

**介護予防・日常生活支援総合事業に伴う
介護予防ケアマネジメント実務マニュアル
(改訂9版)**



戸 市

令和7年6月

目次

目次

第1章 介護予防の考え方と本マニュアルの活用にあたって.....	3
1 マニュアルの活用（使用）に当たって	3
2 介護予防の基本的な考え方	3
第2章 介護予防ケアマネジメントの実施について	4
1 事業内容	4
2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	4
3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	4
4 事業対象者の要件	6
5 介護予防ケアマネジメントの実施の手順	9
6 多機能コーディネーター連携加算について	27
7 継続利用要介護者による住民主体のサービスの利用	32
8 好事例から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方	32
第3章 介護予防ケアマネジメントにかかる手続きについて.....	45
1 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)届出書の提出について	45
2 事業対象者の有効期間について	47
3 事業対象者の更新手続きについて	48
4 事業対象者が有効期間中に非該当となった場合について	49
第4章 介護予防ケアマネジメントにかかる様式について	51
第5章 請求・利用限度額管理について	58
第6章 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業者への委託	66
第7章 様式・参考資料.....	70
1 各種様式	70
2 参考ホームページ一覧.....	92
3 出典・引用資料.....	93

第1章 介護予防の考え方と本マニュアルの活用にあたって

1 マニュアルの活用(使用)にあたって

本マニュアルは、松戸市が総合事業を実施するに際し、利用者の機会の公平性を確保し、適正な運用を確保するためのものです。介護予防支援（要支援1・要支援2）を実施する際に用いることを原則想定しておりません。

また、国より示された「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の実施及び介護予防手帳の活用について」等の総合事業にかかる介護予防ケアマネジメントの部分について、市と地域包括支援センター等職員が共通認識を持つこと、特に、ケアマネジメントを実施する際の①相談（インテーク）、②アセスメント、③ケアプラン作成等の基本的な事項を示すものとしています。

2 介護予防の基本的な考え方

介護予防とは「要介護状態の発生を出来る限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化を出来る限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されています。また、法第115条の45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされています。

その点を踏まえると、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものです。その際には多様なサービスである短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し進めることが大切です。

第2章 介護予防ケアマネジメントの実施について

1 事業内容

介護予防ケアマネジメントは、居宅支援被保険者等（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ものを除く。以下同じ。）に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、おかれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、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に必要な援助を行う事業です。

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態に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みを生活の中に取り入れて、自ら実施、評価できるよう支援します。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、心身機能改善だけでなく、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事が重要です。

この様な事から適切なアセスメントの実施により、利用者の状況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、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなります。

3 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のプロセスについては、利用者の状態等や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、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た上で、典型例として以下のような類型を想定しています。

利用者の状況に応じて実施するものとします。

(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）

主に、従前相当サービスやサービス・活動の利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するものです。

(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）

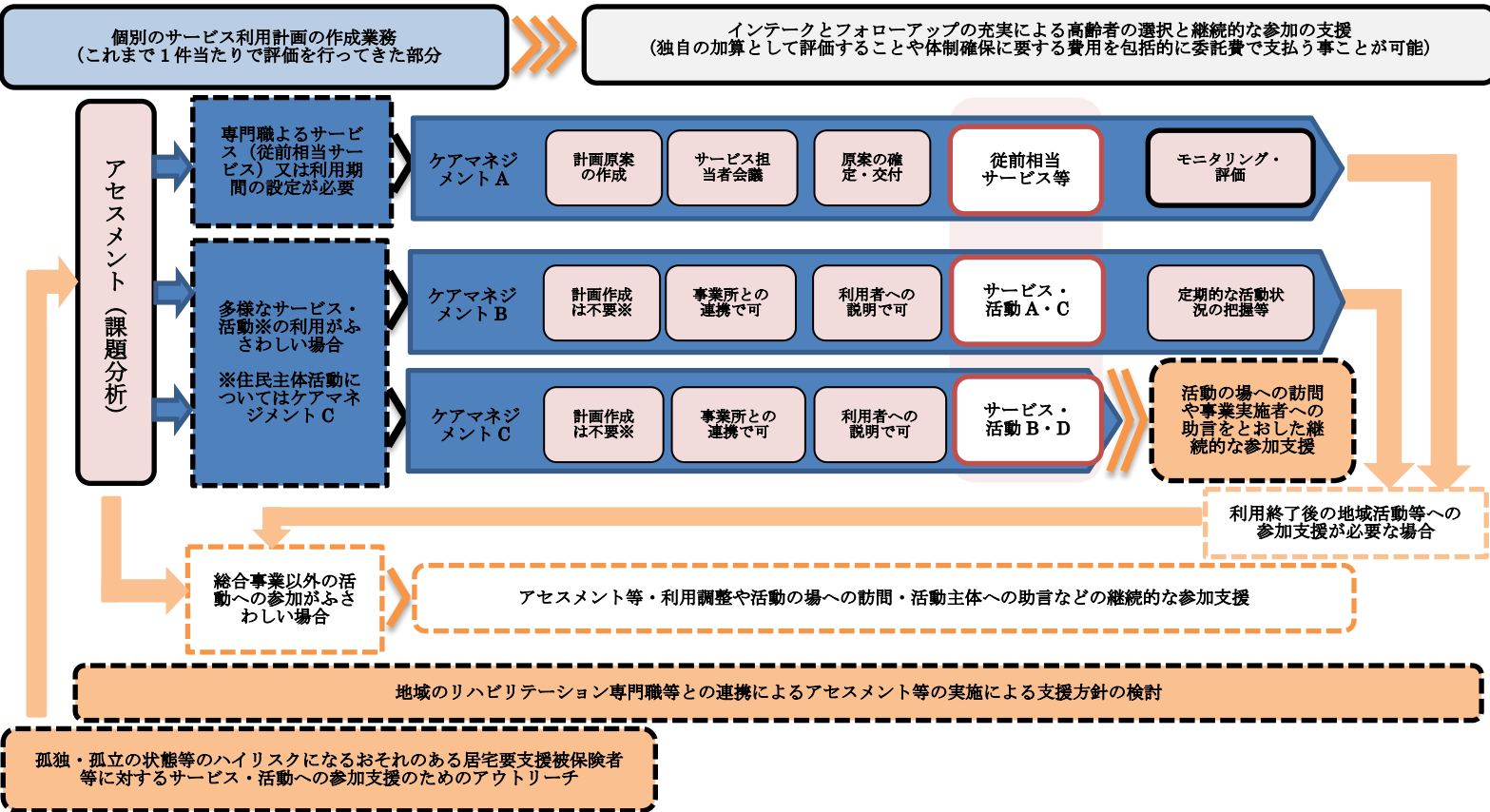
地域包括支援センターの職員等が医療・介護専門職の適切な関わり合いのもとで地域の高

高齢者の選択を適切に支援する視点や包括的なケアマネジメントの実施をととした地域づくりの視点を踏まえた支援及びその体制の構築等のためのアプローチが重要であることから、ケアマネジメントB及びケアマネジメントCにおいては、介護予防ケアマネジメントのプロセスや経過の作成等については、その一部を省略若しくは簡略化することが可能です。

(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）

主にアセスメント（課題分析）の結果、初回のみの介護予防ケアマネジメントとして実施し、サービス・活動B・Dやその他生活支援サービスの利用につなげます。

介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等について



出典：「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の実施及び介護予防手帳の活用について」

4 事業対象者の要件

事業対象者とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境、その他の状況から要支援(要介護)状態となることを予防するための援助を行う必要がある方に対して、「基本チェックリスト」を実施し、該当した者です。該当項目は次ページ基本チェックリストの「事業対象者に該当する基準」を参照してください。なお、市へ提出する際は様式一覧にある基本チェックリストを活用してください。

<基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準>

基本チェックリスト					
被保険者番号()		記入日(年 月 日)			
氏名		生年月日 年 月 日			
住所		電話			
No	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準	
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	運動機能低下	
7	椅子に座った状態からなに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	3項目以上に該当	複数の項目に支障 10項目以上に該当
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	低栄養状態	
12	身長 cm 体重 kg(BMI)(注)			2項目に該当	
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	口腔機能の低下	
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	閉じこもり	
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	NO16に該当	
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	認知機能の低下	
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	うつ病の可能性	
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		

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

<基本チェックリストについての考え方>

【共通事項】

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

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

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等でむせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうか本人の主観に基づき回答してください。
16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出の頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、回りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかけている場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうか、本人の主観に基づき回答してください、月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が無い	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽にでき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	

5 介護予防ケアマネジメントの実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として市町村に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施します。

手 順	内 容
介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	○ <u>総合事業の説明</u> ・ 窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明します。 ・ 更に、総合事業の趣旨として、 ①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること ②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明します。 ・ このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行います。 ○ <u>介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</u> ・ 利用者が総合事業の介護予防・生活支援サービス、一般介護予防事業の利用を希望する場合、要介護要支援認定の有無とその有効期間を確認し、基本チェックリストを原則被保険者本人が地域包括支援センターへ直接出向いて地域包括支援センターが実施します。ただし本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合はその状況に応じて本人の状況や相談の目的等を聴き取り、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認します。 ・ 居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可としますが、本人が来所できない場合と同様の取り扱いとします。（ただし、市への提出は地域包括支援センターを介し地域包括支援センターの確認があること） ※ 第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業を受けることができます。

介護予防ケアマネジメント 利用の手続き	○ 利用に当たっては、サービス事業の運営規程等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る必要があります。 ○ 電話や利用者以外の者による相談に基づいて介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者と面接している場合は、この場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得ます。
介護予防ケアマネジメント	a アセスメント（課題分析） ○ 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行います。 ○ 利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行います。 ○ 本人にあった目標設定に向けて、「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」という目標に変換していく作業が必要です。 ○ この段階から、利用者本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。 ○ 利用者や家族との面接等によって聞き取った情報については、「利用者基本情報」又は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」を適宜活用して必要な情報を記録することが可能です。 ○ アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録）」（様式5参照）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施します。 ○ なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントA、B、Cの類型を問わず、実施が必要となります。 ○ リハビリテーション専門職等の活用について ・ 自立支援や介護予防の視点から、アセスメントの実施にあたってリハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効です。 b 介護予防ケアマネジメント計画原案作成 <u>○ 共通事項</u> 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・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となります。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となります。 <u>○ 利用するサービス内容の選択</u> ・ 利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケア

プラン原案を本人と共に作成します。

- ・ サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意します。

サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができます。

例えば、通所型サービスなどの1つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスと、住民主体の支援によるサービスを組み合わせる等、複数の類型を合わせて利用することができます。

- ・ 利用者の意欲や希望に基づいて、地域の社会資源を活用して自立支援を進める場合に、多機能コーディネーターと連携することは利用するサービスの選択の幅を広げることにつながります。そのため、多機能コーディネーター連携加算も活用することも有効です。

- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。

○ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス・活動事業等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成します。

○ 更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者によく相談しながら設定しケアプラン全体を作成します。

c サービス担当者会議

○ サービス担当者会議の目的

① 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する

② さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的な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

③ 介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する

○ リハビリテーション専門職等の活用

- ・ 自立支援・介護予防の観点からリハビリテーション専門職等に参加を求めることも有効です。

なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備します。

ケアマネジメントA

○ 介護予防ケアマネジメント計画の作成時（居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む）・変更時に開催します。

ケアマネジメントB

○ 必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ありませんが、サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要です。

また、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要です。

ケアマネジメントC

○ サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要です。

d 利用者への説明・同意

e 介護予防ケアマネジメント計画確定・交付

○ サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得ます。

○ 本人の同意を得て、地域包括支援センター等よりケアプランをサービス実施者にも交付します。

○ ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、地域包括支援センターから送付します。

f サービス利用開始

g モニタリング（給付管理）

共通事項

○ モニタリングの目的

・ 利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することです。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す。

○ 給付管理について

・ 給付管理は、要支援者が総合事業を利用する場合は、予防給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度基準額の範囲内で給付と事業を一体的に給付管理します。

一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行います。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とします。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案して介護予防ケアマネジメント計画を作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし要支援2の限度額内）ことも可能です。

その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかります。

ケアマネジメントA

○介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接します。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。

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との連絡を実施します。

なお、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す。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）」に記載してください。

- ・ 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した場合
 - ・ 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の簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、地域包括支援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か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）。

ケアマネジメントB

○モニタリングを行う場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接します。

○ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの該当者は、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておきます。

※ 状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

ケアマネジメントC

○ 利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく必要がある。

h 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

○ ケアマネジメントA，Bについては、設定した介護予防ケアマネジメント計画の実施期間の終了時には、利用者宅を訪問し、介護予防ケアマネジメント計画の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。

ケアマネジメントCの実施方法等について

1 ケアマネジメントCの定義

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的に、サービスの利用又は地域の予防活動その他の活動への参加の開始時にのみ行われるものです。

2 基本的な考え方

ケアマネジメントCにおいては、高齢者自身が、地域で引きこもらず、地域の予防活動等や集いの場等に参加し、可能な限り、積極的な役割を果たせる活動を継続することで、主体的に介護予防に取り組めることを目指しています。利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、地域の予防活動等や集いの場等に参加し続けられるような環境整備を図っていくことが重要です。

特に、初回のみ介護予防ケアマネジメントであるケアマネジメントCにおいては、利用者自身のセルフケアマネジメントとして、日常生活の活動を高め、家庭や社会へ参加し、生きがいや自己実現のために継続的に取り組めるよう支援することが必要です。

3 対象者・委託料

(1) ケアマネジメントCの対象者・委託料は以下のとおりです。

※ 法改正等により単位数等の変更の可能性があります

対象者	委託料
要支援者又は事業対象者であって、住民主体のサービスの利用又は地域の予防活動等へ参加を開始する者	ア. 742 単位 【内訳】 基本委託料（442 単位）＋初回加算※（300 単位） （但し、初回加算については「3（2）ケアマネジメントC委託料 ②初回加算」に定めるものとする）
通所型サービスC（いきいきトレーニング）の終了後、住民主体のサービスの利用又は地域の予防活動等へ参加を開始する要支援者又は事業対象者	ア. 状態の改善によって、通所型サービスC終了後、事業対象者でなくなった者の場合 742 単位 【内訳】 基本委託料（442 単位）＋卒業加算※※（300 単位）
	イ. ア以外の要支援者又は事業対象者である場合 442 単位 【内訳】基本委託料（442 単位）

(2) ケアマネジメントC委託料

① 基本委託料（1ヶ月につき）

基本委託料は、利用者に対してケアマネジメントCを行った場合に算定します。

ただし、ケアマネジメントCは、原則、サービスの利用又は地域の予防活動等への参加の開始時にのみ行われるケアマネジメントであり、当該基本委託料算定後6ヶ月を経過する前の算定はできません。

② 初回加算※

地域包括支援センターにおいて、初めてケアマネジメントを受ける者又は前回マネジメントを受けてから6ヶ月を経過している者で、介護予防ケアプランを作成する利用者に対しケアマネジメントCを行った場合については、初回加算として、1ヶ月につき所定単位数を加算します。

③ 卒業加算※※

通所型サービスCの利用により、状態が改善し総合事業非該当となった者が、ケアマネジメントCを受けようとする場合は、非該当基本チェックリスト実施日の属する月の翌月末日までの期間は事業対象者の特定を有効とし、卒業加算として、1ヶ月につき所定単位数を加算します。

