

総合事業実施に伴う
鹿屋市介護予防ケアマネジメントに関する
行動指針

令和5年3月

鹿屋市保健福祉部高齢福祉課

目次

1	自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントについて	・・・ P 1
	(1) 事業内容	・・・ P 1
	(2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	・・・ P 1
2	介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	・・・ P 2
3	実施の手順	・・・ P 4
	(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	・・・ P 5
	(2) 基本チェックリストの実施	・・・ P 5
	(3) 介護予防ケアマネジメント依頼	・・・ P 6
	(4) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き	・・・ P 6
	(5) 介護予防ケアマネジメント	・・・ P 6
4	報酬(単価、加算)、支払	・・・ P 9
	(1) 単価及び加算	・・・ P 9
	(2) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係	・・・ P10
	(3) サービス事業費の日割りについて	・・・ P10
	(4) 住所地特例の方の取扱について	・・・ P12
5	介護予防ケアマネジメント実施における関連様式一覧	・・・ P13
	様式1 基本チェックリスト	・・・ P14
	様式2 基本チェックリストについての考え方	・・・ P15
	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	・・・ P18
	様式4 興味・関心チェックシート	・・・ P19
	様式5 利用者基本情報	・・・ P20
	様式6 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)	・・・ P22
	様式7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	・・・ P23
	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	・・・ P24
	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	・・・ P25
6	鹿屋市地域ケア会議について	・・・ P32
	(1) 地域ケア会議の目的	・・・ P32
	(2) 地域ケア会議の5つの機能	・・・ P32
	(3) 地域ケア会議の体系図	・・・ P33
	(4) 自立支援型地域ケア個別会議について	・・・ P33

1 自立支援・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントについて

(1) 事業内容

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（第1号介護予防支援事業）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者の基準に該当した者（以下、「事業対象者」）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）のほか一般介護予防事業や市町村の独自政策、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織、シルバー人材センター等、多様な事業主体により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。

(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。

～（中略）～

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。

（引用）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（第1号介護予防支援事業）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日老振発0605第1号）

目標はあくまでも利用者が住み慣れた地域で主体的に生活できるよう、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、生活課題の改善のために必要なサービスを利用し、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なる。

この考え方は、介護保険法でも法の理念として謳われている。

【介護保険法】

第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉のお仕事増進を図ることを目的とする。

第2条（介護保険）

1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は、施設から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(略)

第4条（国民の努力及び義務）

1 国民は、自ら要介護状態と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、要介護状態等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。

2 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、利用者の状況に応じて実施する。

表1 介護予防ケアマネジメントのプロセス

<p>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)</p>	<p>◆以下のサービスを利用する場合は、従来の予防給付と同様のプロセスを実施する。</p> <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 ・通所型サービスC <p>①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付【利用者・サービス提供者へ】 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング（1回/3月） ※必要に応じてサービスの変更 ⑧評価</p>
<p>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）</p>	<p>◆サービス担当者会議を省略しケアプランを作成する。モニタリング時期は、間隔をあけて必要に応じて設定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービスA <p>①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプランの確定・交付【利用者・サービス提供者へ】 ⑤サービス利用開始 ⑥モニタリング（間隔をあけて必要に応じて）</p>

<p>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）</p>	<p>◆初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントプロセスを実施する。</p> <p>★プロセス</p> <p>①アセスメント 「本人の状況」、「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み」等を確認する。</p> <p>②ケアマネジメントの結果を本人に説明 ※ケアマネジメントの結果は、本人の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、本人に持参してもらう等の方法でサービス提供者と共有する。 ※短期集中予防サービスは事業終了後、事業者の評価に基づき、再度アセスメントを行う。</p> <p>★ケアプランは作成しないが、介護予防サービス・支援計画書(1)(2)には、アセスメントに基づく上記①の項目について記載する。</p> <p>※ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合については、「健康アップ教室」と「口腔教室」のアセスメント等のプロセスに対してのみ、ケアマネジメント開始月分のみ事業によるケアマネジメント費が支払われる。</p>
-------------------------------------	---

