

新座市
介護予防・日常生活支援総合事業
実施マニュアル

令和3年10月
新座市介護保険課

目 次

1.	新座市ケアマネジメント基本方針	1
2.	新座市介護予防・日常生活支援総合事業の概要	4
3.	総合事業対象者について	5
(1)	事業対象者の転入・転出について	5
(2)	住所地特例対象者について	6
(3)	介護保険個人情報の外部提供について	7
4.	要支援認定・事業対象者の更新時の手続【高齢者相談センター】	9
5.	自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針	12
(1)	自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの考え方	12
(2)	実施主体（実施担当者）	14
(3)	介護予防ケアマネジメントの概要	15
(4)	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	16
(5)	実施の手順	17
(6)	セルフマネジメントの視点	21
(7)	関連書式について	21
6.	介護予防・生活支援サービス事業	22
7.	新座市訪問型サービス	25
(1)	新座市介護予防訪問介護相当サービス	28
(2)	新座市訪問型サービスA	29
8.	新座市通所型サービス	30
(1)	新座市介護予防通所介護相当サービス	32
(2)	新座市通所型サービスA	33
9.	月額報酬と暫定サービスの考え方	35
10.	一般介護予防事業	40
11.	規則・告示	43
12.	関連様式一覧	44

1. 新座市ケアマネジメント基本方針

新座市のケアマネジメントに関する基本方針

1 策定の趣旨

介護保険法における、介護保険の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」です。

保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われることとし、それは、医療との連携に十分に配慮し、また、被保険者の選択に基づいた適切なサービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなくてはなりません。

そして、国民は要介護状態になることを予防するため、健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合でも有する能力の維持向上に努めるとされています。

介護保険におけるケアマネジメントは、これらの介護保険法の理念に基づいて行われることが必要です。

新座市では、ケアマネジメントの在り方について、保険者と介護支援専門員及び高齢者相談センターで共有することを目的として、ケアマネジメントに関する基本方針を策定しました。

【介護保険法】（抜粋）

（目的）

第1条 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増進を図ることを目的とする。

（平17法77・一部改正）

（介護保険）

第2条 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に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。

(平17法77・平23法72・一部改正)

(保険者)

第3条 市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする。

2 市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、特別会計を設けなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 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ものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

2 居宅介護支援に関する基本方針

新座市では「新座市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」において、居宅介護支援に関する基本方針について以下のとおり定めています。

(基本方針)

第3条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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のできるよう配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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るものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

3 介護予防支援に関する基本方針

新座市では「新座市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」において、介護予防支援に関する基本方針について以下のとおり定めています。

(基本方針)

第3条 指定介護予防支援の事業は、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配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者(以下「介護予防サービス事業者等」という。)に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

(平30条例15・一部改正)

2. 新座市介護予防・日常生活支援総合事業の概要

介護予防・日常生活支援総合事業の背景・基本的な考え方

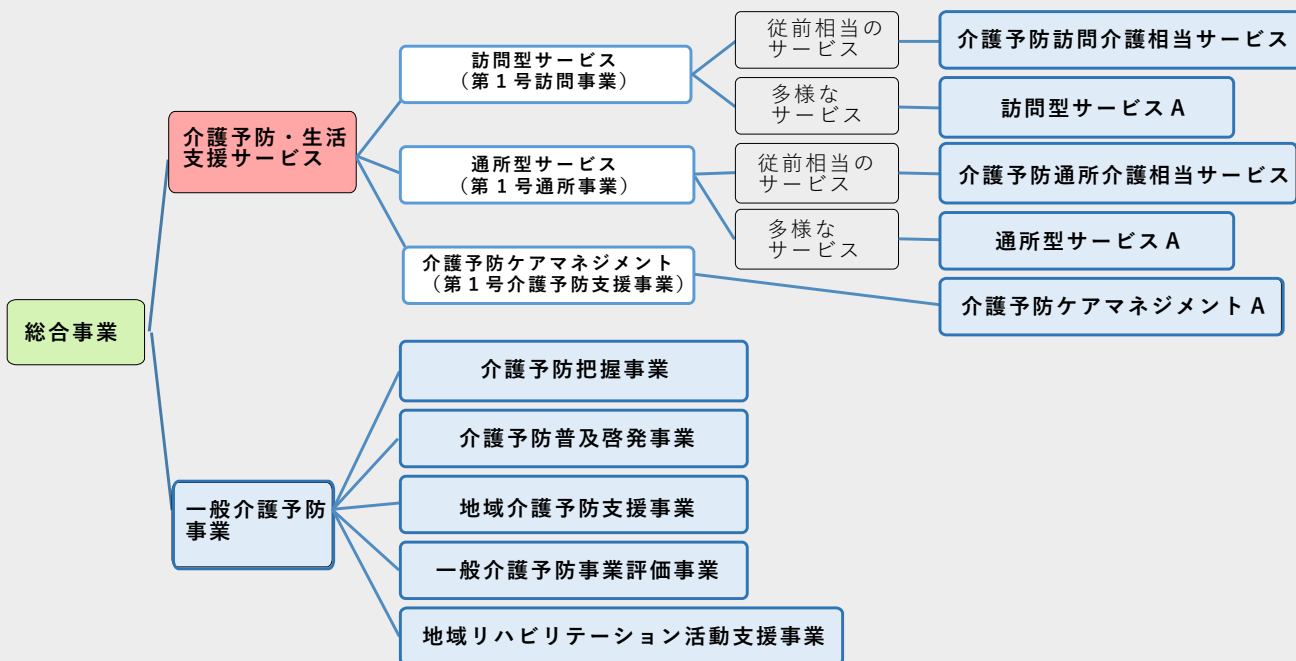
《厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」P2》

- 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
- 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要介護・要支援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。

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」と第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う「一般介護予防事業」から構成されます。

新座市介護予防・日常生活支援総合事業の構成



3. 総合事業対象者について

- 「基本チェックリスト」を実施し、要支援1又は要支援2に相当する状態像とみなす方を、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」（以下「事業対象者」という。）として判定します。
- 「事業対象者」が利用できるサービスは、「介護予防・生活支援サービス」及び「一般介護予防事業」です。
- 新座市において、基本チェックリストを実施し、事業対象者となる方は、既に要支援認定等を受けている方が対象です。介護保険サービスを初めて利用する場合の手続については、これまでと変更はなく、要介護・要支援認定申請をします。

（注）40～64歳の第2号被保険者は、事業対象者には該当しません。

- 本市では、事業対象者の有効期間は1年間です。

(1) 事業対象者の転入・転出について

事業対象者となった方が転入・転出した場合の対応は、以下のとおりです。

1. A市から新座市へ転入
 - 事業対象者であることを引き継ぎません。
 - 介護予防・生活支援サービスが必要な場合は、要介護認定申請を行ってください。
2. 新座市からA市へ転出
 - 事業対象者であることを引き継ぐかどうかは、A市の判断となります。

【厚生労働省Q&A(H27.1.9)】第4 サービスの利用の流れ

問4 A市で基本チェックリストを利用してサービス事業対象者となった者が、B市に転居してサービスを利用する場合、B市で改めて基本チェックリストを実施することが必要か。

（答）

1 サービス事業対象者が、何らかのサービス事業を利用している状態でA市からB市に転居する場合などは、B市においてもサービス事業をできるだけ切れ目なく迅速に利用できる体制とすることが望ましいと考えられる。このため、A市での基本チェックリストの結果をもって、B市のサービス事業対象者とするのを妨げるものではなく、市町村の実情に応じて適切に判断していただきたい。

【注意:ただし、新座市では、事業対象者であることを引き継ぎません。】

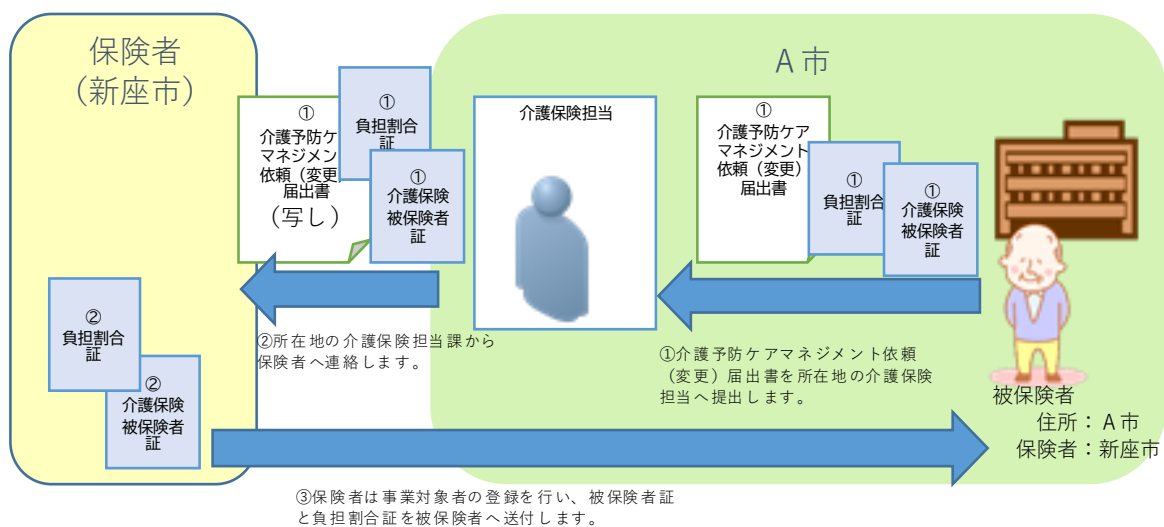
2 なお、B市においてA市での基本チェックリストを活用する場合は、利用者の同意を得てA市でのケアプラン等やサービス利用状況等もあわせて情報を収集したうえで、B市の事業の実施状況等をふまえて介護予防ケアマネジメントを実施し、サービスにつないでいただきたい。

(2) 住所地特例対象者について

- 総合事業においては、保険者がどこであるかに関わらず、住所（住民票のあるところ）に基づき、サービス提供・事業対象者の判定、事業者の指定が行われることになります。

	介護保険証		総合事業		
	保険者	住所	サービス提供	基本チェックリスト実施	事業者指定
1	新座市	新座市	新座市	新座市	新座市
2	新座市	A市	A市	A市	A市
3	A市	新座市	新座市	新座市	新座市

住所地特例施設A市で総合事業を利用する場合の被保険者証について



【注意】住民票を移動せず、サービスを利用する場合について

- 利用者本人は他市にいるものの、保険者及び住所は新座市であることから、新座市の総合事業を利用することになります。つまり、申請手続は新座市が実施し、事業者は新座市の指定を受けている必要があります。
- 住所地以外で介護保険サービスを利用する場合は、基本的にそこに居を構えるということであり、住民票を異動することが必要です。

