									
1 日	1 年								

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的な課題	目標と具体策の提案	具体策についてご本人・ご家族の意向	目標	支 援 計 画				事業者	期間
							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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別		
運動・移動		☐ 有 ☐ 無					()					
日常生活（家庭生活）		☐ 有 ☐ 無					()					
社会参加・対人関係・コミュニケーション		☐ 有 ☐ 無					()					
健康管理		☐ 有 ☐ 無					()					

健康状態について □主治医連絡、検査結果、観察結果を踏まえた留意点	【本来的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】 介護予防のポイント

必要事業プログラムの下欄に○印をつけてください	意見	計画に関する同意
運動機能	あんしんすこやかセンター	上記計画について、同意いたします。
栄養改善	確認印	
口腔内ケア		
閉じこもり予防		
もの忘れ予防		
うつ予防		
		年 月 日 氏名

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

利用者名

様

計画作成者氏名

[illegible]

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過は具体的に、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、本人・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

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

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

評価日 年 月 日

利用者氏名

様

計画作成者氏名

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

総合的な方針	あんしんすこやかセンター意見		
		☐ 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 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了

サービス利用申込書

以下の事業（サービス）の内容などを理解し、その事業（サービス）の利用を申し込みます。

申し込みにあたり、事業利用に必要な氏名、住所、年齢等の個人情報を、あんしんすこやかセンターを通じ、世田谷区介護予防・地域支援課と各実施事業者（地域デイサービスの場合は活動団体）に情報提供することに同意します。

記入日 年 月 日

申込者 氏名 _____（自署）

ふりがな		男 ・ 女	歳
氏名			
住所		T/S 年 月 日生	
電話番号		☐ 事業対象者 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ）	
ケアマネジメント類型	☐ 予防給付・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		

希望するサービス

☐ 支えあいサービス
☐ 専門職訪問相談
☐ 地域デイサービス （ ☐ 事業対象者 ☐ 要支援者 ☐ 継続利用要介護者）
☐ 介護予防筋力アップ教室～フレイル予防習慣化プログラム～ （送迎の利用 ☐ あり ☐ なし）
☐ 介護予防筋力アップ教室 体力測定＆交流会

（ ）あんしんすこやかセンター 担当者： _____ 連絡先： _____

支えあいサービス個別連絡票

社会福祉協議会受付担当者 様

下記の利用者につきまして、よろしくお願いいたします。

年 月 日 送付

管轄 あんしん すこやか センター	事業所名			
	所在地			
	電話番号		Fax	
	担当者名			

長期目標(1年後の私の目標)

短期目標(事業利用の目標)

現在の状況及び中心となる課題
(アセスメントポイント)

健康状態について(既往歴・現病歴・主治医連絡等、アセスメント結果を踏まえて、事業利用にあたり留意する点)

希望する 生活支援 サービスの 内容	☐ 掃除			
	☐ 洗濯	☐ 干し	☐ 取り込み	☐ たたみ
	☐ 買い物同行	雨天時の対応:		
	☐ 布団	☐ 干し	☐ 取り込み	
	☐ 調理の下ごしらえ			
	☐ ゴミ出し(セットサービス)			
希望曜日	☐ 月曜 ☐ 火曜 ☐ 水曜 ☐ 木曜 ☐ 金曜	頻度	()回/ 週・月	
時間帯	AM()・PM()		30分・60分	
サービス提供に あたっての 留意事項				

社会福祉協議会受付担当者 記入欄

年 月 日 確認

ふりがな			男・女	歳
氏名				
住所			T/S	年 月 日 生
電話番号			介護認定の状況	☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2
生計困難者等に対する利用者負担 額軽減確認証(さくら証)所持および 公費負担受給の有無	さくら証	☐ あり	☐ なし	
	災害による減免	☐ あり	☐ なし	
	公費負担受給	☐ あり(☐ 生活保護 ☐ 中国残留邦人) ☐ なし		

専門職訪問相談 個別連絡票

専様式 1

担当者 () あんしんすこやかセンター ()

下記の方についてご連絡いたしますのでよろしくお願いいたします。

年 月 日 付

受付番号	(事業者が番号付与、記載)	訪問不可時間帯・曜日 ()	
ふりがな		男・女	歳
氏名		T / S	年 月 日生
住所	世田谷区	☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2	
導入のきっかけ	☐ 総合相談 ☐ 実態把握 ☐ モニタリング ☐ 地域ケア会議A ☐ その他 ()		

緊急連絡先	☐ 氏名 () 続柄 () TEL: () ☐ あんしんすこやかセンター担当者 TEL: () ※事情により家族等の連絡先が記載できない場合はあんすこ担当者へ✓する
-------	--

【長期目標（1年後の私の目標）】

【短期目標（事業利用の目標）】

【専門職に相談・助言を依頼したい内容】 該当する全てに✓する

- ☐1. 運動指導・機能評価と維持改善 ☐2. 助言・指導後の評価 ☐3. 必要サービスの提案 ☐4. 福祉用具の助言
☐5. 疾病に関連する食事指導 ☐6. 一般的な食事指導 ☐7. 疾病に対する理解への支持 ☐8. IADL 助言
☐9. 嚥下指導 ☐10. 家族支援 ☐11. その他 ()

【具体的内容】

【利用しているサービス】 ☐利用なし

- 【サービス・活動事業】 ☐訪問介護 ☐生活援助 ☐通所介護 ☐運動器機能向上
☐支えあい ☐地域デイ ☐筋力アップ教室
【予防給付】 ☐訪問看護 ☐通所リハビリ ☐訪問リハビリ ☐福祉用具貸与 ☐住宅改修
【その他】 ()

【利用者の健康状況】 ※発症時期も分かる範囲で記載ください。

- ☐整形外科疾患 () ☐難病 () ☐生活習慣病 () ☐精神疾患 ()
☐脳卒中 () ☐認知症 ☐廃用症状 ☐その他 ()

【概要 ※生活状況含む】

【特記事項】

希望職種に☑してください。

(複数職種を希望の場合は () 内に順番を記載してください。後ほど調整が入る場合があります。)

- ☐PT () ☐OT () ☐ST () ☐管理栄養士 () ☐看護師 ()

●様式 5

下記の方について専門職による訪問修了後の再評価をご報告します。

地域デイサービス 個別連絡票

年 月 日

代表者様
団体名（ ）

下記の利用者につきまして、よろしくお願いいたします。

氏名		年齢	歳
住所	世田谷区		
認定区分等	☐ 基本チェックリスト該当者 ☐ 要支援認定者 ☐ 継続利用要介護者		
地域デイサービスに通う目標			
健康状態等 代表者への 連絡事項			

あんすこ
担当者
電話番号

地域デイサービス継続利用要介護者用 支援計画表

(地) 様式2

利用者氏名

担当者氏名

計画作成日 初回 (変更日)

※委託の場合の計画作成事業所名 (担当者名)
()

☐長期目標

☐本人の意向

介護認定の状況	介護度	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	認知症高齢者の日常生活自立度	身の回りのこと
該当に○ 他記載	要介護 1 2 3 4 5	J 1 J 2	I	【食事】 自立 その他 【排泄】 自立 その他 【歩行】 自立 その他
領域別課題	A:運動・移動 ☐ 課題あり	B:日常生活(家庭生活) ☐ 課題あり	C:社会参加 ☐ 課題あり	D:健康管理 ☐ 課題あり
現在の状況及び 中心となる課題 (アセスメントポイント)				
短期目標 (事業利用の目標)				
具体策				
利用頻度・期間				
☐ 健康状態について (既往歴・現病歴・主治医連絡等、アセスメント結果を踏まえた留意点)			☐ 地域デイサービス実施団体への連絡事項	

介護予防筋力アップ教室 個別連絡票

下記の方が介護予防筋力アップ教室の参加を希望されていますので、よろしくお願いします。 年 月 日 付

ふりがな		男 ・ 女	歳
氏名			
住所		T/S	年 月 日 生
電話番号		☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2	
緊急連絡先	氏名： (続柄) 連絡先：		

長期目標	※二次アセスメントシート参照
短期目標	※二次アセスメントシート参照
現在の状況及び中心となる課題 (アセスメントポイント)	※二次アセスメントシート参照
健康状態について(既往歴・現病歴・主治医連絡等、アセスメント結果を踏まえて教室参加にあたり留意する点)	
利用中のサービス(インフォーマルサービスを含む)・本人の取り組み	
事業者への連絡事項(配慮が必要なこと等)	
送迎の希望 ☐ あり ☐ なし ※希望ありの場合、理由を記載	

参加時の医師の確認	☐ 要 (筋 様式1をかかりつけ医に渡し、参加の許可あり) ☐ 不要
-----------	---

() あんしんすこやかセンター 担当者：	連絡先：
--------------------------	------

介護予防筋力アップ教室 体力測定&交流会申込書

※不参加の場合も提出すること

下記の方の、体力測定会&交流会の参加希望についてご連絡します。 年 月 日 付

ふりがな		男 ・ 女	歳
氏名			
住所(※)		T/S 年 月 日 生	
電話番号(※)		☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2	
緊急連絡先(※)	氏名: (続柄) 連絡先:		

(※)不参加の場合は記載不要

□参加	
事業者への連絡事項 (教室修了後の状況)	☐ 地域の自主グループで体操を継続 ☐ 自宅で体操を継続 ☐ 介護保険サービス利用 (☐ 通所リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問介護) ☐ 何もしていない その他特記事項 (上記について追記、体調面や状態像の変化等)

□不参加	
理由	☐ 予定が合わない ☐ 会場までの移動手段がない ☐ 状態像の変化により参加が適切でない ☐ 上記以外の理由

() あんしんすこやかセンター	
担当者 :	連絡先 :

介護予防筋力アップ教室 評価結果連絡票

ふりがな		男 ・ 女	歳
氏名			
生年月日	T/S 年 月 日 生	☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2	

＜介護予防筋力アップ教室 修了後の状況＞

評価日： 年 月 日	評価者： () あんしんすこやかセンター
目標達成度	☐ 達成 ☐ 未達成 →未達成の理由や内容などを記載
修了後、 変化があった点 (複数回答可)	☐ 体を動かすことに自信がついた ☐ 友人ができた ☐ 体が軽くなった ☐ やる気が湧いてきた ☐ 口の健康に気をつけるようになった ☐ 自分の社会参加について考えた ☐ その他 ☐ 外出の機会が増えた ☐ 家事をするようになった ☐ 痛みが改善した ☐ 食事に気をつけるようになった ☐ 地域のことに興味が湧いた
修了後の活動 (複数回答可)	通いの場に参加 → ☐ 地域デイサービス ☐ サロン・ミニデイ ☐ 自主活動団体 ☐ その他() 介護保険サービス利用 → ☐ 通所リハ ☐ 通所介護 ☐ 訪問リハ ☐ 訪問介護 ☐ 自主的に体操を継続 ☐ 上記以外 () ☐ 特になし
健康応援ノート (世田谷区介護予防手帳) の活用	☐ 活用している ☐ 活用していない 活用している場合、どのように活用しているか、活用していない場合は理由を記載

介護予防・日常生活支援総合事業 モニタリング記録表

※必要に応じて使用

担当者氏名

利用者氏名

計画作成日 初回

(変更日)

評価 時期	事業参加状況及び目標達成状況 (目標達成/未達成)	目標達成状況に対する評価 【本人・家族の意見及び計画作成者の評価】
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
【 回 目 】 ケ月		
□今後の方針(新たなニーズ)		
□プラン継続 □プラン変更	□終了	□介護給付 □予防給付
□サービス・活動事業		

様式10

※利用者基本台帳システムの経過記録に置き換え可。

[illegible]

第19号様式（第17条関係）
※ 該当する□にレ印を記入してください

☐ 居宅サービス計画

☐ 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

区分

新規・変更

被保険者氏名	被保険者番号									
フリガナ										
	個人番号									
	生年月日			明・大・昭		年		月		日生

居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所

事業所名	事業所の所在地									
〒										
事業所番号										
電話番号（ ）										
[サービス(給付管理)開始又は変更年月日] 令和 年 月 日										
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。									

世田谷区長 あて

上記の ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）
に居宅サービス計画・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

住所

被保険者

氏名

電話番号（ ）

保険者確認欄	☐ 被保険者資格	☐ 届出の重複	☐ 事業所番号
--------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

(注意) 1 この届出書は、居宅（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が決まり次第速やかに世田谷区へ提出してください。

2 居宅（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ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず世田谷区に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

2022. 02

【区記入欄】（該当に○）

本人	番号	1 点	2 点	3 点	代理権
代理人	番力	番力	証（介・健保・高齢・負担）	キャッシュ・クレカ・通帳	戸籍・委任状
確認者	通力	免許	更新通知・社員証	シルバーパス・診察券	証・更新通知
	住記	ケア証	年金手帳・（ ）	図書力・（ ）	（ ）

地域包括受付	保健福祉課受付	介護保険課受付
(介護予防ケアマネジメント 届のみ)		

R7年度版：提出にあたっての注意点

「要支援者」は、介護予防サービス計画作成にチェック
「事業対象者」は、介護予防ケアマネジメントにチェック

- ☐ 居 宅 サ ー ビ ス 計 画
☐ 介 護 予 防 サ ー ビ ス 計 画 作 成 依 頼 (変 更) 届
☐ 介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト

区 分
新規・変更

新規・変更の区分について、どちらかに○をつけてください。

- 「新規」 「介護保険証」の支援事業所欄に以前の事業所の記載がないとき
(要支援⇔要介護)(要支援⇔総合事業)(要介護⇔総合事業)に変わったとき
「変更」 「介護保険証」等の支援事業所欄に以前の事業所の記載があるとき
(居宅事業所⇔小規模多機能型居宅事業所)に変わったとき

日生

居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所

事業所名

事業所の所在地

〒

要支援者や事業対象者で、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託している場合でも、事業所は地域包括支援センターのみ記入してください。

給付管理をする開始日（契約書の契約開始日）を記入
※事業対象者の開始年月日以降の日付を記入してください。

事業所番号

電話番号

〔サービス（給付管理）開始又は変更年月日〕

令和 年 月 日

事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください。

上記の区分が「変更」の場合は、必ず変更理由を記入してください。

※事業所を変更する場合の事由等には変更した「理由」を記入してください。「居宅介護支援事業所を
世 変更したため」では理由になってないので受付が出来ません。

に居宅サービス計画・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。

- ・月途中で事業所の変更をした場合、月末の居宅介護支援事業所が給付管理票を作成・提出し介護報酬請求をすることになります（小規模多機能・看護多機能を除く）。月途中変更の場合は、前事業所と調整をしっかりと行うようにしてください。
- ・小規模多機能・看護多機能型サービスの利用が同一月にある場合は、その前後に係わらず、居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）が給付管理票の作成・提出・介護報酬請求を行います。
- ・暫定プランでも居宅届の提出は可能です。
- ・住所は、最新の被保険者証に記載されている住所地を記入してください（住所地特例の場合は、住民票の住所）。