※ケアマネジメントCについては、鹿屋市では令和5年3月まで取り扱っていない。

3 実施の手順

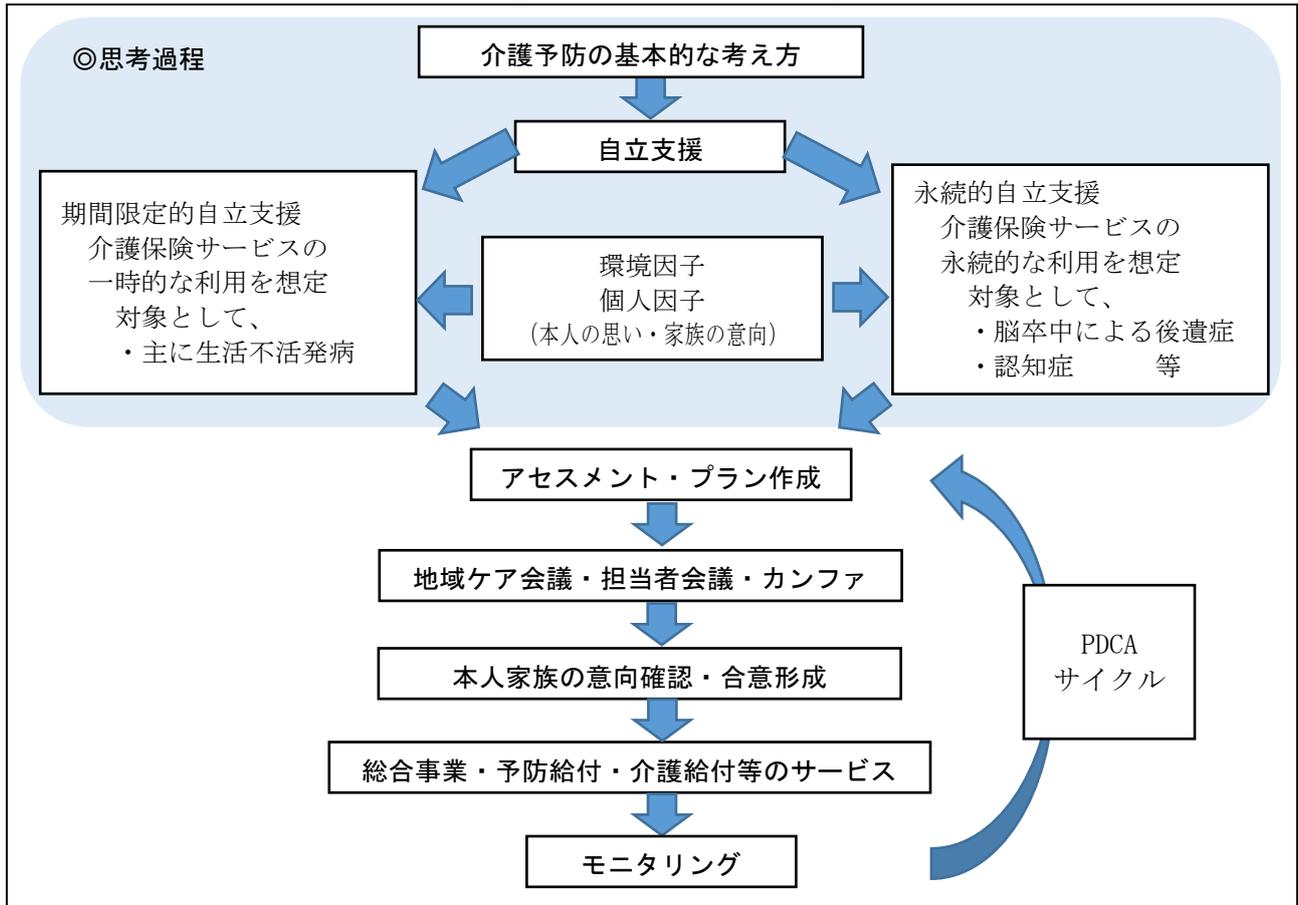
介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として鹿屋市に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施する。

