

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

阿蘇市市民部ほけん課
令和6年4月

目次

第1章 阿蘇市の介護予防・日常生活支援総合事業	1
1 総合事業の目的・考え方.....	1
2 阿蘇市の総合事業	1
3 介護予防・生活支援サービス事業の対象者と利用可能なサービス.....	2
4 事業対象者の要件	2
5 相談からサービス利用までの流れ	5
第2章 介護予防ケアマネジメント	6
1 介護予防ケアマネジメントの考え方	6
2 介護予防ケアマネジメントの種類.....	6
3 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ.....	10
4 相談(聴き取りと説明)	11
5 基本チェックリストの実施.....	12
6 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書・利用申請書等の提出.....	17
7 介護予防ケアマネジメントの実施.....	23
8 訪問からアセスメント	24
9 ケアプランの作成.....	28
10 サービス担当者会議からモニタリング・評価	36
11 請求・利用限度額管理.....	41
12 訪問型サービス事業の利用について	46
13 通所型サービス事業の利用について	49
14 住所地特例者の総合事業によるサービス利用について	54
第3章 維持改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例).....	55

第1章 阿蘇市の介護予防・日常生活支援総合事業

1 総合事業の目的・考え方

介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)は、市町村が中心となって、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により、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。

具体的には、①住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、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からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指している。

2 阿蘇市の総合事業

阿蘇市においても、上記の総合事業の理念に基づき、平成28年4月から総合事業を開始した。また、平成30年4月からは介護予防訪問介護相当事業、介護予防通所介護相当事業を廃止し、総合事業に完全移行した。

表1 阿蘇市が実施する総合事業

介護予防・日常生活支援サービス事業	一般介護予防事業
・訪問型サービス(第1号訪問事業) 訪問型サービスA① 訪問型サービスA②	・介護予防把握事業 (高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業による訪問等を通じた支援対象者の把握)
・通所型サービス(第1号通所事業) 通所型サービスC 通所型サービスA	・介護予防普及啓発事業 (いきいき教室)
・介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	・地域介護予防活動支援事業 (ふれあいサロン、定期訪問見守り活動、生きがい講座・教室、介護予防サポーターの養成) ・地域リハビリテーション活動支援事業 (リハビリテーション専門職による通所型サービス実施事業所等への助言、指導、評価)

3 介護予防・生活支援サービス事業の対象者と利用可能なサービス

介護予防・生活支援サービス事業の対象者と利用可能なサービスは表2のとおり。

表2 阿蘇市が実施する介護予防・生活支援サービス事業の内容と対象者

介護予防・生活支援サービス事業		要支援認定者	事業対象者
訪問型サービスA①	訪問介護員等による身体介護及び生活援助	○	×
訪問型サービスA②	訪問介護員等による生活援助	○	×
通所型サービスA	生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションなど	○	○
訪問型サービスC	リハビリテーション専門職などによる短期集中予防サービス	○	○

・要支援認定者:要支援1、2の認定を受けた者

・事業対象者:基本チェックリストを実施し、介護予防・生活支援サービス事業の対象者と判断された者

4 事業対象者の要件

事業対象者とは、65歳以上の高齢者で、基本チェックリストの実施により、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と判断された者であり、具体的には、基本チェックリストの25項目のうち次に掲げるいずれかの基準に該当する場合である。

1 No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当

→複数の項目に支障

2 No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当

→運動機能の低下

3 No.11～12の2項目のすべてに該当

→低栄養状態

4 No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当

→口腔機能の低下

5 No.16～17の2項目のうちNo.16に該当

→閉じこもり

6 No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当

→認知機能の低下

7 No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当
→うつ病の可能性

○住所地特例対象者への対応

平成27年4月以降、住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者が行うこととなるため、本市で基本チェックリストを実施する対象となる。

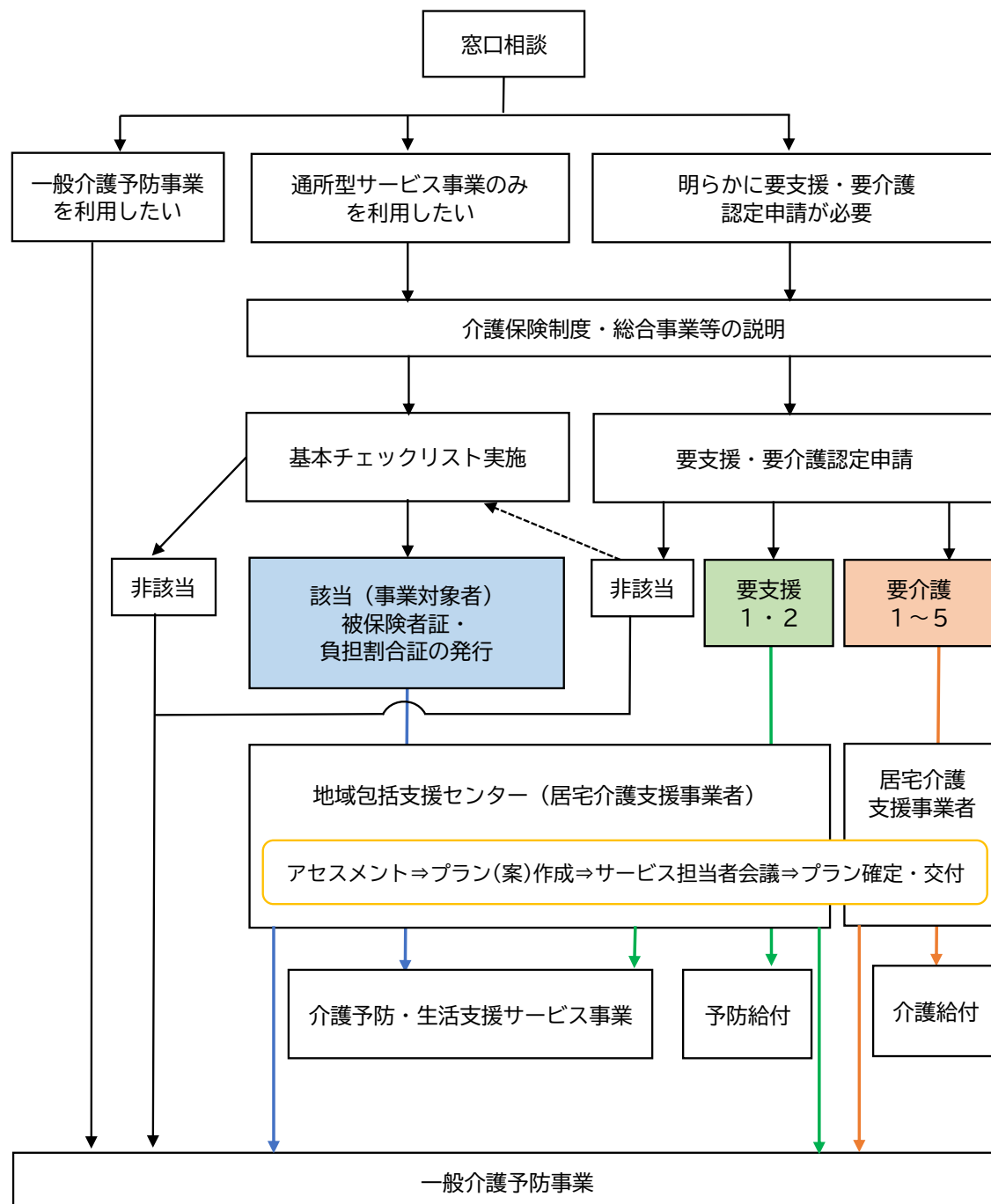
表3 基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準

No	質問項目	回答(いずれかに○)		事業対象者に該当する基準	
		0.はい	1.いいえ	該当する基準	項目数
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	運動機能の低下 3項目以上に該当	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	低栄養状態 2項目に該当	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		
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)			口腔機能の低下 2項目以上に該当	
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		
14	お茶や汁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	閉じこもり No16に該当	
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	認知機能の低下 1項目以上に該当	
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されますか	1.はい	0.いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	うつ病の可能性 2項目以上に該当	
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

5 相談からサービス利用までの流れ

相談からサービス利用までの流れは以下のとおり。



サービス利用にあたっては、介護予防ケアマネジメントにおいて、利用者本人の心身の状況、置かれている環境、本人及びその家族の希望等を勘案したうえで、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者の改善の可能性を実現するための適切なサービスを選択する必要がある。

第2章 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは、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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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り、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

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、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

