

介護予防支援・介護予防 ケアマネジメントマニュアル

令和5年4月
勝山市



目 次

1. 介護保険制度の現状と今後
2. 令和3年度 介護報酬改定の主な内容について
3. 地域包括ケアシステムの構築
4. 介護予防・日常生活支援総合事業について
5. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方
6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧
7. 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
8. その他留意事項

1. 介護保険制度の現状と今後

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

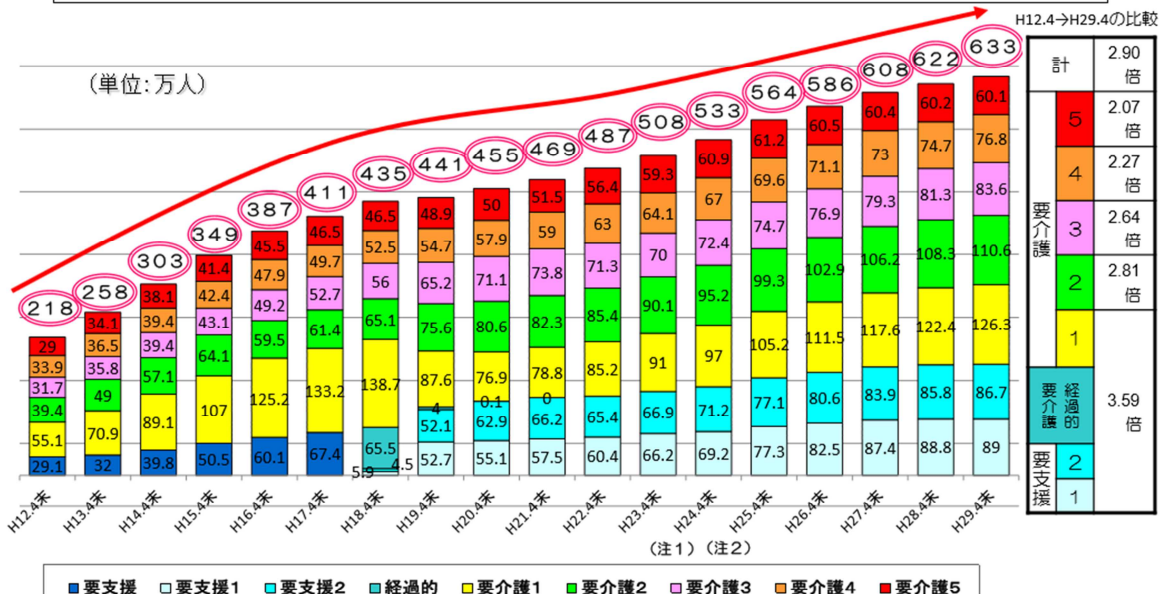
【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

10

要介護度別認定者数の推移

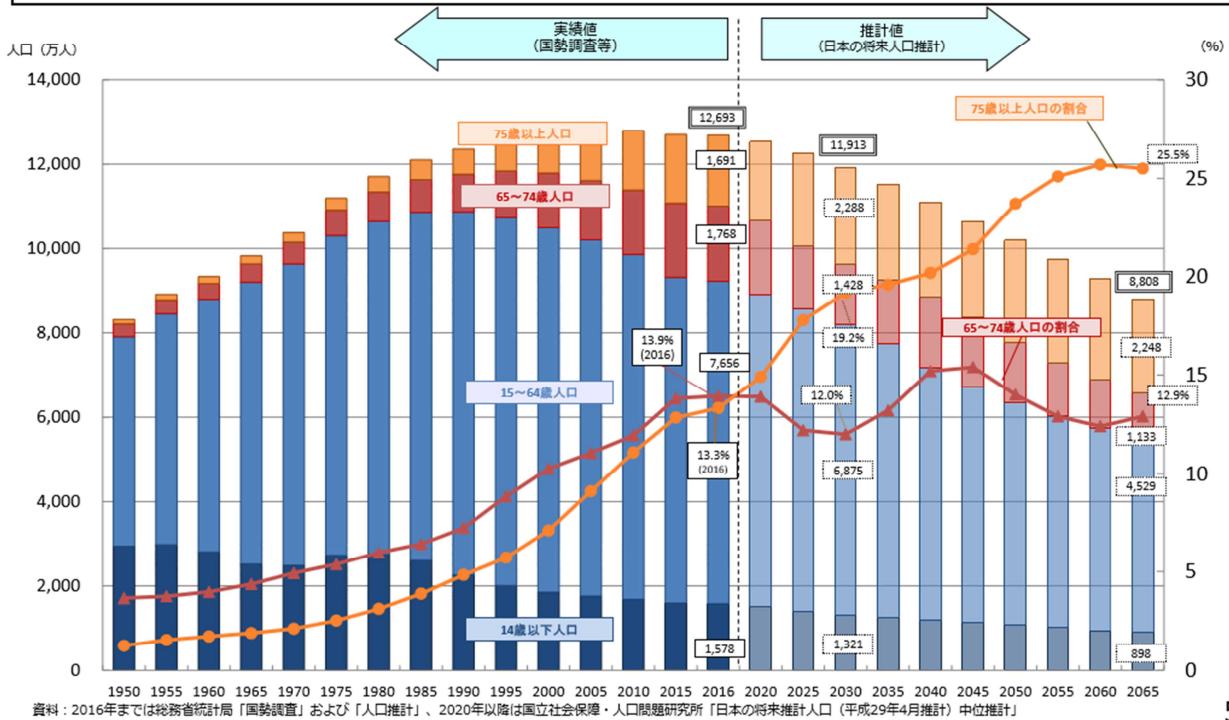
要介護(要支援)の認定者数は、平成28年4月現在633万人で、この17年間で約2.90倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



