介護予防ケアマネジメント
マニュアル

帯広市　市民福祉部　地域福祉課
介護高齢福祉課
令　和　8　年　7　月　改　訂　版

第１章　介護予防ケアマネジメント ―――――――――――――――― Ｐ　１

第２章　参考資料 ―――――――――――――――――――――――――― Ｐ２０

第３章　介護予防ケアマネジメントにおける関連様式 ―――――――― Ｐ４４

第１章　介護予防ケアマネジメント

はじめに　２

Ⅰ　介護予防・日常生活支援総合事業

１　帯広市における総合事業の目的　２
２　従前の事業から総合事業への移行の概要　３
３　総合事業における介護予防ケアマネジメント　３

Ⅱ　介護予防ケアマネジメントの実施

１　介護予防ケアマネジメントの類型と実施内容　９
２　介護予防ケアマネジメントの実施手順　14

Ⅲ　介護予防ケアマネジメントの報酬

１　請求及び支払いについて　15
２　単価　15
３　予防給付と総合事業の関係　17

Ⅳ　介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

１　認定の変更及びサービスの暫定利用について　18
２　地域ケア会議の活用　19
３　その他　19

はじめに

帯広市では、平成 29 年 4 月 1 日から介護予防・日常生活支援総合事業（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する第１号訪問事業及び第１号通所事業をいう。以下「総合事業」という。）を実施しています。それに伴って、従前の介護予防給付のうち訪問介護と通所介護を総合事業に移行し、総合事業における介護予防ケアマネジメント（同号に規定する第 1 号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）を実施することとなりました。

この介護予防ケアマネジメントマニュアルは、総合事業の概要や前提となる帯広市の考え方も加え、介護予防ケアマネジメントに関する実際の手順、基本事項等についてまとめたものです。

Ⅰ　介護予防・日常生活支援総合事業

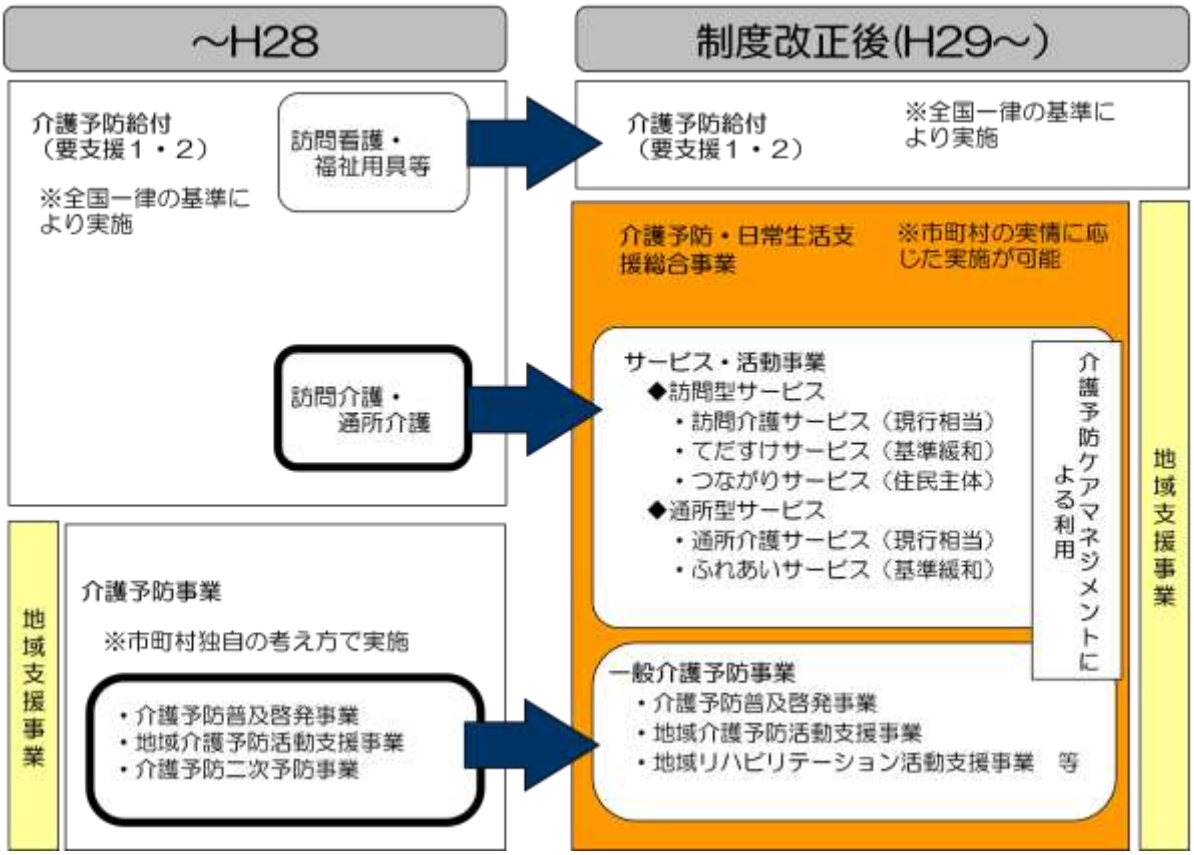
１　総合事業の目的

少子高齢化による高齢者の増加、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯の増加、認知症高齢者の増加により、介護サービスや生活支援を必要とする方は増加していく見込みです。一方で、働く世代は減少し続け、支援を必要とする方を支える専門職の数はなかなか増えていかない状況にあります。

そのような中、介護保険制度の持続可能性の確保に配慮しつつ、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるよう、高齢者自らの取り組みである自助、地域のボランティア等による互助も活かしながら、支援の担い手を増やし多様なサービスの提供を図ることを目指しています。帯広市においては、従前の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護に相当するサービスに加え、基準緩和及び住民主体のサービスを含む帯広市独自のサービス・活動を３類型設定しました。また、高齢者を年齢や心身の状況で分け隔てることなく、社会参加や自主的な活動の継続により介護予防を図る一般介護予防事業を３事業開始しました。

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年が過ぎ、元気な高齢者はもとより、介護や日常生活上の支援が必要となっても、可能な限り住み慣れた地域や自宅で生活し続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する仕組みである地域包括ケアシステムを一層深化、推進することが重要です。

２　従前の事業から総合事業への移行の概要



３　総合事業における介護予防ケアマネジメント

（１）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遅らせる」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活が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いて実施します。総合事業における介護予防ケアマネジメントは、第１号介護予防支援事業として地域包括支援センターで行われるものであり、指定介護予防支援事業所として行う介護予防支援とは異なります。

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「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す。そのためには、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、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、心身機能の改善、自立支援に資するための視点が必要です。また、総合事業のサービス事業者だけでなく、障害福祉制度の相談支援専

門員、住民も含め地域における様々な取り組みを行う人や機関との連携に努めます。

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、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が達成できるよう、具体的にサービス・活動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になります。

また、ケアプランは、対象者が自らのケアプランであることを実感でき、目標やその具体策を共有し、介護予防の取り組みを実施できるよう支援していくことが重要です。

（２）実施主体

①担当について

原則として、対象者が居住する住所（居住地）を担当する地域包括支援センターにおいて実施します。居住地と住民票のある住所（住所地）が異なる場合は、居住地を担当する地域包括支援センターと住所地を担当する地域包括支援センターが相談し、担当を決めてください。

②委託について

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員等によって実施することも可能です。ただし、委託については対象者の意向を踏まえ決定してください。

なお、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所へ委託できる事例は、対象者のうち、要支援認定者※１のみであり、事業対象者※２は委託できません。

※１　要支援認定者（第２号被保険者を含む）：介護保険被保険者証の要介護状態区分等に「要支援１」又は「要支援２」と記載されている方

※２　事業対象者（基本チェックリストにより事業対象者に該当する方）（第２号被保険者を除く）:介護保険被保険者証の要介護状態区分等に「事業対象者」と記載されている方

POINT

- 対象者がこれまでに居宅介護支援事業所と契約している場合、地域包括支援センターへ変更するか、引き続き現在のケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所が担当するかについては、対象者の選択により決定してください。
- ケアマネジャーが所属事業所を変更した場合は、対象者と協議し担当を決めてください。その際は対象者の意向を尊重してください。
- 介護予防ケアマネジメントを委託する場合、指定介護予防支援についても委託を実施していることが想定されることから、指定介護予防支援の基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」）で定める委託に関する事項の遵守により、介護予防支援に準じることとします。

③住所地や保険者が居住している市町村と異なる場合の取り扱い

帯広市の被保険者が他市町村に居住している場合は、住所地の地域包括支援センターから当該居住地の指定居宅介護事業所に委託します。

他市町村の被保険者が帯広市に居住している場合は、当該市町村の地域包括支援センター等からの委託を受け、帯広市内にある指定居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行います。

POINT

- 他市町村の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所への委託に当たり、委託先がない場合は、別途協議いたしますので、介護高齢福祉課へご連絡ください。

④住所地特例対象者の取り扱い

住所地特例対象者（ケアハウスや居住型の有料老人ホーム等の住所地特例の施設に、住民登録も異動の上、入居している人）の介護予防ケアマネジメントは施設所在市町村で実施します。具体的な手順は通常と同様となり、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書も施設所在市町村へ提出します。

POINT

住所地特例対象者とならない人

- 住所地特例の施設に入居していても住民登録が施設所在地にない。
- 民間アパート等、住所地特例の施設ではない住居に入居している。

（３）対象者

介護予防ケアマネジメントの対象となるのは以下①、②のとおりです。

①要支援認定者

要支援認定者のうち、総合事業のサービスのみを利用する方。

なお、総合事業のサービス以外の予防給付サービスを利用する場合は、総合事業の利用の有無にかかわらず「介護予防支援」を行うことになります。

POINT

- 認定有効期間中は認定が優先されるため、要支援認定者が事業対象者となることはできません。
- 要支援認定者が認定の更新はせずに事業対象者に移行する場合は、基本チェックリスト及び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）届出書の提出が必要です。