担していただくことがあります。

2022.02

他保険者の住所地特例施設入所者の居宅届については、要支援者は施設所在地の総合支所保健福祉課へ、事業対象者は介護保険課保険給付係へご提出ください。総合支所保健福祉課、又は介護保険課保険給付係から、保険者の介護保険担当部署へ居宅届等を郵送します。

総合事業・介護認定同時申請

総合事業対象者 → 介護予防・地域支援課へ提出

※保健福祉課に提出する介護予防サービス計画作成依頼届のコピー提出可

- ☐ 居宅サービス計画
☒ 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届
☒ 介護予防ケアマネジメント

介護認定同時

同時申請は、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントの両方にチェック

保険者番号

* * * *

区分

新規・変更

* *

安心

事業対象者申請（介護予防ケアマネジメント依頼届受理日）と介護認定申請の申請日が同一の場合、介護予防ケアマネジメント依頼届の右上の余白部分に「介護認定同時申請」と記入して下さい。

居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所

事業所名

〇〇あんしんすこやかセンター

事業所の所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇

世田谷区世田谷〇-〇〇-〇

事業所番号

1 3 0 1 2 * * * *

電話番号

03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

[サービス(給付管理)開始又は変更年月日]

令和 7 年 4 月 1 日

事業所を変更する場合の事由等

※事業所を変更する場合のみ記入してください。

世田谷区長 あて

上記の ☐ 居宅介護支援事業所 ☒ 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

に居宅サービス計画・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 7 年 4 月 1 日

住 所 世田谷区世田谷〇-〇〇-〇〇

被保険者

電話番号 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇

氏 名 安心 花子

保険者確認欄

☐ 被保険者

☐ 届出の重複

☐ 事業所番号

要介護認定の申請日と総合事業対象者の申請日（介護予防ケアマネジメント依頼届の申請受理日＝認定日）が、同一日のみ同時申請となります。

令和6年12月までの同時申請は、介護予防サービス計画作成依頼届と介護予防ケアマネジメント依頼届を1枚の届出書で兼ねていましたが、令和7年1月以降は、1枚ずつ届出書を作成し、下記の通り提出ください。

○介護予防ケアマネジメント依頼届（コピー可）

→基本チェックリストと一緒に、介護予防・地域支援課へ提出

○介護予防サービス計画作成依頼届

→被保険者証、又は資格者証の原本と一緒に各総合支所保健福祉課へ提出

介護認定（要介護・要支援）

→

総合支所保健福祉課へ提出

介護認定同時

☐ 居宅サービス計画☒ 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届☒ 介護予防ケアマネジメント

区分

新規・変更

被 同時申請は、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネ
フリガナ 7 ジメントの両方にチェック

者 番 号

*

*

*

安

事業対象者申請（介護予防ケアマネジメント依頼届受理日）と介護認定申請の申請日が同一の場合、介護予防サービス作成依頼届の右上の余白部分に「介護認定同時申請」と記入して下さい。

居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所

事業所名

〇〇あんしんすこやかセンター

事業所の所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇

世田谷区世田谷〇-〇〇-〇

事業所番号

1

3

0

1

2

*

*

*

*

*

電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

[サービス(給付管理)開始又は変更年月日]

令和 7 年 4 月 1 日

事業所を変更する場合の事由等

※事業所を変更する場合のみ記入してください。

世田谷区長 あて

上記の ☐ 居宅介護支援事業所 ☒ 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

に居宅サービス計画・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 7 年 4 月 1 日

住 所 世田谷区世田谷〇-〇〇-〇〇

被保険者

電話番号 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇

氏 名 安心 花子

保険者確認欄

☐ 被保険者資格☐ 届出の重複☐ 事業所番号

要介護認定と総合事業対象者の同時申請の注意点

・事業対象者の被保険者証について

同時申請では、事業対象者の入力後、要介護認定申請を入力することになりますが、事業対象者の決定後、システムの仕様上、事業対象者の被保険者証が交付できなくなります。そのため、同時申請では介護認定の申請中の間は、事業対象者の被保険者証は交付されず、「総合事業対象者決定通知書」、「資格者証（事業対象者の有効期間や区分支給限度基準額等が印字されたもの）」等を各あんしんすこやかセンターへ送付します。

介護認定の結果で、要支援、要介護が認定された後に、介護認定の被保険者証が被保険者あてに送付します。介護認定が非該当の場合は、事業対象者の被保険者証を送付します。

継続利用要介護として総合事業サービス利用（地域
デイサービスのみ）時の記入例

☐ 介護予防サービス計画作成 依頼(変更)届
☒ 介護予防ケアマネジメント

区 分

新規・変更

区分は変更には○を
してください。

被 保 険 者 氏 名	フリガナ アンシン タロウ											
	0	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
安心 太郎	個 人 番 号											
	生 年 月 日						明・大・昭 21 年 10月 10日生					

居宅（介護予防）サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業所

事業所名	事業所の所在地
〇〇あんしんすこやかセンター	〒〇〇〇-〇〇〇〇
事業所番号 1 3 0 1 2 * * * * *	世田谷区世田谷〇-〇〇-〇
電話番号 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

【サービス（給付管理）開始又は変更年月日】 **令和 7 年 4 月 1 日**

事業所を変更する場合の事由等

※事業所を変更する場合のみ記入してください。

継続利用要介護として地域デイサービスのみ利用する。

地域デイサービスを継続利用したいため。等

世田谷区長 あて

上記の ☐ 居宅介護支援事業所 ☒ 介護予防支援事業所（地域包括支援）

に居宅サービス計画・介護予防サービス計画
届出します。

令和 7年 4月 1日

変更理由には、必ず継続利用要介護であることを記載をしてください。

要介護者（地域デイサービスのみ利用）で、あんしんすこやかセンターがケアマネジメント届（委託可）を提出する場合の条件

- ① 被保険者が、令和3年4月1日以降に「要支援又は事業対象者」として地域デイサービスを利用している。
- ② ①の後、要介護認定により「要介護」の認定を受ける。
- ③ 要介護認定を受けるまで継続利用している地域デイサービス団体が、要介護認定後も地域デイサービスの利用を受け入れる。
- ④ 下記のどちらかの条件を満たす。
 - ・「要介護」認定後、介護給付サービスの利用希望がなく、地域デイサービスのみ継続利用をする場合に、あんしんすこやかセンターが介護予防ケアマネジメントを行う。
 - ・「要介護」認定後、介護給付サービスの利用をしながら、地域デイサービスの継続利用を希望。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、地域デイサービス（要支援又は事業対象者からの継続利用のみ）について利用適性を判断し、ケアプランに位置付ける。その後、他の介護給付サービスの利用をやめて、引き続き地域デイサービスのみサービスを利用継続することになった場合に、あんしんすこやかセンターが介護予防ケアマネジメントを行う。

※ご不明な点がございましたら、介護保険課保険給付係（03-5432-2646）まで、ご連絡ください。

※ 該当する口にレ印を記す

訂正受付の記入例

右余白に大きく
「訂正」と記載

訂正

☒ 居宅サービス計画
☐ 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

変更により

区分
組 変更

被保険者氏名		被保険者番号									
フリガナ カイゴ タロウ		0	0	0	0	0	*	*	*	*	*
介護 太郎		個人番号									
居宅（介護）事業所名		訂正受付届出は、以前に提出した居宅届の給付管理開始年月日を修正する際にご提出いただきます。 基本的には通常の居宅届等と共通の記載を行います。									
世田谷区役所居宅介護支援事業所		東京都世田谷区世田谷 4-21-27									
事業所番号 1 3 7 1 2 * * * * *		電話番号 03 (5432) 〇〇〇〇									
[サービス(給付管理)開始又は変更年月日]		令和 7 年 3 月 1 日									
事業所を変更する場合の事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。									
事業所を変更する場合の事由等		・ 給付管理開始年月日を誤記入したため(令和7年4月1日から令和7年3月1日へ訂正) ・ 以前に提出した届出で、給付管理開始年月日を令和7年5月1日と誤記載したが、正しくは令和7年6月1日給付管理開始だったため 等									
○令和 7 年 4 月 15 日											
住所 世田谷区上野 〇-〇〇											
被保険者氏名											
保険者確認欄		訂正理由が分かるようにご記載いただけてください。									

※記載ポイントをわかりやすく表記するため様式の一部（保険者確認欄より下記の一部）を削除している。

地域包括受付

保健福祉課受付

介護保険課受付

(介護予防ケアマネジメント届のみ)

(第1号様式)

事故報告書（事業者→世田谷区）

※第1報は、少なくとも1から7までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

☐ 第1報	☐ 第 報	☐ 最終報告	提出日：西暦	年	月	日
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------	---	---	---

1 事業所情報

法人名		事業所番号			
事業所（施設）名		責任者名（施設長名）			
所在地		報告担当者名		電話番号	
サービス分類		サービス種別			

2 利用者情報

氏名・年齢・性別	氏名			年齢		性別	☐ 男性	☐ 女性		
サービス提供開始日	西暦	年	月	日	保険者		被保険者番号			
住所	☐ 事業所所在地と同じ ☐ その他（ ）									
身体状況	要介護度	☐ 要介護5	☐ 要介護4	☐ 要介護3	☐ 要介護2	☐ 要介護1	☐ 要支援2	☐ 要支援1	☐ 自立	☐ その他（申請中等）
	認知症高齢者日常生活自立度	☐ I	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ IV	☐ M	☐ 不明	
	ADL									

3 事故状況

事故状況の程度	☐ 受診（外来・往診）	☐ 自施設で応急処置	☐ その他（ ）
	☐ 入院	☐ 死亡（死亡に至った場合死亡年月日	西暦 年 月 日 ）

4 事故の概要

発生日時	西暦	年	月	日	時	分ごろ（24時間表記）
発生場所	☐ 居室（個室）	☐ 居室（多床室）	☐ トイレ	☐ 廊下		
	☐ 食堂等共用部	☐ 浴室・脱衣室	☐ 機能訓練室	☐ 施設敷地内の建物外		
	☐ 敷地外	☐ その他（ ）				
事故の種別	☐ 転倒	☐ 異食	☐ 不明（原因が不明なもの等）			
	☐ 転落	☐ 誤薬、与薬漏れ等	☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）			
	☐ 誤嚥・窒息	☐ その他（ ）				
第一発見者						
過去3か月以内の同一被保険者に関する事故の有無（有の場合、年月日を記入）					☐ 無 ☐ 有	年 月 日
事故の内容	【原因と結果】					
	【事故発生に至った経緯】					
	【事故発見時の状況】※誤薬、与薬もれ等の場合は薬名・処方目的を記入					
その他特記すべき事項						

5 事故発生時の対応

発生時の対応				
受診方法	☐ 施設内の医師（配置医含む）が対応 ☐ 受診（外来・往診） ☐ 救急搬送 ☐ その他（ ）			
受診先	医療機関名		受診科	
	住所		電話番号	
診断名				
診断内容	☐ 切傷・擦過傷（部位： ） ☐ 打撲・捻挫（部位： ） ☐ 骨折（部位： ） ☐ その他（ ）			
検査・処置等の概要				

6 家族等への報告

報告の有無	☐ 有 ☐ 無	報告した家族等の氏名		利用者との続柄	☐ 配偶者 ☐ 子、子の配偶者 ☐ その他（ ）
報告年月日	西暦	年	月	日	時刻 (24時間表記)
連絡内容 (家族等の反応や発言についても記入)					
連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	☐ 他の自治体 ☐ 警察 ☐ その他 自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）				

7 事故発生後の状況

利用者の状況	
本人、家族、関係先等への追加対応予定	

8 事故の原因分析

事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)

9 再発防止策

再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期及び結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)

10 損害賠償の有無

損害賠償の有無	損害賠償の有無（ ☐ 有 ☐ 無 ） ※有の場合は対応状況を記入

11 その他

居宅介護支援事業所名		担当者名	
同 所在地		電話番号	
その他 特記すべき事項			

管轄総合支所	☐ 世田谷 ☐ 北沢 ☐ 玉川 ☐ 砧 ☐ 烏山
--------	---

* 対応未定、対応が継続する場合は、「11 その他特記すべき事項」にその旨記載し提出し、適宜経過報告すること。

* 記載しきれない場合は適宜別紙を添付すること。

* 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には当事者一覧を添付することにより、一括して報告できるものとする。

IX 参考資料

No.	資料名	ページ
1	世田谷区介護保険事業のケアマネジメント基本方針	1 0 2
2 - 1	I C F からみた介護予防のアセスメントの視点例	1 0 8
2 - 2	対象者を把握する(強み・弱みシート)	1 0 9
3	総合事業のサービスと利用する高齢者の状態像	1 1 0
4	サービス利用のモデル事例	1 1 2
5	介護予防筋力アップ教室 参加までの流れ (医師に判断を仰ぐ対象者の基準について)	1 1 5
6	「介護予防筋力アップ教室」の参加について確認のお願い	1 1 6
契 - 1	介護予防支援等契約書(世田谷区 案)	1 1 8
契 - 2	【契約書別紙】(世田谷区 案)	1 2 3
契 - 3	介護予防支援等重要事項説明書(世田谷区 案)	1 2 4
契 - 4	介護予防支援業務委託契約書 (世田谷区 案)	1 2 9
参考-1	代理受領委任状	1 3 4
契 - 5	介護予防ケアマネジメント説明書(ケアマネジメント B 用) (世田谷区案)	1 3 5
契 - 6	事業委託の再委託申出書 (案)	1 3 7
契 - 7	指定密着型通所介護事業等集団指導資料一部抜粋	1 3 8
契 - 8	電算処理の外部委託基準 別紙	1 3 9
参考-2	個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項	1 4 2

世田谷区介護保険事業のケアマネジメント基本方針

1. 世田谷区のケアマネジメントに関するこれまでの取組み

世田谷区では、平成8年度にケアマネジメントシステムに関する報告書を作成して以降、ケアマネジャー向け研修やケアプラン点検など、ケアマネジメントの質の向上に取り組んできた。