(出典：介護保険事業状況報告)

75歳以上の高齢者数の急速な増加

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者(特に75歳以上の高齢者)の占める割合は増加していくことが想定される。



5

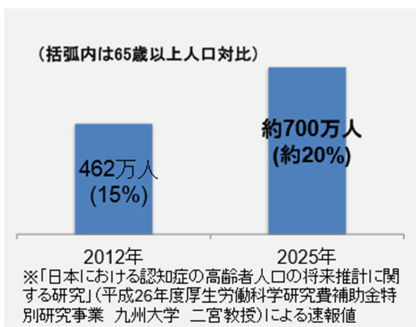
今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,677万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,935万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

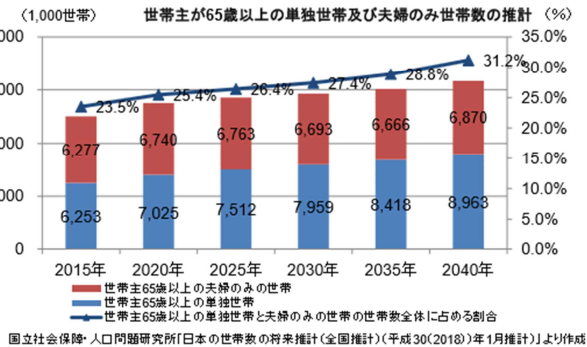
	2015年	2020年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,387万人(26.6%)	3,619万人(28.9%)	3,677万人(30.0%)	3,704万人(30.0%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,632万人(12.8%)	1,872万人(14.9%)	2,180万人(17.8%)	2,446万人(25.1%)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)(平成29(2017)年4月推計)より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(平成30(2018)年1月推計)より作成

④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県(1)	千葉県(2)	神奈川県(3)	愛知県(4)	大阪府(5)	東京都(11)	鹿児島県(45)	秋田県(46)	山形県(47)	全国
2015年 <>は割合 ()は倍率	77.3万人 <10.6%> (1.56倍)	70.7万人 <11.4%> (1.52倍)	99.3万人 <10.9%> (1.48倍)	80.8万人 <10.8%> (1.45倍)	105.0万人 <11.9%> (1.44倍)	146.9万人 <10.9%> (1.33倍)	26.5万人 <16.1%> (1.11倍)	18.9万人 <18.4%> (1.11倍)	19.0万人 <16.9%> (1.10倍)	1632.2万人 <12.8%> (1.34倍)
2025年 <>は割合 ()は倍率	120.9万人 <16.8%> (1.56倍)	107.2万人 <17.5%> (1.52倍)	146.7万人 <16.2%> (1.48倍)	116.9万人 <15.7%> (1.45倍)	150.7万人 <17.7%> (1.44倍)	194.6万人 <14.1%> (1.33倍)	29.5万人 <19.5%> (1.11倍)	20.9万人 <23.6%> (1.11倍)	21.0万人 <20.6%> (1.10倍)	2180.0万人 <17.8%> (1.34倍)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)より作成

6

2. 令和3年度 介護報酬改定の主な内容

令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「**感染症や災害への対応力強化**」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「**地域包括ケアシステムの推進**」、「**自立支援・重度化防止の取組の推進**」、「**介護人材の確保・介護現場の革新**」、「**制度の安定性・持続可能性の確保**」を図る。

改定率：+0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%（令和3年9月末までの間）

1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化

・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室エントの定員上限の明確化

○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による選抜制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応（地方分権提案）

4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進

・職員の離職防止・定着に資する取組の推進

・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

・人員配置基準における両立支援への配慮 ・ハラスメント対策の強化

○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和

・会議や多職種連携におけるICTの活用

・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

○文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化

・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実

・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進

・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化

・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

・ADL維持等加算の拡充

○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し

・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所以応じた評価の見直し

・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算（Ⅳ）（Ⅴ）の廃止

・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

○報酬体系の簡素化

・月額報酬化（療養通所介護） ・加算の整理統合（リハ、口腔、栄養等）

6. その他の事項

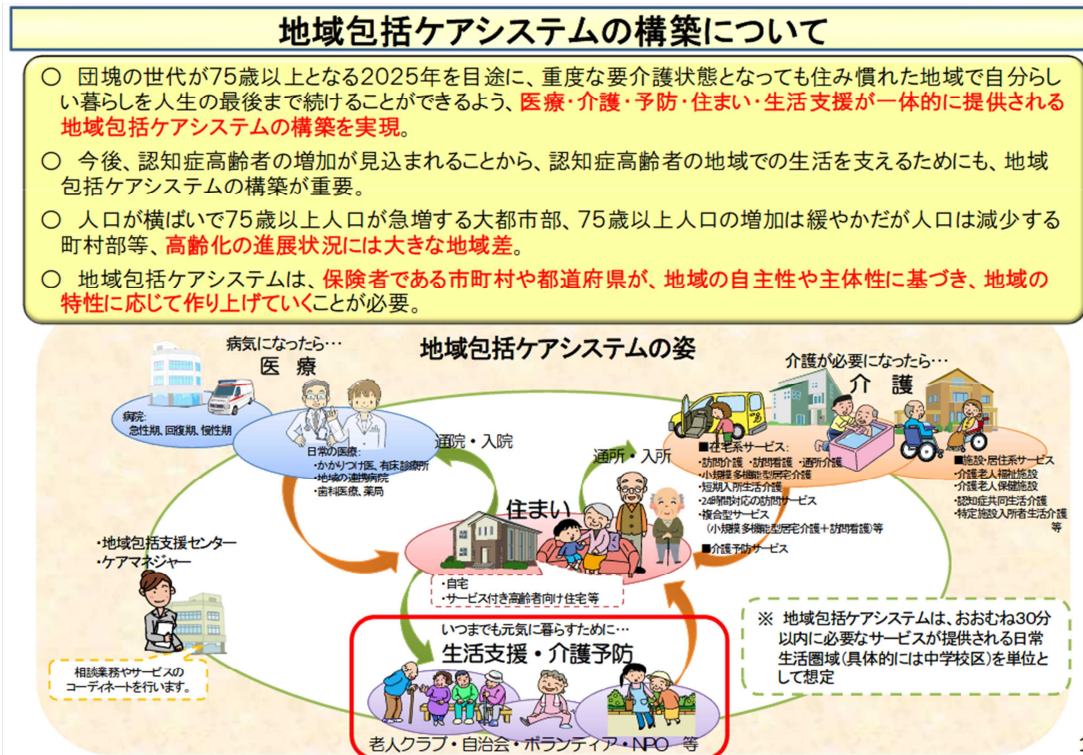
・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化