(例) 新座市民が、一時的にX市の娘宅に身を寄せ、住民票を移さずにX市でサービス利用する場合

X市の事業者は、新座市の事業者指定を受ける必要がある。つまり、事業者は、X市の総合事業の基準に関わらず、新座市の基準を満たす必要があり、委託されるX市の居宅介護支援事業者は、新座の介護予防ケアマネジメントの運営基準に従う必要がある(興味・関心チェックシート必須)。

※ なお、上記の取扱いについては、逆の場合も想定される。仮に、X市でケアマネジメントB又はCがある場合は、それを踏まえて、ケアマネジメントを実施する必要がある。

【厚生労働省Q&A(H27.1.9)】第4 サービスの利用の流れ

問 7 住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業のサービス事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼書は保険者市町村に提出することでよいか。その際、サービス事業対象者である旨を記載した被保険者証の発行は、依頼書が提出されたタイミングで保険者市町村が発行することでよいか。

(答)

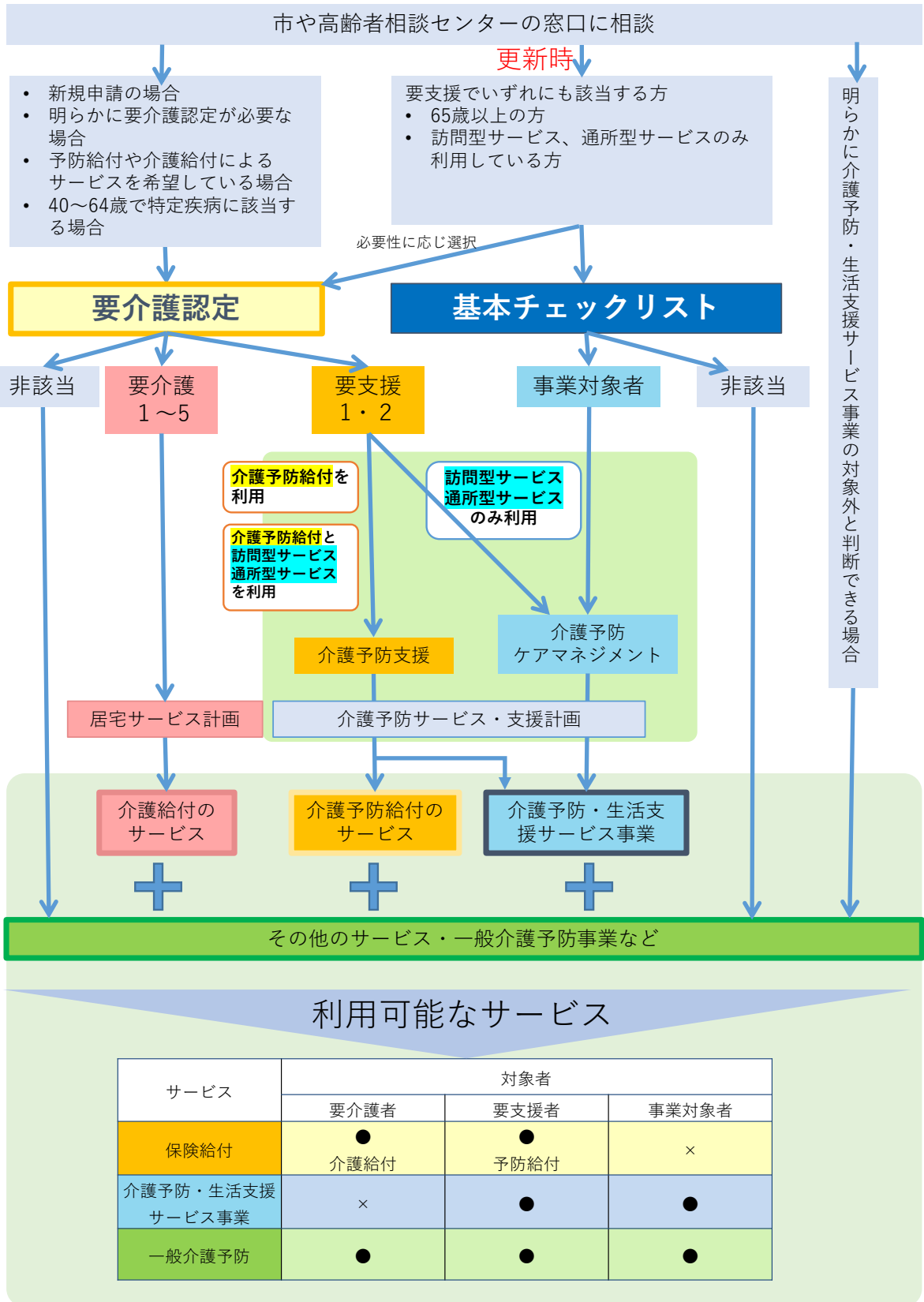
- 1 制度改正に伴って、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村で行うこととなるため、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書は、施設所在市町村に届け出ることとなる。
- 2 一方、保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業対象者を登録したうえで、被保険者証を交付することが必要であり、施設所在市町村は、届出を受け取ったときは、速やかに保険者市町村に、届出書の写しを送付等することが必要である。
- 3 施設所在市町村から連絡を受けた保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業の対象者として登録し、被保険者証を発行することとなる。なお、サービス事業費を国保連合会を経由して支払う場合は、保険者市町村から国保連合会に住所地特例対象者を連絡する必要がある。

※ 国保連合会に送る「介護保険 受給者情報異動連絡票」については、住所地特例の欄を設け、施設所在保険者番号等設定できるよう変更となる。

(3) 介護保険個人情報(認定審査会資料)の外部提供について

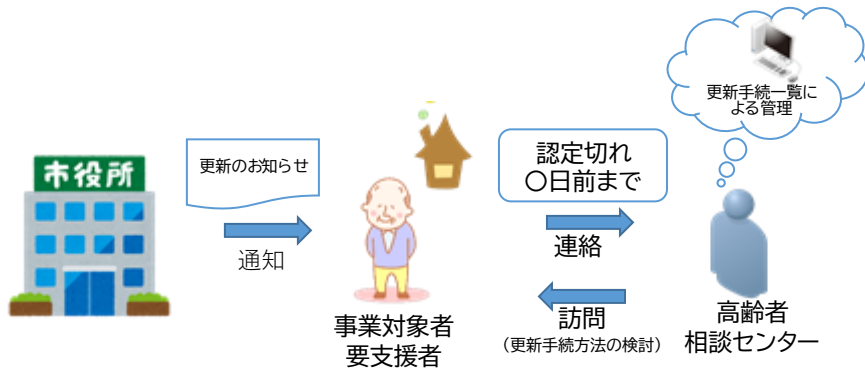
- 基本チェックリストを実施し、サービスを利用する場合に、直近の認定審査会資料(1年前の「一次判定」、「特記事項」及び「主治医意見書」)を開示請求することが可能です。
- ただし、開示される情報は1年前の情報であることから、現在の本人の状態とは異なっていることがあることに留意し、必ず、本人又は家族等に確認してください(主治医意見書の情報を根拠とする場合は、当該情報について主治医に確認する必要があります。)
- なお、直近の定義は「2年未満」とします。したがって、1年目に要支援認定を受け、2年目に基本チェックリストを実施したが、サービスの利用がない場合で、3年目から基本チェックリストにより、サービス利用が開始する場合については、直近の認定審査会資料は2年以上経過しているため、開示することはできません。

サービス利用の流れ



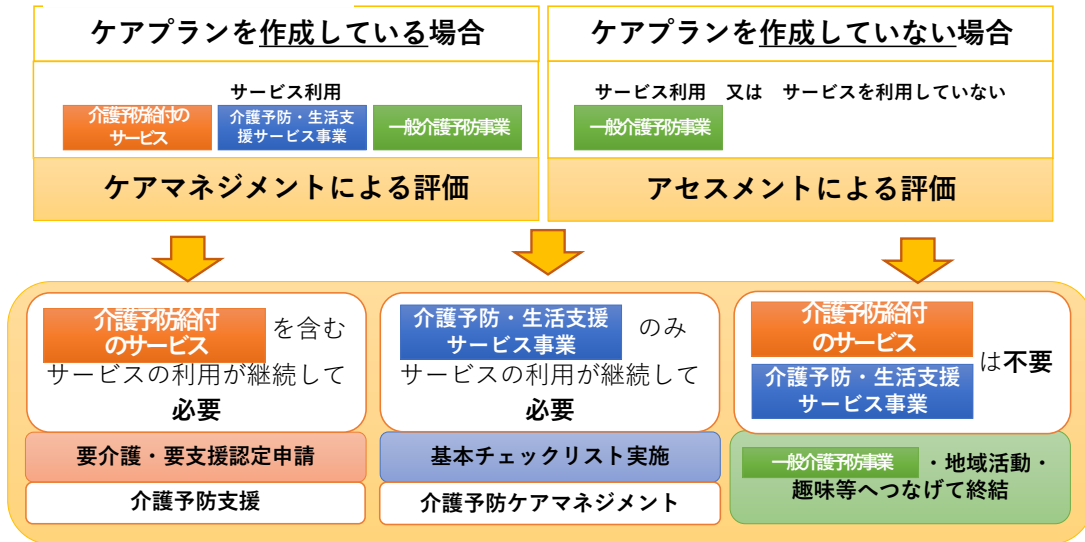
4. 要支援認定・事業対象者の更新時の手続【高齢者相談センター】

- 市から、要支援者・事業対象者の有効期間満了日の 60 日前頃に、当該被保険者に対し、更新の手続のために各高齢者相談センターへ連絡する旨のお知らせを送付します。
 - 連絡のあった高齢者相談センターは、対象者と調整の上、訪問により、更新手続方法について検討します。（モニタリング時に手続することが想定されます。）
- ※ この際、エクセルの管理表「更新手続一覧表」へ記録してください。
- ※ 連絡が来ない被保険者に対し連絡を取り、意向を確認してください。



- 更新手続時の基本チェックリスト・要介護・要支援認定の判断は以下のとおりです。実施の判断は、利用者本人の意向及び状態を踏まえ、専門的な見地から行います。

高齢者相談センターが



ガイドライン P66

介護予防等の支援を行う上で、利用者本人の基礎疾患等に関する情報は、支援の有効性や安全性を確保する上で重要となる。基本チェックリストの実施の際には、基礎疾患等に関する情報の重要性に鑑み、要介護認定等の申請に繋げることに付随して医師の意見を確認することや、主治医への個別の確認などにより、利用者の状態を確認すること。

総合事業の説明の際の留意事項

- ① サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であることを説明する。
- ② 事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であることを説明する。
- ③ 総合事業の趣旨（下記）を説明する。

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、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業である。
- 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み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていく。

(1) 基本チェックリストを実施する場合

- 対面にて行います。
- 「基本チェックリストについての考え方」(P53・54)に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。
- 様式は、既存の3枚複写を利用し(残部ある限り)、「本人控え」は本人に、「機関控え1」を介護保険課窓口へ提出、「機関控え2」は高齢者相談センターが保管します。
- 「本人控え」を渡す際に、右下の説明文は二次予防事業の内容のため、×をしてください。
- 「氏名(自署)」は、利用者が記入してください(押印不要)。また、「氏名(自署)」の上に「被保険者番号」を記入してください。(右図参照)

