

郡山市介護予防・日常生活支援総合事業 受付・ケアマネジメントマニュアル

令和8年8月1日改訂版



郡山市
地域包括ケア推進課

【 目 次 】

用語の解説	1
1 介護予防・日常生活支援総合事業とは	2
2 介護予防ケアマネジメントについて	4
3 介護予防ケアマネジメントの対象者	4
4 支給限度額	4
5 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施担当者）	5
6 介護予防ケアマネジメントの考え方	5
7 介護予防ケアマネジメントの分類	5
8 介護予防ケアマネジメントの委託について	6
9 介護予防ケアマネジメントの注意事項	6
10 介護予防ケアマネジメントの報酬（単価・加算・減算）	6
11 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できる方	7
12 事業対象者の方の相談の流れ	9
13 介護予防ケアマネジメント作成に係る様式について	14

○用語の解説

このマニュアルで使用する用語の意味は、次のとおりです。

用 語	意 味
① 総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業の略。(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)
② 介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントなどの総合事業によるサービス
③ 一般介護予防事業	介護予防教室や住民運営の通いの場づくりなど、要支援者等を含めた高齢者の介護予防を推進する事業
④ 要支援者	要介護認定を経て、要支援１、２と認定された方
⑤ 事業対象者	介護予防・生活支援サービス事業対象者の略。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方
⑥ 第１号訪問事業	旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる訪問型サービス
⑦ 第１号通所事業	旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる通所型サービス
⑧ 介護予防訪問介護相当サービス事業	旧介護予防訪問介護に相当するサービス
⑨ 介護予防通所介護相当サービス事業	旧介護予防通所介護に相当するサービス
⑩ 訪問型サービス・活動Ａ（訪問型基準緩和サービス事業）	従前相当サービス（⑧）に比べ基準を緩和した訪問型サービス
⑪ 通所型サービス・活動Ａ（通所型基準緩和サービス事業）	従前相当サービス（⑨）に比べ基準を緩和した通所型サービス
⑫ 訪問型サービス・活動Ｂ	住民等が主体となって生活支援を行う訪問型サービス
⑬ 訪問型サービス・活動Ｃ	保健師等により提供される居宅での相談指導で、３～６ヶ月の短期間で行われる「短期集中予防サービス」
⑭ 介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）	要支援認定及び事業対象者の確認を受けた方に対して、自立支援を目指し、心身の状況、置かれている環境・状況に応じて、総合事業によるサービス等を適切に提供するためのケアマネジメント
⑮ 介護予防支援	要支援認定を受け、予防給付又は予防給付と総合事業によるサービス等を併用して利用する方に対して、サービス等を適切に提供するためのケアマネジメント