○介護予防ケアマネジメントの留意点

- ・利用者本人やその家族の意向を的確に把握する。
- ・専門的な視点からサービスを検討する。
- ・利用者に丁寧に説明する。

ケアマネジメントの結果、**適当と判断したサービス内容**について利用者が十分に理解し、納得する必要がある。

自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を丁寧に説明する。

- ・利用者の理解・同意を得て、サービスを提供する。
※ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。
- ・総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう、明確に設定される必要がある。

2 介護予防ケアマネジメントの類型

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、以下の3パターンに分けて行う。

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)

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施する。

- 利用するサービス
 - ・通所型サービスC
 - ・訪問型サービスA①
- プロセス
 - ①アセスメント(課題分析)
 - ②ケアプラン原案作成
 - ③サービス担当者会議
 - ④ケアプラン確定・交付(利用者・提供者)
 - ⑤プランの実行(サービス等利用)
 - ⑥モニタリング
 - ⑦評価
- ※評価はおおむね3ヶ月ごとに実施
- 報酬:442単位(1月につき・1回以上のモニタリング)
初回加算300単位

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)

ケアマネジメントAのプロセスからサービス担当者会議を省略し、ケアプランを作成する。

※訪問型サービスA②をケアプランに含む場合は、サービス担当者会議を行ったうえでケアプランの確定を行う。

- 利用するサービス
 - ・通所型サービスA
 - ・訪問型サービスA②
- ※通所型サービスAを利用する場合は、終了時に必ず評価を実施
- 報酬:360単位(1月につき・1回以上のモニタリング)
初回加算240単位(訪問型サービスA②のみ)

ケアマネジメントC(初回のみ実施する介護予防ケアマネジメント)

初回のみケアマネジメントを行い、利用者本人に自身の状況、課題、目標等を利用者に説明し、理解してもらったうえでサービスにつなげる。

- 利用するサービス
 - ・通所型サービスB
- 報酬:216単位

※表4、5を参照

表4 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費(通所型サービス事業利用の場合)

プロセスと類型	利用サービス		サービス提供 開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
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)	通所型サービスC	サービス担当者会議	○	×	×	○		
		評価 (※)	-	×	×	○ (面接)		
		報酬	442 単位 + 300 単位	442 単位	442 単位	442 単位		
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)	通所型サービスA	サービス担当者会議	×	×	×	×	×	×
		評価	-	×	△ (必要時)	×	×	○ (面接)
		報酬	360 単位 + 240 単位	360 単位	360 単位	360 単位	360 単位	360 単位
ケアマネジメントC (初回のみ実施する 介護予防ケアマネジ メント)	通所型サービスB	報酬:216 単位 サービス担当者会議、モニタリング等は必要なし。						

※モニタリングは毎月(電話でも可)、評価は3か月ごとに行う。

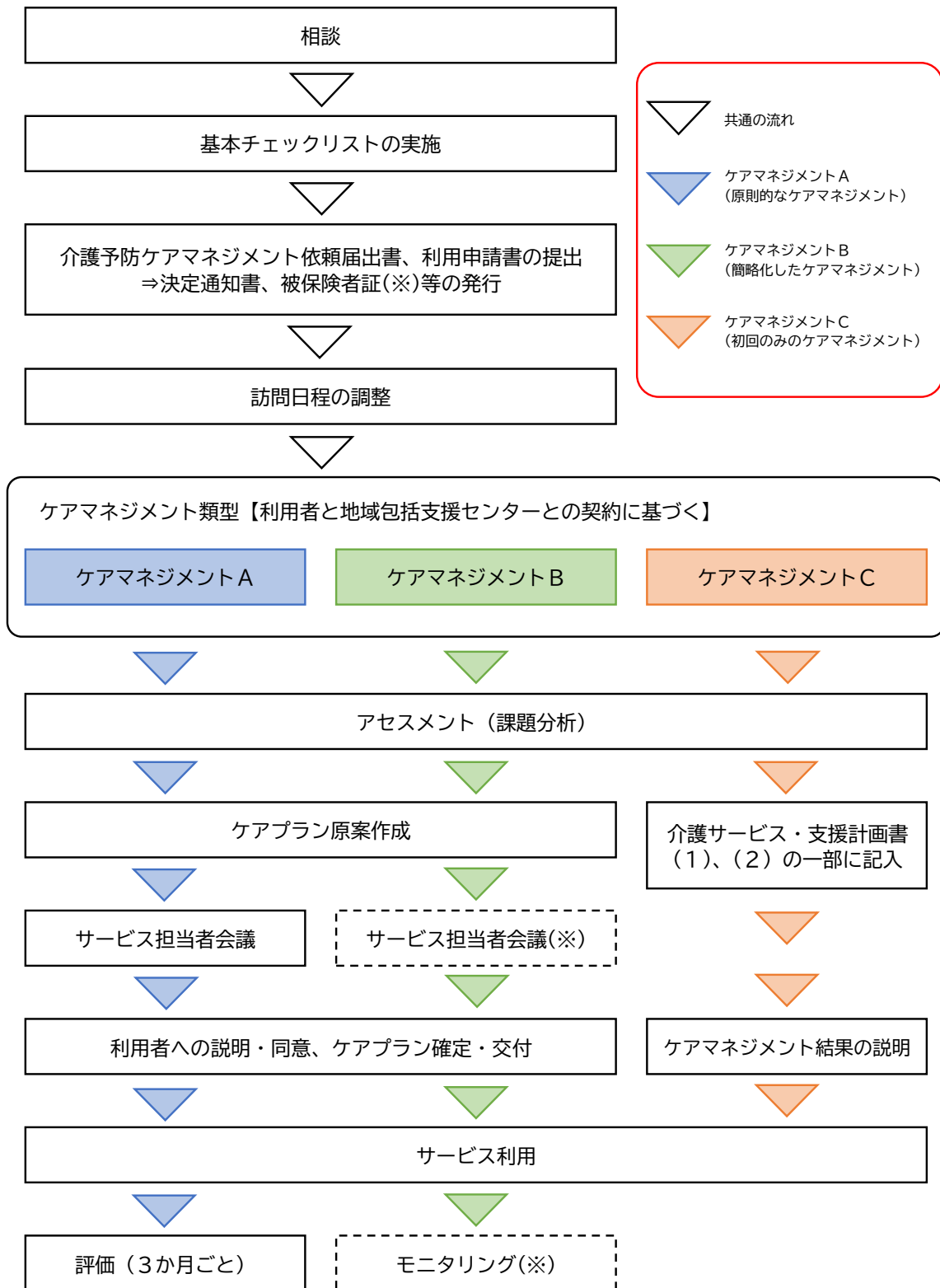
表5 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費(訪問型サービス事業利用の場合)

プロセスと類型	利用サービス		サービス提供 開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
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)	訪問型サービスA ①	サービス担当者会議	○	×	×	×	×	×
		モニタリング等 (※)	-	○	○ (訪問による 評価)	○	○	○ (訪問による 評価)
		報酬	442 単位 + 300 単位	442 単位	442 単位	442 単位	442 単位	442 単位
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)	訪問型サービスA ②	サービス担当者会議	○	×	×	×	×	×
		モニタリング等	-	○	○ (訪問による 評価)	○	○	○ (訪問による 評価)
		報酬	360 単位 + 240 単位	360 単位	360 単位	360 単位	360 単位	360 単位

※モニタリングは毎月(電話、事業所からの聞き取りでも可)、評価は3か月ごとに利用者宅への訪問により行う。
また、サービス担当者会議は、ケアプランに変更があった場合のほか、前回の担当者会議から1年経過後に行う。

3 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れは以下のとおり。



※は該当する場合

4 相談(聴き取りと説明)

被保険者の生活の困りごと等の相談は、市役所ほけん課窓口又は、地域包括支援センターで受ける。

基本チェックリストの実施について申し出があった場合は、地域包括支援センターを案内する。

(1)聴き取り

本人の状況や相談の目的、意向等を聴き取る。

- 原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行すが、本人が来所できない場合(入院中、相談窓口が遠い、外出に支障がある 等)は、電話や家族の来所による相談に基づき、訪問により聴き取りを行う。
- 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、要介護認定が条件となるサービス(おでかけサービス事業等)を希望している場合等は、要介護認定の申請につなぐ。
※第2号被保険者(40歳以上65歳未満)については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため要介護認定申請につなぐ。
- 介護予防のための住民主体の通いの場(サロン)や生きがい教室などの利用のみを希望する場合は一般介護予防事業や民間を含む多様なサービスにつなぐ。

(2)説明

総合事業の目的や内容、手続き等について十分説明を行う。

- 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と自立支援に向けたサービスを利用することで、自分でできることを増やしたり、できる期間を延ばしたり、今より重症化しないようにする事業であること。
- 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み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。
- 通所型サービスのみを利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること
- 事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること。
- 阿蘇市以外の市町村に所在する事業所によるサービスは利用できないこと(阿蘇市がすでに指定している事業所を除く)。