被保険者番号→000000××××

氏名(自署) 新座 太郎

- 委託している場合についても、基本チェックリストの手続については高齢者相談センター職員同席のもと実施します(ただし、住所地特例は除く。)
- 継続してサービスが必要な場合で、事業対象者の区分支給限度額(5,032単位)を超える見込みがある時は、「要介護・要支援認定申請」をしてください。

基本チェックリストの提出

- 基本チェックリストについては、担当のケアマネジャーが実施し、介護保険課へ提出してください。
- 提出の代行は、居宅介護支援事業者も可能です。
- 10日程度で被保険者の自宅へ介護保険被保険者証を送付します。

被保険者証の記載事項

要介護状態区分：事業対象者

認定年月日：基本チェックリスト実施日

有効期間：更新時に基本チェックリストを実施した場合、要支援認定又は前回の基本チェックリスト有効期間満了日の翌日から1年間

(更新時以外に基本チェックリストを実施した場合、基本チェックリスト実施日から起算して1年間)

(2) 要介護・要支援認定申請を実施する場合

- 介護保険課へ要介護・要支援認定申請書を提出してください。
- 事業対象者の限度額は5,032単位であることから、訪問型サービスと通所型サービスの組合せ方により、5,032単位を超える見込みである場合は、要介護・要支援認定申請を行う必要があります。
- 総合事業を実施している市町村は、要支援認定の有効期間を上限2年間まで設定することができますが、新座市では、引き続き要支援認定の有効期間は最長1年間とします。
- 基本チェックリスト実施の結果、非該当となった場合、要介護・要支援認定申請は可能です。ただし、アセスメントの結果及び総合事業の趣旨等を勘案して、適切に判断してください。

必要性を適切に判断すべき事例

ケアマネジメント・アセスメントの結果、介護予防福祉用具貸与等の介護予防サービスの利用は行わないが、**念のため**、要介護・要支援認定を申請する。

⇒求められる対応

◇ 介護予防サービスの利用予定がない場合、又は、サービス利用予定がないが、更新を希望する場合は、要介護・要支援認定ではなく、基本チェックリストを実施すること。

(ただし、本人の意向、今後考えられる必要性に応じ、要介護・要支援認定の申請を妨げるものではありません。)

◇ 事業対象者が介護予防サービスの必要性が生じた場合は、要介護・要支援認定の新規申請を行い、適切なアセスメントを実施した上で、暫定サービスを利用すること。

(3) 終結の場合

- 地域活動・趣味等の継続の必要性等について十分に説明し、サービスを終了します。
- その際、何か困ったことがあれば、高齢者相談センターへ相談できる旨は必ず伝えてください。

5. 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針

(1) 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの考え方

自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントは、介護予防の目的でもある「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」ことに基づき、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す。

これは、介護保険法第1条の「目的」、介護保険法第4条の「国民の努力及び義務」に明記されているものです。

【介護保険法】

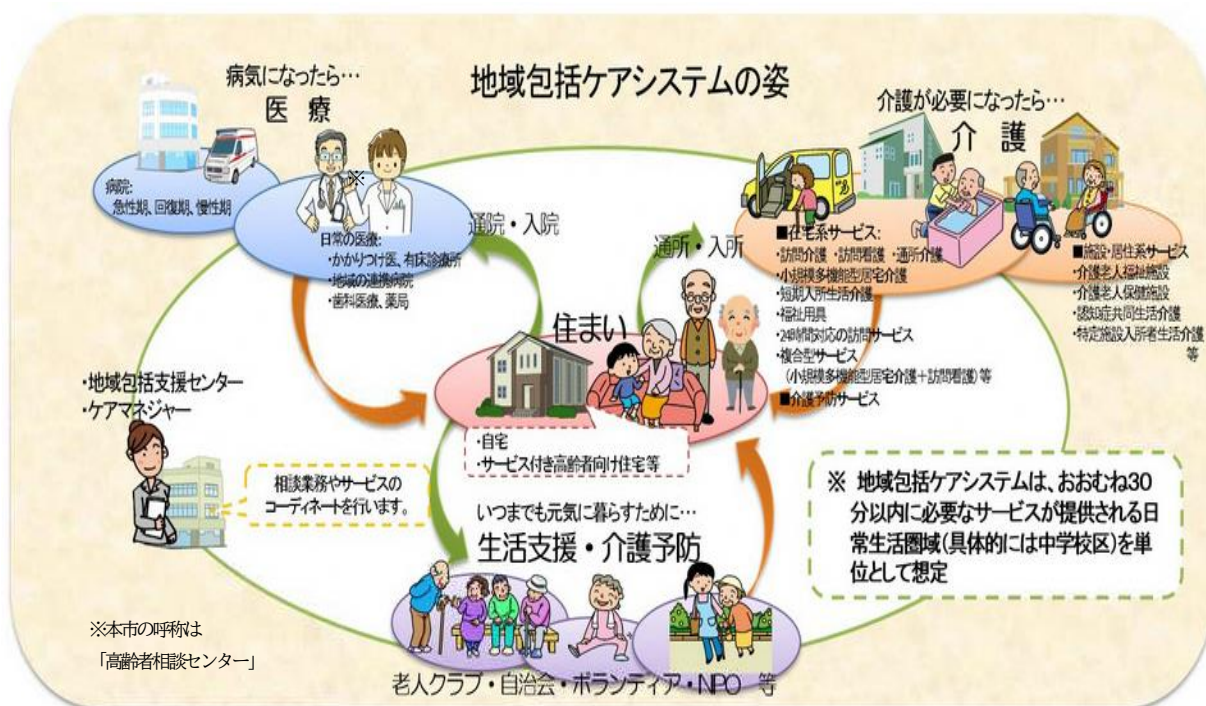
第一条

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増進を図ることを目的とする。

第四条

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ものとする。**

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させることが求められます。このような社会の仕組みを地域包括ケアシステムと呼びます。

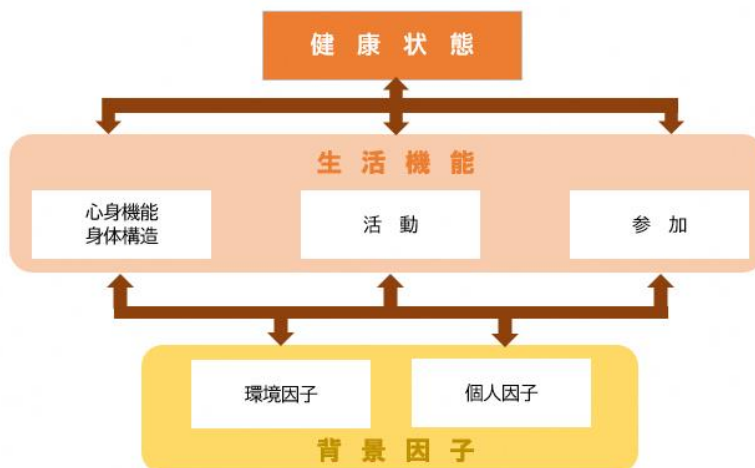


出典：厚生労働省ホームページから必要箇所を抜粋

そのため、ケアマネジメントにおいては、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、利用者の心身機能の改善・重度化防止はもとより、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になります。

ICF※（国際生活機能分類）の構成要素

※International Classification of Functioning, Disability and Health



参考：「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について（厚生労働省）

適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

また、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も大切です。

利用者のみならず、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります（詳細は「(6) セルフマネジメントの視点」を参照のこと）。

ここに示す、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は、介護予防支援及び介護予防・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と同様と解釈し、これ以降、「介護予防ケアマネジメント」と表記することとします。

(2) 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の高齢者相談センターにおいて、実施します。

介護予防ケアマネジメントは、高齢者相談センターに配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行います。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、高齢者相談センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能です。

介護予防ケアマネジメントの望ましい実施体制の例として、以下が考えられます。

- ① 高齢者相談センターがすべての介護予防ケアマネジメントを行う。
- ② 居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントは高齢者相談センターが行い、(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所が行い、適宜高齢者相談センターが関与する。

なお、居宅介護支援事業所が委託を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合も、初回のケアマネジメント実施時には高齢者相談センターが立ち会うように努めるとともに、その後、居宅介護支援事業所が適切に介護予防ケアマネジメントを実施できるよう、必要に応じて助言指導を行う等、積極的に支援してください。

また、委託について、下記の点も十分に確認してください。

- ① 委託者については新座市地域包括支援センター運営委員会の議を経る必要があるため、新規に委託する際は、市に一部委託届出を必ず提出し、委託者及び委託が必要である旨について明記すること。
- ② 委託者は都道府県知事が実施する指定の研修を受けている等必要な能力を有する者が従事していること。
- ③ 高齢者相談センターは委託者が作成した介護予防サービス計画の妥当性の確認を行うとともに、評価の際は内容の確認及び今後の方針等を決定すること。
- ④ 委託に当たっては、正当な理由なしに委託者が偏らないこと。
- ⑤ 委託に当たっては、委託者の業務に支障のない範囲にすること。
- ⑥ 委託の際はアセスメントから計画作成まで一体的に行われること。

(3) 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防におけるケアマネジメントには、2つの種類があります。

① 指定介護予防支援事業所における「介護予防支援」

「介護予防支援」とは、要支援者について実施する介護予防ケアマネジメントです。

要支援者が、介護予防サービスや、地域密着型介護予防サービス、特定介護予防・日常生活支援総合事業及び介護予防に資する保険医療・福祉サービスを適切に利用できるように実施するものです。

② 介護予防・日常生活支援サービス事業における「介護予防ケアマネジメント」

介護予防・日常生活支援総合事業において実施する介護予防ケアマネジメントです。

介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている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、通所型サービス、その他生活支援サービスのほか、一般介護予防事業や、市独自の施策等、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を実施するものです。

上記2つの介護予防ケアマネジメントは、対象者及び利用するサービスにおいて分けられ、整理すると以下ようになります。

介護予防給付と介護予防・日常生活支援サービス事業の両方を利用している場合は、介護予防支援となることに注意が必要です。

【介護予防ケアマネジメントの種類】

対象者	介護予防ケアマネジメント
介護予防給付	介護予防支援
介護予防給付 + 介護予防・日常生活支援サービス事業	介護予防支援
介護予防・日常生活支援サービス事業	介護予防ケアマネジメント

※ P. 8 サービス利用の流れも参照してください。

(4) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

総合事業における、介護予防ケアマネジメントの類型を想定しています。

ただし、本市では現在「ケアマネジメントA」のみ実施していることから、基本的に「ケアマネジメントA」のプロセスに沿って、実施するものとします。

今後、総合事業において、介護予防ケアマネジメントの類型がA以外に創設された場合は、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、利用者の状況に応じて選択し実施するものとします。

