

安芸高田市介護予防支援・
介護予防ケアマネジメント業務について

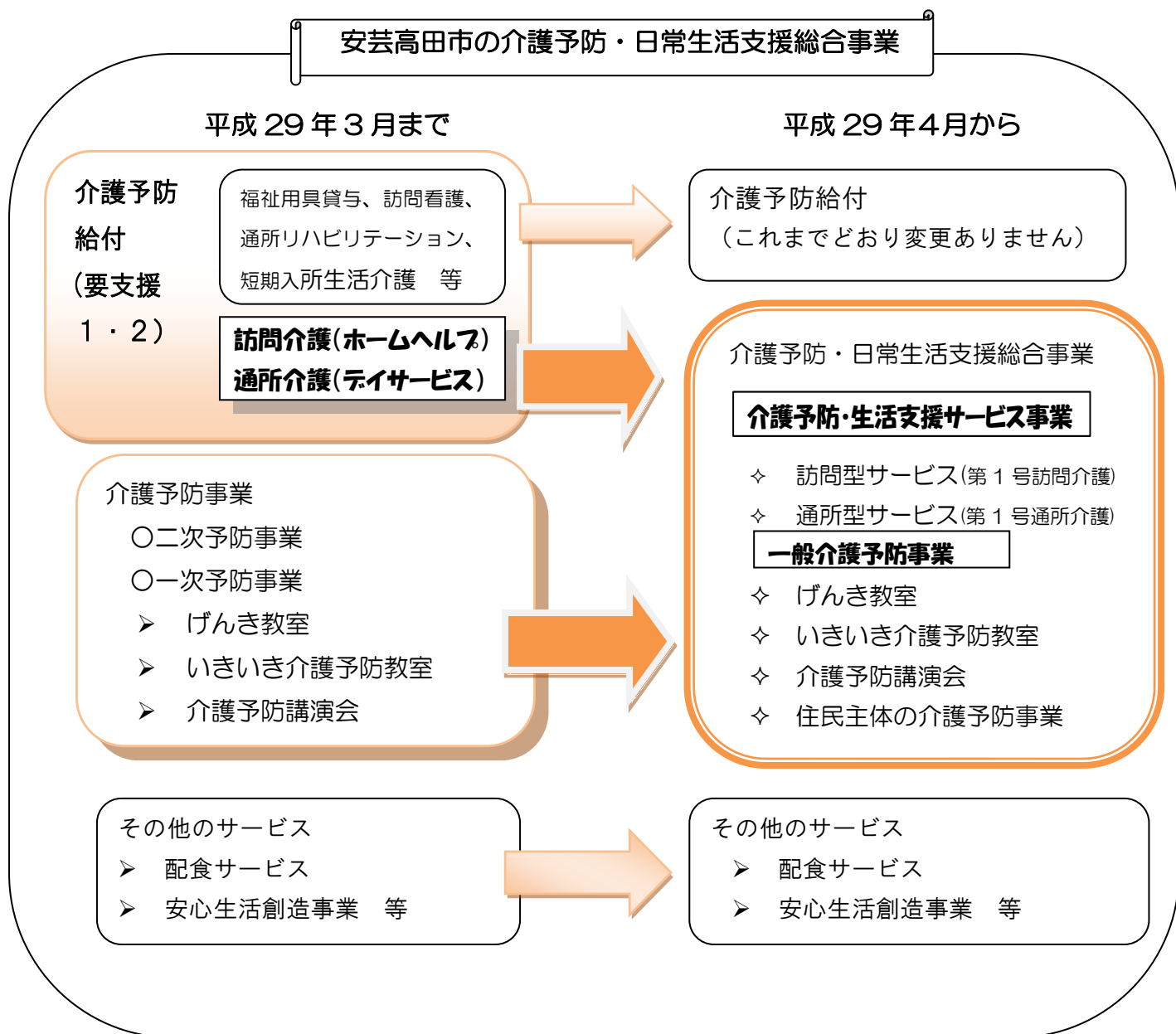
安芸高田市福祉保健部高齢者福祉課

(平成29年2月作成)

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）実施について

1、事業内容

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



2、介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、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共に、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組みを行うことが重要である。

新しい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等、「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、新しい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。