平成30年度には、世田谷区介護保険事業のケアマネジメント基本方針（以下「基本方針」という。）を策定し、介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」の理念を実現するために適切なケアマネジメントを推進し、ケアマネジメントの質の向上を図ることを基本方針とする「世田谷区の介護保険制度におけるケアマネジメントの必要事項」を定めるとともに、基本方針の実現に向けた取組みを推進している。

2. 基本方針

介護保険制度が目指す「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を実現し、第9期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（以下「第9期計画」という。）の基本理念である「住み慣れた地域で支えあい、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を目指して、ケアマネジメントの質の向上と適切なケアマネジメントの推進を図る。

(1) 基本方針の考え方について

令和6年度から8年度を計画期間とする第9期計画では、計画目標の一つである「区民の健康寿命を延ばす」ために、「健康づくり」「介護予防」「重度化防止」に向け、「介護予防ケアマネジメントの質の向上」及び「適切なケアマネジメントの推進」取り組むこととしている。

計画目標Ⅰ 区民の健康寿命を延ばす

施策2 介護予防

(3) 取組み

③多様な手法による介護予防ケアマネジメントの質の向上

- ・介護予防ケアマネジメント研修については、福祉人材育成・研修センターと連携し、必要な知識と技術がより効果的に習得できる研修となるよう内容や進め方を見直すとともに、医療に関する専門知識を学ぶためのプログラムを研修に取り入れるなど、ケアマネジャー等の専門スキルの向上を図ります。
- ・あんしんすこやかセンターへの巡回によるケアプランの点検や地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣を通じてケアマネジメントの質のさらなる向上を図ります。

施策3 重度化防止

(3) 取組み

①適切なケアマネジメントの推進

介護や支援が必要な高齢者のニーズや心身の状態、生活環境等を十分に把握し、それを踏まえて必要なサービスが利用できるよう支援する仕組みであるケアマネジメントは、要介護・要支援者の自立支援・重度化防止においても重要な役割を担っています。

また、ケアマネジメントでは、利用者の「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を常に意識し、支援することが求められます。

そのため、介護給付適正化の一環として行うケアプラン点検やあんしんすこやかセンターによる包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実を図るとともに、ケアマネジメントの質の向上に資する研修等を通じて、適切なケアマネジメントを実践するための必要な専門知識、技術の習得を推進していきます。

一方、ケアマネジャーの法定研修は都が実施することから、都の動向等を注視し、区が実施する法定外研修に反映させるなど必要な連携を図っていきます。

また、他のケアマネジャーへの助言・指導、保健・医療・福祉サービスを提供する者との連携調整などのための知識・技術を習得した主任ケアマネジャーによる地区・地域における相互の連携や活動を支援します。あわせて、あんしんすこやかセンターや職能団体との協力、連携を通じ、地域の課題に即した研修会の開催に取り組むとともに、在宅医療・介護連携の取組みを進めていきます。

これらの取組みは、介護を必要とする高齢者の増加、複雑・複合的な課題や多様化するニーズ等への対応が求められる状況において、区民の健康寿命を延ばし、第9期計画の基本理念を実現する上で重要な位置付けにあるものとして、基本方針を定めている。

(2) 世田谷区の介護保険制度におけるケアマネジメントの必要事項

基本方針をより具体化するため、以下のとおりケアマネジメントの必要事項を定める。

- ①利用者の「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を常に意識し、支援できる。
- ②利用者及びその家族等の意向を把握し、当該利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むために、その置かれている環境等に応じて必要な介護等を受けられるよう支援できる。
- ③ケアマネジメントのプロセスに沿って、アセスメント、ケアプランの作成及びモニタリングの考え方を十分に理解している。
- ④利用者へのアセスメントやモニタリングによるほか、介護サービス事業者等との連携により当該利用者の状況を十分に把握している。
- ⑤利用者及びその家族等のほか、医療職、介護職等の他の職種との協働・連携を図り、チームとして総合的に支援できる。
- ⑥研修、地域ケア会議、ネットワーク会議等への参加又は参画を通じて、事例検討及び課題の分析、地域課題の抽出、地域の社会資源に関する情報の集積に取り組むなど、自己研鑽に努めている。

- ⑦利用者の社会参加及び地域とのつながりを大切にし、当該利用者自身の役割、家族等による支援、地域の社会資源、介護サービス等を踏まえたケアプランを検討し、利用者及びその家族等へ提案できる。
- ⑧介護保険法をはじめとする関係法令等を遵守し、利用者又はその家族の個人情報を含む秘密を保持するとともに、関係機関と共有する必要がある場合においてはあらかじめ同意を得る等適切に取り扱う。
- ⑨地区・地域、職能団体、事業者団体における様々な活動への積極的な参加に努める。
- ⑩地域共生社会の実現を図るため、世田谷区版地域包括ケアシステムを理解し、利用者及びその家族において「8050問題」や「ひきこもり」、「ヤングケアラー」などの既存の制度では対応が難しい複合的課題を把握した場合には、包括的な支援が受けられるよう関係機関と連携する。
- ⑪「世田谷区認知症とともに生きる希望条例」の考え方を理解し、支援ができる。
- ⑫自然災害や感染症の発生時に、世田谷区や介護サービス事業者等と連携して利用者や家族への支援を継続できるよう日ごろから備えている。

参考：ケアマネジメントの質を向上させる意義

引用：「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」（平成26年3月東京都発行）

ケアマネジメントの質を向上させる意義は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することに尽きる。

すなわち、介護保険制度は、高齢者が要介護状態等になっても、尊厳を保持して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的としているのであり、そのための制度運用の仕組みとしてケアマネジメントを導入した。

そして、ケアマネジメントとは高齢者が自立した日常生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みである。

介護支援専門員は、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に対応し、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるようサービス利用を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものである。つまり、ケアマネジメントを動かす介護支援専門員の働き方によって要介護者等の生活は大きな影響を受けるのである。

したがって、介護支援専門員が行うケアマネジメントの質の向上は、高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために常に求められていることである。

3. 「基本方針」を実現するための世田谷区の実践

「基本方針」を実現するため、第9期計画に基づき、世田谷区において以下の取組みを実施する。

(1) ケアマネジャー向け研修実施、世田谷区の施策等に関する情報提供

ケアマネジャーとしての経験等に即した研修（新任、現任、リーダー研修等）、自立支援・重度化防止、高齢者虐待対応、認知症ケア等に関する研修を福祉人材育成・研修センターに委託して実施するとともに、多様な主体によるケアマネジャー向け研修実施の支援を行う。

また、ケアマネジメントに関する世田谷区の施策や取組みについて、関係団体と連携し、情報提供を行っていく。

(2) 「世田谷区ケアマネジメントの基礎知識」の習得と共有

8領域21ニーズ方式に基づき、ケアマネジャーがケアマネジメントを正しく理解するために必要な基礎知識をまとめ、ケアマネジャー向け研修等で習得及び共有していく。また、制度改正等に対応するため、必要に応じて内容の更新を図っていく。

(3) 主任ケアマネジャーの地区・地域での活動の明確化及び活動に対する支援

主任ケアマネジャーがあんしんすこやかセンターと連携しながら行うケアマネジャー等を支援する活動（研修、相談、意見交換会等）を支援し、ケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上と顔の見える関係づくりを進める。

(4) ケアプラン点検の実施

自立支援に向けた適切なケアプランの作成を支援するため、東京都が作成する「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を活用し、ケアプラン点検を実施する。

なお、介護給付適正化の計画策定に関する指針（老介発 0912 第1号令和5年9月12日厚生労働省老健局介護保険課長通知）等に基づき、東京都国民健康保険団体連合会より提供されるケアプラン点検において有効性が高いと見込まれる帳票から抽出された被保険者に関するもの及び、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の規定により世田谷区に届け出された厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付けたケアプランを主なケアプラン点検の対象として実施し、ケアマネジャーへの助言等による支援を行う。

(5) 多職種連携による介護予防ケアマネジメント研修及び巡回点検等の実施

個々の高齢者が自身のニーズに合った総合事業等のサービスを適切に利用し、自立した生活が続けていくために、あんしんすこやかセンター及び介護予防支援業務の委託先である居宅介護支援事業所並びに介護予防支援事業所の職員向けの研修の実施、あんしんすこやかセンターへの巡回によるケアプランの点検及び助言等などを通じ、自立支援に資するケアマネジメント力の向上に努める。

また、地域ケア会議における個別ケース検討や研修等の実施に当たっては多職種連携を図り、あんしんすこやかセンターが実施する介護予防ケアマネジメントの質の向上を図る。

(6) 地域ケア会議における個別事例検討の実施

地区で実施する地域ケア会議において、複合的な課題等によりケアマネジャーだけでは解

決できない事例、地域課題を内在した事例等について、他の職種との連携を図り、多角的な視点から個別ケース検討を実施することにより、ネットワーク構築及びケアマネジメント支援を実施し、ケアマネジメント力の向上を図る。

また、リハビリテーション専門職等の参加による軽度者の個別ケース検討を通して、予後予測、地域の社会資源の活用、社会参加による自立支援等、本人の力を最大限に引き出す介護予防ケアマネジメントを実践し、共有することにより、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図っていく。

(7) あんしんすこやかセンターにおけるケアマネジメント支援

担当地区のケアマネジャーに対して、そのマネジメント力を高めるために、保健福祉センター保健福祉課及び担当地区の主任ケアマネジャーと連携しながら、各種相談の対応、地域の社会資源等の情報提供、研修会・事例検討会の開催、ケアマネジャー同士のネットワークの構築等の支援を行う。

(8) 在宅医療・介護関係者の情報共有とネットワークづくり支援

切れ目のない医療・介護の提供を図るため、お薬手帳を活用した連絡カード「あなたを支える医療・介護のケアチーム」、医師会のICTを用いた連携ツール等の各種ツールの活用、適切なりハビリテーションに関する情報提供、地区連携医事業等を通じて、医療職と介護職の情報共有を支援するとともに、各地区における医療職及び介護職のネットワークづくりを進める。

また、住み慣れた地域で医療や介護を受けながら生活する「在宅医療」と人生の最終段階にどのような医療や介護を望むのかを身近な人と繰り返し話し合い、区民自らが決定していくACP(アドバンス・ケア・プランニング：人生会議)について、世田谷区が発行する「在宅療養・ACPガイドブック」を活用するなどして様々な機会を通して周知・普及を図る。

(9) リハビリテーション等のサービスを活用した重度化防止の推進

介護予防・日常生活支援総合事業のリハビリテーション専門職、管理栄養士等により、自立支援・重度化防止のためのアセスメント及び助言を行う「専門職訪問指導」、筋力向上と自己管理方法の習得を目的とする「介護予防筋力アップ教室」を活用し、要支援者の自立支援・重度化防止を図れるよう事業の内容及び活用方法の周知を図る。

また、急性期、回復期、生活期等の医療的リハビリから介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービス、介護予防筋力アップ教室など一貫したリハビリテーションに取り組むとともに、それぞれの段階に応じた適切なりハビリテーションの提供に向けて病院、診療所、介護サービス事業所等に勤務するリハビリ専門職の連携体制の構築を支援する。

(10) 運営指導、集団指導等の実施

介護保険関係法令等の遵守をはじめ、介護給付費等対象サービスの取扱い、介護報酬の請求、ケアマネジメントに基づくサービス提供等に関する事項に関する周知徹底を図ることにより、サービスの質の確保と事業者への支援に資するため、運営指導、集団指導等を実施する。

(11) 職能団体、事業者団体との連携・協力

ケアマネジャーの職能団体、介護事業者の団体等により、世田谷区のケアマネジメントの課題に関する議論、ケアマネジメントの質の向上のための研修会等、基本方針に沿った取組みが行われており、世田谷区と情報共有、研修会の開催に際しての世田谷区からの講師派遣等、職能団体等との連携・協力により、世田谷区全体におけるケアマネジメント力の向上を図る。

(12) 人材の確保及び定着支援

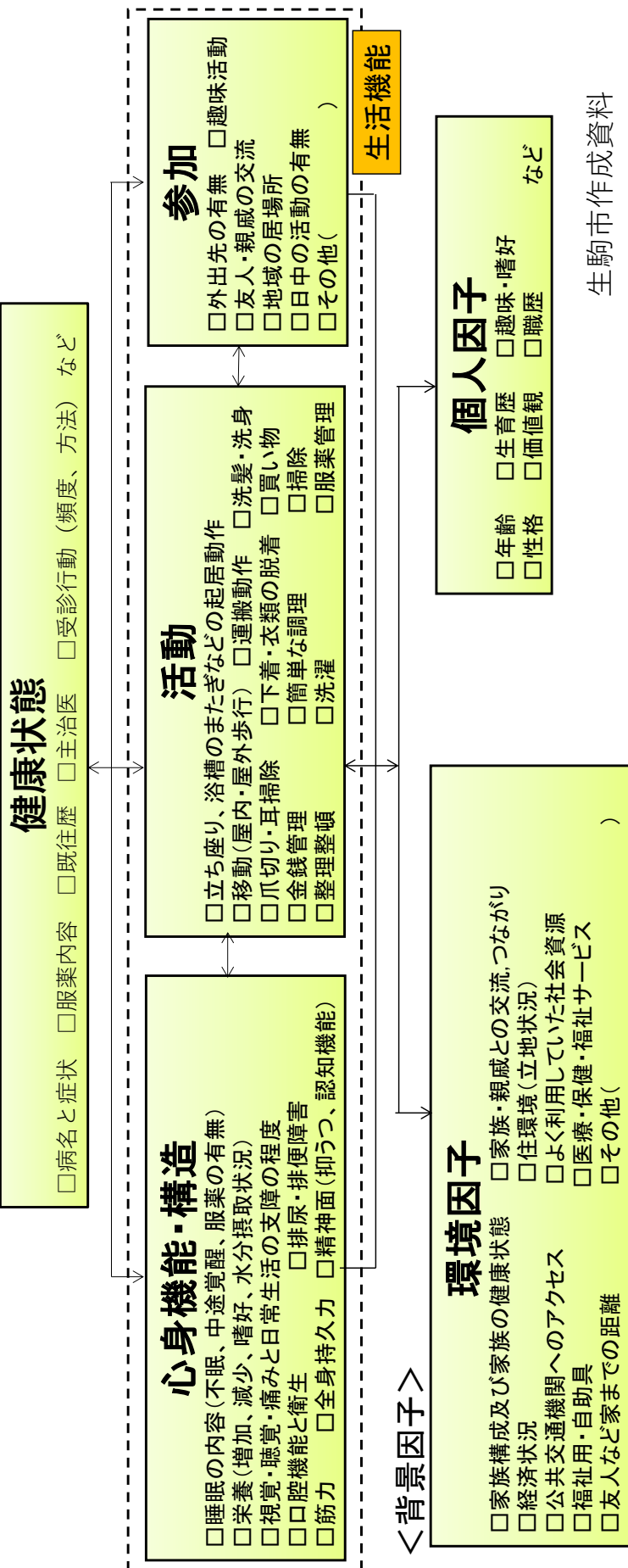
ケアマネジメント業務に関する魅力発信、D Xによる業務の効率化等による働きやすい職場環境の構築に向けた支援を通じて、ケアマネジメント人材の確保及び定着を推進する。