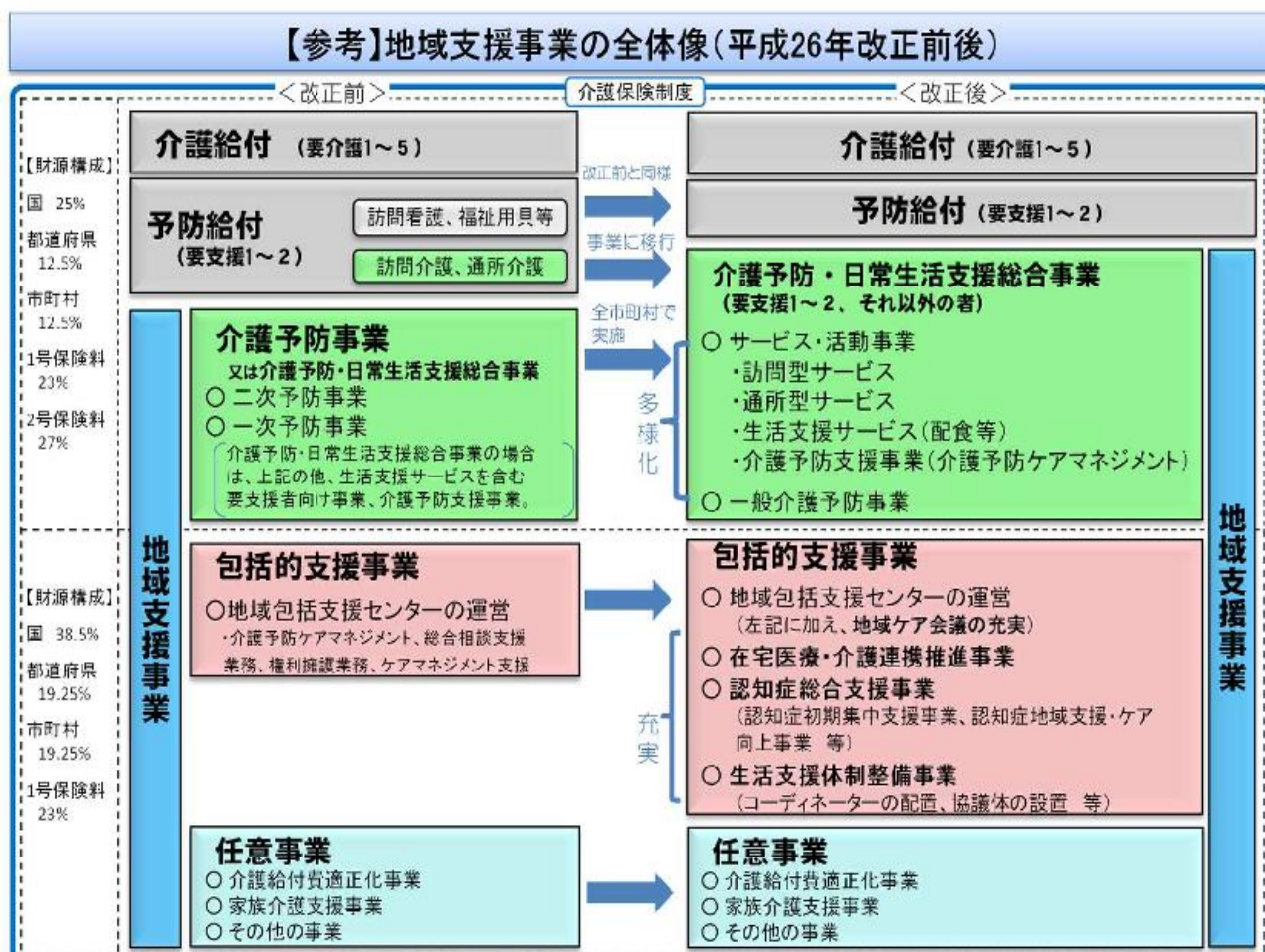
1 介護予防・日常生活支援総合事業とは

郡山市では、平成 28 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）をスタートしました。

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス」と「一般介護予防事業」で構成され、高齢者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的としています。

介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）及び介護予防通所介護（デイサービス）が、「介護予防・生活支援サービス」となり、全国一律の給付から市町村事業に移管し、郡山市独自の多様なサービスを提供することができるようになりました。

また、一般介護予防事業については、「地域づくりの中の介護予防」という新たな視点から、事業展開を行っていきます。



※ 介護予防サービスの変更内容（主なもの）

【平成 27 年度以前】

【現在】

予 防 給 付	・介護予防訪問介護 ・介護予防通所介護 ・介護予防訪問看護 ・福祉用具貸与等のサービス		介護予防・生活支援サービス	・第 1 号訪問事業 ・第 1 号通所事業
			予防給付	・介護予防訪問看護 ・福祉用具貸与等のサービス

介護認定審査会により非該当の認定を受けた方は、平成 27 年度以前は介護予防教室等のみの利用でしたが、地域包括支援センター窓口で基本チェックリストを実施し、「事業対象者」と認定されれば、介護予防・生活支援サービス事業の第 1 号訪問事業及び第 1 号通所事業を利用することが出来ます。