・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額（食費）の見直し

・基本報酬の見直し

3. 地域包括ケアシステムの構築

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることを目指し、医療・介護・介護予防・住まい・日常生活の支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要となっている。



支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

- 地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- 自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



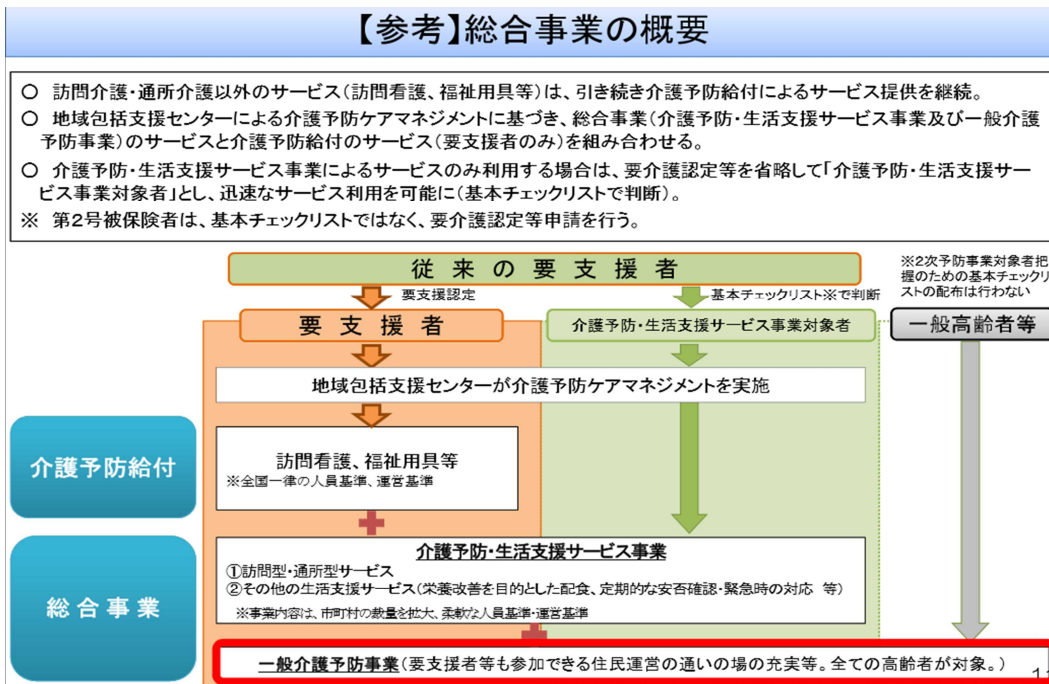
- 自助**：・介護保険・医療保険の自己負担部分
・市場サービスの購入
・自身や家族による対応
- 互助**：・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取組み
- 共助**：・介護保険・医療保険制度による給付
- 公助**：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

4. 介護予防・日常生活支援総合事業について

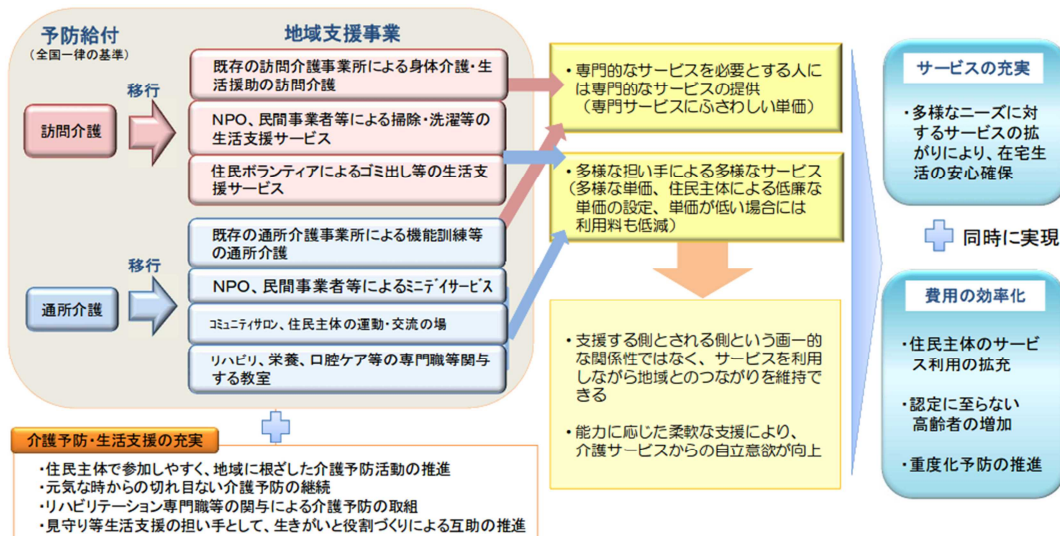
総合事業（介護保険法では、「介護予防・日常生活支援総合事業」として定められています。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等の方に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。