4 実施手順

(1) 基本方針

ケアマネジメントCは、基本的に、サービスの利用又は地域の予防活動等への参加の開始時にのみ行われるケアマネジメントであり、アセスメントを行い、ケアマネジメントCケアプランを作成するが、原則として、モニタリングや評価は行いません。

(2) 具体的な手順

※通所型サービスC終了後に行うケアマネジメントCは、ア～ウの手順は省略可能。

ア．相談申出

- ① 利用者等から、住民主体のサービス等の利用又は地域の予防活動等への参加についての相談申出を受けます。

イ．利用申し込みの受付

- ① 介護保険被保険者証を確認します。
- ② 利用申込者が要支援認定及び事業対象者の特定を受けていない場合、地域包括支援センター等が基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当するか確認します。
- ③ 利用申込者に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに係る重要事項説明書を交付・説明し、同意を得ます。
- ④ 地域包括支援センター等が実施した基本チェックリスト及び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）届出書へ必要事項を記入してもら

い、松戸市高齢者支援課へ提出します。

ウ．契約の締結

- ① 利用申込者と契約を締結します。
- ② 指定居宅介護支援事業者にケアマネジメントの一部を委託する場合は、指定居宅介護支援事業者と委託契約を締結します。

エ．アセスメント

- ① 利用者の生活機能、健康状態、置かれている環境等を把握した上で、「運動及び移動」「家庭生活を含む日常生活」「社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション」「健康管理」の領域ごとに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及び意向を踏まえて、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に支援すべき総合的な課題を把握します。
- ② アセスメントに当たっては、基本チェックリスト、利用者基本情報、松戸市版アセスメントシート、松戸市版運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート等を活用します。なお、医師に判断を求める必要がある場合は、介護サービス利用時診断書を活用してください。
- ③ アセスメントに当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行います。この際、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る必要があります。

オ．ケアマネジメントCケアプランの作成

- ① 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用者・家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、本人、サービス・活動提供者等が目標を達成するために行うべき支援内容等を記載したケアマネジメントCケアプランの原案を作成します。ケアマネジメントCケアプランの様式は、様式1（必要事項のみで構成された様式）又は様式2（通常の介護予防ケアプランに必要事項のみ記載する様式）のいずれかとなります。
- ② サービス・活動担当者（サービス・活動提供者の担当者をいう。以下同じ。）に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報をサービス・活動担当者と共有するとともに、当該ケアマネジメントCケアプランの原案の内容について、サービス・活動担当者から、専門的な見地からの意見を求める必要があります。
- ③ 当該ケアマネジメントCケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。
- ④ ケアマネジメントCケアプランの内容に沿って、利用者が、継続的かつ主体的に、住民サービス等を利用又は地域の予防活動等へ参加できるよう、サービス・活動担当者と調整を行うなど、必要な支援を行います。
- ⑤ サービス・活動担当者から、住民サービス利用等開始証明書（様式3）の提出を受けます。なお、当分の間、地域包括支援センターまたは介護支援専門員自身が住民サービス利用等開始申告書（様式4）を作成することによって、住民サービス利

用等開始証明書の受領に代えることができます。

- ⑥ ケアマネジメントCケアプランを作成した際には、当該ケアマネジメントCケアプランを利用者に交付するとともに、利用者の判断により、利用者自身がサービス・活動担当者にケアマネジメントCケアプランを交付できる旨を説明します。
- ⑦ 地域包括支援センターは、利用者が、住民サービス等の利用又は地域の予防活動等への参加につながった後であって、利用者の心身の状況に変化があった場合などの必要な場合には、支援を再開できる体制を構築する必要があります。

5 ケアマネジメントCによってつなぐサービス・活動の内容

ケアマネジメントCによってつなぐ住民サービス・地域の予防活動等としては、高齢者自身が主体的かつ継続的に利用又は参加できるものとし、地域の予防活動、就労、ボランティア、趣味活動等を想定しています。想定される例については、下表を参照してください。

なお、例えば、医療機関への受診の紹介等は主体的かつ継続的なものではないこと、単に、福祉用具を購入し利用するだけの場合等は、いずれも、ケアマネジメントCによってつなぐ住民サービス・地域の予防活動等に該当しません。

【ケアマネジメントCによってつなぐ住民サービス・地域の予防活動等の例】

サービス・活動	実施主体 (サービス・活動提供者)	証明書受領又は 申告書作成	ケアプラン 交付
サロン	地区社協、町会、自治会、 NPO法人等 ※地域包括支援センター で開催する体操教室は該 当しない	住民サービス利用等開始証明書（様式3）を受領、又は、住民サービス利用等開始申告書（様式4）を作成。	利用者自身によるサービス・活動提供者への交付を推奨。
体操教室			
介護予防教室	通所型サービスC指定事業者		
高齢者就業	シルバー人材センター等		
ボランティア	社協、NPO法人		
はつらっクラブ活動	はつらっクラブ		
訪問型元気応援サービス (困りごとコース) ※単発利用の場合	サービス実施団体		

6 住民サービス・地域の予防活動等へのつながりに当たっての留意事項

(1) 住民サービス利用等開始証明書の受領等

ケアマネジメントCによって住民サービス・地域の予防活動等につなぐ際は、サービス・活動提供者から住民サービス利用等開始証明書（様式3）を受領するか、又は、地

域包括支援センター自身が住民サービス利用等開始申告書（様式4）を作成してください。

住民サービス利用等開始証明書（様式3）の受領及び住民サービス利用等開始申告書（様式4）の作成に当たっては、以下の点に留意してください。

【留意点】

- 住民サービス利用等開始証明書（様式3）の受領を受けない場合、住民サービス利用等開始申告書（様式4）の作成を行わない場合は、ケアマネジメントC委託料の支払を受けることができないので注意してください。
- 住民サービス利用等開始申告書（様式4）の作成を行う場合は、個人情報保護の遵守を図る観点から、様式5（住民サービス等の提供等に当たっての個人情報保護の遵守について）を送付して、その内容を説明し、その記載事項に同意を得た上で、その旨を様式4に記載してください。
- サービス・活動提供者に対する住民サービス利用等開始証明書（様式3）の提供の依頼に当たっては、適宜、参考様式（ケアマネジメント利用者に対する住民サービス・活動の場の提供について（依頼））を活用してください。

（2）サービス・活動提供者へのケアマネジメントCケアプランの交付

作成されたケアマネジメントCケアプランは、利用者に対して交付されることとなっています。あわせて、介護予防と自立支援を推進する観点から、その者の状態等に応じた適切なサービスや活動の場の提供につながるよう、個人情報保護の遵守を図った上で、サービス・活動提供者に対してケアマネジメントCケアプランの情報が提供されることが望まれます。

このため、利用者の判断により、利用者自身がサービス・活動担当者にケアマネジメントCケアプランを交付できる旨を、利用者に対して説明してください。

なお、個人情報保護の観点から、原則として、地域包括支援センターは、サービス・活動提供者に対して、ケアマネジメントCケアプランを直接交付しません。

7 ケアマネジメントCに係る委託料請求に当たっての留意点

ケアマネジメントCを通じて住民サービス・地域の予防活動等につないだ月（具体的には、サービス・活動提供者から住民サービス利用等開始証明書（様式3）を受領した月、又は、地域包括支援センター自身が住民サービス利用等開始申告書（様式4）を作成した月）について、ケアマネジメントC委託料を請求します。

なお、ケアマネジメントC委託料を請求する際には、住民サービス・地域の予防活動等につないだ月の翌月10日までに、①住民サービス利用等開始証明書（様式3）又は住民サービス利用等開始申告書（様式4）及び②ケアマネジメントCケアプランの写しを、松戸市高齢者支援課（居宅介護支援事業所の場合は、地域包括支援センター）まで提出してください（月報にあわせて提出することで構いません）。

(注) 利用者が県外住所地特例対象者である場合は、ケアマネジメントC委託料を松戸市に直接請求する。なお、委託料請求にあたっての具体的な方法は、松戸市介護予防ケアマネジメント実施要綱に定めるとおりとします。

8 請求ソフトでケアマネジメントCケアプランを作成する場合の取扱い

様式1（必要事項のみで構成されたケアマネジメントCケアプランの様式）については、松戸市独自のものとなるため、請求ソフトには搭載されていません。このため、請求ソフトを用いてケアマネジメントCケアプランの内容を入力する際は、様式2（通常の介護予防ケアプランに必要事項のみ記載する様式）の網掛け部分以外に記入することによって対応します。

9 ケアマネジメントC実施後の取扱い

地域包括支援センターは、利用者が、住民サービス等の利用又は地域の予防活動等への参加につながった後であって、利用者の心身の状況に変化があった場合などの必要な場合には、支援を再開できる体制を構築しておきます。こうした事後の支援に円滑につながっていくための仕組みづくりとしては、例えば、以下のような例などが考えられます。

【状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例】

- ・サービス・活動提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・サービス・活動提供者が出席簿を作成の上、地域包括支援センターに報告する。

介護予防サービス・支援計画書（１）

【ケアマネジメントＣ用】

新規・通所型サービスＣ終了時（卒業加算あり・なし）

様式 1

利用者区分：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 生年月日 年 月 日 被保険者番号 担当地域包括支援センター：

計画作成者氏名 計画作成事業者・事業者名及び所在地

計画作成(変更)日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 認定年月日 年 月 日 認定有効期限 年 月 日～ 年 月

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	目 標	支 援 計 画		
運動・移動について			本人等のセルフケアや家族の 支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	事業所
		1.			
日常生活(家庭生活)について					
		2.			
社会参加、対人関係・ コミュニケーションについて		3.			
健康管理について		【総合的な援助方針】			
		地域包括支援センター		【計画に関する同意】	
		【意見】	【確認印】	介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。 年 月 日 氏名	

健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)

※網掛け部分への記載は 必須ではない。

介護予防サービス・支援計画書（１）				初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援１・要支援２ 地域支援事業		
利用者名 様 生年月日 年 月 日 被保険者番号		担当地域包括支援センター：				
計画作成者氏名		計画作成事業者・事業者名及び所在地：				
計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)		認定年月日 年 月 日		認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日		
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）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無	1	1	1	
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無	2	2	2	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無	3	3	3	
健康管理について		☐ 有 ☐ 無				
健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)						
			必要な事業プログラム			
			運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防

介護予防サービス・支援計画書（２） 被保険者番号		利用者名 様 生年月日 年 月 日				
目 標	支 援 計 画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1	()					
2	()					
3	()					
	()					
	()					
【総合的な援助方針】 (生活不活発病の改善・予防のポイント) 地域包括支援センター 【意見】 【確認印】 【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) 【計画に関する同意】 介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。 年 月 日 氏名						

FAX

様式 3

住民サービス利用等開始証明書（引継書）

●●高齢者いきいき安心センター（●●指定居宅介護支援事業者）がケアマネジメントを行う利用者 ■■■■様に対して、_____年 ____月 ____日から、サービス又は活動の場の提供を行っていただきますようお願いいたします。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、_____年 ____月 ____日に済んでいます。

事業者名：●●高齢者いきいき安心センター
（●●指定居宅介護支援事業者）

住 所：

電 話：

F A X：

担 当 者：

記 入 日：

----- サービス・活動提供者記載欄 -----

上記の件について、当書面をもってサービス利用又は活動参加の申込を受け付けました。
■■■■様におかれましては、_____年 ____月 ____日より、サービスの利用又は活動への参加が開始されます。

サービス・活動提供者名：
事業所の住所：
事業所の電話：
事業所の F A X：
サービス・活動の名称・種類：
担 当 者：
記 入 日：

なお、個人情報の取扱いに当たっては、以下の点を遵守します。

- ① サービス・活動提供者及びその従事者は、住民サービス等又は地域の予防活動等の場の提供に当たって知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、サービス又は活動の場の提供中及び提供終了後においても、第三者には漏らしません。
- ② サービス・活動提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
- ③ サービス・活動提供者は、利用者及びその家族の個人情報について、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

サービス・活動提供者 御中

●●高齢者いきいき安心センター
(地域包括支援センター)
〔●●居宅介護支援事業者〕

ケアマネジメント利用者に対する住民サービス・活動の場の提供について（依頼）

平素より、高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業者）の業務に格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本センター（本居宅介護支援事業者）では、松戸市が行う介護予防・日常生活支援総合事業に基づき、高齢者の方の介護予防ケアマネジメント業務を実施しています。この業務の一環として、高齢者の介護予防と自立支援を推進する観点から、要支援者、総合事業対象者又はこれらを卒業した方を、ケアマネジメントを通じて、地域の予防活動、就労、ボランティア、趣味活動等に積極的につないでいるところです。

つきましては、こうした住民サービス等の利用又は地域の予防活動等への参加が適切であると考えられる利用者様をご紹介しますので、提供者様において、住民サービス等又は地域の予防活動等の場を提供していただきますよう、お願いいたします。

なお、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、別添の住民サービス利用等開始証明書（引継書）について、必要事項をご記入の上、当月末日までに、●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）まで、FAX又は郵送にてご返信を下さいますよう重ねてお願い申し上げます。

〔添付書類〕

- ・住民サービス利用等開始証明書（引継書）

〔留意事項〕

利用者様の状況変化等があった際には、事業者様から、●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）まで、ご連絡下さるようお願いいたします。

<問い合わせ先>

●●高齢者いきいき安心センター（●●居宅介護支援事業所）
TEL 047- - FAX 047-

住民サービス利用等開始申告書

様式 4

事業者名：●●高齢者いきいき安心センター
(●●指定居宅介護支援事業者)

住 所：

電 話：

F A X：

担 当 者：

記 入 日：

●●高齢者いきいき安心センター(●●指定居宅介護支援事業者)がケアマネ
ジメントを行う利用者 ■■■■様に対して、 年 月から、下記のサ
ービス又は活動の場の提供が行われることを申告します。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は、 年 月 日に
済んでいます。

また、サービス・活動提供者へは、 年 月 日に、様式5
(住民サービス等の提供等に当たっての個人情報保護の遵守について)を送付し、
その内容を説明した上で、その記載事項に同意を得ています。

記

サービス・活動提供者名：

提 供 事 業 所 の 住 所：

提 供 事 業 所 の 電 話：

提 供 事 業 所 の F A X：

サービス・活動の名称・種類：

FAX

サービス・活動提供者 御中

●●高齢者いきいき安心センター
(地域包括支援センター)
〔●●居宅介護支援事業者〕

住民サービス等の提供等に当たっての個人情報保護の遵守について

ケアマネジメントC実施後の住民サービス等又は地域の予防活動等の場の提供に当たっては、個人情報の取扱いについて、下記の事項を遵守願います。

記

- ① サービス・活動提供者及びその従事者は、住民サービス等又は地域の予防活動等の場の提供に当たって知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、サービス又は活動の場の提供中及び提供終了後においても、第三者には漏らしません。
- ② サービス・活動提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- ③ サービス・活動提供者は、利用者及びその家族の個人情報について、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

6 多機能コーディネーター連携加算について

※令和7年度は包括支援センターのみで実施

基本的な考え方

(概要)