5 基本チェックリストの実施

生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、介護予防・日常生活支援サービス事業及び給付)の振り分けを行う。

(1)基本チェックリストの実施

- 表6「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。
- 各回答が適切かどうかの判断は、基本チェックリストを聴き取るものを行うこととする。
- 基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、記入年月日に記入されていることを確認する。
- 家族等の来所による相談の場合は、本人や家族が行った基本チェックリストに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービス利用につなげる。※必ず本人のもとを訪問すること。
- 居宅介護支援事業所等の代行による基本チェックリストの提出も可能とするが、本人が来所出来ない場合(家族等の来所)と同様の扱いとする。この場合、提出代行者は事前に地域包括支援センターへその旨を連絡する。
- 基本チェックリストを実施してもらう場合、適切に対応することを前提に必ずしも専門職でなくてもよいが、表6を参考に専門職が再評価することが望ましい。

(2)基本チェックリスト非該当の場合

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い場合は、本人の有する能力の継続的な維持向上を意識し一般介護予防事業の利用等につなげることが重要である。

表6 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い、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う。
- 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う。
- 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う。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおり。各質問項目の表現は変えない。

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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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ヵ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	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
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を、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ヵ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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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を、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ない	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	

(3)事業対象者の有効期間

事業対象者の有効期間は、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チェックリストの実施により非該当となった日または要支援・要介護認定者となるまでの期間とする。

※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、再評価を行う

表7 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～
要支援者から 事業対象者に移行の場合	要支援の有効期間終了日の次の日～
事業対象者から 非該当になった場合	～チェックリスト実施日の属する月
事業対象者から 要支援者(又は要介護者)に移行した場合	～要介護・要支援認定申請日前日

○基本チェックリストの再実施

有効期間内であっても本人の状態に変化があった場合や通所型サービスを卒業により終了する場合は、基本チェックリストを実施し、再評価を行う。また、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、必要に応じて再度基本チェックリストを実施する。

○事業対象者が非該当となった場合

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する。

なお、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)に次の手続きを実施する。

【市への届け出】

余白に「非該当」と明記した基本チェックリストと被保険者証を提出する。

【被保険者証の取り扱い】

市は、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、本人に返却する。(後日郵送)

※事業対象者非該当となったのち、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う。

6. 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書・利用申請書等の提出

(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

- ・地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることについて確認し、届出書に記入してもらう。
 - ・介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントの依頼は、地域包括支援センターから市に提出する(提出区分は表8のとおり)。
- ※住所地特例対象者は、施設所在市町村に届出する。

表8 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)届出の提出区分

区分	新規	変更
事業対象者が新たに 介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合	○	×
要支援認定者が新たに 予防給付、介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合	○	×
事業対象者が新規申請により、 要支援認定となり、予防給付を利用する場合	×	○
要介護・要支援認定者が 認定非該当となり、事業対象者に移行する場合	×	○ 要支援認定時に 総合事業のみ利 用の場合は不要
要介護認定者が 要支援認定となり、予防給付を利用する場合	×	○
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	提出不要	
委託先居宅介護支援事業所が変更された場合	提出不要	

(2) 利用申請書等の提出

必要事項を記入した介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書、基本チェックリスト、その他必要書類を添えて市に提出する。

届出書・利用申請書の記入方法は次ページ以降を参考

図1 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書 記入例
(地域包括支援センターが担当する場合)

※余白にサービス利用内容を記載。

・通所型サービス C

様式第2号(第10条関係)

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	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ アソ タロウ		0 0 0 0 0 * * * * *	
阿蘇 太郎		個人番号	
		生年月日	
		昭和5年 5月 5日	
介護予防サービス計画の作成を依頼(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の依頼(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	〒869-2301	
阿蘇市地域包括支援センター	阿蘇市内牧976番地2	電話番号 0967-32-5122	
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号	サービス開始(変更)年月日		
4 3 0 1 4 0 0 0 2 6	令和5年 2月 2日		
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
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ください。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒	
	電話番号		
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
阿蘇市長 様			
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の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
令和5年 1月27日			
〒869-2612			
住所 阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1		電話番号 0967-22-3111	
被保険者氏名	阿蘇 太郎		
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 令和5年 1月27日 氏名 阿蘇 太郎			

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに阿蘇市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の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(地域包括支援センター)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上、必ず阿蘇市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象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。

図2 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書 記入例
(地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ委託する場合)

※余白にサービス利用
内容を記載。

- ・通所型サービスA
- ・福祉用具貸与

様式第2号(第10条関係)

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	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ アソ タロウ		0 0 0 0 0 * * * * *	
阿蘇 太郎		個 人 番 号	
		生 年 月 日	
		昭和5年 5月 5日	
介護予防サービス計画の作成を依頼(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の依頼(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	〒869-2301	
阿蘇市地域包括支援センター	阿蘇市内牧 976 番地 2	電話番号 0967-32-5122	
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号	サービス開始(変更)年月日		
4 3 0 1 4 0 0 0 2 6	令和5年 2月 2日		
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
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ください。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒869-2806	
居宅介護支援事業所なみの	阿蘇市波野大字波野 2703 番地	電話番号 0967-24-2001	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
阿蘇市長 様			
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の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
令和5年 1月27日			
〒869-2612			
住 所 阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1		電話番号 0967-22-3111	
被保険者 氏 名 阿蘇 太郎			
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 令和5年 1月27日 氏名 阿蘇 太郎			

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに阿蘇市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の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(地域包括支援センター)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上、必ず阿蘇市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象施設に入居の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

図3 介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書 記入例
(訪問型サービスを利用する場合)

様式第3号(第11条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

阿蘇市長 様		申請年月日	令和6年 4月 3日
申請者氏名 (自署)	阿蘇 花子 被保険者との関係 本人		
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者	阿蘇市地域包括支援センター 宮地 春子		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

次のとおり利用したいので申請します。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 * * * *									
	個人番号										
	フリガナ	アソ ハナコ								生年月日	
	氏名	阿蘇 花子								昭和6年 6月 6日	
	住所	〒869-2612				電話番号 0967-22-3111					
認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者										
利用を希望する事業	種類	事業の種類等									
	訪問型サービス (第1号訪問事業)	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービスA① <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA② <input type="checkbox"/> 訪問型サービスB <input type="checkbox"/> 訪問型サービスC <input type="checkbox"/> 訪問型サービスD									
	通所型サービス (第1号通所事業)	<input type="checkbox"/> 通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービスB <input type="checkbox"/> 通所型サービスC									
		利用希望事業所									
		利用希望開始日		年 月 日							
	送迎の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								

介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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を当該事業の関係人に必要な範囲で提示することに同意します。

令和6年 4月 3日 氏名 阿蘇 花子

(添付書類) 利用者基本情報及びアセスメントの写し、介護予防ケアマネジメント計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し、基本チェックリストの写し

図4 介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書 記入例
(通所型サービスを利用する場合)

様式第3号(第11条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

阿蘇市長 様		申請年月日	令和6年 4月 3日
申請者氏名 (自署)	阿蘇 太郎		被保険者との関係 本人
申請者住所	〒 電話番号		
提出代行者	阿蘇市地域包括支援センター 宮地 春子		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

次のとおり利用したいので申請します。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 * * * *										
	個人番号											
	フリガナ	アソ タロウ										生年月日
	氏名	阿蘇 太郎										昭和6年 6月 6日
	住所	〒869-2612 阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1										電話番号 0967-22-3111
認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者											
利用を希望する事業	種類	事業の種類等										
	訪問型サービス (第1号訪問事業)	<input type="checkbox"/> 訪問型サービスA① <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA② <input type="checkbox"/> 訪問型サービスB <input type="checkbox"/> 訪問型サービスC <input type="checkbox"/> 訪問型サービスD										
	通所型サービス (第1号通所事業)	<input type="checkbox"/> 通所型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービスB <input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービスC										
		利用希望事業所	通所型サービス事業所みやじ									
		利用希望開始日	令和6年 5月 4日									
	送迎の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、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を当該事業の関係人に必要な範囲で提示することに同意します。

令和6年 4月 3日 氏名 阿蘇 太郎

(添付書類) 利用者基本情報及びアセスメントの写し、介護予防ケアマネジメント計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し、基本チェックリストの写し

(3)利用決定通知書、被保険者証の発行

市は申請内容を審査し、利用を決定したときは介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書を発行する。また、新たに事業対象者として認定した場合は、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の受理後、受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。