	<p>(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 来所者の意向の確認後、パンフレット等を用いて総合事業、要介護認定等の説明を行う。 総合事業のみの利用希望に対して、要支援認定結果の有無を確認後、対象者確認票による基本チェックリストの実施対象者に該当するかどうかを確認する。</p>
↓	<p>(2) 基本チェックリストの実施 基本チェックリストの記入内容が、「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうか確認する。</p>
↓	<p>(3) 介護予防ケアマネジメント依頼 利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受け、サービス事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。</p>
	<p>(4) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き 地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。</p>
(5) 介護予防ケアマネジメント	<p>ア 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する。</p>
	<p>イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成 ↓ 利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わり方の必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決める。</p>
	<p>ウ 自立支援型地域ケア個別会議 ↓ 多職種から生活課題の解決や自立支援に資する助言を受け、必要な修正を加える。</p>
	<p>エ サービス担当者会議（ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの場合を除く） ↓</p>
	<p>オ 利用者への説明・同意 ↓ プランの内容について、利用者・サービス提供者等と共通認識を得て、必要な修正を加え、原案を決定する。</p>
	<p>カ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者） ↓ 利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。</p>
	<p>キ サービス利用開始 ↓ 各サービス提供者よりサービスを実施。</p>
	<p>ク モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントCの場合を除く） ↓ 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。 利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントの類型により、その実施及び間隔が異なる。</p>
	<p>ケ 評価（ケアマネジメントCの場合を除く） ↓ 評価期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。</p>

【参考】生活課題の解決に向けたケアマネジメントについて

介護サービスは、あくまでも「自立した日常生活」を送る目的のために、手段として「利用する」ものであり、要介護状態が改善することは、自立した日常生活の幅が広がることにつながる。自立支援型ケアマネジメントは、「自立した日常生活」を実現するために必要なサービス・支援を高年齢（利用者）につなぐ手法のことで、一例として、表2のようなサイクルをたどる。

表2 『生活課題解決に向けての考え方』 佐藤孝臣 研修会資料を一部改変



【手順の詳細】

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

●総合事業の説明（相談）

相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の趣旨と手続きを説明する。基本チェックリストを実施し、事業対象者としてサービス利用開始後も介護認定申請が可能であることも説明する。

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る要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること。
- ②ケアマネジメントの中で、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んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。

(引用：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて)

このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。

(2) 基本チェックリストの実施

利用者が総合事業のサービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、または要支援認定を受けていない者については、対象者確認票で基本チェックリスト対象かを確認し、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。(様式1、2参照)

要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うために、利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明し、理解を得ること。また、サービス事業対象者の情報を速やかに地域包括支援センターに送付すること。

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、

本人が来所出来ない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）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。

第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等になっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる。

基本チェックリストを実施して行うサービスの区分の振り分け結果に不服がある場合、基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることができること等から、行政処分には当たらないものと整理されるため、行政不服審査法による不服申し立ては適用されない。

(3) 介護予防ケアマネジメント依頼

事業対象者の基準に該当した者については、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入の上、基本チェックリストと併せて高齢福祉課に提出する。（様式3参照）

この届出に基づいて鹿屋市がサービス事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「サービス事業対象者」である旨を記載した被保険者証を交付する。

介護予防ケアマネジメントの依頼の届出については、委任状は必要なく、利用者本人が自書の上、家族や地域包括支援センターが代理で鹿屋市に提出することは可能。

表3 届出の有無

区分	居宅サービス計画 作成依頼届出書	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
要介護 → 要支援	—	○
要支援 → 要介護	○	—
事業対象者 → 要介護	○	—
要支援 → 事業対象者	—	○
事業対象者 → 要支援	—	○
要支援（予防給付利用あり） ⇔要支援（予防給付利用なし）	—	—

（関係法令）「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A
【平成27年1月9日版】

(4) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

利用に当たっては、サービス事業の運営規定等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。

電話や利用者以外の者による相談に基づいて介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者と同様の場合、その場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得る。

