

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
業務マニュアル

【第1版】

令和4年3月

鈴鹿亀山地区広域連合介護保険課
鈴鹿市基幹型地域包括支援センターにじ
亀山市基幹型地域包括支援センターきずな

目次

介護予防ケアマネジメントについて	2
1 介護予防ケアマネジメント業務の流れについて.....	2
2 利用者基本情報について.....	6
(1)記載要領について.....	6
3 介護予防サービス・支援計画書について.....	9
(1)記載要領について.....	9
4 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 評価表について.....	18
(1)記載要領について.....	18
5 各種資料	
資料1 介護予防ケアマネジメント委託業務の流れ（フロー図）	21
資料2 利用者基本情報 記載の留意点	27
資料3 ケアプラン 記載の留意点	29
資料4 評価表 記載の留意点	30
資料5 地域包括支援センターへの提出書類	31

一部、用語を以下のとおり省略して記載しています。

地域包括支援センター（介護予防支援事業所）	包括
指定居宅介護支援事業所	居宅
鈴鹿亀山地区広域連合	広域
サービス提供事業所	サービス事業所
要支援者及び事業対象者	利用者
介護保険被保険者証	被保険者証
介護予防サービス・支援計画書	ケアプラン
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	評価表
三重県国民健康保険団体連合会	国保連合会

介護予防ケアマネジメントについて

1 介護予防ケアマネジメント業務の流れについて

(1) 相談・利用の申し込み

利用者等から介護予防サービス等の利用に関する相談を受け付け、利用までの流れを説明します。

(2) 契約の締結

- ① 包括職員は、利用者等に対して介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約に関する「重要事項説明書」をもとに説明を行います。利用者等の同意が得られたら、「重要事項説明書」1部に利用者本人の署名をもらい、包括職員が署名をした上で、1部を利用者等に渡します。もう1部は包括職員が預かります。
- ② 業務内容の説明とともに、契約にかかる個人情報使用同意書に利用者等の署名を受けます。
- ③ 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書」2部に利用者本人の署名をもらい、1部を利用者等に渡します。もう1部は包括職員が預かります。
- ④ 「居宅(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」に必要事項を記入してもらい、被保険者証を預かり、包括職員は利用者等から預かった届出書と被保険者証を広域へ提出します。被保険者証に介護予防支援事業者名の記載を受けて、利用者等へ渡します。

(3) ケアプラン原案の作成

- ① 包括職員は、入院中である等の場合を除き、必ず利用者宅を訪問し利用者及びその家族に面接をしてアセスメントを行います。
- ② 基本チェックリストを実施します。基本チェックリストについては、広域における介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の手引きにある「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、利用者等に記入してもらいます。
- ③ アセスメント結果に基づき、利用者等の状態の把握、目標の設定、サービスの利用方針を決定します。その上でケアプラン原案を作成します。

医療系サービスを位置付ける際の留意点

介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護を利用する際は、主治の医師又は歯科医師の指示が必要です。

主治の医師又は歯科医師の指示の確認について

担当職員は、主治の医師又は歯科医師に「医療系サービスの利用についての意見」を求め、「確認日」、「確認方法」と併せて支援経過記録等に記載します。

確認方法は次のいずれかになります。

* 主治医意見書による確認

「医学的管理の必要性」の欄にチェックがあるのみではならず、「特記すべき事項」等にサービス利用が必要な理由の記載があることが必要です。

* 主治の医師又は歯科医師の診断書や「医師と介護支援専門員との連絡票」等による確認

* 主治の医師又は歯科医師から聴取して確認

※ 確認時期は、サービス導入、医療系サービスに係るプラン変更、プラン更新、区分変更時とします。

(4) サービス担当者会議の開催

- ① 包括職員は、利用者等、ケアプラン原案に位置付けたサービス事業所の担当者、主治医、インフォーマルサービスの担当者等とサービス担当者会議を開催します。
- ② 利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、役割を相互に理解することを目的とします。
- ③ 包括職員は、利用者等にケアプラン原案の内容について説明を行い、ケアプランの同意欄に署名を受けます。

会議の開催時期

* 新規にケアプランを作成した時

* 臨時的開催

提供されているサービスが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や、サービスや事業の利用中断がある場合に臨時的に開催します。

また、利用者の状態等に変化があり、ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

(5) ケアプランの交付

- ① 利用者等に、ケアプラン、サービス利用票、サービス利用票別表を交付し、サービス利用票に利用者確認を受けます。
- ② 包括職員は、サービス事業所へケアプラン、サービス提供票、サービス提供票別表を渡します。

(6) サービスの提供

包括職員は、サービス事業所にケアプランを交付した時は、サービス事業所に対し、個別サービス計画の提出を求め、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認します。

(7) モニタリング

包括職員は、少なくとも1月に1回、モニタリングを実施し、結果を記録します。また、少なくとも3月に1回及びサービスの評価期間終了月は、利用者の居宅に訪問し、面接します。利用者の居宅を訪問しない月は、サービス事業所等へ訪問をしての面接や電話等より利用者等と連絡を取り、モニタリングを実施します。

モニタリングの視点

- * 利用者の生活状況に変化がないか。
- * ケアプランとおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- * 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- * 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、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。

(8) 評価

包括職員は、設定したケアプランの期間の終了時、ケアプラン変更時、サービス終了時には、利用者宅を訪問して、ケアプランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者等と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定します。

評価後の流れ

- * 目標が達成されサービスを終了する場合、評価表を作成し、支援経過等に記載します。
- * 目標が達成されサービスを継続する場合、新たなケアプランを作成します。
- * 目標が達成されずサービスを継続する場合、新たなケアプランを作成します。

(9) 給付管理

- ① 包括職員は、サービス事業所より実績入りのサービス提供票を受け取り、サービスの利用実績を確認します。
- ② 利用実績に基づき給付管理データを作成し、毎月 10 日までに国保連合会へ介護給付費及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費を請求します。