（注意） 予防給付のサービスは、「要支援 1 ～ 2」の認定を受けなければ利用できません。

〈介護予防・生活支援サービス事業〉

第 1 号訪問事業	介護予防訪問介護相当サービス事業	【旧介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）と同様】 利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支え合い・支援サービスなどが受けられない場合、ホームヘルパーによる自立支援に向けたサービスが利用できる。
	訪問型基準緩和サービス事業	介護サービス提供事業者のほか、NPO 法人、民間事業者等の多様な主体が身体介護を伴わない生活援助を行う。
	訪問型サービス・活動 B 事業	有償・無償のボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体が生活援助等の多様な支援を提供する。
	短期集中訪問型サービス事業	3 ～ 6 ヶ月の間に、閉じこもりやうつなどの症状が見られる方の自宅を保健師等が訪問し、相談に応じ、地域の介護予防活動や地域資源につなげる。
第 1 号通所事業	介護予防通所介護相当サービス事業	【旧介護予防通所介護（デイサービス）と同様。】 通所介護施設で、日常生活上の支援などの基本的サービスや生活行為向上のための支援を行うほか、その方の目標に合わせた「選択的なサービス（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、アクティビティなど）」を提供する。
	通所型基準緩和サービス事業	介護サービス提供事業者のほか、NPO 法人、民間事業者等の多様な主体がレクリエーションや趣味活動などを中心とした短時間型サービスを提供する。

〈一般介護予防事業〉

- 65 歳以上の全ての者、その支援のための活動に関わる全ての者が対象。
- 広報こおりやま等にて随時お知らせ。

介護予防把握事業	「おたっしゃ長寿アンケート」により、個人・地域の把握を行う。
介護予防普及啓発事業	介護予防大会や各種介護予防教室を開催し、知識の普及をはかる。
地域介護予防活動支援事業	住民主体の「通いの場」の支援や介護予防ボランティアの育成、介護予防に資する地域団体への支援を行う。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域の場にリハビリ専門職等が赴き、運動指導や助言等を実施する。

2. 介護予防ケアマネジメントについて

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、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、第1号訪問事業、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政策等、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できるよう必要な援助を行う事業です。

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者

- （1）要支援1・2の認定を受けているもののうち、下記ア・イのサービスのみの利用者
 - ア 第1号訪問事業
（介護予防訪問介護相当サービス事業、訪問型基準緩和サービス事業、訪問型サービス・活動B）
 - イ 第1号通所事業
（介護予防通所介護相当サービス事業、通所型基準緩和サービス事業）
- （2）基本チェックリストで「事業対象者」と判定された、上記ア・イのサービス利用者

4. 支給限度額

認定区分等	支給限度額
事業対象者	5,032 単位
要支援1	5,032 単位
要支援2	10,531 単位

※事業対象者の第1号訪問事業・第1号通所事業の回数は、要支援1に同じ

※第1号訪問事業・第1号通所事業、第1号介護予防支援事業に要する費用の額については、「郡山市介護予防・生活支援サービス事業サービスコード表」（以下「サービスコード表」という）のとおり。

※サービスコード表は本市ウェブサイトに掲載。

5. 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施担当者）

利用者の住所地の地域包括支援センターにおいて実施。

実施可能な職員は、

- (1) 地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師・保健師等、社会福祉士・社会福祉士等、主任介護支援専門員）
- (2) 介護支援専門員等、指定介護予防支援業務を行っている職員

※(1)・(2)で相互に連携しながら行うこと。

6. 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護保険法第4条第1項に基づき、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、自ら介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行っていくように支援します。

そのために、適切なアセスメントを実施し、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者がそれを理解した上で、その達成の為に必要となるフォーマル・インフォーマルなサービスを主体的に利用するほか、自ら重度化防止に取り組み、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととします。

（参考）介護保険法第4条第1項

国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保険医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

