

蕨市介護予防

ケアマネジメントマニュアル

令和３年１０月

蕨市介護保険室

目 次

はじめに	1
介護予防ケアマネジメントの方向性	2
1. 目的	2
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	2
3. 蔽市における介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	3
4. 実施主体(実施担当者)	3
5. 実施の手順	4
(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	5
(2) 介護予防ケアマネジメント利用開始の手続き	7
介護予防ケアマネジメント	7
6. 留意事項	11
7. 報酬(単価、加算)、支払	12
(1) 単価及び加算	12
(2) 介護予防ケアマネジメント費に関する予防給付と総合事業の関係	13
(3) 介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について	15
(4) 訪問型サービス・通所型サービスの基本報酬について	15
8. 住所地特例者について	16
(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届出書の提出	16
(2) 総合事業の指定	16
(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領)	17
1. 「利用者基本情報」(様式4)	17
2. 「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)」(様式5)	20
3. 「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)	26
4. 「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)	27

はじめに

昨今、日本では全国的に平均寿命は延びている一方で健康寿命とは１０歳近くの差があるのが現状であり、課題である。その上、令和７年（２０２５年）には団塊の世代が７５歳以上に、令和２２年（２０４０年）には団塊ジュニア世代が６５歳以上となる。団塊の世代が、要介護認定率の上がる７５歳以上の後期高齢者に達することから、今まで以上に健康寿命を延伸し自立を促進できるような介護予防に積極的に取り組むべきである。

自立促進と健康寿命の延伸を目指すためにも、本市では高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を送ることができる「地域包括ケアシステム」の構築を進めていく必要がある。さらに、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現を目指していくべきと考える。

こうした中、「介護予防事業・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）」は、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合いづくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にしようとするものとして新たに創設された制度である。本市でも既存のサービスにとらわれることなく、インフォーマルな支援等も含めた地域資源を積極的に活用して、自立を促進できるよう取り組んでいく。

サービス構成

総合事業では、各自治体が、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」を実施することとなり、そのサービス構成や基準・報酬等を決定できるとされた。これを受け、蕨市では、以下のサービス構成で事業を実施している。

訪問型サービス	従前の介護予防訪問介護に相当するサービス
	訪問型サービスＢ（有償又は無償のボランティアにより提供される住民主体による支援）
通所型サービス	従前の介護予防通所介護に相当するサービス
ケアマネジメントＡ (原則的なケアマネジメント)	訪問型サービス・通所型サービスを利用する場合は、 現行の予防給付に対する介護予防支援と同様のプロセスを実施
一般介護予防事業	すべての高齢者が対象となる介護予防事業（いきいき百歳体操、介護予防教室等）

1. 目的：

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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という。）に対して、介護予防を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

介護保険制度においては、介護保険法（以下、「法」という。）第4条第1項において、「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」と規定されており、総合事業においても、この法第4条の国民の努力及び義務が円滑に図られるよう、必要な援助を行うものとする。

要支援者及び事業対象者には、法第4条の考え方、法第115条の45の規定による総合事業の目的をよく説明し、法第1条の目的にあるように「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した生活が営むことができる」ような、要介護状態となることを予防するための効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していく必要がある。

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、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものである。

高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが、結果として介護予防につながるという視点からも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当てはめるのみならず、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、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」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、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て、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（以下「ケアプラン」という。）原案を作成していくこととなる。

3. 蕨市における介護予防ケアマネジメントの類型と考え方：

蕨市においては、利用者の状況や、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介護予防ケアマネジメントAを実施するものとする。

●介護予防ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターが、現行の予防給付に対する介護予防支援業務と同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3ヶ月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制とする。