※ 認定結果が当該月に分からない場合には、給付管理票の作成ができないため、介護報酬の請求はできません。認定結果が下りた後に、請求できなかった月分とあわせて請求します。

(10) サービス終了時

利用者等に関わる全ての帳票類については、広域連合の定める条例※により完結日より 5 年間保存します。

※ 広域連合の定める条例とは、鈴鹿亀山地区広域連合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例第 31 条第 1 号及び第 2 号

2 利用者基本情報について

(1) 記載要領について

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載します。

② 「相談日」

初回の相談日で、利用者基本情報を作成した年月日を記載します。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入します。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載します。

③ 「本人の現況」

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

④ 「本人氏名」

利用者名及び性別を記載します。被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載します。

⑤ 「住所」「電話番号」

「住所」は利用者の現在居住している居住地を記載します。住民票の住所地が異なる場合は、被保険者証に記載されている住所を記載します。「電話番号」は利用者と連絡のとれる電話番号を記載します。

⑥ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の 3 (1) の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付けます。

⑦ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援 1」から「要介護 5」のいずれかを○で囲みます。また、認定有効期間と前回の介護度を記載します。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当あり」または、「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載します。

⑧「障害等認定」

障害等の種別について○印で囲みます。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載します。

⑨「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲みます。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載します。また、住宅改修の有無についても記載します。

⑩「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記載します。

⑪「来所者(相談者)」

来所者または相談者について、氏名を記載します。

⑫「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載します。

⑬「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載します。連絡先は複数確認することが望ましいです。利用者の急変時、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載します。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載します。

⑭「家族構成」

利用者の家族について記載します。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域(〇〇県、△△市など)も可能な範囲で記載します。現在利用者と同居している家族は○で囲みます。利用者に関する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載します。

なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載します。

⑮「今までの生活」

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載します。

職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載します。

⑯「現在の生活状況(どのような暮らしを送っているか)」

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物・仕事や日課にしていることなど、1日の過ごし方を記載します。上段には、生活全般に関する様子を記載し、食事や入浴、家事など毎日決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載します。

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

⑰「趣味・楽しみ・特技」

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

⑱「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載します。

⑲「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから順に記載します。

記載した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付けます。その他の状況の場合には、「その他」に○印を付けます。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印を付けます。

⑳「現在利用しているサービス」

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

㉑「個人情報の第三者提供に関する同意」

包括が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅、サービス事業所、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得ます。

包括が、介護予防支援の契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、利用者基本情報に同意を得る必要はありません。

3 介護予防サービス・支援計画書について

(1) 記載要領について

① 「No.」

利用者の整理番号を記載します。

② 「利用者名」

利用者名を記載します。

③ 「認定年月日」

利用者の認定が決定された日を記載します。

④ 「認定の有効期間」

利用者の認定の有効期間を日付で記載します。

⑤ 「初回・紹介・継続」

初回 … 初めて介護予防事業及び予防給付を受ける人は「初回」に○印を付けます。

紹介 … 介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合、またその逆で、予防給付を受けていたが、今回介護予防事業を受けるよう紹介された場合は「紹介」に○印を付けます。

継続 … 介護予防事業を受けており、今後も介護予防事業を受ける予定、あるいは予防給付を受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○印を付けます。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」(前回「非該当者」になり、再度申請している場合を含む。)、
「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」
に○印を付けます。それ以外の場合は「認定済」に○印を付けます。

⑦ 「要支援1・要支援2 事業対象者」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業
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)を利用する場合は「事業対象者」
に○印を付けます。

⑧ 「計画作成者氏名」

ケアプラン作成者の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント
を委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載します。

⑨「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、ケアプラン作成者の所属する包括・事業所名及び所在地(住所と電話番号)を記載します。

⑩「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、利用者が利用する包括名を記載します。

⑪「計画作成(変更)日(初回作成日)」

包括または委託を受けた居宅において利用者に関するケアプランを作成した日を記載します。また、「初回作成日」には、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載します。

⑫「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機づけとなります。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載します。

この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の場合には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が楽しい・得意だと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージをもてるよう支援することも必要です。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の場合には、必要に応じて、専門的な視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示します。利用者の意欲を引き出すような働きかけやケアプラン作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要です。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述します。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考えます。計画を立て終わった時点では、全体像を把握したうえで、再度利用者と修正するのは差し支えありません。1日及び1年単位の目標は両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではありません。

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く、または、一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、ケアプラン作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞きます。

1日

大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、さまざまな目標が設定される場合もあり得ます。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましいです。

(記載例)

毎朝玄関まで新聞を取りに行く。

1年

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定します。あくまでも、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とします。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにします。

(記載例)

- ・孫の結婚式に出席する。
- ・近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

⑬「健康状態について」

「主治医意見書」(要支援のみ)や「利用者基本情報」等より健康状態について、ケアプランを立てるうえで留意すべき情報について記載します。

具体的には、「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載します。単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するのではなく、ここに示された内容を踏まえ、アセスメントを進めていきます。

⑭「基本チェックリスト結果記載」

利用者自身に基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容等も踏まえて、アセスメント領域と現在の状況等に反映します。該当項目数から、生活機能低下の項目に該当した項目数を分子に、その数字を運動機能であれば、「3/5」のように枠内に記入します。

⑮「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入します。

⑩「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載します。

各アセスメント領域において「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行います。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意します。

利用者・家族からの情報だけではなく、計画作成者が観察した状況についても記載します。

初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないよう留意します。

複数の領域で重複する内容については、ひとつの領域に記載すればよいです。各アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にし、できることできないこと等を具体的に記載します。