- 事業対象者、要支援者である高齢者自身が地域で何らかの役割が果たせる活動の継続促進をめざした自立支援に資するため、多機能コーディネーターとの連携による加算を追加。

(効果)

- 介護予防ケアマネジメントにおいて、多機能コーディネーターと連携することによりケアプランにインフォーマルサービスが位置づきやすくなり、コーディネーターの機能を活かした就労的支援や認知症の方への支援の担い手となりうるボランティア活動の創設が生まれ、既存の介護保険サービス以外の社会資源を活かした介護予防ケアマネジメントが見込まれる。

(2) 多機能コーディネーター連携加算委託内容

	委託内容		備考
多機能コーディネーター連携初回加算 100単位	多機能コーディネーターとの連携により、インフォーマルサービスを介護予防ケアプランに記載した場合		基本委託料 (A・B・C) および委託連携加算、ケアマネジメントC卒業加算に追加可
多機能コーディネーター連携継続加算 50単位	モニタリング時のプラン見直しの際に、再度多機能コーディネーターと連携した場合	変更がなかった場合	基本委託料 (A・B) および委託連携加算に追加可
多機能コーディネーター連携プラン変更加算 70単位		変更の必要があった場合	基本委託料 (A・B) および委託連携加算に追加可

① 多機能コーディネーター連携初回加算

介護予防ケアマネジメントにおいて、介護予防ケアプランを作成する利用者に対し、新規に多機能コーディネーターと連携してインフォーマルサービスを介護予防ケアプランに記載し、ケアマネジメント (A・B・C) を行った場合については、初回加算として、1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

② 多機能コーディネーター連携継続加算

介護予防ケアマネジメントにおいて、モニタリング時に利用者の状態等に変化が生じ、再度多機能コーディネーターと連携は行うが、すでに介護予防ケアプランに記載しているインフォーマルサービスに変更がなかった場合については、継続加算として、1ヶ月につき所定単位数を加算する。

③ 多機能コーディネーター連携プラン変更加算

介護予防ケアマネジメントにおいて、モニタリング時に利用者に変化等が生じ、再度多機能コーディネーターと連携し、介護予防ケアプランに記載しているインフォーマルサービスに変更があった場合については、プラン変更加算として、1ヶ月につき、所定単位数を加算する。

(3) 実施手順

ア. 初回加算

① 多機能コーディネーターとの連携の検討

アセスメントにより、本人の意向や状態により、利用サービス内容の選択の際に多機能コーディネーターとの連携によるインフォーマルサービスの活用を検討する。

② 介護予防ケアプランにインフォーマルサービスを記載する

サービス内容の検討の結果、ケアマネジャーは多機能コーディネーターと連携した場合は、対象者の介護予防ケアプランにインフォーマルサービスを組み込みます。

③ ケアマネジャーは多機能コーディネーター連携証明書を作成

ケアマネジャーは多機能コーディネーター連携証明書を作成し、連携した多機能コーディネーターに介護予防サービス・支援計画書(以下支援計画書)と多機能コーディネーター連携証明書の確認を依頼します。

④ 多機能コーディネーターへ支援計画書の確認と多機能コーディネーター連携証明書の記入を依頼

ケアマネジャーは、多機能コーディネーターへ支援計画書の確認(連携した内容が記載されているか)および多機能コーディネーター連携証明書への記入を(多機能コーディネーター記載欄)を依頼する。依頼時に預けた支援計画書と記入された多機能コーディネーター連携証明書をケアマネジャーが受け取る。

⑤ 支援計画書(写し)と多機能コーディネーター連携証明書を高齢者支援課に提出

ケアマネジャーは受け取った支援計画書と多機能コーディネーター連携証明書を高齢者支援課に提出します。

※支援計画書は写しを提出

※多機能コーディネーター連携証明書の代わりに「介護予防支援経過記録」の提出でも代用可

イ. 継続加算・プラン変更加算

① 多機能コーディネーターとの連携の検討

一度、多機能コーディネーターと連携したプランについて、その後のアセスメントにより、多機能コーディネーターとの連携によるインフォーマルサービスの活用を検討する。

② 介護予防ケアプランにインフォーマルサービスを記載する

サービス内容の検討の結果、再度モニタリング時に、ケアマネジャーは多機能コー

ディネーターと連携した場合は、対象者の介護予防ケアプランにインフォーマルサービスを組み込みます。

③ ケアマネジャーは多機能コーディネーター連携証明書を作成

ケアマネジャーは多機能コーディネーター連携証明書を作成し、連携した多機能コーディネーターに介護予防サービス・支援計画書(以下支援計画書)と多機能コーディネーター連携証明書の確認を依頼します。

④ 多機能コーディネーターへ支援計画書の確認と多機能コーディネーター連携証明書の記入を依頼

ケアマネジャーは、多機能コーディネーターへ支援計画書の確認(連携した内容が記載されているか)および多機能コーディネーター連携証明書への記入を(多機能コーディネーター記載欄)を依頼する。依頼時に預けた支援計画書と記入された多機能コーディネーター連携証明書をケアマネジャーが受け取る。

⑤ 支援計画書(写し)と多機能コーディネーター連携証明書を高齢者支援課に提出

ケアマネジャーは受け取った支援計画書と多機能コーディネーター連携証明書を高齢者支援課に提出します。

※支援計画書は写しを提出

※多機能コーディネーター連携証明書の代わりに「介護予防支援経過記録」の提出でも代用可

(4) 多機能コーディネーター連携加算に該当する連携の内容

介護予防ケアマネジメントの際に、多機能コーディネーターに社会資源(人・場所等)のコーディネート協力を依頼することが効果的なプラン作成につながる場合を想定しています。

※以下の場合、多機能コーディネーターとの連携による連携加算の対象にはなりません

- ・多機能コーディネーターと連携せず、ケアマネジャーが自ら把握している社会資源をプランに記載する場合

(5) 加算が請求できるインフォーマルサービスの内容

この加算は、利用者の意欲や希望に基づいて、地域の社会資源を活用して自立支援を進める場合に、多機能コーディネーターのコーディネートの協力が必要な時に適用されるものです。

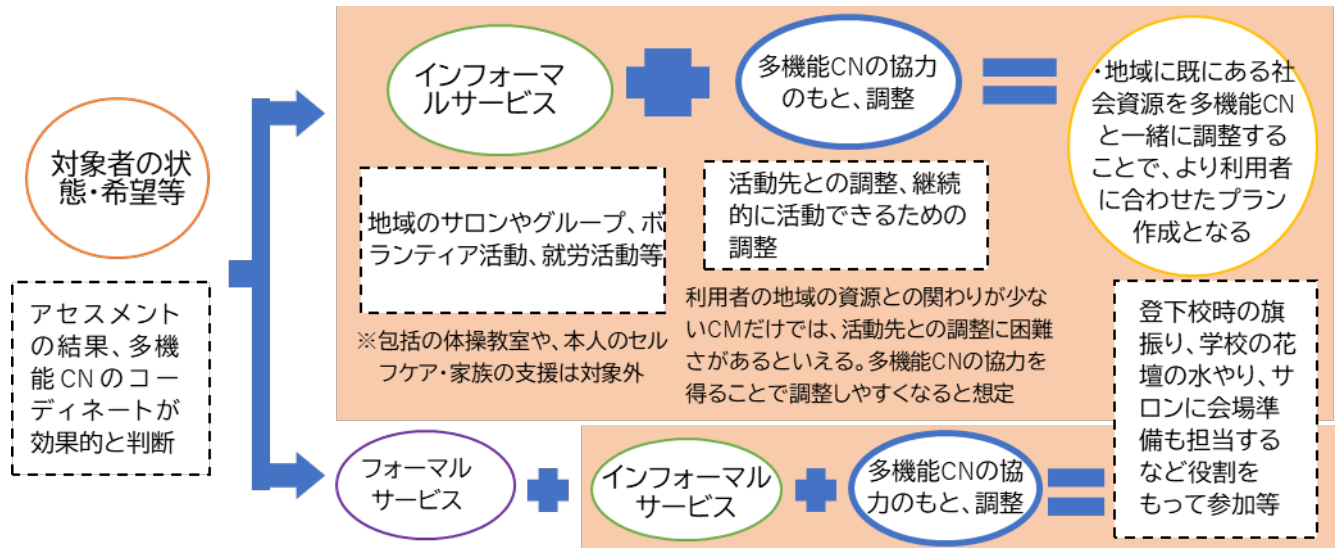
具体的には、地域のサロンやグループ、ボランティア活動に継続的に参加できるように、利用者の状況や希望に応じて、関係者との調整を行います。例えば、活動場所に行けるように移動手段の調整をしたり、ボランティアが支援を提供するなど、これらの調整を多機能コーディネーターと緊密に連携して行った場合に加算が適用されます。

例えば、デイに週1回通っている等フォーマルサービス利用者に対して、新たに多機能コーディネーターとの連携により、インフォーマルサービス加えた場合も加

算対象となります。

※ケアマネジメントCによってつなぐサービス・活動、その他地域活動もインフォーマルサービスですが、ケアマネジャー自身がつないだ場合は、多機能コーディネート連携加算には、該当しません。

※プラン作成時に加算が可能なインフォーマルサービスなのか判断が難しい場合は、事前に高齢者支援課までお問い合わせください。



(6) インフォーマルサービスの想定される実施期間について

原則、週1回以上の活動や支援を想定しています。いくつかの行き先を組み合わせるなど、介護予防につながるような、定期的な活動が望まれます。

多機能コーディネーター連携証明書

●●高齢者いきいき安心センター（●●指定居宅介護支援事業者）がケアマネジメントを行う利用者 ■■ 様に関して、別紙 介護予防サービス・支援計画書のとおり（新規・継続・変更）、多機能コーディネーターと連携したサービス又は活動等を含めた、プランを作成しましたので確認をお願いいたします。

事業者名：●●高齢者いきいき安心センター
（●●指定居宅介護支援事業者）

住 所：

電 話：

F A X：

担 当 者：

記 入 日：

----- 多機能コーディネーター記載欄 -----

上記の件について、連携したサービス又は活動等を確認しました。

＜サービス又は活動に関する内容＞

☐ サービス又は活動の関係機関との調整

町会・学校・企業・その他（ ）

☐ サービス又は活動にボランティア（オレンジ協力員含む）を交えた

☐ その他

（ ）

担 当 者：

記 入 日：

高齢者いきいき安心センター 予防管理者欄

☐ 支援計画書と多機能CN連携証明書または
支援経過記録表を確認しました

●●高齢者いきいき安心センター（ ）

7 継続利用要介護者による住民主体のサービスの利用

(1) 基本的な考え方

- 介護予防・生活支援サービス事業のうち、補助により実施されるサービス（以下「住民主体のサービス」という。）については、要支援者及び基本チェックリスト該当者に加えて、継続利用要介護者も対象となります。
- これは、要支援者又はチェックリスト該当者が要介護認定を受けた場合、それまで受けていた介護予防・生活支援サービス事業利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とする観点から支援するためのものです。
- また、要介護者が継続して住民主体のサービスを利用する場合であっても、介護給付を受けることができることには何ら変更がない点について留意することが必要です。
- 住民主体のサービスは自主的に実施されているものであり、要支援から要介護に介護度が上がったことによってボランティア団体等が対応できなくなる可能性もあることから、具体的な利用の可否については、ボランティア団体等と利用者の間で決定されるものです。

その際、ボランティア団体等の判断に加えて、要介護者本人の希望に基づき、居宅介護支援事業所の介護支援専門員がケアマネジメントの中で利用の適切性を判断し、助言を行うことが重要となります。

(2) 継続利用要介護者に対するケアマネジメントの実施主体

- 継続利用要介護者は、介護給付を受けながら、本人の希望により住民主体のサービスを利用することとなるため、そのケアマネジメントについては、介護支援専門員が居宅サービス計画に位置付けることになります。
- ただし、継続利用要介護者が介護給付におけるサービスを利用しなくなり、住民主体のサービスのみを利用することとなった場合は、地域包括支援センターがケアマネジメントを行うこととなります。

8 好事例から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(概要)

- 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、居宅要支援被保険者等自身が地域の支え手になることを目指すものです。

○ 特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で居宅要支援被保険者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましいです。

さらに、この場合、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的です。

○ 以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましいです。

(7) 地域ケア会議の活用

- 地域ケア会議は、地域包括支援センターの業務である包括的・継続ケアマネジメント支援業務を効果的に実施するために、介護保険法第115条の48第1項の規定に基づき設置される会議です。
- 地域ケア会議は地域の介護支援専門員の法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築、個別ケース課題分析等行う事による地域課題の把握等を目的としています。
- 介護予防ケアマネジメントの流れの中では、計画作成者が個人でケアプラン原案を作成することになっていますが、個人の力に頼るには限界があります。
- 参加者は医師、歯科医師、薬剤師、民生委員、リハビリ専門職、その他必要に応じて専門職等が出席しています。多職種が参加しているため、多職種で悩み、課題を共有し、新たなネットワークの構築が出来ることから多角的な視点でケアマネジメントを実施することが可能です。

イ 課題分析

○ 課題分析の目的は、本人の望む生活（＝「したい」）（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、課題分析項目に基づく情報の収集から「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す。

○ 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本人・家族の取組を積極的に促すことができます。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

- 状態を把握する際には、
- 「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろう（申請のきっかけ）」、
- 「なぜ、要支援状態になったのだろう」、
- 「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」、
- 「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」、
- というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取る
ことが重要です。
- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、
「どこに問題があるのだろうか」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な
情報を把握します。下表に、課題分析標準項目の中で、特に居宅要支援被保険者等につ
いて把握が必要な項目を例示する。

表 2 居宅要支援被保険者等について特に把握が必要な課題分析(アセスメント)に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容(例)
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など 身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、 人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な 介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇 所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況(アク セス手段、自宅からの距離等)に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

出典：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン

○ 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけでなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、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ことが重要です。そのことで、居宅要支援被保険者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができます。

○ また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「（できれば）してみたい・参加してみたい」ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要です。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることができるからです。

○ しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要です。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましいです。

ロ ケアプラン

○ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。

○手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に

- ・「どのように改善を図るのか」（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のか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）

を考慮し、計画を作成することが望ましいです。

○ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要です。

○ 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は、その開発を検討する必要があります。地域ケア会議の場等を活用して多機能コーディネーターや市等に情報提供することが望ましいです。