4. 実施主体（実施担当者）：

介護予防ケアマネジメントは利用者が居住する（住所地）地区を担当する地域包括支援センターにおいて、実施する。

錦町・北町・中央地区*1：蕨市第一地域包括支援センター

南町・中央地区*2：蕨市第二地域包括支援センター

塚越地区：蕨市第三地域包括支援センター

市外（住所地特例）：住所地特例施設所在地を担当する地域包括支援センター等

*1 中央1丁目、3～6丁目

*2 中央2丁目、7丁目

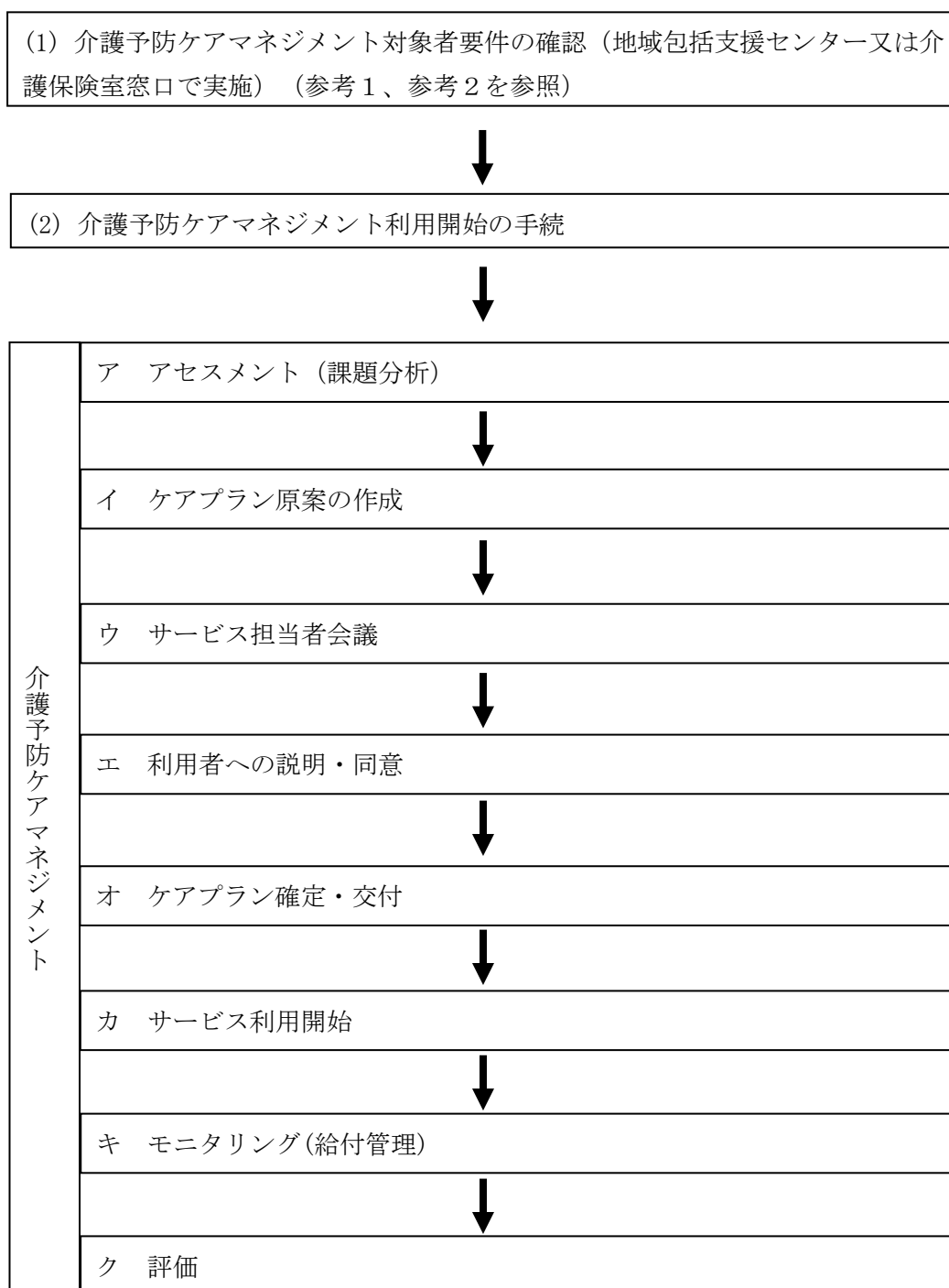
ただし、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント業務の全部もしくは一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能とする。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていない。

5. 実施の手順：

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として市（保険者）に確認されることが必要であるため、以下の手順として実施する。