②事業対象者

要支援認定者で有効期間が満了となる方や要介護（要支援）認定を受けていない方のうち、基本チェックリストの実施により事業対象者に該当する方。

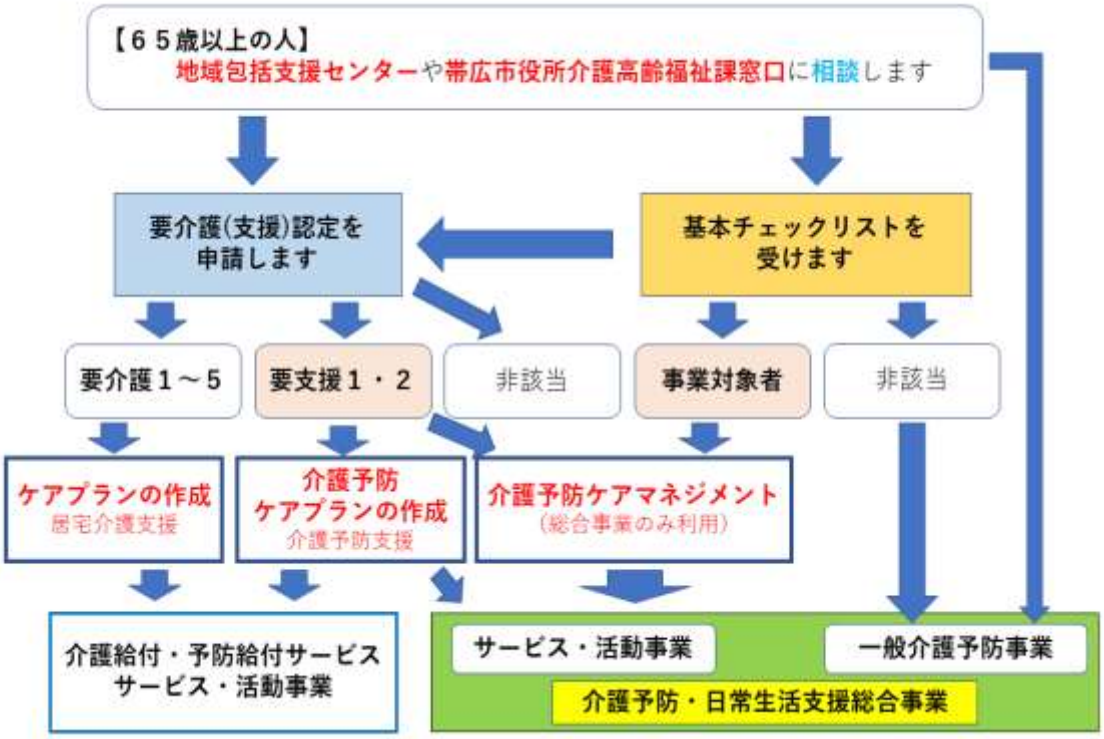
なお、事業対象者が利用できるのは総合事業のサービスのみとなり、予防給付や介護給付のサービス利用が必要な場合は、従来どおり要介護認定を受ける必要があります。また、事業対象者は、総合事業のサービスのみを利用し始めた後も、必要な場合は要介護認定の申請が可能です。

ただし、第２号被保険者は事業対象者となることはできません（①の場合のみ介護予防ケアマネジメントの対象となります）。

POINT

- 総合事業のみを利用する場合は、要介護（要支援）認定を行わず基本チェックリストを用いて事業対象者とすることができるため、迅速なサービスの利用が可能となります。
- 事業対象者は、基本チェックリスト判定による該当結果のみでは認定されません。同時に「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の提出があって認定されます。
- 事業対象者には、有効期限がありません。よって、更新手続きは不要です。要介護（要支援）認定を受けるまで、事業対象者として総合事業のサービスを利用できます。

＜対象者のフローチャート＞



（４）総合事業のサービス内容

種別		サービス名	説明
訪問型サービス	訪問介護従前相当サービス	**訪問介護サービス**	訪問介護員等専門職による入浴の介助、身体整容、外出介助等の身体介護及び生活援助を提供する。
	基準緩和サービス	**てだすけサービス**	介護予防訪問介護の人員についての基準を緩和し、市が定める研修受講者等による生活援助を提供する。
	住民主体サービス	**つながりサービス**	主にサービス提供者の介護予防の視点を持ち、住民等が主体の自主活動として行う生活支援を提供する。（買い物代行、ゴミ出し、電球の交換、階段の掃除 等）
通所型サービス	通所介護従前相当サービス	**通所介護サービス**	必要な日常生活の世話及び機能訓練を組合せて提供し、日常生活機能の維持又は向上を図るサービスを提供する。（機能訓練やレクリエーション等、送迎及び入浴）
	基準緩和サービス	**ふれあいサービス**	少人数を対象とし、社会参加の機会を設けることにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活機能の維持又は向上を図るサービスを提供する。（主に機能訓練等）

＜参照＞第１章参考資料

１　帯広市サービス・活動事業における訪問介護サービスとてだすけサービスの考え方について（20 ページ）
２　つながりサービスの利用について（26 ページ）
３　ふれあいサービスの実施について（29 ページ）

Ⅱ　介護予防ケアマネジメントの実施

１　介護予防ケアマネジメントの類型と実施内容

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、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、利用者の状況に応じて下記の２つの類型に分類の上実施します。

現行の介護予防支援と同様の関わりが必要な場合はケアマネジメントＡ、セルフマネジメント前提でモニタリングを行わない場合はケアマネジメントＣと位置づけます。

介護予防ケアマネジメントは、利用者の生活上の困りごとに対して、できないこと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、心身の機能改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう支援する必要があります。また、サービス利用を終了した後も、セルフケアが継続される必要があるため、総合事業のサービスだけでなく、地域の通いの場や活動場所等地域資源を十分に活用できる視点が重要となります。

利用するサービスとケアマネジメントの類型

ケアマネジメントの種類	利用するサービス		
	介護予防サービス ※要支援者のみ	訪問介護サービス てだすけサービス 通所介護サービス ふれあいサービス	つながりサービス
ケアマネジメントＡ		○	○
		○	
ケアマネジメントＣ			○
介護予防支援	○	○	○
	○	○	
	○		○
	○		

（１）介護予防ケアマネジメントＡ

（ア）考え方

予防給付に対する指定介護予防支援と同様に、アセスメントによってケアプラン原案作成、サービス担当者会議等を経て決定することになります。具体的な流れについては、指定介護予防支援に準じています。

（イ）具体的な流れ

a. 申し出を受ける

b. 介護予防ケアマネジメントの対象者であるか確認

・要支援者→ｃ.へ

・要介護（要支援）認定を受けていない方

→基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当した場合　ｃ.へ

c. 介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市へ提出

※事業対象者は、基本チェックリストの原本も併せて提出する。
※地域包括支援センターが担当する要支援者が予防給付からサービス・活動事業へ移行する場合は、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出書の提出を省略することができる。

d. 対象者に介護予防ケアマネジメントに係る契約・重要事項説明書の交付・説明を行い、同意を得る

＜新規の場合＞

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント兼用の契約書と重要事項説明書を交付する。

＜更新の場合＞

これまでの介護予防支援の契約書は継続されるため、介護予防ケアマネジメント実施のために、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント兼用の重要事項説明書を交付する。

e. アセスメント（課題分析）の実施

※アセスメント様式を使用し、対象者の趣味活動、生活歴等も聞き取りながら「～できない」というマイナスの問題によって出てくる課題ではなく、「～したい」「～できるようになる」という視点で本人に合った目標設定をするための作業が必要である。
※アセスメントをする中で、生活機能の低下等の自覚を促しつつ、「こういうことをしてみたい」という前向きに取り組む意欲を引き出す。
※対象者及び家族とのコミュニケーションを図り、信頼関係を構築する。

f. ケアプラン原案作成

・目標設定

※「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」等を参考としながら、心身機能の改善だけを目指すものではなく、生活の質の向上を目指すものであることが重要である。
※対象者が、自分の目標として意識できる内容・表現とする。
※対象者本人でも評価できる具体的な目標とする。

・利用するサービス内容の選択

※介護予防・生活支援サービス利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集し、地域の支援や民間サービスも位置づけ、自立支援に資するプラン原案であることが重要である。
※ケアプラン原案は対象者とともに作成する。
※ケアプラン実施期間、モニタリングの期間等は、対象者の状況において設定する。
※地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案作成後、委託元の地域包括支援センターに承認を得る。

g. サービス担当者会議（つながりサービスは情報提供のみ）

ケアプランの作成のために、対象者及びその家族の参加を基本としつつ、ケアプランの原案に位置付けたサービス等の担当者を招集して行う。

h. 対象者への説明と同意

※対象者は複数のサービス事業者等を紹介するよう求めることができることの説明を行い、理解を得る。
※対象者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院等に伝えるよう求める。

i. ケアプラン確定・交付

j. サービス利用の開始

k. モニタリング

介護予防支援と同様に、少なくともサービスの提供開始の翌月から 3 ヶ月に 1 回及びサービスの利用期間の最終月、又は利用者の状況に変化があった場合について、利用者の居宅で面接しモニタリングを実施する。また、利用者の居宅を訪問しない月でも、通所先への訪問や利用者への電話等により利用者と連絡をとり、1ヶ月に1回はモニタリングの結果を記録する。

※利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じてケアプランを見直し、要介護認定の申請の援助等を行う。

l. 評価

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

（ウ）利用できるサービス

〇訪問型サービス

・訪問介護サービス　・てだすけサービス　・つながりサービス

〇通所型サービス

・通所介護サービス　・ふれあいサービス

〇一般介護予防事業

〇社会資源（地域交流サロン、自主活動団体、老人会等）

〇配食サービス
〇民間企業等によるサービス

※サービス・活動事業の組合せについては、訪問型サービス、通所型サービスを組み合わせて利用できるが、同種の併用はできない（つながりサービスは除く）。
※一般介護予防事業、社会資源、配食サービス、民間企業等によるサービスについては、介護予防ケアマネジメントを実施せず利用することも可能。