3、介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、基本チェックリストの結果、または要支援認定者で総合事業のサービス利用者については、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

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 →ケアプラン結果案作成 →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

◎安芸高田市介護予防・生活支援サービス事業介護予防マネジメント

名 称	介護予防ケアマネジメントA
サービス内容	介護予防支援と同様のケアマネジメント
サービス種類コード	A F
対象者	・基本チェックリストにより事業対象者となった者 ・要支援認定者のうち、予防給付を受けず、総合事業におけるサービス（訪問・通所）のみを受ける者
対象サービス	介護予防（訪問・通所）介護相当サービス
単価等	1月あたり 4,300円（毎月払い）
加算等	・初回加算 3,000円 ・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 3,000円 加算要件は平成27年度介護報酬（介護予防支援）に準ずる
サービス担当者会議	必要
プロセス	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)→評価
モニタリングの方法	◆訪問によるモニタリング ・開始月の翌月から起算し3か月ごとに1回以上 ・サービス終了月 ・利用者の状況に著しい変化があったとき ◆利用者への電話、及びサービス事業所への聞き取りによるモニタリング ・少なくとも月1回以上
給付管理票	作成を行う
事業の実施方法	市から地域包括支援センターに業務委託する ※一部、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託することも可
委託料の支払方法	・事業対象者、要支援1・2認定者は、国保連を通して支払
その他	介護保険による予防給付（医療系サービス、短期入所、福祉用具貸与等）のサービスを合わせて利用した月は介護保険給付による介護予防支援（サービス種類コード46）となる。このため、月によりサービス種類コードが変わることがある。
評 価	◆ 介護予防サービス・支援計画書に定めている期間において評価を行ない、サービス評価表に記載する。
期 間	◆ 個人の心身の状況に応じて、ケアマネジメントや担当者会議等で決定するが、最長は12か月。なお、初めてサービスを利用される方については、6か月とする。

国保連：広島県国民健康保険団体連合会

※サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始月の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方)

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)
原則的なケアマネジメント	作成あり	指定事業所のサービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による)(※1)
			報酬	基本報酬 +初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬

(※1) 指定事業者のサービス利用をする場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

※初回加算について

初回加算については指定介護予防給付における基準に準じ、下記のとおりとする。

ア 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

イ 要介護者が要支援または事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、要支援者が事業対象者に移行してサービスを利用した場合は算定できない。

※介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算について

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定できる。ただし、6月以内にこの加算を算定した利用者については算定できない。また、この加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができる。

※対象者とケアプランについて

対象者	要支援者			事業対象者
利用サービス プランの種類	予防給付 のみ	予防給付と 総合事業	総合事業 のみ	総合事業 のみ
介護予防支援	○	○	×	×
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○

※移行時期

現在認定されている方は、平成29年2月の更新（認定有効期間開始は平成29年4月）から、要支援になった場合に新しい総合事業へ移行していくことになります。

※サービス計画届出書について

区分	居宅サービス計画 作成依頼（変更）届 出書	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	理 由
介護給付から予防給付	×	○	居宅介護から地 域包括へ
介護給付から総合事業	×	○	居宅介護から地 域包括へ
要支援者が予防給付から 総合事業	×	○	国保連に委託し ているため確認 が必要
要支援者から事業対象者	×	○	認定がなくなる ため再度届出が 必要

※新しい総合事業でそれぞれの者が利用できるサービス整理（例）

支援提供の手続き		要介護認定者	現在の要支援者		非該当者	備考
			要支援 認定者	事業対象者		
		ケアマネジメン ト	地域包括支援センター等で ケアマネジメント			
訪問	訪問介護員に よる身体介 護・生活援助	○ (介護給付)	○	○	×	
通所	デイサービス	○(介護給付)	○	○	×	
一 般 介 護 予 防	住民主体の支 援（通いの場）	○	○	○	○	
	げんき教室	×	○ いずれの対象でも利用はできるが重複利用 は不可			
	いきいき介護 予防教室	○	○	○	○	サロン・ 老人クラ ブ等
	介護予防講演 会	○	○	○	○	高齢者大 学と共催