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）

高齢者相談センターが、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定するもの。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

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）※本市では未実施

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様に実施し、サービス担当者会議を省略しケアプランを作成する。モニタリングは必要に応じて時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う。

ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）※本市では未実施

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施するもの。

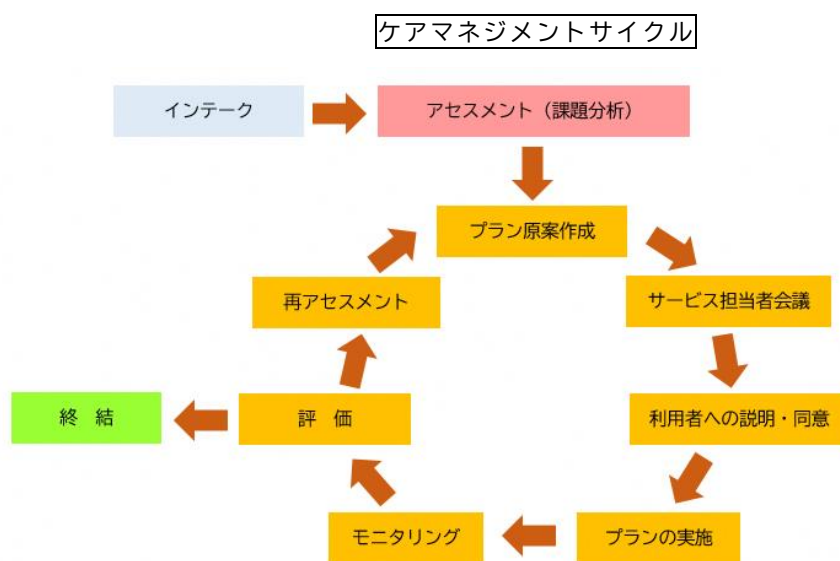
初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。

その後は高齢者相談センターによるモニタリングは行わず、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、高齢者相談センターによるケアマネジメントに移行する。

(5) 実施の手順

介護予防ケアマネジメントは以下の手順で実施します。

インテークからアセスメント（課題分析）、プランニング（原案）の作成を行い、サービス担当者会議を開き、関与する人々の意見を聴取し、プランニングの修正や承認を得て、ケアプランの実行に移ることで初めてサービス提供ができる体制が整います。サービス提供後も心身の状態像の変化に応じて適宜サービスの見直しを行います。また、サービスの終結や介護給付への移行等もあり得るため、適宜モニタリングを行いながら、サービス調整等に努める必要があります。



参考：平成26年度埼玉県地域包括支援センター職員初任者研修資料
和光市北第二地域包括支援センター岩田氏作成「ケアプラン作成の流れ」

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聴き取り等を通じて行う。

- 本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、本人に合った目標設定を行う。
- 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。
- 「～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。

ケアプラン原案作成

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。

具体的な項目については以下のとおり。

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。
- 計画に定めた実施期間で達成が可能であり、利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。

利用するサービス内容の選択

- 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、民間企業等、多様な取組を積極的に位置づけること。

回数・時間、実施期間、モニタリング

- 利用者の状況や環境、希望等を勘案した上で、利用者によく相談しながら、適切に設定する。

サービス担当者会議

サービス担当者会議の目的をしっかりと理解し開催する。

目的

- 利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解する。
- 地域の公的サービス・インフォーマルサービス等について情報共有をし、その役割を理解する。
- 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画等を協議する。
- サービス事業者等の役割を相互に理解する。

実施に当たっては、以下の留意点に十分注意すること。

留意点

- 出席者には、必ず守秘義務に関する配慮義務を課すこと。
- インフォーマルサービスの支援者が出席する場合、当該支援者にも守秘義務が求められることを十分説明すること。

利用者への説明・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、利用者及び家族が理解できるように丁寧に説明し、同意を得る。

本人の同意を得て、ケアプランをサービス実施者にも交付する。

モニタリング

3か月に1回、訪問して面接する。サービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときにも、訪問して面接する。

上記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。

サービス事業者や利用者との日常的な連絡調整を通じて「信頼関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておく。

モニタリングの結果を評価につなげ、ケアプランの修正や、改めてアセスメントを行うかどうかの判断材料とし、必要に応じてケアプランの見直しを行う。

モニタリングの視点

- 利用者の生活状況に変化がないか
- ケアプラン通りに利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
- 提供サービス等の支援内容が適切であるか
- 利用しているサービスについて、利用者は満足しているか
- ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

法令上のモニタリングの規定

ア 利用者の居宅を訪問し、利用者に面接をしなければならない場合

- ・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月に1回
- ・サービスの評価期間が終了する月
- ・利用者の状況に著しい変化があったとき

イ 利用者の居宅を訪問しない月

- ・可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション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

ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること

評価

設定したケアプランの実施期間の終了時に、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。

評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化等を把握し、これらを集約し利用者の生活機能全体に関する評価を行う。

適宜地域ケア会議等を活用して、個別事例等について多職種で検討し、個別問題の解決や政策形成、地域づくり・資源開発、介護支援専門員のスキルアップ等につなげていくようにする。

(6) セルフマネジメントの視点

介護予防は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものです。

そのためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、住み慣れた地域で生きがいや役割をもっていきいきと楽しく暮らし続けることができるよう、介護予防や健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

このセルフマネジメントについて、本市では、令和3年度から介護予防手帳を作成し、高齢者が自らの健康状態や地域活動参加の記録等をするすることで、健康保持や介護予防の意識を持つことにつながり、自律的に生活を管理する力（セルフケア・セルフマネジメント力）を高めることができるように支援します。

また、介護予防手帳の情報を、必要に応じて高齢者相談センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャー等の関係者と共有することで、多職種連携の一助になるとともに、フォーマルインフォーマル双方の各種サービスの利用支援に効果的に活用していきます。

介護予防手帳の具体的な運用方法等については、当該手帳の完成後、別途、示します。

(7) 関連書式について

介護予防ケアマネジメントの実施に際し、使用する関連書式は「**関連様式一覧**」(P44)のとおりとします。

介護予防ケアマネジメントに際しては、自立支援・重度化防止に資するため、きめ細やかなアセスメントが必要であり、それを本人の現在の状態及び予後予測のもとマネジメントしていくことが求められます。そのため、本市では、現状及び予後予測、ADL評価、IADL評価、各種運動機能評価（測定値）等、詳細なアセスメントツールを使用しています。

また、関連書式は、本市の地域ケア個別会議の機能を有する「自立支援型地域ケア会議」でも使用しており、多職種がそれぞれの専門性を活かした視点からのアドバイスをするためにも、必要な書類となっています。

これらの書類を活用することで、アセスメントにおける見落とし・未把握事項を減らし、また課題を抽出する視点を養う効果が期待されます。

さらに、自立支援型地域ケア会議で検討することで、多職種の視点によるアドバイスが得られ、ケアマネジメントの質の向上にもつながります。

関連書式は、使用していく中で、定期的に使用方法について効果検証し、必要に応じて改良していくこととします。

6. 介護予防・生活支援サービス事業

新座市介護予防・生活支援サービス事業

事業 〈内容〉	新座市の サービス	サービス コード	1単位当たりの 単価
訪問型サービス (第1号訪問事業) 〈要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供〉	介護予防訪問介護相当サービス	A2	10.70円※1
	訪問型サービスA	A3	
通所型サービス (第1号通所事業) 〈要支援者等に対し、機能訓練や通いの場など日常生活上の支援の提供〉	介護予防通所介護相当サービス	A6	10.45円※1
	通所型サービスA	A7	
介護予防ケアマネジメント 〈要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント〉	介護予防ケアマネジメントA	AF	10.70円※1

※1 「指定事業者等によって提供されるサービスに要する費用の額」(新座市告示第136号)に規定される1単位の単価。

※2 新座市の指定において上記のサービスを提供する場合、施設所在地にかかわらず、上記の単価により請求を行います。

利用者負担

- 介護予防・生活支援サービスの利用料は、市町村長が定めた額です。そのうち、利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された割合の額です。
- 利用者負担額の軽減制度(高額介護予防サービス費相当事業、高額医療合算介護予防サービス費相当事業)があります。該当者に通知されます。

給付管理・利用限度額について

- 事業対象者が、指定事業者のサービスを利用する場合にのみ、給付管理を行います。
- 要支援者が、総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に給付管理します。利用限度額は、以下のとおりです。

対象者	利用可能		利用限度額
	介護予防給付	総合事業	
事業対象者	/	● 介護予防・生活支援サービス事業	5,032単位 (例外的に10,473単位) (退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるようなケースで市が認める場合は10,473単位)
要支援1	● 訪問看護 ● 居宅療養管理	● 一般介護予防事業	5,032単位
要支援2	● 短期入所 ● 福祉用具貸与など		10,531単位

住所地特例対象者に対する事務の整理【WAMNET V-資料2】

サービス区分		住所地特例対象者に対する対応		
		サービスを受けられる事業者	費用の額	費用負担
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	国保連経由による 支払い	施設所在地市町村 が指定する事業所	施設所在地市町村 が定める額	保険者市町村



総合事業の地域単価の考え方

サービス 事業所 所在地	利用者情報		サービス	1単位当たりの単価
	住所地	保険者		
新座市	A市	新座市	A市 総合事業	A市の地域単価又は10円（※） （A市がサービスの内容に応じて、A市 所在地における地域区分の単位数単価も しくは、10円を選択できる。） 《ガイドライン抜粋》 従前相当サービス→地域区分の単位数 それ以外の訪問型サービス それ以外の通所型サービス →地域区分の単位数又は10円をA市 が選択している。
	A市	A市		

※ 新座市以外の指定に基づく総合事業を利用した場合は、指定した市町村の地域単価の考えに基づき設定する。

第1号指定事業について

- 介護予防訪問介護相当サービス、訪問型サービスA、介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスAの実施にあたり、事業所の指定が必要です。
- 事業所の指定を希望する場合、事業開始の前々月の月末（月末が閉庁日の場合はその前開庁日）までに、介護保険課ホームページに掲載している「介護保険事業者の指定申請に関する手引き」を確認の上、申請書類を提出してください。
- 指定は、原則として毎月1日付けです。
- 人員基準等については「新座市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスの人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則」、「新座市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスA及び通所型サービスAの人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則」及び「指定事業者によって提供されるサービスに要する費用の額」等を確認

してください。

- サービスコード及び単位数表マスタインターフェイスは、下記のホームページから御確認ください。
- なお、訪問型サービスA及び通所型サービスAのサービスコードは利用者の負担割合ごとに異なります。