(13) 基本方針の周知

ケアマネジャーを中心に基本方針を周知するとともに、その内容についての意見等を拝聴しながら取組みの充実を図っていく。

国際生活機能分類（ICF）からみた介護予防のアセスメントの視点的例

※ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) : 国際生活機能分類

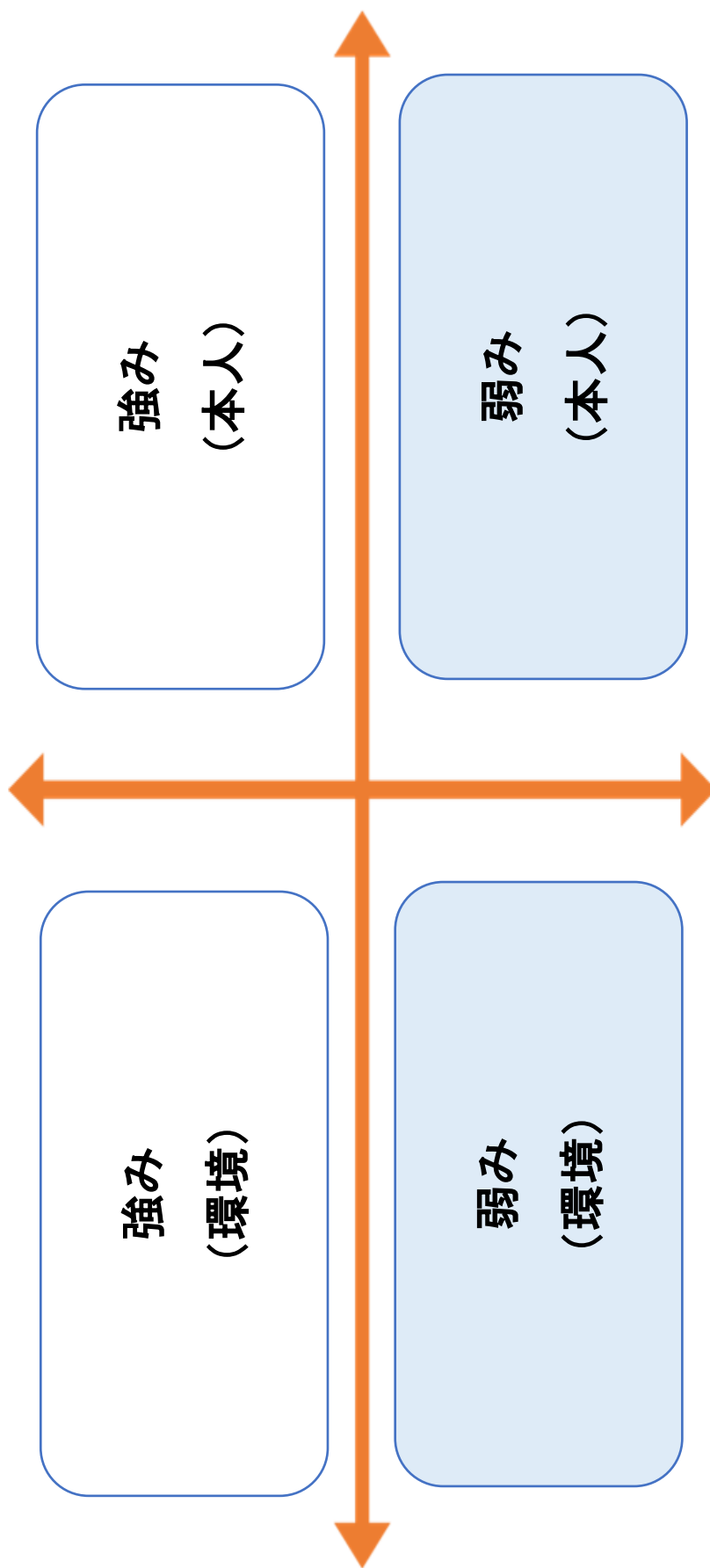


→自立支援の支援者として

生活の機能低下が顕在化する前の視点をもつ！

支援対象者を把握する

- ☐ 身体機能 ☐ 痛み ☐ ADL 能力 ☐ IADL 能力 ☐ 認知機能 ☐ 高次脳機能 ☐ 栄養状態 ☐ 睡眠状況 ☐ 排泄の状況 ☐ 金銭管理 ☐ 介護力
☐ 家屋環境 ☐ 社会資源 ☐ 経済状況 ☐ 友人関係 ☐ 家族関係 ☐ 食事管理 ☐ 服薬管理 ☐ 受診状況 ☐ 体調管理 ☐ 地域交流 ☐ 社会参加



〈支援計画〉

資料2-2

(1) 訪問型サービス利用者の状態像

サービス	利用者の状態像
指定相当訪問型サービス	1 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められる者 2 ケアマネジメントで、以下のような訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる者（例） ① 身体介護に区分されるサービスが必要な者 ② 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者 ③ 退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者 ④ ごみ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者 ⑤ 心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患で日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある者 ⑥ 人工肛門、インシュリン等本人が行う医療的な処置等に対して見守りが必要な者 ⑦ 虐待があり、状況把握が必要な者 ⑧ 医師に指示された食事形態に配慮した調理等が必要な者 ⑨ 買い物支援で金銭のやり取りに問題が起きそうな者 ※ 状態等を踏まえ、他の多様な主体によるサービスの利用を促進していくことが重要。 ※ 一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。
指定生活援助サービス	1 指定相当訪問型サービスの対象者ほどではないが、本人や家族が家事を行うことが困難な者 2 訪問介護員（一定の研修受講者を含む）による生活援助サービス（60 分以内）が必要な者
支えあいサービス	1 住民ボランティアによる簡易な支援（原則 30 分以内）により、日常生活が保てる者 2 以下の簡易な家事支援を行うことが、介護予防・自立支援に効果が高い者 ①食品、日用品の買い物同行（荷物持ち含む） ②洗濯物干し、洗濯物取込み、洗濯物たたみ ③簡単な掃除（日常的に使用している場所） ④布団干し、布団の取込み ⑤簡単な調理の補助や下ごしらえ ⑥ごみ出し（セットサービスでのみ利用可） ⑦セットサービス（①～⑥のサービスの中から複数のサービスを組み合わせて提供）
専門職訪問相談	○理学療法士、作業療法士、管理栄養士、看護師、言語聴覚士による訪問指導が必要な者（※1 回 1 時間程度、最大 4 回まで） 1 身体機能の低下が見られるが、短期集中的な支援により改善が見込まれる者 2 生活課題があり、専門的な見地からの助言が必要な者

(2) 通所型サービス利用者の状態像

サービス	利用者の状態像
指定相当通所型サービス	1 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められる者や、自立のための日常生活上の支援や機能訓練が必要な者（3 時間以上のサービス） （例） ① 介護保険事業所による専門的なサービスが必要な者 （例） ・ 持病の疾患が進行性である又は身体機能が低く、専門職のかかわりが常に必要な者 ・ 自宅での入浴が困難な者 ② 虐待があり、専門職による状況把握が必要な者 ※ 状態等を踏まえ、他の多様な主体によるサービスの利用を促進していくことが重要。 ※ 一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援（地域デイサービス）や一般介護予防事業）に移行していくことが重要。
指定運動器機能向上サービス	1 指定相当通所型サービスの対象者ほどではないが、運動器の機能向上が必要な者 2 自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥ることを予防するために一定期間、継続して運動器の機能訓練が必要な者（運動器機能訓練を主とした 3 時間未満のサービス） ※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援（地域デイサービス）や一般介護予防事業）に移行していくことが重要。
地域デイサービス	1 簡易な支援により日常生活が保てる者（食事を含む 3 時間程度の心身活性化のための活動） 2 うつ傾向及び運動機能低下等の理由による、閉じこもり傾向のある者 3 地域住民との関わりが少ないなど、身近な地域での人との関わりが特に必要な者
介護予防筋力アップ教室	1 身体機能の低下や閉じこもり、外出頻度の低下、栄養不足等が見られ、期間を区切った、短期集中的な支援により改善が見込まれる者（セルフケア能力向上、運動機能の向上、介護予防に必要な知識の習得及び継続を目的とした 3 ヶ月程度のプログラム。必要時送迎利用も可） ※継続的な通所の必要性を判断するために利用することも可能。 ※利用にあたり資料 5・資料 6を確認（P.115～P.117）

<事例 1> 転倒し骨折し入院。退院後、転倒の不安から自宅にとじ込めりがちな 70 代女性
 利用サービス：支えあいサービス、介護予防筋力アップ教室

総合事業受付票	相談主訴 家事援助のヘルパーを入れたい。 ■医療情報 定期受診なし。 ■ADL 階段昇降、家周辺歩行は可 ■IADL 掃除、買い物、洗濯は夫が行っている。簡単な調理と身の回りの物の買い物は本人が行っている。 ■体調 その他（痛みはないが転倒の不安がある） ■社会参加 友人との交流は骨折後減少
チェックリスト	基本チェックリストの該当番号：1.4.6.7.8.9.10.11.13.14.17.21.23.25 運動・口腔・うつに該当 外出の頻度が低下し、活動範囲が狭くなっている。 食欲が落ち、口腔機能の低下を自覚している。 以前は外出して人と会うことが楽しみだったが、外出の不安からおっくうに感じられるようになった。
二次アセスメントシート	二次アセスメントシートの総括アセスメント A.運動・移動（支援ニーズのある項目あり） 自宅から出ない日もあり、外出への不安が強い。 B.日常生活・家庭生活（支援ニーズのある項目あり） 骨折後、主な家事は夫（80代）が行っているが、夫自身も高齢で下肢筋力の低下が著明である。 転倒前は自分の身の回りの物は自分で買い物に行っており、夫の家事に不満もある。自分で買い物に行けるようになりたいが、外出への不安が強い。 C.社会参加・コミュニケーション（支援ニーズのある項目あり） 月に一度会食で友人と会うのが楽しみだった。転倒を機に出来なくなった。 D.健康管理（医療ニーズが低い） 健康でないと感じている。転倒により下肢骨折をしたが、通院リハビリを経て主治医からは定期的な運動を勧められている。
想定されるサービス例	まとめ 医療ニーズは低い。ADL、IADL の支援ニーズはややあるが、本人の不安による活動量低下に起因するものである。 サービス利用例 ・支えあいサービス（買い物同行） 協力員と一緒に買い物に行くことで、自身で買い物が出来るという自信を取り戻すよう支援する。 ・介護予防筋力アップ教室 近隣会場の短期集中の運動プログラムに通って筋力アップを目指し定期的な外出の機会を作る。また、友人との会食に再び行けるようになることを目標とし、支援していく。

<事例 2> 糖尿病で生活習慣の改善が難しい 60 代男性

利用サービス：指定生活援助サービス、専門職訪問相談(管理栄養士)、介護予防筋力アップ教室
インフォーマルサービス（自主活動グループに参加）

総合事業受付票	相談主訴（本人より） 主治医からの運動、食事指導を実行出来ない。食事や運動に気をつけて、糖尿病をよくしたい。 ■医療情報 近医内科へ月 1 回徒歩にて通院中。糖尿病、高脂血症、高血圧のため内服。 ■ADL ほとんど支障なし。体力や下肢筋力の低下があり、以前より階段昇降は大変になってきた。 ■IADL 支障なし。買い物、掃除、洗濯は出来る。調理は外食中心の生活だったためほとんどしていない。 ■体調 痛みや麻痺なし。 ■社会参加 近所や友人との付き合いはほとんどない。交通手段は機会があれば何でも使える。
チェックリスト	基本チェックリストの該当番号：4.5.6.7.8.14.16. 運動・閉じこもりに該当 自宅を行き来するような友人はいない。椅子から立ち上がる際や階段昇降時はつかまって行う。 体力が落ちて 15 分も歩かなくなった。むせやすさがある。 退職後は週 1 回も外出しなくなってしまった。
二次アセスメントシート	二次アセスメントシートの総括アセスメント ■A.運動・移動（支援ニーズの必要な項目あり） 退職後外出頻度が極端に低下し、週 1 回外出しない週もある。必要があれば遠くにも行くが、機会がない。 ■B.日常生活・家庭生活（支援ニーズの必要な項目あり） 買い物は行けるが、面倒でネットスーパーを利用することも多い。食事は買ったものを食べており、回数は不規則。簡単な調理は出来るようになりたいと考えている。 ■C.社会参加・コミュニケーション（支援ニーズの必要な項目複数あり） 独居で、退職後近所付き合いや定期的に出かける場所もなく閉居がちな生活。テレビを見て過ごす。 ■D.健康管理（医療ニーズあり） 糖尿病、高脂血症、高血圧。糖尿病以外は内服コントロール良好。糖尿病は教育入院をしたが、その後も生活習慣は改善できずにいる。以前より眠りが浅くなった。認知機能問題なし。 ■本人の目標 生活を変えるのは難しいが、糖尿病を悪化させないようにしたい。
想定されるサービス例	まとめ 糖尿病に関して、医師からの生活指導が守られておらず、悪化のリスクがある。閉居がちで近隣との交流もなく、全般的な生活機能低下のおそれがある。 <サービス利用例> ・指定生活援助サービス 調理補助を本人と一緒にしてもらい、自身で出来ることを増やす。 ・専門職訪問相談（管理栄養士） 食生活の評価と共に、本人も満足して続けられる食事内容や食べ方の助言をしてもらう。 ・介護予防筋力アップ教室 近隣のスポーツジムが会場の筋力アップ教室に通い、運動習慣を身につけると共に、他者との交流の機会とする。 ・インフォーマルサービスサービス 近隣で活動している、体操グループまたは調理や会食を行っている自主活動に参加。