※請求と支払について

区 分	サービスの種類	サービス主体	対象者	プランの種類	請求先
予防給付	通所リハビリテー ション・福祉用具 貸与等	指定を受けた 事業所	要支援者	介護予防支援費	国保連合 会給付管 理票
予防給付 と総合事 業の併用	福祉用具貸与等と 訪問・通所型サー ビス				
総合事業	訪問介護、通所介 護相当サービス		事業対象者	ケアマネジメン ト費 (ケアマネジメ ントA)	

国保連：広島県国民健康保険団体連合会

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の実施について


安芸高田市は、平成29年4月に総合事業に移行します。すでに要支援の認定を受けている人については、認定期間終了時において、更新認定を受けるか、基本チェックリストにより事業対象者と判断され届け出を行うまでは、利用するサービスについては従前の介護保険による予防給付によるサービスとなります。

つまり平成29年度になって以降、要支援認定者が順次認定の更新等（チェックリストによる認定を含む）を行ったタイミングで、総合事業へ移行するため、すべてが総合事業に移行するのは、すべての要支援認定者の有効期間が満了する平成30年3月となります。


なお安芸高田市において制度移行当初については、原則として新規の相談者及び新規申請希望者は要介護（要支援）認定申請を行うこととし、基本チェックリストによる認定は、更新対象者のうち、総合事業に移行されるサービス（訪問介護、通所介護）のみを利用しており、認定期間満了後も利用サービスの変更を希望しない人を対象に行います。

1、平成29年4月以降、介護保険による給付から総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）に移行するサービス

・介護予防訪問介護サービス（現サービスコード61）

移行後  訪問型サービス（みなし事業者）（サービスコードA1）
訪問型サービス（新規事業者）（サービスコードA2）

・介護予防通所介護サービス（現サービスコード65）

移行後  通所型サービス（みなし事業者）（サービスコードA5）
通所型サービス（新規事業者）（サービスコードA6）

※独自基準サービス及び、生活支援サービスについては、現時点では安芸高田市において実施の予定はありません。

※移行の時期は、平成29年度になって初めて要支援1・2の認定有効期間が満了し更新したとき、及び平成29年度になって新規に要支援または事業対象者となった時です。

2、介護予防給付による介護予防支援と、介護予防ケアマネジメントの適用の違いについて

①「介護予防支援」を適用するケース

予防給付（従前の介護保険給付サービスのうち、新しい総合事業に移行しないサービス ㊦通所リハビリなどの医療系サービス、福祉用具貸与、短期入所など）のみ、または予防給付と総合事業に移行するサービスを合わせて利用する場合（※介護保険によるサービスを利用することから、対象者は要支援認定を受けている者に限ります。）

②「介護予防ケアマネジメント」を適用するケース

平成29年度になって要支援認定の有効期間終了後更新により、または平成29年度に新規対象者となった後、介護保険による予防給付を使わずに、総合事業に移行するサービス（訪問型サービス、通所型サービス）のみを利用する場合（※要支援認定者、及び基本チェックリストによる該当者のいずれも対象となります）

3、利用限度額

要支援認定者及び事業対象者のサービス利用の上限は次のとおりとなります。

利用上限まではかかった費用の1割（所得によって2割）の負担でサービス利用できます。上限を超過した場合は、費用の10割負担となります。

利用者の状態	利用上限 (1月あたり)	限度額管理		
		介護保険による予防給付	介護予防・生活支援サービス事業	
事業対象者	5,003単位 (50,030円)	×	○	みなし訪問・通所のみ上限管理
要支援1	5,003単位 (50,030円)	○	○	介護給付費と一体的に上限管理する。
要支援2	10,473単位 (104,730円)	○	○	

4、新しい総合事業に移行するサービスの報酬単価について

(平成 29 年 4 月以降、初めて要支援の認定期間が満了するまでは、介護保険による予防給付となります)

訪問型サービス (みなし) 【サービス種類コード A1】

(平成 27 年 4 月以降の新規指定事業者は A2 となります)

サービス種別	対象者	1 月あたり単位数 (金額)
訪問型サービス (みなし I)	事業対象者・要支援 1・2 週 1 回程度の訪問型サービス (みなし) が必要とされた者	1,168 単位 (11,680 円)
訪問型サービス (みなし II)	事業対象者・要支援 1・2 週 2 回程度の訪問型サービス (みなし) が必要とされた者	2,335 単位 (23,350 円)
訪問型サービス (みなし III)	要支援 2 週 2 回を超える訪問型サービス (みなし) が必要とされた者	3,704 単位 (37,040 円)