7. 介護予防ケアマネジメントの分類について

- (1) 介護予防ケアマネジメントA・・・第1号介護予防支援事業のうち、介護予防支援に相当する原則的な介護予防ケアマネジメント
- (2) 介護予防ケアマネジメントC・・・緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、訪問型サービス・活動B事業の利用開始時にのみ行われるもの

8. 介護予防ケアマネジメントの委託について

介護予防ケアマネジメント A のみ、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することができる。

※地域包括支援センター運営協議会の定めるガイドライン及び「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント A 業務一部委託マニュアル」参照

9. 介護予防ケアマネジメントの注意事項

利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講ずること。

10. 介護予防ケアマネジメントの報酬（単価・加算・減算）

(1) 単 価・・・442 単位（4,420 円）※介護予防ケアマネジメント A 及び C

(2) 加 算 ※介護予防ケアマネジメント A のみ

※ 現行の指定介護予防支援における基準に準じて算定

ア 初回加算・・・300 単位（3,000 円）

(A) 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

(B) 要介護者が要支援認定を受ける、あるい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

※ 要支援の認定有効期間の満了の翌日から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定は行えない。

※ 過去 2 ヶ月以上当該地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合は、初回加算可能。

イ 委託連携加算・・・300 単位（3,000 円）

利用者 1 人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り算定。（当該加算を勘案した委託費の設定等を行うこと）

（介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算は令和 3 年 4 月 1 日より廃止。）

※ 担当地域包括支援センター及び委託先の居宅介護支援事業所に変更があり、新たに情報を共有してケアプランを作成する場合にも算定が可能。

※ 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、新たに情報を共有してケアプランを作成する場合にも算定が可能。

ウ 処遇改善加算 I～IV・・・所定単位数の 21/1,000 に相当する単位数
9 単位（90 円）、15 単位（150 円）、16 単位（160 円）、22 単位（220 円）

(3) 減 算 ※介護予防ケアマネジメント A のみ

ア 高齢者虐待防止措置未実施減算 ・ ・ 4 単位 (40 円)

事業所において高齢者虐待防止措置を講じていない場合に、利用者全員について減算。

※ 事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、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又は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事実が生じた場合、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について減算する。

イ 業務継続計画未策定減算 ・ ・ 4 単位 (40 円)

感染症若しくは詐欺のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算。

※ 令和 3 年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

11. 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できる方

- ① 「要支援 1」「要支援 2」の方
- ② 事業対象者の方（**注意**「事業対象者」は、介護予防・生活支援サービスを利用することはできますが、予防給付のサービスは使えません）
- ③ 継続利用要介護者の方（サービス・活動 A、B において市長が必要と認める場合のみ）

○事業対象者となることの申請（確認申請）ができる方

65 歳以上の第 1 号被保険者で

- ① 新規でサービスを利用する方（同時に要介護認定申請が必要）
 - ② 6 か月以内において、要介護認定申請の結果が「非該当（自立）」になった方で、第 1 号訪問事業、第 1 号通所事業の利用を希望し、かつ必要と判断された方
 - ③ 要支援認定を既に受けており、更新時に第 1 号訪問事業及び第 1 号通所事業のみを利用している方で、今後も同様のサービスを希望し、かつ要支援認定を希望しない方（有効期間満了日の 60 日前から満了日までの申請に限る）
- *要支援 2 の方が事業対象者になった場合、支給限度額が変更になり、サービス利用回数も変更になる場合があるので御注意ください。
- ④ 既に事業対象者の確認を受けている方で、更新を希望する方（有効期間満了日の 60 日前から満了日までの申請に限る）
 - ⑤ 他の市町村で事業対象者の確認を受けた方で、本市の介護保険の被保険者となった方（本市の被保険者になった日から 14 日以内に限る。）