総合事業は、①介護予防訪問介護等に移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号）と、②第 1 号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号）からなる。



総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



5. 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。

地域において、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により、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(以下「サービス事業」という。)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上で、典型例として以下のような類型を想定している。利用者の状況に応じて実施するものとする。

(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)

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ケアマネジメントと同様に、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をとっておく。

(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)

アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、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)と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

(3) 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)

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) 	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 (→モニタリング(適宜))
③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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後状況把握を実施) 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※ ()内は、必要に応じて実施

表2. 予防給付及び介護予防・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業務の流れ

業務の流れ	内 容	記入様式	備 考
①利用申し込みの受付	利用申込者に対し重要事項説明書を交付し説明。同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらいます。	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書	介護福祉係に提出
		重要事項説明書	2部記入し1部は利用者に1部は地域包括支援センターに提出
②契約締結	利用申込者と契約を締結します。（予防給付のみ）	介護予防支援サービス利用契約書《様式3》	2部記入し1部は利用者に1部は地域包括支援センターに提出
③アセスメント	市から認定調査結果および主治医意見書を入手し（要支援者のみ）、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行います。	利用者基本情報	
		基本チェックリスト 興味・関心シート	
④介護予防サービス計画原案の作成	アセスメント結果等を基にどのような支援が必要かを利用者調整し、利用者とは合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。	介護予防サービス支援計画書	
⑤サービス担当者会議の開催	サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。	サービス担当者会議録	
⑥介護予防サービス計画の交付	利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者及びサービス担当者に交付します。		
⑦サービス提供	介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整します。		事業所からサービス計画書および事前・事後アセスメントを提出してもらう
⑧モニタリング	必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法より計画の実施状況を把握します。	支援経過記録	毎月実施する

⑨評価	計画に位置づけた期間の終了時に計画の達成状況について評価します。	評価表	
⑩給付管理	介護保険サービスの利用実績を確認します。		
⑪請求	関係書類を添付し地域包括支援センターに請求します。		

表3 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	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
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○)(ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

表4 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・ゴミ捨てるなどの家事、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すます</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 経済生活：預貯金の出し入れや管理</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、自治会や老人会の年行事・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、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</p>

(介護予防マニュアル改定委員会(2011. 3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実施における 関連様式例一覧

- 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
- ②介護予防支援サービス利用契約書
- ③重要事項説明書
- ④基本チェックリスト
- ⑤基本チェックリストの考え方
- ⑥興味・関心チェックシート
- ⑦利用者基本情報
- ⑧介護予防サービス・支援計画書
- ⑨サービス担当者会議の要点
- ⑩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
- ⑪介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

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		
被保険者番号			個人番号		
被保険者氏名			生年月日		
フリガナ			年 月 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		〒	
電話番号					
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		
			年 月 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所在地		〒	
電話番号					
居宅介護支援事業所番号			サービス開始（変更）年月日		
			年 月 日		
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。					
勝山市長 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ます。					
年 月 日					
被保険者	住所	〒	電話番号		
	氏名				
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時は、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居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。					
年 月 日 氏名					
(注意) 1 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 速やかに勝山市へ提出してください。					
2 介護予防サービス計画もしくは介護予防ケアマネジメントの作成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、必ず勝山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。					
3 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。					
4 届出の際は、介護保険被保険者証または介護保険資格者証を添えて提出してください。					
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号				

介護予防支援サービス利用契約書

甲(利用者)

乙(事業者) 勝山市地域包括支援センター

(契約の目的)

第1条 この契約は、介護予防支援法等関係法令の定めるところにより、甲が居宅において、有効期間は、関わりの開始の日～現在の認定の有効期間の日～現在の認定の有効期間の日～現在の認定の有効期間の日までの間までです。乙は、甲の心身の状況、置かれている環境、甲及びその家族の希望等を考慮し、介護予防サービス計画を作成し、甲が利用されるよう介護予防サービス事業者その他の者との連絡調整を行う介護予防支援について定めるものです。

利用者の名前を記入してください。

(契約期間)

第2条 この契約の有効期間は、令和 年 月 日～令和 年 月 日とします。但し、甲の契約時の要支援認定有効期間の満了日が上記の契約期間の満了日より前に到来し、更新(変更)される場合、更新(変更)後の要支援認定有効期間の満了日をもってこの契約期間の満了日とします。

2 前項契約満了日の7日以上前までに甲から書面による契約の終了の申し出がない場合、この契約はさらに6ヶ月間同一の内容で更新されます。更新後の契約についても、前項の但書が適用されます。

(介護予防支援の内容)

第3条 乙は甲に対し、次の各号の介護予防支援を提供します。

- 1 乙は、甲の要支援認定(要支援認定、要支援状態の区分の変更の認定、要支援更新認定、サービスの種類の変更を含む。)にかかる申請等について、甲の意思を確認した上で、申請の代行等必要な援助を行います。
- 2 乙は、甲の心身の状況、置かれている環境、甲及びその家族の希望等を考慮して、介護予防サービス計画を作成します。
- 3 甲は、乙に対して、介護予防サービス計画の作成にあたり、複数の指定介護予防サービス事業所等の紹介を求めることや、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
- 4 甲が、医療サービスの利用を希望している場合は、乙は主治医等の意見を求め、その指示に従います。
- 5 乙は、前項の介護予防サービス計画に基づく介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- 6 乙は、介護予防サービス計画作成後においても、甲及びその家族、居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス計画の実施状況の把握及びこれに基づく給付管理表の提出を行うとともに、必要に応じて介護予防サービス計画の変更その他の便宜の提供を行います。
- 7 甲の心身又は生活状況に係る情報を得た場合、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると乙が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します。

