

渋谷区
介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント手順書

令和6年4月改正

介護保険課

基本方針

【介護予防ケアマネジメント】

介護予防ケアマネジメント事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

【訪問型サービス】

訪問型サービスの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

【通所型サービス】

通所型サービスの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

総合事業とは

介護保険法(平成9年法律第123号。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。)は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。

具体的には、

- ① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図ること
- ② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、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からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。

介護保険法4条では、「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健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」こととされている。

(厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋)

目次

渋谷区の総合事業について

p.1～

- (1) 趣旨 p. 1
- (2) 見込まれる効果 p. 1
- (3) 対象者 p. 1
- (4) 介護予防・日常生活支援総合事業 事業一覧 p. 2
- (5) 介護予防・生活支援サービス事業 事業内容 p. 2
- (6) 一般介護予防事業 事業内容 p. 3
- (7) 利用者負担等 p. 4

介護予防ケアマネジメントについて

p.6～

- (1) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方 p. 6
- (2) 渋谷区における介護予防ケアマネジメントの考え方 p. 6
- (3) 介護予防ケアマネジメントの類型 p. 7
- (4) 相談受付から介護予防ケアマネジメントまでの実施手順 p. 9
- (5) 利用者のスクリーニング方法 p. 13
- (6) スクリーニング時のチェックポイント p. 14
- (7) 基本チェックリスト p. 15
- (8) 必要書類・提出先 p. 18
- (9) 留意事項 p. 18

介護予防ケアマネジメント費の請求等について

p.20～

- (1) 単位数 p. 20
- (2) 加算・減算 p. 21
- (3) 介護給付・予防給付と総合事業の関係 p. 22
- (4) 請求事務の流れ p. 23

参考資料・各種様式

p.24～

(1) 趣旨

渋谷区における総合事業は、高齢者が自ら介護予防に取り組み、住民主体といった多様な生活支援サービスを利用することで、住み慣れた地域でいつまでもいきいきと自立した生活を営むことを目指すものです。

(2) 見込まれる効果

① 多様なサービスの充実による事業費の低下

現行サービスのほか、基準を緩和したサービスやNPO・ボランティアを活用したサービス(渋谷区では検討中)が充実することで、多様な支援を低価格で提供することができ、事業費の低下や利用者負担が少なくなることが見込まれます。

② 介護職員不足の緩和

現行サービスの人員・資格要件を緩和したサービスや、NPO・ボランティアを活用したサービス等新たな担い手が加わることで、介護職員不足の緩和が見込まれます。

③ 元気高齢者増加による介護給付費の抑制

一般介護予防事業の充実により、高齢者自身による介護予防・フレイル予防の普及や社会参加しやすい環境づくりが進み、健康寿命の延伸や生きがいを持って生活する高齢者が増加することで、介護給付費の抑制につながります。

(3) 対象者

① 介護予防生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は下記のいずれかに該当する方

- ・要介護(支援)認定審査において要支援1または要支援2と認定された方
- ・基本チェックリストの結果、生活機能の低下がみられた第1号被保険者(事業対象者) ※

※第2号被保険者(40歳～64歳の方)は、特定疾病に起因して要支援・要介護状態となっていることが介護サービスを利用する前提であるため、要支援認定を受けることにより介護予防・生活支援サービス事業の利用が可能です。

(基本チェックリストの実施対象外)

② 一般介護予防事業

- ・区内に住民登録のある65歳以上高齢者
- ・上記の支援のための活動に関わる方

(4) 介護予防・日常生活支援総合事業 事業一覧

介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	介護予防ケアマネジメント事業	介護予防ケアマネジメントA
			介護予防ケアマネジメントB
			介護予防ケアマネジメントC
		訪問型サービス事業	国基準訪問サービス
			訪問サービスA
			訪問サービスC
	通所型サービス事業	国基準通所サービス	
		通所サービスA	
		通所サービスC	
	一般介護予防事業	介護予防把握事業	フレイルチェック会（仮称）
		介護予防普及啓発事業	健康はつらつ事業（文化・運動講座）
			元気すこやか事業（文化・運動講座）
			運動器の機能向上事業（高齢者健康トレーニング教室）
			口腔機能の向上事業（お口のアンチエイジング教室）
			フレイル予防事業（講座・講演会）
地域介護予防活動支援事業		通いの場等活動支援事業	
一般介護予防事業評価事業	一般介護予防事業評価委員会		
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防・フレイル予防推進員配置事業		

(5) 介護予防・生活支援サービス事業 事業内容

渋谷区における介護予防・生活支援サービス事業は、介護予防ケアマネジメント、訪問型サービス、通所型サービスの3つに分かれます。

【介護予防ケアマネジメント】

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者、または基本チェックリストの結果、事業対象者と判定された方（以下、「要支援認定者等」という。）に対し、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）によるサービス等が適切に提供できるようにケアマネジメントを行います。

【訪問型サービス】

訪問型サービスのうち、国基準訪問サービスは、アセスメントの結果、身体介護が必要とされた要支援認定者等を対象とし、訪問介護員による身体介護及び生活援助を実施します。一方、訪問サービスAでは、身体介護を除く自立支援・介護予防に資する生活援助が必要な要支援認定者等を対象とし、訪問介護員及び一定程度の研修修了者による生活援助を実施します。

【通所型サービス】

通所型サービスのうち、国基準通所サービスは、アセスメントの結果、長時間の利用あるいは入浴介助が必要とされた要支援認定者等を対象とし、生活機能向上のための機能訓練等を実施します。通所サービスAは、短時間の機能訓練等（入浴は除く）を実施します。通所サービスCは、リハビリ専門職等による短期集中リハビリトレーニングを実施します。

(6) 一般介護予防事業 事業内容

【介護予防把握事業】

自身の健康状態を把握し、必要な取組を知ってもらうことで、介護予防・フレイル予防に取り組む人を増やすことを目的とし、また、ハイリスク者を早期に把握し、アクシブ(短期集中リハビリトレーニング)に繋げることや早期の相談・支援を開始していくことを目指します。

【介護予防普及啓発事業】

介護予防活動の必要性を普及・啓発し、地域住民が参加意欲を持って活動に参加し、介護予防に資する自発的な活動が広く実施されることを目指します。

- ・介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布
- ・介護予防に資する基本的な知識を有する有識者等による講演会等の開催
- ・介護予防の普及啓発に資する運動、栄養、口腔等に係る介護予防教室等の開催

【地域介護予防活動支援事業】

年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指して、住民主体の介護予防活動を地域に広める人材育成や、その後の活動を支援します。

【一般介護予防事業評価事業】

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等を通じ総合事業を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を目的とする。

【地域リハビリテーション活動支援事業】

地域における介護予防の取組を強化するために、住民主体の通いの場等にリハビリテーション専門職を派遣し、介護予防に関する技術的助言等を行います。

(7) 利用者負担等

①利用者負担

利用者負担については、概ね予防給付と同様です。

ただし、給付制限については予防給付では実施するものの、総合事業では実施しないことから、同一利用者で負担割合が異なること(予防給付は給付制限で3割負担、国基準訪問サービス・訪問サービスA・国基準通所サービス・通所サービスAでは1割負担等)がありますので注意が必要です。

サービス種別	利用者負担
予防給付	1割(一定の所得がある場合は2割又は3割)
国基準訪問サービス・訪問サービスA 国基準通所サービス・通所サービスA	1割(一定の所得がある場合は2割又は3割)
通所サービスC	なし(事業所によって教材費等実費負担あり)

②区分支給限度基準額

予防給付と併せて区分支給限度基準額管理を行います。

事業対象者のサービスの区分支給限度基準額は**要支援2**相当です。(令和6年4月変更)

利用者区分	サービスの利用パターン例	ケアマネジメント費等の区分	区分支給限度基準額
要支援1	訪問型サービス・通所型サービス	介護予防ケアマネジメント費	5,032単位
	予防給付と <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> { 訪問型サービス 通所型サービス </div>	介護予防支援費	
	予防給付のみ		
要支援2	訪問型サービス・通所型サービス	介護予防ケアマネジメント費	10,531単位
	予防給付と <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> { 訪問型サービス 通所型サービス </div>	介護予防支援費	
	予防給付のみ		
事業対象者	訪問型サービスのみ	介護予防ケアマネジメント費	
	通所型サービスのみ		
	訪問型サービスと通所型サービス		

※ 予防給付と総合事業を併用している要支援者が、1月だけ予防給付の実績がなかった場合でも、介護予防支援計画自体に変更がなければ、介護予防支援費の請求になります。ただし、長期的に予防給付の利用がないことが見込まれる場合には、ケアプランを変更し、ケアマネジメント費を請求してください。

③利用者負担軽減制度

予防給付と同様に、介護予防・生活支援サービス事業においても以下の利用者負担軽減制度を実施します。対象者などの制度の内容・申請手続きについては、予防給付(介護給付)と同様です。

ア) 高額介護予防サービス費相当事業費

介護予防・生活支援サービスに係る事業費の1か月間の利用者負担額が利用者負担上限額を超えた場合、超えた額が払い戻される制度

イ) 高額医療合算介護サービス費相当事業費

世帯での1年間(8月から翌年7月まで)の医療保険、介護保険、介護予防・生活支援サービスに係る事業費の利用者負担額が利用者負担上限額を超えた場合、超えた額が払い戻される制度

ウ) 災害等による利用者負担の減免制度

災害その他の特別な事情がある場合に利用者負担額を減額・免除する制度

エ) 介護保険サービス等利用者負担額助成制度

対象となるサービスを利用した場合に、支払った利用者負担額に対し70パーセントを助成する制度

※食費については、自己負担分の25パーセントを助成

【留意点】 給付制限を受けている要支援者について

介護予防・生活支援サービス事業では給付制限は実施しませんが、高額介護予防サービス費相当事業費の支給については、高額介護予防サービス費の算定が支給額の計算の前提条件になっています。そのため、「給付額の減額」の給付制限(保険給付の減額、高額介護予防サービス費等の不支給)を受けている要支援者については、その前提条件を満たさないため、高額介護予防サービス費相当事業費の支給も行われません。

介護予防ケアマネジメントについて

(1) 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、介護保険法第115条の45第1項第1号二に規定するサービスであり、対象者の依頼を受け、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、対象者の状態等にあつた、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、要支援者から事業対象者までの幅広い状態像の方を対象としているため、その幅広い状態像の方に対して、本人の興味・関心を踏まえた目標設定や、本人の意欲や力を活かすため、どのような「サービス」や「地域での活動」を、どのくらいの頻度で利用することが「身体機能」や「生活の質」の改善につながるのか、これまで以上に自立支援を志向したケアマネジメントを実施することが求められます。