○ 居宅要支援被保険者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、

①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、

③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、

④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられます。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められます。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
1 健康管理の支援が必要な者	・ 高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者 ・ 飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者 ・ 健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者	①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。 ②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。 ③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。 (1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。 (2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。 (3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。 ④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。 ⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。	80歳男性のAさん 要支援1→1 元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。 81歳男性のBさん 要支援2→更新せず 旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいってないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
2 体力の改善に向けた支援が必要な者	・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者	①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。 ②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。 (1) まずは、送迎による外出支援 (2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 (3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。 ③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。	90歳Cさん男性 要支援2→2 シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。 75歳Dさん女性 要支援2→更新せず 元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみ。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
3 ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者	・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 ・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者	①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。 ②併せて、通所に参加し、 (1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する (2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。 (3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。 ③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。	80歳男性のEさん 要支援1→更新せず 趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため通所介護利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。 84歳女性のFさん 要支援2→2 軽トラックを運転して、買い物に行くなど家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出への自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所終了し、地域の通いの場で体操に参加、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家で掃除、買い物等を担当するようになった。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
4 閉じこもりに対する支援が必要な者	・ 病院から退院してまもない者 ・ 孤独感や生活の意欲が低下している者 ・ うつや認知機能などが低下している者 ・ 日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・ 社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく閉じこもっている者 ・ 家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者	①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。 ②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。 ③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。 ④通所参加後は、 (1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 ⑤目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。	<u>82歳Gさん男性 要支援2→1</u> 囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加することとした。結果公民館の囲碁教室に通うようになっている。 <u>80歳Hさん女性 要支援2→2</u> 友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
5 家族等の介護者への負担軽減が必要な者	・ 家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・ 本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者	①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。 ②リハビリテーション専門職等の訪問で、 (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 ③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。 (1) 通院援助 (2) 介護軽減に向けた環境調整 (3) 排泄などのADLの介護支援 ④併せて通所型サービスを組み合わせ、 (1) 家族の休息 (2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。	83歳Iさん男性 要支援2→2 山師の仕事を引退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたがらなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。 通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
		⑤通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。 ⑥併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。 ⑦目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。	98歳Jさん女性 要支援2→2 シルバーカーを押して、散歩するなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事も低下、臥床がちの生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方をしてもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。

ハ モニタリング

○ モニタリングの目的は、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つけていくことです。

○ モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、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、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。

○ 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すこととなりますが、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入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれます。

（２） サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

○ サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じてリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましいです。

○ サービス担当者会議では、

① 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どのような支援が必要か」をまず考えた上で、リハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討します。

② 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケース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、計画の原案を説明します。

③ その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることとなりますが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮します。

④ また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができます。

○ 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができます。

○ サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましいです。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職等から、

①終了後も継続して取り組むとよい体操

②疾患からみた心身機能の特徴と関わり方

③生活行為の仕方や考えられるリスク

などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効です。

○ また、このような個別の事例を通したサービス提供事業者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り組まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取組みが推進されることにつながります。

第3章 介護予防ケアマネジメントにかかる手続きについて

1 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)届出書の提出について

利用者が担当地区の地域包括支援センター等から介護予防ケアマネジメントを受けることについて説明を受けて確認した上で、届出書に記入し、松戸市高齢者支援課へ提出します。

※住所地特例対象者は、松戸市経由で保険者市町村へ届出する

表3 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）届出の有無

区分	居宅サービス計画作成依頼届出書	介護予防サービス計画作成依頼届出書	介護予防ケアマネジメント依頼届出書
介護給付から 予防給付に移行する場合	×	○	×
介護給付から 介護予防・生活支援サービス事業 に移行する場合	×	×	○
予防給付から 介護予防・生活支援サービス事業 に移行する場合	×	×	× (※1)
要支援認定者から 基本チェックリストによるサービス 事業対象者に移行する場合	×	×	○
市役所の窓口で届出を受理後 地域包括支援センターから居宅介護 支援事業所へケアマネジメントを 委託した場合	×	×	○
事業対象者が介護予防・生活支援 サービス事業を利用する場合	×	×	○
地域包括支援センターまたは、 委託先居宅介護支援事業所 が変更した場合（転居等）	×	○	○

※1 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出は省略することができるとなっており、松戸市は、提出不要として取り扱うこととする。

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 記入例

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			
区 分	☐ 介護予防サービス計画作成届出書	個人番号	
新規・変更	☐ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書		
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
事業対象者 →介護予防ケアマネジメント依頼届出書チェック		日	
年 月 日			
<新規> →新規で事業対象者と認定され、サービス利用を開始する場合 （例：チェックリスト実施日→R1.4/10、有効期限R1.4/10～R4.4/30） →更新申請で事業対象と認定され（要支援・要介護⇒事業対象者）、サービス利用を開始する場合 （例：チェックリスト実施日→R1.5/10、有効期限R1.6/1～R4.5/31） <変更> →すでに事業対象者として届出を提出しているが、その後委託業者が変更になる場合 （例：地域包括支援センターから〇〇居宅介護支援事業所に委託）		支援事業者 〇〇センター 〇〇の所在地 〒 〇〇の所在地 〒 （ ） 介護支援事業者 〇〇の場合のみ記入して下さい。 〇〇の所在地 〒	
事業所番号		電話番号	（ ）
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合や基本チェックリスト実施日と事業開始日が異なる場合記入してください。		変更年月日 年 月 日付)	
（あて先） 松戸市長 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に依頼することを届け出します。 年 月 日 住所 チェックリストの実施日を記入			
保険者 確認欄	☐ 被保険者資格 ☐ 届出 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地	<①事業対象者になる場合> →要支援・要介護認定期間終了後の事業対象者の認定有効期間開始日を記入（例：チェックリスト実施日→5/10、有効期間R1.6/1～R4.5/31の場合1年6月1日と記入）。 <②委託先事業所の変更の場合> →新しい委託先の利用開始日を記入（例：4/1から〇〇地域包括支援センター→4/20から〇〇居宅介護支援事業所に委託する場合1年4月20日と記入） ※チェックリストの実施日に遡及する場合は、チェックリスト実施日を記入。	
（注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成・変更決定後、速やかに松戸市へ提出してください。 2 介護予防サービス計画の作成若しくは変更又は介護予防ケアマネジメント依頼の変更の場合は、変更年月日を記入のうえ、必ず松戸市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。			

2 事業対象者の有効期間について

事業対象者の特定の有効期間は、①の期間と②の期間を合算して得た期間となります。

① 基本チェックリストの実施によって事業対象者となった日から当該日が属する月の末日まで。(1日で申請した場合、前月の末日となります。)

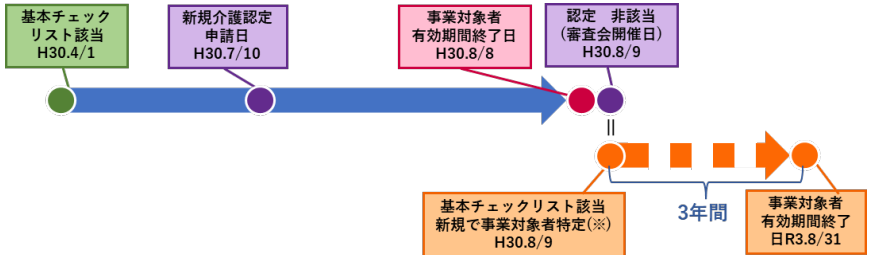
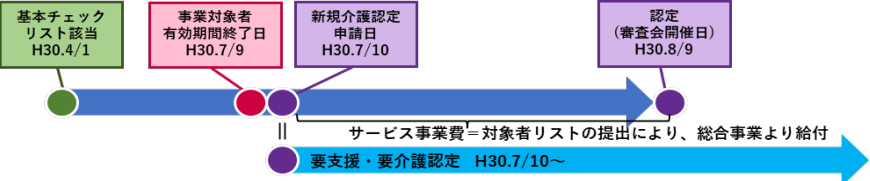
② 3年間

★有効期間内であっても本人の状態に変化があった場合は、基本チェックリストを実施し、再評価を行ってください。

※事業対象者となった日が月の初日である場合は、②に掲げる期間(3年間)を有効期間となります。

※ただし、事業対象者の特定を受けた被保険者が、特定有効期間の満了日の60日前から特定有効期間の満了日までの間に、基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当しなくなった場合は、当該特定有効期間の満了日の翌日より、事業対象者の特定を無効とします。

表4 事業対象者の有効期間

基本的な有効期間	
一般高齢者から ⇒事業対象者に移行の場合	基本チェックリスト実施日から3年間
要支援者から ⇒事業対象者に移行の場合 ※月途中での移行はなし	基本チェックリスト実施日から3年間 または、 要支援の有効期間終了日の次の日から3年間
事業対象者の有効期間内に要支援・要介護認定申請した場合 ⇒①非該当になった場合 ②要支援に移行した場合 ③要介護に移行した場合	①非該当認定日の前日まで(P. 60 参照)  ※サービス事業を継続して利用したい意向がある場合は、非該当認定日でチェックリストを実施することを推奨します。 ②要支援申請日の前日まで ③要介護申請日の前日まで。ただし、介護給付にない事業(短期集中予防サービス・多様なサービス)費については、対象者リストの提出により、認定された日(審査会開催日)の前日までの分は総合事業より給付されます。(詳しくは P. 58 参照) 

事業対象者の更新手続きについて

特定有効期間の満了日の60日前から特定有効期間の満了日までの間に、基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当した場合は、当該事業対象者の特定は更新されます。

【更新手続きにかかる書類】

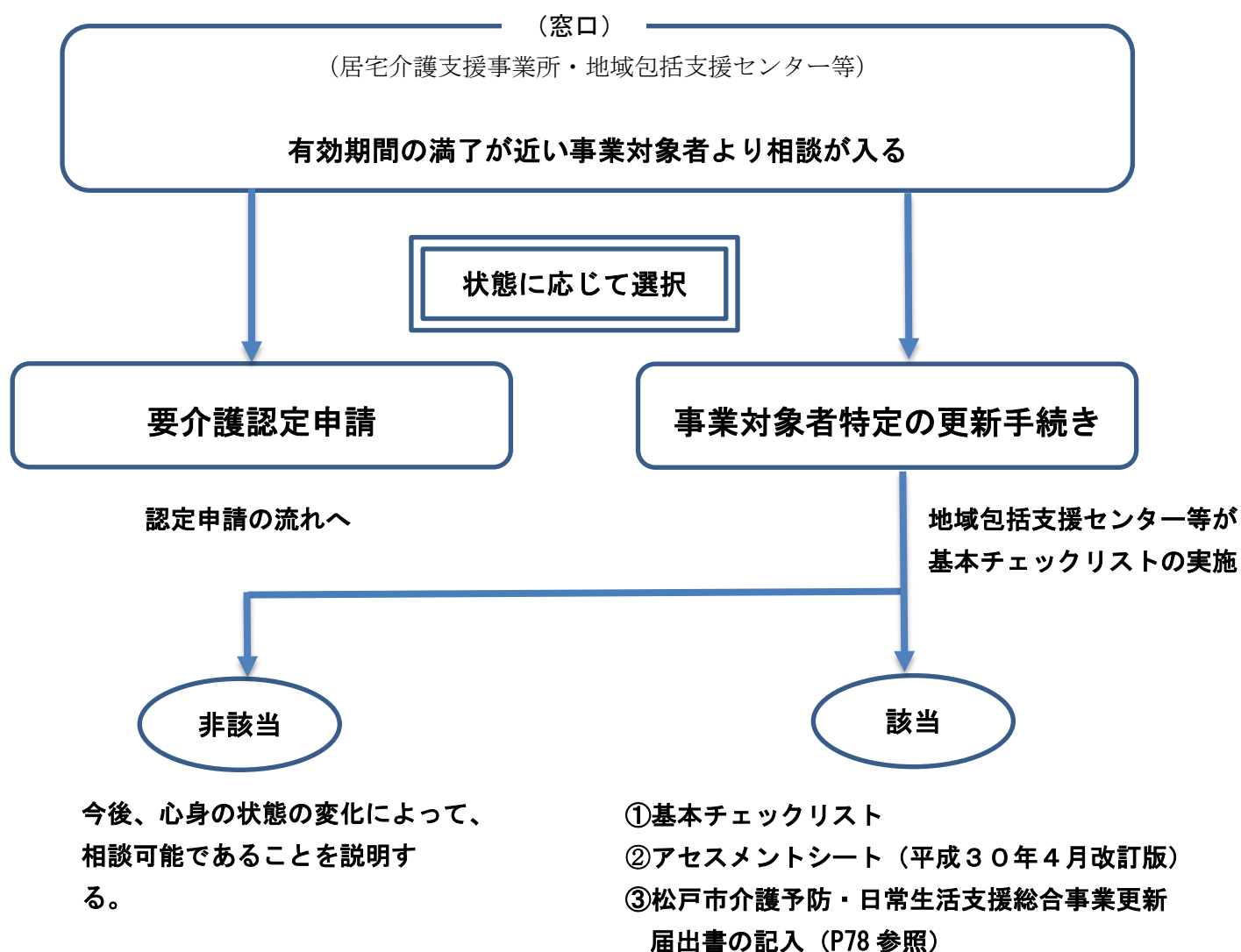
事業対象者特定の有効期間の満了日が近づくと、事業対象者へ更新手続きの通知が届きます。

- ① 事業対象者特定の有効期間の満了について
- ② 事業対象者特定の更新手続きについて

上記①②を参考に地域包括支援センター等が更新手続きを行います。

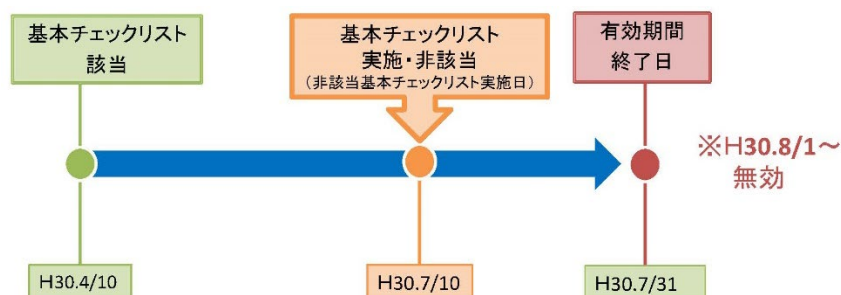
事業対象者特定の更新手続きの流れ

事業対象者特定の有効期間満了に伴う手続きは、下記の通りとなります。

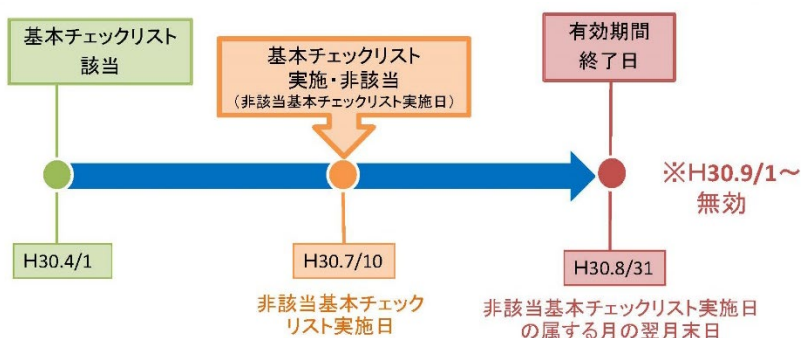


4 事業対象者が有効期間中に非該当となった場合について

事業対象者が、基本チェックリストの実施によって事業対象者の基準に該当しなくなった場合は、基本チェックリストの実施日の属する月の翌月1日より、事業対象者の特定を無効とします。



※ 訪問型サービスまたは通所型サービスを受けていた又は受けている事業対象者が、事業対象者でなくなった後も、地域における予防活動、就業、ボランティア、趣味活動等への参加等を通じて継続して介護予防に取り組んでいくために、ケアマネジメントCを受けようとする場合は、基本チェックリスト実施日の属する月の翌月末日までの期間は事業対象者の特定を有効とすることができます。