運動・移動について

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、移動できるか、公共交通機関の利用が可能か、1日の活動量がどの程度か、どの程度の距離なら外出が可能か、等を確認します。すべての領域において、いつくらいから行いにくくなったかについて、その期間・起点等を記載しておくことと不具合が生じてから、どの程度の時間が経過しているかが見えやすくなります。

(記載例)

転倒後は、一人で外出することはなくなり、外出する時は家族に車で連れて行ってもらっている。室内は手すりを利用して、歩行している。

日常生活(家庭生活)について

家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等)や住居・経済の管理、花木やペットの世話等を行っているかを確認します。誰かに支援を受けている場合は、誰にどの部分を助けてもらっているか、自身ではどこまでが可能かを記載します。

例えば、認知症による記憶障害や実行機能障害、意欲の消失等があれば、IADLの手順を分割してどの部分が難しいかを押さえることで、支援の道筋が見えやすくなります。

(記載例)

- ・膝が痛くなるまでは、近くの商店街に毎日買い物に出かけ、家族の食事を作っていた。
- ・現在は家事全般を家族に行ってもらっている。
- ・昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族や近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要があります。

(記載例)

- ・電話では友人とやりとりをしている。
- ・商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントします。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要があります。

(記載例)

- ・家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診している。
- ・身の回りのことは自分でできている。
- ・入浴は家族のいる時間に自分でできる。

⑰「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載します。例えば、機能低下を自覚しているか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」や「手伝ってもらえれば〇〇したい」等と記載し、その理由についても確認しておきます。注意すべき点は、否定的ないし、消極的な意向であった場合も、ただちに補完的にサービスを調整するのではなく、なぜその意向が消極的・否定的なのかの理由を明らかにすることが大切です。

(記載例)

本人：(主治医の)先生に「転ばないように気をつけるように」と言われている。一度庭で転んでから外に一人で出るのが怖い。今より悪くならないように気をつけたい。

子の妻：外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流できたら元気になるのではないか。

⑱「領域における課題(背景・原因)」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を、「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、基本チェックリストの結果等を踏まえ、健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析します。課題については、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因分析することが必要であり、さらに課題となっていることあるいはその状態であると、将来どのようなことが起こるか、等の課題を見通しながら記載します。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に☑を、無ければ「□無」に☑を付けておきます。ここまでは、左から右へと横並びで記入していきます。

(記載例)

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、足の筋力が低下している。この状態が続けば、さらに筋力が低下し転倒する可能性が高くなる。

⑲「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題(背景・原因)」から、利用者の生活全体の課題を探するため、各領域における課題共通の背景や原因を見つけだし、まとめていきます。総合的な課題は一つにまとまることもあれば、複数の課題に整理されることもあります。総合的課題が複数になる場合は、利用者にとって優先度の高い順から 1. 2……と課題を列挙し、課題とした根拠を記載しておきます。この欄で留意すべき点は、支援を必要とすることを明確にするため、本人及び家族の意向や目標、具体策等は含めずあくまでも解決していこうとする課題に絞って記載することです。

(記載例)

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、友人との交流の機会がなくなっている。このままの状態が続けば、足の筋力が低下し、閉じこもりになる可能性がある。

⑳「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策をまず専門的観点から示す欄になります。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れるようになっています。

適切にアセスメントされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、居宅に委託するプラン等で包括が確認する場合、この項目を一つの評価指標とすることができます。

また、目標は漠然としたものではなく、一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や興味・関心のあることにも十分考慮し、評価可能で具体的なものを提案することが大切です。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、さまざまな角度から具体策を考えていきます。具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下の悪化を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスの活用についても記載します。

(記載例)

目 標：週 1 回家族が休日の時には、一緒に近所の商店街に歩いて買い物に行く。

具体策：膝の痛みについて主治医と相談する。自宅でもできる運動を毎日 10 分間行う。座ってできる調理(野菜の下準備等)を行う。

㉑ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策の提案」について、利用者や家族の意向を確認して記載します。ここでは、計画作成者が専門家として提案したものに対する利用者の意向の相違点を確認できるようになっています。合意が得られなかった場合は、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載し、すり合わせを行っていきます。

㉒ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載します。当初から「課題に対する目標と具体策についての提案」について合意を得られていた場合には、「目標」をそのまま転記するか、もしくは「同左」「提案どおり」等と記載します。

(記載例)

週 1 回家族が休日のときには、一緒に近所の商店街に歩いて買い物に行く。

㉓ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記入します。ここには目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイント等を記載します。

(記載例)

- ・膝の痛みもあり、躓きやすいため転倒がないよう注意して見守る。
- ・転倒への不安が大きいので、自信をつけるよう足の運動を続け徐々に活動の範囲を広げていけるよう、声かけを行う。

㉔ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」

本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービス等もインフォーマルサービスとして、誰が、何をするのかを具体的に記載します。

㉕ 「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」

予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業や一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービス内容を記載し、どのサービス・事業を利用するか、わかるように○印で囲んでおきます。具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載します。

しかし、サービス内容について、利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載します。本来の支援のもとに、当面の支援を記載することが大切です。

㉖ 「【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載します。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載します。

(記載例)

- ・ふれあい喫茶など近所の人たちと集まるところが近くにないため、外出の機会が持てない。地域の役員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。
- ・人との交流があまり好きではないので、デイケアには行きたくないとの本人の意向がある。まずは本人に生活のなかで運動を実施してもらおうが、機能低下がみられる場合には通所系サービスを取り入れてみる。

㉗ 「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載します。その際、支給区分、通所系サービス等における加算についても記載しておく方が望ましいです。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はありません。

(記載例)

通所型サービス・介護予防通所リハビリテーション、運動器機能向上加算、ふれあい喫茶、地域の給食会、習字教室など

㉘ 「事業所(利用先)」

具体的な「サービス種別」及びサービス提供を行う「事業所名(利用先)」を記載します。また、地域、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても記載しておきます。