*②～⑤の方は郡山市介護認定審査会の審査を省略できます。

＜利用までの流れ＞

要介護認定申請

事業対象者確認申請

第1号・第2号被保険者の方で

- ① 新規でサービスを利用する方
- ② 要介護・要支援認定の更新を迎える方など

＊第2号被保険者の方は、老化が原因とされる特定疾病が原因の方

前頁下段「○事業対象者となることの申請（確認申請）ができる方」参照

その他、要支援の方で、有効期間満了日までに更新結果が出ない方などについては、早めに御相談ください。

1 要介護認定

2 基本チェックリスト

要介護
1～5

要支援1
要支援2

非該当
(自立)

第1号
被保険
者のみ

総合事業
対象者

非該当
(自立)

ケアプランの作成
(居宅介護支援事業)

ケアプランの作成
(地域包括支援センター)

介護サ
ービス
を利用

介護予防サービスを利用
(福祉用具貸与、訪問看護、
通所リハビリテーションなど)

介護予防・生活支
援サービスを利用

各種教室など
一般介護予防事
業を利用できます

※一般介護予防事業は、全ての高齢者及びその支援者が利用できます。

12. 事業対象者の方の支援の流れ

- 1 介護予防・日常生活支援総合事業の説明
↓
- 2 基本チェックリストの実施（様式3）
↓
- 3 「郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書」（様式1）の記入
↓
- 4 「2」、「3」、「介護保険被保険者証」を地域包括ケア推進課へ提出
↓
- 5 事業対象者の確認（地域包括ケア推進課）
↓
- 6 被保険者証等の発行（地域包括ケア推進課）
↓
- 7 介護予防ケアマネジメント作成の説明
↓
- 8 重要事項説明
↓
- 9 契約・個人情報使用の説明と同意
↓
- 10 郡山市居宅・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・廃止）届出書の提出（様式2）
↓
- 11 アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議
↓
- 12 ケアプランの同意
↓
- 13 ケアプランの確定・交付
↓
- 14 サービスの利用開始
↓
- 15 モニタリング
↓
- 16 評価（中間・最終）（様式7）

※介護予防ケアマネジメントCを実施する場合は、11のうちサービス担当者会議、15 モニタリング、16 評価の3点について省略することができます。

～項目ごとの解説～

1 介護予防・日常生活支援総合事業の説明

- 郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者としての申請は、利用希望者の住所地の地域包括支援センターが行う。
- 原則、相談・聴き取りは、本人との面談で行うが、万が一本人と面談できない（入院中である等）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目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。
- 要支援1、2の方が更新を希望せず「事業対象者」を希望する場合、この先、利用するサービスは第1号訪問事業・第1号通所事業のみでよいか確認する。

以下(1)～(4)の内容について説明する。

(1) 総合事業の趣旨

- ①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開により、要支援状態からの自立の促進や重度化予防を推進する事業である。
- ②本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、目標達成後には、また新たな目標を立て自立に向けたステップアップをしていく。

(2) 総合事業のメニュー

- ・第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス事業、訪問型基準緩和サービス事業、訪問型サービス・活動B事業、短期集中訪問型サービス事業)
- ・第1号通所事業(介護予防通所介護相当サービス事業、通所型基準緩和サービス事業)
- ※詳細については3頁の表「介護予防・生活支援サービス事業」を参照。

(3) 郡山市における事業対象者の有効期間は48ヶ月である。

(4) 事業対象者となった後も、必要時には要介護認定等の申請が可能である。

- ※事業対象者の方が要介護認定（新規）申請を行い、認定結果が「非該当」の場合、要介護認定申請前の事業対象者の有効期間が継続され、地域包括ケア推進課から「事業対象者」の被保険者証が送付される。この際、以下の点について確認する。
 - ①送付された被保険者証の要介護状態区分等が「事業対象者」であること。
 - ②介護認定申請前の有効期間が継続されていること。
- ※事業対象者の方が要介護認定（新規）申請を行い、要介護または要支援に認定された場合、要介護認定区分は申請日に遡って適用されるので注意。