非該当になった場合は、基本チェックリスト実施日の属する月の月末まで（または速やか）に下記の手続きを実施してください。

【市への届け出について】

非該当になった場合は、（基本チェックリストの余白に「非該当」と明記し）基本チェックリストと被保険者証を提出してください。

【被保険者証の取り扱い】

松戸市高齢者支援課は、上記届出により、受給者台帳に登録し、被保険者証の有効期間等を修正し、本人に返却します。（後日郵送）

※本人の状態変化に応じて、再度サービス等が必要となった場合は、新たに基本チェックリストを実施し、改めて事業対象者特定の申請を行います。
（新規申請となるため、有効期間はその時点から3年となる）

	新規	更新	新規・更新	有効期間内にチェックリスト非該当	居宅介護予防支援事業所の 変更
基本チェックリスト該当	○	○	×	当初○→有効期間内に×	
対象	65歳以上の者で基本チェックリストの実施により事業対象者の要件に該当した者 ※要介護・要支援者からの移行を含む	事業対象者の有効期間が満了なく満了する者で、基本チェックリストの実施により事業対象者の要件に該当した者 ※有効期間満了が近づいた者に市より案内を発送	新規または更新時の基本チェックリストの実施により事業対象者の要件に該当しなかった者	事業対象者の有効期間内に基本チェックリストの実施により事業対象者の要件に該当しなかった者	事業対象者のケアマネジメント担当事業所が変更となった場合（担当包括の変更、包括が居宅に委託、居宅間の変更等）
提出書類	①基本チェックリスト ②介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書 ③松戸市版アセスメントシート ※③は後日でも可(原則3ヶ月以内)	①基本チェックリスト ②更新届出書 ③被保険者証のコピー ④松戸市版アセスメントシート ※③はなくても可、④は後日でも可(原則チェックリスト実施日より3ヶ月以内)	基本チェックリスト(余白に非該当と明記する)	①非該当となった基本チェックリスト(余白に非該当と明記する) ②被保険者証(コピー不可)	介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書
提出の流れ	本人・家族または地域包括支援センターが、高齢者支援課 まで提出 ※居宅介護支援事業所が提出する場合は、担当包括を経由する				地域包括支援センターが介護保険課給付班まで提出 ※居宅介護支援事業所が提出する場合は、担当包括を経由する
被保険者証の発行	概ね2週間以内に発行し本人に郵送	有効期間満了月に入り次第、順次発行し本人に郵送	行わない	概ね2週間以内に有効期間等を修正した被保険者証を本人に郵送	担当包括変更時のみ発行し本人に郵送

第4章 介護予防ケアマネジメントにかかる様式について

松戸市における介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センター並びに委託居宅介護支援事業者が、共通のシステムで情報を共有していることより、従来使用している様式を継続し使用することを基本としますが、平成30年4月に改訂した「松戸市版アセスメントシート」を活用し、より標準的なアセスメントを実施します。

※アセスメントシート以外は、国より示された様式を使用することも可能です。

★基本チェックリスト

★利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）

★松戸市版アセスメントシート（平成30年4月改訂版）

アセスメント（課題分析）の際に活用するものとして作成。

※本書式は介護予防ケアマネジメントのみで利用可能であり、要介護認定者には使用できません。

※「松戸市版アセスメントシート」の提出は、基本チェックリストと共に新規・更新申請の際に提出。基本チェックリストと同時に提出が望ましいが、困難な場合は後日の提出（原則チェックリスト実施日より3カ月以内）でも差支えありません。

★元気応援シート

高齢者自身が記入することで、自分の気持ちを整理できるもの。

困りごとではなく、希望の確認をするためのシート。

★松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加の係るチェックシート

事業対象者は、「医師意見書」による医療情報が得られなくなるため、特に運動器機能向上等身体に負荷が加わる可能性があるプログラムに参加する場合に活用する。

★介護サービス利用時診断書

「松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加の係るチェックシート」の活用により、医学的判断が更に必要な場合は、松戸医師会作成の「介護サービス利用時診断書」を活用します。

★介護予防サービス・支援計画書（1）（2）

★介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

- ★介護予防支援・サービス評価表
- ★給付管理票（国より示される）
- ★介護予防支援介護給付費明細書（国より示される）

「介護予防ケアプラン作成の時に必要な様式」のダウンロード方法

松戸市のホームページ

- ① 松戸市のホームページで、まつど DE いきいき高齢者をクリック
- ② 関連情報→「事業者向け」
- ③ 介護予防ケアプラン作成書類についてをクリック
- ④ 必要な様式をダウンロード

＜松戸市版アセスメントシート記入上の留意点＞

【全体】

- ・対象者が直接記入するのではなく、支援者（専門職）が利用者に聞き取り記入します。
- ・各項目についてさらに詳しく聞き取ったことや重要な情報、項目から導き出された課題などは「特記・課題等」の欄に記入します。
- ・頻度についてチェックする項目
 - 「ある」 1週間に1回以上
 - 「時々ある」 1ヶ月に1回以上、1週間に1回未満
 - 「ない」 1ヶ月に1回未満
- ・「しない」「できない」についての考え方
 - 「しない」 能力はあると思われるが行っていない 例）もともと行う習慣がないなど。
 - 「できない」 行うことができない。

【心身機能・身体の状態について】

No	項目	内容
1	現在の健康状態	主観的健康観について
2	介護予防の取組	自身の健康や介護予防のために取組んでいることの有無、意向について。 例）体操や人と話すようにしているなど
3	医療受診	受診の有無、頻度、中断について。医師からの指示があれば記入する。
4	歯科受診	
5	服薬管理	処方薬の有無、ある場合は飲み忘れがないか、飲み忘れがある場合は対策の有無や内容を記入する。

No	項目	内容
6	健康診査	特定健診や後期高齢者健診、人間ドックなどの健康チェックを受けているか。
7	運動制限	疾患や症状があるなどにより、自分でコントロールしている場合は「自己判断で制限」、医師から制限されている場合は「医師から制限」にチェックし、制限の内容を記入する。
8	睡眠の状態	睡眠薬の処方の有無と眠れているかを記入する。
9	食事	食欲の有無、食事回数、偏食の有無について。疾患や症状があるなどにより、自分で食事をコントロールしている場合は「自己判断で制限」、医師から制限されている場合は「医師から制限」にチェックし、制限の内容を記入する。
10	かくれ脱水サイン	以下、かくれ脱水の可能性があるか。 ・皮膚の乾燥 : 皮膚がカサつくようになった。皮膚につやがなく乾燥している。 ・手の甲 : 手の甲をつまみ上げて離した後に、つまんだ跡が3秒以上残る。 ・くちのねばつき : くちの中がねばつくようになった。食べ物がパサつく。唾が少なくて唾をゴクンと飲み込めない。 ・靴下のゴム : 靴下のゴムの跡が、脱いだ後に10分以上残る。 サインが出ている場合は、1日の大体の水分摂取量についても確認する。
11	口腔機能	基本チェックリストの項目以外に口腔機能の低下を示す症状がないか。
12	歯の手入	歯（義歯を含む）の日常的な手入れの方法と頻度について記入する。 例）歯磨き、洗浄剤につけるなど
13	排尿の心配	排泄について心配なことがないか、ある場合は内容と対策の有無を記入する。 排泄回数や選択肢にない心配事などについては特記欄に記入する。
14	排便の心配	排泄について心配なことがないか、ある場合は内容と対策の有無を記入する。 排泄回数や選択肢にない心配事などについては特記欄に記入する。
15	歩行	屋内、屋外での歩行についてそれぞれの安定性、補助具の使用等について。
16	膝・腰の痛み	痛みの有無、ある場合は受診の状況について。受診が必要な状態でなければ「自己管理」、受診が必要だが受診していない場合は「未受診」にチェックする。他の部位に痛みがある場合は特記欄に記入する。
17	つまずき	生活の中でつまずくこと、転倒することがあるか。ある場合は段差が原因か平坦でもか。その他つまずき、転倒しやすいポイントがあれば特記欄に記入する。
18	転倒	
19	筋力	生活の中で必要な筋力について大まかに把握する。牛乳パックを2本もしくは1本持って歩ける場合は「持って歩ける」、持つことはできるが歩けない場合は「持てる」持つこともできない場合は「持てない」にチェックする。
20	握力	生活の中で必要な握力について大まかに把握する。新品のペットボトルキャップを回せるかどうかチェックする。
21	置き忘れ	持ち物などの置き忘れ、約束を間違えることがあるか記入する。症状の有無に関わらず、それぞれに不安を感じているかも確認する。

No	項目	内容
22	約 束 の 間 違 い	持ち物などの置き忘れ、約束を間違えることがあるか記入する。症状の有無に関わらず、それぞれに不安を感じているかも確認する。
23	飲酒	飲酒の有無、頻度、内容について。飲酒がある場合、過去に禁酒経験があるか。
24	喫煙	喫煙の有無、本数について。喫煙している場合、禁煙の経験があるか、昼などを焦がした経験があるかを記入する。

【活動・参加について】

No	項目	内容
25	1 日 の 過 ぎ し 方	（誰 と）誰かと過ごすことが多いか、一人で過ごすことが多いか。誰と過ごすかに関わらず、孤独感を感じているか。 （場 所）外出の有無と頻度、外出先について。1 ヶ月に 1 回未満の外出頻度であれば「ほとんど家で過ごす」にチェックする。 （生活リズム） 大体整っていれば「規則的」にチェックし、大体の起床・就寝時間を記入する。
26	入浴	入浴しているか、入浴場所、方法について。自宅以外で入浴している場合は「他」に○をつけ場所を記入する。
27	調理	調理器具で使っているものに○をする。調理を行っているかについて記入する 支援者がいる場合は特記欄に記入する。
28	掃除	室内、室外の掃除、洗濯、ごみ出しについて、現在行っていることに○をする。 それぞれ支援者がいる場合は特記欄に記入する。
29	洗濯	
30	ごみ出し	
31	買物	買物をしているか、場所と方法について、付添の有無について記入する。支援者がいる場合は特記欄に記入する。
32	通院	通院しているか、付添の有無について
33	乗 り 物 利 用	利用している乗り物に○をする。付添の有無についても記入する。
34	金銭管理	金銭管理をしているか。支援者がいる場合は特記欄に記入する。
35	近 所 と の 交 流	近所との交流について、していることに○をする。町会に加入しているか記入する。
36	目 的 の あ る 活 動 ・ 役 割	現在行っている活動について○をする。その他の活動の場合、特記欄に記入する。 居場所や行くことが習慣になっているような場所があるか。 例) ラジオ体操、囲碁サークル、近くの喫茶店など。 家庭や友人、地域などの中で何らかの役割を担っているか。 例) 主婦、町会役員、ペットの世話、友人の話し相手など

37	活動・参加意欲	興味のある趣味や仲間との活動、就労、ボランティアなどの社会活動・参加に意欲・関心を持っているか。また活動・参加の意義や必要性を感じているか。
No	項目	内容
38	日々の楽しみ	日々の楽しみになっているものの有無と内容について。 例) ニュースを見ること、おいしいものを食べることなど
39	生活の不安	日々の生活について不安に感じていることの有無と内容について。
40	困った時頼れる人	大小問わず何か困ったことがある時に相談できる人、頼れる人がいるか。 例) 子・兄弟などの親族、隣人、友人、民生委員など

【本人の希望・目標としていること】【家族の気持ち・役割】

- ・利用者基本情報（Ⅱ）なども参考に、本人のやりたいことや目標、家族の意向や役割について記入します。

【環境因子（促進因子・阻害因子）】【個人因子（個性の尊重）】

- ・利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）なども参考に、対象者の強みとなる環境因子（促進因子）と自立や希望する生活の実現を阻害している因子（阻害因子）を記入します。
- ・利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）なども参考に、対象者の性格や考え方など、個人因子を記入します。

松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシートの活用

事業対象者の決定は、地域包括支援センター等が基本チェックリスト実施し決定しますが、特に運動器機能向上プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられます。運動器機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加に当たって、医師の判断が必要と考えられる事業対象者の把握方法については、「松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート」を用いて、以下のとおり、決定することとします。

【運動器機能向上プログラム等への参加に当たって医師の判断が必要な事業対象者の把握方法】

- ① 地域包括支援センターは、運動器機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加を希望する事業対象者から、「松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート※第7章様式・参考資料参照」の内容を情報収集します。
- ② チェックシートにおいて、問A「はい」（理由が「その他」以外）、問B「はい」（理由が「その他」以外）又は問C 1が「はい」の場合は、医師の判断を求めます。
- ③ ②に該当せず、問A「はい」で理由が「その他」、問B「はい」で理由が「その他」、問C 2～4が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求めます。
- ④ ②・③以外は、運動器機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加を可能とします。

- ⑤ 問C 5～6が「はい」の場合は、プログラム参加時の体調管理等の参考にしてください。

No	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準
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	①複数の項目に支障 10項目以上に該当
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なにもつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	②運動機能の低下 3項目以上に該当
12	身長 cm 体重 kg(BMI)(注)			
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	③低栄養状態 2項目に該当
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	
				④口腔機能の低下 2項目以上に該当
				⑤閉じこもり NO16に該当
				⑥認知機能の低下 1項目以上に該当
				⑦うつ病の可能性 2項目以上に該当

◆基本チェックリストの該当項目に沿った判断

想定されるサービス・活動の例	留意事項
①複数項目に支障〔No.1～20のうち10項目以上該当〕 ⇒ ②～⑦のうち該当する基準又は該当に近い基準に対応するサービスや活動につなげる。 必要に応じて、複数のプログラムの提供を検討する。	
②運動機能低下〔No.6～10のうち3項目以上該当〕 ⇒ 短期集中予防サービス(運動機能向上) 訪問型元気応援サービス	
③低栄養状態〔No.11～12のすべてに該当〕 ⇒ 短期集中予防サービス(低栄養改善)	
④口腔機能低下〔No.13～15のうち2項目以上該当〕 ⇒ 短期集中予防サービス(口腔機能向上)	
⑤閉じこもり〔No.16に該当〕 ⇒ 地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア、就労、老人クラブ等) 訪問型元気応援サービス	単に通いの観点から通所型短期集中予防サービスを利用することはできない。
⑥認知機能低下〔No.18～20のうち1項目以上該当〕 ⇒ 短期集中予防サービス(認知症予防) 地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア、就労、老人クラブ等) 訪問型元気応援サービス	
⑦うつ病の可能性〔No.21～25のうち2項目以上該当〕 ⇒ 地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア、就労、老人クラブ等) 受診勧奨の必要性を判断 専門相談(窓口)紹介	単に通いの観点から通所型短期集中予防サービスを利用することはできない。

第5章 請求・利用限度額管理について

松戸市が実施する総合事業のうち、給付管理の対象となるサービスは、主に指定事業者による以下のサービスとなります。

事業対象者は、指定事業者のサービスを利用する場合のみ原則給付管理を行います。

★訪問型サービス

★通所型サービス

★訪問型元気応援サービス（生活支援コースのみ）

★通所型短期集中予防サービス

給付管理については、予防給付の支給限度額の範囲で、給付と事業を一体的に行います（表6参照）。

※予防給付とサービス事業を併用した利用の場合

予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が支払われます。

給付管理については、予防給付とサービス事業（指定事業者が行うもの）を併せて限度額管理を行います。

※総合事業サービスを利用中の事業対象者が要介護認定を受けた場合

- 認定結果の出た日以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されます。（表6参照）

請求を行うために、通常とは異なる方法で異動連絡票を作成することになるため、異動連絡票対象者リストを作成し、松戸市高齢者支援課（居宅介護支援事業所の場合は、地域包括支援センター）まで提出してください。