（エ）使用する様式

基本チェックリスト	様式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	様式３
興味・関心チェックシート	様式４　※積極的な活用が望ましい
利用者基本情報	様式５
介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）	様式６
介護予防ケアマネジメント経過記録	様式７
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	様式８

（２）介護予防ケアマネジメントＣ

（ア）考え方

基本的にサービス利用開始時にのみ実施する､初回のみの介護予防ケアマネジメントです。

このケアマネジメントＣにおいては、対象者が地域で引きこもらず、地域での介護予防活動や住民の通いの場等に参加し、主体的に介護予防に取り組み、継続できることを目指しています。また、ケアマネジメントの結果、利用者が自身の状況、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ため､単に利用したいサービスがあるからといってケアマネジメントを実施するのではなく､社会参加を踏まえた自立支援に資することを目的として実施されなければなりません。

（イ）具体的な流れ

a.～e.まで （１）介護予防ケアマネジメントＡと同様

ただし、d. 利用者への介護予防ケアマネジメントに係る契約・重要事項説明書の交付・説明と同意については、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント兼用の重要事項説明書のみ交付する。

ｆ. 介護予防ケアマネジメント結果作成

・目標設定

※心身機能の改善だけを目指すものではなく、生活の質の向上を目指すものであることが重要である。
※利用者の状態像と、希望や思いが目標となるよう支援する。
※利用者が自己評価できる具体的な目標とする。

・利用するサービス内容の選択

※広く社会資源の情報を収集し、地域の支援や民間サービスも位置づけ、自立支援に資するものであることが重要である。
※利用者とともに作成する。
※地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所は、介護予防ケアマネジメント結果作成後、委託元の地域包括支援センターに承認を得る。

POINT

・ 介護予防ケアマネジメントCは、初回のみの支援となり、モニタリングは実施しませんが、利用者に変化があった場合等に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておきます。

（ウ）利用できるサービス

〇訪問型サービス（つながりサービスのみ）
〇一般介護予防事業
〇社会資源（地域交流サロン、自主活動団体、老人会等）
〇配食サービス
〇民間企業等によるサービス　等

※単に「〇〇のサービスを利用したい」という単独のサービスの利用ではなく、ケアマネジメントの結果、社会参加を踏まえた自立支援に資するという目的に合致したサービスを検討する。

（エ）使用する様式

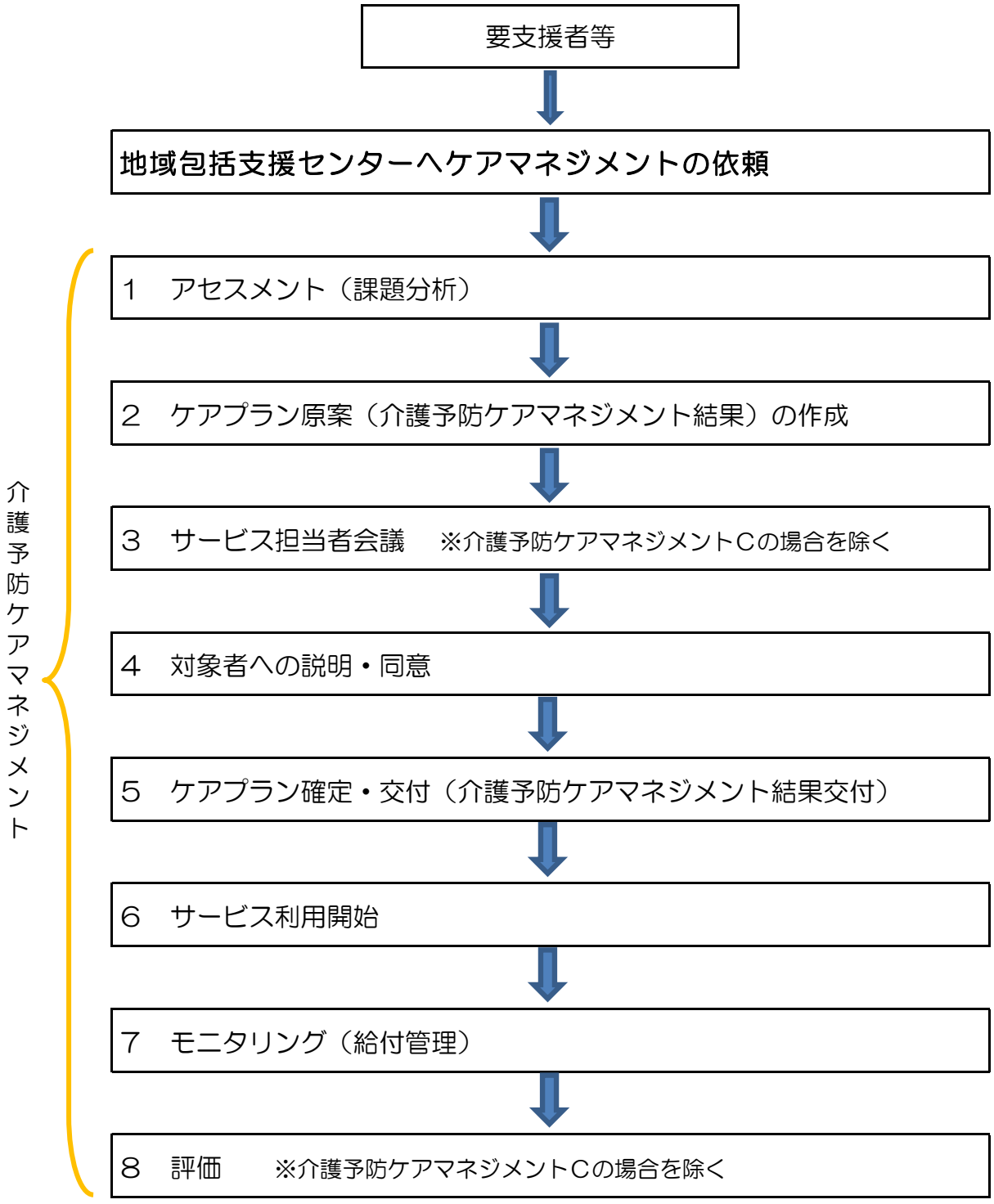
基本チェックリスト	様式１
介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	様式３
興味・関心チェックシート	様式４　※積極的な活用が望ましい
利用者基本情報	様式５
私のいきいき活動計画	独自様式

POINT

つながりサービスの不定期な利用について

・ つながりサービスにおいて、不定期に必要と思われるもの（電球の交換等）についてもプラン・ケアマネジメント結果に位置づけてください。
・ 不定期なサービスの利用がある場合は、利用者は直接サービス事業者へ連絡します。

２　介護予防ケアマネジメントの実施手順



Ⅲ　介護予防ケアマネジメントの報酬

１　請求及び支払いについて

介護予防ケアマネジメントの報酬は、帯広市が地域包括支援センターと委託契約を締結し、実施件数に応じて委託料として支払います。

地域包括支援センターは介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書を作成し、帯広市へ毎月 10 日までにデータで提出しますが、この時、介護予防ケアマネジメント費請求件数連絡用紙により件数について報告してください。

POINT

- 保険者が道外の場合は、国保連を経由した支払いができないため、帯広市へ直接請求する必要がありますので、介護高齢福祉課へご連絡ください。
- 個人情報保護の観点から、データ提出の際の USB 媒体について、市との受渡しは必ず手渡しとする、施錠できる場所で保管する等、取扱いには十分注意してください。

２　単価

種類	加算	単価（１ヶ月あたり）
介護予防ケアマネジメントＡ		442 単位※1,2
	初回加算	300 単位
	委託連携加算	300 単位
	介護職員等処遇改善加算	上記により算定した単位数の 2.1％
介護予防ケアマネジメントＣ		442 単位※1,2
	初回加算	300 単位
	介護職員等処遇改善加算	上記により算定した単位数の 2.1％

（１）「初回加算」を算定できる場合

○　介護予防ケアマネジメントＡについて、対象者が過去２ヶ月以上、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費が算定されていない状態で、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

○　要介護者が要支援認定者となり介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（２）「初回加算」を算定できない場合

○　要支援認定者が認定更新して、総合事業のサービスを利用した場合

○　要支援認定者が事業対象者となった場合、またその逆の場合

○ 要支援認定者が、これまで介護予防ケアマネジメントを実施していたが、途中で予防給付のサービスを利用することになり、予防給付に移行した場合、またその逆の場合

（３）「委託連携加算」を算定できる場合

○ 指定居宅介護事業所へ、対象者の情報提供を行うことで、対象者の利用に係る計画の作成に協力を行い、サービスの利用を開始した場合

（４）「介護職員等処遇改善加算」を算定できる場合

賃金改善に加え、①又は②を満たした場合

①令和８年度特例要件として、以下のいずれかを満たす場合

・ケアプランデータ連携システムを利用している

・地域包括支援センターが所属する法人が社会福祉連携推進法人に所属している

②以下の全てを満たす場合

・キャリアパス要件Ⅰ(任用要件・賃金体系の整備等)を満たす

・キャリアパス要件Ⅱ(研修の実施等)を満たす

・職場環境等要件を満たす

※１　高齢者虐待防止措置未実施減算について

以下の事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間､所定単位数から減算する。

○ 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない

○ 高齢者虐待防止のための指針を整備していない

○ 高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施していない

○ 高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない

上記の事実が生じた場合、速やかに市に改善計画を提出し、事実が生じた月から３ヶ月後に改善計画に基づく改善状況を市に報告する。

※２　業務継続計画未策定減算について

感染症や非常災害の発生時に､利用者へ介護予防ケアマネジメントの提供を継続的に実施するための､及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定していない場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消された月まで、所定単位数から減算する。

POINT

・総合事業Q＆A（訪問型サービス　介護予防ケアマネジメント2）

Q　てだすけサービス利用者で、てだすけサービス利用を終了しつながりサービスに変更した人は、ケアマネジメントCの実施にあたり初回加算は可能か。

A　すでに介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントAの実施があるため、初回加算の算定はできません。また、「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の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日　厚生労働省）」において、「ケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する」とあり、てだすけサービス終了時の支援としてつながりサービスの調整を行うこととなるため、質問のケースについては介護予防ケアマネジメントCの請求は想定していません。