(5) 介護予防ケアマネジメント

ア アセスメント（課題分析）

利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞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「興味・関心チェックシート」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。（様式4参照）

プロセスの中で、利用者本人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。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

（目標の設定）

生活の目標については、「表5 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、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の選択）

利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

サービス事業の組み合わせについては、以下の点にも留意する。

- サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせることができる。
- 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。
- 給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。
- 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。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）ことも可能である。その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかる。

表4 支給限度額

区分	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

更に、ケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても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、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

ウ 自立支援型地域ケア個別会議

高齢者の個別課題の解決を目的に、多職種で協同して自立支援のための助言を行い、ケアマネジメントの支援を図る。その後、自立支援型地域ケア個別会議で挙げた意見・助言等を踏まえ、ケアプランの原案について、必要な修正等を適宜行う。

エ サービス担当者会議

ケアマネジメントAにおいて実施する。

ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略できるが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要である。

オ 利用者への説明・同意

- カ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者）
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。
本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。

キ サービス利用開始

ク モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントBの場合を除く）

ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。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。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先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、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。

ケ 評価

ケアマネジメントA、Bについては、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、利用者と共に、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。

（通所型サービスCの成功報酬について）

- ・鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業（通所型サービスC）の利用者については、利用者がサービス終了後、介護保険サービスを利用せず6ヶ月経過した場合、利用者、サービスC事業者、介護予防ケアマネジメントを行った地域包括支援センターに対して、それぞれ成功報酬金の交付を行う。
- ・サービス終了6ヶ月経過後に、高齢福祉課担当及びケアマネジメントを行った介護支援専門員により訪問し、6ヶ月間の生活状況等を確認後、地域ケア個別会議で審査を行う。

（関係法令）鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業（通所型サービスC）実施要綱

表5 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
<u>セルフケア</u> 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	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
<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	家事：炊事・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
<u>対人関係</u> 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	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
<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	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
<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	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
<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	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
<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	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
<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	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

（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）

ポイント👉目標は、ケアプランに定められた期間で達成可能で、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。

4 報酬（単価、加算）、支払

（1）単価及び加算

種類	項目	開始月	翌月	翌々月	3ヶ月後
原則的な ケアマネジメント	モニタリング	—	○	○	○
	報酬	基本 438	基本 438	基本 438	基本 438
簡略化した ケアマネジメント	モニタリング	—	×	×	○
	報酬	基本 438	×	×	基本 438

①初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

（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二月以上経過し
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) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス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、初回加算の算定を行うことはできない。

②介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

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の利用状況の情報提供を行うことにより、当該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を行うもの。ただし6月以内に当該加算を算定した利用者については算定できない。また、当該加算は、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。

(2) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

要介護認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防ケアマネジメントの介護報酬が支払われることになり(国保連支払)、要支援認定を受けていない事業対象者(申請をしていない者や申請をしたが非該当となった者)又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあつては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が、鹿屋市から支払われることになる。

ア サービス事業に関する費用の支払

要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。

イ 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあつては事業対象者として取り扱う。

表6 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 支給分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付のサービス利用を開始するまでの	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(3) サービス事業費の日割りについて

介護報酬改定関係資料 資料9より(平成28年3月31日付厚生労働省事務連絡)