市ホームページ

「新規指定(居宅介護支援・介護予防支援・地域密着型・総合事業)」

<https://www.city.niiza.lg.jp/site/zigyosya/sinnkikyotaku.html>

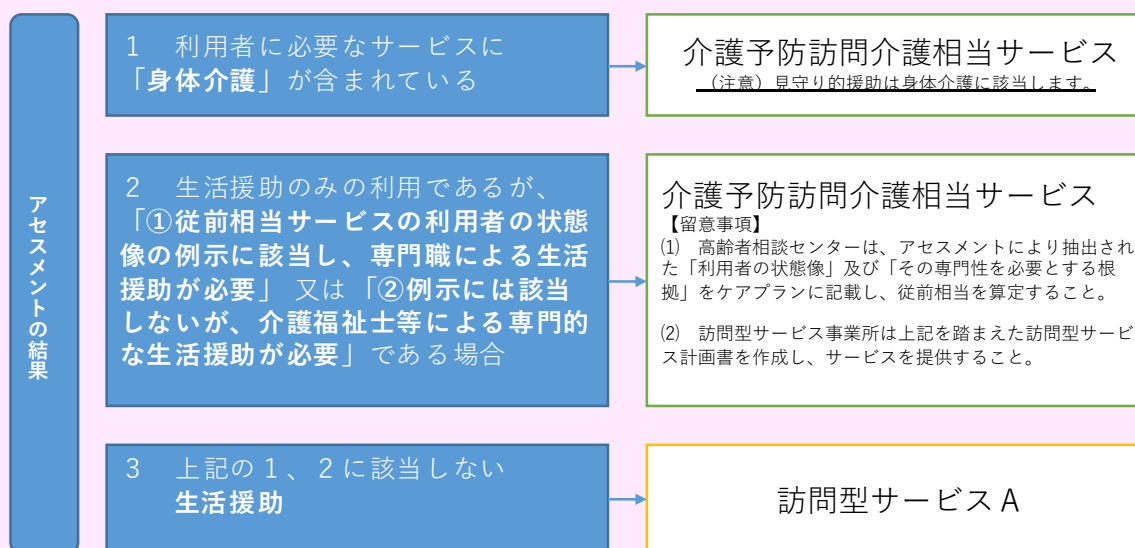
新座市のサービスコード表・単位数表マスタ

<https://www.city.niiza.lg.jp/site/zigyosya/sa-bisuko-do-masuta.html>

7. 新座市訪問型サービス

新座市訪問型サービスの概要	
介護予防訪問介護 相当サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前の介護予防給付の訪問介護の基準を適用するものであり、既存の訪問介護事業者がサービスを提供します。
訪問型サービスA	<ul style="list-style-type: none"> ● 従業者の基準を緩和し、市の定める研修の修了者が、必ずしも専門的なサービスを必要とされない方に生活援助を行えるようにしたものです。 ● サービス内容は、「訪問介護における行為ごとの区分等について」（厚生省平成12年老計第10号通知）における生活援助です。<u>※身体介護はできません。</u> ● 単価については、サービス内容が生活援助に限られることから、介護給付の生活援助の単価を基礎として算出しています。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>市が定める研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市が定める研修の具体的内容は、介護職員初任者研修を基本とし、その中で介護職員としての基礎的なもの及び生活援助に係るものです。 ● 朝霞市及び志木市でも、同じ内容の研修を実施します。したがって、研修自体は、新座市のほか、朝霞市又は志木市でも受講可能です。 </div>

訪問型サービスの振り分けの考え方



※ 平成30年度改正により、見守りの援助は身体介護に該当します。

〈新座市の訪問型サービス〉平成28年新座市介護予防・日常生活支援総合事業説明会資料から【令和3年4月現在の内容に修正】

	介護予防訪問介護相当サービス	緩和した基準によるサービス (サービスA)
実施時期	平成29年4月1日以降の認定更新等から	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助
「対象者となるケース」と「※サービス提供の考え方」	<p>1 既にサービスを利用している場合で、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース</p> <p>2 ケアマネジメントで、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる以下のよう なケース</p> <p>【利用者の状態像】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要な者 <p>【介護福祉士等による専門的な生活援助が必要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不良な生活環境（いわゆるゴミ屋敷）となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活支障がある者 ・ストーマケアが必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。 ※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。</p>	生活援助のみの場合で、介護予防訪問介護相当サービスの利用の要件に該当しないケース
サービス提供者	訪問介護事業者(新座市が指定)	訪問介護事業者等(新座市が指定)
サービスの基準	従前と同様	人員等を緩和した基準
管理者	常勤・専従1以上(支障がない場合、兼務可)	専従1以上(支障がない場合、兼務可)
従事者 資格	①介護福祉士②介護職員初任者研修等修了者	①市が定める研修修了者 ②旧3級課程修了者
単位数 (単価は 10.70円)	<p>週1回程度 1,176単位</p> <p>週2回程度 2,349単位</p> <p>週2回程度超 3,727単位</p>	<p>週1回程度 794単位(20分以上45分未満)</p> <p>週1回程度 977単位(45分以上)</p> <p>週2回程度 1,588単位(20分以上45分未満)</p> <p>週2回程度 1,953単位(45分以上)</p>
加算	従前と同様	処遇改善加算及び特定処遇改善加算を除き、従前と同様
利用者負担	1割、2割又は3割	1割、2割又は3割

※ 市が定める研修修了者：講義15時間（令和3年度から講義21時間）

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分（老計10号(H30.3.30改正)に基づく）

1 身体介護

身体介護とは、①利用者の身体に直接触れて行う介護サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、②利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に自立支援・重度化防止のためのサービス、③その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活・社会生活上のためのサービスをいう。（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要となる行為であるということが出来る。）

※例えば入浴や整容などの行為そのものは、たとえ介護を要する状態等が解消されても日常生活に必要な行為であるが、要介護状態が解消された場合、これらを「介助」する行為は不要となる。同様に、「特段の専門的配慮をもって行う調理」についても、調理そのものは必要な行為であるが、この場合も要介護状態が解消されたならば、流動食等の「特段の専門的配慮」は不要となる。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|--|
| 1-0 サービス準備・記録等 | 1-2 清拭・入浴・身体整容 | 1-3 体位変換・移動・移乗介助・外出介助 |
| 1-0-1 健康チェック | 1-2-1 清拭(全身清拭) | 1-3-1 体位変換 |
| 1-0-2 環境整備 | 1-2-2 部分浴 | 1-3-2 移乗・移動介助 |
| 1-0-3 相談援助・情報収集・提供 | 1-2-2-1 手浴及び足浴 | 1-3-2-1 移乗 |
| 1-0-4 サービス提供後の記録等 | 1-2-2-2 洗髪 | 1-3-2-2 移動 |
| 1-1 排泄・食事介助 | 1-2-3 全身浴 | 1-3-3 通院・外出介助 |
| 1-1-1 排泄介助 | 1-2-4 洗面等 | 1-4 起床・就寝介助 |
| 1-1-1-1 トイレ利用 | 1-2-5 身体整容(日常的な行為としての身体整容) | 1-4-1 起床介助 |
| 1-1-1-2 ポータブルトイレ利用 | 1-2-6 更衣介助 | 1-4-1-1 就寝介助 |
| 1-1-1-3 おむつ交換 | | 1-5 服薬介助 |
| 1-1-2 食事介助 | | 1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(自立支援・ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等) |
| 1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理 | | |

1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等)

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

2 生活援助

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助(そのために必要な一連の行為を含む)であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。(生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということが出来る。)

※ 次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

- ① 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
- ② 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

- | |
|--------------------|
| 2-0 サービス準備等 |
| 2-0-1 健康チェック |
| 2-0-2 環境整備 |
| 2-0-3 相談援助・情報収集・提供 |
| 2-0-4 サービス提供後の記録等 |
| 2-1 掃除 |
| 2-2 洗濯 |
| 2-3 ベッドメイク |
| 2-4 衣類の整理・被服の補修 |
| 2-5 一般的な調理・配下膳 |
| 2-6 買い物・薬の受け取り |

訪問型サービスA(=生活援助)

介護予防訪問介護相当サービス(=身体介護+生活援助)

(1) 新座市介護予防訪問介護相当サービス

訪問介護員（ホームヘルパー）が訪問し、生活援助（掃除・洗濯・調理・買い物等）、身体介護（食事や入浴の介助）を行います。

■ 利用者自己負担の目安／月 地域区分5級地（1単位あたり10,700円）

新座市介護予防訪問介護相当サービス	利用者自己負担（円）		
	1割	2割	3割
週1回程度の訪問（1,176単位）	1,259	2,517	3,775
週2回程度の訪問（2,349単位）	2,514	5,027	7,541
週2回程度を超える訪問（3,727単位）	3,988	7,976	11,964

■ 加算・減算の自己負担の目安

加算	単位数	利用者自己負担（円）		
		1割	2割	3割
同一建物減算	90/100			
初回加算	200単位	214	428	642
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位	107	214	321
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位	214	428	642
(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 137/1000 加算			
(2)介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 100/1000 加算			
(3)介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 55/1000 加算			
(4)介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	(3)で算定した単位数の 90%加算			
(5)介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	(3)で算定した単位数の 80%加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 63/1000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 42/1000 加算			
特別地域加算	所定単位数の 15%加算			
中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10%加算			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5%加算			

■ 利用できる方

- 既にサービスを利用している場合で、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース
- ケアマネジメントで、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる以下のようなケース
 - 【利用者の状態像】
 - ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者
 - ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要な者
 - 【介護福祉士等による専門的な生活援助が必要】
 - ・不良な生活環境（いわゆるゴミ屋敷）となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者
 - ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活支障がある者
 - ・ストーマケアが必要な者 等

※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。

※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。

(2) 新座市訪問型サービス A

訪問介護員（ホームヘルパー）が訪問し、生活援助（掃除・洗濯・調理・買い物等）を行います。

■ 利用者自己負担の目安／月 地域区分5級地（1単位あたり10,700円）

新座市訪問型サービス A	利用者自己負担（円）		
	1割	2割	3割
週1回程度の訪問(20分以上45分未満)(794単位)	850	1,699	2,549
週1回程度の訪問(45分以上)(977単位)	1,046	2,091	3,136
週2回程度の訪問(20分以上45分未満)(1,588単位)	1,700	3,399	5,098
週2回程度の訪問(45分以上)(1,953単位)	2,090	4,180	6,270

■ 加算・減算

加算	単位数	利用者自己負担（円） 目安		
		1割	2割	3割
同一建物減算	90/100			
初回加算	200単位	214	428	642
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位	107	214	321
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位	214	428	642
特別地域加算		所定単位数の15%加算		
中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位数の10%加算		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の5%加算		