また、介護予防ケアマネジメントは、利用者と地域包括支援センターが締結する契約に基づき行われます。

【介護予防ケアマネジメントの目的】

- 高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ
- 要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする
- 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるようにする

介護予防ケアマネジメントは、その利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を送れるように配慮して行われるものでなければなりません。対象者のアセスメントを行い、目標を設定し、達成に向け介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援します。また、自ら地域での活動を継続することにより「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう選択を支援していくことが重要です。

なお、介護予防・生活支援サービス事業については、介護予防ケアマネジメント(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者が、加えて介護予防・生活支援サービス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必要があります。

(2) 渋谷区における介護予防ケアマネジメントの考え方

- 必要な人に必要なサービスが提供される体制作りを継続します。
- 利用できる時間や回数を柔軟にすることで利用者の状態に応じたサービスが提供できるよう、幅広い選択肢を提供します。
- 訪問型サービスの生活援助については、従来の介護保険の解釈を基本とします。
- 見守りの援助とは、利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、洗濯物をたたむ等の行為を想定しており、入浴や移動の見守りを指すものではありません。

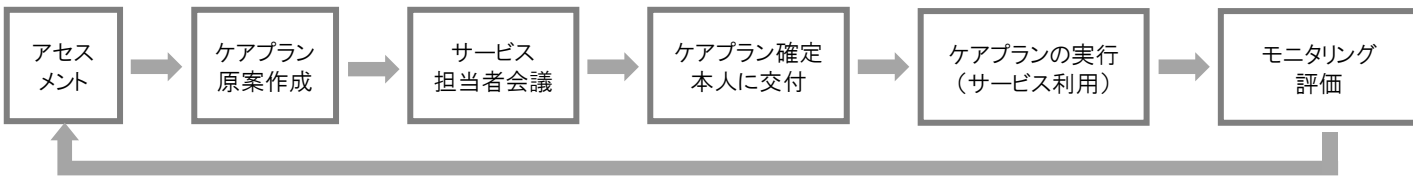
(3) 介護予防ケアマネジメントの類型

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及びアセスメント(課題分析)の結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

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)

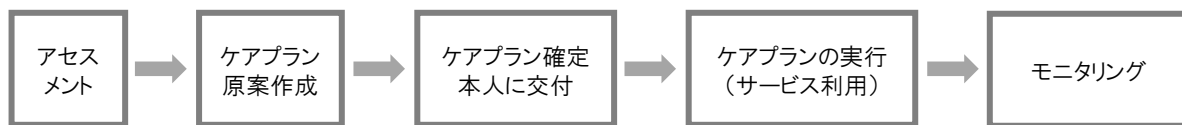
予防給付に対する介護予防支援と同様に、地域包括支援センターがアセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。

注)通所サービスCのみ利用の場合は、サービス担当者会議の省略を認めます。



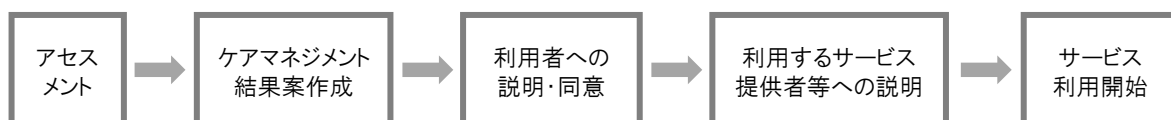
② ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)

アセスメント(課題分析)からケアプラン原案まではケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、利用者と電話等によるモニタリングは、少なくとも2ヶ月に1回行い、利用者の状況に応じてサービス(社会参加)の変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。



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)

地域包括支援センターに相談された利用者であり、ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等につなげます。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行いません。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行します。(渋谷区では現在検討中)



概要

	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)	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)	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)
対象サービス	・国基準訪問サービス ・訪問サービスA ・国基準通所サービス ・通所サービスA ・通所サービスC	・通所サービスCでケア マネジメントAを3月算 定した後の9月	・サービスB(住民主体 型)を想定し検討中
アセスメント	○	－ (通所サービスCの最終 アセスメント活用)	○
ケアプラン 原案作成	○	○	－
サービス 担当者会議	○	－ (通所サービスC終了前 カンファレンス活用)	－
利用者への 説明・同意	○	○	○
ケアプラン 確定・交付	○	○	－ (ケアマネジメント 結果を通知する)
サービス 利用開始	○	△ (地域の通いの場等)	△ (地域活動団体型)
モニタリング	○	○	－
給付管理	○	－	－
マネジメント 報酬	○	○	○

サービスを併用する場合、利用する対象サービスによってマネジメント類型は以下に示す類型となる。

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)

>

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)

>

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)

(4) 相談受付から介護予防ケアマネジメントまでの実施手順

相談

【窓口】 各地域包括支援センター

相談の目的や希望するサービスを聴き取り、基本チェックリストによる事業対象者か要介護(支援)認定申請かを決めます。

➤ (p.13 (5) 利用者のスクリーニング方法 参照)

① 利用者(家族)への聞き取り

窓口においては、相談者の目的や希望するサービスを聞き取ります。

- 相談の主訴
- 心身の状況、家庭や住居の環境
- 利用を希望するサービス
- 要介護(要支援)認定の有無、もしくは事業対象者かどうか

② 聞き取った内容を基に、課題把握・必要サービスを検討

「どのような課題を抱えているのか」「どのような状況なのか」「どうなりたいのか」、高齢者本人の課題や希望を正確に把握し、必要なサービスを検討します。(相談者が本人でない場合は、課題を抱えているのが誰なのか明確に把握する必要があります。)

③ 説明

必要に応じて介護保険制度等について説明します。

- 介護保険制度の概要について
- 総合事業の趣旨についての説明

①独居の高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加する中、高齢になっても、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、高齢者自身も要介護状態にならないように介護予防に取り組むことが重要で、要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の促進を図る事業であること。

②支援が必要になった場合は、状態に応じ、多様な主体による多様なサービスの利用が可能であり、ケアマネージャーのマネジメントの中で、利用者自身で目標を立て、目標達成に向けサービスを利用しながら一定期間取組んだうえで、目標達成の後には、より自立に向けた次のステップに移っていくこと

- 総合事業の制度についての説明

①希望・必要サービスが総合事業のサービスのみの場合

→基本チェックリストを実施して、該当であれば「事業対象者」としてサービス利用が可能

②要介護(支援)認定申請の結果、「非該当」の判定の方

→基本チェックリストを実施し、事業対象者になることでサービス利用が可能

③事業対象者として、サービスを利用していた方

→状態変化等があった場合など、必要時には要介護(支援)認定申請が再度可能

④サービス利用時に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を実施する

④ つなぐ

必要に応じてサービス利用のための手続きにつながります。

- ・ 一般介護予防事業や通いの場・ボランティアについて案内します。
- ・ 基本チェックリストを実施して、本人の状態を把握し、総合事業のサービスにつながります。
- ・ 要介護(要支援)認定申請について説明し、手続きの援助を行います。

※要介護(要支援)認定申請で非該当が出ることに備えてチェックリストを行うことはできません。

必要なサービスに応じて、認定申請、基本チェックリストのどちらかのみを実施してください。

申請 (基本チェックリストを実施する場合)

- 相談者が介護予防・生活支援サービス事業利用申請を希望する場合、要介護(支援)認定の結果が非該当で総合事業のサービス利用を希望の場合は、「基本チェックリスト」(p.37)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します。基本チェックリストについては質問形式で行い、「基本チェックリストの考え方」(p.15-16)で補足説明を行います。

利用の手続き(契約)・アセスメント (事業対象者該当)

- 地域包括支援センターでの申請で本人が来ている場合、基本チェックリスト実施により事業対象者となった場合は、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アセスメント(運営規程等を説明して同意を得ることを含む。)を行います。
- アセスメントについては、「渋谷区版介護予防アセスメントシート」(p.40)等を活用しながら実施し、事業対象者で適切かを判断します。
- より本人に合った目標設定に向けて厚生労働省が推奨する「興味・関心チェックシート」(p.40)なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等の聞き取りをしながら、「～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す。
- 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てください。
- 委託の場合、後日、委託先の居宅介護支援事業所が本人宅を訪問し、アセスメントを行います。

書類提出

- 基本チェックリスト、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、アセスメントシートの3つを区へ提出します。(地域包括支援センターは写しを保管します)
- 居宅介護支援事業所で受け付けた場合は、上記書類を地域包括支援センター経由で区へ提出します。(居宅介護支援事業所は写しを保管します)

被保険者証交付

- 住民登録地、または介護保険課に届け出ている送付先に介護保険被保険者証を送付します。地域包括支援センター窓口では被保険者証の交付ができないため、被保険者証を持参された方には、被保険者証に「事業対象者」の表示をして渡し、後日、「事業対象者」である旨を記載した被保険者証を渋谷区が送付します。

ケアプラン原案作成

- 「(3) 介護予防ケアマネジメントの類型」(p.7-8)により、介護予防ケアマネジメントの類型を決定します。(介護予防支援は従来どおり)
- 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を通じて、生活の質の向上を目指すものとして、本人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します。
- 利用するサービスを検討する際は、アセスメントシートで得られた情報をもとに「渋谷区版アセスメントシート等の記載に基づく判断基準」(p.41)を参考に組み立てます。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、一般介護予防事業等、本人の自立支援を支える原案を本人とともに作成します。
- 給付管理対象サービスは訪問型サービスの「国基準訪問サービス」「訪問サービスA」、通所型サービスの「国基準通所サービス」「通所サービスA」「通所サービスC」です。

サービス担当者会議

- ケアマネジメントB及びケアマネジメントCはサービス担当者会議を省略できます。

ケアプラン交付 (本人への説明・同意含む)

- ケアマネジメントAについては、本人及び家族にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、本人及びサービス提供者に交付し、同意欄に自署をしてもらってください。
- ケアマネジメントB及びCについては、本人にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、本人に交付し、同意欄に自署してもらってください。
- 委託の場合、地域包括支援センターがケアプランを必ず確認してください。