○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。

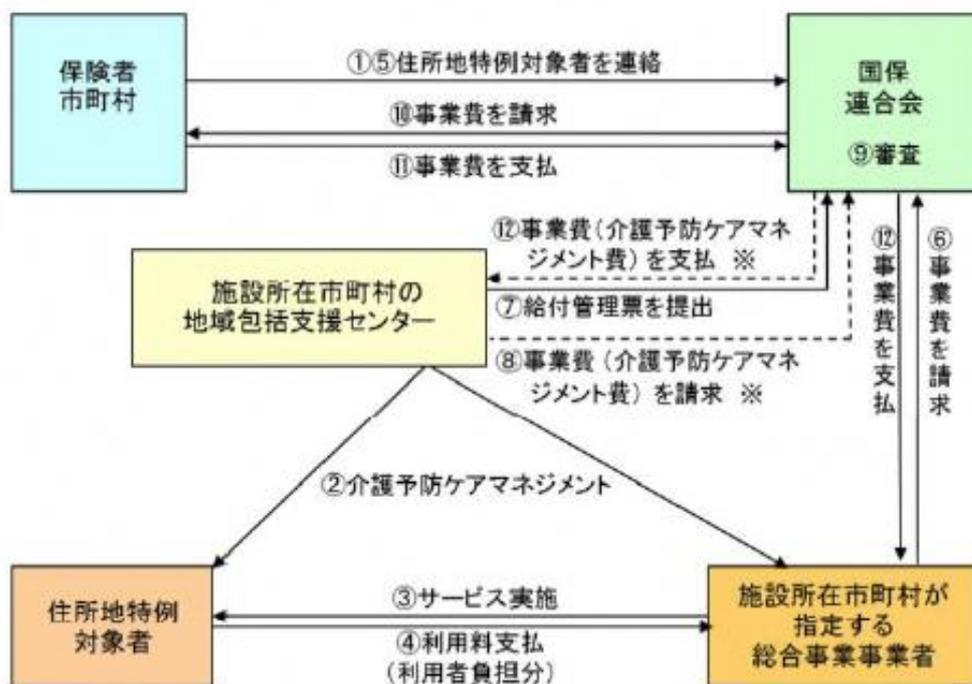
月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（みなし） ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（みなし） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	<ul style="list-style-type: none"> 区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ） 区分変更（事業対象者→要支援） 	変更日
		<ul style="list-style-type: none"> 区分変更（要介護→要支援） サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） 事業開始（指定有効期間開始） 事業所指定効力停止の解除 	契約日
		<ul style="list-style-type: none"> 利用者との契約開始 	契約日
		<ul style="list-style-type: none"> 介護予防訪問介護の契約解除（月額報酬対象サービスが、訪問型サービス（みなし）、訪問型サービス（独自）の場合） 介護予防通所介護の契約解除（月額報酬対象サービスが通所型サービス（みなし）、通所型サービス（独自）の場合） 	契約解除日の翌月
		<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
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（みなし） ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（みなし） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	終了	<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 	契約解除日
		<ul style="list-style-type: none"> 利用者との契約開始 	契約解除日
		<ul style="list-style-type: none"> 介護予防訪問介護の契約解除（月額報酬対象サービスが、訪問型サービス（みなし）、訪問型サービス（独自）の場合） 介護予防通所介護の契約解除（月額報酬対象サービスが通所型サービス（みなし）、通所型サービス（独自）の場合） 	サービス提供日の前日
		<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） 	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契約解除（※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退所（※1） 	入所日の前日

※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、月途中から開始事由がある場合についてはその前日となる。

(4) 住所地特例の方の取扱について

住所地特例対象者に対する介護予防・日常生活支援総合事業については、施設所在市町村が行うものとしている。(介護保険法第115条の45第1項)



※総合事業を実施する市町村の流れ。

※⑧、⑫の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。

なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

(要支援者)

- ・利用者は鹿屋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を行う。
- ・利用者は介護予防サービス計画作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出を被保険者証を添付して鹿屋市に対して届け出ることより、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の利用が可能。

(事業対象者)

- ・鹿屋市の窓口で相談があり、聞き取りを行った結果、総合事業のサービスを希望された場合、鹿屋市の地域包括支援センターが基本チェックリストにて該当か否かを確認。
- ・基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書及び被保険者証を鹿屋市に対して届出をすることで、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利用者間で契約が必要。

5 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式一覧

様式1 基本チェックリスト様式

様式2 基本チェックリストについての考え方及び事業対象者に該当する基準

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（ケアマネジメント結果等記録表）

様式7 介護予防支援・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
（※ 様式5から様式8までを「標準様式例」という）

様式 2

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- * 対象者には、各質問項目の主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ものが行ってください。
- * 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。
- * 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。
- * 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。

項目 No.	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	バスや電車で一人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、一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上る能力があっても、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。
1 1・1 2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か月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か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か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
1 3～1 5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。
1 6・1 7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か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。
1 8～2 0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。
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。
2 1～2 5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っ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	