介護予防ケアマネジメントC　は地域で引きこもらず、介護予防活動や住民の通いの場に参加する等主体的に介護予防に取り組み、継続できることを目指して行われるものであるため、これまでサービスの利用がなかった方に対し初めて行われることを想定しています。

３　予防給付と総合事業の関係

要支援認定者の場合、予防給付からのサービス利用があれば、総合事業（地域支援事業）の介護予防ケアマネジメントではなく予防給付の介護予防支援として介護報酬が支払われることになり、事業対象者又は要支援認定者のうち総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が支払われます。

Ⅳ　介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

１　認定の変更及びサービスの暫定利用について

（１）月途中で要介護認定者となり介護給付サービスを利用する場合の請求

サービス・活動事業の利用をしている要支援者等が要介護認定等申請をし、要介護認定を受けた場合、同月末時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができます。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行います。

POINT

・総合事業Q＆A（サービス共通　暫定利用関連1）

Q　基本チェックリストの実施により、事業対象者として総合事業のサービスのみを利用していた方が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定ケアプランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合の取扱いについて

A　帯広市では、通常の暫定ケアプランの考え方同様に、申請日に遡って要介護者として取り扱います。総合事業の訪問型サービスのうち、てだすけサービス利用分は全額自己負担となり、福祉用具貸与のみ給付対象となります。訪問介護サービスを利用していた場合は、介護給付の訪問介護として請求できます。

暫定利用に当たっては、認定結果により一部又は全部のサービスの利用に際し、自己負担となる可能性があることの説明を、利用者に責任を持って行う必要があります。

（２）要介護（要支援）認定の結果が非該当となった方について

要介護（要支援）認定を受け非該当となった方でも、基本チェックリストの実施により、事業対象者の基準に該当した方は、サービス・活動事業の対象として、総合事業を利用することができます。この場合は、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出が必要です。

POINT

・総合事業Q＆A（サービス共通　暫定利用関連2）

Q　要介護（支援）認定の申請中に介護予防支援の暫定ケアプランで総合事業のサービスと予防給付を利用し、認定結果が「非該当」と判定された場合の取扱いについて

A　予防給付は利用できないため、全額自己負担となります。総合事業のサービス利用前に基本チェックリストを実施していれば、その時点に遡って事業対象者として取り扱うことができ、介護予防ケアマネジメントを経て総合事業のサービスについて給付が可能です。総合事業のサービス利用を希望する場合には、基本チェックリストも実施する等、介護予防ケアマネジメントに円滑につながるよう配慮してください。

２　地域ケア会議の活用

介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものであることから、総合事業の利用者等においても帯広市地域ケア会議における個別ケア会議等の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援を積極的に進めてください。

３　その他

（１）介護予防ケアマネジメントの様式について

それぞれ使用する様式は、計画作成事業所において保管して下さい。保管の期間は、他の文書と同様に、サービスの提供を完結した日から２年間とします（ただし請求に関する書類を除く）。

（２）ケアプランの自己作成について

サービス・活動事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していません。予防給付において自己作成している方が、加えてサービス・活動事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要です。

（３）生活保護受給者の対応について

（ア）介護扶助の対象について

生活保護の介護扶助については、平成２７年の介護保険法改正に併せて、生活保護法の改正が行われ、引き続き総合事業の利用者負担に対しても支給されることとされています。給付対象の範囲としては、従前の介護予防給付と同様の仕組みである訪問介護及び通所介護サービスや基準緩和サービスに限らず、全てのサービスについて給付対象になります。

（イ）サービス提供先への連絡

ケアマネジメント対象者が生活保護受給者の場合は、ケアプランに含むサービス提供先へ利用者が生活保護受給者であることを伝えてください。

第２章　参考資料

１　【令和元年 10 月作成、令和８年７月一部改訂】
帯広市のサービス・活動事業における
訪問介護サービスとてだすけサービスの考え方について　20

２　【平成 29 年７月作成、令和８年７月一部改訂】
総合事業「つながりサービス」の利用について　26

３　【平成 29 年８月作成、令和８年７月一部改訂】
総合事業「ふれあいサービス」の実施について　29

４　【基本チェックリストについて】
基本チェックリストの考え方　36

５　介護予防ケアマネジメントの流れ　40
介護予防ケアマネジメント費の審査支払の流れ　43

※資料１～３については、改訂時点の内容

1【令和元年 10 月作成、令和８年７月一部改訂】

帯広市のサービス・活動事業における
訪問介護サービスとてだすけサービスの考え方について

1　サービスの概要

サービス	訪問介護サービス	てだすけサービス
種別	従前相当サービス	基準緩和サービス
提供する サービス	身体介護及び生活援助	生活援助
事業所の 指定等	事業者指定方式	
人員基準等	**管理者**：常勤・専従１以上 （支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能）	**管理者**：常勤・専従１以上 （支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能）
	サービス提供責任者：常勤の訪問介護職員等のうち利用者 40 人に１人以上 ［資格要件：介護福祉士等］	**サービス提供責任者**：訪問介護職員等のうち１人以上 ［資格要件：介護福祉士、初任者研修修了者、市が定める研修受講者等］
	訪問介護員：常勤換算２.５以上 ［資格要件：介護福祉士、初任者研修修了者等］	**訪問介護員**：市が定める研修受講者又は６５歳以上の介護福祉士、初任者研修修了者等を常勤換算で１名以上 ［資格要件：介護福祉士、初任者研修修了者、市が定める研修受講者等］
備考	訪問介護サービスとてだすけサービスを同一の事業所において一体的に実施する場合においては、訪問介護サービスの人員基準を満たすことをもって、てだすけサービスの人員基準を満たしているものとみなす。	
基本報酬単価 （月額包括報酬）	週１回　1,176 単位 週２回　2,349 単位 週３回以上　3,727 単位	〈介護職員〉　〈介護職員以外〉 週１回　1,095 単位　1,031 単位 週２回　2,188 単位　2,060 単位 週３回以上　3,472 単位　3,269 単位
加算・減算	従前の介護予防訪問介護と同じ体系	初回加算、介護職員等処遇改善加算、高齢者虐待防止措置未実施減算、業務継続計画未策定減算、事業所と同一建物利用者等減算は、従前と同様に算定
サービス 提供の頻度	ケアプランに基づく利用、週１～２回程度	
サービス 提供時間	ケアプランで必要とされた内容の実施に必要な時間 （介護予防訪問介護の考え方と同じ。一律に規定するものではなくケアマネジメントで必要とされた内容を実施するのに必要な時間とする。）	

２　サービスの基本的な考え方

訪問介護サービスは、従前の介護予防訪問介護と同じで、身体介護・生活援助の双方の提供を行い、てだすけサービスは身体介護を行わない生活援助のみの提供を行うもの。高齢者人口の増加に伴う介護ニーズの増加及び介護人材の不足が懸念される中、多様な担い手による幅広いサービスの提供を行うこととした総合事業の主旨を踏まえ、サービス提供が生活援助のみであるものは、原則てだすけサービスを利用する。サービスの利用に当たって実施する介護予防ケアマネジメントにより、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、地域で生きがいや役割を持って生活できるよう支援する。

【参考】
総合事業における介護予防ケアマネジメントは、サービスの提供により対象者の自立支援を行うことが重要である。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が総合事業を利用する方のケアプランを作成する際には、本人の生活に基づいた自立支援、介護予防の活動を取り入れたケアプランとする必要がある。訪問介護サービス事業所は、ケアプランに基づいた本人の自立支援に資するサービス計画の立案をする。
（平成 29 年 3 月 23 日事務連絡「総合事業の訪問型サービスの内容の区分について」より）

３　サービス毎の利用対象者

訪問介護サービスは身体介護及び生活援助を必要とする利用者、てだすけサービスは生活援助を必要とする利用者が対象となる。身体介護の考え方は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号)」に準じ、単なる見守り・声かけを行う場合は生活援助に区分されるので留意する。

また、てだすけサービスを提供する訪問介護員は、有資格者に限らず市が実施する帯広市生活援助員養成研修の修了者（以下「生活援助員」という。）が従事できるものとしている。そのため、生活援助員では対応が困難であると考えられる利用者については、訪問介護サービスを利用する。

具体的には以下（１）か（２）のいずれかに該当する利用者は、訪問介護サービスを利用することとする。

（１）身体介護を行う必要のある利用者（自立生活支援のための見守り的援助も含まれる）
（２）サービス提供に当たり特段の専門的配慮を行う必要のある利用者

（１）身体介護を行う必要のある利用者（自立生活支援のための見守り的援助も含まれる）

身体介護における「自立生活支援のための見守り的援助」とは、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号)」に準じる。

見守り的援助の時間や頻度、程度等については介護予防ケアマネジメントにおいて利用者の状況に応じ決定されるものであり、一律に時間や頻度等について基準は設けない。

例えば、毎回ではないが側について転倒しないよう見守りを行う同行支援を定期的に行う、本人の拒否により実際は入浴しなかったが、ヘルパーが入浴時に見守りをすることをケアプランに位置づけている等、身体介護についてケアプランに位置づけられている場合は、訪問介護サービスを提供することとして差し支えない。

【参考】
「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号）」の１－６「自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助」の項抜粋※平成 30 年 4 月 1 日一部改正
１－６　自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助（自立支援、ADL・IADL・QOL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）
〇ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
〇認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り･声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末ができるように支援する。
〇認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
〇入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
〇移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
〇ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ(声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）
〇本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、そばで見守り、服薬を促す。
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む。
〇ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらう援助
〇認知症高齢者の方と一緒に冷蔵庫の中の整理等を行うことにより､生活歴の喚起を促す。
〇洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに､転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
〇利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
〇車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
〇上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常成生活に関する動作を行うことが、ＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬ向上の観点から、利用者の自立支援･重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの。