本人とサービス提供者との契約

サービス利用開始

モニタリング

- ケアマネジメントAについては、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原則、自宅に訪問して実施します。
- 状況・問題・意欲の変化等を利用者、家族及びサービス提供者等から直接聴取し、継続的に把握します。
- モニタリング実施月以外においても、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と同面談するよう努め、面談が困難な場合は、電話等で状況を把握します。
- ケアマネジメントBについては、少なくとも2ヶ月に1回利用者の社会参加の状態を確認します。
- 状況・問題・意欲の変化等を利用者から電話等にて聴取し、継続的に把握します。
- 社会参加が継続できていない時には、他の通いの場を紹介する等、社会参加が継続できるよう促します。

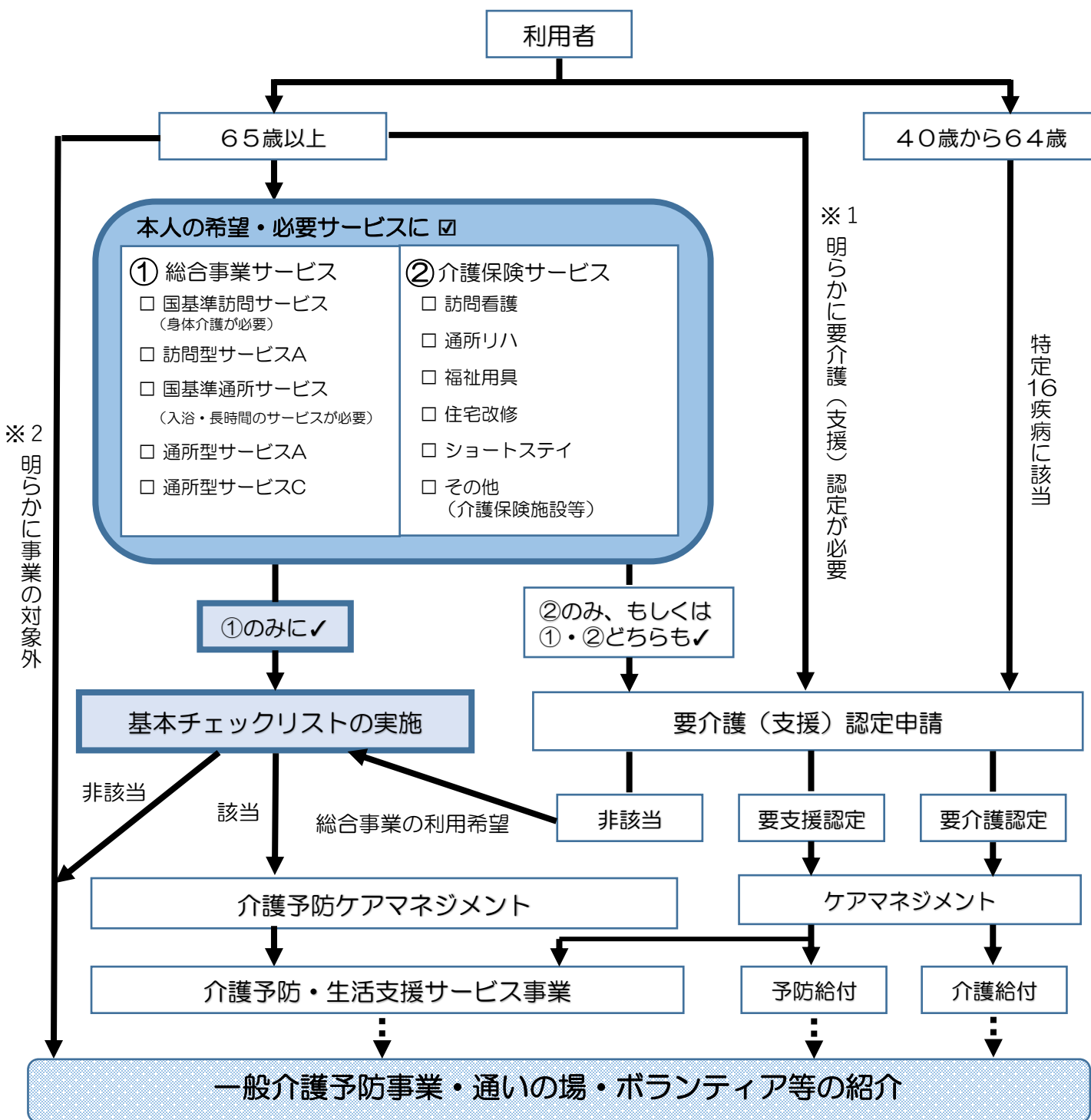
評価

- 目標達成の確認・再検討を行います。
- ケアマネジメントA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の方針を決定します。

ケアマネジメントの継続・変更

- 利用者の状況に応じ、今後の方針を決定します。
- 基本チェックリストのチェック内容は本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防事業等へ移行した後や一定期間サービス事業の利用がなかった後に改めてサービス利用の希望があった場合等は適宜基本チェックリスト及びアセスメントシートを行い、サービスの振り分けから行います。なお、基本チェックリストの活用・実施により、要介護(支援)認定申請が必要と判断した場合は、申請を受け付けます。

(5) 利用者のスクリーニング方法



注意事項

- 必ず、利用者の希望の聞き取り、必要サービスの検討を行ってください。
- 認定申請で非該当が出ることに備えてチェックリストを行うことはできません。
要介護(支援)認定申請、基本チェックリストのどちらかのみ実施してください。
- 更新の際も同様に、本人の希望、必要サービスの検討を行い、総合事業サービスのみ利用であれば、更新申請せず、基本チェックリストを実施してください。

(6) スクリーニング時のチェックポイント

【判断する際のポイント】

- ・一人で移動することはできるか
- ・一人で入浴することはできるか
- ・認知症はあるのか(日常生活に支障をきたしているか)
- ・利用しているサービスには予防給付が含まれているか
- ・区の福祉サービス(寝具乾燥サービス、食事券事業等)は利用しているか

【明らかに要介護(支援)認定が必要な場合】(例)

- ・屋外において、杖や歩行器などの福祉用具を使用しても、一人で移動ができない場合
- ・認知症等があり、日常生活に支障をきたしている場合や判断力の低下が見られる場合
 - * 買うものを忘れてしまい、必要なものを一人で購入することができない
 - * 料理をする段取りを忘れてしまい、一人で調理できない
 - * 金銭管理ができない
- ・一人で入浴できない場合(心臓病等の疾患により、見守りがないと一人で入れない場合を除く)
- ・訪問型サービス、通所型サービス以外のサービスを希望する場合
 - * 服薬や病気の管理が自分でできない→「訪問看護」など
 - * 自宅内での移動が困難だったり、浴槽を深くまたげなかったりする→「住宅改修」「福祉用具」
- ・サービス利用が要支援1相当の区分支給限度基準額(5,032単位)を超える見込みがある場合

【明らかに事業の対象外と判断できる場合】(例)

- ・介護事業者等が提供するサービスを希望しておらず、単に体操などの活動場所を探している場合
- ・明らかに要介護(支援)認定が必要な場合の例に該当せず、かつサービス利用を希望していない場合

(7) 基本チェックリスト

基本チェックリストについて

事前相談を行い希望サービスや必要サービスを検討したうえで、要介護(支援)認定申請へつなぐか介護予防・生活支援サービス事業を案内するかを判断し、介護予防・生活支援サービス事業が適当と判断すれば基本チェックリストを実施します。質問は「はい」と「いいえ」で答える単純なものですが、この判断基準が担当者間で共有できていることが必要です。介護予防・生活支援サービス事業ではこの基本チェックリストが事業対象者の判定根拠となります。基本チェックリストを実施する際、対象者の回答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受け付ける者が行わなければなりません。単に「はい」「いいえ」だけではなく、その根拠を詳しく聞き取ることで課題が明確になってきます。

① 本人等が記入する場合

基本チェックリストは、質問項目の主旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、基本チェックリストの記入年月日は必ず記入します。(ただし、認定更新期間中における基本チェックリスト実施の場合は、有効期間満了日の翌日を基本チェックリストの実施日とみなします。)

② 家族等の来所による相談の場合

本人が来所できない(入院中である、自宅から遠い、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ります。この場合、家族等が基本チェックリストを行うことは可能ですが、該当するかどうかの判断は、地域包括支援センター職員がアセスメント訪問時に本人の状態を確認するとともに、事業の説明を行ったうえで行います。

③ 居宅介護支援事業所等からの代行の場合

代行による基本チェックリストの提出も可能ですが、家族等の来所による相談の場合(②)と同様の扱いとします。

基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらってください。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。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいても構いませんが、各質問項目の表現は変えないでください。

基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています	
1 バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。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、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。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。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10 までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している場合は「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分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。
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 までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6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。
13～15 までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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 までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1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、今年度の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	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。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。
21～25 まで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	

基本チェックリストによる該当基準

ア	運動機能	No. 6～10 の合計が 3 個以上
イ	低栄養状態	No.11～12 の合計が 2 個以上
ウ	口腔機能	No.13～15 の合計が 2 個以上
エ	閉じこもり	No.16 が「1. いいえ」
オ	認知機能	No.18～20 の合計が 1 個以上
カ	複合	No. 1～20 の合計が 10 個以上
キ	うつの可能性	No.21～25 の合計が 2 個以上

事業対象者として、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施に移ることができます。

No.	質問項目	回答（いずれかに○をお付けください）		1 の数	
		0.はい	1.いいえ		
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	個	
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	個	
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	個	
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	BMIは18.5未満ですか（BMI：体重kg÷身長m） 身長 cm 体重 kg（BMI）	1.はい	0.いいえ	個	
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	個	
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	個	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ	個	
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		
No.1～20の合計				個	No.16に該当
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	個	
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれ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）以前は楽に出来ていたことが今では億劫に感じられる	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		

ア
3個以上

イ
2個以上

ウ
2個以上

エ

オ
1個以上

カ
10個以上

キ
2個以上

(8) 必要書類・提出先

種別		提出する書類	提出先
新規 (これまで サービス利用が なかった方)	①要支援認定者	介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書	介護保険課 介護給付係
	②事業対象者	介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書、チェックリスト、 アセスメントシート	介護保険課 介護総合事業係
認定区分の 変更	③要支援→事業対象者	介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書、チェックリスト、 アセスメントシート	介護保険課 介護総合事業係
	④要介護→事業対象者	介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書、チェックリスト、 アセスメントシート	介護保険課 介護総合事業係
	⑤要介護→要支援	介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書	介護保険課 介護給付係
	⑥事業対象者→要支援	提出不要	-