(出典)「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(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」

事業対象者に該当する基準

①	様式1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1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1の質問項目 No. 11～12 の2項目のすべてに該当
④	様式1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1の質問項目 No. 16 に該当
⑥	様式1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1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1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。

様式 3

第32号の2様式（第32条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分 新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 番 号			
フリガナ			
個 人 番 号			
生 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の所在地	
		〒	
		電話番号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
鹿屋市長 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。			
年 月 日			
被保険者 住所 氏 名		電話番号	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、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介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。			
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鹿屋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、必ず鹿屋市へ届け出てください。届け出がない場合、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。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 殿 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×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、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・麻雀・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・相撲等観戦			
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			

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も少なくありません。その際、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を活用し、その方の意欲がわく目標設定の一助としてください。

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 ・ 訪 問 その他 ()	初 回 再来 (前)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	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： ~ (前回の介護度)			
障害等認定	身障 () ・ 療育 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無) ・ 住宅改修 (有・無) 浴室：有・無 便所：洋式・和式 段差の問題：有・無 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
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)		続柄	家族構成 <small>◎=本人、○=女性、□=男性 ●=要介護1、☆=要介護2 △=介護付「有」 ▽=介護付「無」 (同居家族は□で囲む)</small>	
住 所		家 族 構 成		
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居 (有・無) 家族関係等の状況 ()	

利用者基本情報

《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・すごし方			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
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 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、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、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。

_____年 月 日 氏名

印

直轄

介護予防サービス-支援計画書

NO. _____ 利用者名 _____ 誕生日 _____ 性別 _____ 認定年月日 _____ 療養の増進期間 _____ 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 _____ 要支援の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（滞在先） _____

計画作成（変更）日 _____（初回作成日） _____ 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・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休策の提案	具休策についての意向 本人・家族	日曜	支援計画					
							日曜についてのポイント	本人等のゆとりや家族のサポートの必要性	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
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1										
日常生活（家庭生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2										
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3										
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について
主治医受診済、生活機能評価等を含めた留置点

【本実行うべき支援が実施できない場合】
該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

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

年 月 日 氏名 印

基本チェックリストの（該当した質問項目）／（質問項目）をお書き下さい。
地域支援事業の場合に必要な事業プログラムの枠内に○印をつけて下さい。

運動不足	安善改善	口腔内改善	認知症	物忘れ	うつ予防
<input type="checkbox"/>					
予防給付または地域支援事業					

介護予防支援-サービスマス評価表

鹿屋 年 月 日
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

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
 介護予防・生活支援サービス事業
 一般介護予防事業
 終了

（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事業）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 「本人の状況」
利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入院中の場合は、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지를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」
当該利用者との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医意見書の3(1)「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、連絡先及び本人の続柄を記載する。
- ⑭ 「緊急連絡先」
緊急時に確実に連絡の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のとれる

電話番号を記載する。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わ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、1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、主治医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 事業対象者」

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）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、利用者にと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、再度利用者とは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ぬものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり着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え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、老人クラブや町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の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ると考えた場合に「 有」に印を付す。

⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「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はなく、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。

⑱ 「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。

㉑ 「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。

㉒ 「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）」

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、何をするのか具体的に記載する。

「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・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面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。

㉓ 「【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。

㉔ 「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。

㉕ 「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。

㉖ 「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（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」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。

⑳ 「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。

㉑ 「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。

㉒ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者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。)

㉓ 「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。

6 鹿屋市地域ケア会議について

(1) 地域ケア会議の目的

鹿屋市では、令和元年度から「自立支援型地域ケア個別会議」を実施しており、リハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の多職種が協働し、高齢者の抱える個別課題の解決を図るための助言等を行うことで、ケアマネジメントの支援に取り組んでいる。高齢者が抱える個別課題の解決を積み重ねることで、地域包括支援ネットワークの構築及び地域課題の把握を行い、社会資源の開発や新たな仕組みづくりに向けた政策形成につなげることにより、地域で尊厳ある「その人らしい生活」が継続できることを目的としており、この地域ケア会議の実施については、介護保険法においても定められている。