【参考】
「介護報酬に係るＱ＆Ａについて（平成 15 年 5 月 30 日事務連絡)」
Ｑ３　自立生活支援のための見守り的援助の具体的な内容について
Ａ３　「自立生活支援のための見守り的援助」とは、自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りをいう。単なる見守り・声かけは含まない。
（中略）利用者の日常生活動作能力（ＡＤＬ）や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス行為は身体介護に区分される。掃除、洗濯、調理をしながら単に見守り・声かけを行う場合は生活援助に区分される。

（２）サービス提供に当たり特段の専門的配慮を行う必要のある利用者

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインの考えに基づき、以下のような利用者については、心身の状態・病状等の観察及びその状況に応じた声かけ・見守り等の支援が必要であり、専門的配慮を要することがあると考えられるため、訪問介護サービスの利用を可能とする。

具体的には、ケアマネジメントの結果により、サービスの提供が有資格者による専門的配慮を必要とすると判断された、以下の①から⑤のいずれかに該当する利用者とする。

ただし、専門的配慮が必要という根拠がなく、例えば「身体障害者手帳の交付を受けている」という理由だけで訪問介護サービスの利用を可能にするものではないため留意する。

①精神疾患のある利用者

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者、自立支援医療（精神通院医療）の受給を受けている者、医師から精神疾患の診断を受けている者とする。

②認知機能の低下がある利用者

主治医又は認定調査のいずれかにより、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱａ以上の判定を受けている者、又は医師から認知症の診断を受けている者とする。

③心身に障害のある利用者

身体障害者手帳又は療育手帳の交付を受けている者とする。

④難病のある利用者

「障害者総合支援法」の対象となる疾病※の診断を受けている者とする。ただし、サービスの利用開始後に、対象外となった疾病に該当する場合は、サービスの利用時の適用を優先する。新規にサービス利用をする場合は、利用時において対象疾病に該当していることが必要である。

※厚生労働省ホームページ「障害者総合支援法の対象疾病（難病等）」に対象疾病一覧が掲載されているので参照のこと。

⑤その他、上記に準ずると判断できる利用者

在宅でがんの治療を受けており心身の状態の変化が大きい者、在宅酸素を使用している者、診断まで時間を要す上記疾病が予測される者、拒否等の理由により受診に至らないが上記疾病を強く疑う症状がある者等。

【参考】
「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（令和７年７月 17 日改正)」「第２ サービス・活動の類型（多様化するサービス・活動の典型例)」の「イ　訪問型サービス（留意事項)」

訪問介護員等による従前相当サービスについては、主に、認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。

４　ケアマネジメント結果の記載及び必要書類の保存

地域包括支援センター（又は委託を受けた居宅介護支援事業所）は、訪問介護サービス又はてだすけサービスをプランに位置づける際、サービス選択の根拠について、介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）（以下「ケアプラン」という。）【様式６】へ記載する必要がある。また、身体介護及び特段の専門的配慮が必要とされた利用者の状態についてサービス担当者会議において確認し、結果を介護予防支援・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）（以下「経過記録」という。【様式７】へ記載する。

特段の専門的配慮を行う必要がある利用者の場合は、その根拠を示す書類の保存が必要となる。手帳や受給者証、診断書等で確認した場合はその写しを保存し、医師や医療機関への聴取で確認した場合は、その内容を利用者基本情報【様式５】、ケアプラン【様式６】又は経過記録【様式７】へ記載し根拠とすることもできる。

これら必要な記載がないと、各サービスを計画に位置づけたアセスメントが不明であると判断されるため、書類の整備に留意する。

５　サービス計画及び提供記録

サービス提供事業所は、個別サービス計画を作成する際、ケアプランに基づく支援内容について具体的に記載する。特に、訪問介護サービスの提供に当たっては、サービス提供記録として、実施した身体介護（自立生活支援のための見守り的援助も含まれる）又は、特段の専門的配慮の内容について具体的に記載する。

これらの記載がないと、訪問介護サービスの提供について確認することができず、生活援助のみの提供（てだすけサービスが適当）と判断されるため、記録の際は留意する。

６　帯広市生活援助員養成研修について

市は、「帯広市生活援助員養成研修」として次のとおりてだすけサービスの従事者について養成する。各年度における実施の詳細については都度決定し周知する。

（１）研修の対象者

てだすけサービス事業所に勤務の予定がある（すでに勤務している者も含む）又は就職を希望する者とする。（帯広市民の受講を優先する。）

（２）研修内容

介護に関する入門的研修に準ずる内容（全 12 時間）とする。

（３）受講費用

受講者の負担は無料とする。（ただし会場までの交通費及び飲食代、実習材料費等は受講者の負担とする。）

2【平成 29 年７月作成、令和８年７月一部改訂】

総合事業「つながりサービス」の利用について

１　つながりサービスとは

住民等が主体の自主活動として行う生活支援を提供する目的で平成２９年４月に新設した訪問型サービスであり、利用者とサービス提供者双方の介護予防を目的とし、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。

総合事業の類型としては訪問型サービス・活動 B（住民主体のサービス）となる。帯広市では、サービス提供事業者は営利活動を目的としていない法人又は団体とし、従事者のうち、帯広市が実施する「ちょっとした支え合いサポーター養成講座」又は帯広市社会福祉協議会が実施する「ボランティア養成講座」を終了した６５歳以上の者を１名以上置くことを要件としている。

２　つながりサービスの援助内容

介護保険法で認められない１５分以内の生活支援であり、利用者の心身機能の改善及び自立支援に資する日常生活上の支援とし、具体的には以下の内容を提供する（ただし、提供可能なサービスは、以下のうち団体の規定等で実施が可能なものとし、事業者一覧等でサービス内容を提示予定）。

①外出を含む屋外での活動をするために必要な家まわりの整備
（公道までの除雪、物干しや物置までの草取り等）
②日常生活をより円滑に営むための室内環境整備
（自分が使う場所の掃除、電球交換、簡易な家具の移動）
③日常生活をより円滑に営むための物品購入
（生活用品の購入や移送、買い物代行、ゴミ出し、電球の交換、階段の掃除　等）

３　つながりサービスの対象とならないサービス

①１５分以上の生活援助
（１５分以内のサービスを連続して利用し、結果的に時間を延長することはできない。ただし、１５分以内の生活援助の提供の前後で、連続してサービス提供事業者独自のサービスを利用することは差し支えない。その利用については、サービス提供事業者の規定による。）
②身体介護をともなう援助
③本人の嗜好に基づくもの、本人の健康の維持増進を妨げるもの等、社会通念上好ましくないと思われる援助
④その他、サービス提供事業者の規定等により実施不可と判断した援助

４　つながりサービス利用の流れ

①利用希望者は、担当の介護予防支援事業所又は居住地域の地域包括支援センター及び一部再委託先である居宅介護事業所（以下「包括等」という。）へ相談する。包括等は要支援１・２又は事業対象者であることを確認し、包括等は利用者の心身の状況及び意向を十分に確認し、不定期な利用も含め、必要なサービス内容をケアプラン・ケアマネジメント結果へ位置づける。

②包括等は、サービス提供事業者へ利用者及びサービス内容について、情報提供を行う。つながりサービスのみの利用の場合、介護予防ケアマネジメントＣは、初回のみの支援となりモニタリングは実施されないが、包括等はサービス事業者等へ連絡し、利用者に変化があった場合は、連絡がとれるよう関係づくりに努めること。

※①及び②は初回のみ実施し、２回目以降の利用は以下③以降の流れとなる。

③利用者が直接サービス提供事業者へ希望を連絡し、日程調整を行う。この時、サービス提供事業者は、利用者の希望する援助内容を確認し、「２　つながりサービスの援助内容」及び「３　つながりサービスの対象とならないサービス」の考えをふまえ、サービス提供の可否を決定する。また、必要に応じて、ケアプラン・ケアマネジメント結果を担当した地域包括支援センターと協議すること。