8 甲が病院又は診療所に入院する場合には、乙は甲に対し計画作成担当者の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えることを求めることができます。

9 乙は、甲が病院又は診療所に入院する場合、甲の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定介護予防サービス等の情報を入院先医療機関と共有し、医療機関における甲の退院支援とともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援します。

(利用料)

第4条 甲は、乙が提供する介護予防支援に対する利用料として、別紙重要事項説明書に記載した利用料を支払います。但し、乙が介護保険法に基づき、甲に代わって、利用料に相当する保険給付を受領する場合にはこの限りではありません。

(秘密保持の義務)

第5条 乙は、乙の従事者である者は、正当な理由がない限り、その業務上の知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙は、乙の従事者が退職後、在職中知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。

3 乙は、サービス担当者会議等において、甲の個人情報を用いる場合は甲の同意を、甲の家族の個人情報を用いる場合は、甲の家族の同意を得ない限り、甲又は甲の家族の個人情報を用いさせません。

(解約権)

第6条 甲は何時でも、この契約を解除することができます。この場合には、7日以上予告期間をもって書面にて届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 甲は、乙が正当な理由がなくこの契約に定める介護予防支援サービスを実施しない場合、前条に定める守秘義務に反した場合、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合には、この契約を解約することができます。

3 乙は、甲に対し、甲の非協力など甲及び乙間の信頼関係を損壊する行為をなし、改善見込みがないため、この契約の目的を達成することが不可能となったときは、7以上の予告期間をもってこの契約を解約します。

(情報の保存・開示義務)

第7条 乙は、甲の介護予防支援サービス計画、その実施状況に関する書類等を契約終了後5年間は、保存します。

2 前条第1項の規定により甲がこの契約を解除した場合で、乙に対し他の介護予防支援事業者の利用を希望する場合、又は、前条第2項の規定により乙がやむをえずこの契約を解除した場合、その他から申し出があった場合には、乙は甲に対して直近の介護予防支援サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければなりません。

(損害賠償)

第8条 乙は、介護予防支援事業の提供を行う上で、この契約の各条項に違反し、又は、介護保険法及び民法その他関係法令に違反し、甲の介護予防支援サービス利用に支障を生じさせて損害を与えた場合には、乙はその損害を速やかに賠償する義務を負います。

(契約の終了)

第9条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 1 甲が死亡した場合
- 2 要支援認定等により甲の心身の状況が自立または要介護と判定された場合

(苦情処理)

第11条 乙は、サービスの提供等に関する甲からの苦情に対し、その苦情内容に応じ、苦情処理関係機関の紹介など適切な対応を行います。

(その他協議事項)

第12条 この契約に定めのない事項については、介護保険法及び民法その他の関係法令に従い、第1条記載の目的のため、甲乙互いに信義に従い誠実に協議して決定いたします。

以上のとおり、契約が成立したことを証するためにこの契約書2通を作成し、甲及び乙は記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

令和 年 月 日

(甲)

サービス利用者 住 所

この日付は、契約の有効期間開始日より後の日付にならないように注意してください。

お名前 _____ 印

電 話

署名代行者 住 所

お名前 _____ 印

職 業

署名代行の理由

(乙)

事 業 者

所在地 勝山市郡町

名 称 勝山市

代表者名 所 長

電 話 88-1111

代筆の場合は、理由を記入してください。

契約書は、

- ・新規の場合
- ・以前の要支援認定有効期間が終了し、新たに認定を受けた場合
- ・要介護認定、事業対象者からの変更の場合

に必要です。

* 要支援認定中に、担当ケアマネジャーが交代する場合は、契約書は必要ありません。

重要事項説明書

(事業者名) 勝山市地域包括支援センター

当事業所があなたに提供するサービスについて下記のとおり説明します。

この説明は市から委託を受けた

が説明します。

事業者名を記入してください。

1. 事業の目的及び運営の方針

当事業所は、要支援者及び事業対象者（以下、「要支援者等」という。）やその家族の相談に応じ、心身の状況、その置かれている環境、要支援者等の本人及びその家族の希望など、意向を把握した介護予防サービス計画を作成し、サービス提供機関との連絡調整を行い、利用者本位の適切なサービス利用につなげていきます。また、地域の保健、医療、福祉が事業所の状況を記入し、連携、協力関係を強化し、利用者によりよいサービスを提供できるように努めます。

事業所の状況を記入してください。

2. 事業所状況

事業所名	勝山市地域包括支援センター			
職種及び職務内容	管理者	事業及び職員の管理を行いません	管理者	事業及び職員の管理を行いません
	保健師 看護師 社会福祉士 主任ケアマネジャー	指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの提供を行いません	ケアマネジャー	指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの提供を行いません
営業日	月曜日から金曜日までです。 (但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日までは休業します。)		曜日から 曜日までです。	
営業時間	午前8時30分から午後5時15分までです		午前 時 分から午後 時 分までです	
所在地	〒911-0035 勝山市郡町1丁目1-50 勝山市福祉健康センター「すこやか」内			
電話	0779-88-1111 (内線135, 136)			

3. サービスの内容と提供方法

(1) 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（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成します。

