

西尾市
介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

令和8年4月

西尾市 健康福祉部 長寿課

目次

1	事業内容	P 1
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
3	実施主体（実施担当者）	
4	介護予防ケアマネジメントの類型と実施手順	P 2
5	留意事項	P 5
	（1）有効期限について	
	（2）様式の提出先	
	（3）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	
	（4）サービス利用の詳細	

様式		P 11
	相談受付シート	（様式 1）
	基本チェックリスト	（様式 2）
	興味・関心チェックシート	（様式 3）
	利用者基本情報	（様式 4）
	介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）	（様式 5）
	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	（様式 6）
	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	（様式 7）
	介護予防サービス・支援計画表	（様式 8）

資料		P 23
	西尾市地域支援事業について	
	要支援個別訪問アセスメントについての活用について	
	西尾市地域支援事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の構図	（図 1）
	介護予防・生活支援サービス事業	（表 1）
	一般介護予防事業	（表 2）
	西尾市総合事業のサービス組み合わせ表	（表 3）

総合事業 Q & A

1 目的

介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。）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、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援サービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。（「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」（以下、「指針」という。）より引用）

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、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）が居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、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つけるなど、「心身機能」、「活動」、「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要である。（指針より引用）

3 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する地区の高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）・委託を受けた居宅介護支援事業所が実施する。

令和6年4月法改正により、継続利用要介護者については、サービスA（緩和型通所サービス・ミニデイサービス・いきいきサービス）を利用できることになり、介護給付の利用がない場合は、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）が介護予防ケアマネジメントの実施主体となる。

4 介護予防ケアマネジメントの類型と実施手順

(1) 介護予防ケアマネジメントの類型

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)	従前相当サービス（訪問・通所） 緩和型訪問・通所サービス ミニデイサービス 元気アップリハビリ教室
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)	かむかむ訪問 栄養訪問 ころばん教室 いきいきサービス（一色・幡豆）
ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)	該当事業無し (サービス・活動B・D)

(2) ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

プロセス	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
1. アセスメント	○	○	○
2. ケアプラン原案作成	○	○	—
3. サービス担当者会議	○	△	—
4. 利用者への説明・同意	○	○	○
5. ケアプラン確定・交付	○	○	—
6. サービス利用開始	○	○	○
7. モニタリング・評価	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

(3) モニタリングについて

〈ケアマネジメントA〉

面接する月（利用者居宅）	①少なくとも3か月に1回 ②評価期間が終了する月 ③利用者の状況に著しい変化があった時
それ以外の月	①可能な限り利用者に面接するように努める（通所先へ訪問等） ②電話等により利用者と連絡する

※モニタリング期間は、指針で示す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。

〈ケアマネジメントB〉

- ・利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施。
- ・サービス提供事業者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築する。

(4) 介護予防ケアマネジメントの実施の手順

ア 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

利用者が総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けていない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。

イ 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

(ア) 運営規定等の重要事項や契約書、個人情報取扱等について説明し、同意を得る。
(イ) 長寿課認定担当へ介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出をする。

ウ アセスメント（課題分析）

(ア) 利用者の自宅に訪問して本人や家族との面接による聴き取り等を通じて行う。
(イ) 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る。

エ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

(ア) サービス・活動事業の利用に限定せず、家族等による支援、一般介護予防事業、民間企業の利用も位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と作成する。
(イ) 利用者に対して課題を説明し、目標の設定や達成に向けた取組、サービス・活動事業、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案を作成する。

オ サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く。）

(ア) 利用者・家族の生活の意向・目標を共有し、各専門職の介入により多面的なアセスメントを深め、効果的な支援策を検討する。
(イ) 介護予防ケアマネジメント計画の作成時（要支援更新認定時も含む）・変更時に開催。

カ 利用者への説明・同意

キ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

(ア) 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、同意を得る。
(イ) 本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。

ク サービス利用開始

ケ モニタリング（ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く。）

- （ア）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。
- （イ）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。

コ 評価（ケアマネジメントCを除く。）

設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に共有しながら、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する。