(9) 留意事項

- ケアマネジメント(A及びB)において使用する様式は、本紙38ページ以降の様式を活用することとします。
※渋谷区HPで一部ダウンロード可能です。または、厚生労働省が提示する書式を使用してください。
- 渋谷区が行う介護予防ケアマネジメントについては、基本チェックリストと並行しての要介護(支援)認定の申請受付を原則想定していません。基本チェックリストで事業対象者となった者が、介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する必要がある場合等には、要介護(支援)認定の申請を行ってください。
なお、要介護として暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合には、並行して介護予防・生活支援サービス事業を利用することはできません。要介護(支援)認定申請の結果が「要介護」となった場合には、申請日以降は介護給付となり、単独型(サービスAのみを提供)で実施している介護予防・生活支援サービス事業は自費となりますのでご注意ください。一体型(介護給付、国基準及びサービスAを一体的に提供)で実施している介護予防・生活支援サービス事業については介護給付として請求が可能です。
月の途中で、介護予防・生活支援サービス事業のみの利用から、介護給付サービスの利用または予防給付サービスとの併用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援(介護予防支援)を行っている事業者が、居宅介護支援費(介護予防支援費)を請求することができます。区分支給限度基準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、月末の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(介護予防支援事業所)が、地域包括支援センターと連絡を取り、給付管理を行います。

- (3) 要介護(支援)認定申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、介護予防・生活支援サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。
- (4) 介護予防ケアマネジメントにおいては、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、必要な措置を講じなければなりません。
- (5) 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す。この支援の一つとして、介護予防・生活支援サービス事業の利用者等についてもサービス担当者会議等において、PT・OT・ST・看護師・地域のインフォーマルサービス提供者等、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に行ってください。
- (6) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わるもの全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。
- (7) ケアプラン作成に当たって特に注意が必要なケース(場合によってはケアプランの提出を求めることがある)
- ① 訪問サービスA(45分程度又は60分程度)を10回以上12回まで利用する場合
 - ② 訪問サービスA(90分程度または120分程度)を利用する場合
 - ③ 国基準訪問サービス・国基準通所サービスを利用する場合
 - ④ 渋谷区独自サービス(ホームヘルプサービス)を併用する場合
- ①～④のサービスをケアマネジメントする場合は、アセスメントの結果を必要に応じて渋谷区に提出することができるよう、以下の書類を揃え、保管しておいてください。

I 上記のサービスが何故必要なのか、その理由が「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)(p.41)の「アセスメント領域と現在の状況」に明確に記されていること

II 「週間サービス計画表」(p.49)にサービス類型及びサービスの曜日・時間が一目で解るものを明確に記されていること

III サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスが「サービス担当者会議の要点」(p.46)又は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)」(p.47)に記録がされていること

なお、区は少なくとも3ヶ月に1回ごとにモニタリングした「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」(p.48)や、サービス変更等を検討した記録の提出を求めることがあります。その場合は、再アセスメントが行われ、継続・変更・要介護(支援)認定等の方向性が明確に示されていることが必要です。

介護予防ケアマネジメント費の請求等について

(1) 単位数

地域単価 1単位=11.4円

費用コード	費用コード略称	内容	単位数	地域包括支援センターの介護報酬額
1001	ケアマネジメントA	原則的なケアマネジメント費の基本報酬	442	5,038円
1201	ケアマネジメントA・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	438	4,993円
1011	ケアマネジメントA・委託連携	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算	742	8,458円
1211	ケアマネジメントA・委託連携・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	738	8,413円
1002	ケアマネジメントA・初回	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬	742	8,458円
1202	ケアマネジメントA・初回・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	738	8,413円
1012	ケアマネジメントA・初回・委託連携	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬+委託連携加算	1,042	11,878円
1212	ケアマネジメントA・初回・委託連携・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	1,038	11,833円
1003	ケアマネジメントB	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬	342	3,898円
1013	ケアマネジメントB・委託連携	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算	642	7,318円
1004	ケアマネジメントB・初回	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬	642	7,318円
1014	ケアマネジメントB・初回・委託連携	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+初回報酬+委託連携加算	942	10,738円
1005	ケアマネジメントC	初回のみケアマネジメント費の基本報酬	242	2,758円

※委託した場合は報酬額の9割を委託先に支払う。(端数四捨五入)

介護予防ケアマネジメント費の請求等について

(2) 加算・減算

【初回加算】

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、下記①②の場合に算定できます。

① 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、当該利用者について過去2か月(暦月)以上、地域包括支援センターにおいて、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対してケアプランを作成した場合
- ・ 地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)が増設される場合や利用者の転居等、新たにアセスメントを実施し、ケアプランを再作成する場合

※ 同一の地域包括支援センターで委託先の変更があっても算定できません。

② 要介護者が更新等により要支援認定を受け、または事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ 予防給付を受けており、要支援の認定有効期間の満了の翌月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算定できません。

【委託連携加算】

地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業所に委託する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位を加算できます。

※委託先の変更があった場合、再算定可能です。(ただし、国からの見解が示されていないため、今後対応が変わる可能性があります。)

【高齢者虐待防止減算】

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者(居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。)について、虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)を義務化し、

本措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

【算定要件等】

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合

- ・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可能)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。
- ・ 虐待の防止のための指針を整備すること。
- ・ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- ・ 上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

（3）介護給付・予防給付と総合事業の関係

要介護（支援）認定申請の結果が要支援1・2の場合、予防給付のサービス利用があれば、介護予防支援費として予防給付費が支払われることになり（国保連支払）、事業対象者、また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、介護予防ケアマネジメント費として事業支給費が支払われることとなります。（国保連支払）

【問】

総合事業を利用していた方が途中で要介護（支援）認定申請をし、要介護の結果が出そうな場合に気を付けることはありますか？

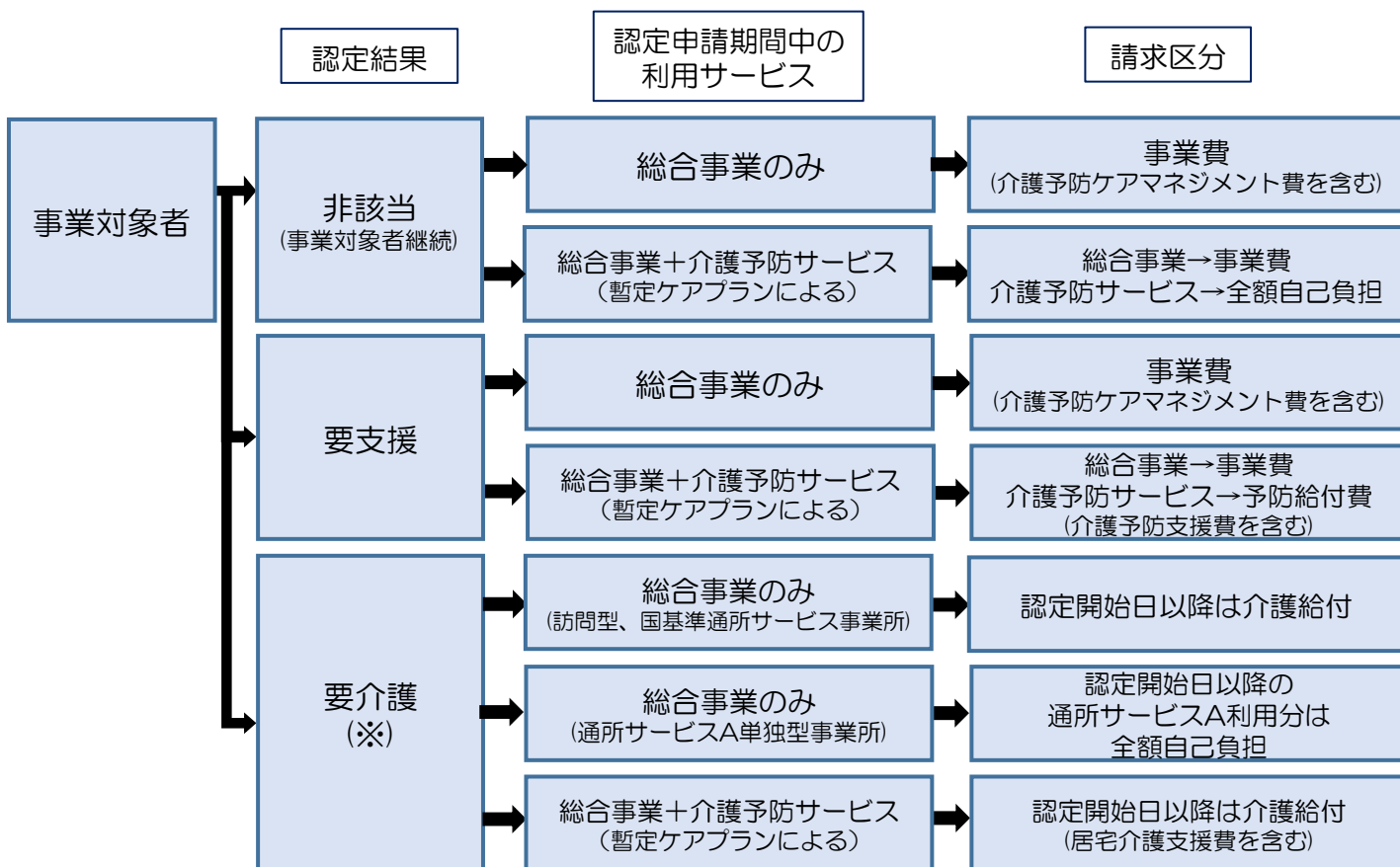
【答】

通所サービスAの単独型事業所を利用されている場合に、途中で要介護認定がされると要介護認定後の利用部分が自費となります。自費となることを説明しご了承をいただくか、国基準通所サービス及び通所介護事業所と一体型の事業所への変更をお勧めします。