㉙ 「期間」

「支援計画」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載します。なお、「期間」の設定においては、要支援認定者で予防給付のサービスを利用する場合には、「認定の有効期間」を考慮し、「〇月〇日～〇月〇日」と記載します。

㉚ 「総合的な方針(生活不活発病の改善・予防のポイント)」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点等を記載します。

㉛ 「地域包括支援センター意見・確認印」

居宅が包括から委託を受けて行う場合に本欄を使用します。この場合、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの最終責任主体である包括は、ケアプランが適切に作成されているかを確認する必要があります。(包括の担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時にケアプラン原案の確認を行っても差し支えない。)その際に、本欄に確認した包括の担当者が氏名を記載します。この確認欄を受けた後に、本人に最終的なケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることになります。(ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合には、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもできるので、注意が必要です。)

㉜ 「計画に関する同意」

ケアプラン原案の内容を利用者・家族に説明を行ったうえで、利用者の同意が得られた場合、氏名を記入してもらいます。この場合、原本は包括において保管します。

4 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)サービス評価表について

(1)記載要領について

①「利用者名」

利用者名を記載します。

②「計画作成者氏名」

ケアプラン作成者の氏名を記載します。

③「評価日」

介護予防サービス・支援評価を行った日を記載します。

④「目標」

ケアプランの目標と一致させます。

⑤「評価期間」

ケアプランの「期間」欄から期間を転記します。

⑥「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載します。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについても一旦評価を行い、介護予防サービス計画を見直します。

(記載例)

商店街に毎週1回は行けなかったが、商店街の人たちとの交流が楽しみになり、一人でも行けるようになりたいとデイケアでの運動に対する意欲が向上してきている。転倒はなかった。

⑦「目標 達成/未達成」

目標を達成した場合には、○印、未達成の場合には×印を付けます。

⑧「目標達成しない原因(本人・家族の意見)」

なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載します。

(記載例)

本人：はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが、風邪をひいたので人の多い所にはあまり行かないほうがよいかと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。
家族：商店街の人と会った時はとても楽しそうな顔をしているので、連れて行きたいと思ってはいるが、本人が行きたくないと言った時は無理に誘わないようにしていた。

⑨「目標達成しない原因(計画作成者の評価)」

なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者として評価を記載します。

(記載例)

風邪をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れたとともに、また風邪をひくかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の声かけができていなかった。

⑩「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載します。

(記載例)

体調を整えることは重要だが、外出することで運動の機会となり、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再確認していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。また、支援者からの声かけを積極的に行う。

⑪「総合的な方針」

利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載します。

(記載例)

感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

⑫「地域包括支援センター意見」

ケアプランに対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載します。特に、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合、計画作成者の今後の方針等が適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、包括と委託を受けた居宅の介護支援専門員の方針の統一を図る必要があります。

⑬「プラン継続・プラン変更・終了」

今後の方針が決定したら、ケアプラン作成者が、「プラン継続/プラン変更/終了」に☑を付けます。サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定される為、「プラン変更」に☑を付けます。

「プラン継続」に関しては、例えば、ケアプラン期間中に一時的な入退院があり、サービス利用ができなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合などである。

プラン終了に関しては、サービスが不要になり、次のケアプランを作成する必要がない場合に☑を付けます。

※ ケアプラン作成者が、一部委託を受けている居宅の介護支援専門員の場合、包括の意見を踏まえて判断します。

⑭「介護予防、予防給付、二次予防事業、一次予防事業、サービス事業、一般介護予防事業、終了」

今後の方針としてケアプラン作成者が該当するものに☑を付けます。

※ ケアプラン作成者が、一部委託を受けている居宅の介護支援専門員の場合、包括の意見を踏まえて判断します。

介護予防ケアマネジメント委託業務の流れ（フロー図）

資料 1

	利用者	包括	居宅	広域	備考
1 相談・利用の申し込み	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス利用希望の旨、包括又は居宅へ連絡する。 	<ul style="list-style-type: none"> ★ 市民より利用申し込みを受け付ける。 ★ 委託先の調整 <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用申込者の意向と被保険者証・負担割合証を確認し、希望する居宅、又は包括が選定した居宅が受託可能かを確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 【新規の場合】 ★ 市民より利用申し込みがあった場合、利用者の同意を得た上で包括へ連絡する。 ★ 包括より委託の依頼を受ける。 ★ 委託受け入れ可否を回答する。 【更新・変更申請により要介護→要支援1・2・非該当の認定を受けた場合】 ○ 居宅介護支援契約は終了となり、利用者の同意を得た上で包括へ連絡する。 		<ul style="list-style-type: none"> ※ 委託未契約の場合は、委託契約書にて居宅と契約締結する。 〈委託契約時必要書類〉 ① 委託契約書 ② 請求業務に必要な情報提供書 ③ 請求明細(ひな型) ④ 請求書(ひな型) ※ 被保険者証と負担割合証については、初回及び更新の都度、確認する。
2 契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書・重要事項説明書・個人情報同意書へ同意の署名を行う。 ○ 1部控えを受け取る。 ○ 届出年月日記載済みの被保険者証を受け取る。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">被保険者証</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書にて利用者と契約締結する。 ○ 重要事項説明書・個人情報使用同意書・居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書について説明し、承諾・署名をもらう。（委託先が決定している場合、居宅と同行訪問を基本とする。） ○ 広域へ居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書に被保険者証（被保険者証紛失の場合、紛失届は不要）を添付し提出する。 ○ 広域へ要介護認定に係る情報提供申請書を提出する。 ○ 広域より被保険者証・認定調査票・主治医意見書を受け取り、内容を確認後居宅へ渡す。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;">被保険者証 認定調査票 主治医意見書</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院中である等の場合を除き必ず利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接を行う。 （★ 包括と同行訪問を基本とする。） ○ アセスメントの結果を記録する。 ○ 包括より被保険者証・認定調査票・主治医意見書を受け取り、内容を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被保険者証を確認の上、居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書を受理する。 ○ 届出年月日記載済みの被保険者証を包括へ返却する。 ○ 要介護認定等に係る情報提供申請書を確認の上、資料提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ※ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書はサービス利用開始日以前に広域へ届ける。 （注）事業対象者から新規申請を行う場合は、見込みの介護度に応じて、包括又は居宅より再度、届出書の提出が必要。