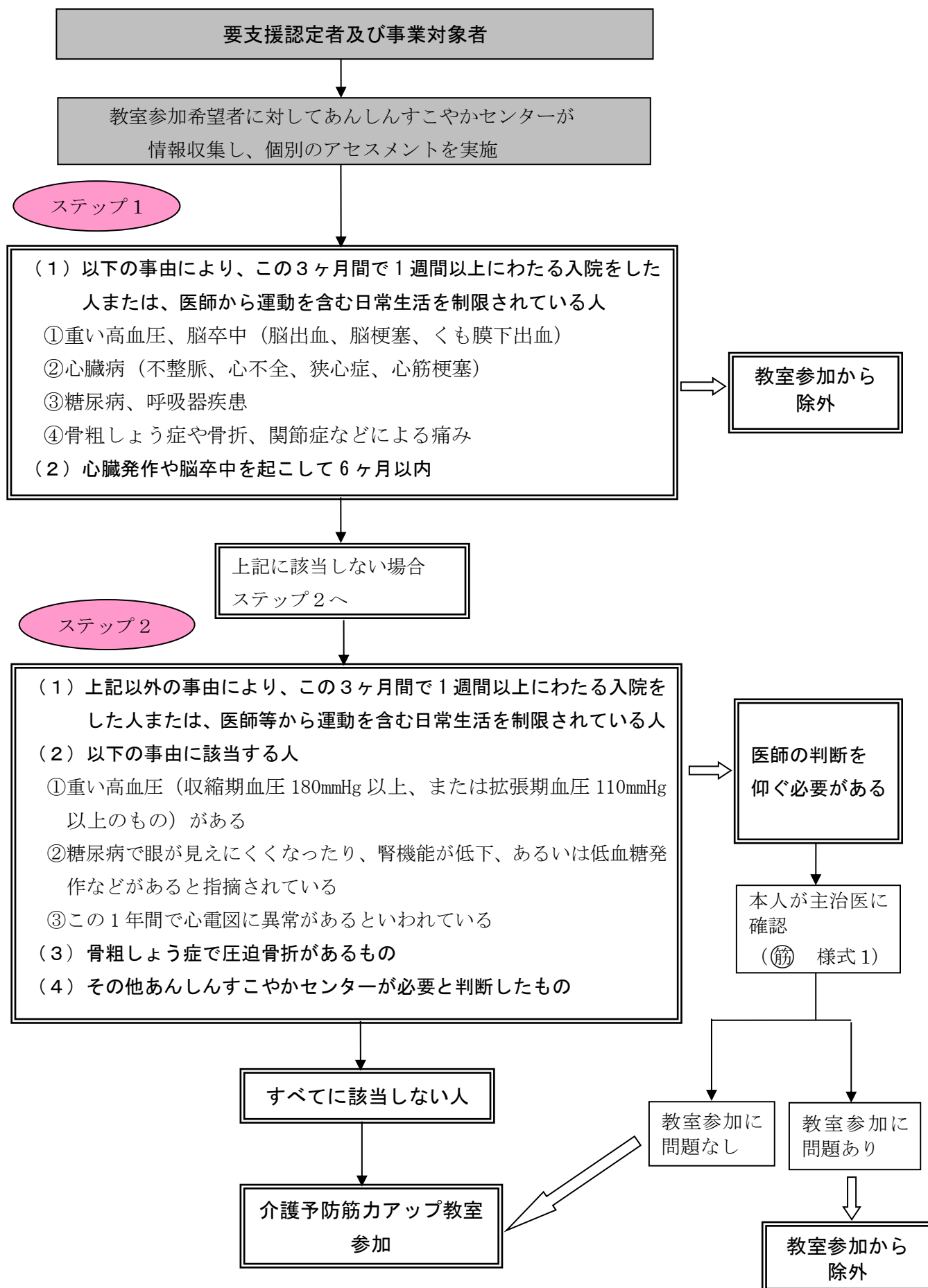
<事例3> 1年前に脳梗塞発症し、片麻痺があり閉じこもりがちで、認知機能の低下が見られる 80 代男性
 利用サービス：指定相当通所型サービス

総合事業受付票	相談主訴（同居の長女より） 最近少し物忘れが気になる。脳梗塞発症後に妻が他界し、リハビリが終わってしまってから は家にいてばかりいて刺激がないのでデイサービスなどに行ってほしい。 ■医療情報 高血圧のため月 1 回定期受診。車で長女が連れて行く。 ■ADL 歩行や階段昇降等、困難はないとは言えないが、杖（自費購入）を使い、自分のことは自分 で出来る。 ■IADL 妻が亡くなった後、家事は長女が行う。服薬は時折忘れることが出てきた。 ■体調 右片麻痺あり ■社会参加 妻がいたころは一緒に出掛けていたが、今はあまり時々散歩に行っている。散歩中に近隣住 民と会えば少し話はしている様子。バス停や駅が近くになく、自宅周辺は坂が多い。
チェックリスト	基本チェックリストの該当項目：1.2.4.5.6.7.8.10.13.14.17.18.21.23 運動・口腔・認知・総合に該当 交通手段が使いづらく、一人で利用することはない。 自宅を行き来するような友人はいない。 立ち上がる時や階段昇降時は、転倒の不安があり、つかまって行う。固い物の食べにくさ、 むせやすさあり。 外出頻度が低下している。 同じことを聞いてしまうことがある。 生活に充実感がない。
二次アセスメントシート	二次アセスメントシートの総括アセスメント ■A.運動・移動（支援ニーズのある項目あり） 外出は気が向けば近所の散歩をする程度で週 1 程度。 ■B.日常生活・家庭生活（支援ニーズのある項目なし） 長女が家事は行う。時間はかかるが入浴や排泄も一人で行えている。 ■C.社会参加・コミュニケーション（支援ニーズのある項目あり） 妻の他界前はよく一緒に外出していたが、今はめっきり減った。 ■D.健康管理（医療ニーズが高い） 高血圧（内服コントロール中）、前立腺がん既往あり（半年に 1 回経過観察）。脳梗塞は 1 年前に発症し、医療リハビリ終了し、その後は定期的な運動は勧められるも、妻の他界等で 進められずにいた。やや認知機能の低下の疑いあり。 ■本人の目標 少しでも体を楽に動かしたい。
想定されるサービス例	まとめ 脳梗塞後、右麻痺が残っており、これ以上の麻痺の改善は見込めないとされている。自宅 周辺の環境も外出がしづらく、活動範囲が狭まっている。妻の他界後、閉居がちで認知機能 の低下のリスクもある。 <サービス利用例> ・指定相当通所型サービス 独歩での通所は周辺環境もあり、難しい。送迎付きの指定相当通所型サービスを利用し、現 状の機能の維持・向上を図る。

5. 介護予防筋力アップ教室 参加までの流れ

資料 5

(医師に判断を仰ぐ対象者の基準について)



「介護予防筋力アップ教室」の参加について確認のお願い

平素よりお世話になっております。

世田谷区では、転倒や筋力の低下、閉じこもり、低栄養などが心配な方を対象に、筋力アップ及びセルフマネジメント能力向上を目的とした教室「介護予防筋力アップ教室」を開催しています。

様の教室参加にあたり、ご意見を頂きたく、教室の概要をお知らせします。参加の可否をご本人または下記連絡先（あんしんすこやかセンターの担当者）にお伝えください。書面で提出していただく必要はありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。

☆教室の概要

- ・週 1 回、全 12 回、約 3 ヶ月間の教室です。
- ・ 1 回の時間は、講話が 30 分、運動が 60 分の計 90 分です。
2 回目、11 回目は体力測定（握力、Timed up&Go、5 m 歩行、開眼片足立ち、5 回立ち座り）を行います。
- ・ 徒歩で通うことが困難な場合、送迎を利用できる場合があります。

☆内容

- 体調確認 ⇒ 教室開始前に、体調確認、血圧測定をします。
- 講話 ⇒ 介護予防についての講話を行います。
- 運動 ⇒ 体操前後のストレッチ、「世田谷いきいき体操」を行います。
おもりは個人の状態に合わせて調節します。
内容はリーフレットをご覧ください。

※会場、日程、プログラム等の詳細は別紙チラシをご覧ください

【お問い合わせ】 () あんしんすこやかセンター
担当者名：()
電話番号：

本人が医師にこの用紙を渡す際の診察に係る費用については、ご本人様の負担となるため、その旨を説明してから渡すこと。

「介護予防筋力アップ教室」の参加について確認のお願い

平素よりお世話になっております。

世田谷区では、転倒や筋力の低下、閉じこもり、低栄養などが心配な方を対象に、筋力アップ及びセルフマネジメント能力向上を目的とした教室「介護予防筋力アップ教室」を開催しています。

対象者の氏名を記載する

様の教室参加にあたり、ご意見を頂きたく、教室の概要をお知らせします。参加の可否をご本人または下記連絡先（あんしんすこやかセンターの担当者）にお伝えください。書面で提出していただく必要はありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。

☆教室の概要

- ・週1回、全12回、約3ヶ月間の教室です。
- ・1回の時間は、講話が30分、運動が60分の計90分です。
2回目、11回目は体力測定（握力、Timed up&Go、5m歩行、開眼片足立ち、5回立ち座り）を行います。
- ・徒歩で通うことが困難な場合、送迎を利用できる場合があります。

☆内容

- 体調確認 ⇒ 教室開始前に、体調確認、血圧測定をします。
- 講話 ⇒ 介護予防についての講話を行います。
- 運動 ⇒ 体操前後のストレッチ、「世田谷いきいき体操」を行います。
おもりは個人の状態に合わせて調節します。
内容はリーフレットをご覧ください。

※会場、日程、プログラム等の詳細は別紙チラシをご覧ください

担当者の情報を記載する

本帳票の他に、いきいき体操リーフレット、参加予定の会場のチラシもかかりつけ医に見せるよう、対象者に伝える

【お問い合わせ】

() あんしんすこやかセンター

担当者名：()

電話番号：

「介護予防筋力アップ教室」の参加について確認のお願い

平素よりお世話になっております。

世田谷区では、転倒や筋力の低下、閉じこもり、低栄養などが心配な方を対象に、筋力アップ及びセルフマネジメント能力向上を目的とした教室「介護予防筋力アップ教室」を開催しています。

様の教室参加にあたり、ご意見を頂きたく、教室の概要をお知らせします。参加の可否をご本人または下記連絡先（あんしんすこやかセンターの担当者）にお伝えください。書面で提出していただく必要はありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。

☆教室の概要

- ・週 1 回、全 12 回、約 3 ヶ月間の教室です。
- ・ 1 回の時間は、講話が 30 分、運動が 60 分の計 90 分です。
2 回目、11 回目は体力測定（握力、Timed up&Go、5 m 歩行、開眼片足立ち、5 回立ち座り）を行います。
- ・徒歩で通うことが困難な場合、送迎を利用できる場合があります。

☆内容

- 体調確認 ⇒ 教室開始前に、体調確認、血圧測定をします。
- 講話 ⇒ 介護予防についての講話を行います。
- 運動 ⇒ 体操前後のストレッチ、「世田谷いきいき体操」を行います。
おもりは個人の状態に合わせて調節します。
内容はリーフレットをご覧ください。

※会場、日程、プログラム等の詳細は別紙チラシをご覧ください

【お問い合わせ】 () あんしんすこやかセンター
担当者名：()
電話番号：

本人が医師にこの用紙を渡す際の診察に係る費用については、ご本人様の負担となるため、その旨を説明してから渡すこと。

「介護予防筋力アップ教室」の参加について確認のお願い

平素よりお世話になっております。

世田谷区では、転倒や筋力の低下、閉じこもり、低栄養などが心配な方を対象に、筋力アップ及びセルフマネジメント能力向上を目的とした教室「介護予防筋力アップ教室」を開催しています。

対象者の氏名を記載する

様の教室参加にあたり、ご意見を頂きたく、教室の概要をお知らせします。参加の可否をご本人または下記連絡先（あんしんすこやかセンターの担当者）にお伝えください。書面で提出していただく必要はありません。

お忙しいところ恐れ入りますが、よろしくお願いいたします。

☆教室の概要

- ・週1回、全12回、約3ヶ月間の教室です。
- ・1回の時間は、講話が30分、運動が60分の計90分です。
2回目、11回目は体力測定（握力、Timed up&Go、5m歩行、開眼片足立ち、5回立ち座り）を行います。
- ・徒歩で通うことが困難な場合、送迎を利用できる場合があります。

☆内容

- 体調確認 ⇒ 教室開始前に、体調確認、血圧測定をします。
- 講話 ⇒ 介護予防についての講話を行います。
- 運動 ⇒ 体操前後のストレッチ、「世田谷いきいき体操」を行います。
おもりは個人の状態に合わせて調節します。
内容はリーフレットをご覧ください。

※会場、日程、プログラム等の詳細は別紙チラシをご覧ください

担当者の情報を記載する

本帳票の他に、いきいき体操リーフレット、参加予定の会場のチラシもかかりつけ医に見せるよう、対象者に伝える

【お問い合わせ】

() あんしんすこやかセンター

担当者名：()

電話番号：

介護予防支援等契約書(世田谷区 案)

様 (以下「利用者」といいます。) と社会福祉法人●●●●●●●●●●
 ●●(以下「事業者」といいます。) は、事業者が利用者に対して、指定介護予防支援事業者である●●●●あんしんすこやかセンターで行う指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント (以下「介護予防支援等」といいます。) について、次のとおり契約します。

(契約の目的)

第1条 事業者は、利用者又は世田谷区の委託を受けて、利用者に対し介護保険法令の趣旨にしたがって、介護予防サービス計画又はケアプラン(以下「介護予防サービス計画等」といいます。) の作成を支援し、指定介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス及びその他介護予防に資する保健医療サービス又は福祉サービス (以下「指定介護予防サービス等」といいます。) の提供が確保されるよう指定介護予防サービス事業者、介護予防・生活支援サービス提供事業者等その他の者 (以下「指定介護予防サービス事業者等」といいます。) との連絡調整その他の便宜を図ります。

(契約期間)

第2条 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要支援認定又は事業対象者登録の有効期間満了日までとします。

2 契約期間満了日までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

(担当職員)

第3条 事業者は、介護保険法に定める者を利用者へのサービス担当者(以下「担当職員」といいます。) として任命し、その氏名を利用者へ通知します。また、交代を行った場合はその氏名を利用者へ通知します。

(介護予防サービス計画等作成の支援)