7 介護予防ケアマネジメントの実施

訪問日時を調整し、介護予防ケアマネジメントを開始する。介護予防ケアマネジメントに係る様式等は以下のとおり。

○介護予防ケアマネジメントに係る様式等

- ・基本チェックリスト
- ・利用者基本情報
- ・アセスメントシート(様式は任意)
- ・興味・関心チェックシート(任意)
- ・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(国から示される)
- ・介護予防支援介護給付費明細書
- ・課題整理総括表(任意)

※本人や家族等が来所した場合についても、居宅での状態等を確認するため、訪問によるアセスメントを行う。

8 訪問からアセスメント

アセスメント(課題分析)に当たっては次に掲げる点を意識し、実施する。

- 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、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。
- 課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、ケア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、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。

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か(申請のきっかけ)」
- ☆「なぜ、要支援状態になったのだろうか」
- ☆「なぜ、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ある。

- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、アセスメントシートの項目等を参考に、「どこに問題があるのか」を考え、客観的に「どの程度」といった定量的な情報を把握する。

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ある。

そのことで、要支援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る。

○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ある。

「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につながる。

○基本チェックリストの該当項目に沿った判断

No	質問項目	回答 (いずれかに○)		事業対象者に該当する基準
		0.はい	1.いいえ	
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	日用品の買い物をしていますか	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	②運動機能の低下 3項目以上に該当
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	③低栄養状態 2項目に該当
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	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)			④口腔機能の低下 2項目以上に該当
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	
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	口の渴きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	⑤閉じこもり No16に該当
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	⑥認知機能の低下 1項目以上に該当
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されますか	1.はい	0.いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	⑦うつ病の可能性 2項目以上に該当
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なる。

該当基準	想定されるサービス・活動の例
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]	通所型サービス
③低栄養状態 [No.11～12のすべてに該当]	通所型サービス 配食サービス(民間含む)
④口腔機能低下 [No.13～15のうち2項目以上該当]	通所型サービス 後期高齢者歯科口腔健診(※後期高齢者医療制度対象者の場合)
⑤閉じこもり [No.16に該当]	通所型サービス 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)
⑥認知機能低下 [No.18～20のうち1項目以上該当]	通所型サービス 地域の通いの場 地域の各種活動(ボランティア、認知症カフェ、就労、老人クラブ等)
⑦うつ病の可能性 [No.21～25のうち2項目以上該当]	通所型サービス 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

9 ケアプランの作成

○目的

「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。

○手法

3～12か月を目途に、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。

○留意点

ケアプランの作成の際には、本人・家族と共に

- 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への参加が大切であることを説明し、活動の計画を確認しておくことが重要である。

※要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態は以下の①～⑤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る。

- 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

○適切な目標設定、サービス選定のためには

- ・アセスメントによる利用者の心身の状況(特にADL、IADL)を正確に把握する。
- ・利用者本人が自らのケアプランであると実感し、利用者が主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できない。
- ・専門用語の使用はできるだけ避け、十分に説明し理解を得るようにする。

表9 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
<p>セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>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、TPOに応じた身支度をする</p>
<p>家庭生活 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</p>	<p>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せる</p>
<p>対人関係 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</p>	<p>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</p>
<p>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活) 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、預貯金の出し入れ</p>	<p>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する 経済生活: 預貯金の出し入れや管理する</p>
<p>コミュニケーション 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</p>	<p>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</p>
<p>運動と移動 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</p>	<p>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</p>
<p>知識の応用(判断・決定) 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>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</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活 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、自治会や老人会の行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加: 自治会のお祭りに参加する、老人会の行事に参加する、候補者を決めて投票する 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</p>

出典: 介護予防マニュアル改定版 平成23年3月 介護予防マニュアル改訂委員会

(1)介護予防サービス・支援計画書の記入に伴う視点

【目標とする生活】

- ・どのような生活を送りたいか本人の意思・意欲を尊重し引き出しているか。
- ・意欲が低下している場合は、利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。

【アセスメント領域と現在の状況】

- ・アセスメントの視点(P27～)を参考にしてそれぞれの項目において「現在自分で実施しているかどうか」。
- ・「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ているか。

【運動・移動について】

- ・廃用性症候群であれば、通所系等のサービスの利用のケアプランになっているか。
- ・毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなケアプランになっているか。

【健康管理について】

- ・健診の結果、療養上の注意や疾病の再発防止等の記載があるか。
- ・医療の中断や病状の悪化及び薬物管理等の状況から医師連絡の必要性の有無。

【本人・家族の意欲・意向】

- ・具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇やりたくない」など利用者本人の意思が記載されその理由が記載されているか。
- ・本人の意欲が引き出されているか。

【総合的課題】

- ・2回目以降のケアプランにおいては、前回の評価がされているか。

【課題に対する目標と具体策の提案】

- ・「閉じこもり予防」においては、外出機会が確保されているケアプランになっているか。

【目標】

- ・利用者と家族が同意した目標になっているか。
- ・3～6ヶ月で達成可能な目標になっているか。
- ・本人が主体的に取り組める、具体的な目標になっているか。
- ・評価可能な記載になっているか。
- ・2回目以降では、前回の評価を踏まえ、段階的に作成されているか。

【目標についての支援のポイント】

・「目標とする生活」が実現できる支援のポイントで記載されているか。

【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】

- ・家族等が協力できる内容が明記されているか。
- ・フォーマルサービス以外のサービスが導入されているか。

【サービス事業所の選定】

・特定の事業者には偏っていないか。

【総合的な援助方針】

- ・妥当な支援の実施に向けた方針で記載されているか。
- ・2回目以降のプランにおいては前回の評価が生かされているか。

【「目標」の具体例】

- × 下肢の筋力が強くなる。
- × 安全な歩行ができる
- 下肢の筋力をつけるために毎日15分程度、近所を散歩する。
- 以前のように1人で近くのスーパーまで歩いて買い物ができるようになる。

サービスの提供頻度

サービス提供の頻度については、適切なケアマネジメントに基づき、自立支援に資するかどうかという観点から決定するものであり、ただ単に利用者の希望のみで決定するようなことはあってはならない。

＜介護予防サービス・支援計画書の記入に伴う視点(「アセスメント領域と現在の状況」～「具体策について

利用者名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者番号 _____

計画作成者氏名 _____ 計画作成事業者・事業所名及び所在地: _____

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 _____

1日:具体的で達成感が得られる内容

1年:生きがいや楽しみをもとにした達成したい目標(実現可能なもの)

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	目標についての 支援のポイント
運動・移動について ・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 ・自宅や屋外をスムーズに歩行できるか ・交通機関を使って移動できるか 等	各アセスメント領域において本人、家族に確認した意欲を記載する。 本人:○○ 家族:○○ 「●●できるようにしたい」 「自分で○○ができるようにしたい」	問題がある判断した場合は「有」、特に問題がないと判断した場合は「無」と記入する。 ・領域における特徴的な背景とこれによって生じる活動や参加の苦労や困難さを把握する 「○○の低下が見られ●●を行うのが難しい」等。 (○○には健康状態や心身機能、背景因子が、●●には活動や参加が入る) ・今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性」の予測についても記載する 「○○のおそれがある」「○○の可能性はある」等		各領域を統合して全体像としてとらえる。 悪循環の予測「○○の進行により●●などもできなくなる恐れがある」 「現在のままの生活を続けると●●の状況に陥る可能性がある」等 (○○には健康状態や心身機能が●●には活動や参加が入る)	総合的な各課題に対し、専門職等としての提案・評価で具体的なものを記載する。 生活機能の低下の原因となっていることへの対策のみでなく、本人の持っている強さを力づけられる内容にする。 目標:○○○○ 具体策:●●●●		専門職等が提案したことに対し、本人・家族の思い等をそのままの言葉で記載する。
日常生活(家庭生活)について ・日常に必要な品物を自分で選んで買えるか ・献立を考え、調理できるか ・家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況 等							
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・家族や友人のことを心配したり、相談に乗るなど関係づくり、保つことができるか ・友人を招いたり、友人家を訪問しているか ・家族、友人などと会話や手紙などの交流 ・地域での役割(老人クラブや町内会等)							
健康管理について ・健診を受けているか ・休養に気をつけているか ・薬を飲み忘れず、管理できているか ・定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗っているか							

「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などが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か」等についてアセスメントする。
 「○○は何とか ●●程度は行っている」

・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
 ・自宅や屋外をスムーズに歩行できるか
 ・交通機関を使って移動できるか 等