通所サービスAの事業所が、国基準通所サービス及び通所介護事業所と一体型の事業所の場合は、要介護認定後の部分は通所介護の算定となります。

● 要介護（支援）認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係

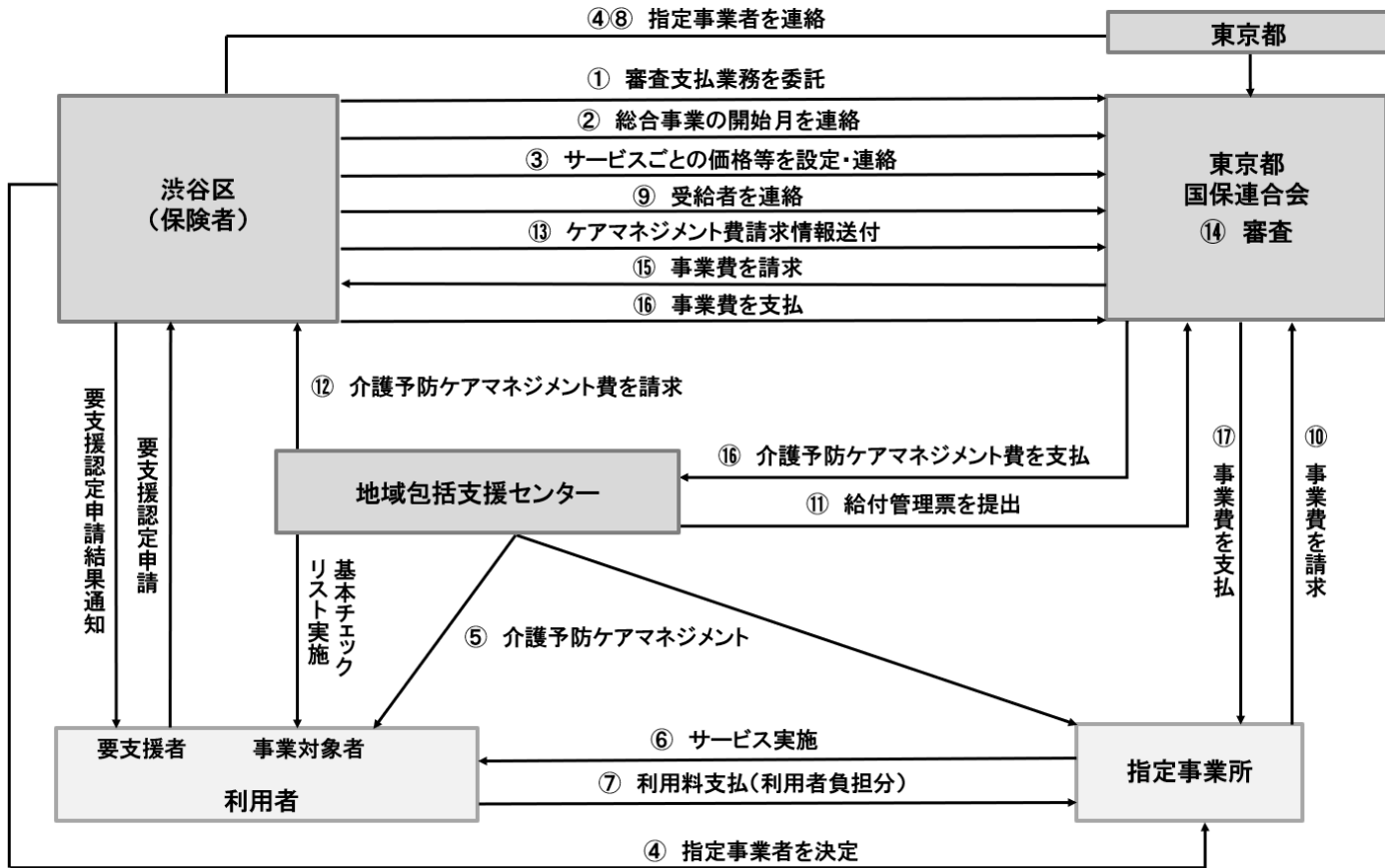
【例：事業対象者が要介護（支援）認定申請を行った場合】



※要介護として暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用する場合には、介護予防・生活支援サービスは利用できません。

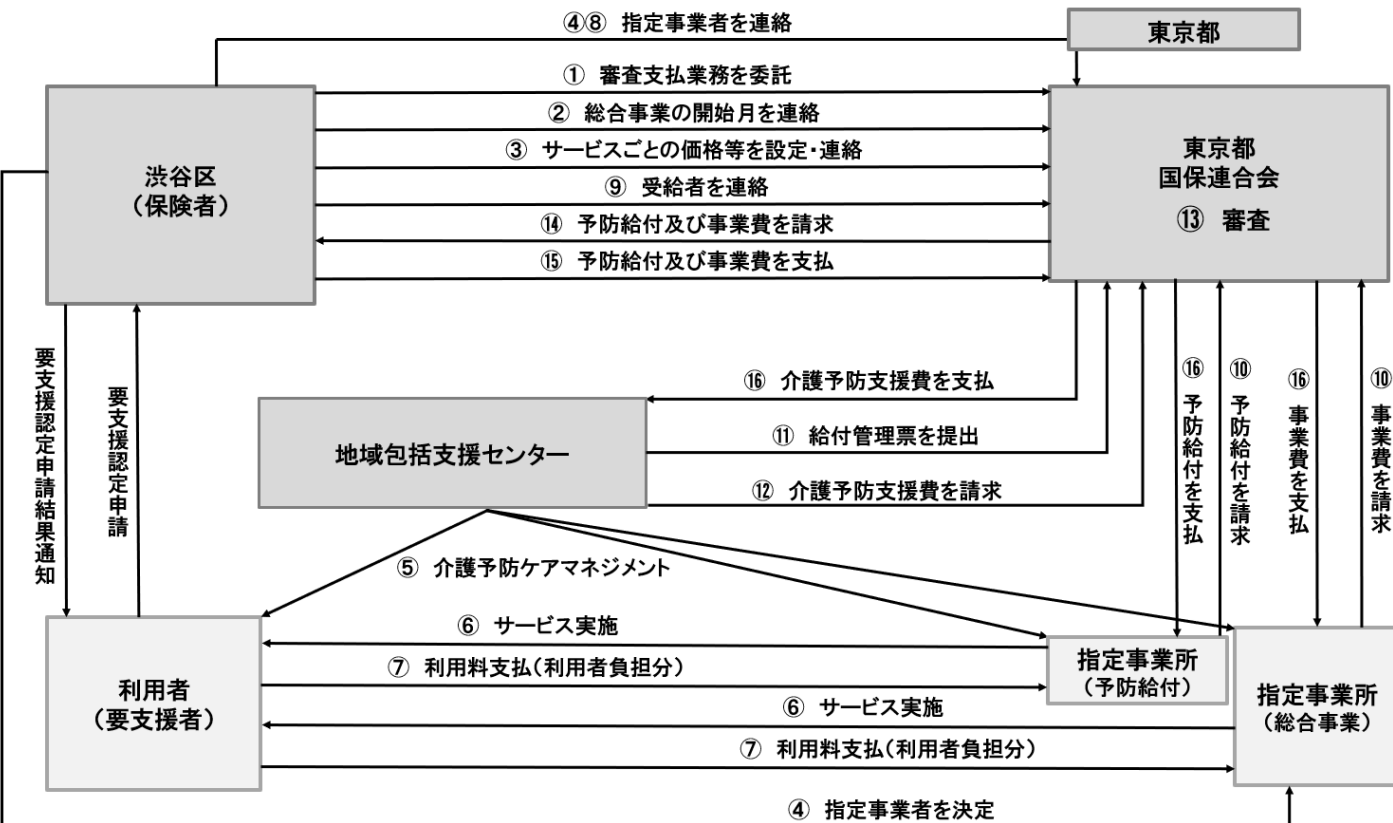
(4) 請求事務の流れ

① 要支援者・事情対象者が総合事業のみを利用する場合



② 要支援者が予防給付と総合事業を利用する場合

※渋谷区では要介護者対象の総合事業の実施はありません。



■ 参考資料

- 訪問型サービスについて (p.25～)
 - ・ 国基準訪問サービスの費用等 (p.25・26)
 - ・ 訪問サービスAの費用等 (p.27・28)
 - ・ 訪問型サービス サービス利用早見表 (p.29)
 - ・ 訪問型サービスの1月に利用可能な回数の上限 (p.30)
- 通所型サービスについて (p.31～)
 - ・ 国基準通所サービスの費用等 (p.31・32)
 - ・ 通所サービスAの費用等 (p.33・34)
 - ・ 通所サービスCの費用等 (p.35)
 - ・ 通所型サービス サービス利用早見表 (p.36)
- 介護予防・生活支援サービス事業のサービス併用可否 (p.36)

■ 各種様式

- ・ 基本チェックリスト (p.37)
- ・ 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 (p.38)
- ・ 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 記入例 (p.39)
- ・ 渋谷区版介護予防アセスメントシート (p.40)
- ・ 渋谷区版介護予防アセスメント等の記載に基づく判断基準 (p.41)
- ・ 利用者基本情報 (p.42・43)
- ・ 興味・関心チェックシート (p.44)
- ・ 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) (p.45)
- ・ サービス担当者会議の要点 (p.46)
- ・ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(サービス担当者会議の要点を含む) (p.47)
- ・ 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 (p.48)
- ・ 週間サービス計画表 (p.49)

・国基準訪問サービスの費用等【令和6年4・5月】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
訪問型サービス週1回程度	週1回程度	1,176単位	1月につき
訪問型サービス週1回程度（日割）	週1回程度	39単位	1日につき
訪問型サービス週2回程度	週2回程度	2,349単位	1月につき
訪問型サービス週2回程度（日割）	週2回程度	77単位	1日につき
訪問型サービス週2回超	週2回超	3,727単位	1月につき
訪問型サービス週2回超（日割）	週2回超	123単位	1日につき
高齢者虐待防止減算	—	所定単位数の1%減算	1月につき
同一建物減算1	—	所定単位数の10%減算	
同一建物減算2	—	所定単位数の12%減算	
初回加算	月1回	200単位	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
口腔連携強化加算	月1回	50単位	
処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位数の137/1000	
処遇改善加算Ⅱ	月1回	所定単位数の100/1000	
処遇改善加算Ⅲ	月1回	所定単位数の55/1000	
特定処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位数の63/1000	
特定処遇改善加算Ⅱ	月1回	所定単位数の42/1000	
ベースアップ等支援加算	月1回	所定単位数の24/1000	