※平成 29 年 4 月以降初めて要支援 (1・2) の認定が満了するまでは、介護保険給付による介護予防訪問介護【サービス種別コード 61】による給付となります。

通所型サービス (みなし) 【サービス種類コード A5】

(平成 27 年 4 月以降の新規指定事業者は A6 となります)

サービス種別	対象者	1 月あたり単位数 (金額)
通所型サービス (みなし)	事業対象者・要支援 1	1,647 単位 (16,470 円)
通所型サービス (みなし)	要支援 2	3,377 単位 (33,770 円)

※平成 29 年 4 月以降初めて要支援 (1・2) の認定が満了するまでは、介護保険給付による介護予防通所介護【サービス種別コード 65】による給付となります。

POINT

- ✚ 平成 29 年 4 月以降については、順次、総合事業に移行する。(認定が切れるまでの訪問・通所サービスは介護予防給付)
- ✚ 平成 29 年度の新規認定者が訪問・通所サービスを利用する際は必ず総合事業。

5、みなし指定について

平成27年3月31日において介護予防訪問介護、介護予防通所介護の指定を受けているサービス事業者については、平成27年4月1日において第1号事業の事業者としての指定をみなす（改正法附則第13条）こととされており、その有効期間については、平成30年3月末までとなります。

平成27年4月以降に指定された事業者については当該経過措置の対象となりませんので、新しい総合事業の指定申請が必要となります。

平成30年4月以降は、みなし指定の事業者についても、サービス利用者の保険者市町ごとに更新の手続きが必要となります。（例えば、当該事業所のサービスを利用する要支援者等に他の市町村の被保険者がいる場合には、当該市町村にも平成30年4月以降の更新申請を行う必要があります）

POINT

平成27年3月末から事業継続している事業所は、平成30年3月末までは全市町村から指定を受けているとみなされる。

平成30年4月以降、引き続いて事業を行うためには、サービス利用者の保険者となる市町村ごとに指定申請が必要。

平成30年4月以降、介護保険による予防訪問介護及び予防通所介護は、新しい総合事業に完全移行し、これに伴いサービス種類コード「61」「65」は廃止、それぞれ「A1」「A5」（平成27年4月以降に指定を受けた事業者は「A2」「A6」）となる。

6、その他の制度における新しい総合事業の取り扱いについて

①予防給付と同様の負担割合です。なお、高額介護予防サービス相当及び高額医療合算介護予防サービス費相当も事業の対象となります。

②生活保護の介護扶助についても、新しい総合事業の利用者負担に対して支給されます。

③原子爆弾被爆者に対する公費助成についても、新しい総合事業の利用者負担に対して支給されます。新しい総合事業実施に伴う助成範囲については、次の表の通りとなります。

サービス種類コード	サービス	事業所の基準	単価
A1 A5	平成27年4月までに指定介護予防訪問介護又は指定介護予防通所介護の指定を受けた事業所が行う現行の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準	国が定める基準
A2 A6	平成27年4月以降に指定介護予防訪問介護又は指定介護予防通所介護の指定を受けた事業所が行う現行の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準	国が定める基準以下

④障害給付における介護優先について

○障害者に係る自立支援給付については、介護保険において自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定があります。(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下、「障害者総合支援法」という。)第7条)

○今回の法改正により、新しい総合事業のうち、第一号事業(訪問型サービス・通所型サービス)が追加されました。サービスの内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなります。

○しかしながら、障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて総合事業に相当する介護保険サービスを特定し、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととされています。

7、住所地特例対象者における必要な事務手続きについて

(事業の対象となる者の特定)

○事業の対象となる者の特定のため、要支援者・事業対象者について、以下の手続きが必要となります。

【要支援者】

①施設所在地(B市)の窓口相談⇒介護保険給付を希望

(施設所在地に相談があった場合には、保険者(A市)に認定申請することを説明)