第4条 事業者は、次の各号に定める事項を担当職員に担当させ、介護予防サービス計画等の作成を支援します。

- (1) 介護予防支援等の提供に当たっては懇切丁寧を旨とし、利用者及びその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明します。
- (2) 介護予防サービス計画等の作成にあたっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身及び家族の状態等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにします。
- (3) 介護予防サービス計画等の作成にあたっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護予防支援又は介護予防・生活支援サービスの対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防サービス計画等に位置づけるよう努めます。
- (4) 介護予防サービス計画等の作成にあたっては、適切にサービスが選択できるよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を利用者及びその家族に提供します。

- (5) 介護予防サービス計画等の作成にあたっては、適切な方法により、利用者の生活機能や健康状態、おかれている環境等を把握した上で、利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲、意向を踏まえて、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支援すべき総合的な課題を把握します。
 - (6) 前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」といいます。)にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接します。この場合において、面接の趣旨を利用者及び家族に対して十分に説明し、理解を得ます。
 - (7) 利用者の希望及びアセスメントの結果、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、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人及び指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画等の原案を作成します。
- 2 担当職員は、サービス担当者会議の開催、指定介護予防サービス等の担当者(以下「サービス担当者」といいます。)に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、介護予防サービス計画等の原案の内容について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。
- 3 担当職員は、介護予防サービス計画等の原案に位置づけた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画等の原案の内容について利用者及びその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、介護予防サービス計画等として利用者、サービス担当者に交付します。

(実施状況の把握・計画の変更等)

第5条 事業者は、介護予防サービス計画等作成後、次の各号に定める事項を担当職員に担当させます。

- (1) 介護予防サービス計画等の実施状況の把握を行い、必要に応じて計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜を提供します。なお、利用者が介護予防サービス計画等の変更を希望した場合、又は事業者が介護予防サービス計画等の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって介護予防サービス計画等を変更します。
- (2) 介護予防サービス計画等の実施状況の把握にあたっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行います。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、利用者と面接します。
- (3) 利用者の居宅を訪問しない月においては、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等、利用者と面接するよう努め、面接することができない場合は、電話等により、利用者との連絡を行います。
- (4) 月に1回、介護予防サービス計画等の実施状況の把握の結果を記録します。
- (5) 介護予防サービス計画等に位置付けた期間が終了するときは、利用者の居宅を訪問し、利用者と面接を行い、介護予防サービス計画等の目標の達成状況について評価します。

(給付管理)

第6条 事業者は、介護予防サービス計画等作成後、その内容及び利用実績に基づき毎月給付管理票を作成し、東京都国民健康保険団体連合会に提出します。

(要支援認定等の申請に係る援助)

第7条 事業者は、利用者が要支援認定の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請並びに要介護認定申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。

- 2 事業者は、利用者が希望する場合は、前項の申請を利用者に代わって行います。
- 3 利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報提供をする等の連携を図ります。

(サービスの提供の記録)

第8条 事業者は、介護予防支援業務の提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後2年間保管します。

- 2 事業者は、介護予防ケアマネジメント業務の提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後5年間保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第1項・第2項のサービス実施記録を閲覧し、複写物の交付を受けることができます。
- 4 事業者は、要支援認定を受けている、又は事業対象者登録の利用者が要介護認定を受けた場合、その他利用者からの申し出があった場合には、利用者に対し、直近の介護予防サービス計画等及びその実施状況に関する書類を交付します。

(料金)

第9条 事業者が提供する介護予防支援等に対する料金規定は、【契約書別紙】の記載のとおりです。

(契約の終了)

第10条 利用者は、事業者に対して、文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。

- 2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 事業者は、利用者又はその家族が、事業者や担当職員等に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- 4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 利用者が介護予防支援等を必要としない施設に入所又はサービス利用を開始した場合
 - (2) 利用者の要介護・要支援認定区分において、要介護と認定された場合(事業対象者としてサービスを受けていた利用者の場合は、要介護と認定され、介護給付サービスの利用を始めたとき)
 - (3) 利用者が基本チェックリストにおいて、事業対象者と認められない場合
 - (4) 利用者が死亡した場合
 - (5) 利用者が事業者の管轄地域から転居した場合

(秘密保持)

第11条 事業者、担当職員及びその他の従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく漏らしません。この守秘義務は契約終了後及び退職後も同様です。

- 2 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報について、サービスを円滑に提供するために実施される指定介護予防サービス事業者等との連絡調整、サービス担当者会議等において必要な場合、利用者及びその家族の同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で使用します。ただし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

（事故発生時の対応と賠償責任）

第12条 事業者は、利用者に対する介護予防支援等の提供にあたり事故が発生した場合には、速やかに世田谷区、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

- 2 事業者は、介護予防支援等の提供にあたり、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

（身分証携行義務）

第13条 担当職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者や利用者の家族から求められたときは、いつでも身分証を提示します。

（相談・苦情対応）

第14条 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自ら提供した介護予防支援等又は介護予防サービス計画等に位置付けた指定介護予防サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

（善管注意義務）

第15条 事業者は、利用者又は世田谷区から委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し、善良なる管理者の注意をもってその業務を遂行します。

（指定居宅介護支援事業所への委託）

第16条 事業者は、第4条、第5条及び第7条に定める事務の実施を、指定居宅介護支援事業所に委託することができることとします。この場合において、第11条に規定する個人情報の取扱いについては、委託先の指定居宅介護支援事業所にも事業者と同様の義務を負わせるものとします。

- 2 前項により委託する場合は、その指定居宅介護支援事業所の事業所名、所在地及び担当者氏名等を利用者へお知らせします。

（本契約に定めのない事項）

第17条 利用者と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行するものとします。

- 2 本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところに従い、また介護保険法令その他諸法令に定めのないときは、双方誠意を持って協議のうえ定めます。

（裁判管轄）

第18条 利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審の専属的管轄裁判所とすることを予め合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名、押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

<法人名>

<法人所在地>

<代表者名>

印

<事業所名>

あんしんすこやかセンター

<事業所所在地>

利用者

<住 所>

<氏 名>

印

(代理人)

<住 所>

<氏 名>

印

<ご利用者との関係>

【契約書別紙】（世田谷区 案）

1 担当職員

あんしんすこやかセンター

担当職員

連絡先：

2 料金

・介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費は、以下のとおりです。ただし、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費が法定代理受領により介護保険給付が支払われる場合、利用者の自己負担分はございません。

・介護保険適用が適用される場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合、一旦当事業者が利用者より1か月あたりの法定料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行致します。後日、利用者がこのサービス提供証明書を世田谷区の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

・料金についてご不明な点がございましたら、担当職員までご連絡下さい。

※介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費

(1) 1ヶ月あたり 5,038円

(2) 加算

① 初回加算 3,420円

② 委託連携加算 3,420円

3 相談、要望、苦情等の窓口

介護予防支援等に関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口

担当部署：

電話番号

(受付時間

)

総合支所の相談窓口

担当部署：

電話番号

(受付時間

)

事業者

<法人名>

<事業者名>

(指定介護予防支援事業者事業者番号

)

<住所>

<代表者名>

印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

<利用者氏名>

印

(<代理人氏名>

印)

介護予防支援等重要事項説明書(世田谷区 案)

1. 事業者が提供するサービスについての相談窓口

電話： (月～土曜日 午前 時 分～午後 時 分)
担当：

2. あんしんすこやかセンター(指定介護予防支援事業者)の概要

(1) あんしんすこやかセンター(指定介護予防支援事業者)のサービス提供地域等

事業所名	あんしんすこやかセンター
所在地	東京都世田谷区
電話・FAX	TEL 03- FAX 03-
指定介護予防支援事業者番号	
通常サービスを提供する地域	

(2) 同事業所の職員体制(兼務有)

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	名	名	管理	名
主任介護支援専門員	名	名	介護予防支援	名
保健師又は看護師	名	名	介護予防支援	名
社会福祉士	名	名	介護予防支援	名
介護支援専門員	名	名	介護予防支援	名

(3) 営業時間

月～土曜日 午前8時30分～午後5時
※祝日及び12月29日～1月3日は休業

3. 利用料金

(1) 利用料

要支援認定又は事業対象者登録を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

※ 保険料の滞納等により、保険給付金が直接、当事業者に支払われない場合、1ヶ月につき、以下の金額をお支払いいただき、当事業者からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日世田谷区の窓口に提出しますと全額払戻しを受けられます。

なお、上記所定の金額が、介護報酬の関連法令・通知の改正等により、変更された場合には、改訂後の金額をいただきます。

- ・介護予防支援費 5,038円
- ・介護予防ケアマネジメント費 5,038円

なお、利用者の状況により、以下の加算が算定される場合があります。

- ・初回加算 3,420円
- ・委託連携加算 3,420円

(2) 交通費(介護予防支援のみ)

前記 2 の (1) の通常のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域に、担当職員がお訪ねする場合は、交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

ご利用者はいつでも契約を解約することができ、一切解約料はかかりません。

4. サービス計画の作成等の委託について

当事業者は、介護予防サービス計画等の作成事務、ご利用者宅へ訪問して行う業務及びこれらに付随する事務を指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。この場合、委託先の事業者名等をお知らせします。

5. 介護予防支援等の利用方法

(1) 介護予防支援等利用の開始

まずは、あんしんすこやかセンターにご相談ください。あんしんすこやかセンターか委託事業者の職員がお伺いします。契約を締結した後、介護予防支援等の提供を開始します。

(2) 介護予防支援等の終了

①ご利用者の都合で介護予防支援等を終了する場合

文書でのお申し出により、いつでも解約できます。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に介護予防支援等を終了いたします。

- ・ご利用者が介護予防支援等を必要としない施設に入所又はサービス利用を開始された場合
- ・介護予防支援等を受けていたご利用者が要介護・要支援認定区分において、要介護と認定された場合(事業対象者としてサービスを受けていたご利用者の場合は、要介護と認定され、介護給付サービスの利用を始めたとき)
- ・基本チェックリストにおいて、事業対象者と認められない場合
- ・ご利用者が当事業所の管轄地域から転居された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

③その他

- ・病院又は診療所に入院する場合は、担当職員の氏名及び連絡先を入院先の病院又は診療所に伝えてください。
- ・ご利用者やご家族などが、当事業者や当事業者の担当職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただくことがあります。

6. 介護予防支援等の申込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 申込受付・契約締結

契約書・重要事項説明書等を説明し、同意を得たうえで、契約締結します。

(2) アセスメント

ご利用者の状況把握・課題分析をします。ご利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案します。

(3) 介護予防サービス計画等原案の作成

アセスメントの結果を基に介護予防サービス計画等原案を作成します。

(4) サービス担当者会議

原案をもとに、ご利用者及びその家族、サービスにかかわる担当者としてサービス担当者会議を開催し、介護予防サービス計画等を全員で共有します。

(5) 介護予防サービス計画等の交付

ご利用者及びその家族に介護予防サービス計画等の内容や指定介護予防サービス等の利用料について説明し、利用者から同意をいただきます。

同意後、利用者には介護予防サービス計画書等を交付します。

(6) サービス提供

介護予防サービス計画書等に基づき適切にサービスが提供されるよう指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

(7) モニタリング

ご利用者及びそのご家族、指定介護予防サービス事業者等との継続的な連絡による月に1回のモニタリングと3ヶ月に1回は、利用者宅に訪問、面接することにより、サービスの実施状況の把握や経過記録を実施します。

(8) 評価

計画の達成状況や効果、目標達成状況进行评估します。

(9) 計画の変更

ご利用者の状況に変化があった場合やご利用者が介護予防サービス計画等の変更を希望した場合、関係者等が介護予防サービス計画等の変更が必要と判断した場合には、ご利用者との合意の上、介護予防サービス計画等の変更を行います。

(10) 主治医等との連携

担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治医等に提供します。

(11) 公正中立なケアマネジメントの確保

利用者は、介護予防サービス支援計画等の作成にあたって、担当者に対して、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めると及び介護予防サービス計画等原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求められます。

7. 当事業者の特徴等

(1) 運営の方針

ご利用者の意思及び人格を尊重し、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう公正中立に介護予防支援等を行います。

(2) 介護予防支援等の実施概要等

二次アセスメントシートを使用し、ご利用者が自立した生活を営む上で解決しなければならない課題の把握と分析を行います。生活機能の維持・改善を目指し、ご利用者・ご家族と相談しながら、ご利用者ができることを最大限に引き出すことを基本とし、目標や具体策に基づき、介護予防サービス計画等を作成します。委託した場合においても実施状況及び介護予防サービス計画等の確認等を行い、継続的・包括的に必要な支援が受けられるようにします。

8. 秘密の保持

事業者、担当職員及びその他の従業員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく使用しません。この守秘義務は契約終了後及び退職後も同様です。

事業者はご利用者及びそのご家族に関する個人情報について、サービスを円滑に提供するために実施される指定介護予防サービス事業者等との連絡調整、サービス担当者会議等において必要な場合、ご利用者及びご家族の同意をいただいたうえで、必要最小限の範囲内で使用します。ただし提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、ご利用者に対する介護予防支援等の提供により事故が発生した場合は、速やかに世田谷区、ご利用者のご家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、介護予防支援等の提供にあたり、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

10. サービス内容に関する苦情

当事業所、当法人、その他、区や東京都国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に設置された苦情相談窓口にご相談ください。

苦 情 相 談 対 応 窓 口 の 名 称・連 絡 先・対 応 時 間	事業所の苦情相談 対応窓口	名 称	あんしんすこやかセンター
		連 絡 先	TEL：03－ FAX：03－
		対応時間	8：30～17：00（日祝休日・年末年始を除く）
	区の苦情相談 対応窓口	名 称	世田谷区 総合支所 保健福祉課 地域支援担当
		連 絡 先	TEL：03－
	国保連の苦情相談 対応窓口	名 称	東京都国民健康保険団体連合会
		連 絡 先	TEL：03－6238－0177

11. 当事業者の概要

法人名
代表者名
所在地
電話番号

令和 年 月 日

当事業所は介護予防支援等の提供開始にあたり、ご利用者に対して、本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

(事業者) 所在地 _____

事業者名 _____

代表者 _____

(事業所) 所在地 東京都世田谷区 _____

事業者名 あんしんすこやかセンター _____

担当者 _____ 印 _____

私は、本書面により、事業所から介護予防支援等についての重要事項説明を受け、同意し、本書面を受領いたしました。

ご利用者 <住 所> _____

<氏 名> _____ 印 _____

(代理人・ご家族・その他)