各アセスメント領域において本人、家族に確認した意欲を記載する。
 本人:○○
 家族:○○
 「●●できるようにしたい」
 「自分で○○ができるようにしたい」

問題がある判断した場合は「有」、特に問題がないと判断した場合は「無」と記入する。

 ・領域における特徴的な背景とこれによって生じる活動や参加の苦労や困難さを把握する
 「○○の低下が見られ●●を行うのが難しい」等。
 (○○には健康状態や心身機能、背景因子が、●●には活動や参加が入る)

 ・今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性」の予測についても記載する
 「○○のおそれがある」「○○の可能性はある」等

各領域を統合して全体像としてとらえる。

 悪循環の予測「○○の進行により●●などもできなくなる恐れがある」
 「現在のままの生活を続けると●●の状況に陥る可能性がある」等

 (○○には健康状態や心身機能が●●には活動や参加が入る)

総合的な各課題に対し、専門職等としての提案・評価で具体的なものを記載する。

 生活機能の低下の原因となっていることへの対策のみでなく、本人の持っている強さを力づけられる内容にする。
 目標:○○○○
 具体策:●●●●

専門職等が提案したことに対し、本人・家族の思い等をそのままの言葉で記載する。

— 「目標」～「【計画に関する同意】」

1年

・家族の意欲・意向	(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					
						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

計画書の左側で合意された目標を記載する。
「課題に対する目標と具体策について合意が得られた場合には、提案した「目標」を転記する。

モニタリングにおいては、この「目標」について評価を行うため、客観的に評価が行えるよう具体的に記載する。

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得られない場合は、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など、その内容の実現に向けた方向性を記載する。

目標に対する支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の「支援実施における安全管理上のポイント」を記載する。

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等を記載する。誰が何をするか、具体的に記載する。

各サービス種別の機関が行う具体的なサービスの内容を記載する。
例)
・介護保険給付以外での外出支援
・介護保険での入浴介助等

サービス種別を具体的に記載する。加算についても記載する。

・サービスを提供する事業所名を記載する。
・家族、地域、介護保険以外のサービスについても誰が行うか明記する。

「支援内容」掲げた支援をどの程度の「機関」で実施するか記載する。
(○月○日～○月○日)
期間設定は「認定有効期間」に配慮して設定する。

生活がよりいきいきとその人らしくなるために利用者、家族、計画作成者、サービス担当者が取り組んでいく、共通の方向性や留意すべき点を記載する。

機能評価等を踏まえた留意点 ●【本来行うべき支援ができない場合】 適切な支援の実施に向けた方針 ●総合的な方針：生活不活発の改善・予防のポイント

閉じこもり 予防	物忘れ予防	うつ予防	地域包 括支援 センタ ー	意見 確認 印	
-------------	-------	------	------------------------	---------------	--

地域包括支援センターからコメントをもらって
から、「計画に関する同意」欄に署名をもらう。

(計画に関する同意) 上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名

(2)介護予防サービス・支援計画書の記入例

○「アセスメント領域」～「具体策についての意向」

アセスメント領域	本人・家族の意欲・意向	領域における課題	総合的課題(ニーズ)	課題に対する目標 具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>(運動・移動)</p> <p>転倒後は一人で外出することはなくなり、病院の受診等外出する時は車で家族に連れて行ってもらっている</p> <p>(日常生活)</p> <p>以前はスーパーに行き、朝食を作っていたが、転倒後は全くしなくなった</p>	<p>(本人)</p> <p>転んでから一人で出かけるのは不安</p> <p>気持ちとしては、買物に行きたい気持ちはあるが・・・</p> <p>(家族)</p> <p>外出しなくなってから、元気がなく気がつくことが多い</p> <p>以前のように元気になってほしい</p>	<p>転倒への不安から外出の機会が減り、横になっている時間も多くなり、下肢の筋力の低下が見られる</p> <p>この状態が続けば、さらに筋力低下がおこり、転倒の可能性も高くなる</p>	<p>1. 転倒への不安から外出の機会が減り、下肢の筋力が低下し、閉じこもりになる可能性がある</p> <p>2. 転倒してから全く家事をしなくなり、横になっている時間が多く、生活不活発による各種症状が起きる可能性がある</p>	<p>(目標)</p> <p>以前のように1人で買い物に出かけたり、家事ができるようになる</p> <p>(具体策)</p> <p>1. リハビリをし、下肢筋力を強化する</p> <p>2. 自宅でできる体操を毎日行う</p> <p>3. 週一回家族と一緒に買い物に出かける</p> <p>4. 家事は座ってできる調理の下ごしらえから始める</p>	<p>(本人)</p> <p>1. リハビリや家での体操をし、体力をつけるようにがんばりたい</p> <p>2. 家事も調子がよければ少しずつやりたい</p> <p>(家族)</p> <p>休日は、一緒に買い物にでかける</p> <p>以前のように元気になってほしい</p>

○「目標」～「期間」

目標	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	サービスの種別	事業所	期間
<p>1. 以前のように買い物にでかけるようになる</p> <p>2. 体調をみながら、家事を少しずつ始めていく</p>	<p>1. 転倒しないように注意し、リハビリや体操をする</p> <p>2. 雨の日の外出のときは、滑りやすいので注意する</p>	<p>(本人)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で出来る体操を日に2回10分ずつ行う。(ラジオ体操・阿蘇市介護予防体操) ・体調の良いときは、座って出来る調理の下ごしらえ等をする <p>(家族)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週1回、休日にスーパー等に行物と一緒にいく ・前日に野菜の皮むきなどの用意をしておく 	<ul style="list-style-type: none"> ・以前のように1人でスーパーへ買い物に行けるようになるためのプログラムの実施 ・自宅で出来る体操のメニューを提供する 	<p>・通所型サービス(運動機能向上加算)</p>	<p>A通所介護事業所</p>	<p>1.12.1～2.2.29(3ヶ月)</p>

10 サービス担当者会議からモニタリング・評価

(1) サービス担当者会議

○目的

- ・利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有する。
- ・地域の公的サービス・インフォーマルなどについて情報共有し、その役割を理解する。
- ・利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議する。
- ・ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解する。

○開催時期

- ・ケアプラン原案作成時
- ・更新(認定時、区分変更時)
- ・介護予防サービス・支援計画の変更時
- ・臨時の開催
 - ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
 - サービスや事業の利用中断があり、再開する場合
 - 利用者の状況等に変化があった時
 - 前回のサービス担当者会議から1年が経過した時

○会議の構成員

- ・利用者・家族
- ・ケアプラン作成者
- ・サービス事業担当者
- ・主治医
- ・インフォーマルサービスの提供者

※サービス事業者が会議に参加することで、以下の効果が期待される。

- ・本人のしたい生活(生活の目標)のイメージや維持改善すべき課題(目標)を共有できる。
- ・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る。
- ・的確なサービス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る。

○ケアマネジメント担当者が説明する事項

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

○協議内容

- ・利用者の生活状況とケアプランの内容
- ・サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成の為に2次アセスメント

○記録

「介護予防支援経過記録」に記載する。

○その他

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要がある。利用者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切である。

医師との日程調整が難しい事が少なくないが、受診時または照会等により情報を得る等工夫し実施する。

(2)ケアプランへの同意・交付

- ・サービス担当者会議を受けて、ケアプラン原案の内容を調整する必要がある場合は、関係する居宅サービス事業所の担当者と相談して内容を調整する。
- ・利用者・家族から同意を得て、ケアプランを作成し、交付する。
- ・サービス事業者にサービス提供開始を伝える。

(3)サービス利用

サービス事業者は、以下の順序を踏む。

①事前アセスメント

- ・事業実施前にアセスメントを行い、個別サービス計画を立てる。

②サービス・事業の実施

- ・個別サービス計画に基づき、サービスを提供する。
- ・効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直す。

③事後アセスメント

- ・サービス提供後、その効果について事業所でアセスメントする。
- ・その結果をケアプラン作成者に報告する。

(4)モニタリング

○目的

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

○行う時期

- ・サービス提供から3ヶ月に1回は訪問する。(その他の月は、電話等でモニタリングを行なう。)
- ・利用者に著しい変化があった時
- ・サービスの期間終了月

○モニタリングの視点

- ・利用者の生活状況に変化がないか。
- ・ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・個々のサービス提供等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ・利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ・その他、介護予防プランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

○記録

- ・「介護予防支援経過記録」に記載する。
- ・モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合及び、介護保険の認定における区分変更申請が必要な場合は、「介護予防支援・サービス評価表」に記入する。

(5)評価

○目的

- ・介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを確認するとともに、必要に応じてその後のケアプランを見直す。