③利用者が保険者(A市)に認定申請

④保険者(A市)は、認定の結果、被保険者証を発行

⑤利用者は施設所在地(B市)の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約

⑥利用者は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)届出書を被保険者証を添付し、施設所在地(B市)に対して届け出ることにより、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業利用が可能

⑦施設所在地(B市)は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)届出書及び被保険者証を保険者(A市)に送付(写しでも可)する

⑧保険者(A市)は施設所在地(B市)から送付のあった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(又はその写し)をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送する

➤ 居宅介護支援事業者

➤ 届出年月日

⑧保険者(A市)は、住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し、地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する国民健康保険団体連合会に送付

【事業対象者】

①施設所在地（B市）の窓口にご相談⇒新しい総合事業のサービスを希望。施設所在地（B市）が基本チェックリストにて該当か否かを確認

②利用者は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）届出書を被保険者証を添付して施設所在地（B市）に対して届け出ることによって介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。なお、地域包括支援センターと被保険者の間で契約が必要

③施設所在地（B市）は利用者から提出された介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書及び被保険証を保険者（A市）に送付(写しでも可)

③保険者（A市）は、施設所在地（B市）から送付のあった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(又はその写し)をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送

- 要介護状態区分：事業対象者
- 認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- 居宅介護支援事業所：地域包括支援センターの名称
- 届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

④保険者（A市）は、所在する国民健康保険団体連合会に、事業対象者であることを、住所地特例項目及び地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を送付

※「平成27年4月改正介護保険法施行に係る住所地特例の取扱い（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）について」（平成27年2月27日事務連絡）の「(参考)平成27年4月以降に住所地特例対象者として新たに新しい総合事業を利用する場合」を参照。

【サービスの提供】

①施設所在地（B市）の地域包括支援センターが、要支援者・事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施。

②ケアマネジメントに基づき、施設所在地（B市）の指定する事業所等がサービスを提供

【事業所による費用の請求】

①施設所在地（B市）の指定事業者が、国民健康保険団体連合会を通じて、保険者（A市）に対して第1号事業支給費を請求する。それにより、保険者（A市）も、施設所在地（B市）に対して、地域支援事業の財源調整を行なったことになる。

②地域包括支援センターにより介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターが施設所在地（B市）に要した費用を請求する。

8、要介護認定に係る有効期間の見直しについて

①基本的な考え方

「介護保険制度の見直しに関する意見」（第54回社会保障審議会介護保険部会）を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、総合事業を実施している市町村について、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12か月、上限24か月に延長し、簡素化されることとなります。

②具体的内容

介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）に規定する有効期間について、以下の通り改正されます。なお、介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)を市町村全域で実施している場合に限り、改正内容が適用されます。

申請区分等		現行		改正案	
		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→ 今回要支援	12か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援→ 今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→ 今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→ 今回要介護	12か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

※安芸高田市は、平成29年度から市内全域で新しい総合事業を実施するため、平成29年度当初から改正内容が適用となります。

介護予防ケアマネジメント実施要領（案）

本要領は、「安芸高田市介護予防・生活支援サービス事業 介護予防ケアマネジメント」の円滑かつ適正な実施に必要な事項を定めるものとする。

1、業務の実施にあたっての基本事項

地域包括支援センターは、業務の実施にあたっては、次に掲げる事項を順守する。

（１）介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者または要支援者のうち予防給付を受けず、総合事業の利用を受ける者とする。また対象者が要介護状態等となることの予防又は自立した日常生活の支援を目的として実施するものとする。

（２）介護予防ケアマネジメントは、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的視点から、必要な援助を行う。

（３）介護予防ケアマネジメントの実施に際しては、対象者がサービス利用を終了した場合においても自身のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があることから、対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援を行う。

（４）介護予防・生活支援サービス事業の利用においては、必要に応じて住民主体の支援等多様なサービスを効率的に利用促進することとともに、自立支援・重症化予防につなげるよう努める。

（５）介護予防ケアマネジメントでは、利用者本人や家族との面接によって、基本チェックリストの内容及び利用者の状況や意向等を踏まえて、自立支援に向けたケアプランを作成し、サービス利用につなげること。

2、介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントは、介護保険による予防給付の介護予防支援と同様、安芸高田市地域包括支援センターが実施するものとするが、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託することもできる。