- ・ご自宅を訪問し、あなたやご家族から心身の状況や生活状況などをお聞きします。
- ・あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
- ・計画担当者に対して、複数の指定介護予防サービス事業所又は介護予防・生活支援サービス事業所（以下、「介護予防サービス事業所等」という。）の紹介を求めることや、介護予防サービス計画原案等に位置付けた指定介護予防サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。
- ・医療サービスの利用を希望する場合は、主治医等の意見を求め、その指示に従います。

(2) サービス担当者会議を開きます。

- ・介護予防サービス等を提供する事業所など関係者による会議を開き、計画について検討します。内容によっては、電話による関係者との連絡調整を行います。また、必要に応じ、ご家族の同席をお願いする場合があります。

(3) 介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。

- ・介護予防サービス等の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明させていただき、了解を得た介護予防サービス事業者等との連絡調整を行い、適切なサービスが円滑に利用できるよう努めます。

(4) 介護予防サービス計画等の実施状況等の把握をします。

- ・介護予防サービス計画等作成後においても、あなたとご家族やサービス事業者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防サービス計画等の実施状況の把握を行い、必要に応じ計画の変更、介護予防サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ・あなたの心身又は生活状況に係る情報を得た場合、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します。

(5) このサービスの提供にあたっては、あなたの要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切なサービスの提供に努めます。

4. 入院時の対応

(1) 病院又は診療所に入院する場合には、計画作成担当者の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えてください。

(2) 計画作成担当者の連絡先等を記載したものを介護保険被保険者証や健康保険被保険者証等とともに保管しておいてください。

5. 利用料

このサービスの利用料は、介護保険制度から全額給付されますので、個人負担はありません。但

し、保険料の滞納等により、現物給付が受けられなくなった場合には、1ヶ月毎に、介護報酬で定められている金額をお支払いいただき、当方からサービス提供証明書を発行します。このサービス証明書を勝山市福祉健康センター「すこやか」内、健康長寿課窓口へ提出し、後日、全額払い戻しが受けられます。

6. 苦情申立の制度

サービスの利用他に係る苦情・相談に応じます。また、その内容によって次のように対処します。

- (1) 要支援認定における不服・苦情については、認定業務を実施している市に問い合わせを行い、内容によっては、福井県介護保険審査会への不服申立ができることをお知らせします。
- (2) 介護予防サービス等の組み合わせ等に対する苦情は、あなたや家族の意向を再確認し、アセスメントの見直しを行い、サービス計画の変更を検討します。見直した計画に沿ってサービスが利用できるよう連絡調整を行います。また、サービス内容については、福井県国民健康保険団体連合会に苦情申立てができることをお知らせします。
- (3) サービスの利用を待機しなければならない場合等は、他のサービス事業所の紹介を行います。

説明者の名前を記入
してください。

私は、本書面に基づいて、

から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者	住所	_____
	氏名	_____
利用者の家族等	住所	_____
	氏名	_____
	続柄	_____

本人自署の場合は、捺印
は必要ありません。

予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業に関するケアマネジメントについて

申込みします

申込みしません

重要事項説明書は、次の場合に必要です。

- ・新規の場合
- ・以前の要支援・事業対象者の認定有効期間が終了し、新たに認定を受けた場合
- ・要介護認定から変更になった場合
- ・要支援、事業対象者の間で、担当ケアマネジャーの事業所が変更になった場合

基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	令和 年 月 日	
氏名				
住所				
生年月日		希望するサービス内容		
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		
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	
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	
11	6ヶ月間で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	
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) これまでか	1.はい	0.いいえ	
23	(ここ2週間) 日付、記名・押印又は署名はありますか？			
24	(ここ2週間) 代筆の場合は続柄を記入してください			
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

基本チェックリストの結果は地域包括支援センター及び居宅介護支援センターへ提供し、今後のサービスに活用させていただきます。
基本チェックリストの結果を提供することについて同意していただけますか。

1. 同意する 2. 同意しない

令和 年 月 日 氏名

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。

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外出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ヵ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聞われますか	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。月と日の一方しか分からない場合には「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	

	でやれていたことが楽しめなくなかった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来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	

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： R _____ 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×を付けてください。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

作成担当者：

《基本情報》

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	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住 所		Tel	()
		Fax	()
日常生活 自立度	障害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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日		
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、☆=キープパーソン 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	続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

《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 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 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
日付、記名・押印又は署名はありますか？ 代筆の場合は続柄を記入してください	

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たっては、利用者の同意を得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、サービスの実施による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅サービス事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他の関係者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・支援計画書

N.○. 様 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 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 計画作成（変更）日 年 月 日（初回）認定年月日、認定有効期間が入っていますか？
 目標とする生活 目標とされる生活 支援センター： _____

1年

・担当ケアマネが変更する場合は、ケアプランにケアマネの変更についての記載と署名・押印をしてください。
 例：平成○年○月○日よりケアマネジャーを変更する。計画は続行とする。 署名 印

目標	具休案についての意向 本人、家族	課題に対する 目標と具休案の 提案	総合的課題	目標	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 の活用	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
（ ）				（ ）					
（ ）				（ ）					
（ ）				（ ）					
（ ）				（ ）					

・サービスの有効期間は、認定の有効期間内ですか？
 ・期間の開始日は、本人同意日以降になっていますか？
 ・運動器加算等があるサービスの場合、期間は3ヶ月になっていますか？

・本人同意の同意日、記名・押印又は署名はありますか？
 ・本人同意日は利用期間より前の日付になっていますか？
 ・家族の署名の場合は捺印を記入しましょう。

健康状態について
 口主治医意見書、健診結果、精密結果等を踏まえた留意点

・主治医の意見等が記入されていますか？
 ・暫定プランでカンファを行った場合でも、認定結果が出た後で、追加して記入されていますか？

【本を行うべき支援が実施できない場合】
 受当支援の実施に向けた方針

基本チェックシート
 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

運動	歩行	転倒	認知	排泄	うつ
不足	ケア	ケア	ケア	ケア	ケア
予防	予防	予防	予防	予防	予防

地域包括支援センター

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

表(別紙)