【介護保険法第115条の48第1項】

市町村は、第145条第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員、その他の関係者及び関係団体により構成される会議を置くように努めなければならない。

【介護保険法第115条の48第2項】

会議は、厚生労働省令で定めるところにより、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（支援対象被保険者）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

【地域支援事業の実施について】

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とする。

(略)

市町村は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、市町村が取り組む地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながることから、市町村と地域包括支援センターが緊密に連携し、かつ役割分担を行いながら、取組を推進していくことが求められる。

(2) 地域ケア会議の5つの機能

①	個別課題の解決	・多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決能力を支援するとともに、ケアマネージャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能
②	地域包括支援ネットワークの構築	・高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高め地域包括支援ネットワークを構築する機能
③	地域課題の発見	・個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能
④	地域づくり・資源開発	・インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能
⑤	政策の形成	・地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能

(3) 地域ケア会議の体系図

	地域ケア個別会議		地域ケアふれあい会議	地域ケア推進会議
	自立支援型	困難事例解決型		
実施者	鹿屋市	地域包括支援センター	鹿屋市	鹿屋市
開催	2回/月程度	随時	随時	2回/年程度
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢福祉課 ・理学療法士 ・作業療法士 ・管理栄養士 ・第2層SC(※) ・主任介護支援専門員 ・社会福祉士 ・保健師 ・薬剤師 ・事例提供者 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・地域住民 (町内会、民生委員、在宅福祉アドバイザー等) ・介護サービス事業所 ・関係機関 (社会福祉協議会、警察、医療機関等) ・行政(市、県) ・地域包括支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢福祉課 ・健康増進課 ・第1層SC(※) ・第2層SC(※) ・主任介護支援専門員 ・保健師 ・薬剤師 	<ul style="list-style-type: none"> ・第1層SC(※) ・民生委員 ・町内会長 ・医師等
単位	個別課題	個別課題	日常生活圏域	市内全域
概要	主に個別課題の解決を目的とし、自立支援・重度化防止について専門職を交えて協議する。	個別課題の解決を目的とし、本人や家族を含む関係者で、課題を共有し、今後の支援の方向性について協議を行う。	日常生活圏域における相談や自立支援型地域ケア個別会議の案件の進捗状況を確認し、個別事例のモニタリングの実施、地域の特徴や課題の協議を行う。	地域ケアふれあい会議で明らかになった事項等について、市全域を単位として協議し、市に地域課題を解決する政策を提言する。

※SC：生活支援コーディネーター

(4) 自立支援型地域ケア個別会議について

①目的

- ・利用者の自立支援・重度化防止を図り、QOLの向上を目指す。
- ・介護支援専門員のケアマネジメントを支援する。
- ・OJTと多職種連携の強化を図る。

②日時

- ・月2回の定期開催(年度当初に1年間のスケジュールを関係者に配付)
- ・15:00~16:30(事例数に応じて変更)

③実施場所

鹿屋市地域包括支援センター

④対象者

- ・新規の事業対象者(サービス担当者会議前)
- ・鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業利用者(要支援1・2含む)

⑤検討時間

- ・1事例に30分を目安
- ・鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業の成功報酬に関する会議は5分程度

⑥参加者

【司会者】

- 司会者は市町村または、地域包括支援センターが担う。
- 司会者は、事前提供情報に基づき、事例提供者と事例の目標及び生活課題のポイントについて事前打ち合わせを行う。
- 司会者、自立支援型地域ケア個別会議において、出席している助言者から必要な助言を引き出す。

【記録係】

- 記録係は市町村または、地域包括支援センターが担う。
- 自立支援型地域ケア個別会議において検討された事項について、会議出席者がみえるようにホワイトボード等に記録する。
- 1事例の会議終了5分前及び1分前に呼び鈴等を鳴らし、会議出席者に時間を知らせる。