（5）介護予防ケアマネジメントに係る必要書類

類型		ケアマネジメントA	ケアマネジメントB
必要書類	初回時	相談受付シート(様式1) 基本チェックリスト(様式2) 興味関心チェックシート(様式3) 利用者基本情報(様式4) 介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)(様式5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(様式6)	事業利用申請書 基本チェックリスト(様式2) 興味関心チェックシート(様式3) 利用者基本情報(様式4) 介護予防サービス・支援計画表(様式8)
	評価時	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(様式7)	【ころばん終了時】 伝達シート 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(様式7)
	(プランの見直し)更新時	基本チェックリスト(様式2) 興味関心チェックシート(様式3) 利用者基本情報(様式4)必要に応じて追記 介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメント結果等記録表)(様式5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(様式6)	【いきいきサービス】 基本チェックリスト(様式2) 興味関心チェックシート(様式3) 利用者基本情報(様式4) 介護予防サービス・支援計画表(様式8)

5 留意事項

(1) 有効期限について

- ・ 西尾市では、事業対象者の有効期間は定めないものとする。
- ・ 定期的な状況把握による適正なサービス利用のため、基本チェックリスト実施日から1年後の月末までに、再度基本チェックリストを実施し、長寿課認定担当へ提出。
- ・ 新たにサービスを利用する際、直近のサービス開始から3か月以上期間が空いた場合は、基本チェックリストを実施。

(2) 様式の提出先

ア 事業対象者がサービスを利用する時（1年更新）

サービス	利用	提出書類	提出先
事業対象者として利用するサービスすべて	新規	申請書 基本チェックリスト（様式2） 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	長寿課 認定担当
	更新	基本チェックリスト（様式2）	

イ その他、下記サービスを使用する時（アとは別に提出）

サービス	提出書類	提出先
① 一色いきいきサービス ② 幡豆いきいきサービス (注1)	申請書（初回のみ） 基本チェックリスト（様式2） 利用者基本情報（様式4） 介護予防サービス・支援計画表（様式8）	① 社協一色支所 ② 社協幡豆支所
ころばん教室	申請書 基本チェックリスト（様式2）※ <u>事業対象者のみ</u> 利用者基本情報（様式4） エントリー判定表 同意書 住宅地図（送迎希望の場合） + 【ころばん教室のみを利用】 介護予防サービス・支援計画表（様式8） 【ころばん教室以外も利用】 介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果記録表）（様式5）	長寿課 地域支援事業担当
かむかむ訪問 栄養訪問	利用者基本情報（様式4） 介護予防サービス・支援計画表（様式8）	

(注1) 利用者基本情報や介護予防サービス・支援計画表更新時に再度上記書類を提出。

(3) 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

届出のタイミング	介護予防サービス計画作成・ケアマネジメント依頼届出書	理由
介護給付利用→予防給付利用 (要介護→要支援)	必要	計画作成を居宅介護支援事業所から高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）へ変更するため
介護給付利用→サービス事業のみ利用 (要介護→要支援・事業対象者)	必要	計画作成を居宅介護支援事業所から高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）へ変更するため
予防給付→サービス事業のみ利用 (要支援→要支援)	※不要	計画作成は高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）で変更がないため
要支援者→事業対象者（認定更新せず）	必要	要支援から事業対象者として登録するため
高齢者サポートセンター（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	必要	委託先の居宅介護支援事業所を登録するため

(4) サービス利用の詳細

ア 利用サービスによるケアプランの種類

利用サービス	ケアプランの種類
予防給付のみ必要な人	介護予防サービス計画
予防給付と総合事業が必要な人	介護予防サービス計画
総合事業のみ必要な人	介護予防ケアマネジメント

イ 要介護認定を申請し、サービス・活動事業を暫定利用する場合

(ア) 基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービスを利用できる。

(イ) 認定結果が「要介護1以上」となった場合は、要介護認定期間開始までは、事業対象者として総合事業によるサービス・活動事業の利用を継続できる。

月途中でサービス・活動事業から介護給付サービスの利用に変更した場合は、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が給付管理を行う。ただし、サービス・活動事業又は介護給付によるサービスが全額自己負担になる恐れがある。（愛知県国保連合会等のシステム改修後は、継続利用要介護者を除く）

(ウ) 要介護認定のいわゆる暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス・活動事業は利用できない。

(エ) 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

	介護(予防)給付のみ	介護(予防)給付とサービス・活動事業	総合事業によるサービスのみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分を支給	サービス利用分を支給
要支援認定	予防給付より支援	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分を支給	サービス利用分を支給
要介護認定	介護給付より支援	給付分は介護給付より支給 介護給付サービス利用開始まで総合事業によるサービス利用分を支給 ※同月内の併用不可 (継続利用要介護者を除く)	介護給付サービス利用開始まで総合事業によるサービス利用分を支給