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

作成担当者 _____ 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

サービス担当者会議は、原則は利用者の自宅で行います。別の場所で行う場合は、自宅で行えない理由を記録しておきましょう。

全ての参加者を記入してください。出席できない担当者がいる場合は、意見を聞き取り、記録しておきましょう。


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) サービス評価表

評価日

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							
						 <p>評価は必ずケアプランの期間毎に行ってください。</p>							
<p>総合的な方針</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">地域包括支援センター意見</td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 </td> <td colspan="3"> <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 </td> </tr> </table>							地域包括支援センター意見		<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		
地域包括支援センター意見		<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）

利用者氏名

計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容

ケアプラン作成前の自宅でのアセスメントの記録してください。入院中の場合は病院等のアセスメントで可です。

月1回はモニタリングの記録をしてください。要支援・事業対象者の場合は、カンファ月、3か月後は自宅訪問が基本です。要介護は毎月自宅訪問が基本です。

※1 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・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）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、サービス事業所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。

7. 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

本様式例は、当初の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（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）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、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援業務）におけるケアプラン（以下、「介護予防サービス計画等」という。）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。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような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」

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。

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分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 「今までの生活」

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」

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

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当該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る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よ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、利用者によ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。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり付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ごとに、日常生活の状況を記載する。

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っ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、老人クラブや庁内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「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あ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うと考えた場合に「□有」に■印を付す。

⑰ 「総合的課題」

全項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、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、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけでなく、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」などを記載してもよい。

⑳「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、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉑「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「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、何をするのか具体策に記載する。

「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事業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。

㉒「【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。

㉓「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。

㉔「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。

㉕「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。

㉖「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。

⑳ 「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。

㉑ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業所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。

（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成やサービス担当者会議を省略することもある。）

㉒ 「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」

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」

- 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。

8. その他留意事項

1. 介護予防・生活支援サービス報酬算定の考え方について

原則、月額包括報酬とし、次の場合は、日割り請求又は1回単位を用います。ただし、次の場合は日割計算、1回単位を用います。

①日割算定をする場合

別紙「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」に基づき、日割算定にする。

②1回単位を用いる場合

月途中の入院や退院により、ひと月の利用回数が少ない場合、下記を参考にして、1回単位又は月額包括報酬とする。

(訪問介護)

利用予定	実績	報酬	単位数
週1回	月1～4回	1回単位	268
	月5回以上	月額単位	1,176
週2回	1～8回	1回単位	272
	9回以上	月額単位	2,349
週3回	9～12回	1回単位	287
	13回以上	月額単位	3,727

(通所介護)

利用予定	実績	報酬	単位数
要支援1	月1～4回	1回単位	384
	月5回以上	月額単位	1,672
要支援2	1～8回	1回単位	395
	9回以上	月額単位	3,428

【1回単位を用いる場合の例】

例1) 毎週火曜日に訪問介護を利用し、25日から入院したため、30日の利用は中止となった場合は、1回単位を用いる。

週1回利用の1回単位：268単位×4回＝1,072単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院中のため利用中止

例2) 毎週木曜日に訪問介護を利用し、28日から入院した場合は、その月の予定回数は利用しているため、月額単位を用いる。

週1回利用の月額単位：1, 176単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院

例3) 毎週火・木曜日に通所介護を利用し、22日から入院した場合、その月の予定回数は6回のため、1回単位を用いる。

週2回利用の1回単位：395単位×6回=2, 370単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院

例4) 毎週火・木曜日に通所介護を利用し、3日に退院した場合、その月の予定回数は8回のため、1回単位を用いる。

週2回利用の1回単位：395単位×8回=3, 160単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院

例5) 毎週火・木曜日に通所介護を利用し、11日、18日は利用者の自己都合によりお休みした。22日に入院した場合、その月の利用回数は4回となるため、1回単位を用いる。

週2回利用の1回単位：395単位×4回＝1,580単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院

例6) 要支援2の利用者が週1回火曜日のみ通所介護を利用している。22日に入院した場合、その月の利用回数は3回となるため、1回単位を用いる。

週2回利用の1回単位：395単位×3回＝1,185単位

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

入院

【例5、例6の注意点】

- ・1回単位は入退院の時のみに用います。
- ・利用者の自己都合による休みや要支援2の利用者が、通所介護を週1回のみの利用としている場合は、利用回数が少なくても、原則、月額報酬とします。
- ・ただし、入退院により利用回数が少なくなった月に、利用者の自己都合による休みや要支援2の利用者が通所介護を週1回のみの利用としていた場合は、1回単位を用い、実際の利用回数を計算します。

2. ケアプランの有効期間について

原則、認定有効期間の半分を目安とし、最長12か月までの期間とします。

例1) 認定の有効期間が1年の場合のケアプランの有効期間は、6ヵ月を目安とする。

例2) 認定の有効期間が2年の場合は、

- ①利用者の状態が安定している場合は1年
- ②利用者の状態が不安定な場合は、状況に応じて6か月程度

例3) 認定の有効期間が3年以上の場合

- ①利用者の状態が安定している場合は1年
- ②利用者の状態が不安定な場合は、状況に応じて6か月程度

3. 区分変更申請の時期の目安と注意事項

①申請時期の目安・・・介護度に2段階の変化が見込まれるくらいの状態の変化があった時を目安とします。

②区分変更申請時の注意事項

- ・給付管理は月末の介護度のケアマネジャーが担当します。
- ・サービス利用中に区分変更をする場合は、区分変更の申請日から新しい介護度によるサービス利用となるため、申請日とケアプラン作成、担当者会議の日程調整を十分に調整して行います。