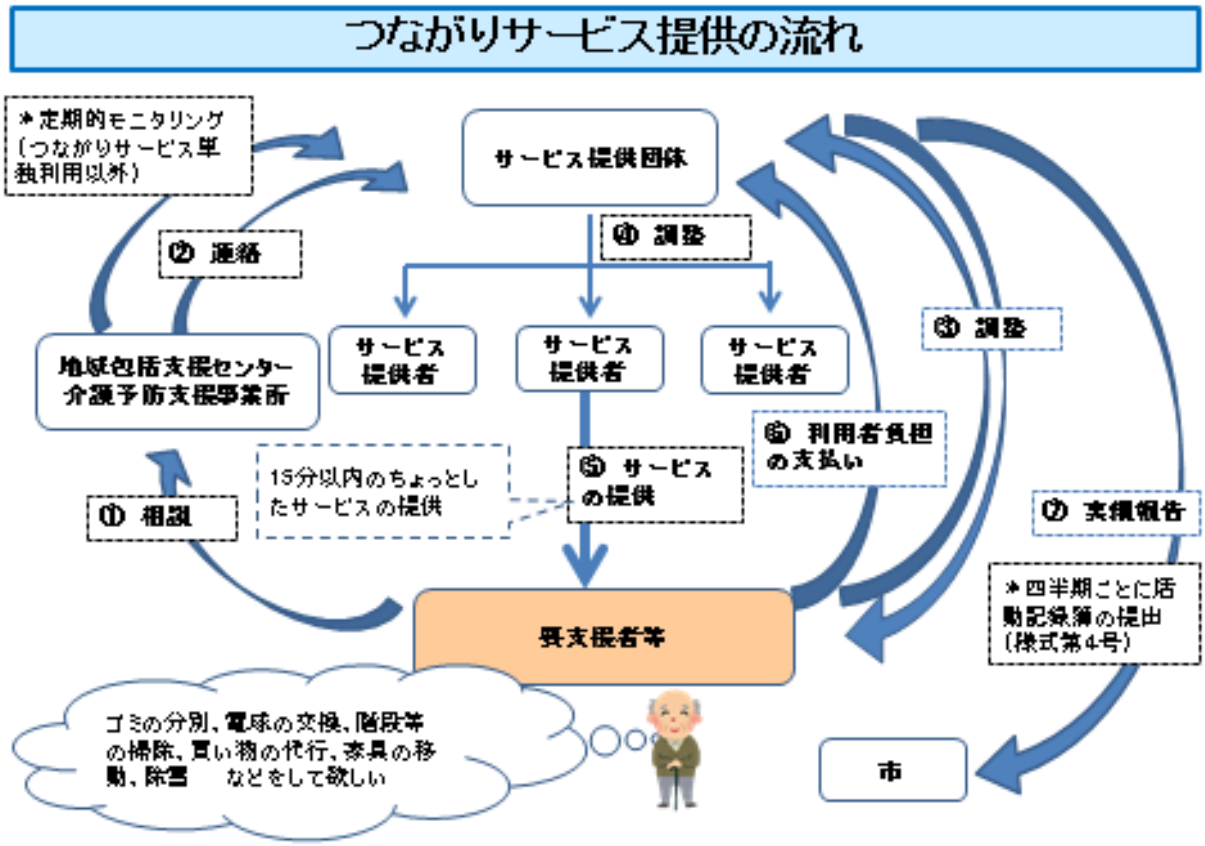
④サービス提供事業者が、サービス提供者（会員）を調整する。

⑤サービス提供者（会員）が利用者へサービスを提供。

⑥利用料の支払いと、サービス提供者（会員）は領収証の発行。
※生活保護受給者については、「５　利用料の支払い」を参照。

⑦サービス提供事業者は別添の活動記録簿（帯広市つながりサービス事務取扱基準 様式第４号）により、四半期ごとに帯広市へ実績報告。

参考：介護予防ケアマネジメントマニュアルＰ１３
つながりサービスの不定期な利用について（ＰＯＩＮＴ）
・つながりサービスにおいて、不定期に必要と思われるもの（電球の交換等）についてもプラン・ケアマネジメント結果に位置づけてください。
・不定期なサービスの利用がある場合は、利用者は直接サービス事業者へ連絡します。



5　利用料の支払い

利用料は利用者の自己負担とし、1回（15分以内）の援助にあたり300円以内でサービス提供事業者の規約に基づくものとする。また、交通費及びサービスの提供に係る実費等についても、サービス提供事業者の規約に基づき利用者が支払う。

ただし、生活保護受給者においては、他の介護保険及び総合事業のサービスと同様に、自己負担分は介護扶助の対象とする。利用者が一旦利用料をサービス提供事業者に支払い、利用者は活動記録簿の写し、領収書、ケアプラン・ケアマネジメント結果の写しを後で生活支援課の担当ケースワーカーに提出し、償還払いを受ける。

（下線部変更の可能性あり）

３【平成 29 年 8 月作成、令和８年７月一部改訂】

総合事業「ふれあいサービス」の実施について

１　ふれあいサービスとは

平成２９年４月に新設した通所型サービスで、介護予防・日常生活支援総合事業の類型としては通所型サービス・活動 A（基準緩和サービス）となる。ふれあいサービスは、利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、社会参加の機会を設けることにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指すものである。

２　ふれあいサービスの実施者

ふれあいサービスの実施者は、帯広市の基準を満たし指定を受けた法人、団体、個人事業者等（以下「サービス事業者」という。）とする。サービス事業者は、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに基づいてふれあいサービスを提供し、その頻度は週１～２回程度とする。その他、具体的には「帯広市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（以下「要綱」という。)」に基づき、事業を実施しなければならない。

３　ふれあいサービス実施の流れ

①利用に当たっての援助

利用者又はその家族からサービス事業者へ直接相談があった場合は、サービス事業者は被保険者証からサービスの受給資格等を確認し、要支援認定又は事業対象者の認定を受けていない利用者に対しては申請が行われるよう必要な援助を行う。また、ふれあいサービスは、介護予防支援事業者、地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所（以下「包括等」という。）が作成する介護予防支援計画又は介護予防ケアマネジメント計画に位置づけられた上で受給が可能となる旨を、利用者又はその家族に説明し、包括等の支援につながるよう援助する。

※通常は、包括等からふれあいサービス事業者へ連絡し、利用について調整することから、以下②以降の流れとなることを想定しているが、利用者又はその家族から直接相談があった場合は①を実施。

②介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの実施（包括等）

包括等は、ふれあいサービス事業者と利用に係る調整を行い、利用者とともに「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン)」原案を作成する。

なお、包括等が実施する介護予防ケアマネジメントについて、帯広市ホームページの介護

予防・日常生活支援総合事業についてのページ内「事業者向け情報」に「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を掲載しており、様式６として介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）様式を掲載しているので参照のこと。

③重要事項説明書による説明と同意

ふれあいサービス事業者は、利用者及びその家族に対し、運営規程の概要、従業者の勤務体制、その他ふれあいサービスの選択に資する事項を記した重要事項説明書を交付して十分に説明を行い、サービス提供についての同意を文書で得る。

重要事項説明書は、利用者及びその家族が事業者を選択するに当たり必要な文書であることから、サービスの利用契約とは別の文書にする必要がある。

④契約の締結

契約書の内容について十分説明した上で契約を締結し、契約書を利用者又は家族とふれあいサービス事業者双方が保管する。

⑤利用者の心身の状況等の把握

ふれあいサービス事業者は、包括等が開催するサービス担当者会議への出席等を通じ、利用者の心身の状況、置かれている環境等日常生活全般の状況を把握する。

⑥ふれあいサービス計画の作成

ふれあいサービス事業者は、利用者の希望を踏まえて、ふれあいサービスの目標、具体的なサービス内容、提供する期間等を記載した個別計画である「ふれあいサービス計画」を作成する。この時、「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」が作成されている場合は、その内容に沿って作成する。

ふれあいサービス計画の様式については特に指定しないが、参考様式１として通所介護（介護予防通所介護）計画書を添付しているので参照し作成する。

⑦ふれあいサービス計画の交付

ふれあいサービス計画については、利用者とその家族に対して十分に説明を行い、同意を得た上で利用者に交付する。

⑧ふれあいサービスの提供

ふれあいサービス事業者はふれあいサービス計画に基づき、利用者に対し適切な介護技術をもってサービスを提供する。事故又は緊急事態等の発生、苦情等に対しては、利用者の支援を担当する包括等へ連絡するとともに、事業所の規定又は手引等に基づき必要な措置を講じる。

また、提供に当たっては包括等の関係者、地域との連携を図ること。

⑨サービス提供記録の作成

ふれあいサービスを提供した際は、サービスの提供日及び具体的な内容を記録するとともに、利用者からの申し出があった場合には、写しの交付等適切な方法によりそれを提供しなければならない。また、ふれあいサービスの提供に関する記録は、契約終了の日から２年間保存しなければならない。

サービス提供記録の様式については特に指定しないが、参考様式２としてサービス提供記録を添付しているので参照し作成する。

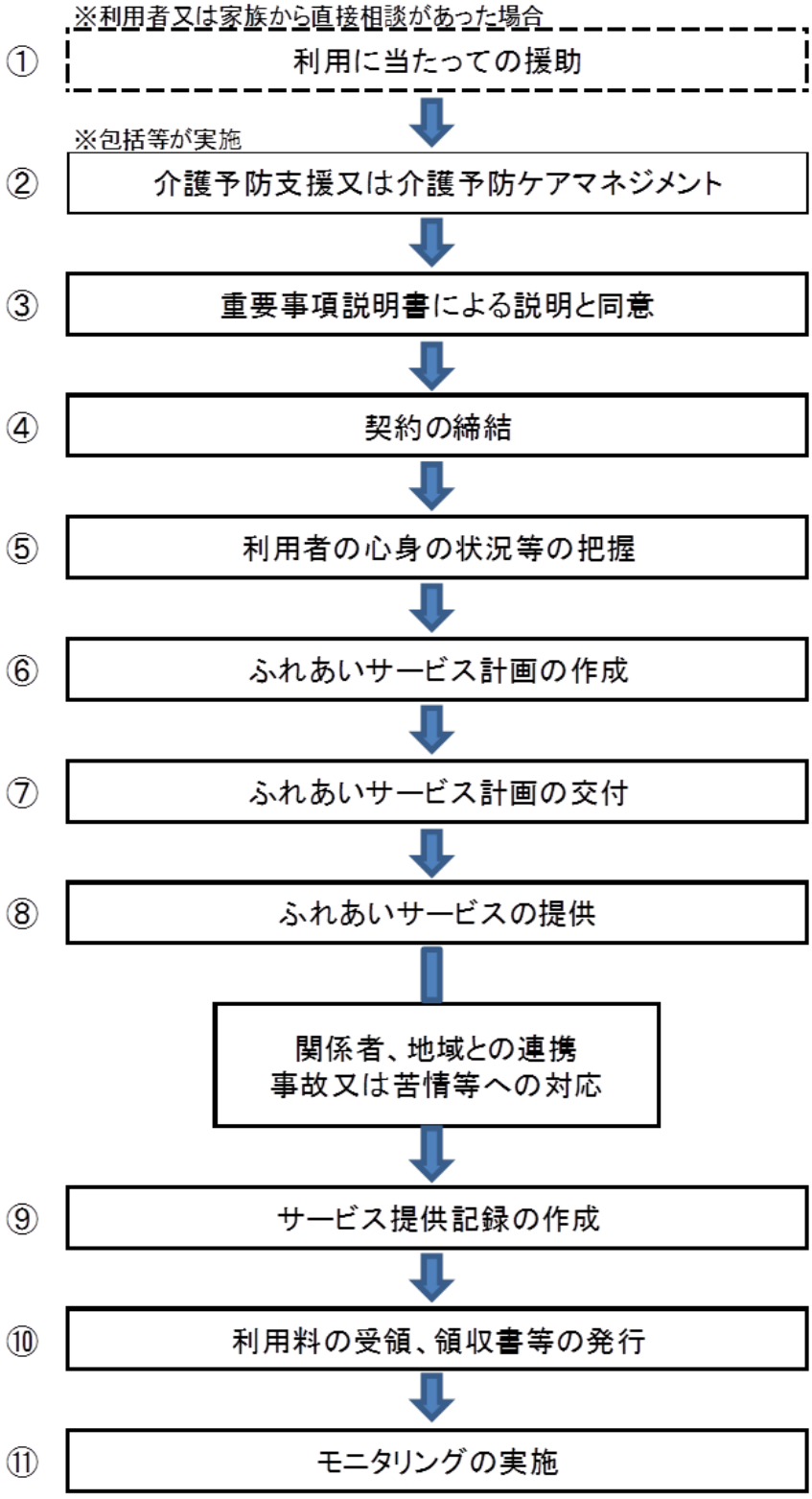
⑩利用料の受領、領収書等の発行

介護保険負担割合証に記載のとおり、費用の１割（一定の所得基準以上の人は２割又は３割）を利用者から徴収し、領収書等を発行する。

⑪モニタリングの実施

ふれあいサービスの管理者は、サービスの提供時から少なくとも月に１回、利用者の状態、サービスの提供状況等について担当の包括等に報告するとともに、提供期間が終了する時までに少なくとも１回、ふれあいサービス計画の実施状況の把握を行う。また、モニタリング結果の記録を行い担当の包括等に結果を報告するとともに、必要に応じてふれあいサービス計画の変更を行う。