ウ 介護予防・生活支援サービスの併用の可否 (表3 総合事業サービス組み合わせ表)

エ サービス区分及びサービスコード (単位数・コード表は西尾市ホームページを参照)

区 分	事業所種類	サービスコード
訪問型サービス	介護予防訪問介護の指定を受けた事業者が請求するサービス種類 (独自)	A2
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定率 (独自/定率)	A3
通所型サービス	介護予防通所介護の指定を受けた事業者 (独自)	A6
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定率 (独自/定率)	A7
	市が独自の内容を規定するサービス種類 利用者負担は定額 (独自/定額)	A8

オ 支給限度額基準単位

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	支給限度基準単位
事業対象者	訪問介護のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,032 単位
	通所介護のみ		
	通所介護と訪問介護		
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費	5,032 単位
	予防給付と		
	通所介護と訪問介護のみ		
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費	10,531 単位
	予防給付と		
	通所介護と訪問介護のみ		

カ 報酬（単価、加算）支払い

（ア） 単価及び加算

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメント A	従前相当サービス（訪問・通所） 緩和型訪問・通所サービス ミニデイサービス 元気アップリハビリ教室	要支援 事業対象者 （従前相当サービス は要支援のみ）	442 単位 ＋ 初回加算 300 単位
ケアマネジメント B	ころばん教室 かむかむ訪問 栄養訪問 いきいきサービス（一色・幡豆）	要支援 事業対象者	332 単位 ＋ 初回加算 300 単位
ケアマネジメント C			205 単位

(イ) 加算（介護予防ケアマネジメント）

a 初回加算（300 単位）

- ・新規に介護予防ケアマネジメントを実施

介護予防ケアマネジメントの実施が終了して、2か月以上経過した後に新たに介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む。

- ・要介護者が要支援認定を受ける又は事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定期間の満了の翌日から事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定不可。

b 委託連携加算（300 単位）

- ・介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し、介護予防ケアプランの作成等に協力した場合は、委託を開始した月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定

(ウ) 加算（緩和型通所サービス、ミニデイサービス）

a 元気加算（1000 単位）

- ・緩和型通所サービス等の利用者が当該サービスの利用に頼らずとも地域の通いの場（一般介護予防事業、地域のサロン、趣味活動の場など）に継続的（週1回以上で2か月間が目安）に参加することにより、住み慣れた地域で生きがいを持った生活が送れると認められ、サービス利用を満了した場合に、最後のサービス利用月に算定する（期間の定めなし）