2 基本チェックリストの実施（様式3）

質問項目の主旨を説明しながら（「様式4 基本チェックリストについての考え方」参照）、原則本人が記入する。質問項目と併せて、利用者の状況を聴き取る。

3 「郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認申請書」の記入（様式1）

基本チェックリスト実施と同時に記入。

申請書「第1号様式（第5条関係）」（様式1）の問合せ先欄には家族を記入する。申請者に家族がない場合は、地域包括支援センター担当者を記入する。

4 上記「2」・「3」・「介護保険被保険者証」を地域包括ケア推進課へ提出

地域包括ケア推進課にて確認を行う。

5 事業対象者の確認（地域包括ケア推進課）

提出された確認申請書及び基本チェックリストをもとに、地域包括ケア推進課で事業対象者の確認をする。

6 被保険者証等の発行（地域包括ケア推進課）

地域包括ケア推進課は、基本チェックリスト等により事業対象者と確認された者に、下記を発送する。1～2週間程度で決定見込み。

- （1）郡山市介護予防・生活支援サービス事業対象者確認通知書
- （2）介護保険被保険者証（事業対象者に該当しない方にも発送されます）
- （3）介護保険負担割合証（既に配布されている方には発送されません）

7 介護予防ケアマネジメント作成の説明

介護保険制度のしくみや介護予防ケアマネジメントの目的、内容・サービス提供の流れを説明。併せてサービス利用料や自己負担限度額についても、分かりやすく丁寧に説明する。

8 重要事項説明

契約締結前に説明。利用者の同意が得られたら利用者、地域包括支援センターが署名及び捺印し、それぞれが1部ずつ保管。

9 契約・個人情報使用の説明と同意

重要事項の説明後、同意が得られたら、契約の締結及び個人情報使用の説明と同意をもらい、「個人情報使用同意書」に署名・捺印をもらう。

10 郡山市居宅・介護サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更・廃止）届出書の提出（様式2）

契約完了後、利用者に記入を依頼し、事業対象者は地域包括ケア推進課へ提出。事業所番号は「指定介護予防支援事業所」の番号を記入する。

＊「要支援１・２」の場合は、介護保険課へ提出。

11 アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議

利用者基本情報（様式６）を作成し、アセスメントの開始。

（１）アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施。

- ※ 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- ※ より本人にあった目標設定に向けて、必要に応じ「興味・関心シート（様式５）」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。
- ※ プロセスの中で、利用者の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

（２）ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成（様式７・８）

利用者のニーズに応じて、必要な支援を計画する。

- ※ 様式は、現行の介護予防サービス計画様式を流用することも可。
タイトルは、「介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表」と修正。
（システムが対応していない場合は、手書き等で「介護予防ケアマネジメント」の文言を追加。）
- ※ どのような生活をするようになるかを目標にする→長期目標
そのためにできるようになることを目標にする→短期目標
（短期目標は長期目標の達成を目指して段階的に定めた目標です）
- ※ 「できるようになるとよいこと、目標」の設定
→ 単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
- ※ 利用するサービス内容について
→ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
→ 総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。→ ケアプランの実施期間については、利用者によく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成する。利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

○本人の潜在能力にも注目し、ケアプランにフォーマルサービスだけではなく、インフォーマルサービスとして利用者や家族、地域などの取り組みや支援を取り入れていくことが望まれています。

(3) サービス担当者会議の開催

※介護予防ケアマネジメントCでは省略可能

12 ケアプランの同意

※サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

13 ケアプラン確定・交付

※本人の同意を得たケアプランを、サービス提供者にも交付する。

14 サービスの利用開始

※各サービス事業者が本人に第1号事業計画書を交付し、サービスを実施する。

15 モニタリング

※介護予防ケアマネジメントCでは省略可能

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

※ 介護予防支援と同様に、少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3ヶ月に1回、利用者に面接すること。面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。

ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3ヶ月ごとの期間（以下において、単に「期間」という。）について、少なくとも2期間に1回は利用者の居宅を訪問することによって行うときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。

- (1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて利用者の同意を得ていること。
- (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - ① 利用者の心身の状況が安定していること。
 - ② 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。
 - ③ 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

※ サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

※ 利用者の居宅を訪問しない月（ただし、テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては、可能な限り、通所型サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

- ※ 介護予防ケアマネジメント費は国保連へ請求。
- ※ モニタリングの結果を支援経過に記録する。

16 評価（中間・最終） ※様式 7

※介護予防ケアマネジメントCでは省略可能

利用者のサービス利用状況に応じ、時期を決めて評価を行う。
最終評価では目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。

- ※ 設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

◎中間評価を行う場合

介護予防ケアマネジメント支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）の場合は、作成したケアプランをコピーし、評価を記入する。コピーは原本と一緒に保管し、最終評価の参考とする。

13. 介護予防ケアマネジメント作成に係る様式について

※様式の一覧については別表「介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントで使用する様式等」を参照。

なお、介護予防支援における介護予防サービス計画で使用する様式は介護予防ケアマネジメントにおいても使用可能。

1. 作成するもの

ア 利用者基本情報（様式 6）

イ 興味・関心チェックシート（様式 5） ※必要に応じて作成

ウ 介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）（様式 7）

エ 週間支援計画表※

※介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント 支援計画表（4）（週間支援計画表）（様式 9）を活用し、作成する

オ 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（様式 8）

2. 様式記載方法

（1）興味・関心チェックシート（様式 5） ※必要に応じて作成

※氏名・年齢・性別・記入日を記載。

利用者に、項目ごとの該当箇所へ○をつけてもらう（もしくは聞き取る）

（2）「介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表（ケアマネジメント結果等記録表）」（様式 7）

※「1.ア 利用者基本情報（様式 6）」とセットで運用

①「No.」

利用者の整理番号を記載する。

②「利用者名」

当該介護予防ケアマネジメント等の利用者名を記載する。

③計画作成（変更）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また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。

④「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。

⑤「基本チェックリスト結果」

事業対象者において、基本チェックリストの結果点数を項目別に転記する。
（要支援１・２は記載不要）

⑥「現在の状況について」

各領域について、本人と面談し、現在の状況について○をつける。

「はい」に○がついた数で、点数を集計する。

「その他の事項」については、「上記領域には含まれないが気になる点等」あれば記載する。

⑦「できるようになると良いこと、目標、そのための取り組み、サービス提供内容など」

⑥「現在の状況について」の結果を踏まえて、目標、取組の内容について具体的に記入。

「ご本人」は、将来、どのようになりたいか、本人や家族の意向について記入。

「サービス提供事業所・団体」は、具体的に提供するサービスとサービス事業所・団体名を記入。

「ケアマネジャーおよび地域包括支援センターの意見」の欄は、⑥「現在の状況について」及び「ご本人」の意向を踏まえて、専門的観点から、目標と具体策を提案。

欄の大きさは、内容に応じて変更。

⑧「（中間・最終）評価日」※介護予防ケアマネジメントＣでは記載不要

中間評価日及び実施期間終了後に、再度「⑥現在の状況について」の項目を採点。集計し、評価を行い、次のサービス提供に役立てる。

評価を行った日を「評価日」に記入する。

※中間評価を行う場合は、原本をコピーし評価を記載。最終評価は、原本に評価を記載。

⑨「（委託の場合）地域包括支援センターの確認」※介護予防ケアマネジメントＣの場合は対象外

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。

（包括で作成する場合は記載不要）

この場合、その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ことを確認する必要がある。

このことから、委託された居宅介護支援事業者等は、介護予防サービス計画原案等を作成し、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とともに、利用者に対してのコメントを記入する。（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。

⑩「計画に対する同意」

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、利用者の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。（代筆・押印も可）

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（第１号介護予防支援事業）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、介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、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。