○行う時期

- ・最大6カ月に1回
- ・通所型サービスC利用の場合は終了月
- ・介護予防ケアマネジメントに位置づけた期間終了月

○見直し等

- ・目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、計画を組み直す。
- ・課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体の通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。
- ・新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、課題分析結果に基づき、計画を組み直す。

○記録

- ・「介護予防支援・サービス評価表」に記載する。

※介護予防支援・サービス評価表の記入に伴う視点

41 ページ参照

(3)介護予防支援・サービス評価表の記入例

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標を達成した原因 (本人・家族)	目標を達成しない 原因	今後の方針
<p>1. 下肢の筋力をつけ、以前のように買い物にでかけるようになる</p> <p>2. 体調をみながら、家事を少しずつ始めていく</p>	1.12.1～ 2.2.29 (3ヶ月)	<p>・週1回家族と、買物に行っている。</p> <p>店内はショッピングカーにつかまり転ばないようにして買物をしている。</p> <p>・最近、味噌汁の具だけではなく煮物用にたくさんの野菜の皮をむいている。</p> <p>・通所リハは休まずに行き、リハビリを熱心に行っている。</p> <p>・自宅での体操も約束したとおり毎日実施している。</p> <p>・腰は随分しっかりしてきたようだと言われている。</p>	達成	<p>(本人)</p> <p>・通所リハでリハビリができ、転ぶことに対し不安が少なくなった。</p> <p>・スーパーの買い物も楽しくなってきた。そろそろ1人でもいけそうな気がする。</p> <p>(家族)</p> <p>・通所リハで自宅で出来る体操を教えてもらったので、毎日欠かさず実施していたようだ。</p> <p>・最初は、調理の下ごしらえをする日は少なかったが、ケアマネさんから電話で何回か勧められてからは毎日のようにしてくれるようになった。最近は、元気になり、買物の内容もかわったように思う。</p>		<p>・下肢の筋力もつき、転ぶことに対する不安も少なくなったので、通所リハは終了とする</p> <p>・今後も週1回の家族との買物を続けながら、近所であれば一人で外出する機会を作る</p> <p>・家事をする時間を少しずつ増やしていく</p>

11 請求・利用限度額管理

(1) 利用限度額管理対象サービス

阿蘇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する。

- ・訪問型サービスA
- ・通所型サービスA

○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う（表9参照）。

○事業対象者については、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う。

(2) 予防給付とサービス事業を併用する場合

○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る。

○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う。

表9 支給限度額の考え方

総合事業	予防給付	
事業対象者	要支援1	要支援2
5,032 単位	5,032 単位	10,531 単位

※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ない。

表10 事業対象者及び要支援1・要支援2の支給限度額

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	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,032単位
要支援1	予防給付のみ	介護予防支援費	5,032単位
	予防給付と事業		
要支援2	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	10,531単位
	予防給付のみ	介護予防支援費	
	予防給付と事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

表11 サービス種類コード

サービス内容	サービス種類名	サービス種類コード
訪問型サービスA	訪問型サービス(独自/定率)	A3
通所型サービスA※	通所型サービス(独自/定率)	A7
通所型サービスC	なし※	なし※

※通所型サービスAは指定事業者のサービスのみ国保連請求対象。

※通所型サービスCは委託による実施であり、国保連に対する請求はできない。

表12 訪問型サービス(独自/定率)の単価(阿蘇市)

訪問型サービスA①

サービス名称	単位	阿蘇市の対象
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅳ)ア	1回につき287単位 (月に4回までの利用)	要支援1・2 週1回程度のサービスが必要とされた者
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅳ)イ	1月につき1,176単位 (月5回の利用)	
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅴ)ア	1回につき287単位 (月5～8回の利用)	要支援1・2 週2回程度のサービスが必要とされた者
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅴ)イ	1月につき2,349単位 (月9回以上)	
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅵ)ア	1回につき287単位 (月9～12回の利用)	要支援2 週3回程度のサービスが必要とされた者(注)
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅵ)イ	1月につき3,727単位 (月13回以上の利用)	

訪問型サービスA②

サービス名称	単位	阿蘇市の対象
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅰ)	1回につき179単位	要支援1・2 週1回程度のサービスが必要とされた者
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅱ)	1回につき179単位	要支援1・2 週2回程度のサービスが必要とされた者
訪問型サービス費 (独自/定率)(Ⅲ)	1回につき179単位	要支援2 週3回程度のサービスが必要とされた者 (注)

(注) 週3回程度のサービスが必要と考えられるときは、サービス担当者会議を行ったうえで市役所に協議すること。

※初回加算、処遇改善加算あり。詳細はサービスコード表に記載。

表13 通所型サービス(独自/定率)の単価(阿蘇市)

通所型サービスA

サービス名称	単位	阿蘇市の対象
通所型サービス費 (独自/定率)ア	1回につき382単位 (月4回までの利用)	事業対象者・要支援1
通所型サービス費 (独自/定率)イ	1月につき1,798単位 (月5回の利用)	
通所型サービス費 (独自/定率)ウ	1回につき382単位	要支援2

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

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)	AF	442単位	事業のみ
	介護予防ケアマネジメント費 (ケアマネジメントB)	AF	360単位	事業のみ
	介護予防ケアマネジメント費 (ケアマネジメントC)	AF	216単位	事業のみ
要支援1	介護予防支援費	46	442単位	予防給付のみ 予防給付と事業
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・B・C)	それぞれ事業対象者の 場合と同じ		事業のみ

○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、指定介護予防援における基準に準じ、下記①②の場合に算定できる。

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)

※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ない。

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ない。

○委託連携加算の取扱い

介護予防支援事業所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を加算する。

12 訪問型サービス事業の利用について

(1) サービスの種類

阿蘇市では訪問型サービス事業として以下のサービスを実施している。利用できるのは要支援認定者のみ。事業対象者の利用はできないので、サービスを利用する場合は要介護認定申請が必要。

- ・訪問型サービスA① 訪問介護員等による身体介護及び生活援助
- ・訪問型サービスA② 訪問介護員等による生活援助

(2) サービス利用の注意点

○生活援助の考え方

利用者が単身又は同居の家族等が「障害・その他やむを得ない理由」により、家事を行うことが困難な場合に行われる、利用者に対する調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助をいう。

○同居の親族がいる場合に提供できないサービス

- ①利用者以外の方に対する洗濯、調理、買い物、布団干し
- ②利用者が占有する居室以外の共用部分(居間、食堂、台所、浴室、トイレ)等の掃除
※利用者の使用する物でも、緊急性がないものの買い物や洗濯などについては、同居家族(日中独居を含む)において可能かどうか十分検討しなければならない。

○「別居・同居」の定義

- ①別居:利用者の居住している家屋からいったん外(道路・他人の私有地・マンションの廊下等)に出なければ家族の居住部分に立ち入ることができない場合
- ②同居:階段や扉等で住居がつながっており、道路やマンションの廊下等に出ずに行き来ができる場合や、同一敷地内に家族が居住している場合

○「障害・疾病その他やむを得ない理由」の考え方

同居の家族等が下記の状況にある場合は、居宅サービス計画・訪問介護計画に位置づけて、サービスを提供することができる。

- ①同居家族が障害(身体・知的・精神)を有し、家事をすることが困難である場合(障害者手帳の有無だけで判断せず、障害を理由として、家事が可能か否か判断することが必要)

②同居家族が疾病のため、家事をすることが困難である場合

③その他

(i)家族等が就労等で、長時間にわたり日中不在であり事実上(日中)独居である場合。

※単に「仕事等で忙しい」だけではなく、出勤時間や帰宅時間など実態を把握して、実質的に困難であることを明確にしたうえで、居宅サービス計画に位置付けてサービス提供する。

(ii)同居の家族が、要介護(要支援)認定者又は事業対象者であって、家事が困難で援助ができない場合。

※同居者にも支援が必要な場合は利用者の支援と適宜振り分ける。(按分する)

(iii)同居の家族との家族関係に問題があり、援助が期待できない場合。

(iv)介護放棄・虐待等がある場合。等

(3)利用回数

訪問型サービス事業の利用は基本的に週2回までとする。

ただし市長が必要と認める場合は、週3回まで利用することができる。

週3回利用する場合は、(様式1)により市に協議すること。

(様式1)

令和 年 月 日

阿蘇市長 様

事業所管理者名

介護予防・日常生活支援総合事業のサービス内容変更について（協議）
下記の理由によりサービス内容を変更したいので、承認いただきたく協議します。

記

利用者の氏名	
利用者の住所	
生年月日	
電話	
認定状況	
変更の理由 (※)	
変更の内容	
変更の期日	年 月 日から

※サービス担当者会議の内容をふまえて記入してください。

13 通所型サービス事業の利用について

(1) サービスの種類

阿蘇市では通所型サービス事業として以下のサービスを実施している。利用できるのは要支援認定者と基本チェックリストにより特定された事業対象者。

- ・通所型サービスA 生活機能向上のための機能訓練を行うミニデイ、運動、レクリエーションなど
- ・通所型サービスC 生活援助リハビリテーション専門職などによる短期集中予防サービス