処理が完了したら、高齢者支援課から担当者へ電話にてご連絡いたしますので、その後、請求を行ってください。

異動連絡票 対象者リスト

事業所名：●●高齢者いきいき安心センター
(●●指定居宅介護支援事業者)

住 所：

電 話：

担 当 者：

記 入 日：

No.	氏名	被保険者番号	サービス提供事業所 番号	介護サービス利用 年月日	備考
例	松戸 太郎	123456	1000000000	R7.9.2	R7.9.1 まで総合事業サ ービス利用
1					
2					
3					
4					
5					

表5 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係（事業対象者・要支援認定者）
～事業対象者が介護保険を申請し、認定結果が「非該当または要支援」となった場合

利用サービス	費用請求区分		認定結果	非該当者	要支援認定者
給付のみ	給付サービス費			全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費			なし	
給付と事業を併用	①	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
		事業(現行相当サービス) 費		事業※	事業
		ケアマネジメント費		事業※	予防給付
	②	給付サービス費分		全額自己負担	予防給付
		事業(短期集中予防サービス・多様なサービス) 費		事業※	事業
		ケアマネジメント費		事業※	予防給付
事業のみ	①	事業(現行相当サービス)費		事業※	事業
		ケアマネジメント費			
	②	事業(短期集中予防サービス・多様なサービス)費		事業※	事業
		ケアマネジメント費			

(注1) 上記は、それぞれの指定(委託)を受けていることが前提。

(注2) 月の途中で対象区分に変更がある場合は、月末における対象区分に応じたケアマネジメント費で算定するものとする。

※ 事業対象者が有効期間内に要介護等認定申請をし、非該当になった場合、事業対象者の有効期間は非該当認定日の前日までとなります。引き続きサービスを利用したい意向がある場合は、非該当認定日で基本チェックリストを実施することを推奨します。(基本チェックリスト実施日＝非該当認定日になるようにしてください。)

表6 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係（要介護認定者）
～事業対象者が介護保険申請し、認定結果が「要介護」となった場合
(介護保険申請日から認定日前日までのサービス費の支払い方法)

利用サービス	費用請求区分		要介護認定者
給付のみ	給付サービス費		介護給付
	ケアマネジメント費		
給付と事業を併用	①	給付サービス費	介護給付
		事業(現行相当サービス) 費	
		ケアマネジメント費分	
	②	給付サービス費	介護給付
		事業(短期集中予防サービス・多様なサービス) 費	事業
		ケアマネジメント費	介護給付
事業のみ	①	事業(現行相当サービス)費	介護給付
		ケアマネジメント費	
	②	事業(短期集中予防サービス・多様なサービス)費	事業
		ケアマネジメント費	事業



※下記表 7～14 については、法改正等により単位数等の変更の可能性があります。

最新情報は松戸市ホームページ【介護予防・日常生活支援総合事業について】をご確認ください。

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/jigyosha/jigyousya/sougoujigyoku/sougoujigyoku.html>

表 7 松戸市における支給限度額の考え方

※要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合、並行して事業サービスを利用することはできません。

総合事業	予防給付	
事業対象者	要支援 1	要支援 2
予防給付の要支援 1 の限度額 (5,032単位) とする ※利用者の状態 (退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるケースなど) によっては、予防給付の要支援 1 の限度額を超えることも可能である。 その場合であっても、上限額は、要支援 2 の支給限度額を超えることは想定していない。(同一建物減算が適用されるサービスの場合の計算方法は要介護者と同様)	5,032単位	10,531単位
一時的に限度額を引き上げる場合は、以下を松戸市 (介護保険課) に提出する。(要事前相談) ・総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書 ・介護予防サービス・支援計画書 ・サービス担当者会議の要点 ※月末までに申請すると翌月 10 日の請求可能		

表 8 事業対象者及び要支援 1・要支援 2 の支給限度額 (平成 27 年 4 月 1 日以降)

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等の区分	支給限度額
事業対象者	事業(※参照)のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式第七の三)	5,032単位 例外的に 10,473単位まで (別途申請が必要)
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費 (様式第七の二)	5,032単位
	予防給付と事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式第七の三)	
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費 (様式第七の二)	10,531単位
	予防給付と事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式第七の三)	

※事業：訪問型サービス、通所型サービス、訪問型元気応援サービス、短期集中予防サービス

表9 サービス種類コード

No.	サービス種類コード	サービス種類名	内容
1	A2	訪問型独自サービス	総合事業の松戸市独自指定を受けた事業者が請求するサービス種類
2	A6	通所型サービス(独自)	総合事業の松戸市独自指定を受けた事業者が請求するサービス種類
3	A4	訪問型生活支援サービス(訪問型元気応援サービス・生活支援コース)	訪問型生活支援サービスの指定を受けた事業者が請求するサービス種類
4	A8	通所型サービスC(通所型短期集中予防サービス・いきいきトレーニング)	通所型サービスCの指定を受けるサービス種類

・表10 訪問型サービス(独自)の単価(松戸市)

サービス名称	単位	松戸市の対象
訪問型 独自サービス費 1 1	1月につき 1, 176 単位 1日につき 39 単位	事業対象者・要支援 1・2 1週に1回程度の訪問型サービスが必要とされた者
訪問型 独自サービス費 1 2	1月につき 2, 349 単位 1日につき 77 単位	事業対象者・要支援 1・2 1週に2回程度の訪問型サービスが必要とされた者
訪問型 独自サービス費 1 3	1月につき 3, 727 単位 1日につき 123 単位	事業対象者・要支援 2 1週に2回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者

※ 各種加算・減算は A2 サービスコード表参照。

・表11 通所型サービス(独自)の単価(松戸市)

サービス名称	単位	松戸市の対象
通所型 独自サービス費 1 1	1月につき 1, 798 単位 1日につき 59 単位	事業対象者・要支援 1
通所型 独自サービス費 1 2	1月につき 3, 621 単位 1日につき 119 単位	事業対象者・要支援 2

※ 各種加算・減算は A6 サービスコード表参照。

松戸市介護予防・日常生活支援総合事業

転びやすい、物忘れが多くなった、むせるようになった、
体重が減った、・・・こんな心当たりのある 65 歳以上の方へ

ずっと元気であるための 短期集中予防サービス
(まっど健康マイレージ5マイル対象)

住み慣れた地域でいきいき自分らしく暮らし続けるために、からだやこころの状態を

松戸市介護予防日常生活支援総合事業

訪問型元気応援サービスのご案内

お話を楽しみましょう



指定の研修を受けて
訪問します

このサービスは、社会参加に意欲が高い地域の人（主に高齢者）が、生活支援の担い手として活躍する訪問サービスです。生活のサポートを受けながら、地域の情報などの対話が楽しめる好評です！人とつながり、介護予防効果を高めるサービスとして、積極的にご活用ください。

利用できる人	下記の①と②両方にあてはまる人 ① 介護保険制度上の基本チェックリストで、 事業対象者と特定された人 、または、 介護保険の要支援認定を持っている人 で生活支援(身体介護を除く)を必要とする人 ② 地域包括支援センター等ケアマネジャーに相談し、ケアプランに組み込まれた人				
コース名	生活支援コース（介護保険の範囲）		困りごとコース（左記以外の内容）		
サービスの内容	掃除（居室内やトイレ、卓上等の清掃、ゴミ出し、準備・後片づけ）、洗濯（洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥（物干し）、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ）、一般的な調理、配下膳、後片づけのみ、日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）、薬の受け取り等		本人の居室以外や外回りの掃除、雑草取り、話し相手等、受診等の付き添い支援（困りごとの家事支援とセット利用） ※家族要件によって利用できない場合があります（裏面参照） ※付き添い支援は必要に応じて車での移動も可能です（人数に制限があります）		
サービス実施団体	団体名	生活支援コース	家事支援	家事支援＋付き添い支援	
				車なし	車あり
	松戸市シルバー人材センター	○	○	○	○
	松戸市社会福祉協議会	○	○	※生活支援コースとセット利用のみ	
	らいと介護サービス	○	×	×	×
	(NPO)ディーブデモクラシー・センター	×	○	○	○
料金・サービス時間	30分未満 100円（1割負担の場合） 1時間未満 205円 （1割負担の場合） ※30分超過毎に料金が加算（支給限度額の対象） ※1回1時間未満が目安 （最長時間は基本的に2時間未満）		1時間または1回 500～1,000円程度 ※実施団体で料金が異なります ※最長時間は基本的に1回2時間未満		
申込	お近くの高齢者いきいき安心センター(地域包括支援センター)または、担当のケアマネジャーにお申し出ください。				

・表14 介護予防ケアマネジメント費のサービスコード等について

＜訪問型元気応援サービス担当課＞ 松戸市 高齢者支援課（047）366-7346

区分		サービス 種類コード	単価（月）	サービス利用パターン例
事業対象者	介護予防ケアマネジメント費 （ケアマネジメントAケアプラン）	A F	4 4 2 単位	事業のみ（※参照）
	介護予防ケアマネジメント費 （ケアマネジメントBケアプラン）	A F	2 1 4 単位	事業のみ（※参照）
	介護予防ケアマネジメント費 （ケアマネジメントCケアプラン）	A F	4 4 2 単位	参考資料（P95～） 「ケアマネジメントCの実施方法 等について」参照
要支援 1	介護予防支援費	4 6	4 4 2 単位	予防給付のみ 予防給付と事業（※参照）
要支援 2	介護予防ケアマネジメント費 （ケアマネジメントAケアプラン）	A F	4 4 2 単位	事業のみ（※参照）

☆初回加算の取扱い

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、下記①②の場合に算定できます。

① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

- ・契約の有無に関わらず、当該利用者について過去2月以上、地域包括支援センターにおいて、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合。
- ・利用者が地域包括支援センターの管轄を越えて転居する等で、新たにアセスメントを実施し、ケアプランを再作成する場合。
- ・同一の地域包括支援センターで委託先の変更があっても算定できません。

② 要介護者が要支援認定を受け、またはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできません。

☆委託連携加算の取扱い

- ・地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を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居宅介護支援事業所に提供し、当該居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者一人につき1回を限度として所定単位数を加算します。

☆日割りの取扱い

介護予防・日常生活支援総合事業（訪問・通所型サービス）における請求については、月途中で利用開始の契約を締結した場合、包括報酬ではなく契約日を起算日としての日割りとなる。その他の起算日及び終了日については、H31.1.28 厚労省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について」にて確認できる。

※具体的な例：

・要支援者、事業対象者が、訪問・通所型サービス（サービスコードが“A”で始まるもの）を月途中で契約、同月利用開始となった場合。

例 1:11/25 契約、11/27 利用開始→日割り対象 11 月分は【日割×6回】となる。

例 2:11/25 契約、12/4 利用開始→日割り対象外 12 月分を包括報酬。

・要支援者、事業対象者が、訪問・通所型サービス（サービスコードが“A”で始まるもの）を月途中で解約した場合。

例 3:12/12 最終利用、15 に本人の申し出により契約解除

→日割り対象 12 月分は【日割×15回】となる。

第6章 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業者への委託

介護予防ケアマネジメント業務（介護予防・生活支援サービス事業対象者に対するケアマネジメント業務）を居宅介護支援事業者に委託する場合でも、地域包括支援センターにおいて個別のケースについて適切に関与します。

具体的には、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に立ち会うよう努めることとするが、難しい場合は、居宅介護支援事業所が行うケアマネジメントや予防支援計画書の確認を行うなどを通し、全てのケースについて地域包括支援センターが関与します。

介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の委託手続き

地域包括支援センター等は、介護予防ケアマネジメント並びに介護予防支援業務を居宅介護支援事業者に委託する場合、以下の手続きを行います。

- (1) 利用者の住所地のある各地域包括支援センターの設置者と居宅介護支援事業者が介護予防支援業務委託契約を結ぶ。（利用者ごとに介護予防支援業務委託契約を交わす必要はない）

<介護予防支援業務委託契約の方法について>

- ① 介護予防支援業務委託契約書
- ② 従事者（介護支援専門員）名簿
- ③ 代理受領委任状（千葉県以外の場合は不要）

※地域包括支援センターに設置してある①～③について、居宅介護支援事業者が必要事項を記載してもらい、利用者の住所地の担当地域包括支援センターに提出していただく。

<居宅介護支援事業者が変更となる場合>

新たに委託する事業者は、①介護予防支援業務委託契約書と③代理受領委任状を各担当地域包括支援センターに提出してもらいます。

<事業所内において担当介護支援専門員が変更となる場合>

- ◆特に提出書類はないが、従業員（介護支援専門員）名簿の内容に変更があれば新たに提出してください。
- ◆カナミックネットワーク利用の場合は、利用者名と新旧ケアマネジャーの名前を担当地域包括支援センター等に連絡し、担当地域包括支援センター等からカナミックネットワークに変更依頼をかけます

<カナミックネットワークの利用について>

カナミックネットワークのソフトを利用するにあたって【TRIRUS-ID】【電子証明書】の2点が必要となります。申請方法はケア倶楽部に掲載している、松戸市版電子証明書イン

ストールマニュアルをご参照下さい。なお、ご不明点等ございましたらお近くの地域包括支援センター等にお問い合わせ下さい。

利用者が生活保護受給している場合の留意事項

利用者が生活保護を受給している場合は、介護券の手続きのため、各担当地域包括支援センター、もしくは委託を受けた居宅介護支援事業者が下記書類を生活支援課に提出します。

<必要書類>

- ①保護変更申請書・同意書（介護扶助）
- ②松戸市生活保護受給者介護サービス活用プログラムアセスメントシート
- ③松戸市生活保護受給者介護サービス活用プログラムアセスメントシート（基本チェックリスト）
- ④利用票、別表 ※利用開始時が月途中の場合は、開始月＋翌月分を提出します。
- ⑤担当者会議記録もしくは支援経過
- ⑥介護保険被保険者証の写し

(2) プラン作成と地域包括支援センターとの連携

- ◆各担当地域包括支援センターは委託先の居宅介護支援事業者より介護予防サービス計画書を受け取ります。
- ◆各担当地域包括支援センターは、居宅介護支援事業者より受理したプラン原案について受理後、4日目以降に窓口にて返却します（土日、祝日、年末年始を除く）。
- ◆カナミックネットワークを利用した場合、原案確認終了後各地域包括支援センターより居宅介護支援事業者へ介護予防サービス計画書(案)の確認表を提出します。

受領した曜日	返却する曜日	受領した曜日	返却する曜日
月曜日	金曜日以降	木曜日	(次週)水曜日以降
火曜日	(次週)月曜日以降	金曜日	(次週)木曜日以降
水曜日	(次週)火曜日以降		

提出書類一覧

◆ケアプラン新規作成の場合の様式

- ① 利用者基本情報(Ⅰ)(Ⅱ)
- ② 基本チェックリスト
- ③ 松戸市版アセスメントシート
- ④ 介護予防サービス・支援計画書(1)(2)
- ⑤ 介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)
- ⑥ 利用票・利用票別表