例)

毎週火・金曜日に訪問介護を利用している利用者が、10日に区分変更の申請をする場合、10日以降は新しい介護度によるサービス利用となりますので、12日の訪問介護の利用までにケアプランを作成し、担当者会議を開催する必要があります。

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

区分変更申請

4. 高齢者虐待リスクアセスメントシートの活用

虐待の早期発見・予防のために、客観的視点で本人、介護者の状況を把握することが必要です。虐待の兆候が感じられた時だけでなく、ケアプラン作成時など、日ごろから記入することで、リスクが高くなっていないか確認しましょう。

H31.4改正

介護支援専門員用

高齢者虐待リスクアセスメントシート

“虐待”は、本人だけでなく虐待をする人にとってもつらいことです。
 リスクの状況を客観的に判断することで、虐待の予防の視点ももちながら支援内容などを検討し、虐待に至らないようにしていきましょう。
 リスクの高い方については、事業所内や地域包括と確認・検討をして、一人で抱え込まないようにしましょう。

		チェック日	年 月 日	対象者氏名
項目	チェック欄	内容		
高齢者本人		認知症がある(Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M)		
		介護が必要な寝たきり状態(B1 B2 C1 C2)		
		問題行動がある(徘徊、暴力行為、昼夜逆転、不穏、興奮、失禁、暴言、その他)		
		性格的問題(偏り 頑固 わがまま 強情 易怒 介護者への依存が強い その他)		
		精神疾患(躁うつ、うつ、統合失調症、その他)依存症(アルコール・ギャンブル)		
		コミュニケーションがとりにくい、とれない(難聴、意思疎通が不可、その他)		
		経済的問題(低所得 その他)		
		その他()		
介護者の状況		高齢者本人への拒否的感情や態度()		
		重い介護負担感、介護疲れ()		
		適切な医療や介護サービスをうけさせていない		
		認知症や介護に関する知識・技術不足・不適切な介護、その他)		
		性格的問題(偏り 頑固 わがまま 強情 易怒 潔癖 依存心が強い その他)		
		障害・疾患がある(身体的障害、知的障害、精神疾患、依存症、その他)		
		経済的問題(低所得、失業、借金、高齢者への経済的依存、収入不安定、その他)		
		その他()		
家庭環境		家族不和()		
		高齢者と子等の共依存関係がある		
		家庭内の暴力がある		
		家族、親族の無関心		
		住環境の悪さ(狭い、高齢者の居室がない、非衛生的、その他)		
		家族内に複数の要介護者がいる		
		近所との関係が悪い、希薄		
		家族構成に不安がある(息子との二人暮らし、複雑な家族構成、その他)		
		その他()		
該当数				
前回		特記事項		

リスク低	0～4	6ヶ月に1回リスクアセスメントシートの確認
リスク中	5～7	初回と6ヶ月に1回 個人で判断せず複数で確認が必要 (確認した結果は支援経過等で記録)
リスク高	8以上	初回と6ヶ月に1回 事業所内だけで判断せず地域包括支援センターと検討が必要

上記の点数に関係なく、虐待の兆候(あざ、体重減少、サービスの利用制限など)がある場合は、地域包括支援センターと連携して対応する

「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
 - ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。
- ※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防通所リハ (介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む)	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
	・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
訪問看護(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護1～5の間) 	変更日
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く) 	契約日
	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の退居(※1) 	退所日の翌日 退居日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く) 	給付終了日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間開始 	開始日
	<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合) 	資格取得日
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護1～5の間) 	変更日
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除 	契約解除日 (満了日) (開始日)
	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の入居(※1) 	入所日の前日 入居日の前日
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く) 	給付開始日の前日
	<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間終了 	終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	・区分変更(要介護1～5の間)	変更日	
	・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	契約日	
	開始 ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型 共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護 (短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介 護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短 期利用型)の退居(※1)	退所日 退居日	
	・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付終了日の翌日	
	・公費適用の有効期間開始	開始日	
	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日	
	・区分変更(要介護1～5の間)	変更日	
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 (満了日) (開始日)	
	終了 ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型 共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護 (短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介 護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短 期利用型)の入居(※1)	入所日の前日 入居日の前日	
	・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付開始日の前日	
	・公費適用の有効期間終了	終了日	
	福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 (特定施設入居者生活介護 及び介護予防特定施設入 居者生活介護における外部 サービス利用型を含む)	開始 ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月 の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半 月単位の計算方法を行うことも差し支えない。)	開始日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
終了 ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月 の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半 月単位の計算方法を行うことも差し支えない。)		中止日	
・公費適用の有効期間終了		終了日	

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。(月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様) 	-

- ※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。
 なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。
- ※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援) 変更日
		<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 契約日
		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約開始 契約日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1) 退居日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1) 契約解除日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1) 退所日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間開始 開始日
	終了	<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合) 資格取得日
		<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援) 変更日
		<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約解除 契約解除日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1) 入居日の前日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1) サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1) 入所日の前日
<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間終了 終了日		
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	-	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能 型居宅介護 複合型サービス(看護小規 模多機能型居宅介護)	開始	・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
		・区分変更(要介護⇔要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	サービス提供日 (通い、訪問又は宿泊)
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	終了	・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
		・区分変更(要介護⇔要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日) (喪失日) (転出日)
		・公費適用の有効期間終了	終了日
夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護(療養 通所介護)	開始	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	契約日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	終了	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 (満了日) (開始日)
		・公費適用の有効期間終了	終了日