<ご利用者との関係> _____

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印 _____

介護予防支援業務委託契約書（世田谷区 案）

（契約の目的）

第1条 この契約は、●●●あんしんすこやかセンターが介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の22に規定する指定介護予防支援事業者の指定を受け作成する介護予防支援業務及び法第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業の一部を法第115条の23第3項及び法第115条の47第5項の規定に基づき指定居宅介護支援事業者に委託する業務（以下「介護予防支援業務」という。）の範囲等を明確にするとともに、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費から介護予防支援業務の一部委託料（以下「一部委託料」という。）を指定居宅介護支援事業者へ支払うにあたり、代理受領方式を活用することにより事務負担の軽減を図ることを目的とし、社会福祉法人●●●●●●●●●●（以下「委託者」という。）と指定居宅介護支援事業者たる_____（以下「受託者」という。）との間において、下記のとおり契約を締結する。

（委託の内容）

第2条 委託者は、法第115条の23第3項及び法第115条の47第5項の規定に基づき介護予防支援業務の一部を受託者に委託する。

2 受託者が行う介護予防支援業務の範囲は、次に定めるとおりとする。

- （1）指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント（以下「介護予防支援等」という。）に係るアセスメントの実施
- （2）介護予防サービス計画又はケアプラン（以下「介護予防サービス計画等」という。）原案の作成
- （3）サービス担当者会議の開催
- （4）介護予防支援等の対象者（以下「利用者」という。）に対する介護予防サービス計画等原案の説明
- （5）利用者及びサービス担当者に対する介護予防サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書（以下「介護予防計画書等」という。）の交付
- （6）モニタリングの実施
- （7）介護予防に係る効果の評価
- （8）介護予防サービス計画等の変更に係る上記（1）から（5）に関する業務
- （9）指定介護予防サービス等の給付管理業務
- （10）利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- （11）要支援認定の申請に係る援助
- （12）その他、介護予防支援等の実施に関し、委託者が指示する事項

（委託業務の実施方法）

第3条 受託者は、委託者から前条の規定により事務の委託を受けたときは、迅速かつ適切に委託業務の処理を行うものとする。

2 受託者は、介護予防支援等の業務の委託を受けたときは、毎月事業所の介護予防サービス計画等の

作成件数を委託者に報告するものとする。

(再委託等の禁止)

第4条 受託者は、第三者に対し、委託業務の全部若しくは一部を委託し、又は請け負わせてはならない。

(委託業務の調査)

第5条 委託者は、受託者に対し、委託業務の実施状況について報告又は資料の提出を求めることができる。この場合において、受託者は、委託者に対し、遅滞なく報告又は資料の提出をしなければならない。

(委託業務に当たっての遵守事項)

第6条 受託者は、委託業務を行うにあたって、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- 2 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮すること。
- 3 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮すること。
- 4 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立を確保すること。

(介護予防サービス計画等の作成)

第7条 受託者は、介護予防サービス計画等原案を委託者の担当者と協議しながら作成し、その後、利用者の同意を得た介護予防サービス計画等を委託者に帳票で提出するものとする。

- 2 受託者は、介護予防サービス計画等の目標の達成状況について評価を行った際は、その内容を委託者に帳票で報告し、今後の方針等について必要な援助・指導を受けるものとする。
- 3 受託者は、作成した介護予防サービス計画等に基づいて、その一部委託料の支払いを作成月の属する月の翌月●日までに、委託者に請求するものとする。その際には、必ず帳票にしてサービス実績管理（サービス事業者と実績を突合）された介護予防サービス計画表第7表・8表と実績（給付管理票案）が盛り込まれた実績データを委託者に提出するものとする。

(サービス実績等の修正)

第8条 委託者は、受託者から前条第1項及び第2項に規定する帳票等の提出を受けたときは、その内容を調査し、修正等がある場合は、その旨を受託者に申し出、修正した帳票等の提出を求めるものとする。

- 2 受託者は、前項の規定による申し出を受けた場合は、速やかに前条第1項及び第2項に規定する帳票等を修正し、委託者に提出するものとする。
- 3 委託者は、東京都国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）から返戻・過誤・給付実績修正などの通知を受けたとき（介護予防ケアマネジメントにあつては、世田谷区を通じて受けたときを含む。）は、その内容を調査し、速やかに受託者に報告し、受託者はその内容を調査し、委託者における給付請求に疑義が生じた場合は、再度報酬請求を介護予防サービス計画表7表・8表と実績（給付管理票案）によりその旨を委託者に申し出る。
- 4 委託者は、前項の規定による申し出を毎月●日をもって締め切り、翌月以降の一部委託料の請求額

確定により差額を調整するものとする。

(給付管理の瑕疵の修正)

第9条 受託者は、委託者が作成した給付管理票に瑕疵があったため、サービス提供事業者が疑義を申し出た場合は、修正した給付管理票を第7条第2項に規定する所定の期日までに、実績データと介護予防サービス計画表第7表・8表と実績（給付管理票案）により委託者に提出しなければならない。

2 委託者、受託者双方の給付管理票に瑕疵があった場合は、一方に重大かつ明白な瑕疵がない限り、両者の共同責任とし損害賠償を求めないものとする。

(委託料)

第10条 本契約に基づき委託者から受託者に支払われる一部委託料は、1件当たり4,534円（税込）とする。ただし、初回加算又は委託連携加算を行う時は1件当たり7,612円（税込）とし、初回加算及び委託連携加算を行う時は1件当たり10,690円（税込）とする。

(代理受領)

第11条 前条に定める一部委託料の支払いは、介護予防サービス計画等作成に係る介護報酬のうち一部委託料相当分を受託者が委託者に代理して国保連から受領する方式（以下「代理受領方式」という。）によって支払うこととする。ただし、受託者の住所地が東京都外の場合や介護予防支援等の対象者が住所地特例者でその保険者が一部委託料の支払いに関し、国保連に委託していない場合は、委託者より支払うこととする。

2 代理受領方式により一部委託料が受託者に支払われた時点で、委託者に対する受託者の債権は消滅するものとする。

(委託料の請求、支払い)

第12条 一部委託料の請求は、作成月の翌月●日までに委託者に行うものとする。

2 一部委託料の支払いは、受託者が指定した口座に、国保連の審査決定に応じて、介護報酬支払日に国保連から代理受領方式により口座に振り込まれるものとする。

3 受託者が差し押さえ等法的措置を受けた時あるいは廃止になった場合は、一部委託料に関しては委託者が受け取る権利を有する。

4 委託者が差し押さえ等法的措置を受けた時あるいは廃止になった場合は、受託者は、一部委託料を委託者からしか受領できないため、国保連に債権を請求することはできないものとする。

第13条 第11条から第12条にかかわらず、国保連から、受託者に対して一部委託料の支払いが行われない場合は、委託者は受託者に対して一部委託料を支払うものとする。

(個人情報の取り扱い)

第14条 受託者は、この契約の履行に係る個人情報の取り扱いについては、別紙「個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項」を遵守すること。

(契約の解除)

第15条 委託者、受託者のいずれか一方がこの契約による義務を履行せず、事務の執行に著しく支障を来したときは、文書により直ちに、この契約を解除することが出来るものとする。

2 委託者、受託者のいずれか一方が、やむを得ない事情がある場合、1ヶ月の告知期間をおいて理由を

示した文章で通知することにより、この契約を解除することが出来るものとする。

(覚書)

第16条 この契約の履行に関し、必要な事項については、委託者と受託者が協議の上、覚書を交換することができるものとする。

(契約外の事項)

第17条 この契約に定めのない事項及び解釈上又は実施上の疑義については、介護保険法令等の定めるところに従い、委託者と受託者が協議の上、定めるものとする。

(管轄)

第18条 本契約に関し訴訟及び調停の必要が生じたときは、委託者の所在地を管轄する裁判所をもって専属的合意管轄とする。

(契約の期間)

第19条 この契約の有効期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

2 契約満了日の1週間前までに委託者、受託者のいずれからも、契約終了の申し出がない場合には、この契約は有効期間の満了日の翌日から1年間自動更新することとし、以後毎年同様とする。

この契約を証するため本書2通を作成し、記名押印のうえ委託者と受託者がそれぞれ1通を所持する。

令和 年 月 日

委託者 事業者名

(あんしんすこやかセンター)

所 在 地

代表者名

⑨

受託者 事業者名

所 在 地

代表者名

⑨

代理受領委任状

指定介護予防支援事業者たる●●●あんしんすこやかセンターは、令和 年 月分～令和 年 月分に係る受領すべき介護予防サービス計画費又は介護予防ケアマネジメント費のうち、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメント業務の一部委託料に相当する額を受領する権限を下記の受取人に委任する。

令和 年 月 日

[委任者]（あんしんすこやかセンター）

事業所名 ●●●あんしんすこやかセンター

事業者番号

所在地 東京都世田谷区 丁目 番号

代表者職・氏名 印

[受任者]（指定居宅介護支援事業者）

事業所名

事業者番号

所在地 東京都世田谷区 丁目 番号

代表者職・氏名 印

年 月 日

介護予防ケアマネジメント説明書(ケアマネジメントB用)

(世田谷区 案)

この説明書は、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業(以下「介護予防ケアマネジメント」という。)を実施するにあたり、ご利用者にその内容を説明するものです。

1. あんしんすこやかセンター

所在地 東京都世田谷区

名 称 あんしんすこやかセンター

管轄地域

説明者

電話番号

2. 利用料

要支援認定又は事業対象者の登録を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

3. 介護予防ケアマネジメントの利用方法

(1) 介護予防ケアマネジメント利用の開始

まずは、あんしんすこやかセンターにご相談ください。あんしんすこやかセンターの職員がご利用者に説明後、介護予防ケアマネジメント開始となります。

(2) 介護予防ケアマネジメントの終了

以下の場合は、自動的に介護予防ケアマネジメントを終了いたします。

- ① ご利用者が介護予防ケアマネジメントを必要としない施設に入所又はサービス利用を開始された場合
- ② 介護予防ケアマネジメントを受けていたご利用者が要介護・要支援認定区分において、要介護と認定された場合(事業対象者としてサービスを受けていたご利用者の場合は、要介護と認定され、介護給付サービスの利用を始めたとき)
- ③ 基本チェックリストにおいて、事業対象者と認められない場合
- ④ ご利用者が当事業所の管轄地域から転居された場合
- ⑤ ご利用者がお亡くなりになった場合

4. 介護予防ケアマネジメントの申込みからサービス提供までの流れと主な内容

(1) 申込受付・説明書の内容説明

説明書の内容等を説明し、同意をいただきます。

(2) アセスメント

ご利用者の状況把握・課題分析をします。ご利用者の状況を踏まえ目標や具体的な支援策を提案します。

(3) ケアプランの作成、交付

アセスメントの結果を基にケアプランを作成します。ご利用者等にケアプランの内容や介護予防サービス等の利用料について説明し、ご利用者から同意をいただきます。

同意いただいた後、ご利用者にケアプランをお渡しします。

(4) サービス提供

ケアプランに基づき適切にサービスが提供されるよう介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

(5) モニタリング

ご利用者及びそのご家族、介護予防サービス事業者等との継続的な連絡による3ヶ月に1回のモニタリングとご利用者宅に訪問、面接することにより、サービスの実施状況の把握や経過記録を実施します。

(6) 評価

計画の達成状況や効果、目標達成状況进行评估します。

(7) 計画の変更

ご利用者の状況に変化があった場合やご利用者がケアプランの変更を希望した場合、関係者等がケアプランの変更が必要と判断した場合には、ご利用者との合意の上、ケアプランの変更を行います。

5. 秘密の保持

担当職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者等に関する秘密を正当な理由なく使用しません。この守秘義務は契約終了後及び退職後も同様です。

事業者はご利用者等に関する個人情報について、サービスを円滑に提供するために実施される介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合、ご利用者等の同意をいただいたうえで、必要最小限の範囲内で使用します。ただし提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

令和 年 月 日

世田谷区長 あて

法人名
法人代表者

印

事業委託の再委託について

「令和●年度世田谷区地域包括支援センター事業委託」の一部について、下記のとおり再委託を行います。

取り扱いについては、十分慎重に行いますので、内容をご確認の上、ご承認いただきますようお願いいたします。

記

- | | | |
|----|-------|----------------------|
| 1. | 再委託業務 | 介護予防ケアマネジメント業務 |
| 2. | 再委託先 | 別紙一覧表のとおり |
| 3. | 再委託期間 | 令和●年●月●日から令和●年●月●日まで |

以上

指定密着型通所介護事業等 集団指導（平成31年2月21日実施）資料抜粋

※【重要】総合事業の制度では、住所地特例に該当する場合、住所地の区市町村が提供するサービスを利用します。そのため、住所地の区市町村の総合事業の指定があればサービス提供が可能になります。

例1 世田谷区の被保険者がA区の住所地特例対象施設に入所（居）し、住民票をA区に異動した場合

保険者	世田谷区
介護予防サービス計画の作成	A区の地域包括支援センター
総合事業のサービス	A区の総合事業のサービスを利用
事業所の指定	A区の総合事業の指定が必要
サービス費用の支払い	世田谷区が国保連経由で支払う。 ※事業者は住所地特例対象者としての請求処理が必要

例2 A区の被保険者が世田谷区の住所地特例対象施設に入所（居）し、住民票を世田谷区に異動した場合

保険者	A区
介護予防サービス計画の作成	世田谷区のアんしんすこやかセンター
総合事業のサービス	世田谷区の総合事業のサービスを利用
事業所の指定	世田谷区の総合事業の指定が必要
サービス費用の支払い	A区が国保連経由で支払う。 ※事業者は住所地特例対象者としての請求処理が必要

例3 世田谷区の被保険者がA区で生活しており、住民票が世田谷区の場合

保険者	世田谷区
介護予防サービス計画の作成	世田谷区のアんしんすこやかセンター
総合事業のサービス	世田谷区の総合事業のサービスを利用
事業所の指定	世田谷区の総合事業の指定が必要
サービス費用の支払い	世田谷区が国保連経由で支払う。

例4 A区の被保険者が世田谷区で生活しており、住民票がA区の場合

保険者	A区
介護予防サービス計画の作成	A区の地域包括支援センター
総合事業のサービス	A区の総合事業のサービスを利用
事業所の指定	A区の総合事業の指定が必要
サービス費用の支払い	A区が国保連経由で支払う。

電算処理の外部委託基準 別紙

電算処理の業務委託契約の特記事項
(兼電算処理の個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項)

(秘密保持義務)