- ・元気加算の給付率は10割とする（利用者の自己負担は発生しない）

【請求方法】

- ・緩和型通所事業所が「元気加算の算定届出書」を記載後、高齢者サポートセンターが確認し、サービス終了の翌月10日までに長寿課地域支援事業担当へ提出

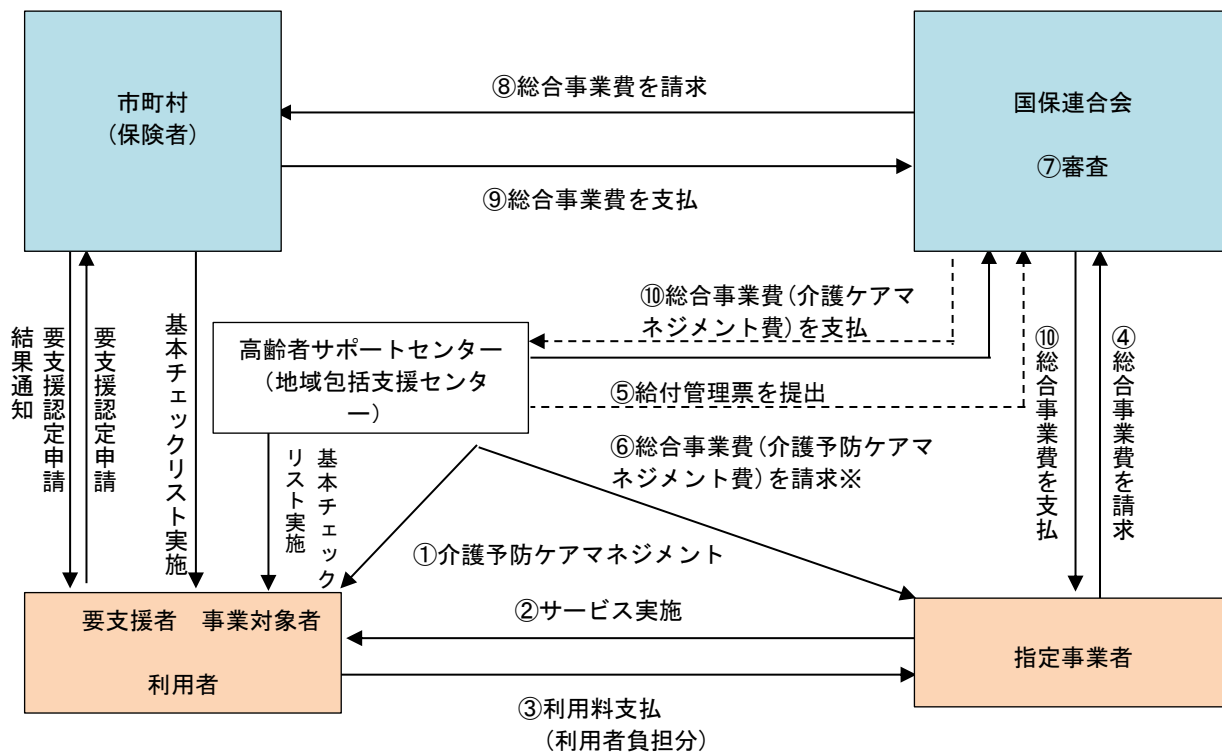
※サービス利用満了月の請求で加算を算定

キ 請求について

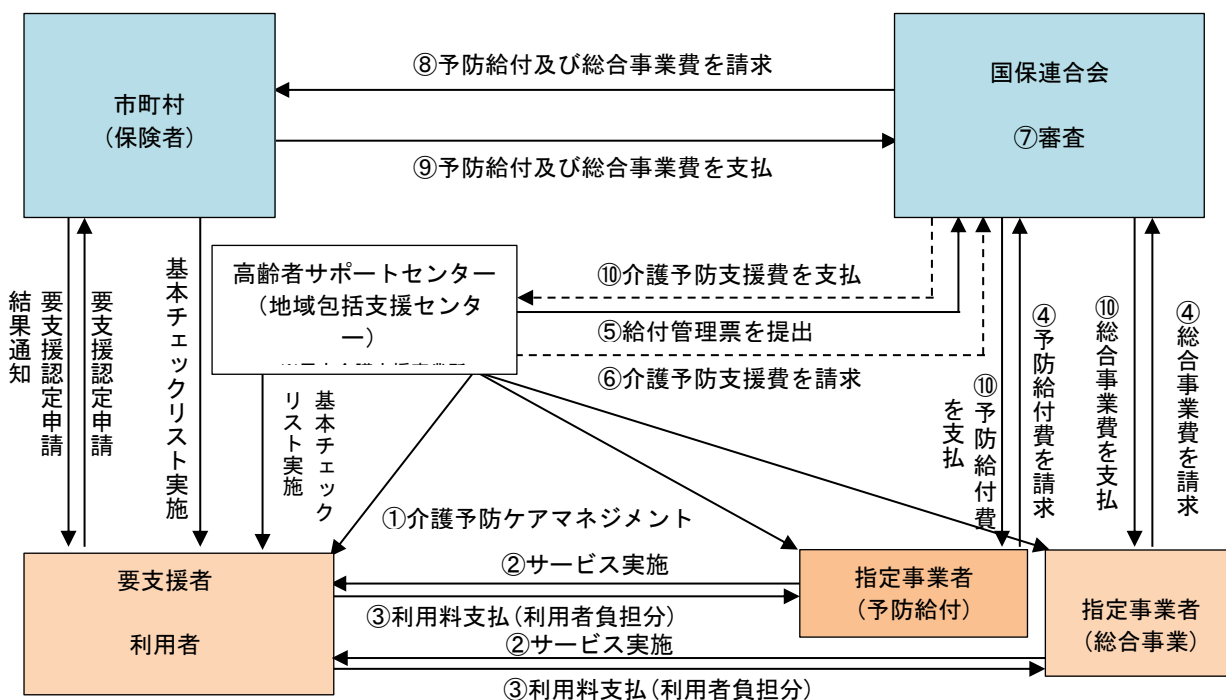
介護予防ケアマネジメント費は国保連合会から支払われるため、サービス提供月の翌月10日までに専用ソフトに入力した請求情報を高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）から国保連合会へ提出します。ただし、委託先介護支援事業所への原案作成委託料の支払い（共同処理）は独自システムにより行います。