	利用者	包括	居宅	サービス事業所	備考
3 ケアプラン原案の作成		<p>○ 居宅より利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン原案を受け取る。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 利用者基本情報 基本チェックリスト ケアプラン原案 </div> <p>○ ケアプラン原案が適切に作成されているか、内容が妥当かについて確認し、ケアプラン原案のセンター名欄に意見・センター名・確認者氏名を記載して居宅へ返却する。</p>	<p>○ 利用者基本情報、基本チェックリストを作成する。</p> <p>○ アセスメントの結果に基づき利用者・家族等と調整を行い、目標の設定・サービスの利用方針を決定し、ケアプラン原案を作成する。</p> <p>○ 包括へ利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン原案を提出する。 (ケアプラン原案の確認日の日程調整は事前に行うことが望ましい。)</p> <p>○ 包括より確認済のケアプラン原案を受け取る。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ケアプラン原案 (包括確認済) </div>	<p>利用者が医療系サービスを希望している場合、その他必要な場合には、主治医等の意見を求めるとともに当該意見を踏まえて作成したケアプランについては、意見を求めた主治医に交付する。</p>	<p>※ 基本チェックリストはケアプラン作成の都度、作成する。</p> <p>※ 利用者基本情報は記載内容の変更の都度、作成する。</p> <p>※ 利用するサービス種別及び加算は計画書に位置付ける。</p> <p>※ 更新申請等の結果が遅れる場合は包括へ連絡する。</p> <p>※ 意見欄は特になければ無理に記入する必要はない。</p>
4 サービス担当者会議の開催	<p>○ サービス担当者会議に参加する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ケアプラン原案 (包括確認済) </div>	<p>○ サービス担当者会議に適時、参加する。</p>	<p>〈ケアプランの提示〉</p> <p>○ サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。 (目標を共有し役割分担を確認する。)</p> <p>○ ケアプラン原案について、利用者や主治医、サービス事業所と共通理解を図り、サービスの利用頻度や内容等を決定する。</p> <p>○ ケアプラン原案に必要な修正を加え、ケアプランを最終決定する。</p> <p>〈ケアプランの説明及び同意〉</p> <p>○ ケアプラン、サービス利用票・別表の内容を利用者・家族等に説明し、同意を得る。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ケアプラン 利用票・別表 (予定) </div>	<p>○ サービス担当者会議に参加する。</p> <p>○ ケアプラン原案について共通理解の上、サービス利用頻度や内容を検討する。</p>	<p>※ 「サービス担当者会議の要点」に記載もしくは「介護予防支援経過記録」に＜担当者会議開催＞と明記し、簡潔明瞭に会議の要点を記載してもよい。</p> <p>※ 担当者会議はケアプラン作成の都度、開催する。</p> <p>※ 担当者会議後、ケアプランの変更がある場合は、利用者・家族に説明する前に包括の確認が必要。</p>

	利用者	包括	居宅	サービス事業所	備考
5 ケアプランの交付	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプラン、サービス利用票・別表の説明を受け同意の署名を行う。 ○ サービス利用票・別表の1部を受け取る。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン 利用票・別表 (予定)</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランを受け取る。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン (写)</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン (原本) (利用者署名あり) 利用票・別表</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅よりケアプラン原本(利用者署名あり)、サービス利用票・利用票別表を受け取り、保管する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者より署名済みのケアプランを受け取る。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン (利用者同意あり)</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 包括へケアプラン原本(利用者署名あり)・利用票・利用票別表を提出する。(写しを居宅が保管する。) ○ サービス事業所・利用者へケアプラン(写)を提出する。 ○ サービス事業所へサービス提供予定月の提供票・別表を提出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン(写) 提供票・別表</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅よりケアプラン(写)を受け取り、保管する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">ケアプラン (写) 提供票・別表</div>	<ul style="list-style-type: none"> ※ 包括へのサービス利用票・別表(予定)提出はサービス開始月及びサービス変更月のみで可。 ※ 利用票・別表は3か月分まとめて交付も可。 ※ 主治医連絡票等利用し、主治医との連携を図る。
6 サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別サービス計画の説明を受け、同意の署名をする。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">個別サービス 計画</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">個別サービス 計画 (利用者同意あり)</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス事業所に対する個別サービス計画の提出依頼 ○ 個別サービス計画を受け取り、ケアプランとの連動性や整合性について確認する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">個別サービス 計画 (利用者同意あり)</div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランを踏まえ個別サービス計画を作成し、利用者・家族に説明し、同意を得る。 ○ 署名済みの個別サービス計画を受け取る。 ○ 居宅へ個別サービス計画(利用者同意あり)を提出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">個別サービス 計画</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">個別サービス 計画 (利用者同意あり)</div>	