【市町村】

- 司会者以外の市町村職員も検討する事例に応じて、生活保護や生活困窮者対策の担当者、障害福祉の担当者等に出席を求める。

【地域包括支援センター】

- 地域包括支援センターは事例提出者だけでなく、助言者としての役割も担う。
- 地域包括支援センターからは、保健師又は看護師・社会福祉・主任介護支援専門員の3職種で出席することが望ましい。

【助言者】

- 助言者として、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、自立に資する助言をする役割を担う。
- 自立支援型地域ケア個別会議において、必要があると認められる資料については、求めに応じて関係者へ配付する。
- 自立支援型地域ケア個別会議に参加する専門職は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士または栄養士、歯科衛生士、医師、歯科医師、薬剤師等とする。

【事例提出者】

- 事例提出者は、検討事例のプラン作成担当者とする。随時、介護サービス事業の職員も事例を支援するチームとして参加することもある。
- 事例の生活目標及び支援のポイントについて他の出席者に対して説明を行う。

⑦事例提供の必要様式及び提出期限（○：必須、△：随時）

必要様式		情報収集・資料作成者	
		プラン作成担当	介護サービス事業所
利用者に関する情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者基本情報 ● 基本チェックリスト ● 興味・関心チェックシート ● 情報提供依頼書 	○	
アセスメント情報	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアプラン (必要に応じて他アセスメント様式) 	○	
サービス提供情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 各事業所における個別援助計画 		△
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医意見書 ● 薬事表など 	△	

事例提供者は、事例の必要様式を自立支援型地域ケア個別会議開催の1週間前までに取り揃え、地域包括支援センター担当へ報告する。地域包括支援センター担当は、1回の会議の事例者数及び事前情報の進捗情報について市担当へ報告する。

⑧個人情報の取り扱い

自立支援型地域ケア個別会議の資料には、個人情報が多く含まれるため、氏名や個人を特定する情報が見えないよう配慮し、自立支援型地域ケア個別会議終了後、事例提供の必要様式を回収する。また、原則として資料の持ち帰りは認めない。

⑨自立支援型地域ケア個別会議当日までのスケジュール及び準備事項

	市町村 地域包括支援センター	司会者	事例提出者	助言者
会議 1 週間前	<input type="checkbox"/> 開催日、開催時間、変更が生じた場合の関係者への連絡 <input type="checkbox"/> 会議出席者の取りまとめ <input type="checkbox"/> 検討事例の確認		<input type="checkbox"/> 検討事例のアセスメント <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所との打合せ <input type="checkbox"/> 会議資料の作成 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成	<input type="checkbox"/> 会議出席に関する連絡
会議 3 日前	<input type="checkbox"/> 事前情報の個人情報に関する配慮及び会議出席者分の事前情報資料の印刷 <input type="checkbox"/> 事前情報を関係者へ送付	<input type="checkbox"/> 会議資料の受取 <input type="checkbox"/> 会議資料の読み込み	<input type="checkbox"/> 資料提出締切（会議前の木曜日午前中まで）	<input type="checkbox"/> 会議資料の受取 <input type="checkbox"/> 会議資料の読み込み
会議当日	<input type="checkbox"/> 会場設営（地域包括支援センター担当）			
会議終了後	<input type="checkbox"/> 会議録の作成及び出席者への回覧 <input type="checkbox"/> 会議録の作成及び出席者への回覧（市担当） <input type="checkbox"/> モニタリング確認（地域包括支援センター担当）		<input type="checkbox"/> 会議の助言を踏まえたケアプランの修正 <input type="checkbox"/> 会議終了後、ケアマネジメントに応じてモニタリングシートの作成 <input type="checkbox"/> モニタリング訪問時に対応策の確認及び対象者の反応について確認し、結果を支援経過記録表に記載	<input type="checkbox"/> 会議で検討されたポイントに関する資料の配付等 <input type="checkbox"/> 会議で決定された取組に関する支援

事前資料提出時期については、あくまでも目安であるため事例提供者及び事例によって前後することもあり得るが、自立支援に則した具体的助言を得るために、会議資料の読み込みに要する時間に配慮すること及び事例に不利益が及ばないようにすることが望ましい。