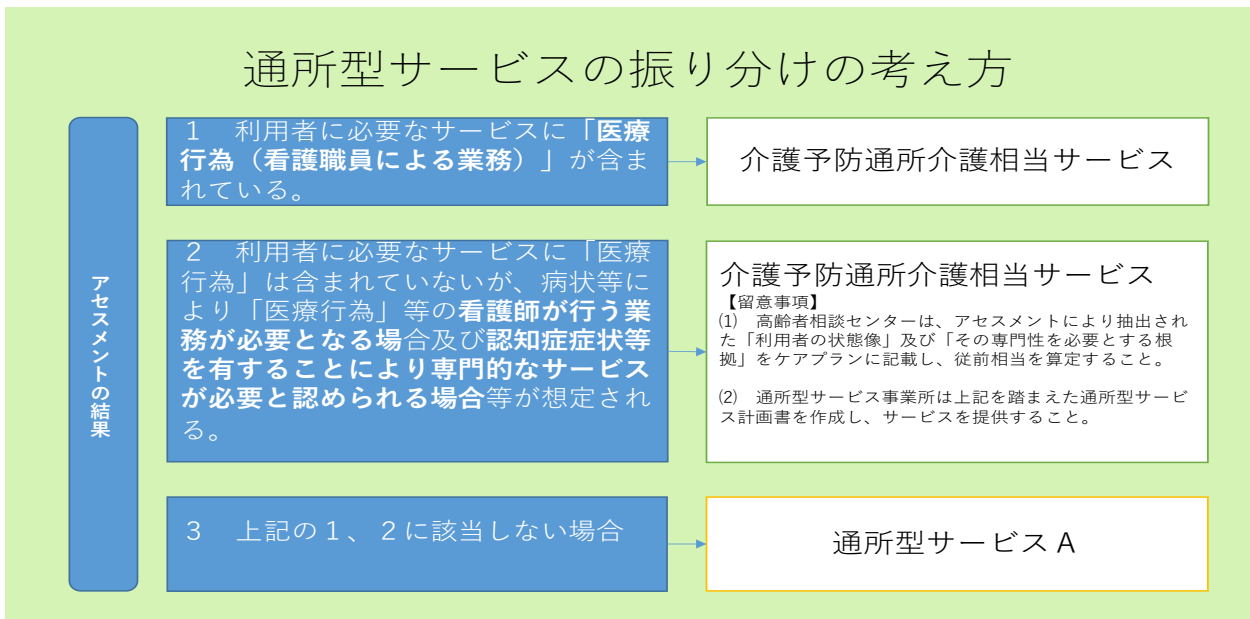
■ 利用できる方

生活援助のみの場合で、介護予防訪問介護相当サービスの利用の要件に該当しないケース

8. 新座市通所型サービス

通所型サービスの概要	
介護予防通所介護相当サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 従前の介護予防の通所介護の基準を適用していますが、<u>単価については、「要支援2の週1回程度」の利用区分を追加</u>しています。 ※ 基本報酬には、介護予防通所介護の取扱いのとおり、「送迎」「入浴」分が含まれています。
通所型サービスA	<ul style="list-style-type: none"> ● 人員基準の看護職員の配置の基準を緩和し、不要としています。 ● 単価については、介護職員に係る時給分について、報酬額を下げています。 ※ 基本報酬には、介護予防通所介護の取扱いのとおり、「送迎」「入浴」分が含まれています。

通所型サービスの振り分けの考え方



※詳細な判定事由について、併せて次ページを参照すること。

〈通所型サービス〉平成28年新座市介護予防・日常生活支援総合事業説明会資料【令和3年4月現在の内容に修正】

	介護予防通所介護相当サービス	緩和した基準によるサービス（サービスA）
サービス内容	生活機能の向上のための機能訓練	
「対象者となるケース」と「サービス提供の考え方」	<p>○既にサービスを利用している場合で、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められる場合</p> <p>※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。</p> <p>○「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース</p> <p>○通所により専門職の指導を受けながら集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース</p>	○ケアマネジメントの結果、介護予防通所介護相当サービスに該当しないが、指定事業者によるサービスが必要な場合
サービス提供者	通所介護事業者 (新座市が指定)	通所介護事業者等 (新座市が指定)
サービスの基準	現行と同様	人員等を緩和した基準
管理者	常勤・専従1以上(支障がない場合、兼務可)	専従1以上(支障がない場合、兼務可)
従業者	生活相談員・看護職員・機能訓練指導員・介護職員	生活相談員・機能訓練指導員・介護職員
単価 (地域区分は10.45円)	要支援1 1,672単位 要支援2 1,714単位(週1回程度) 要支援2 3,428単位(週1回程度超)	要支援1 1,394単位 要支援2 1,423単位(週1回程度) 要支援2 2,845単位(週1回程度超)
加算	現行と同様	処遇改善加算及び特定処遇改善加算を除き、現行と同様
利用者負担	1割、2割又は3割	

※ 機能訓練指導員：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師

通所型サービスの費用の区分について

事業対象者は、要支援1の区分、要支援2の区分による請求がどちらも可能です。ただし、事業対象者が要支援2の区分における請求が可能であることをもって、事業対象者を本人の希望のみで、一律に週2回ケアプランに位置づけることはしないこと（本人の状態に応じた必要なサービスを位置付けること）。

区分		
事業対象者・要支援1…①	(1)要支援1	※利用回数に関わらないが、要支援1は週1回の利用を想定している。
	(2)事業対象者	週1回の利用
事業対象者・要支援2（週1回程度必要）…②	(3)要支援2	週1回の利用
	(4)事業対象者	現行で要支援2の方が週1回のデイサービスのみを利用しているとき
事業対象者・要支援2（週1回程度を超える利用が必要）…③	(5)要支援2	週2回以上の利用
	(6)事業対象者	現行で要支援2の方が週2回のデイサービスのみを利用しているときで、 <u>ケアマネジメントの結果、引き続き週2回のデイサービスが必要な場合</u>

(1) 新座市介護予防通所介護相当サービス

生活機能の維持・向上のため、通所介護事業所に通って、必要な日常生活上の支援と機能訓練を受けます。

■ 利用者自己負担目安／月 1単位当たり10,45円

介護予防通所介護相当サービス	単位	自己負担割合		
		1割	2割	3割
事業対象者・要支援1…①	1,672	1,748	3,495	5,242
事業対象者・要支援2（週1回程度必要）…②	1,714	1,792	3,583	5,374
事業対象者・要支援2（週1回程度を超える利用が必要）…③	3,428	3,583	7,165	10,747

■ 加算・減算の自己負担の目安

加算	単位数	利用者自己負担（円）		
		1割	2割	3割
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%加算			
若年性認知症受入加算	240	251	502	753
同一建物減算①② （③を算定する場合）	-376 (-752)	-393 (-786)	-786 (-1572)	-1179 (-2358)
生活機能向上グループ活動加算	100	105	209	314
運動器機能向上加算	225	236	471	706
栄養アセスメント加算	50	53	105	157
栄養改善加算	200	209	418	627
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	157	314	471
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	168	335	502
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480	502	1004	1505
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	700	732	1463	2195

事業所評価加算	120	126	251	377
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	105	209	314
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	209	418	627
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （③を算定する場合）	88 (176)	92 (184)	184 (368)	276 (552)
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （③を算定する場合）	72 (144)	76 (151)	151 (301)	226 (452)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （③を算定する場合）	24 (48)	25 (51)	50 (101)	75 (151)
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）1回につき	20	21	42	63
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）1回につき	5	6	11	16
科学的介護推進体制加算	40	42	84	126
(1)介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 59/1000 加算			
(2)介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 43/1000 加算			
(3)介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 23/1000 加算			
(4)介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	(3)で算定した単位数の 90%加算			
(5)介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	(3)で算定した単位数の 80%加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 12/1000 加算			
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 10/1000 加算			

■ 利用できる方

- ・ 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース
※ 一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。
- ・ 「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース
- ・ 通所により専門職の指導を受けながら集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース

(2) 新座市通所型サービスA

生活機能の維持・向上のため、通所介護事業所に通って、必要な日常生活上の支援と機能訓練を受けます。

■ 利用者自己負担目安 1単位当たり10,45円

通所型サービスA	単位	自己負担割合		
		1割	2割	3割
①事業対象者・要支援1	1,394	1,457	2,914	4,371
②事業対象者・要支援2 (週1回程度必要)	1,423	1,487	2,974	4,461
③事業対象者・要支援2 (週1回程度を超える利用が必要)	2,845	2,973	5,946	8,919

■ 加算・減算の自己負担の目安

加算	単位数	利用者自己負担（円）		
		1割	2割	3割
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の5%加算	①70	①74	①147	①220
	②71	②75	②149	②223
	③142	③149	③297	③445
若年性認知症受入加算	240	251	502	753
栄養アセスメント加算	50	53	105	157
同一建物減算				
①を算定する場合 -376単位	①1,018	①1,064	①2,128	①3,192

②を算定する場合 -376 単位	②1,047	②1,095	②2,189	②3,283
③を算定する場合 -752 単位	③2,093	③2,188	③4,375	③6,562
生活機能向上グループ活動加算	100	105	209	314
運動器機能向上加算	225	236	471	706
栄養改善加算	200	209	418	627
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） （6月に1回を限度）	20	21	42	63
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） （6月に1回を限度）	5	6	11	16
口腔機能向上加算（Ⅰ）	150	157	314	471
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160	168	335	502
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480	502	1,004	1,505
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	700	732	1,463	2,195
事業所評価加算	120	126	251	377
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（3月に1回 を限度）	100	105	209	314
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	209	418	627
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （③を算定する場合）	88 (176)	92 (184)	184 (368)	276 (552)
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （③を算定する場合）	72 (144)	76 (151)	151 (301)	226 (452)
サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （③を算定する場合）	24 (48)	25 (51)	50 (101)	75 (151)
科学的介護推進体制加算	40	42	84	126

■ 利用できる方

ケアマネジメントの結果、介護予防通所介護相当サービスに該当しないが、指定事業者によるサービスが必要な場合

9. 月額報酬と暫定サービスの考え方

(1) 月額報酬の考え方

「WAMNET」【介護保険事務処理システムに係る参考資料 資料I-9】抜粋

○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(独自) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	・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
	・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
	・利用者との契約開始	契約日
	開始 ・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
	・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
	・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
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	・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
	・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・利用者との契約解除	契約解除日
	終了 ・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入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・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入所(※1)	入所日の前日
・公費適用の有効期間終了	終了日	

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)に応じた報酬を算定するものとする。 ・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。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。(月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様) 	-

- ※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の開始事由がある場合についてはその前日となる。

(2) 暫定サービスを利用した場合のサービス利用と費用の関係

介護認定の更新申請又は区分変更の際に、暫定サービスを利用した場合、認定結果とサービスに要した費用の支払いについては、下記のとおりです。

ア 暫定サービスを利用し、結果が非該当・事業対象者のケース

暫定サービス利用	結果	費用	備考
給付のみ	非該当・事業対象者	全額自己負担	(新座市の有効期間の取扱い) 要介護・要支援認定→非該当
給付と総合事業	非該当・事業対象者	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	申請日に遡り非該当となる(更新申請の場合、要介護度の有効期間満了日の翌日から非該当となる。)
総合事業のみ	非該当・事業対象者	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給	事業対象者→非該当 事業対象者の認定は残りの有効期間までとなる。