	利用者	包括	居宅	サービス事業所	備考																					
7 モニタリング		<p>○ 必要に応じて居宅と同行訪問する。</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>開始月</th> <th>2月目</th> <th>3月目</th> <th>4月目</th> <th>5月目</th> <th>評価月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問</td> <td>◎</td> <td colspan="3">1回は◎</td> <td></td> <td>◎</td> </tr> <tr> <td>訪問以外</td> <td></td> <td colspan="3">上記訪問月以外◎</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(介護予防サービス・支援計画表の期間を6か月とした場合の例) ◎は必須訪問月(基準以上は可)</p>		開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	評価月	訪問	◎	1回は◎				◎	訪問以外		上記訪問月以外◎					<p>○ 利用者宅を訪問しない月でも、サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身にケアプランの実施状況について確認を行う。</p> <p>○ 特段の事情がない限り、少なくともサービスの期間終了月、サービスを提供した月の翌月から起算して3か月に1回は利用者の居宅で面接を行う。</p> <p>○ 利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行う。</p> <p>○ 1か月に1回はモニタリングの結果を記録する。</p> <p>○ サービス事業所等との連絡を継続的に行い、サービスの利用状況やサービスが適正に提供されているかを確認する。</p>	<p>○ 個別サービス計画に対するモニタリングを実施し、必要に応じて居宅と情報共有を行う。</p>	<p>※ 「特段の事情」とは利用者の事情により、利用者宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれない。</p> <p>※ 特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておく。</p>
	開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	評価月																				
訪問	◎	1回は◎				◎																				
訪問以外		上記訪問月以外◎																								
8 評価		<p>○ 居宅より評価表を受け取る。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">評価表(原本)</div> <p>○ 評価表の内容について確認し、意見・センター名・確認者氏名を記入し「原本」を保管し、「写し」を居宅へ渡す。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">評価表(写)(包括コメントあり)</div>	<p>《評価》</p> <p>○ 利用者宅を訪問し、ケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する。評価の結果により、必要に応じてケアプランの見直しを行う。 (評価のタイミング)</p> <p>① ケアプラン終了時 ② ケアプラン変更時</p> <p>○ 評価表の原本を包括へ提出する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">評価表(原本)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">評価表(写)(包括コメントあり)</div> <p>○ 包括より評価表(センター名、確認者氏名入り)の写しを受け取る。</p>	<p>○ 個別サービス計画に沿った評価を行う。</p>	<p>※ ケアプランを変更・継続する場合は、評価表に基づき、ケアプランの見直しを行う。(③ケアプラン原案の作成へ)</p> <p>※ サービスを終了する場合は、⑩サービス終了時を参照。</p> <p>※ 介護保険要介護・要支援認定申請書(変更申請用)を代行で提出する場合は、必ず包括へ連絡後に申請書を広域へ提出する。</p>																					

	利用者	包括	居宅	サービス事業所	備考
9 給付管理		<p>〈居宅からの実績報告内容確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実績報告を居宅より受け取り、内容を確認し、訂正箇所がある場合は、居宅の担当者へ連絡する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 利用票・別表 (実績入り) 請求明細 </div> <p>〈国保連合会への請求業務〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス利用票・別表(実績入り)と請求明細をもとに給付管理票を作成し、毎月10日までに介護給付費請求書・介護給付費明細書を作成し、国保連合会へ伝送する。 <p>〈介護報酬の受領〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連合会より送付された支払決定通知書にて、介護報酬の受領を確認する。 ○ 委託料についても併せて受領を確認する。 ○ 月初めに国保連合会からの返戻を確認後、介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費委託料支払通知書を居宅へ送付する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 委託料支払通知書 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 請求書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅へ委託料を支払う。 	<p>〈実績報告内容確認〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス事業所よりサービス提供票(実績入り)を受け取り、サービス利用実績を確認する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 提供票・別表 (実績入り) </div> <p>〈包括へ実績提出〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス利用実績を明記した利用票・別表、請求明細を作成し実績と併せて包括へ提出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 利用票・別表 (実績入り) 請求明細 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 包括より介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費委託料支払通知書を受け取る。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 委託料支払通知書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 包括へ介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費請求書を提出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 請求書 </div> <p>〈介護報酬の受領〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護報酬(委託料)の受領を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 対象月のサービス提供票・別表に利用実績を記載し、居宅へ提出する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 提供票・別表 (実績入り) </div>	<ul style="list-style-type: none"> ※ 毎月4日までに包括へ提出する。 ※ 4日を過ぎる場合は各包括へ連絡する。 ※ 月遅れがある場合でも請求明細は1枚にまとめる。

	利用者	包括	居宅	サービス事業所	備考
10 サービス終了時		<ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅へ帳票類の提出を依頼する。 (◆ 広域の定める条例により、利用終了日より5年間保存する。) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ プラン終了について、利用者・家族等に説明を行い、支援経過記録にその旨を記入する。 ○ 評価を行う。 ○ 包括へ終了の連絡をし、全ての帳票類を返還する。 ○ 包括へ返還しない各帳票類の写し等は破棄する。 		

◆ 鈴鹿亀山地区広域連合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例第31条第1号および第2号

★ 新規ケースのみに伴う業務

利用者基本情報 記載の留意点

利用者基本情報

① 作成担当者：

《基本情報》

初回相談日を記載

②相談日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
③本人の現況	在宅・入院又は入所中 () 現在の居所を記載		
フリガナ ④本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
⑤住 所	介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。		Tel () Fax () 主治医意見書を参考に現在の状態に該当するものに○をつける。
⑥日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J 1・J 2 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M	
⑦認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日 特記することがあれば空欄に記載		
⑧障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
⑨本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
⑩経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
⑪来 所 者 (相談者)			⑭ 家 族 構 成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (介護力を把握するため) 兄弟、子、孫程度を記載する。 兄弟の順番や子どもが既婚か、家族の 年齢や居住地も可能な範囲で記載す る。 家族関係等の状況 特記すべき事項があれば記載 (例：長男とは長年交流がないなど)
⑫住 所 連 絡 先	続 柄		
⑬緊急連絡先	氏名	続柄	
	(緊急時に備えた体制を構築するため) 緊急時に確実に連絡がとれる番号を記載す る。複数確認することが望ましい。		