○概要



○手順の詳細

手順	内容
(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	○相談窓口 ・ 蕨市介護保険室又は、利用者が居住する(住所地)地区を担当する地域包括支援センターとする。 ・ 要介護・要支援認定更新時は地域包括支援センターで対応をするが、要介護・要支援認定等申請の結果が非該当で、本人が総合事業の利用を希望する場合は蕨市介護保険室で対応する。 ○総合事業の説明 ・ 窓口においては、「受付チェックシート（参考1）」を用い、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、①総合事業の趣旨と手続き、②要介護認定等の申請、③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、④総合事業の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する。 ・ 総合事業の趣旨として、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を説明する。 ○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利用を希望する場合、要支援認定更新時には、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。（要支援認定を受けていない者については、要支援認定等申請を案内する。） （様式1、2参照）（チェックリスト） ○基本チェックリストの実施 ・ 「基本チェックリストについての考え方（様式2）」に基づき、質問項目の趣旨を説明し、地域包括支援センター職員又は蕨市介護保険室職員と対面形式で、本人又は家族が基本チェックリストを記入し、事業対象者の基準の該当の有無を確認する。 ・ 要支援者又は事業対象者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うことを説明し、その上で、①介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書（蕨市介護予防・

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	日常生活支援総合事業実施要綱 様式第1号)、②介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書(蕨市介護保険に関する規則 様式第11の3)、③介護保険被保険者証を提出してもらう。 ・基本チェックリストの結果、事業対象者については、「事業対象者」と記載された介護保険被保険者証を交付する。 即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日郵送等により交付する。 ・事業対象者の認定有効期間は2年間とする。 ・事業対象者の情報を速やかにその地区の担当地域包括支援センターに送付する。 ○基本チェックリストの実施は、本人が受付窓口において行うことを原則とする。 ただし、本人が来所できない(入院中である、外出に支障がある等)場合は、地域包括支援センター職員による訪問や家族の来所により行うものとする。 ○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、サービス事業を受けることができる。(第2号被保険者については基本チェックリストの実施はしない。)
---	--

メント 利用開始の手続 (2) 介護予防ケアマネジメント	○利用開始にあたっては、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して地域包括支援センター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。 ○地域包括支援センター職員による訪問や家族の来所による基本チェックリストの実施により事業対象者となった方に対しては、利用開始時において、総合事業の説明を行う。
介護予防ケアマネジメント (地域包括支援センターもしくは委託先の居宅介護支援事業所において実施)	ア 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う。 ○より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート（様式3）」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」というような目標に変換していく作業が必要である。 ○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、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。 イ ケアプラン原案作成 ○目標の設定 ・生活の目標については、「表2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ・計画期間の間に取り組むことにより、その達成が可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。 ○利用するサービス内容の選択 ・利用するサービスを検討する際は、単に指定事業者の利用に限定せず、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する。 ・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、利用時間を設定する。

	・給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、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する。 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う。（平成28年4月実施時は指定事業者によるサービスのみ）その際は、予防給付の要支援1と同額の支給限度基準額（5,032単位/月）とする。 ○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、ケアプラン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、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。
	ウ サービス担当者会議
	エ 利用者への説明・同意
	オ ケアプラン確定・交付 ○サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、本人及び家族に説明し、同意を得る。 ○本人の同意を得たケアプランは、各サービス提供事業者へ交付する。
	カ サービス利用開始 ○サービス事業提供者に対し、ケアプランに基づき、適切にサービスが提供されるように連絡調整等を行う。
	キ モニタリング（給付管理） ○モニタリングは、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、訪問して面接する。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う。 それ以外の月においても、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する。

	ク 評価 ○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、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。
--	---

表1 ケアマネジメントAにおける各プロセス

	ケアマネジメントA
ア) アセスメント	○
イ) ケアプラン原案作成	○
ウ) サービス担当者会議	○
エ) 利用者への説明・同意	○
オ) ケアプラン確定・交付	○
カ) サービス利用開始	○
キ) モニタリング	○
ク) 評価	○

(○：実施)

表2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TP0 に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TP0 に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金のおし入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金のおし入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会（2012.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

6. 留意事項：

(1) 介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式を活用することとする。

(2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。

その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速に総合事業のサービスを利用することができる。

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

※要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末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、地域包括支援センター等と連絡を取り、給付管理を行う。