イ 暫定サービスを利用し、結果が要支援のケース

暫定サービス利用	結果	費用
給付のみ	要支援	予防給付より支給
給付と総合事業	要支援	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 事業分は、事業より支給
総合事業のみ	要支援	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給

ウ 暫定サービスを利用し、結果が要介護のケース

暫定サービス利用	結果	費用
給付のみ	要介護	介護給付より支給
給付と総合事業	要介護	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より支給
総合事業のみ	要介護	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 (※認定結果の出た日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。 補足：同様のサービスを利用しても、単価は認定前の暫定利用分については総合事業の単価で日割算定し、認定後の利用分については介護給付の訪問介護・通所介護として算定する)

- サービス事業に関する費用の支払について
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、認定結果の出た日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。
- 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は事業対象者として取り扱う。
- 月の途中までサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用していた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。
- サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

例) 暫定利用中にサービス事業と福祉用具貸与を利用していた場合

①事業対象者として取り扱う場合…福祉用具貸与は自費となる。

②要介護者として取り扱う場合…サービス事業は自費となる。

ガイドライン抜粋

(11) サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担

- チェックリストと介護予防ケアマネジメントによりサービスを利用できる時期と、要支援認定又は要介護認定の時期がずれる場合におけるサービスに要した費用の支払は、表 17 のように整理する。(留意事項)
- 介護予防ケアマネジメントに関する費用の支払について
要介護等認定を受け、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(国保連合会支払)、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はしたが非該当となった者)又は要支援認定を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、市町村から支払われることになる。
- サービス事業に関する費用の支払について
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、認定結果の出た日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。
- 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 17 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 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より支給	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

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

【厚生労働省Q&A(H27.3.31)Q&A】第4

問3 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより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開始後、要介護 1 以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2 件存在することになると考えてよいか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

(答)

- 1 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストによりサービス事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護 1 以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。
- 2 なお、月の途中までサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用していた者が、要介護 1 以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

問4 基本チェックリストにより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申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護 1 と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護 1 以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

【厚生労働省Q&A(H26.9.30)】第6

問21 ガイドライン案では「認定結果が出る前にサービス事業を利用した場合、認定結果が要介護 1 以上であっても、認定結果の出た日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」とあるが、この場合、同様のサービスを利用しても、単価は認定前の暫定利用分については総合事業の単価で日割算定し、認定後の利用分については介護給付の訪問介護・通所介護として算定することになるのか。

(答)

お見込みのとおり。

10. 一般介護予防事業

一般介護予防事業の対象者は、全ての第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者です。

一般介護予防事業では、構成する介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業及び地域リハビリテーション活動支援事業の5事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施します。本市では、5事業を下記のとおり実施し、住民主体の通いの場の充実や自立支援に資する取組を推進することで、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の構築を目指します。

なお、これらの取組は認知機能低下の予防につながる可能性も高いことから、認知症の発症予防を踏まえ推進します。

(1) 介護予防把握事業

地域の実情に応じ、効果的かつ効率的に収集した情報等を活用して、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげることを目的とした事業です。

本市では、長寿はつらつ課において実施している高齢者世帯実態調査及び後期高齢者保健事業において、医療機関の未受診者等の複数の項目などにより、閉じこもり等の支援を必要とする方を把握し、住民主体の介護予防活動につなげる取組を実施しています。

(2) 介護予防普及啓発事業

市町村が介護予防に資すると判断した内容を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する事業です。本市では、介護予防に関する知識を習得するための集合型の事業及び普及啓発冊子の配布等による個人の取組推進を行っております。

にいぎ元気アップウォーキング、介護予防講演会、介護予防ガイドブック及び普及啓発冊子の配布等が該当します。

(3) 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、誰でも一緒に参加できる介護予防活動の地域展開を目指して、市が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場等の活動への支援をすることにより、地域での介護予防活動・社会参加活動を推進する事業です。本市では、元気アップトレーニング、にいぎの元気推進員養成講座、新座市健康長寿ポイント事業等が該当します。

(4) 一般介護予防事業評価事業

一般介護予防事業評価事業は、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき事業全体の改善を図ることを目的としたものです。本市では、国の定める指標（要介護認定率・新規認定者数等）に基づき目標値を定期的に調査することに加え、後期高齢者保健事業の医療データを活用しながら各事業の評価を行います。

(5) 地域リハビリテーション活動支援事業

市が地域における介護予防の取組を機能強化するために、リハビリテーションに関する専門的知見を有

する者が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、高齢者相談センターと連携しながら、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援するものです。本市では、地域ケア会議や元気アップトレーニングに派遣し、ケアマネジメント力の向上や地域の介護予防の取組強化を図ります。

一般介護予防事業一覧表

実施内容については、マニュアル作成時点のものです。年度ごとに事業に変更がある場合がございます。適宜、市ホームページ等で御確認ください。

介護予防普及啓発事業一覧表

No.	事業名(R3 時点)	内 容
1	介護予防ガイドブック	介護予防に資する基本的な知識及び市内の介護予防活動等の情報を掲載した冊子を作成し、市内公共施設に設置する。
2	普及啓発冊子の配布	以下の冊子を市内公共施設等に設置し、市民に広く周知する。 ・正しい歩き方等が掲載されているウォーキングカレンダー ・筋力トレーニングのパンフレット
3	運動プログラム集の配布 体操動画の配信	在宅においても身体機能の維持に努められるよう、ストレッチや筋力トレーニングの実施方法を掲載した冊子を作成し、希望者に配付する。 体操の動画を作成し、市の SNS において配信する。
4	自立支援啓発用チラシ	自立支援の考え方を広く市民に啓発するためのチラシを作成し、配布する。
5	介護予防講演会	介護予防と健康増進に関する意識の向上のための講演会を実施する。
6	介護予防ウォーキング教室	効果的かつ安全なウォーキングができるよう、正しいウォーキング方法を学ぶ教室を実施する。
7	にいざ元気アップウォーキング	老人クラブ連合会とタイアップし、近隣のウォーキングスポットを歩く。
8	オンライン介護予防教室	感染予防をしながら高齢者の身体機能低下を防ぐため、オンライン端末を活用した介護予防教室を実施する。
9	体力測定会	介護予防に関心を持つきっかけづくりの場として、体力測定会を開催する。
10	介護予防手帳	生活目標及び生活状況等が記録できる介護予防手帳を作成し、配布する。

地域介護予防活動支援事業一覧表

No.	事業名(R3 時点)	内 容
1	にいざの元気推進員養成講座	地域の介護予防活動を積極的に推進するボランティア（にいざの元気推進員）を養成する。養成したボランティアがより地域で活動しやすくなるようフォローアップ講座等を実施する。
2	元気アップトレーニング	住民活動グループに対し、効果が検証されている体操を紹介し、週1回以上実施するグループには、立上げ支援及び定期的な体力測定を行う。
3	ほっと茶や事業	高齢者が気軽に通えるサロンのな場を提供し、元気な高齢者はもとより地域の閉じこもり高齢者を支援するため実施する。
4	新座市健康長寿ポイント事業	介護予防や健康への意識啓発及び社会参加促進のため、事業参加、個人での健康づくり及び対象施設のボランティア活動等をポイント付与対象とし、一定のポイントを貯めたら記念品と交換する。

11. 規則・告示

1. 新座市介護予防・日常生活支援総合事業実施規則(平成 29 年 2 月 7 日規則第 2 号)
2. 新座市介護予防・日常生活支援総合事業介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスの人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則(平成 29 年 2 月 7 日規則第 3 号)
3. 新座市介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス A 及び通所型サービス A の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める規則(平成 29 年 2 月 7 日規則第 4 号)
4. 指定事業者等によって提供されるサービスに要する費用の額(新座市告示第 136 号)

12. 関連様式一覧

- (1) 利用者基本情報 P45～46
- (2) 興味・関心チェックシート P47
- (3) 生活機能評価（当初） P48
- (4) 生活機能評価（評価） P49
- (5) 基本チェックリスト P50～51
- (6) 基本チェックリスト（追加項目） P52
- (7) 基本チェックリストについての考え方 P53～54
- (8) 介護予防プログラム リスク確認（地域包括センター） P55
- (9) 介護予防プログラム別アセスメント（事業所用） P56～58
- (10) 生活行為アセスメント（訪問・通所共通） P59
- (11) 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） P60
- (12) 介護予防サービス・支援評価表 P61
- (13) 総括評価表 P62

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		
				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 経観中	
			TEL 治療中 経観中	
			TEL 治療中 経観中	
			TEL 治療中 経観中	

《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、及び主治医の意見書と同様に、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

興味・関心チェックシート

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

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

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

生活機能評価（当初）

氏名	(ふりがな)		調査日	事前	
				事後	

		事前	予後予測	備考	
運動移動	室内歩行				
	屋外歩行				
日常生活（家庭生活）	掃除				
	整理				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	ごみ出し				
	金銭管理				
社会参加・対人関係	社会参加				
	外出頻度				
	電話				
健康管理	食事				
	入浴				
	着脱衣				
	排泄				
	通院				
	服薬				

○1	○2	△1	△2	×1	×2
自立		一部介助		全介助	
楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い

生活機能評価（評価）

氏名	(ふりがな)		調査日	事前	
				事後	

		事前	予後予測	備考	
運動移動	室内歩行				
	屋外歩行				
日常生活（家庭生活）	掃除				
	整理				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	ごみ出し				
社会参加・対人関係 コミュニケーション	社会参加				
	外出頻度				
	電話				
健康管理	食事				
	入浴				
	着脱衣				
	排泄				
	通院				
	服薬				

○1	○2	△1	△2	×1	×2
自立		一部介助		全介助	
楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い

新座市 基本チェックリスト

フリガナ											被保険者番号									
氏名											記入日	年		生年	明・大・昭					
												月	日		月	日	年	月	日	
住所																				
No.	質問項目												回答：いずれかに○							
1	バスや電車で1人で外出していますか												O.はい	1.いいえ						
2	日用品の買い物をしていますか												O.はい	1.いいえ						
3	預貯金の出し入れをしていますか												O.はい	1.いいえ						
4	友人の家を訪ねていますか												O.はい	1.いいえ						
5	家族や友人の相談にのっていますか												O.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												O.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												O.はい	1.いいえ						
8	15分位続けて歩いていますか												O.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	O.いいえ						
10	転倒に対する不安は大きいですか												1.はい	O.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	O.いいえ						
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)																			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか												1.はい	O.いいえ						
14	お茶や汁等でむせることがありますか												1.はい	O.いいえ						
15	口の渇きが気になりますか												1.はい	O.いいえ						
16	週に1回以上は外出していますか												O.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	O.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	O.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												O.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	O.いいえ						
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない												1.はい	O.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	O.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	O.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	O.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	O.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