- 1 受託者は、当該委託契約(業務内容に保守委託を伴う賃貸借契約等を含む。以下同じ。)に係る電算処理業務(以下「委託業務」という。)により知り得た個人情報その他の情報(以下「情報」という。)を、いかなる理由があっても第三者に漏らしてはならず、この旨を委託業務に従事する者(以下「従事者」という。)へ周知徹底しなければならない。また、契約期間満了後も、同様とする。

(書面主義の原則)

- 2 受託者は、本特記事項により通知、報告、提出等が求められている事項については、特段の定めがない限り、書面により行うものとする。

(管理体制等の通知)

- 3 受託者は、当該委託契約の締結後直ちに、以下の文書を区に提出しなければならない。提出後に内容の変更があった場合も、同様とする。
- (1) 情報セキュリティ及び個人情報保護に関する社内規程又は基準
 - (2) 以下の内容を含む従事者名簿
 - ① 電算処理の責任者及び電算処理を行う者の氏名、責任、役割及び業務執行場所
 - ② 委託業務において個人情報を取り扱う者の氏名、責任、役割及び個人情報の授受に携わる者の氏名並びに業務執行場所
 - ③ 委託業務に関する緊急時連絡先一覧
 - (3) 委託業務に係る実施スケジュールを明記した文書
 - (4) 委託業務において使用する情報システムのネットワーク構成図(特定個人情報ファイル(コンピュータ等で検索することができるように体系的に構成した情報の集合物であって、個人番号をその内容に含むもの。以下同じ。))を取り扱う場合のみ。第 23 項の事項を証するもの。)
 - (5) 委託業務において使用する情報システムのセキュリティ仕様書(特定個人情報ファイルを取り扱う場合のみ。第 24 項の事項を証するもの。)
 - (6) クラウドサービス(有料、無料に関わらず、民間事業者等がインターネット上で提供する情報処理サービスで、約款への同意及び簡易なアカウントの登録等により当該機能が利用可能となるサービスのこと。以下同じ。))利用に係るリスク対策文書(委託業務においてクラウドサービスを利用する場合のみ。第 25 項の事項を証するもの。)

(再委託の禁止)

- 4 受託者は、委託業務の全部又は一部を、他の者に再委託してはならない。ただし、附属業務でやむを得ず再委託する必要があるときは、受託者は、再受託者(委託先の子会社(会社法(平成 17 年法律第 86 号)第 2 条第 1 項第 3 号に規定する子会社をいう。))である場合も含む。以下同じ。))に当該委託契約及び本特記事項を遵守させ、かつ、再受託者にかかる再委託の内容及び第 3 項に規定する事項を、区に事前に書面をもって通知し、その承認を得なければならない。
- 再受託者も、委託業務の全部又は一部を、他の者に更に再委託してはならない。附属業務でやむを得ず更に再委託する必要があるときは、再委託と同様の条件と手続きにより、区の承認を得なければならない。更に再委託が繰り返される場合も同様とする。

(目的外使用等及び複写等の禁止)

- 5 受託者は、委託業務で取り扱う情報を委託業務の目的以外に使用してはならない。また、第三者に提供してはならない。
- 6 受託者は、区が委託業務での使用を目的として受託者に提供し、又は貸与する情報及び情報資産(世田谷区電子計算組織の運営に関する規則(平成 16 年世田谷区規則第 47 号)第 2 条第 9 号に規定する情報資産をいう。以下同じ。))を、委託業務以外の目的に使用してはならない。
- 7 受託者は、委託業務で取り扱う情報及び情報資産について、業務上必要なバックアップを取得する場合を除き、区の承認を得ずに複写してはならない。委託業務を実施する上でやむを得ず複写するときは、あらかじめ区に通知し、その承認を得なければならない。この場合において、委託業務の終了後、受託者は、直ちに複写した電磁的記録の消去及び印刷物の廃棄を行い、使用できない状態にするとともに、消去又は廃棄した日時、担当者及び処理内容を区に報告しなければならない。
- 8 受託者は、区の事前の承諾なく、委託業務で取り扱う情報及び情報資産を区の事業所または受託者の事業所から持ち出してはならない。

(物的セキュリティ対策)

- 9 受託者は、委託業務に使用する情報システムに係る装置の取付けを行う場合は、できる限り、火災、水害、埃、振動、温度、湿度等の影響を受けない場所に設置するものとし、施錠等容易に取り外すことができないよう必要な措置を講じなければならない。
- 10 受託者は、委託業務に係る区が運用する情報システムのサーバ等を区庁舎外に設置する場合は、区の承認を得なければならない。また、定期的に当該サーバ等への情報セキュリティ対策状況について確認するとともに、区から要請があった場合は、その結果を区に報告しなければならない。
- 11 受託者は、その従事者に名札等の着用及び身分証明書等の携帯を義務付け、区の情報システム室その他の区の管理区域に立ち入る場合において区から求められたときは、身分証明書等を提示するよう指導しなければならない。
- 12 受託者は、委託業務で使用するパソコン等の盗難を防止するため、当該パソコン等をセキュリティワイヤーで固定し、又は従事者が業務執行場所を離れる間において施錠可能なロッカー等に収納させるなどの措置を講じなければならない。

(人的セキュリティ対策)

- 13 受託者は、委託業務において、区に提出した情報セキュリティ及び個人情報保護に関する社内規程又は基準を遵守しなければならない。また、情報セキュリティ対策について不明な点、遵守することが困難な点等がある場合は、速やかに区に報告し、代替策について協議しなければならない。
- 14 受託者は、情報及び情報資産を適切に保管するものとし、パソコン等により情報及び情報資産を使用する場合は、第三者に使用され、又は閲覧されることがないように、離席時にパスワードロック又はログオフ等を行わなければならない。
- 15 受託者は、従事者に情報システムの保守又は運用業務に関し、次の事項を遵守させなければならない。
 - (1) 自己が利用している ID は、他人に利用させないこと(ID の共用を指定されている場合は除く。)
 - (2) 共用 ID を利用する場合は、共用 ID の利用者以外の者に利用させないこと。
 - (3) パスワードを秘密にし、パスワードの照会等には一切応じないこと(パスワード発行業務を除く。)
 - (4) パスワードのメモの不用意な作成等により、パスワード流出の機会を作らないこと。
 - (5) パスワードは、十分な長さとし、想像し難い文字列とすること。
 - (6) 複数の情報システムを取り扱う場合は、パスワードを情報システム間で共有しないこと。
 - (7) パソコン等のパスワードの記憶機能を利用しないこと。
 - (8) 社員間でパスワードを共有しないこと(ID の共用を指定されている場合は除く。)
- 16 受託者は、従事者に対して、情報セキュリティに関する教育及び緊急時対応のための訓練を計画的に実施しなければならない。

(技術的及び運用におけるセキュリティ対策)

- 17 受託者は、情報システムの保守又は運用業務を遂行するに当たり、情報システムの変更記録、作業日時及び実施者を記録するとともに、各種アクセス記録及び情報セキュリティの確保に必要な記録を全て取得し、一定期間保存しなければならない。
- 18 受託者は、アクセスログ等を取得するサーバについて、正確な時刻設定を行わなければならない。自動的にサーバ間の時刻同期が可能な場合は、その措置を講じなければならない。
- 19 受託者は、情報システム等に記録された重要性の高い情報について、定期的にバックアップを取得しなければならない。また、バックアップの取得前にその手法を区に通知し、承認を得なければならない。
- 20 受託者は、情報システムの開発及び導入に当たり、開発及び導入前に区と協議の上、情報セキュリティに係る検証事項を定め、検証を実施しなければならない。
- 21 受託者は、委託業務に使用する情報システムがネットワークに接続されている場合は、不正アクセスを防ぐため、常にセキュリティホールの発見に努め、メーカー等からのセキュリティ修正プログラムの提供があり次第、情報システムへの影響を確認し、区と協議の上、修正プログラムを適用しなければならない。また、ウィルスチェックを行い、ウィルスの情報システムへの侵入及び拡散を防止しなければならない。
- 22 受託者は、情報システムを開発する場合は、システム開発及びテスト環境と、本番運用環境を分離しなければならない。
- 23 受託者は、委託業務において特定個人情報ファイルを取り扱う場合は、当該特定個人情報ファイルをインターネットから物理的又は論理的に分離された環境にて取り扱わなければならない。
- 24 受託者は、委託業務に使用する情報システムにおいて特定個人情報ファイルを取り扱う場合は、定期に及び必要に応じ随時に当該情報システムのログ等の分析を行うなど不正アクセス等を検知する仕組みを講じるとともに、当該情報システムの不正な構成変更(許可されていない電子媒体、機器の接続等、ソフトウェアのインストール等)を防止するために必要な措置を講じなければならない。
- 25 受託者は、委託業務においてクラウドサービスを利用する場合は、当該クラウドサービスの利用に伴い想定される情報セキュリティ上のリスクを回避するために必要な措置を講じなければならない。(例：当該クラウドサービス提供事業者が公表している情報セキュリティ対策内容の確認、受託者が従業員に付与するクラウドサービス用 ID の適切な付与管理、クラウドサービス上に記録した情報が第三者に提供される場合についての確認、サービス利用終了時のデータの取扱い条件の確認、等)

(データのセキュリティ対策)

- 26 受託者は、委託業務に関し、区より情報及び情報資産を受領した場合は、預かり証を区に対して交付しなければならない。また、当該情報及び情報資産を適切に管理するため、情報及び情報資産の受領日時、受領者名、受領した情報及び情報資産の種類等の記録簿を作成するとともに、区から要請があった場合は、速やかに当該記録簿を区に提示しなければならない。
- 27 受託者は、委託業務に係る重要度の高い情報及び情報資産を運搬する場合は、可能な限り暗号化、パスワード設定等の保護対策を行い、鍵付きのケース等に格納する等、情報及び情報資産の滅失や不正利用を防止するための処置を講じなければならない。また、重要度の高い情報を電子メール等で送受信する場合は、暗号化、パスワード設定等の保護対策を行わなければならない。
- 28 受託者は、委託業務で取り扱う情報及び情報資産を施錠可能な金庫、ロッカー等に適切に保管する等善良な管理者の注意をもって当たり、情報及び情報資産の取扱いには十分注意し、情報及び情報資産の滅失、毀損及び漏えいの防止に努めなければならない。
- 29 受託者は、委託業務が終了したときは、区より受領した情報及び情報資産を速やかに区に返却しなければならない。また、返却が不可能な場合は、区の上の了承のもと、バックアップデータを含む電磁的記録の消去及び印刷物の廃棄を行い、使用できない状態にする(電算処理機器を廃棄する場合は復元できない状態にする)とともに、消去又は廃棄した日時、担当者及び処理内容を区に報告しなければならない。
- 30 受託者は、情報資産の作成業務を終了したときは、直ちに当該情報資産を区があらかじめ指定した職員に引き渡さなければならない。

(電算処理機器の廃棄)

- 31 受託者は、委託業務で使用しているサーバ、パソコン等の機器(以下これらを「電算処理機器」という。)を廃棄する場合は、事前に当該電算処理機器に保存されている情報及び情報資産を消去、復元できない状態にした上で廃棄

しなければならない。

（委託業務の報告）

32 受託者は、区に対し、委託業務の状況を定期的に報告するものとする。ただし、必要があるときは、その都度報告するものとする。

（監査、施設への立入検査の受入れ）

33 受託者は、情報及び情報資産の情報セキュリティ管理状況について、区の求めに応じて報告するものとする。また、区が必要に応じて監査又は検査を実施する場合は受け入れなければならない。なお、再受託者及び更に再委託が繰り返される場合も同様とする。

34 受託者は、区が必要とする場合は、業務執行場所へ区の職員の立入りを認めるものとする。

（緊急時の対応）

35 受託者は、委託業務において、業務上のトラブル、災害、事故、電算処理機器の不良、故障及び破損等が発生した場合は、直ちに区にその状況について報告し、区の指示に従わなければならない。

36 受託者は、委託業務について次に掲げる事象が発生した又は発生したおそれがある場合は、直ちに、区にその状況を具体的に報告しなければならない。

- (1) 情報及び情報資産の滅失
- (2) 情報及び情報資産の毀損
- (3) 情報の漏えい
- (4) 不正アクセス
- (5) 情報セキュリティポリシーの違反
- (6) 前各号に掲げるもののほか、情報セキュリティに悪影響を及ぼす事象

（サービスレベルの保証）

37 受託者は、委託業務のサービスレベルについて、事前に区と合意している場合は、そのサービスレベルを保証するものとする。

（契約解除及び損害賠償）

38 受託者が、法令及び本特記事項に違反した場合、区は、この契約を解除することができる。ただし、債務の不履行がこの契約及び取引上の社会通念に照らして軽微であるときは、この限りでない。また、受託者は、本特記事項に違反し、又は本特記事項を履行しなかったことにより、区に損害が生じた場合には、区に対しこれを賠償するものとする。

個人情報を取り扱う業務委託契約の特記事項

（秘密保持義務）

- 1 受託者は、この契約の履行により直接又は間接に知り得た個人情報を、第三者に漏らしてはならない。また、契約期間満了後も同様とする。

（再委託の禁止）

- 2 受託者は、この契約による業務を第三者に再委託してはならない。ただし、当該業務の一部についてやむを得ず第三者に委託する必要があるときは、あらかじめ再委託する業者名、再委託の内容を委託者に通知し、委託者の承諾を得なければならない。また、再受託者にも、この契約を遵守させなければならない。

（目的外使用及び外部提供の禁止）

- 3 受託者は、個人情報を委託者の指示する目的以外に使用してはならない。また、第三者に提供してはならない。

（返還）

- 4 受託者は、契約を終了したとき、又は委託者が個人情報の提出を請求したときは、その保有する個人情報を直ちに委託者に返還しなければならない。

（複写及び複製の禁止）

- 5 受託者は、個人情報の全部又は一部を委託者の許可なく複写し、又は複製してはならない。委託者の許可を受けて複写又は複製したときは、委託業務の終了後直ちに当該複写物又は複製物を焼却又は裁断等により、利用できないように処分しなければならない。

（授受及び保管）

- 6 受託者は、個人情報の授受、保管及び管理について、善良な管理者の注意をもって当たり、個人情報の消滅、毀損等の事故を防止しなければならない。

（立入検査及び調査）

- 7 委託者は、個人情報の管理状況について随時に立入検査又は調査をし、受託者に対して必要な報告を求め、又は委託業務の処理に関して指示を与えることができる。

（事故の報告）

- 8 受託者は、事故が生じたときには直ちに委託者に対して通知するとともに、遅滞なくその状況を書面をもって委託者に報告し、委託者の指示に従わなければならない。