(3) 総合事業については、ケアプランの自己作成に基づく給付管理は行わない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐ必要がある。

(4) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、「蕨市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書」の申請に基づき、事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。

(5) 介護予防ケアマネジメントにおいて、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じること。

(6) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、事業対象者についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。

(7) 介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、サービス提供事業者、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。

(8) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第5自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にしながら、取り組んでいただきたい。

7. 報酬（単価、加算）、支払：

(1) 単価及び加算

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターによる直接実施又は委託により実施するものである。

介護予防ケアマネジメントAの報酬単価については、表3「介護予防支援給付と介護予防ケアマネジメントの違い」のとおりとする。

ア 初回加算：1月につき300単位

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

- ・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、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）、

- ・要介護者が要支援認定を受け、あるい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

※ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス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、初回加算の算定を行うことはできない。

イ 委託連携加算

介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

- ・初回加算と同時に算定できる。
- ・地域包括支援センターが変更となる場合、指定介護予防支援事業所が変更となる場合には算定できる。

※契約から改め、ケアプラン等を一連の流れに沿って作成（変更）していること。

表3 介護予防支援給付と介護予防ケアマネジメントの違い

	予防給付	総合事業
	介護予防支援 (介護予防サービス計画)	介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA)
対象者	介護予防給付のみ、または、介護予防給付と第1号事業の両方を利用する 要支援1・2の方	第1号事業のみを利用する要支援1・2と基本チェックリスト該当者
実施主体	現行	従来の介護予防支援と同様に、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託 できることとします。
単位	438 単位 + 初回加算 300 単位 委託連携加算 300 単位	
単価	10.42 円	
事業者への支払い方法	国保連経由で支払い	

(2) 介護予防ケアマネジメント費に関する予防給付と総合事業の関係

要介護等認定申請の結果が要支援1・2の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防支援費の支給となり、要支援認定を受けていないチェックリストによる事業対象者（申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者）又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合は、介護予防ケアマネジメント費の支給となる。

ア 総合事業に関する費用の支払：

要介護等認定申請の結果が出る前に総合事業のサービス利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前の総合事業利用分の費用は、総合事業より支給する。（暫定的に要支援として取り扱っていた場合）

イ 事業対象者としてサービスを利用した後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

表4 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防支援を含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	居宅介護支援を含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

なお、予防給付及びサービス事業を併用する場合の給付管理票及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については以下のとおりとする。

表5 予防給付と総合事業を併用する場合の給付管理票の取扱い

No.	利用者	利用サービス			給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	費用の区分
		介護予防給付		総合事業			
		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象			
1	要支援者	○			要	(※1)	介護予防支援費
2		○	○		要	(※1)	介護予防支援費
3		○		○	要	(※1) (※2)	介護予防支援費
4		○	○	○	要	(※1) (※2)	介護予防支援費
5			○		不要	—	介護予防ケアマネジメント費
6			○	○	要	(※2)	介護予防ケアマネジメント費
7				○	要	(※2)	介護予防ケアマネジメント費
8	事業対象者			○	要	(※2)	介護予防ケアマネジメント費

(※1) 介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）、介護予防短期入所療養介護（介護療養型医療施設等）、介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用型）

(※2) 訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)

(3) 介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターへの直接実施又は地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託により実施するものとし、予防給付の報酬を踏まえた指定事業者としての単価の設定とする。事業の一部が地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託している場合にも同様とする。

(4) 訪問型サービス・通所型サービスの基本報酬について

介護予防ケアマネジメントに基づき実施される、訪問型サービス・通所型サービスの報酬については「表6 訪問型サービス・通所型サービスの基本報酬」のとおりとする。

表6 訪問型サービス・通所型サービスの基本報酬

	サービス内容略称	対象	算定単位数
訪問型サービス	訪問型サービスⅠ	事業対象者、要支援1・2 週1回程度の訪問が必要とされた方	1月につき1,178単位
	訪問型サービスⅡ	事業対象者、要支援1・2 週2回程度の訪問が必要とされた方	1月につき2,349単位
	訪問型サービスⅢ	事業対象者、要支援2 週2回を超える程度の訪問が必要とされた方	1月につき3,727単位
	訪問型サービス単価		10.42円
通所型サービス	通所型サービス1	事業対象者、要支援1	1月につき1,672単位
	通所型サービス2	事業対象者、要支援2	1月につき3,428単位
	通所型サービス単価		10.27円