ク 請求までの流れ

a 利用者が総合事業のみを利用する場合



b 利用者が予防給付と総合事業を利用する場合



※介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所

様式

相談受付シート

記入日： 年 月 日

どなたのご相談ですか？ （ 本人 ・ 家族 ・ その他 ）

対象者氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日	年齢 歳

窓口に来所された方の氏名		対象者の方とのご関係	
--------------	--	------------	--

1：現在、介護認定を受けていますか？ 受けていない 受けている

2：現在、在宅で生活していますか？入院中ですか？ 在宅 入院中

3：生活状況について

①基本チェックリスト

②要介護認定

歩行	歩けますか？	できる・つかまれば可	できない
更衣	着替えができますか？	できる・一部手助けが必要	できない
清潔	1人でお風呂に入れますか？	できる	できない
食事	1人で食事ができますか？	できる	できない
もの忘れにより日常生活に支障がありますか？		ない	ある

4：使いたいサービスがありますか？

通所介護（デイサービス）	通所リハビリ
訪問介護（ホームヘルプ）	訪問看護
	福祉用具
	短期入所生活介護（ショートステイ）
	住宅改修
	施設入所

西尾市 基本チェックリスト

担当包括

フリガナ		被保険者番号									
氏名		性別	男・女	生年月日	大・昭	年	月	日			
住所		電話番号 ()									

記入日: 年 月 日 ()

介護予防・生活支援サービス事業

該当・非該当

NO.	質問項目	回答 (どちらかに○印)				※一次判定
		0	はい	1	いいえ	
生活全般	1 バスや電車で一人で外出していますか 自分で車を運転して外出している場合も含まれます	0	はい	1	いいえ	①
	2 日用品の買い物をしていますか 買い物に出かけて、必要なものが買えていますか	0	はい	1	いいえ	1~20のうち10個
	3 貯金の出し入れをしていますか 窓口の手続きを含め、自分の判断で金銭管理をしていますか	0	はい	1	いいえ	<input type="checkbox"/>
	4 友人の家を訪ねていますか 電話やメールによる交流や、家族や親戚への家の訪問は含みません	0	はい	1	いいえ	
	5 家族や友人の相談にのっていますか 電話やメールによる相談も含まれます	0	はい	1	いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 時々使う程度であれば「はい」、能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします	0	はい	1	いいえ	②
	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 時々使う程度であれば「はい」とします	0	はい	1	いいえ	運動のうち3個
	8 15分くらい続けて歩いていますか 屋内、屋外の場所は問いません	0	はい	1	いいえ	<input type="checkbox"/>
	9 この一年間に転んだことがありますか 転倒したかどうかお答えください	1	はい	0	いいえ	
	10 転倒に対する不安は大きいですか ご自分の感じでお答えください	1	はい	0	いいえ	
栄養	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか 6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	③
	12 現在の身長()cm 体重()kg BMI=() BMI= 体重kg ÷ (身長m × 身長m)	1	18.5未満	0	18.5以上	栄養の2個全部
歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	いいえ	④
	14 お茶や汁物などでむせることがありますか	1	はい	0	いいえ	歯・口のうち2個
	15 口の渇きが気になりますか	1	はい	0	いいえ	<input type="checkbox"/>

NO.	質問項目	回答 (どちらかに○印)			※一次判定
		0	はい	1	
外出	16 週1回以上は外出していますか 過去一ヶ月の状態を平均してください	0	はい	1	⑤ 16に該当
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	はい	0	<input type="checkbox"/>
もの忘れ	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあると言われますか ご自分でもの忘れを感じていても、周りの人に言われない場合は「いいえ」とします	1	はい	0	⑥ 物忘れのうち1個
	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 誰かに調べてもらう、ダイヤルをしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします	0	はい	1	<input type="checkbox"/>
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか 月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします	1	はい	0	<input type="checkbox"/>
こころ	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	⑦ こころのうち2個
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
社会生活活動の状況	26 簡単な食事を作れますか(味噌汁程度)	0	はい	1	⑧
	27 電子レンジを使えますか	0	はい	1	
	28 ガスコンロ(IHコンロを含む)を利用できますか	0	はい	1	
	29 掃除機がけができますか	0	はい	1	
	30 足の爪を自分で切れますか	0	はい	1	NO.32、33のどちらかがいいえの場合は全体の様子をみながら要介護認定を検討
	31 片足での立位ができますか	0	はい	1	
	32 薬の管理ができますか	0	はい	1	
33 お金の管理ができますか	0	はい	1		