《介護予防に関する事項》

⑮ 今までの生活	<p>(利用者の生活歴や価値観、暮らしぶりを知る事で支援の方向性を見出すため) 現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、 家族との関係、住んでいる環境について記載。</p>		
⑯ 現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		⑰ 趣味・楽しみ・特技
	<p>(一日の活動量を把握できるような)生活全般の様子を記載。アセスメント領域「日常生活(家庭生活)」についてを反映させる。</p>		<p>(ケアプランの「目標とする生活(1年)」や目標設定時のきっかけとなるため)現在していることと、過去にしていたことの両方を記載する。</p>
	時間	本人	介護者・家族
	<p>食事、入浴、家事など決まった生活行為</p>		<p>⑱ 友人・地域との関係</p> <p>続柄を記載(例:「長男」)</p>
	<p>(社会とのつながりを知るため)友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載。</p>		

⑲ 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月 日		Tel	治療中 経過中 その他	<p>受診頻度、治療内容を記載する。服薬の内容、副作用の禁忌事項があれば把握しておく。</p>
年 月 日			治療中 経過中 その他	
年 月 日			治療中 経過中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過中 その他	

服薬等の治療を受けていれば、治療中に○をつける。
 治療は受けていないが受診だけをしていれば、経過観察中に○をつける。
 その他の状況については、その他に○をつける。

⑳ 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
<p>(現在利用しているサービスを把握することで、包括的な支援が可能となるため)民生委員の訪問や配食サービス等の介護保険外サービス等も記載する。</p>	

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

㉑ 年 月 日 氏名

ケアプラン 記載の留意点

介護予防サービス・支援計画書

①No. _____

②利用者名 _____ 殿 ③認定年月日 年 月 日 ④認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

⑤初回・紹介・継続 ⑥認定済・申請中 ⑦要支援1・要支援2 事業対象者

⑧計画作成者氏名 _____ ⑨委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

⑩計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） ⑪担当地域包括支援センター： _____

⑫目標とする生活

1日	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。	1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	--	----	---------------------------------

事業対象者から要支援へ、要支援者から事業対象者へ変更になった場合、紹介に○印をつける。

利用するサービス・事業に○印をつける。利用を併用する場合は、下枠の例のように記入する。

⑬アセスメント領域と現在の状況	⑭本人・家族の意欲・意向	⑮領域における課題（背景・原因）	⑯総合的課題	⑰課題に対する目標と具体策の提案	⑱具体策についての意向 本人・家族	⑲目標	支援計画				
							⑳目標についての支援のポイント	㉑本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	㉒介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	㉓サービス種別	㉔事業所（利用先）
運動・移動について ●自ら行きたい場所に移動できているか ●杖や福祉用具、手段 ●自宅や屋外での歩行 ●交通機関を使っている移動状況	●状態の客観的事実を4領域に分けて書く ●主観的な判断や思いは書かない ●できるか、できないかか ●しているか、していないか ●誰が手伝っているか	□有 □無 ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることこの背景・原因を分析する。 ●何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。	●各領域における課題を総合して全体像をとらえる。 ●領域における各課題共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入する。 ●危険性や可能性の予測を記入する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルなどの活用についても配慮する。 ●具体的には「○○が必須」「○○を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例) [目標] (3ヶ月後に)はひとりで□□まで歩いていけるようになる。 [具体策] ① ▼▼を利用して△△を行う ② 誰々が■■を行う ③ ...	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、欄の根拠となってくる。 ●ここで情報は、最終的な目標設定を合意する上での目安がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。	●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当社から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か野菜を食べる。	●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。（リスクマネジメント） ●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。（介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。） ●「掃除」や「買い物」「リハビリ」だけではなく、「どここの掃除をどのように行うのか、代行するのかわりに行うのか」「どのようなりハビリを行うのか」等記載する。 例) ・自分にあった運動の仕方を見つけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ・できる限り、日中は起き上がり居間で過ごすなどベッドから離れる。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ※総合事業のサービスの内容は市区町村によって異なる。 ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 ・サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。	
日常生活（家庭生活）について ●日常生活に必要な買物の状況 ●自分で選んで買っているか ●献立、調理の状況 ●家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て等）についての状況 ●預貯金の出し入れの状況	●各アセスメント領域について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようにしたい」「○○をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。 ●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載すること、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●否定しないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対して、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	●課題がある場合「□有」にし点を付け、分析した内容を記載する。課題が無い場合は「□無」にし点を付ける。 ●分析する場合は実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルなどの活用についても配慮する。 ●具体的には「○○が必須」「○○を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例) [目標] (3ヶ月後に)はひとりで□□まで歩いていけるようになる。 [具体策] ① ▼▼を利用して△△を行う ② 誰々が■■を行う ③ ...	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、欄の根拠となってくる。 ●ここで情報は、最終的な目標設定を合意する上での目安がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。	●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当社から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か野菜を食べる。	●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。（リスクマネジメント） ●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ※総合事業のサービスの内容は市区町村によって異なる。 ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 ・サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ●家族や友人との関係、交流の状況 ●友人を招いたり友人宅を訪ねる状況 ●家族・友人などとの会話や電話での意思疎通 ●認知機能（見当識等） ●地域での役割（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみの状況 ●緊急時の対応状況	●各アセスメント領域について、利用者・家族の認識を確認する。 ●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載すること、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●否定しないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対して、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	●課題がある場合「□有」にし点を付け、分析した内容を記載する。課題が無い場合は「□無」にし点を付ける。 ●分析する場合は実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルなどの活用についても配慮する。 ●具体的には「○○が必須」「○○を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例) [目標] (3ヶ月後に)はひとりで□□まで歩いていけるようになる。 [具体策] ① ▼▼を利用して△△を行う ② 誰々が■■を行う ③ ...	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、欄の根拠となってくる。 ●ここで情報は、最終的な目標設定を合意する上での目安がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。	●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当社から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か野菜を食べる。	●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。（リスクマネジメント） ●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ※総合事業のサービスの内容は市区町村によって異なる。 ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 ・サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。		
健康状態について ●排泄の状況 ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、爪などの手入れ ●健康への配慮（食事・運動・睡眠に気をつけている状況） ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか	●各アセスメント領域について、利用者・家族の認識を確認する。 ●利用者や家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載すること、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●否定しないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対して、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	●課題がある場合「□有」にし点を付け、分析した内容を記載する。課題が無い場合は「□無」にし点を付ける。 ●分析する場合は実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルなどの活用についても配慮する。 ●具体的には「○○が必須」「○○を行う」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例) [目標] (3ヶ月後に)はひとりで□□まで歩いていけるようになる。 [具体策] ① ▼▼を利用して△△を行う ② 誰々が■■を行う ③ ...	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、欄の根拠となってくる。 ●ここで情報は、最終的な目標設定を合意する上での目安がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。	●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当社から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か野菜を食べる。	●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。（リスクマネジメント） ●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ※総合事業のサービスの内容は市区町村によって異なる。 ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 ・サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。		