(2) 利用期間

- 通所型サービス事業の利用期間は、原則としてC事業4カ月、A事業6カ月。
- 通所型サービスCは、期間の延長により身体機能が改善し、地域での生活に戻ることが見込まれる場合は最大で2カ月間延長することができる。

(3) 利用回数

- 通所型サービスCは1年間に1回の利用に限り、通所型サービスAは原則6か月間の利用を基本とし、評価により必要性が認められる場合には延長を認めている。

(4) 利用中止・休止

- 通所型サービス事業利用中に体調の変化等によりやむを得ず中止・休止する場合は、市に「介護予防・日常生活支援総合事業利用変更(中止・休止)届」を提出する。
- 体調の変化等によりやむを得ず利用中止となった場合は、前回の利用から1年を待たずに利用することができる。
- 休止していたことを理由に期間を延長することはできない(休止のタイミングにより評価ができない場合を除く)。

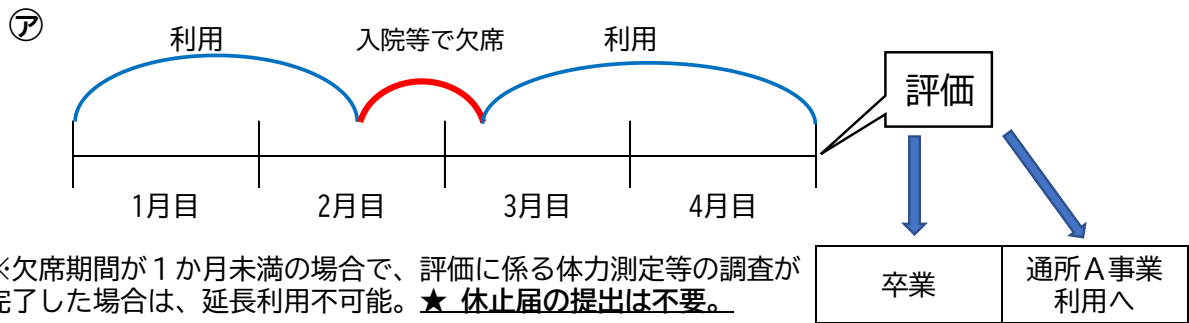
※通所型サービス事業の利用中止・休止の取り扱いについては次ページ参照。

(5) 通所型サービスCから通所型サービスAへの引き継ぎ

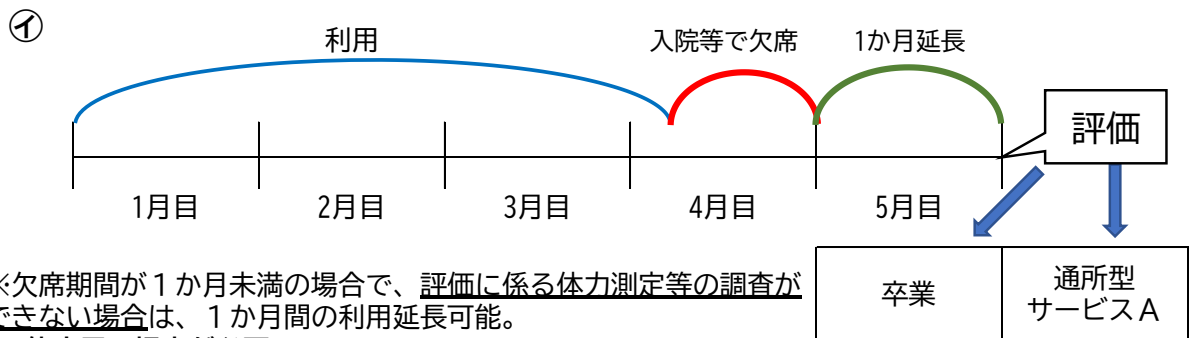
通所型サービスCから通所型サービスAに移行する際は、サービス提供事業所間での引き継ぎを行う必要がある。通所型サービスCの卒業面談時に引き継ぎを行う、事業とは別の日に自宅に訪問して行う等、様々な引き継ぎの形が考えられる。

<通所型サービスCの利用中止・休止の取り扱い>

① 1か月未満の欠席した場合



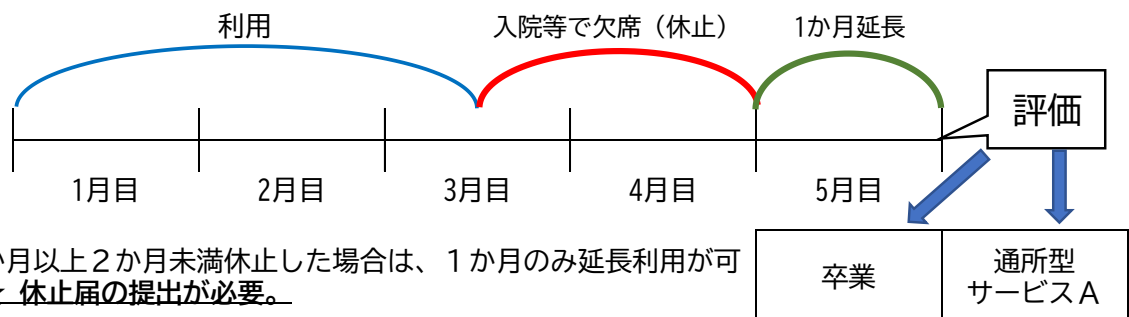
※欠席期間が1か月未満の場合で、評価に係る体力測定等の調査が完了した場合は、延長利用不可能。★ 休止届の提出は不要。



※欠席期間が1か月未満の場合で、評価に係る体力測定等の調査ができない場合は、1か月間の利用延長可能。

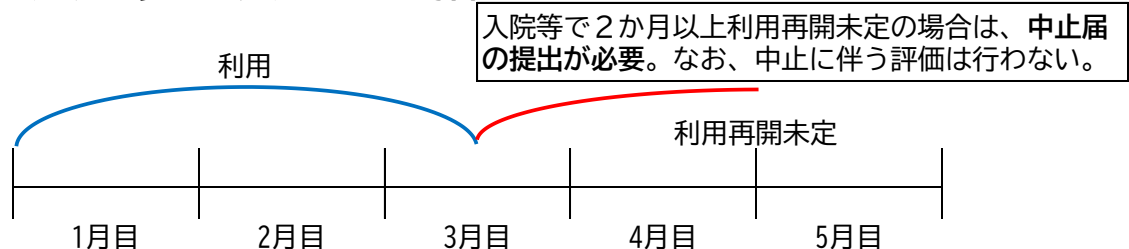
★ 休止届の提出が必要。

② 1か月以上2か月未満欠席（休止）等した場合



※1か月以上2か月未満休止した場合は、1か月のみ延長利用が可能。★ 休止届の提出が必要。

③ 2か月以上参加が見込めない場合



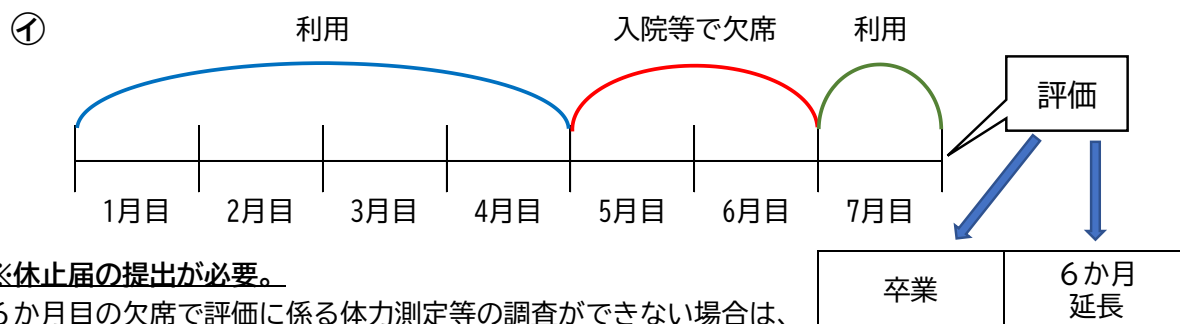
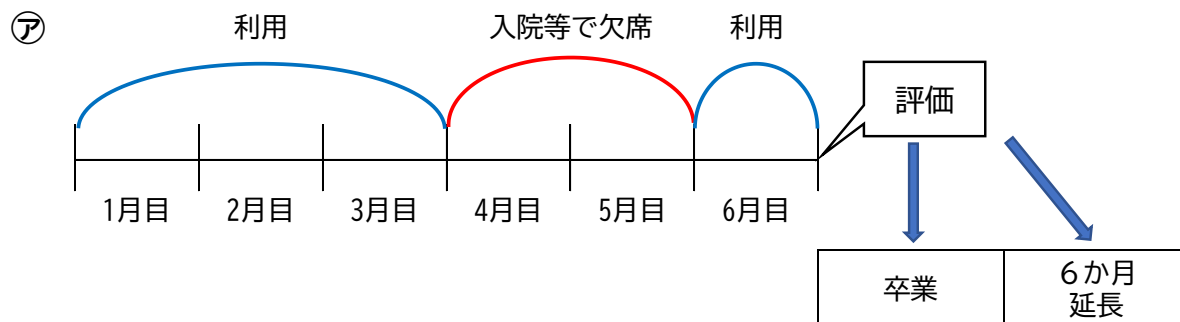
※利用を途中で中止した場合は、本人の希望及び基本チェックリストにより通所型サービスCの利用が必要と判断される場合は、既に利用した期間はリセットし、新たに4か月間の利用が可能。