※一次判定欄は市役所・地域包括支援センター等の面接実施者が使用します

記入者: 本人 ・ その他 (氏名: 続柄)

コメント(地域包括支援センター等の記入欄)

市確認欄	判定結果	該当項目	受付	確認
	該当・非該当	①・②・③・④・⑤・⑥・⑦		

テーマ

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）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)

利用者基本情報

様式4(表)

基本情報

作成担当者

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

《介護予防に関する事項》

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

《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	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日			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

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、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、およ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。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）

様式5

No. _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

利用者名 _____ 計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業 事業所名及び所在地(連絡先) _____

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

目標とする生活 _____ 1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間	
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

健康状態について _____ 総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

【本を行うべき支援が実施できない場合】 _____ 適切な支援の実施に向けた方針 _____

【主診医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点】 _____

計画に関する同意 _____

【意見】 _____ 地域包括支援センター _____ 上記計画について同意いたします。 _____ 年 月 日 氏名 _____

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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください。地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

予防給付または地域支援事業

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

評価日 _____

様式7

利用者名 _____

殿

計画作成者氏名 _____

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

総合的な方針

地域包括支援センターの意見

<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
---	--

介護予防サービス・支援計画表

様式8(表)

対象者名: _____ 様
 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名: _____
 期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

目標とする生活			
本人・家族の意向			
支援の方針			
介護予防上の課題	課題に対する目標	本人等のセルフケア	支援内容 (サービス内容、頻度)
①			
②			
③			
④			

上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

健康状態	
ADL	
IADL	
認知機能や判断能力	
コミュニケーションにおける理解と表出の状況	
生活リズム	
排泄の状況	
清潔の保持に関する状況	
口腔内の状況	
食事摂取の状況	
社会との関わり	
家族等の状況	
居住環境	
その他留意すべき事項・状況	

1日の生活、1週間の生活

--

資料

西尾市地域支援事業について

地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」（図1参照）は「総合事業」と呼び、65歳以上のすべての方の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業です。「サービス・活動事業」（表1）と「一般介護予防事業」（表2）の2つからなります。

長寿課では、自立支援と重症化予防の観点から、専門職の提案や意見を取り入れケアマネジメントに活かせるように多職種協働カンファレンスを開催しています。専門職、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）、居宅ケアマネジャー、介護保険事業所等、介護保険に関わる方は積極的に参加してください。（日程等はいげたネットに掲載）

要支援個別訪問アセスメントの活用について

高齢者本人の健康状態や環境に合わせたリハビリテーションの方法、福祉用具、住宅改修等を本人及び家族へ指導・提案を行うことで自立した生活を送ることができる。また、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）職員等に活動支援を実施することで自立に向けたアセスメントを行うことができるようになる。

- 内容：（1）理学療法士、作業療法士等専門職が、訪問により、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）の依頼に基づいたアセスメント（健康状態、機能・構造、活動、参加、個人因子、環境因子について、改善の可能性とアドバイス）を行い、本人・家族への相談・指導を実施する。
- （2）理学療法士、作業療法士等専門職が、高齢者サポートセンター（地域包括支援センター）に対し自立 に向けたアセスメントについての相談・指導を実施する。

介護予防・生活支援サービス事業

対象 要支援・事業対象者

種 類	サービス名	内 容	費 用
訪問型 サービス	訪問介護相当 サービス	居宅を訪問して行う身体介護・日常生活の 支援を行うサービス（入浴介助、おむつ交 換などの身体介護を含む方への清掃や洗 濯など）（事業対象者除く。）	負担割合証の 負担割合
	緩和型 訪問サービス	居宅を訪問して行う日常生活の支援を行 うサービス（身体介護を除く。）清掃、洗濯 など	
	かむかむ訪問 栄養訪問	歯科衛生士、管理栄養士等が居宅を訪問し て、お口の機能の維持・向上、栄養指導の ために個人指導するサービス	自己負担 なし
通所型 サービス	通所介護相当 サービス	通所介護施設で日常生活・生活行為向上の ための支援を行うサービス（事業対象者除 く。）	負担割合証の 負担割合
	緩和型 通所サービス	通所介護施設で運動を中心に実施する 身体機能の維持・向上のためのサービス	
	ミニデイ サービス	接骨院等で運動を中心に実施する身体機 能の維持・向上のためのサービス	
	元気アップ リハビリ教室	リハビリの専門職による身体機能の維持・ 向上のためのサービス （訪問2回、通所24回）	1,000円/月
	ころばん教室	1回/週、体操講師・保健師等による運動 機器の維持、向上を目的とした送迎付サ ービス（約6か月）	
	いきいき サービス	閉じこもり予防や高齢者同士の交流の場 として送迎、運動、レクリエーション、食 事などを行うサービス	