・国基準訪問サービスの費用等【令和6年6月以降】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
訪問型サービス週1回程度	週1回程度	1,176単位	1月につき
訪問型サービス週1回程度（日割）	週1回程度	39単位	1日につき
訪問型サービス週2回程度	週2回程度	2,349単位	1月につき
訪問型サービス週2回程度（日割）	週2回程度	77単位	1日につき
訪問型サービス週2回超	週2回超	3,727単位	1月につき
訪問型サービス週2回超（日割）	週2回超	123単位	1日につき
高齢者虐待防止減算	—	所定単位数の1%減算	1月につき
同一建物減算1	—	所定単位数の10%減算	
同一建物減算2	—	所定単位数の12%減算	
初回加算	月1回	200単位	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
口腔連携強化加算	月1回	50単位	
処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位数の245/1000	
処遇改善加算Ⅱ	月1回	所定単位数の224/1000	
処遇改善加算Ⅲ	月1回	所定単位数の182/1000	
処遇改善加算Ⅳ	月1回	所定単位数の145/1000	
処遇改善加算Ⅴ（詳細省略）	月1回	（詳細省略）	

・訪問サービスAの費用等【令和6年4・5月】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
訪問サービスA（45分程度）	週1回程度 又は 週2回程度	185単位	1回につき（上限9回） ※注1
訪問サービスA（60分程度）		227単位	
訪問サービスA（90分程度）		293単位	1回につき（上限9回） ・「見守りの援助」を行う場合のみ利用可 ※注2 ・訪問サービスA（60分程度）との併用可 ※注3
訪問サービスA（120分程度）		360単位	
初回加算	月1回	200単位	1月につき
事業開始時支援加算 ※注4	月1回	180単位	1月につき
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	1月につき
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
処遇改善加算相当Ⅰ	週1回程度	161単位	
	週2回程度	322単位	
処遇改善加算相当Ⅱ	週1回程度	118単位	
	週2回程度	235単位	
特定処遇改善加算相当Ⅰ	週1回程度	74単位	
	週2回程度	148単位	
特定処遇改善加算相当Ⅱ	週1回程度	49単位	
	週2回程度	99単位	
ベースアップ等支援加算相当	週1回程度	28単位	
	週2回程度	56単位	

※処遇改善加算相当、特定処遇改善加算相当、ベースアップ等支援加算相当について、
月5回まで→週1回程度 月6回以上→週2回程度を算定

※注1

以下の①～③のいずれかに該当し、かつ、回数追加をすることにより自立支援及び介護予防の効果が見込まれる場合に限り、1月の上限を12回とすることができる。

① 単身生活 ② 高齢者のみの世帯 ③ 同居者が障害・疾病・介護が必要

- ・利用に際しては区独自基準訪問型サービスA個別計画を作成し、評価表において効果を確認すること。
- ・訪問サービスA(90分程度・120分程度)を利用する場合には区独自基準訪問型サービスA個別計画の作成が必要。
- ・訪問サービスA(45分程度)については、時間追加(訪問サービスA(90分程度・120分程度))は利用できない。

※注2

「見守りの援助」とは、利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、洗濯ものをたたむ等の行為を想定しており、入浴や移動の見守りを指すものではない。

※注3

訪問サービスA(90分程度)とA(120分程度)の併用はできない。

※注4

「事業開始時支援加算」は、サービスAの指定を受けたすべての事業所で、サービスAの利用者1人につき1月に180単位算定できる。(令和9年3月31日までの時限)

・訪問サービスAの費用等【令和6年6月以降】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
訪問サービスA（45分程度）	週1回程度 又は 週2回程度	185単位	1回につき（上限9回） ※注1
訪問サービスA（60分程度）		227単位	
訪問サービスA（90分程度）		293単位	1回につき（上限9回） ・「見守りの援助」を行う場合のみ利用可 ※注2 ・訪問サービスA（60分程度）との併用可 ※注3
訪問サービスA（120分程度）		360単位	
初回加算	月1回	200単位	1月につき
事業開始時支援加算 ※注4	月1回	180単位	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
処遇改善加算相当Ⅰ	週1回程度	288単位	
	週2回程度	576単位	
処遇改善加算相当Ⅱ	週1回程度	263単位	
	週2回程度	526単位	
処遇改善加算相当Ⅲ	週1回程度	214単位	
	週2回程度	428単位	

※処遇改善加算相当について、月5回まで→週1回程度 月6回以上→週2回程度を算定

※注1

以下の①～③のいずれかに該当し、かつ、回数追加をすることにより自立支援及び介護予防の効果が見込まれる場合に限り、1月の上限を12回とすることができる。

- ①独居、②65歳以上のみ世帯、③同居者が要介護状態もしくは病気等により生活支援が困難な状態
- ・利用に際しては区独自基準訪問型サービスA個別計画を作成し、評価表において効果を確認すること
- ・訪問サービスA(90分程度・120分程度)を利用する場合には区独自基準訪問型サービスA個別計画の作成が必要
- ・訪問サービスA(45分程度)については、時間追加(訪問サービスA(90分程度・120分程度))は利用できない。

※注2

「見守りの援助」とは、利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、洗濯ものをたたむ等の行為を想定しており、入浴や移動の見守りを指すものではない。

※注3

訪問サービスA(90分程度)とA(120分程度)の併用はできない。

※注4

「事業開始時支援加算」は、サービスAの指定を受けたすべての事業所で、サービスAの利用者1人につき1月に180単位算定できる。(令和9年3月31日までの時限)

・訪問型サービス サービス利用早見表

介護度	サービスA45分程度 またはA60分程度を 月9回まで利用	国基準を週2 回利用 ※注1	サービスA45分程 度またはA60分程 度を月10回以上12 回まで利用 ※注2	サービスA90分程 度または120分程 度を利用 ※注3	国基準を週3 回利用 ※注1
要支援1	○	△	△	△	△
要支援2	○	△	△	△	△
事業対象者	○	△	△	△	△

○:利用可能 △:利用に当たり諸条件あり ×:利用できない

※注1

アセスメントシートの結果が「①身体介護の必要性が高い」と判定された場合、または利用するサービス内容に身体介護が含まれる場合

※注2

アセスメントシート(項目11)のいずれかが該当する場合(単身生活、高齢者のみの世帯、同居者が障害・疾病・介護が必要)

※注3

「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)」(p.41)の「アセスメント領域と現在の状況」欄に、「見守りの援助により予防効果が見込まれる」と記載されている場合に利用可

【備考】

- ・身体介護が必要な場合は、国基準訪問サービスを利用
- ・生活援助のみを行う場合は、訪問サービスAを利用

(参考) サービスA併用可能組み合わせ表

	45	60	90	120
45	△	○	×	×
60	○	△	○	○
90	×	○	△	×
120	×	○	×	△

・訪問型サービスの1月に利用可能な回数の上限

【1. 基本パターン】 ①～⑦のいずれかのパターンを選択

国基準訪問サービス (月額報酬)	国基準訪問サービス(月額報酬) 訪問サービスA(回数制)の組み合わせ	訪問サービスA(回数制)のみ
① 国基準・週1回程度 ② 国基準・週2回程度 ③ 国基準・週3回程度	④ 国基準・週1回+訪問サービスA45分程度 5回まで ⑤ 国基準・週1回+訪問サービスA60分程度 5回まで	⑥ 訪問サービスA45分程度 9回まで ⑦ 訪問サービスA60分程度 9回まで

【2. 単身生活、高齢者のみの世帯、同居家族が障害・疾病・介護が必要】 ①～⑨のいずれかのパターンを選択

国基準訪問サービス (月額報酬)	国基準訪問サービス(月額報酬) 訪問サービスA(回数制)の組み合わせ	訪問サービスA(回数制)のみ
① 国基準・週1回程度 ② 国基準・週2回程度 ③ 国基準・週3回程度	④ 国基準・週1回+訪問サービスA45分程度 8回まで ⑤ 国基準・週1回+訪問サービスA60分程度 8回まで ⑥ 国基準・週2回+訪問サービスA45分程度 4回まで ⑦ 国基準・週2回+訪問サービスA60分程度 4回まで	⑧ 訪問サービスA45分程度 12回まで ⑨ 訪問サービスA60分程度 12回まで

【3. 「見守りの援助」により予防効果が見込まれる者】 ①～⑪のいずれかのパターンを選択

国基準訪問サービス (月額報酬)	国基準訪問サービス(月額報酬) 訪問サービスA(回数制)の組み合わせ	訪問サービスA(回数制)のみ
① 国基準・週1回程度 ② 国基準・週2回程度 ③ 国基準・週3回程度	④ 国基準・週1回+訪問サービスA45分程度 5回まで ⑤ 国基準・週1回+訪問サービスA60分程度 5回まで ⑥ 国基準・週1回+訪問サービスA90分程度 5回まで ⑦ 国基準・週1回+訪問サービスA120分程度 5回まで	⑧ 訪問サービスA45分程度 9回まで ⑨ 訪問サービスA60分程度 9回まで ⑩ 訪問サービスA90分程度 9回まで ⑪ 訪問サービスA120分程度 9回まで

【4. 上記2かつ3】 ①～⑮のいずれかのパターンを選択

国基準訪問サービス (月額報酬)	国基準訪問サービス(月額報酬) 訪問サービスA(回数制)の組み合わせ	訪問サービスA(回数制)のみ
① 国基準・週1回程度 ② 国基準・週2回程度 ③ 国基準・週3回程度	④ 国基準・週1回+訪問サービスA45分程度 8回まで ⑤ 国基準・週1回+訪問サービスA60分程度 8回まで ⑥ 国基準・週1回+訪問サービスA90分程度 8回まで ⑦ 国基準・週1回+訪問サービスA120分程度 7回まで ⑧ 国基準・週2回+訪問サービスA45分程度 4回まで ⑨ 国基準・週2回+訪問サービスA60分程度 4回まで ⑩ 国基準・週2回+訪問サービスA90分程度 4回まで ⑪ 国基準・週2回+訪問サービスA120分程度 3回まで	⑫ 訪問サービスA45分程度 12回まで ⑬ 訪問サービスA60分程度 12回まで ⑭ 訪問サービスA90分程度 9回+ 訪問サービスA60分程度 3回まで ⑮ 訪問サービスA120分程度 9回+ 訪問サービスA60分程度 2回まで

※ 単身生活、高齢者のみの世帯、または同居家族が障害・疾病・介護が必要と判断され、回数追加することにより自立支援及び介護予防の効果が見込まれる場合に限り、訪問サービスAの利用回数の月上限を12回とすることができる。回数はあくまで上限であることを十分留意し、プランは必要回数とする。