⑬健康状態について

⑭主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

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

⑮「本来行うべき支援が実施できない場合」
 妥当な支援の実施に向けた方針

●本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。
 ●必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

⑯総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

⑰基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい

⑱地域支援事業の場合は必要と事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	口腔内	閉じこも	物忘れ	うつ
予防給付または地域支援事業	5				5

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

⑳地域包括支援センター意見

●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。
 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。
 ●特になければ無理に記載する必要はない。
 ●確認欄→必ず記入すること

㉑計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

利用者と家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

年 月 日

プラン開始前に同意を得る。

評価表 記載の留意点

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

③評価日 年 月 日

①利用者氏名 様

②計画作成者氏名

④目標	⑤評価期間	⑥目標達成状況	⑦目標達成/未達成	⑧目標達成しない原因(本人・家族の意見)	⑨目標達成しない原因(計画作成者の評価)	⑩今後の方針
<p>「介護予防サービス・支援計画書」の目標と一致させる。</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画書」の期間欄から期間を転記する。</p>	<p>評価期間内に目標がどの程度達成できているか、具体的に記載する。</p>	<p>目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。</p>	<p>何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。</p>	<p>何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。</p>	<p>計画作成者としての意見をまとめる。 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 終了する場合は理由も記載する。</p>
<p>介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。 特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。</p>						
<p>地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針が決定したら、計画作成者が該当するものに✓点</p> <ul style="list-style-type: none"> ●サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定される為、「プラン変更」に印をつける。 ●「プラン継続」は稀なケース 例えば一時的な入院等があり、サービス利用出来なかったが退院後、本人の状態や意向の変化が無く、改めて同じ目標内容を、実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合など ●「プラン継続」に関しては、毎回継続にならないよう、適切な目標設定となるよう検討する事 <p>計画作成者が、一部委託を受けている居宅介護支援事業所の場合、地域包括支援センターの意見を踏まえて判断</p>						
<p>⑪総合的な方針</p> <p>目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載する。 「介護予防サービス・支援計画書」右下の総合的な方針と同じではなく、計画作成者による支援の方向性を記載する。 区分変更申請をした場合は、理由を記載する。</p>				<p>⑫地域包括支援センター意見</p>	<p>⑬</p> <p><input type="checkbox"/>プラン継続 <input type="checkbox"/>プラン変更 <input type="checkbox"/>終了</p>	<p>⑭</p> <p><input type="checkbox"/>介護給付 <input type="checkbox"/>予防給付 <input type="checkbox"/>介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/>一般介護予防事業 <input type="checkbox"/>終了</p>
<p>今後の方針として、計画作成者が該当するものに✓点 計画作成者が、一部委託を受けている居宅介護支援事業所の場合、地域包括支援センターの意見を踏まえて判断する。</p>						

提出時期	書類名
□新規契約時	・利用者基本情報
	・基本チェックリスト
	・介護予防サービス・支援計画書【原本】
	・サービス利用票・別表
□評価時	・介護予防支援経過記録
	・サービス担当者会議の記録（支援経過記録に記載でも可）
	・介護予防支援・サービス評価表【原本】
	・基本チェックリスト
	・介護予防サービス・支援計画書【原本】
□認定更新時 □サービス計画変更時 □区分変更時	・介護予防支援経過記録
	・サービス担当者会議の記録（支援経過記録に記載でも可）
	・介護予防支援・サービス評価表【原本】
	・利用者基本情報
	・基本チェックリスト
	・介護予防サービス・支援計画書【原本】
	・サービス利用票・別表
・認定調査票、主治医意見書（※1）	
□終了時	・介護予防支援経過記録
	・サービス担当者会議の記録（支援経過記録に記載でも可）
	・介護予防支援・サービス評価表【原本】
	・認定調査票、主治医意見書

※1については、認定更新時や区分変更の結果が変更した場合のみ提出

以下については、終了時に対象の書類がある場合のみ提出をお願いします。

- ・サービスの利用や加算の算定の根拠となる書類
- ・介護予防福祉用具貸与の例外給付に関する理由書
- ・介護予防福祉用具購入に関する書類等
- ・介護予防住宅改修に関する書類等

（注1）利用者基本情報、利用票・別表については、内容に変更があった場合、その都度提出をお願いします。

（注2）包括支援センターへ返還しない帳票の写し等は、契約終了時に指定居宅介護支援事業所にて破棄をお願いします。

★平成30年6月29日付鈴亀広介第1219号「指定介護予防支援委託業務に係る書類の取扱いについて」参照