<通所型サービスAの利用中止・休止の取り扱い>

① 1か月未満の欠席した場合

※休止届不要で6か月目に評価。6か月目の欠席で評価に係る体力測定等の調査ができない場合は、1か月の利用延長が可能。

② 1か月以上3か月未満の欠席（休止）の場合



※休止届の提出が必要。

6か月目の欠席で評価に係る体力測定等の調査ができない場合は、1か月の利用延長が可能。

③ 3か月以上参加が見込めない場合

※中止届の提出が必要。中止に伴う評価は行わない。在宅の場合は再度アセスメントを行う。

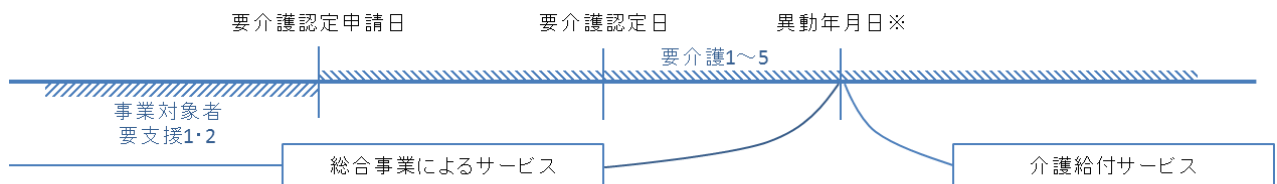
※再開にあたっては、利用者の状況を踏まえて検討する。

(7)要介護認定申請期間中におけるサービス利用

総合事業によるサービス利用中に新規申請又は区分変更申請により要介護1以上の認定がなされた場合、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業によるサービスを継続することができる。

※暫定プランにより介護給付サービスを利用している場合、総合事業によるサービスとの併用はできない。

図5 新規申請又は区分変更時の要介護状態とサービス利用の関係



※介護給付サービスに移行する日として、市が受給者台帳の異動年月日を設定する。

○サービス利用期間中に要介護1以上の認定がなされた場合の対応の順序

- ①地域包括支援センターは、サービス利用期間中に要介護1以上の認定がなされた場合、市にその旨連絡を行う。
- ②市は地域包括支援センターからの連絡を受け、国保連に提出する受給者台帳の異動年月日を介護給付によるサービスが始まった日に変更する。

(例)7/15 申請→8/15 認定→8/26 事業利用→8/29 担当者会議→8/31 給付利用
異動年月日を 7/15 から 8/29 に変更

- ③認定日が属する月の月末時点で、どの居宅介護支援事業所も担当していない場合（サービス担当者会議が終わっていない場合）、その月のサービス費は自己作成による請求となるので、サービス提供実績を市に提出する。（訪問型サービスA①・②、通所型サービスAを利用した場合のみ）
- ④認定日が属する月の月末時点で、どの居宅介護支援事業所も担当していない場合（サービス担当者会議が終わっていない場合）、その月のサービス費の請求については、地域包括支援センターからの実績をもとに市が給付管理票を提出する。

○引き継ぎ

- ・要支援認定者が介護給付利用のために区分変更申請をした場合、原則として居宅介護支援事業所が引き継ぎ、暫定プランを作成する。
- ・暫定プランを作成する居宅介護支援事業所がない場合又は変更申請後も継続して総合事業によるサービスの利用を続ける場合、地域包括支援センターが暫定プランを作成し、自己作成による請求とする。

※暫定プランによる介護給付サービスを利用する場合、総合事業によるサービスと併用はできない。そのため、居宅介護支援事業所の暫定プランにより利用できるサービスは、介護給付のみとなる。居宅介護支援事業所の暫定プランによる介護給付を利用し、認定の結果、要支援者となった場合、区分変更申請期間中のサービス費は利用者の全額自己負担となる。

※住所地特例者について、保険者市町村によっては、自己作成によるサービス利用を認めていない場合がある。自己作成によるサービス利用が認められない場合、自己負担が大きくなる可能性があることを利用者に説明する。

14 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

住所地特例対象者に対する総合事業については、当該者が居住する施設が所在する市町村(施設所在市町村)が行う。

(1)阿蘇市内の住所地特例対象施設に居住する他市町村の被保険者がサービスを利用する場合

- 阿蘇市が定めるケアマネジメント及び総合事業によるサービスを提供する。
- 阿蘇市のコード表に定める単位を国保連経由で保険者市町村に請求する。
- 新たに事業対象者として認定する場合、地域包括支援センターは、市にその旨連絡する。市は保険者市町村に対し、被保険者証及び負担割合証の発行等必要な対応を求める。

(2)他市町村の住所地特例対象施設に居住する阿蘇市の被保険者がサービスを利用する場合

- 施設所在市町村でケアマネジメント及びサービスの提供を行うため、特に関与する必要はなし。
- 市は、被保険者証及び負担割合証を必要に応じて発行する。

※住所地特例対象者でない場合

住所を変更せずに住所地特例対象施設でないところに居住している場合、保険者市町村の総合事業のみを利用することができる。

(例)夏は住所地である阿蘇市の自宅、冬は他市町村の長男宅で生活している場合、阿蘇市の被保険者であるため、阿蘇市の総合事業のみ利用することができる。

第3章 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

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る。以下に、支援課題別状態から想定される対応方法とケアプランの在り方、モデル事例を例示する。

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
1 健康管理の支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・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又は 	<ul style="list-style-type: none"> 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)次いで、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 	<p>80歳男性のAさん 要支援1→要支援1</p> <p>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、通所型サービスへの参加を促した。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、通所型サービスを終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳男性のBさん 要支援2→更新せず</p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くところがなくなるといって臥床がちに。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。通所型サービス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。通所型サービス</p>

	第三者による管理が必要な者	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。	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
2 体力の改善に向けた支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1)まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2)通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	<p>90歳Cさん男性 要支援2→要支援2</p> <p>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。送迎を利用し通所型サービスに参加する。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。</p> <p>75歳Dさん女性 要支援2→更新せず</p> <p>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、外出は通院のみであった。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器を導入。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。</p>

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	<p>・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</p> <p>・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</p>	<p>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。</p> <p>②併せて、通所型サービスに参加し、</p> <p>(1)ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する</p> <p>(2)ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	<p>80歳男性のEさん 要支援1→更新せず</p> <p>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、通所型サービスを利用。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、通所型サービスを終了し、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。</p> <p>84歳女性のFさん 要支援2→要支援2</p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の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、歩行器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、通所型サービスに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所型サービスを終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> 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通所型サービス参加後は、 <ul style="list-style-type: none"> (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、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。 	<p><u>82歳Gさん男性 要支援2→要支援1</u></p> <p>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型サービスを利用する。歩行に自信がつき、通所型サービスを終了し、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。</p> <p><u>80歳Hさん女性 要支援2→要支援2</u></p> <p>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通所型サービスに参加する。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型サービス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。</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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がある者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>⑤通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけでなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習</p>	<p>83歳Iさん男性 要支援2→要支援2</p> <p>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。通所型サービスは拒否。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。訪問型サービスを導入し、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型サービスの参加をすすめた。</p> <p>98歳Jさん女性 要支援2→要支援2</p> <p>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、食事量も低下、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、訪問型サービスを導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>

		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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勧め、生活意欲を維持できるようにする。</p>	
--	--	---	--