別添　　ふれあいサービス実施の流れ



参考様式1

【通所介護計画書】

作成日： 年 月 日	前回の作成日： 年 月 日	計画作成者：

ふりなが		性別	生年月日	介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名			年 月 日生						

通所介護利用までの経緯（活動歴や病歴）	本人の希望	障害老人の日常生活自立度
		正常 / J1 / J2 / A1 / A2 / B1 / B2 / C1 / C2
	家族の希望	認知症老人の日常生活自立度
		正常 / Ⅰ / Ⅱa / Ⅱb / Ⅲa / Ⅲb / Ⅳ / M

健康状態（病名、合併症（心疾患、呼吸器疾患等）、服薬状況等）	ケアの上での医学的リスク（血圧、転倒、嚥下障害等）・留意事項

自宅手での活動・参加の状況（役割など）

利用目標

長期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達		
短期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達		

サービス提供内容

	目的とケアの提供方針・内容	実施	達成	評価：効果、満足度など	迎え（有・無）	
①	月 日～ 月 日	実施 / 一部 / 未実施	達成 / 一部 / 未実施		プログラム（1日の流れ）	
					（予定時間）	（サービス内容）
②	月 日～ 月 日	実施 / 一部 / 未実施	達成 / 一部 / 未実施			
③	月 日～ 月 日	実施 / 一部 / 未実施	達成 / 一部 / 未実施			
④	月 日～ 月 日	実施 / 一部 / 未実施	達成 / 一部 / 未実施		送り（有・無）	

特記事項	実施後の変化（総括） 再評価日： 年 月 日

上記計画の内容について説明を受けました。	上記計画書に基づきサービスの説明を行い
年 月 日	内容に同意いただきましたので、ご報告申し上げます。
	年 月 日
ご本人氏名：	
ご家族氏名：	介護支援専門員様／事業所様

通所介護	○○○	〒 000-00000	住所：	管理者：
事業所No.	0000000000000000	Tel. 000-000-0000	FAX. 000-000-0000	説明者：

サービスの実施状況及び目標の達成状況

評価

上記のサービスの実施状況及び目標の達成状況並びに評価内容について説明をしました。

年　　月　　日

説明者　　氏名

・個別機能訓練計画・栄養ケア計画・口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって各種加算の計画の作成に代えることができます。
（平成20年8月1日からの適用）

参考様式2

サービス提供記録

利用者氏名　　計画作成者氏名

年　月　日	内　容	年　月　日	内　容

４【基本チェックリストについて】

基本チェックリストの考え方

基本チェックリストは、本人の主観に基づいて実施されるものですが、厚生労働省で示されている質問項目の趣旨に加え、帯広市として独自に判断の目安を掲載していますので、実施の際に参考としてください。基本チェックリスト様式については、介護予防ケアマネジメント実施における関連様式の様式１と２を参照してください。

質問項目		質問項目の趣旨	判断の目安（帯広市作成）
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。	・そのまま質問して「いいえ」の場合は、日常の移動手段を確認する。 ・日常の移動手段として、自家用車、タクシー、自転車等（徒歩以外）にて 1 人で目的地に行くことができていれば「はい」。
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」になります。	・能力があっても自分では行かない場合は「いいえ」とする。 ・電話、カタログ、ネット等で注文する宅配サービスは「自ら外出し」ていないので「いいえ」とする。 ・日用品に限らず自分で必要なものを買いに行けるかどうかがポイント。買い物に行って、必要な物を選び支払いができれば「はい」とする。
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。	・家族に依頼していても、自分で引き出す金額を決め家計簿を記入する等自分で管理・判断している場合でも、自分で出し入れをしていなければ「いいえ」とする。
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。	・これまでの友人を訪ねる習慣の有無に関わらず、訪ねていない場合は「いいえ」とする。 ・訪問は玄関先でも可。 ・友人、知人の区別はあくまで本人の主観とする。 ・地域交流サロン等に行っているのは家ではないので「いいえ」とする。

質問項目		質問項目の趣旨	判断の目安（帯広市作成）
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。	・相談手段は、電話・手紙・ファクス・メールでも可。 ・判断を伴う役割をしているかを問うているため、身近な相談（食事のメニュー等）でも可。
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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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「いいえ」となります。	・段差ではなく、階段の昇降について確認しているもの。 ・自宅が平屋の場合、外出先での階段の使用頻度を確認。 ・能力ではなく、頻度を確認。
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。	・椅子の高さ等に関しては、足の裏がつき、膝がほぼ直角になる状態となるもの。 ・能力があっても無意識につかまってしまう場合は「いいえ」。
8	15 分くらい続けて歩いていますか	15 分くらい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。	・季節によって頻度が変わる可能性があるが、聞き取りした時の状況で判断する。 ・途中で休憩をしている時は「いいえ」とする。 ・補助具を使用したり、見守りがあっても15分歩行している場合は「はい」とする。
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。	・冬に氷や雪で滑って転倒した場合は「はい」とする。 ・レジャー等特殊な環境の場合は除く。
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。	・本人の主観とは、あくまで本人の感じている思いであるため、それに基づき判断する。
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。	・理由はどうであれ6ヵ月前と比べて2～3kgの減少があれば「はい」とする。理由はアセスメントで活用する。 ・大幅な増減を繰り返している場合も、現在と6ヵ月の間の状況を判断する。

質問項目		質問項目の趣旨	判断の目安(帯広市作成)
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。BMI(体格指数)が 18.5 未満(標準よりも痩せている)の場合に「はい」とします。	
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。	・食べにくさに変化があれば該当とする。 ・固い物の基準は特に設けず、半年前に比べて本人が変化を感じている場合に「「はい」とする。
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。	・頻度として1～2週間で1回でもあれば「はい」とする。
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。	・就寝時に口が開いている場合も口周辺の筋力低下が考えられるため、昼夜を問わず確認する。 ・本人の主観で判断する。 ・喉が渇く場合も含める。
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。	・外出の定義として、身なりを整える、鍵を閉める等「〇〇に出かける」につながる行動があるかを判断の目安にする。 ・ごみを出す、回覧板を届ける程度は外出から除く。買い物、受診、散歩等を外出とする。
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。	・1年前の同じ時期と比べて判断する。 ・外出の定義は№16 に同じとする。
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言われますか	本人は物忘れがあると思っていても、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。	・聞くではなく、いつも同じことを言う、と周囲から物忘れを指摘される場合も「はい」とする。 ・明らかに認知症があり同じことを言っていても、周囲との交流がない場合「いいえ」となることがあるが、その場合「いいえ」とし、備考欄に記載。

質問項目		質問項目の趣旨	判断の目安(帯広市作成)
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、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。	・自分が電話をかけたい相手に、自分で電話をかけることができれば「はい」とする。
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。	・自らの確認によって月日がわかれば「いいえ」とする。例えばカレンダー・新聞・携帯・スマホ等。
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。	・2週間前との変化を見るのではなく、「ここ2週間」の状態を判断する。 ・本人の主観から確認する。 ・もともとうつ傾向、うつ病に罹患している場合は、ここ2週間で変化があるかを確認する。
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		

5 介護予防ケアマネジメントの流れ

（「必要帳票」内の矢印の意味）

← 地域包括支援センターにおいて利用するもの
→ 地域包括支援センターにおいて記入・作成するもの

	地域包括支援センター	必要帳票	サービス提供事業者
サービス提供前	**1 対象者の確認** ①要介護認定を受けていない場合、基本チェックリストを実施	←基本チェックリスト【様式1】	
	2 利用申込受付 ①介護予防ケアマネジメント依頼届出書を帯広市へ提出 ※ 要支援者が指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行する際は、提出を省略することができる ※ 事業対象者は基本チェックリストの原本も併せて提出 ②利用者基本情報の「基本情報」の部分を記入、確認 ③契約・重要事項説明書の交付・説明・同意 ※ 居宅介護支援事業所に一部業務委託している場合は、地域包括支援センターは、当該居宅介護支援事業所と契約を交わす。	←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【様式3】 ←事業対象者は基本チェックリスト【様式1】原本 →利用者基本情報【様式5】（「基本情報」部分） ←ア 新規の場合 介護予防ケアマネジメントA 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書・重要事項説明書（2部） 介護予防ケアマネジメントC 重要事項説明書（2部） ←イ 更新の場合 重要事項説明書（2部）のみ ※これまでの介護予防支援の契約書は継続される	
	3 情報収集 ①市町村・医療機関等からアセスメントに必要な情報の入手	←認定調査票、主治医意見書等（必要時）	
	4 アセスメント 【利用者宅訪問・面接】 ①利用者基本情報の作成 ②課題分析、目標設定 ③介護予防ケアマネジメント類型の決定 ・ケアマネジメントA（従来と同じ） ・ケアマネジメントC（プランは不要だが本人に渡す介護予防ケアマネジメント結果が必要）	→利用者基本情報【様式5】（「介護予防に関する事項」～「現在利用しているサービス」部分） →興味・関心チェックシート【様式4】 ※積極的活用	
	5 ケアプラン原案、介護予防ケアマネジメント結果の作成 （委託の場合は、居宅介護支援事業所が作成した原案を確認） ①利用者及び家族とともに、ケアプランの原案又は介護予防ケアマネジメント結果表を作成	→介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】 ↳私のいきいき活動計画【独自様式】 →介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録【様式7】（ケアマネジメントA）	