高齢者相談センター記入欄〔基本チェックリストの得点〕

総合	/20	運動器の機能向上	/5	閉じこもり	/2
現認定の有効終了日					
H		善	/2	ものわずれ	/3
実施者氏名					

元号表記の間違い

市記入欄

収受日・受付者

①	様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16に該当
⑥	様式第一の質問項目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	様式第一の質問項目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、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当（No.12に限る。）とは、BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

介護予防のアセスメント [2] 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
栄養 食生活	3	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	4	定期的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	5	主食・主菜（肉・魚・卵・乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
寝具管理	6	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
更衣	7	一人で着替えができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	8	季節・場所にに応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
入浴・整容	9	一人で入浴ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	10	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
排泄	11	排泄に関する心配がありませんか（尿もれ、便秘、下痢）	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	社
口腔	12	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	13	自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
洗濯・掃除	14	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	15	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを行っていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	16	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
認知	17	火の始末や戸締りはできますか*	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	18	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
閉じこもり	19	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	20	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	21	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	22	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
	23	催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
健康管理	24	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	25	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	26	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	27	散歩や体操を（週1回以上）していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	運
うつ	28	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	29	あなたは普段健康だと思えますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
* すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し・時々」すべてできていなければ「いいえ」			合計(点数)				
			総合計(点数)				
		事前	事後				
主領域合計	運動						
	生活						
	社会						
	健康						
総合計							

【基本チェックリストを実施する前に】

総合事業の趣旨として、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、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかる事業であること、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み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを、説明してください。

また、高齢者相談センター職員は、対象者に質問項目の趣旨を説明しながら、本人に記入してもらうようお願いいたします。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

介護予防プログラム リスク確認(地域包括センター)

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい			
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい			
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で患切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい			
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい			
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい			
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい			
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか ①いいえ ②はい	糖尿病 高血圧 高脂血症 その他(備考欄に記入)			
	2 右記の内科疾患で受診していますか ①いいえ ②はい	腎臓病 心臓病 肝臓病 膵臓病 胃腸病 胆のう病 その他(備考欄に記入)			
	3 摂食・嚥下障害はありますか	①なし ②あり			
	4 3ヶ月の間に体重が3~5Kg減りましたか	①なし ②あり			
	5 3ヶ月の間に体重が3~5Kg増えましたか	①なし ②あり			
	6 食事の制限を受けていますか (食物アレルギーを含む)	①なし ②あり			
	7 水分の制限はありますか	①なし ②あり			

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定			
	2 歯や口の中の痛み	①なし ②あり			
	3 窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①なし ②あり			
	4 口のことで気がかりなこと	①なし ②あり			

介護予防プログラム別アセスメント(事業所用)

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

通所型・訪問型双方利用の場合は、通所型サービスでの測定を優先してください。

サービス事業所	通所型	その他	
	訪問型		

運動機能向上

「◎」…確認推奨項目

「○」…専用の測定機器もしくは測定環境が必要なため、ない場合は省略可能

No.	通所	訪問	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
					事前	事後	
1	◎	◎	床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
2	○	-	(右手)	Kgを入力(00.00Kg)			
			(左手)	Kgを入力(00.00Kg)			
3	○	-	膝伸展筋力(Kg)	Kgを入力(00.00Kg)			
			※◎	(※上記の測定ができない場合、または訪問型サービスの場合) 椅子立ち上がりテスト(30秒)(CS30)	30秒間の回数入力(回)		
4	○	-	長座位体前屈(cm)	cmを入力(00.00cm)			
5	◎	-	ファンクショナルリーチ(cm)	cmを入力(00.00cm)			
6	◎	◎	開眼片足立ち(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
7	○	-	5m通常歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
8	○	-	5m最大歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
9	◎	-	Timed up&go(秒)	秒数を入力(00.00秒)			

介護予防プログラム別アセスメント(事業所用)

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

通所型・訪問型双方利用の場合は、通所型サービスでの測定を優先してください。

サービス事業所	通所型		その他	
	訪問型			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 現在の健康状態はいかがですか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない			
	2 6か月前とくらべて体重がどのように変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加 増加または、減少のKg			
	3 食事の仕度で困難はありますか ①できる ②少し ③困難	献立を考える ----- 買い物 ----- 調理 ----- 配膳			
	4 食欲はありますか	①非常にある ②ふつう ③ややない ④非常にない			
	5 ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回)			その他の場合 回数を記入
	6 6か月前と比べ食事量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	7 1日の水分摂取量(コップ何杯)	①6杯位 ②5~4杯 ③4杯未満			
	8 排泄に関する心配がありませんか (尿もれ、便秘、下痢)	①はい ②少し時々 ③いいえ			
	9 酒類を飲みますか	①いいえ ②年に数回 ③月に数回 ④週に数回 ⑤毎日			1回の量を記入
	10 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	11 食べ物や飲み物でむせますか(頻度)	①いいえ ②2か月に1回ぐらい ③月1回ぐらい ④月2回以上			
	12 軟らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			
	13 右記の健康管理上の食事指導について、 指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす ----- カルシウムを増やす ----- 鉄分を増やす ----- 塩分を減らす ----- 間食の取り方 ----- カロリー(エネルギー)制限 ----- その他(備考に入力)			

		事前	事後
調 査 時 の 食 事 内 容 2 4 時 間 の	朝食		
	昼食		
	夕食		
	間食		

介護予防プログラム別アセスメント(事業所用)

氏名	(ふりがな)	調査日	事前	
			事後	

通所型・訪問型双方利用の場合は、通所型サービスでの測定を優先してください。

サービス事業所	通所型		その他	
	訪問型			

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
ア セ ス メ ン ト	1 入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
	2 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
	3 開口度	①指2本分 ②指1本分 ③指1本分未満			
	4 口の渇きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
	5 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①左右十分可能 ②やや十分 ③不十分			
	6 反復唾液嚥下テスト(RSST)	30秒間にできた回数			
	7 オーラルディアドコキネシス(口の動き)		/	/	
	それぞれ10秒間に言える回数を測定し10で除し、1秒間あたりに換算した数を記載	バ(10秒間に言える数)÷10			
		タ(10秒間に言える数)÷10			
		カ(10秒間に言える数)÷10			
	8 食物残渣	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	9 舌苔	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	10 義歯あるいは歯の汚れ	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	11 入れ歯の清掃の頻度	①毎日 ②週5~6回 ③週3~4回 ④週1~2回 ⑤していない			
	12 口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①必要なし ②必要あり ③不可			
	13 食事をおいしく食べていますか	①とてもおいしい ②おいしい ③ふつう ④あまりおいしくない ⑤おいしくない			
14 食事の食べこぼし	①こぼさない ②多少はこぼす ③多量にこぼす				
15 食事中や食後のタン(痰)のからみ	①ない ②時々ある ③いつもある				
16 食事を残す量(残食量)	①ない ②少量ある(1/2未満) ③多量にある(1/2以上)				

生活行為アセスメント(訪問・通所共通)

氏名	(ふりがな)		調査日	事前	
				事後	

通所型・訪問型双方利用の場合は、訪問型サービスでの状況確認を優先してください。

サービス事業所	通所型		その他	
	訪問型			

生活行為	作業	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
掃除	床掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	掃除機	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	風呂掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	トイレ掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ごみ出し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
洗濯	洗濯物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗濯干し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	大もの洗濯	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
買い物	お金の支払い	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
調理	献立を考える	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	包丁の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	芋類等固い物の皮むき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	びんの開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ブルトップ缶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	盛りつけ、菜箸操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	配膳、鍋運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
連絡	電話利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	緊急時の連絡	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
食事	箸の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
入浴	入浴環境の調整(湯温・室温)	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽またぎ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽しゃがみ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴室椅子利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	シャワー、蛇口操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗髪	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗身	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
更衣	ファスナーの上げ下げ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ボタンかけ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	靴下はき	できる(0) 少し(1) 困難(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）

No. _____

利用者名 _____ 種（男・女） _____ 歳 設定年月日 年 月 日 設定の有効期限 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 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

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

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（居宅サービス）	介護保険サービス 又は地域支援事業 （障害事業のサービス）	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					()					

<p>健康状態について □主治医受診書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>【本未行すべき支援が実施できない場合】 受当な支援の実施に向けた方針</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
---	--	---

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

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

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する留意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____

No.									
			介護予防サービス・支援評価表				評価日 年 月 日		
利用者名		様			計画作成者氏名				
目標	評価期間	目標達成状況	目標	目標達成状況に対する評価		今後の方針			
			達成/未達成	本人・家族の意見	計画作成者の評価				
総合的な方針			地域包括支援センター意見						
							<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了		

総括評価表

被保険者番号		年齢		地域包括支援センター名	
利用者氏名		性別		委託居宅介護支援事業所名	-
計画期間		～		計画作成担当者	

	介護度	アセスメント日付		
		地域包括	事業所(通所)	事業所(訪問)
事前				
事後				

介護予防サービス利用状況

	サービス種別	事業所名	利用回数	支援内容:達成度 ○:達成 △:一部達成 ×:未達成						サービス総合評価
				運動	生活行為	栄養	口腔	アクティビティ	生活援助	
通所										
訪問										
その他										

生活機能評価の変化

		当初		評価		改善度
		事前	予後予測	事前	予後予測	
運動	室内歩行					
	屋外歩行					
日常生活	掃除					
	整理					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	ごみ出し					
	金銭管理					
社会参加	社会参加					
	外出頻度					
	電話					
健康管理	食事					
	入浴					
	着脱衣					
	排泄					
	通院					
	服薬					

※参照先:生活機能評価(当初・評価)

包括アセスメント変化

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			
合計			

※参照先:介護予防のアセスメント(基本チェックリスト+追加項目)

分野別生活機能変化

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			

※参照先:総括評価表「生活機能評価の変化」

総合QOL変化

①事前	②事後	②-①

※参照先:総括評価表「生活機能評価の変化」

I 運動器機能向上結果

	事前	事後	改善度
握力 (Kg)	右手		
	左手		
膝伸展筋力 (Kg)			
※椅子立ち上がり30秒(回)			
長座位体前屈 (cm)			
ファンクショナルリーチ (cm)			
開眼片足立ち (秒)			
5m通常歩行速度 (秒)			
5m最大歩行速度 (秒)			
Timed up & go (秒)			

※参照先:介護予防プログラム別アセスメント(事業所用)

III 口腔機能向上結果

	事前	事後	改善度
入れ歯の使用状況			
口の渇き(食事会話に支障)			
頬の膨らまし			
RSST(30秒間の回数)			
オーラル ディアドキネシス (1秒間の回数)	パ		
	タ		
	カ		
義歯、歯の汚れ			
食事を残す量			

※参照先:介護予防プログラム別アセスメント(事業所用)

総合評価判定

判定日	年 月 日
-----	-------

総合評価(達成度)	
-----------	--

終了判定	
------	--

【アウトカム】※目標についての達成・未達成

--

【ストラクチャー】※サービス、支援策の構成要素と頻度

--

【プロセス】※サービスごとの具体的な援助内容・提供プログラム

--