・国基準通所サービスの費用等【令和6年4・5月】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
事業対象者・要支援1	週1回程度	1,798単位	1月につき
事業対象者・要支援1(日割)	週1回程度	59単位	1日につき
事業対象者・要支援2	週2回程度	3,621単位	1月につき
事業対象者・要支援2(日割)	週2回程度	119単位	1日につき
運営基準減算	—	—70/100	1月につき
業務継続計画未策定減算	—	—1/100	
高齢者虐待防止減算	—	—1/100	
同一建物減算1	週1回程度 (事業対象者・要支援1)	376単位	
同一建物減算2	週2回程度 (事業対象者・要支援2)	752単位	
送迎減算	—	—47単位	片道につき
生活機能向上グループ活動加算	月1回	100単位	1月につき
若年性認知症受入加算	月1回	240単位	
栄養アセスメント加算	月1回	50単位	
栄養改善加算	月1回	200単位	
口腔機能向上加算Ⅰ	月1回	150単位	
口腔機能向上加算Ⅱ	月1回	160単位	
一体的サービス提供加算	月1回	480単位	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	月1回	88単位(週1回程度) 176単位(週2回程度)	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	月1回	72単位(週1回程度) 144単位(週2回程度)	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	月1回	24単位(週1回程度) 48単位(週2回程度)	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	20単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	5単位	
科学的介護推進体制加算	月1回	40単位	1月につき
処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位数の59/1000	
処遇改善加算Ⅱ	月1回	所定単位数の43/1000	
処遇改善加算Ⅲ	月1回	所定単位数の23/1000	
特定処遇改善加算Ⅰ	月1回	所定単位数の12/1000	
特定処遇改善加算Ⅱ	月1回	所定単位数の10/1000	
ベースアップ等支援加算	月1回	所定単位数の11/1000	

・国基準通所サービスの費用等【令和6年6月以降】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
事業対象者・要支援 1	週 1 回程度	1, 798 単位	1 月につき
事業対象者・要支援 1 (日割)	週 1 回程度	59 単位	1 日につき
事業対象者・要支援 1	週 2 回程度	3, 621 単位	1 月につき
事業対象者・要支援 1 (日割)	週 2 回程度	119 単位	1 日につき
運営基準減算	—	—70 / 100	1 月につき
高齢者虐待防止減算	—	—1 / 100	
業務継続計画未策定減算	—	—1 / 100	
同一建物減算 1	週 1 回程度 (事業対象者・要支援 1)	376 単位	
同一建物減算 2	週 2 回程度 (事業対象者・要支援 2)	752 単位	
送迎減算	—	—47 単位	片道につき
生活機能向上グループ活動加算	月 1 回	100 単位	1 月につき
若年性認知症受入加算	月 1 回	240 単位	
栄養アセスメント加算	月 1 回	50 単位	
栄養改善加算	月 1 回	200 単位	
口腔機能向上加算Ⅰ	月 1 回	150 単位	
口腔機能向上加算Ⅱ	月 1 回	160 単位	
一体的サービス提供加算	月 1 回	480 単位	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	月 1 回	88 単位 (週 1 回程度) 176 単位 (週 2 回程度)	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	月 1 回	72 単位 (週 1 回程度) 144 単位 (週 2 回程度)	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	月 1 回	24 単位 (週 1 回程度) 48 単位 (週 2 回程度)	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月 1 回	100 単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月 1 回	200 単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6 月に 1 回を限度	20 単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6 月に 1 回を限度	5 単位	
科学的介護推進体制加算	月 1 回	40 単位	1 月につき
処遇改善加算Ⅰ	月 1 回	所定単位数の 92/1000	
処遇改善加算Ⅱ	月 1 回	所定単位数の 90/1000	
処遇改善加算Ⅲ	月 1 回	所定単位数の 80/1000	
処遇改善加算Ⅳ	月 1 回	所定単位数の 64/1000	
処遇改善加算Ⅴ (詳細省略)	月 1 回	詳細省略	

・通所サービスAの費用等【令和6年4・5月】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
通所サービスA 週1	週1回程度	1,464単位	1月につき
通所サービスA 週1(日割)	週1回程度	48単位	1日につき
通所サービスA 週2	週2回程度	2,928単位	1月につき
通所サービスA 週2(日割)	週2回程度	96単位	1日につき
運動器機能向上加算	-	120単位	1月につき
栄養アセスメント加算	月1回	50単位	1月につき
栄養改善加算	月1回	200単位	
口腔機能向上加算Ⅰ	月1回	150単位	
口腔機能向上加算Ⅱ	月1回	160単位	
一体的サービス提供加算	月1回	480単位	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	月1回	88単位(週1回程度) 176単位(週2回程度)	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	月1回	72単位(週1回程度) 144単位(週2回程度)	
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位	
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	20単位	
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	5単位	
科学的介護推進体制加算	月1回	40単位	1月につき
処遇改善加算相当Ⅰ	月1回	105単位(週1回程度) 189単位(週2回程度)	
処遇改善加算相当Ⅱ	月1回	79単位(週1回程度) 138単位(週2回程度)	
特定処遇改善加算相当Ⅰ	月1回	21単位(週1回程度) 38単位(週2回程度)	
特定処遇改善加算相当Ⅱ	月1回	18単位(週1回程度) 32単位(週2回程度)	
ベースアップ等支援加算相当Ⅰ	月1回	20単位(週1回程度) 35単位(週2回程度)	

【備考】

- ・入浴又は長時間の利用が必要な特段の事情がある場合、国基準通所サービスを利用
- ・入浴がなく、短時間の利用(90分以上、半日程度)の場合は、通所サービスAを利用
- ・送迎は基本単位に含まれる(送迎をしない場合でも減算せず、同額とする)
- ・事業対象者及び要支援1の認定を受けた者が、通所サービスA(週2回程度)を利用する場合には、区独自基準通所型サービスA個別計画の作成が必要

・通所サービスAの費用等【令和6年6月以降】

サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位	
通所サービスA 週1	週1回程度	1,464単位	1月につき	
通所サービスA 週1(日割)	週1回程度	48単位	1日につき	
通所サービスA 週2	週2回程度	2,928単位	1月につき	
通所サービスA 週2(日割)	週2回程度	96単位	1日につき	
運動器機能向上加算	—	120単位	1月につき	
栄養アセスメント加算	月1回	50単位	1月につき	
栄養改善加算	月1回	200単位		
口腔機能向上加算Ⅰ	月1回	150単位		
口腔機能向上加算Ⅱ	月1回	160単位		
一体的サービス提供加算	月1回	480単位		
サービス提供体制強化加算Ⅰ	月1回	88単位(週1回程度) 176単位(週2回程度)		
サービス提供体制強化加算Ⅱ	月1回	72単位(週1回程度) 144単位(週2回程度)		
生活機能向上連携加算Ⅰ	月1回	100単位		
生活機能向上連携加算Ⅱ	月1回	200単位		
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	20単位		1回につき
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	5単位		
科学的介護推進体制加算	月1回	40単位		1月につき
処遇改善加算相当Ⅰ	月1回	198単位(週1回程度) 341単位(週2回程度)		
処遇改善加算相当Ⅱ	月1回	194単位(週1回程度) 333単位(週2回程度)		
処遇改善加算相当Ⅲ	月1回	172単位(週1回程度) 296単位(週2回程度)		

【備考】

- ・入浴又は長時間の利用が必要な特段の事情がある場合、国基準通所サービスを利用
- ・入浴がなく、短時間の利用(90分以上、半日程度)の場合は、通所サービスAを利用
- ・送迎は基本単位に含まれる(送迎をしない場合でも減算せず、同額とする)
- ・事業対象者及び要支援1の認定を受けた者が、通所サービスA(週2回程度)を利用する場合には、区独自基準通所型サービスA個別計画の作成が必要

・通所サービスCの費用等【令和6年4月以降】

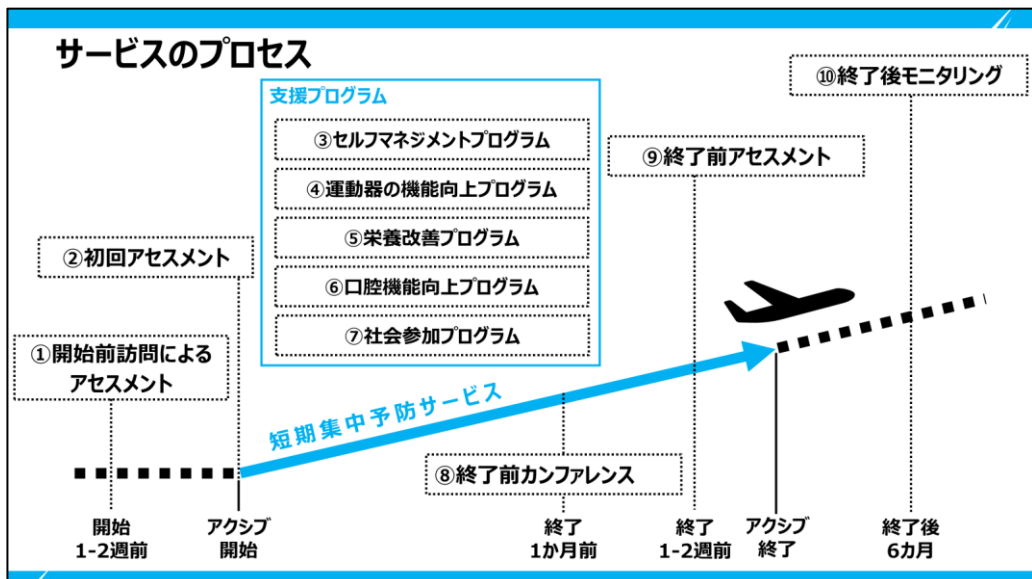
サービス内容略称	利用回数	単位	算定単位
通所サービスC	週2回	598単位	1回につき
通所サービスC・終了後モニタリング	終了6月後	598単位	1回につき
送迎加算	片道につき	50単位	1日につき
開始前訪問加算	初月のみ	300単位	1月につき
改善評価加算	終了月のみ	300単位	1月につき
社会参加継続加算	終了6月後	1,000単位	1月につき

【対象者】

- ① 渋谷区に住所を有する
- ② 基本チェックリストによる事業対象者または要支援1・2
- ③ 国基準通所サービスを利用していない
- ④ 通所型サービスAを週2回利用していない(週1回の利用は可)
- ⑤ 地域包括支援センター等によるアセスメントでこの事業の参加が適当と認められた
- ⑥ 事業の目的及び内容を理解し、自ら参加を希望する
- ⑦ 過去21月(暦月)に通所型サービスCを利用していない