3、介護保険による予防給付とサービス事業を併用する場合

（１）介護保険による予防給付とサービス事業によるサービスを合わせて利用する場合の報酬は、従前の予防給付によるケアマネジメント（コード「46」）とし

て国保連合会を通して地域包括支援センターに対して支払われるものとする。その際、給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理が必要なものについては、併せて限度額管理を行う。

(2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、新しい総合事業によるケアマネジメント費を支給しない。

4、要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

(1) 事業対象者が福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うものとする。

(2) 要介護認定等申請後、非該当の結果が出た場合は、一般介護予防事業を利用することとなる。しかし、必要に応じて要介護認定等再申請が行なえるものとする。

5、新しい総合事業における介護予防ケアマネジメントの考え方と類型

(1) 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、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

(2) 新しい総合事業における「介護予防ケアマネジメント」は、生活上の困りごとがあり、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、基本チェックリストの記入により、「事業対象者の該当する基準」に該当した者、また要支援認定者のうち、総合事業サービス(訪問型サービス・通所型サービス)のみを受ける者に対して行うものである。

※新しい総合事業に移行することによって、これまでの二次予防事業は廃止となり、二次予防事業対象者に対して必要に応じて実施していた「介護予防ケアマネジメント業務」も廃止される。

6、介護予防ケアマネジメントにおける留意事項について

(1) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断してサービスの内容について、利用者等が十分に理解し納得する必要がある。そのため、地域包括支援センター等は、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、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利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供することが重要である。

(2) 新しい総合事業の介護予防ケアマネジメントは、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されていない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市の承認が必要となるが、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターと連携を図る。

(3) 第2号被保険者については、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、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う。

介護予防ケアマネジメント業務の流れについて

市高齢者福祉課 (介護保険担当窓口) 市支所窓口係	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
<p>1、介護予防マネジメント対象者要件の確認</p> <p>①来所者（本人）の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明。</p> <p><u>※要介護認定新規申請者は、原則要介護等認定申請とする。</u></p> <p><u>※対象者確認票で確認を行う。</u></p> <p><u>※本人が入院等で来所できない場合は、家族から本人の意向等を確認する。</u></p>		
<p>※新規申請は、原則要介護等認定申請とする。</p> <p>要支援・要介護認定を受けることは、利用できるサービスの選択肢が広がり、また主治医意見書によって、医学的配慮を踏まえることが可能となる。ただし被保険者本人が基本チェックリストによる判定を希望する場合にはこの限りではない。</p> <p>【確認事項】訪問型サービス、通所型サービスのみを早期に利用する必要がある場合。また、利用限度回数が、訪問型サービスは週2回まで、通所型サービスは週1回までの利用の場合。</p> <p>※更新申請者は、要介護等更新申請か基本チェックリストのいずれかを行う。</p> <p>◎更新申請</p> <p>要支援認定者で、訪問介護や通所介護サービス以外を利用している場合、今後訪問介護や通所介護サービスの利用回数が、訪問介護週3回、通所介護が週2回の場合では、これまで通り、要介護等更新申請を行う。</p> <p>◎基本チェックリスト</p> <p>要支援認定者で、訪問介護及び通所介護サービスのみ利用している場合で、当面その他のサービスを利用する可能性がない場合、また、利用回数が、訪問介護週2回まで、通所介護は週1回までの利用となる場合（要支援1相当）には基本チェックリストを行う。これにより、</p> <p>⇒事業対象者に該当する場合</p> <p>①対象者確認票②基本チェックリスト③基本チェックリスト聞き取り票④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⑤介護保険被保険者証（紛失等している場合には、介護保険被保険者証再交付申請書）を介護保険係に提出。</p> <p>⇒事業対象者に該当する基準を満たさない場合</p> <p>一般介護予防事業等の紹介を行う。しかし、必要に応じて要介護等認定再申請が行なえるものとする。</p>		

市高齢者福祉課
(介護保険担当窓口)
市支所窓口係

地域包括支援センター

居宅介護支援事業所

【本人以外の者が来庁(面談)し、手続きを行う場合について】

※サービス事業利用のための手続きは原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない(入院中、相談窓口が遠い、外出に支障がある等)の場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の内容等を別紙の対象者確認票で聴き取る。また、制度について説明と同意を得た場合には、家族が基本チェックリストを実施することもできるが、基本は被保険者本人が基本チェックリストを記入することが望ましい。