8. 住所地特例者について：

本人の居住地や住所地の状況により、介護予防ケアマネジメントを実施する者や利用できる介護予防・生活支援サービス事業が異なる。他自治体が保険者で、蕨市内の住所地特例施設に入居している要支援者及び事業対象者が総合事業を希望する場合、住所地の地域包括支援センターが契約の主体となりケアプランの作成を行う。

(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届出書の提出

他自治体が保険者の住所地特例者（要支援者又は事業対象者）の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届出書及び介護保険被保険者証は蕨市介護保険室を経由し、保険者の介護保険担当へ提出する。

※要介護認定を受けた住所地特例被保険者に関しては、蕨市介護保険室を経由せず、直接保険者の介護保険担当へ提出する。

(2) 総合事業の指定

総合事業の制度では、原則として住民票がある自治体のサービスを受けることとなる。住所地特例施設に入居している場合、施設所在地の自治体が提供するサービスを利用する。そのため、施設所在地の保険者の総合事業の指定が必要となる。

表 7 要支援者及び事業対象者の居住地及び保険者とサービスの関係

蕨市の被保険者がA市の住所地特例対象者に入所し、住民票をA市に異動した場合

保険者	蕨市
サービス計画作成	A市の地域包括支援センター
総合事業のサービス	A市の総合事業のサービス
事業所の指定	A市の総合事業の指定が必要

A市の被保険者が蕨市の住所地特例対象者に入所し、住民票を蕨市に異動した場合

保険者	A市
サービス計画作成	蕨市の地域包括支援センター
総合事業のサービス	蕨市の総合事業のサービス
事業所の指定	蕨市の総合事業の指定が必要

蕨市の被保険者がA市で生活しており、住民票が蕨市の場合

保険者	蕨市
サービス計画作成	蕨市の地域包括支援センター
総合事業のサービス	蕨市の総合事業のサービス
事業所の指定	蕨市の総合事業の指定が必要

A市の被保険者が蕨市で生活しており、住民票がA市の場合

保険者	A市
サービス計画作成	A市の地域包括支援センター
総合事業のサービス	A市の総合事業のサービス
事業所の指定	A市の総合事業の指定が必要

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領)

本様式は、介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメントにおけるケアプラン原案を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、ケアプランの一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

ただし、サービス内容への具体的な影響が認められない軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

1 「利用者基本情報」(様式4)

①「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

②「相談日」

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

③「本人の現況」

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

④「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤「住所」

当該利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥「電話番号」

当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦「日常生活自立度」

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

⑧「認定・総合事業情報」

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

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨「障害者等認定」

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

⑩「本人の住居環境」

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

住宅の間取り図などを別紙として添付する。

⑪「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭「緊急連絡先」

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

⑮「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯「これまでの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。

職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

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

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑲「現在利用しているサービス」

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

⑳「個人情報の第三者提供に関する同意」

総合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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者、介護保険施設、主治医、その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」（様式5）

①「NO. 」

利用者の整理番号を記載する。

②「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥「認定済・申請中」

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

認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）を利用する場合は「地域支援事業」に○を付す。

⑧「計画作成者」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫「目標とする生活」

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

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

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感や自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑬「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「生活機能評価」、「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭「アセスメント領域と現在の状況」

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

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

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

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによ

る移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度について確認する必要がある。

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

⑮「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

⑰「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用

者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑱「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、総合事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。

ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。

合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などと記載してもよい。

㉑「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上の

ポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目を記載する。

②「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」

「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）」

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

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」欄には、予防給付、総合事業のサービスや一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

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

③「【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」

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

④「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

⑤「事業所（利用先）」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

⑥「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「○か月」「○月○日～○月○日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）で実施するか提案があれば記載する。

⑦「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留

意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㊸「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㊹「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

㊺「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「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）

①「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

②「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

4 「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）

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧ 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩ 「今後の方針」

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

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。