一般介護予防事業

対象 65歳以上（自立した生活を送ることができている方）

目的	事業名	内容
健康づくり 介護予防	シルバー元気教室	運動を中心に介護予防に取り組む教室です。血圧測定、栄養や口腔、認知症に関する講義などがあります。
	まちの体操教室	自宅から歩いて通える場所で介護予防の体操などを行う住民主体の教室です。（週1回）
	西尾市民 げんきプラザ	健康度測定、トレーニング機器を利用した運動を行う場所です。
	ふれあい広場吉良	高齢者同士の交流の場として、体操、レクリエーション、食事などを行う場所です。
	佐久島いきいき サービス	佐久島に住む高齢者を対象に、閉じこもりや要介護状態となることを予防するためのサービスです。
高齢者 通いの場	宅老所	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり、食事やレクリエーション、体操などを行う場所です。
	サロン 健康体操など	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり、健康体操やお茶会を通じた交流など様々な活動があります。
	粋な西尾道場 粋な一色道場	総合福祉センターおよび一色老人福祉センターにて、体操や健康マージャンなどの催しを日替わりで毎日行っている場所です。
地域の ボランティ ア活動	高齢者生活支援 サービス	高齢者のちょっとした困りごと（見守り、話し相手、窓ふき等）のお手伝いを本人と一緒にいきます。

サービス名	内 容	費 用
要支援 個別訪問アセスメント	リハビリテーション専門職が家庭内での運動や生活上の注意などを行う訪問指導	無料

	訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援	通所介護 現行相当 デイサービス	訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	通所A 緩和型通所 ミニデイ	通所A 緩和型通所 閉じこもり予防 いきいきサービス	訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	通所C 短期集中 元気アップ リハビリ教室	通所C 短期集中 ころばん教室	総合事業 外 独自事業 要支援アセスメント 訪問事業	訪問リハ	通所リハ
訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援		○	△	○	○	○	○	○	○	○	○
通所介護 現行相当 デイサービス	○		○	×	×	○	×	×	○	×	×
訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	△	○		○	○	○	○	○	○	○	○
通所A 緩和型通所 運動 デイサービ	○	×	○		△	○	×	×	○	×	×
通所A 緩和型通所 閉じこもり予防 いきいきサービス	○	×	○	△		○	×	×	○	×	×
訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
通所C 短期集中 元気アップ リハビリ教室	○	×	○	×	×	○		×	×	×	×
通所C 短期集中 ころばん教室	○	×	○	×	×	○	×		○	×	×
総合事業 外 独自事業 要支援アセスメント 訪問事業	○	○	○	○	○	○	×	○		×	×
訪問リハ	○	×	○	×	×	○	×	×	×		×
通所リハ	○	×	○	×	×	○	×	×	×	×	

○併用可能 ×併用不可 △要支援2のみ併用可能

確認事項

- (1) 事業対象者は現行相当訪問介護・通所介護の対象外、緩和型訪問・通所の週1回利用可
- (2) 要支援は、原則緩和サービスの利用が優先
- (3) 訪問・通所それぞれの利用回数の原則は要支援1は週1回、要支援2は週1～2回
- (4) 通所C（短期集中）の終了後は通いの場やサロン、緩和型通所サービスへ移行する
- (5) 訪問リハビリと通所サービスとの併用は不可
- (6) 介護予防サービス全般と一般介護予防事業との併用は可能
- (7) 要介護認定を受ける以前からサービス・活動Aを利用する要介護者は継続利用が可能