	地域包括支援センター	必要帳票	サービス提供事業者
サービス提供前	**6 サービス担当者会議の開催** （委託の場合も、会議に同席することが望ましい） ①ケアプランの目標を共通に認識 ②必要に応じ、修正 ③ケアプラン原案の最終決定	ケアマネジメントAのみ ↳介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】 →介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録【様式7】（検討した内容等を記載）	**6 サービス担当者会議への参加**
	7 ケアプランの決定 （委託の場合は、地域包括支援センターがケアプランを必ず確認し、押印する） ①ケアプラン原案を基に、計画を決定 ②利用者及び家族へ計画書を交付・説明し、同意書欄に自署又は記名・押印をもらう ③サービス提供事業者へ計画書を交付	←介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】 →介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】「計画に関する同意」部分	
サービス提供月			**1 サービス事業提供** ①事前アセスメント ・利用者宅を訪問し、面接・アセスメント実施 ・ケアプランに基づいた個別サービス計画（内容・頻度等）の作成 ・利用者・家族へ個別サービスの交付・説明・同意 ②個別サービス計画に基づいたサービスの提供
			2 モニタリング ①実施状況のモニタリング・記録 ②地域包括支援センターへサービス提供確認表により実施状況を報告
	3 サービス提供事業者からの報告書 ①サービス提供事業者からの結果報告の確認	←介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録【様式7】（報告書を添付。把握した状況等について記載）	
	4 利用者の状況把握 【サービス事業所訪問や電話連絡】 ※ 状況変化があった場合や必要に応じて、利用者宅訪問 （委託の場合は、必要に応じて同行訪問が望ましい） ① サービス利用状況、利用者の状態を把握 ② 計画見直しの必要性について検討 ⇒ 見直しの必要性があれば、初回の計画作成時の手順により見直し	←介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】（把握した状況等について必要に応じて追記・修正） →介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録【様式7】（把握した状況等について記載）	

	地域包括支援センター	必要帳票	サービス提供事業者
サービス提供月			**5 サービス提供実績の報告** ①毎月、利用者ごとのサービス提供実績を、地域包括支援センターへ月末締めで、翌月初めに送付
	6 給付管理業務 ①利用者へサービス利用実績の確認 ②利用者に確認した実績と、サービス事業者から送付された実績を突合する ③給付管理表を作成し、翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出 ④介護ケアマネジメント費明細書作成し、翌月10日までに帯広市にデータで提出	→給付管理表 →給付管理総括表 →介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書 →介護予防ケアマネジメント請求件数連絡用紙	**6 給付管理業務** ①明細書･請求書を作成 ②翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出
評価月			**1 サービス提供** ①個別サービス計画に基づいたサービスの提供
			2 事後アセスメント ①個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価
			3 効果の評価 ①地域包括支援センターへの報告
	4 評価 （委託の場合は、居宅介護支援事業所が作成した評価表を確認する） ①サービス提供事業者が行った評価の把握 ②利用者の目標達成状況の評価 （効果の評価） 【利用者宅訪問･面接】 ③今後の方針の決定･プラン終了、継続、変更	→介護予防支援･介護予防ケアマネジメントサービス評価表 【様式8】	
			5 サービス提供実績の報告 ①毎月、利用者ごとのサービス提供実績を、地域包括支援センターへ月末締めで、翌月初めに送付
	6 給付管理業務 ①サービス利用者へのサービス利用実績の確認 ②利用者に確認した実績と、サービス事業者から送付された実績を突合する ③給付管理表を作成し、翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出 ④介護ケアマネジメント費明細書を作成し、翌月10日までに帯広市にデータで提出	→給付管理表 →給付管理総括表 →介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書	**6 給付管理業務** ①明細書･請求書を作成 ②翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出

○介護予防ケアマネジメント費の審査支払の流れ

（「必要帳票」内の矢印の意味）
← 地域包括支援センターにおいて利用するもの
→ 地域包括支援センターにおいて記入・作成するもの

地域包括支援センター	必要帳票	居宅介護支援事業所
1 介護予防ケアマネジメント依頼届出書を帯広市に提出 ※要支援者が指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行する際は、提出を省略することができる ※事業対象者の該当となる人は基本チェックリストの原本も提出	←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【様式3】 事業対象者は基本チェックリスト【様式1】原本	
2 ケアプランの作成 ①地域包括支援センターがケアプランを作成する	→介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】	**2 ケアプラン原案作成** ①ケアプラン原案作成を受託する ②ケアプラン原案を作成し地域包括支援センターに提出する
②居宅介護支援事業所にケアプラン原案の作成を依頼する	←介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）【様式6】原案	
3 給付管理業務 ①介護予防ケアマネジメント費明細書・介護予防ケアマネジメント費請求書を作成（入力ソフト）	→介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書 →介護予防ケアマネジメント費請求件数連絡用紙	**3 給付管理業務** ① 介護予防ケアマネジメント費支払内容通知書兼明細書を作成 ② 地域包括支援センターに伝送又は紙媒体で提出
②帯広市にデータで提出		
③ケアマネジメントA実施の場合は、給付管理表を作成し、翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出	→利用者基本情報【様式5】 →私のいきいき活動計画【独自様式】	
④ケアマネジメントC実施の場合は、利用者基本情報・介護予防ケアマネジメント結果の写しを帯広市に提出		**4 委託料の受領** ① 地域包括支援センターからケアプラン原案作成にかかる委託料を受ける
4 ケアマネジメント費の受領 ① 国保連からケアマネジメント費の審査支払を受ける		

第３章　介護予防ケアマネジメントにおける関連様式

様式１　　基本チェックリスト

様式２　　基本チェックリストについての考え方

様式３　　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

様式４　　興味・関心チェックシート

様式５　　利用者基本情報

様式６　　介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）

様式７　　介護予防ケアマネジメント経過記録

様式８　　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

独自様式　私のいきいき活動計画

様式１

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

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ら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言われますか	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

（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

①	様式第一の質問項目№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№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№11～12 の２項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目№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№16 に該当
⑥	様式第一の質問項目№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№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＝体重(kg)÷身長(m)÷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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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カ月以内の値を、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言われますか	本人は物忘れがあると思っていても、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	

様式３

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		
	生年月日	性別
	明・大・昭　　年　　月　　日	男 ・ 女

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　　（　　）	

介護予防サービス計画又は 介護予防ケアマネジメントの開始年月	年　　月分から開始

介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は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。

変更年月日
（　　年　　月　　日付）

帯広市長　　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　　年　　月　　日

被保険者　住　所
　　氏　名　　電話番号　（　　）

確認欄	□　被保険者資格　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号

（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帯広市へ提出してください。
２　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うえ、必ず帯広市へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額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。

様式４

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢：＿＿＿＿歳　性別（男・女）記入日：令和＿＿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」の列に〇を付けてください。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）

様式５

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

<table>
<tr><td>相　談　日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　）</td><td colspan="2">来　所・電　話　その他
（　　）</td><td>初　回
再来（前　　/　　）</td></tr>
<tr><td>本人の現況</td><td colspan="5">在宅・入院又は入所中（　　）</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
本人氏名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">M・T・S　　年　　月　　日生（　　）歳</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td>Tel
Fax</td><td>（　　）
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">日常生活
自立度</td><td colspan="2">障害高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="3">自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・２</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症高齢者の日常生活自立度</td><td colspan="3">自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ</td></tr>
<tr><td>認定・
総合事業
情報</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>障害等認定</td><td colspan="5">身障（　　）、療育（　　）、精神（　　）、難病（　　）</td></tr>
<tr><td>本人の
住居環境</td><td colspan="5">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</td></tr>
<tr><td>経済状況</td><td colspan="5">国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・</td></tr>
<tr><td>来　所　者
（相談者）</td><td colspan="3"></td><td rowspan="6">家
族
構
成</td><td rowspan="6">家族構成
◎=本人、〇=女性、□=男性
●■=死亡、☆=キーパーソン
主介護者に「主」 副介護者に「副」
（同居家族は〇で囲む）

家族関係等の状況</td></tr>
<tr><td>住　　所
連　絡　先</td><td colspan="2"></td><td>続
柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">緊急連絡先</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td colspan="3">住所・連絡先</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

《介護予防に関する事項》

<table>
<tr><td>今までの生活</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）</td><td colspan="3">１日の生活・すごし方</td><td>趣味・楽しみ・特技</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>時間</td><td>本人</td><td>介護者・家族</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>友人・地域との関係</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

《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

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、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、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者に提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名　　印

様式６

介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援１・要支援２	事業対象者

Ｎｏ.

利用者名　　様（男・女）　　歳　認定年月日　　年　　月　　日　認定の有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

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（初回作成日　　年　　月　　日）　担当地域包括支援センター：

目標とする生活

１日		１年	

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

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／５	／２	／３	／２	／３	／５

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和　　年　　月　　日　氏名　　印

様式７

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

※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。

様式８

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

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		□　プラン継続 □　プラン変更 □　終了	□　介護給付 □　予防給付 □　サービス・活動事業 □　一般介護予防事業 □　終了

独自様式

私のいきいき活動計画

氏名：

要支援１・要支援２・事業対象者

私の目標

私の取り組み内容（計画）

関係する機関・団体

名　称：　　連絡先：

名　称：　　連絡先：

自己評価

実行度		できた	まあまあ	できていない
満足度		満足	まあまあ	不満足

地域包括支援センター担当名：　　連絡先：

作成日：

上記の内容について、同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名：