◆ケアプラン継続・変更の場合の様式

- ① 介護予防支援・サービス評価表
- ② 基本チェックリスト
- ③ 松戸市版アセスメントシート
- ④ 介護予防サービス・支援計画書(1)(2)
- ⑤ 介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)
- ⑥ ケアプラン変更時は利用票・利用票別表

※利用者の生活状況等に変化が生じた場合(世帯構成の変化、認定情報など)は、利用者基本情報(Ⅰ)(Ⅱ)を適宜追加します。

◆ケアプラン終了の場合

- ①介護予防支援・サービス評価表
- ②介護予防支援記録経過

(4) 給付管理から委託料支払いまでの手続きの流れ

- ①居宅介護支援事業者は、毎月6日までに、各担当地域包括支援センターに下記のものを出します

※6日が「土曜日」、「日曜日」、「休日」である場合は、その日の前で最も近い平日となります

＜提出書類＞

- ① 様式Ⅰ 介護給付費請求書
- ② 様式7-2 介護予防支援介護給付費明細書
- ③ 様式11 給付管理票
- ④ 利用票及び利用票別表
- ⑤ 別紙 介護予防請求者(委託分)連絡表

- ②カナミックネットワークを利用した場合は、毎月6日までに実績を入力し、給付管理を行います。

※居宅介護支援事業者は、給付管理終了後(実績入力後、「介護予防請求者(委託分)連絡表」のみを各担当地域包括支援センターへ提出します。

- ③ 委託料は、千葉県国民健康保険団体連合会から介護予防支援業務委託契約書に記載してある金額が委託先事業所に直接振り込まれます。

※千葉県以外の地域包括支援センターと委託契約を結んだ場合は、委託元の地域包括支援センターから直接委託料が振り込まれます。

第7章 様式・参考資料

1 各種様式

①	基本チェックリスト -----	P70
②	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・介護予防・日常生活支援総合事業更新届出書 -----	P71
③	利用者基本情報（Ⅰ） -----	P73
④	利用者基本情報（Ⅱ） -----	P74
⑤	松戸市版アセスメントシート -----	P75
⑥	興味・関心チェックシート -----	P77
⑦	松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート----	P78
⑧	介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ） -----	P79
⑨	介護予防サービス・支援計画書（Ⅱ） -----	P80
⑩	介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む） -----	P81
⑪	介護予防支援・サービス評価表 -----	P82
⑫	介護サービス利用時診断書利用の手引き -----	P83
	・介護サービス利用時診断書 -----	P85
	・介護サービス利用時診断書 申請書 -----	P86
⑬	元気応援シート -----	P87

基本チェックリスト

被保険者番号() 記入日(年 月 日)

氏名		生年月日		年	月	日
住所				電話		
No	質問項目				回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
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なに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カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい	0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg(BMI)	(注)	
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

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

松戸市処理欄				
処理後綴る	1部包括へ	依頼書給付	入力	依頼書確認

松戸市受付印

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

区 分	☐	介護予防サービス計画作成届出書	個 人 番 号									
新規・変更	☐	介護予防ケアマネジメント依頼届出書										
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号									
フリガナ												
			生 年 月 日									
			明・大・昭 年 月 日									
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター												
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名			介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地							〒		
事業所番号												電話番号 ()
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。												
居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の所在地							〒		
事業所番号												電話番号 ()
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等												
※変更する場合や基本チェックリスト実施日と事業開始日が異なる場合 記入してください。 変更年月日 (年 月 日付)												
(あて先) 松戸市長 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画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け出します。 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 ☐ 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		☐ 事業対象者入力日									

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が
決まり次第速やかに松戸市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所
又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更する
ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず松戸市へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してくだ
さい。

松戸市介護予防・日常生活支援総合事業 更新届出書

受付印

(あて先) 松戸市長

次の通り届け出します

提出年月日

年 月 日

氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	
		明・大・昭 年 月 日	
住 所		電話番号	
〒		()	

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所記入欄

松戸市介護予防・日常生活支援総合事業の利用状況について、該当項目に☑を入れてください。

- ☐ サービスを利用したことがない
- ☐ 現在サービスを利用している。(利用しているサービスに☑をつけてください)
- ☐ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
- ☐ 訪問型元気応援サービス
- ☐ 通所型サービス (デイサービス)
- ☐ 訪問型サービス (ヘルパー)
- ☐ 過去にサービスを利用していたが、現在は利用していない
1. 利用していたサービスに☑をつけてください。
- ☐ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
- ☐ 訪問型元気応援サービス
- ☐ 通所型サービス (デイサービス)
- ☐ 訪問型サービス (ヘルパー)
2. サービスの利用をやめた理由
- ☐ 心身の機能が向上したから
- ☐ その他 ()

地域包括支援センター確認欄
(地域包括支援センター名)

利用者基本情報(Ⅰ)

介護予防支援(事業対象者・要支援1・要支援2)・その他 作成月日(年 月 日)

被保険者番号 作成担当者(事業者名) (担当者氏名)

相談日	年 月 日()	来所 電話 その他()	初 回 再 来(前回 年 月 日)			
ふりがな 本人氏名		男 ・ 女	M・T・S 年 月 日生()歳			
本人住所			TEL() FAX()			
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 (病院又は施設名)					
相談者		続柄	住所 TEL()			
相談内容						
同居者	氏 名	続柄	年齢	職業	健康	◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キープマン 主介護者 主 副介護者 副 (同居家族は○で囲む)
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・連絡先			家族関係等の状況
日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度		自 立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 ・ 不 明			
	認知症高齢者日常生活自立度		自 立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・ 不 明			
認定情報	未 申 請 ・ 申 請 中 ・ 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)					
障害等認定	身障(種 級) ・ 療育() ・ 精神() ・ 難病() ・ その他()					
住居環境	自宅(一戸建・集合住宅) 借家(一戸建・集合住宅) 自室(無・有__階) 住宅改修(無・有_____)					
経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・生活保護・その他 経済的負担感(無・有_____)					
対 応	緊急性	なし／あり() 1: 情報提供のみ・終了 3: 要介護(要支援)認定申請につなぐ 2: 総合事業につなぐ 4: 権利擁護支援				
	支援計画(概要)					
	相談継続	つなぎ先: 担当者: 個人情報開示 可／不可 日時: 年 月 日() TEL・FAX・Mail				
	次回予約日	なし／あり 年 月 日() 時 担当:				
	モニタリング	不要／必要 年 月 日頃				

利用者基本情報(Ⅱ)

被保険者番号 _____

氏名 _____

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係	
元気(健康)でいるために、また、自分でできることを続けるために行っていることや心がけていることはありますか		1)はい 2)いいえ 具体的に			
本人・家族の意向 今後どのような生活を送りたい(送ってもらいたい)ですか(やってみたいことなども含む)					

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

いつ頃から	病名	医療機関・医師名(主治医☆)			経過	治療中の場合は内容
年 月		医療機関	医師名	TEL	治療中 経過中 その他	
年 月				TEL	治療中 経過中 その他	
年 月				TEL	治療中 経過中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

記入日 年 月 日

世帯構成	独居	高齢者夫婦のみ			本人と子世帯		高齢者夫婦と子世帯		その他
障がい高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	

心身機能・身体の状態について	1	現在の健康状態	☐ よい ☐ まあよい ☐ 普通 ☐ あまりよくない ☐ よくない	特記・課題等	
	2	介護予防の取組	☐ している ⇒ ☐ このまま続けたい ☐ もっと頑張りたい ☐ していない ⇒ ☐ 興味はある ☐ 一人では難しい		
	3	医療受診	☐ 定期的に受診 ☐ 必要時のみ受診 ☐ 中断している 医師からの指示()		
	4	歯科受診	☐ 定期的に受診 ☐ 必要時のみ受診 ☐ 中断している 医師からの指示()		
	5	服薬管理	処方薬 ☐ ない ☐ ある ⇒飲み忘れ ☐ ない ☐ ある ⇒対策 ☐ ある() ☐ ない		
	6	健康診査	☐ 年に1回受ける ☐ 過去に受けたことがある ☐ 受けていない・知らない		
	7	運動制限	☐ ない ☐ 自己判断で制限 ☐ 医師から制限()		
	8	睡眠の状態	睡眠薬の処方 ☐ ない ☐ ある ☐ 眠れる ☐ ときどき眠れない ☐ 眠れない		
	9	食事	食欲		☐ ある ☐ ない
			内容		食事回数 回/日 偏食 ☐ ない ☐ ある
			制限		☐ ない ☐ 自己判断で制限 ☐ 医師から制限()
	10	かくれ脱水サイン	☐ ない ☐ ある（皮膚の乾燥 手の甲 くちのねばつき 靴下のゴム） ⇒水分摂取量 ml/日		
	11	口腔機能	☐ くちから物がこぼれる ☐ 飲み込みにくい ☐ 滑舌が悪くなった		
	12	歯の手入(義歯含む)	頻度(回/日・週・月) ・ 方法()		
	13	排尿の心配	☐ ない ☐ ある(もれ 頻尿) ⇒対策 ☐ ある() ☐ ない		
	14	排便の心配	☐ ない ☐ ある(便秘 下痢 交互 もれ) ⇒対策 ☐ ある() ☐ ない		
	15	歩行	屋内		☐ 安定 ☐ つかまれば安定（伝い歩き 杖 歩行器 その他） ☐ 不安定
			屋外		☐ 安定 ☐ つかまれば安定（伝い歩き 杖 歩行器 その他） ☐ 不安定
	16	膝・腰の痛み	☐ ない ☐ ある ⇒ ☐ 受診中 ☐ 自己管理 ☐ 未受診		
	17	つまずき	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある ⇒ ☐ 段差 ☐ 平坦		
	18	転倒	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある ⇒ ☐ 段差 ☐ 平坦		
	19	筋力	☐ 持って歩ける(牛乳パック2本・1本) ☐ 持てる(2本・1本) ☐ 持てない		
	20	握力	☐ 新品のペットボトルキャップが回せる ☐ 回せない		
	21	置き忘れ	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある		不安 ☐ ある ☐ ない
22	約束の間違い	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	不安 ☐ ある ☐ ない		
23	飲酒	☐ ない ☐ ある 回/週・月・年 種類・量() ⇒ 禁酒経験 ☐ ある ☐ ない			
24	喫煙	☐ ない ☐ ある 本/日 ⇒ 禁煙経験 ☐ ある ☐ ない 焦がし経験 ☐ ある ☐ ない			

活動・参加について	25	1 日	誰と	□家族・友人等と □ほとんど一人で		孤独感 □ある □ない
		の 過 ごし 方	場所	□外出する日もある (回/ 週・月 外出先) □ほとんど家で過ごす		
			生活リズム	□規則的(起床 : 就寝 :) □不規則		
	26	入浴	□している(自宅 他) ⇒ 方法(浴槽に入る シャワーのみ) □しない □できない			
	27	調理	調理器具	□使う(ガス IH 電子レンジ 炊飯 包丁 はさみ) □使わない		
			調理	□している □しない □できない		
	28	掃除	室内	□している(掃除機 ほうき 拭く ワイパー) □しない □できない		
			室外	□している(ごみ拾い 草取り) □しない □できない		
	29	洗濯	□している(洗濯機 手洗い 干す) □しない □できない			
	30	ごみ出し	□している(分別 時間や曜日の把握 ごみ捨て場に出す) □しない □できない			
	31	買物	□している 場所() 方法() ⇒付添(いる いなし) □しない □できない			
	32	通院	□している⇒付添 (いる いなし) □しない・不要 □できない			
	33	乗り物利用	□している(自転車 バイク 車 タクシー バス 電車) ⇒付添(いる いなし) □しない・不要 □できない			
	34	金銭管理	□している □しない □できない			
	35	近所との交流	□している(挨拶 立ち話 おすそわけ 定期的に交流) □しない □できない ※町会加入 □ある □ない			
	36	目的のある活動・ 役割	□している(回/月 ⇒ 趣味 サークル 就労 ボランティア) □しない □できない			
			居場所や行く所 □ある □ない	役割 □ある □ない		
	37	活動・参加意欲	□意欲的 □関心はある □意欲感じず			
			必要性の理解 □ある □ない			
38	日々の楽しみ	□ある () □ない				
39	生活の不安	□ない □ときどき感じる □感じる(健康 経済 家族 孤独 他)				
40	困った時頼れる人	□いる() □いない				
本人の希望・目標としていること						家族の気持ち・役割
やりたいこと・できるようになりたいこと・行きたい場所など						
環境因子(促進因子・阻害因子)						個人因子(個性の尊重)
建物や道路事情等物理的なこと・家族や仲間等人的なこと・社会的環境・制度的環境						その人固有の特徴

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（ ） 記入日： _____年____月____日

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

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

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

松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート
氏名()

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ (「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----



「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
○ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
○ 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
○ その他(具体的にご記入ください)	
()	

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----



「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
○ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
○ 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
○ その他(具体的にご記入ください)	
()	

C	以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける)			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

介護予防サービス・支援計画書（１）

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 生年月日 年 月 日 被保険者番号 担当地域包括支援センター：

計画作成者氏名 計画作成事業者・事業者名及び所在地：

計画作成(変更)日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 認定年月日 年 月 日 認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日

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）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について		□有 □無	1	1	1
日常生活(家庭生活)について		□有 □無	2	2	2
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無	3	3	3
健康管理について		□有 □無			

健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)

必要な事業プログラム

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

介護予防サービス・支援計画書（２）

被保険者番号

利用者名

様

生年月日 年 月 日

目 標	支 援 計 画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1	()					
2	()					
3	()					

【総合的な援助方針】

(生活不活発病の改善・予防のポイント)

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

【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)

【計画に関する同意】

介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

年 月 日 氏名

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

被保険者番号

利用者氏名

計画作成者氏名

[illegible]

- * 1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業者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・サービス評価表

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	目標を達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標を達成しない原因(計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ プラン終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 一次予防事業対象者施策 ☐ 終了

介護サービス利用時診断書利用の手引き

松戸市医師会在宅ケア委員会

ケアマネジャー、介護サービス事業所の皆様へ

松戸市医師会では、「介護サービス利用時診断書」を作成しています。

これは、介護保険の居宅サービス事業者が、利用者の身体状況を知るために医師に意見を求めるときに使用するものです。松戸市内での介護サービス利用において、共通で使用することを推奨します。

本診断書は、介護サービスを受けるにあたり、必要性の高い医療情報を特に選んで掲載しています。本診断書の共通利用で、利用者の負担の軽減がはかられます。多くの介護サービス事業者にご利用いただければ幸いです。

留意事項

- ① 通所介護・通所リハビリテーション・短期入所・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・総合事業の通所型サービス等のサービス利用時診断書を想定しています。
- ② 介護サービス事業所より求めがあった場合のみ利用します（本診断書を一律に義務付けるものではありません）。
- ③ 診断日より一年間有効です。
- ④ 複数の事業所に提示が可能です。
- ⑤ 事前に、利用するサービス事業所にこの書式でよいか確認の上、ご利用下さい。
- ⑥ 利用者が検査の必要性を理解の上、医師に依頼できるよう、事業所として介護サービス利用時診断書以外の検査が必要な場合は、その根拠を利用者に説明して下さい。