総合事業 Q & A

種別	No.	質問	回答
共通	1	月額包括報酬のサービス利用者が、月途中で入院した場合、当該月の報酬は日割り計算となるか。	利用者との契約を解除しない場合は月額包括報酬となる。契約を解除した場合は、契約解除日を終了日として日割りで算定する。契約を解除するかどうかは、利用者と事業者の合意による。
	2	月額包括報酬のサービス利用者が、介護度の変更がなく月途中でサービスの利用回数を変更した場合（1回→2回、2回→1回）の算定方法はどのようなか。	適切なケアマネジメントを行ったうえ、月途中で利用回数を変更をした場合、日割り計算は行わず、翌月から算定する報酬の見直しを行う。
	3	第1号被保険者が、月の途中で新たに生活保護の受給者になった場合の月額包括報酬のサービス費の算定方法はどのようなか。	日割り計算となる。 （請求明細書の記載方法） サービスコード → 日割りのサービスコード 回数 → 月初から月末までの日数 公費回数 → 生保開始日から月末までの日数
	4	月額包括報酬のサービス利用者が同一月に短期入所生活介護・短期入所療養介護を利用した場合は日割り計算となるか。	短期入所を利用した日数を差し引いた日数で日割り計算をする。
	5	緩和型の通所・訪問サービスについては、ケアマネジャーへの報告書を省略してもいいか。	緩和型サービスについても従来通り報告書は提出すること。様式を簡略化することは可能。

総合事業 Q & A

種別	No.	質 問	回 答
訪 問	6	生活支援訪問型サービスの初回加算の算定要件は何か。	訪問介護相当サービスの初回加算の要件と同様である。初回の訪問、又は初回の訪問をした月に、サービス提供責任者が訪問した場合、若しくは他の訪問介護員に同行した場合に、その月に算定可能。
	7	生活支援訪問型サービスの初回加算は、訪問介護相当サービスから移行した場合も算定可能か。	訪問介護相当サービスからは算定不可。訪問介護からは算定可。
	8	訪問介護相当サービスの利用を週3回希望している。週3回の利用は可能か。	原則、要支援1は週1回、要支援2は週1～2回だが、ケアマネジャーの判断で週3回の現行ヘルパー利用可。利用期間を設ける、区分変更の必要性を検討。
通 所	9	新規申請で要支援1の認定、緩和通所サービスを利用予定だったが、本人の希望で現行通所サービスを利用したい。	利用可能。新規の要支援認定者は原則、緩和通所サービスとサロンなどの地域資源の併用を勧めていく。
	10	元気アップリハビリ教室利用中、入院し中断。教室を2か月間利用したが、退院後再開するときは、3か月目からの利用となるのか。	ケアマネジャーによる判断。状態が変化しているときは、初回からの利用が適切と考える。
	11	元気アップリハビリ教室について、通所が中断している利用者の取扱いについて	通所が中断した利用者は原則再開時から残りの通所回数と期間の利用が可能。
	12	元気アップリハビリ教室を中断している方が再開するとき、状態が変わっている場合は再度の訪問は可能か。	本人の状態が変化していて自宅での状況をアセスメントする必要があると判断した場合は、訪問を再度実施可能。
	13	ころばん教室とリハビリ（医療保険）は併用していいか。	主治医に確認のうえ、算定可能。

総合事業 Q & A

種別	No.	質 問	回 答
ケアマネジメント	14	介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるか。	過去2か月以上高齢者サポートセンターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、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には算定が可能。
	15	月途中で要支援から要介護になったが、その月に介護給付の利用がない場合、給付管理はどこが実施するか。	高齢者サポートセンターが給付管理を行い請求する。
元気加算	16	要介護状態の悪化、入院・死亡した場合は算定できるのか。	算定不可。
	17	算定届出書を簡略化として下段の『サービス対象者のサービス満了に向け、貴事業所ではどのように取り組みを行いましたか。』の内容について、評価表の添付で対応できないか。	緩和サービス事業所が評価するため評価表は不可。 疑義が生じた場合、評価表提出あり。
	18	算定翌月に一般介護予防サービス事業を利用するも本人が合わないとのことから行き場所がなくなり、再度、緩和型サービスを利用せざるを得ない場合等に至った際は、一度、取り下げをし、再請求を行うことになるのか	再度、緩和型を利用するに至った期間が1か月以内となる場合は、取り下げ再請求をする。（例：1月末で満了、3/31再び緩和型サービスを利用した場合）
その他	19	要支援で主治医が必要性を認めた上でプランに位置付けている場合でも、訪問リハと通所リハは併用不可か。	原則は要支援個別訪問アセスメントや元気アップリハビリを優先する。 通所リハのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハの提供など、ケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は算定できる。