【備考】

- ・利用者負担なし(教材費等実費負担は2,000円まで)
- ・通所サービスCは、リエイブルメント(再び自分でできるようにすること)を目指したプログラムです。
- ・3か月で要支援状態を改善するための生活習慣を身に付け、身体の変化への実感・自分の可能性への気づきから目標に向かっていくことの喜び・セルフマネジメントへの自信、社会参加への意欲を高めることを目的とします。
- ・送迎は片道単位とし、終了までには送迎なしでも通えるようになることを目指します。



・通所型サービス サービス利用早見表

介護度	サービスA (週1回)を 利用	国基準を 週1回利用	サービスA (週2回)を 利用	国基準(週1回) + サービスA(週1 回)を利用	国基準(週1回) + 区独自サービス (週1回)を利用	国基準を 週2回利用
要支援1	○	△	△	×	△	×
要支援2	○	△	○	×	×	△
事業 対象者	○	△	△	×	△	△

○:利用可能 △:利用に当たり諸条件あり ×:利用できない

・介護予防・生活支援サービス事業のサービス併用可否【原則的な取扱い】

サービス		国基準相当 訪問型サービス	訪問サービスA	国基準相当 通所型サービス	通所サービスA	通所型サービスC (短期集中リハビリ トレーニング)	
総合事業	国基準相当訪問型サービス	/	○ (訪問サービスA 回数限度あり)	○	○	○	
	訪問サービスA		○ (訪問サービスA 回数限度あり)	○	○	○	
	国基準相当通所型サービス		○	○	×	×	
	通所サービスA		○	○	×	△ (通所サービスA 週1回程度のみ可)	
	通所型サービスC(短期集中リハビリトレーニング)		○	○	×	△ (通所サービスA 週1回程度のみ可)	
介護予防	介護予防訪問入浴介護	○	○	○	○	○	
	介護予防訪問看護	○	○	○	○	○	
	介護予防訪問リハビリテーション	○	○	○	○	×	
	介護予防居宅療養管理指導	○	○	○	○	○	
	介護予防通所リハビリテーション(デイケア)	○	○	×	×	×	
	介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	介護予防短期入所生活介護を受けている間は総合事業のサービスは利用不可。 ※月の途中で一時的にショートステイを利用した場合は、総合事業の月額報酬のサービスは日割請求になる。					
	介護予防短期入所療養介護(療養型ショートステイ)	介護予防短期入所療養介護を受けている間は総合事業のサービスは利用不可。 ※月の途中で一時的に療養型ショートステイを利用した場合は、総合事業の月額報酬のサービスは日割請求になる。					
介護予防特定施設入居者生活介護	介護予防特定施設入居者生活介護を受けている間は総合事業のサービスは利用不可。 ※ただし、指定介護予防特定施設入居者生活介護の提供に必要がある場合に、当該事業者の費用負担により、 その利用者に対して訪問型サービス又は通所型サービスを利用させることは差し支えない。 ※月の途中で入居または退去した場合は、総合事業の月額報酬のサービスは日割請求になる。						
介護予防福祉用具貸与	○	○	○	○	○		
特定介護予防福祉用具販売	○	○	○	○	○		
地域密着型 介護予防 サービス	介護予防認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護を受けている間は総合事業のサービスは利用不可。					
	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護を受けている間は総合事業のサービスは利用不可。					
	介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	入居中のサービスは介護予防特定施設において実施されることを想定している。 ※月の途中で入居または退去した場合は、月額報酬のサービスは日割請求になる。					

※サービスを併用する場合、区分支給限度基準額を越えないように注意してください。

基本チェックリスト

包括

被保険者番号		記入日	年	月	日
氏名					
住所				電話	
生年月日	年	月	日	希望するサービス内容	
NO.	質問項目				回答：いずれかに○をお付けください。
1	バスや電車で1人で外出していますか				0.はい 1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか				0.はい 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0.はい 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0.はい 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0.はい 1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0.はい 1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0.はい 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0.はい 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1.はい 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1.はい 0.いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1.はい 0.いいえ
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI = <input type="text"/>) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1.はい 0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1.はい 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1.はい 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0.はい 1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				1.はい 0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか				1.はい 0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0.はい 1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1.はい 0.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1.はい 0.いいえ
22	(ここ2週間) これまで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

渋谷区、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント等の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、渋谷区、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 _____

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
		性 別
		年 月 日
		男・女
介護予防サービス計画作成を依頼（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)		
渋谷区長 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 住 所 電話番号 () 被保険者 氏 名 サービス受給開始（予定）年月日 (年 月 日)		
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号 <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援等の提供にあたり、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等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渋谷区へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、必ず渋谷区へ届け出てください。
届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

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	性 別
		年 月 日	男 ・ 女
介護予防サービス計画作成を依頼（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 ()	
介護予防支援事業所若しくは	届出時に委託先が決まっている場合は、記入してください。		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)			
渋谷区長 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 住 所 被保険者 氏 名			
		サービス受給開始（予定）年月日 (年 月 日)	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

サービス開始年月日を記入してください。※要支援⇒事業対象者の場合は、認定有効期間終了日の翌月1日の日付で記入してください。

被保険者が署名した日付を記入してください。

介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が介護予防支援等の提供にあたり、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等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渋谷区へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画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、必ず渋谷区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、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の区市町村の窓口へ提出してください。

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	3	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4	外出手段	日用品を買う店まで	
病院に行くときは			1)行ける(手段) 2)付き添いを頼む 3)行けない	
日常生活(家庭生活)	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9	ゴミ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	家族状況	1)高齢者のみの世帯 2)同居者が障害・疾病・介護が必要な状態 3)単身生活	
社会参加、対人関係について	12	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど1人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	
	16	情緒が不安定になること	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1)ない 2)一人になることが不安である	
健康管理について	18	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	特記・課題等
	19	医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている	
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている	
	20	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	21	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)	
	22	服薬管理の状態	1)できる 2)指示があれば飲める 3)できない	
	23	一人で入浴	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	24	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
25	一人で浴槽を跨ぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない		
上記問25で3)できないを選択した場合:理由(特記・課題等
物忘れ等について	26	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	27	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	28	電気機器類の操作	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	29	火の始末	1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり	
	30	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

・渋谷区版アセスメントシート等の記載に基づく判断基準

				対象者判定基準		
運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり		1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	①身体介護の必要性が高い 以下のいずれかに該当する ア 項目1・2・3・23・24・25の いずれかで「3」があること イ 項目24が「2」以上であること	
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)		1)できる 2)つかまれば可能 3)できない		
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる		1)できる 2)何とかできる 3)できない		
	3	片足立ち(1秒)		1)できる 2)つかまれば可能 3)できない		
4	外出手段	日用品を買う店まで		1)行ける(手段) 2)付き添いを頼む 3)行けない	②機能訓練の必要性が高い 項目1・2・3・23(全5項目)のうち、 2項目以上が「2」以上であること	
		病院に行くときは		1)行ける(手段) 2)付き添いを頼む 3)行けない		
日常生活(家庭生活)	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	③生活援助の必要性が高い 以下のいずれにも該当する ア 項目11のいずれかに該当する イ 項目6～10のうち、2項目以上 が「3」以上であること		
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない			
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない			
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない			
	9	ゴミ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない			
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない			
	11	家族状況	1)高齢者のみの世帯 2)同居者が障害・疾病・介護が必要な状態 3)単身生活			
社会参加、対人関係について	12	1日誰と過ごすことが多いか		1)家族・友人等 2)ほとんど1人で過ごす	④閉じこもり予防の必要性が高い 項目12・13・14のうち、1項目 以上が「2」である	
	13	外出する頻度(通院以外)		1) 回/週 2)ほとんど外出しない		
	14	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度		1) 回/週 2)ほとんどない	⑤うつ予防の必要性が高い 項目16・17のうち、1項目以上が 「2」であること	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮		1)気にしている 2)気にならなくなった		
	16	情緒が不安定になること		1)ない 2)情緒が不安定になることがある		
	17	一人きりになることへの不安		1)ない 2)一人になることが不安である		
健康管理について	18	年1回の健康診査の受診		1)受けている 2)受けていない	⑥診療情報提供書が必要 項目19のうち、1項目以上が 「2」である	
	19	医師からの運動制限		1)ない 2)運動を制限されている		
		その他医師からの注意		1)ない 2)注意を受けている		
	20	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない			
	21	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)			
	22	服薬管理の状態	1)できる 2)指示があれば飲める 3)できない			
	23	一人で入浴	1)できる 2)何とかできる 3)できない			
	24	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない			
25	一人で浴槽を跨ぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない				
上記問25で3)できないを選択した場合:理由(
物忘れ等について	26	会話がまとまらない		1)いいえ 2)はい	⑦認知症予防の必要性が高い 以下のいずれかに該当する ア 項目15・22・27～30のうち、 2項目以上が「2」以上である イ 項目15・22・27～30のうち、 1項目が「2」以上であり、かつ 項目11に該当する	
	27	物忘れが気になる		1)いいえ 2)はい		
	28	電気機器類の操作		1)できる 2)迷う 3)難しい		
	29	火の始末		1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり		
	30	悪徳商法への注意		1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり		

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel	()	
	Fax	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2	
	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・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)
住 所 連 絡 先	続 柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・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
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します

_____年 月 日 氏名_____

興味・関心チェックシート

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

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

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

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

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)

No. _____

利用者名 _____ 殿

認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

計画作成者氏名 _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

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 (運動・移動について)	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)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
(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					()						
(健康管理について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来自ら実施が実施できない場合】

【本来自ら実施に向けた方針】

総合的な方針: 生活不活発性の改善予防のポイント

総合的方針: 生活不活発性の改善予防のポイント

【意見】

地域包括支援センター

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします

年 月 日

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に数字に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

予防給付または地域支援事業

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 委託先担当介護支援専門員氏名 _____

サービス計画作成者(地域包括支援センター担当者)氏名 _____

開催日 _____ 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____ 回

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

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。

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 様

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
 介護予防・生活支援サービス事業
 一般介護予防事業
 終了

週間サービス計画表

利用者名 _____ 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
早朝								
午前								
午後								
夜間								
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00:00								
2:00								

週単位以外のサービスの