「介護サービス利用時診断書」使用にあたっての解説

<診断書作成の経緯>

介護サービス事業者が、利用者の身体状況や感染症などについて、事業者の作成した所定の文書での情報提供(医師による診断書)を求めることがあります。その所定文書の内容は、事業者ごとに違いがあり、利用者が複数事業者を利用する場合には、各々の事業者に文書を提出する必要があります。文書作成には医療保険が使えず、作成費用を、通常、利用者は全額負担します。一方、「文書の検査項目の必要性和負担額に関する説明義務」が事業者側に存在しますが、事業者からの利用者への説明が行われないことがあるようです。この状況に鑑み、医師会では、介護サービスを受けるにあたって、特に必要性が高いと考えられる項目を選び、松戸市で共通に使用できる「介護サービス利用時診断書」を作成しました。

<診断書の内容>

1. 結核と疥癬について 結核と疥癬の兆候については医師が判断する書式としました。
2. 耐性菌感染症について

介護サービス利用にあたり、問題になる菌として耐性黄色ブドウ球菌(以下「MRSA」)があります。MRSA 保菌者に対しては標準予防策で対応可能なことは早くから公益社団法人 全国老人保健施設協会などのマニュアルでも示されています。千葉県「社会福祉施設における感染症対策の手引き」でも「保菌者の特別扱いが不要であれば、MRSA 保菌検査のルチン化も、症状のない保菌者の除菌も不要」と引用されています。また、厚生労働省「高齢者介護施設における感染対策マニュアル(平成 25 年 3 月)」には、「咳や痰などの症状がなく、咽頭に保菌しているだけの状態では、周囲に耐性菌を広げる可能性は低いため、個室で管理する必要はありません。一般的な標準予防措置策の実施で十分対応可能です。」と記載されています。

そこで、「介護サービス利用時診断書」では、保菌者を同定するのではなく、症状を有する「感染者」かどうか、を医師が判断する方法を採用しています。

3. 血液媒介感染症(梅毒病原体、HIV、B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス)について

医療機関では針刺し事故などが問題になりますが、介護サービスでは、血液の付着する鋭利な器具を取り扱う可能性が低く、血液媒介感染症は取り扱わない書式としました。

4. 入浴とリハビリテーション 介護サービス実施上必要と考え、項目を設けました。
5. その他注意事項記入欄

担当医は疾患や身体状況を勘案して独自の指示を出すことがあるため、項目を設けました。

【文 献】

- 1)千葉県ホームページ「社会福祉施設における感染症対策の手引き」 検索日 2015/4/30
- 2) 厚生労働省ホームページ「高齢者介護施設における感染対策マニュアル(平成 25 年 3 月)」
- 3)Lindsay E Nicolle : Preventing Infections in Non-hospital Settings : Long-term Care Emerging Infectious Diseases 7 (2) : 205~207,2001
- 4)今村英仁 : 高齢者の療養施設における MRSA 保菌者への対応。日本医事新報 No.4092 2002

介護サービス利用時診断書

[illegible]

(松戸市介護サービス共通)

初回利用時のみ提出・診断日より一年間有効

松戸市医師会在宅ケア委員会

介護サービス利用時診断書 申請書

【申込年月日】 年 月 日

【患者様のお名前】

診察券番号	
(ふりがな) お名前	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生
住所	
連絡先	

【お申し込みにこられた方】

(ふりがな) お名前	
患者様とのご関係	☐ 本人 ☐ 夫・妻 ☐ 子 ☐ その他 () ☐ 事業所の方 (職種:) (事業所名:)
住所	(事業所の方の場合は事業所の住所をご記入下さい)
連絡先	

【担当ケアマネジャー等】

(ふりがな) お名前	
患者様とのご関係	☐ ケアマネジャー ☐ 地域包括支援センター (事業所又は地域包括名：) ☐ その他 ()
住所	(事業所の方の場合は事業所の住所をご記入下さい)
連絡先	

【ご提出先名】 ご提出される先の事業所名を記入し、種類に○をつけて下さい

提出先の事業所名	種類（デイサービス、訪問入浴等）
	通所介護・通所リハ・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・通所型サービス・ その他（ ）
	通所介護・通所リハ・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・通所型サービス・ その他（ ）

気持ち引き出しツール 元気応援シートのご案内

元気応援シートは、「一定の時間の中で、細やかに課題を分析していくのは大変！」というお声から、ご本人の思いや希望を引き出すツールとして作成しました。

松戸市版アセスメントシートの項目からつなげて、本人の思いを確認することで、高齢者ご自身も「本当は〇〇ができるようになりたい」、「〇〇な生活を送りたい」等、気持ちの整理をして、生活目標が立てやすくなります。

生活意欲を高め、人とのつながりで生活を広げる効果的な自立支援にお役立てください。

「元気応援シート-自分の思い-」の使い方

- ① 高齢者ご自身が記入する
- ② アセスメントシートの項目とあわせて課題分析する

「元気応援シート」の使い方

- ① ケアマネジャーさんが聞き取る
- ② アセスメントシートの項目とあわせて課題分析する

● 通いの場など高齢者向け地域情報を知りたい場合は、

松戸市在宅医療・介護事業者情報検索システムを参照

● 少子高齢化に伴う将来の介護人材不足の対応、軽度者の生活機能早期改善のために、

介護予防・生活支援サービスのご利用をご検討ください



足が悪いけれど、外に出て
地域の人と話しがしたい

あなたの希望を応援！ 元気応援シート

アセスメントシート項目(参考)	希望チェック項目 案	今の気持ち	
(イスからの)立ち上がり	安定して立ち上がれるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
何かにつかまらずに歩く(5m)	何か工夫して歩けるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
	杖なしで歩けるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	横断歩道を安心して渡りたい	はい	いいえ 不安なくできる
	階段を手すりなしで昇降したい	はい	いいえ 不安なくできる
片足立ち(1秒)	身体のバランスをよくしたい	はい	いいえ 不安なくできる
外出手段	足腰の筋力を強くしたい	はい	いいえ 不安なくできる
日用品を買う店まで	安心して買い物を楽しみたい	はい	いいえ 不安なくできる
	15分程度は歩けるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
病院等に行くときは	安心して通院、受診したい	はい	いいえ 不安なくできる
食事回数	誰かと食事がしたい・飲みたい	はい	いいえ 不安なくできる
	好きなものを食べたい・飲みたい	はい	いいえ 不安なくできる
	好きなところで食べたい・飲みたい	はい	いいえ 不安なくできる
	身体を動かして食欲を出したい	はい	いいえ 不安なくできる
	1日3食バランスよく食べたい	はい	いいえ 不安なくできる
調理	自分で調理したい	はい	いいえ 不安なくできる
掃除	自分で片付け・掃除をしたい	はい	いいえ 不安なくできる
洗濯	洗濯機が使えるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
	一部でも洗濯物を干したい	はい	いいえ 不安なくできる
	一部でも洗濯物を取り込みたい	はい	いいえ 不安なくできる
	一部でも洗濯物をたたみたい	はい	いいえ 不安なくできる
ゴミ出し	軽い物は自分で出せるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
買い物	お店まわりや買い物を楽しみたい	はい	いいえ 不安なくできる
	自分で商品を確認して購入したい	はい	いいえ 不安なくできる
金銭管理	自分で家計(金銭)の管理をしたい	はい	いいえ 不安なくできる
		はい	いいえ 不安なくできる
1日誰と過ごすことが多いか	今までしていた仕事や趣味がしたい	はい	いいえ 不安なくできる
	何か役割がほしい、活動したい	はい	いいえ 不安なくできる
	趣味をつくりたい	はい	いいえ 不安なくできる
外出する頻度(通院以外)	今より外出や散歩を楽しみたい	はい	いいえ 不安なくできる
親戚・友人と会う・連絡との頻度	親戚や友人ともっと会いたい	はい	いいえ 不安なくできる
身の回りの乱れ・汚れへの配慮	もっと身だしなみを整えたい	はい	いいえ 不安なくできる
	定期的に床屋、美容室に行きたい	はい	いいえ 不安なくできる
	おしゃれをしたい	はい	いいえ 不安なくできる
情緒が不安定になることの有無	もっと話したい・聞いてもらいたい	はい	いいえ 不安なくできる
一人きりになることへの不安	1人で過ごす時間を少なくしたい	はい	いいえ 不安なくできる
	定期的に誰かに会いたい	はい	いいえ 不安なくできる
	安心して過ごせる場や人がほしい	はい	いいえ 不安なくできる
医師からの運動制限	制限があるなかで活動したい	はい	いいえ 不安なくできる
その他医師からの注意	注意をして活動したい	はい	いいえ 不安なくできる
年1回の健康診査の受診	健診を定期的に受けたい	はい	いいえ 不安なくできる
現在の健康状態	もっと元気になりたい・良い状態を保ちたい	はい	いいえ 不安なくできる
睡眠の状態	今よりも眠れるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
服薬管理の状況	飲み忘れをなくしたい	はい	いいえ 不安なくできる
一人で洗身	自分で身体や頭を洗いたい	はい	いいえ 不安なくできる
一人で浴槽をまたぐ	安全に浴槽をまたぎたい	はい	いいえ 不安なくできる
口腔機能の状況	好きなものが食べられるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
	歯医者に行きたい	はい	いいえ 不安なくできる
	噛む、飲み込みをよくしたい	はい	いいえ 不安なくできる
歯の手入(義歯含む)	歯の手入れを丁寧にしたい	はい	いいえ 不安なくできる
会話がまとまらない	誰かと話しがしたい	はい	いいえ 不安なくできる
	スムーズな会話ができるようになりたい	はい	いいえ 不安なくできる
物忘れが気になる	記憶力や思考力をもっと養いたい	はい	いいえ 不安なくできる
電気機器類の操作ができる	パソコンや新しい機器の操作をしたい	はい	いいえ 不安なくできる
火の始末は心配ですか	火の心配なく生活したい	はい	いいえ 不安なくできる
悪徳商法への注意	詐欺被害にあわないようにしたい	はい	いいえ 不安なくできる
	楽しみにしていること		
	得意なこと・好きなこと		
	頑張っていること		
	やってみたいこと		

元気応援シート -自分の思い-

(参考項目)	項目	当てはまる ところは○
(イスからの)立ち上がり	安定して立ち上がれるようになりたい	
つかまらずに歩く(5m)	何か工夫して歩けるようになりたい	
	杖なしで歩けるようになりたい	
信号が変わる前に横断歩道を渡	横断歩道を安心して渡りたい	
	階段を手すりなしで昇降したい	
片足立ち(1秒)	身体のバランスをよくしたい	
外出手段	足腰の筋力を強くしたい	
日用品を買う	安心して買い物を楽しみたい	
	15分程度は歩けるようになりたい	
病院等に行くとき	安心して通院、受診したい	
食事回数等栄養に関する事	誰かと食事がしたい・飲みたい	
	好きなものを食べたい・飲みたい	
	好きなところで食べたい・飲みたい	
	身体を動かして食欲を出したい	
	1日3食バランスよく食べたい	
調理	自分で調理したい	
掃除	自分で片付け・掃除をしたい	
洗濯	洗濯機が使えるようになりたい	
	一部でも洗濯物を干したい	
	一部でも洗濯物を取り込みたい	
	一部でも洗濯物をたたみたい	
ごみ出し	軽い物は自分で出せるようになりたい	
買い物	お店まわりや買い物を楽しみたい	
	自分で商品を確認して購入したい	
金銭管理	自分で家計(金銭)の管理をしたい	
1日の過ごし方	今までしていた仕事や趣味がしたい	
	何か役割がほしい、活動したい	
	趣味をつくりたい	
外出する頻度(通院以外)	今より外出や散歩を楽しみたい	
親戚・友人と会う・連絡との頻度	親戚や友人ともっと会いたい	

◆◇ うら面もご覧ください ◇◆

身だしなみ	もっと身だしなみを整えたい	
	定期的に床屋、美容室に行きたい	
	おしゃれをしたい	
話し相手や場	もっと話したい・聞いてもらいたい	
	1人で過ごす時間を少なくしたい	
	定期的に誰かに会いたい・話したい	
	安心して過ごせる場や人がほしい	
医師からの運動制限	医師から運動制限がある中でも活動したい	
その他医師からの注意	注意をして活動したい	
年1回の健康診査の受診	健診を定期的に受けたい	
現在の健康状態	もっと元気になりたい・良い状態を保ちたい	
睡眠の状態	今よりも眠れるようになりたい	
服薬管理の状況	飲み忘れをなくしたい	
入浴	自分で身体や頭を洗いたい	
	安全に浴槽をまたぎたい	
口腔機能	好きなものが食べられるようになりたい	
	歯医者に行きたい	
	もっとかめるようになりたい	
	飲み込みをよくしたい	
歯の手入(義歯含む)	歯の手入れを丁寧になりたい	
チャレンジ	記憶力や思考力をもっと養いたい	
	パソコンや新しい機器の操作をしたい	
安全面	火の心配なく生活したい	
	詐欺被害にあわないようにしたい	
楽しみにしていること		
得意なこと・好きなこと		
頑張っていること		
やってみたいこと		

2 参考ホームページ一覧

介護予防・日常生活支援総合事業に関する参考ホームページの一覧

(1) 松戸市ホームページ

- ・松戸市 介護予防・日常生活支援総合事業について

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/jigyosha/jigyousya/sougoujigyou/index.html>



- ・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について

https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/jigyosha/jigyousya/kaigoyobo_caremanage.html



- ・訪問型元気応援サービスを実施しています！

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/seikatsushien/genkiouenservice.html>



- ・短期集中予防サービス（いきいきトレーニング）の概要、および修了者の声

https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/yobo_kenko/tsusho_service_c.html



- ・高齢者いきいき安心センター（地域包括支援センター）一覧表

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/soudan/koureikiikiichiran.html>



- ・介護予防・日常生活支援総合事業について

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/jigyosha/jigyousya/sougoujigyou/sougoujigyou.html>



- ・松戸市地域ケア会議

<https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/sonota/chiikikeakaigi.html>



(2) 厚生労働省

- ・総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html>

- ・総合事業の関係規定等（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>



3 出典・引用資料

本マニュアルは下記を参考に、出典・引用して作成しています。

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（令和6年8月5日より改正）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>



- (2) 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
（令和6年8月5日より改正）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>



- (3) 介護予防マニュアル 第4版

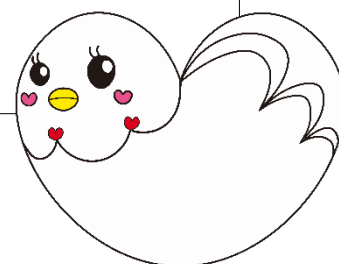
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html



介護予防・日常生活支援総合事業に伴う 介護予防ケアマネジメント実務マニュアル

初 版	平成27年3月
改 訂 版	平成28年4月
改 訂 2 版	平成29年4月
改 訂 3 版	平成30年4月
改 訂 4 版	令和元年5月
改 訂 5 版	令和2年4月
改 訂 6 版	令和3年4月
改 訂 7 版	令和4年8月
改 訂 8 版	令和6年6月
改 訂 9 版	令和7年6月

**発行元:松戸市 福祉長寿部
地域包括ケア推進課
〒271-8588 千葉県松戸市根本387-5
電話:047-366-7343
FAX:047-366-7348**



松戸市虐待防止推進キャラクター
「ハートはと」