また、その基本チェックリストは、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し適切なサービスにつなげる。

また、居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来庁できない場合と同様の扱いとする。

②利用者から介護予防サービス
計画作成・介護予防ケアマネ
ジメント依頼(変更)届出書を受
け、サービス事業対象者の旨と
記載した被保険者証の交付。

③サービス事業対象者の情報
(対象者確認票・基本チェック
リスト・聞き取り票)を地域包
括支援センターに送付。

**2、介護予防ケアマネジメント
利用の手続き**

(以下、原則利用者宅で実施)

運営規程等重要事項を本人等に
説明し同意を得た上で、介護予
防ケアマネジメントを開始。

**居宅介護支援事業所へ委託の
場合**

○委託する居宅介護支援事業
所に委託の可否を確認し、同意
が得られた場合は、その旨を
利用者等に連絡し委託契約を
締結する。居宅介護支援事業
所に委託しない場合も契約を
締結する。



受託の場合

契約締結後、個人情報を受け
取り、介護予防ケアマネジメ
ントを開始。

初回契約時、介護保険
被保険者証と負担割合
証の写しを居宅介護支
援事業所へ送付。

要支援認定者

- ・認定情報、特記事項
- ・訪問調査票の写し
- ・主治医意見書の写し

市高齢者福祉課 (介護保険担当窓口) 市支所窓口係	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
	<div data-bbox="584 210 764 248" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">事業対象者</div> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本チェックリスト ・ 基本チェックリスト聞き取り票 <p>3、介護予防ケアマネジメント</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>①アセスメント(課題分析)</p> <p>②ケアプラン原案作成(介護予防サービス・支援計画書)</p> <p>③サービス担当者会議</p> <p>④利用者への説明・同意</p> <p>⑤ケアプラン確定・同意(介護予防サービス・支援計画書)</p> <p>⑥サービス利用開始</p> <p>⑦モニタリング</p> <p>(給付管理) 受託の場合は、居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへ請求書と実績内訳書を提出する。</p> <p>⑧評価</p> <p>※受託居宅介護支援事業所は、②ケアプラン原案を作成後、地域包括支援センターへ提出し、意見の記入及び押印をしてもらい、サービス担当者会議を実施する。</p> <p>※訪問やサービス担当者会議の記録は、介護予防支援経過記録表に記録する。</p> </div> <p>4. 請求・支払</p> <p>地域包括支援センターは、これまで通り、国民健康保険団体連合会に、介護予防ケアマネジメントを請求し、委託居宅介護支援事業所に支払をする。</p>	

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

年 月 日 所属・受付者名 ()

本人	被保険者番号		生年	明治・大正・昭和
	フリガナ氏名		月日	年 月 日 (歳)
	住所		連絡先	
	介護度	新規・サービス事業対象者・要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (認定者のみ)		
	相談理由			
代理相談の場合 (本人以外)	フリガナ相談者氏名		続柄	
	住所		連絡先	
	相談理由			

【確認内容】

※希望する事業所があれば記入してください。

項目	確認事項	チェック
今後、利用希望するサービスの内容	1 訪問による掃除や買い物等の生活支援を希望 (訪問介護) ⇒ 希望回数: 回 (週) 内容: 希望する事業所:	<input type="checkbox"/>
	2 通所介護 (デイサービス) で、他者との交流や運動したい ⇒ 希望回数: 回 (週) 内容: 希望する事業所:	<input type="checkbox"/>
	3 下記のサービスを希望したい。(希望するサービスに○) 1.デイケア 2.訪問看護 3.福祉用具レンタル・購入 4.住宅改修 5.地域密着型サービス 6.ショートステイ 7.その他 ()	<input type="checkbox"/>
	4 入居 (グループホーム・サ高住)、入所 (特養・老健等) したい	<input type="checkbox"/>
	5 その他:	<input type="checkbox"/>

◎介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 (済・未)

◎1・2 (訪問介護・通所介護) のみのサービス希望 チェック:

訪問介護	週2回まで	回答 (回)
通所介護	週1回まで	回答 (回)



チェックリスト対象者

◎1・2 (訪問介護週3回・通所介護週2回) を希望、または、1～4のサービスを希望
チェック: 要支援・要介護申請を行ってください。

介護予防・生活支援サービス事業等のサービス利用にあたり、対象者確認票の内容を、市、地域包括支援センター等に対し情報提供することに同意します

本人氏名

代理人氏名

基本チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準

フリガナ 本人氏名	様	男・女	明・大・昭 年 月 日生
住 所		電話番号	— —

実施日：平成 年 月 日

No.	質問項目	回答（いずれかに○を 付けてください）		点数	小計
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)	1. 18.5未満	0. 18.5以上		
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		
合計点数					

(注1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

介護予防・生活支援サービス事業等のサービス利用にあたり、基本チェックリストの内容を、市、地域包括支援センター及びサービス提供事業者に対し情報提供することに同意します。

本人氏名

代理人氏名

基本チェックリスト聞き取り票(裏面)

調査対象者		被保険者番号	
聞き取り者		所属	

特記事項	No.	判定		
希望するサービス	1	全般 1~20 () /20 10点以上	運動 6~10 () /5 3点以上	
	2			
	3			
	4			
	5			
現在利用しているサービス	6			栄養 11~12 () /2 全て該当
	7			
	8			
	9			
	10			
生活の状況・家族の状況	11			口腔 13~15 () /3 2点以上
	12			
	13			
	14			
	15			
現病歴・既往歴	16			閉じこもり 16~17 () /2 No.16 該当 もの忘れ 18~20 () /3 1点以上
	17			
	18			
	19			
	20			
その他特記事項	21			こころ 21~25 () /5 2点以上
	22			
	23			
	24			
	25			
総合判定			適 否	

※対象者確認票から転記できる事項は転記して下さい。

基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。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下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

◆基本チェックリストの質問項目及び趣旨

※1～5まで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下さい。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。なお、お太助ワゴンについては市公共交通機関となります。ここの設問は、交通手段は問わずに一人で外出できているかを問います。

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、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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。電話による交流は含みません。また、家族や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まで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下さい。

※11～12まで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、整数で記載して下さい。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まで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下さい。

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下さい。

※16～17まで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下さい。

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まで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言われますか

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。なお、短縮ボタンで電話をかける場合については、何番がどこにかかるか分かっている場合は、電話番号を調べて、電話をかけていることとします。

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下さい。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までに質問項目は「うつ」について尋ねています。

(ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい)

21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない

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

自立支援へ向けた効果的な介護予防ケアマネジメントについて

1、明確な目標設定と本人との意識の共有

①新しい総合事業では、介護事業所のみならず、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながることを期待されています。

②新し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、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する必要があります。

③そのためには、アかつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、イ介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そしてウそれが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましいとされています※。もちろん、設定された目標はサービス提供者と共有し、目標の達成に役立つプログラムが実施される必要があります。

※（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定版」三菱総合研修所）

④生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合があります。その時のケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気づくヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されていますので、参考にして下さい。

(参考)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><u>セルフケア</u> 清潔・整容・排泄の自立、 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、自分で服薬管理をする 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><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</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す</p>
<p><u>対人関係</u> 家庭や友人への気配り・支援・近所の人・友人・同僚などの人間関係づくりと保持、夫婦・親密や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><u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</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><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</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><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他者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><u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</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><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</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定版」三菱総合研究所)

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

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

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

④なお、介護予防は終わりのない取組みであり、事業が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続されることが望まれます。

2、ケアプランの作成

- ①新しい総合事業の介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましいとされています。したがって、初回のサービス担当者会議では、将来を予測した支援の内容等を、一定程度定めておくことが必要となります。
- ②また、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）の正確な把握が欠かせません。課題整理総括表を活用し、関係者で共有することも望ましいとされています。
- ③なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、ケアプランを立てたステップからの乖離に気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があります。

3、モニタリング・評価

- ①地域包括支援センター等は、利用者にサービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度、ケアプランを作成することになりますが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行います。この場合は事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスを行うことが大切となります。
- ②また、サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離が見られた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センター等に情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めることも重要です。