館林市

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントマニュアル

令和７年４月

館林市介護保険課
館林市クローバー荘地域包括支援センター
館林市新橋地域包括支援センター
館林市東毛光生園地域包括支援センター
館林市社会福祉協議会地域包括支援センター

◆目次◆

第１章　介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）
１　介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について……１
２　総合事業の対象者……１
３　館林市のサービス・活動事業について……１

第２章　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント
１　基本的な考え方……２
２　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント、介護予防サービス等を円滑に進めるために……２
３　介護予防支援と介護予防ケアマネジメント……４
４　介護予防ケアマネジメントの類型……５
５　基本チェックリスト……６
６　興味・関心チェックシート……１０
７　課題整理総括表……１１
８　生活状況を把握するためのアセスメントシート……１２
９　介護予防サービス・支援計画書及び介護予防ケアマネジメント計画書……１３
・介護予防サービス・支援計画及び介護予防ケアマネジメント計画書　記入ポイント……１４
・群馬版介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）記入ポイント……１６
・館林版介護予防支援・ケアマネジメントモニタリング評価表　記入ポイント……１９

第３章　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの流れ……２０

第４章　留意事項
１　認定結果を待ってサービスを利用する場合……２４
２　暫定でサービスを利用する場合……２５
３　月途中で要介護状態区分が変更された場合……２６
４　利用者のスケジュール等の管理・連絡体制……２６
５　月額包括報酬の日割り請求について……２７

第１章　介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

１　介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

平成 27 年に施行された介護保険法の改正により、介護予防事業（地域支援事業の一部）が見直されて創設された制度で、高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を事業の目的とし、すべての市町村が平成 30 年 4 月までに実施しています。

本市では平成 27 年 3 月に総合事業を開始しました。総合事業は、第１号事業※（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等）からなる①「サービス・活動事業」と、すべての高齢者を対象とした②「一般介護予防事業」で構成されます。サービスの提供のほか、地域の実情に応じた多様な担い手によるサービスの充実を図ることにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的・効率的な支援の提供を可能とします。

※従来の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護は、新たに第１号訪問事業（訪問型サービス）、第１号通所事業（通所型サービス）として総合事業に位置づけられました。

２　総合事業の対象者

事業名	対象者
①介護予防・ 生活支援サービス事業	要支援１・２ 事業対象者（基本チェックリストの基準に該当した方）
②一般介護予防事業	65 歳以上の方

３　館林市のサービス・活動事業について

第１号事業		内容	開始
①第１号訪問事業（訪問型サービス）			
	訪問介護従前相当サービス	旧介護予防訪問介護	平成 28 年 3 月
	訪問型サービスＡ	緩和された基準※によるサービス	平成 31 年 1 月
	訪問型サービスＢ	住民主体による支援 （館林市シルバー人材センター委託）	平成 31 年 1 月
②第１号通所事業（通所型サービス）			
	通所介護従前相当サービス	旧介護予防通所介護	平成 28 年 3 月
	通所型サービスＡ	緩和された基準※によるサービス	令和元年 12 月
③第１号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）			
	介護予防ケアマネジメントＡ	介護予防支援と同等	平成 28 年 3 月
	介護予防ケアマネジメントＣ	初回のみのケアマネジメント	平成 31 年 1 月

※緩和された基準＝介護予防事業所の指定に必要な設備基準・人員基準が緩和された基準のこと。通所事業所は、入浴施設や食堂、看護職員や機能訓練指導員等が不要となり、訪問事業所は、介護福祉士等の資格がなくても一定の研修を受ければサービスを提供できる。

第２章　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

１　基本的な考え方

（１）介護予防支援

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配慮して行われるものであり、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りません。

（２）介護予防ケアマネジメント

・要支援認定者及び事業対象者（以下「要支援者等」という。）に対して、アセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援します。また、利用者自身が、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、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」、「活動」、「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

・介護予防支援事業者が要支援者等に対する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、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していきます。

２　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント、介護予防サービス等を円滑に進めるために

（１）介護予防サービス等事業所の選定について

居宅介護支援事業者（介護予防支援業務等を委託する居宅介護支援事業者のことを言う。以下同じ。）は、単に事業所一覧を備え付けておくのではなく、利用者の目標に応じた適切なサービスが提供できるよう、事業所ごとの介護予防サービス等の特色等を把握しておいてください。この際、周辺市町の事業所の情報も収集する等、可能な限り利用者に適したサービス事業所を選定できるように対応することとしてください。

また、利用者・家族の事業所選択のポイントを確認し、特定の事業所を指定した場合であってもできるだけ他の事業所との比較検討を行ってください。

（２）介護予防サービス等提供の裁量の範囲について

介護予防サービス等の具体的なサービス提供方法や内容については、従前のようにケアマネジメント実施者が細部にわたり決定することは求めておらず、介護予防サービス等事業者の裁量の幅が大きくなっています。

従って、介護予防サービス等事業者は、具体的なサービス提供日や時間帯等は利用者との協議で決定することとなり、これらの変更等について、逐一、介護予防支援事業者等に報告する必要はありません。（日程変更等があった場合で他のサービス利用に影響がある場合は、そのサービス事業者

が居宅介護支援事業者に連絡することとなります。）

しかしながら、介護予防サービス等事業者は、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）において設定された目標等に基づいて具体的な「個別サービス計画」を作成した上で介護予防サービス等を提供することとされており、上記の「裁量」は当該ケアプランの範囲内において認められているものになりますので、ご留意ください。

例えば、ケアプランに位置付けられていない支援内容に係る加算について、あらかじめ居宅介護支援事業者の了解を得ることなく算定することは、たとえ利用者の同意を得た場合であっても、認められるものではありません。サービスを提供する中で、介護予防サービス等事業者として、ケアプランの目標や支援要素として位置付けられていない内容のサービス提供（各種加算の算定を含む。）の追加や変更が必要であると判断したときは、必ず事前に、居宅介護支援事業者に連絡してください。

（３）　適切な個別サービス計画の作成について

要支援者等への介護予防サービス等の提供に当たっては、居宅介護支援事業者がアセスメントを行い、ケアプランを作成するとともに、介護予防サービス等事業者においても、ケアプランを受けて事前アセスメントを行い、個別サービス計画を作成することとなっています。

従って、介護予防サービス等事業者においては、個別サービス計画の作成に当たって、ケアプランに基づきながらも利用者のことをもう一度根本的かつ独自にアセスメントするとともに、利用者の状況が変化した等の場合には必要に応じて個別サービス計画を見直してください。

（４）　適切な介護予防サービス等の提供について

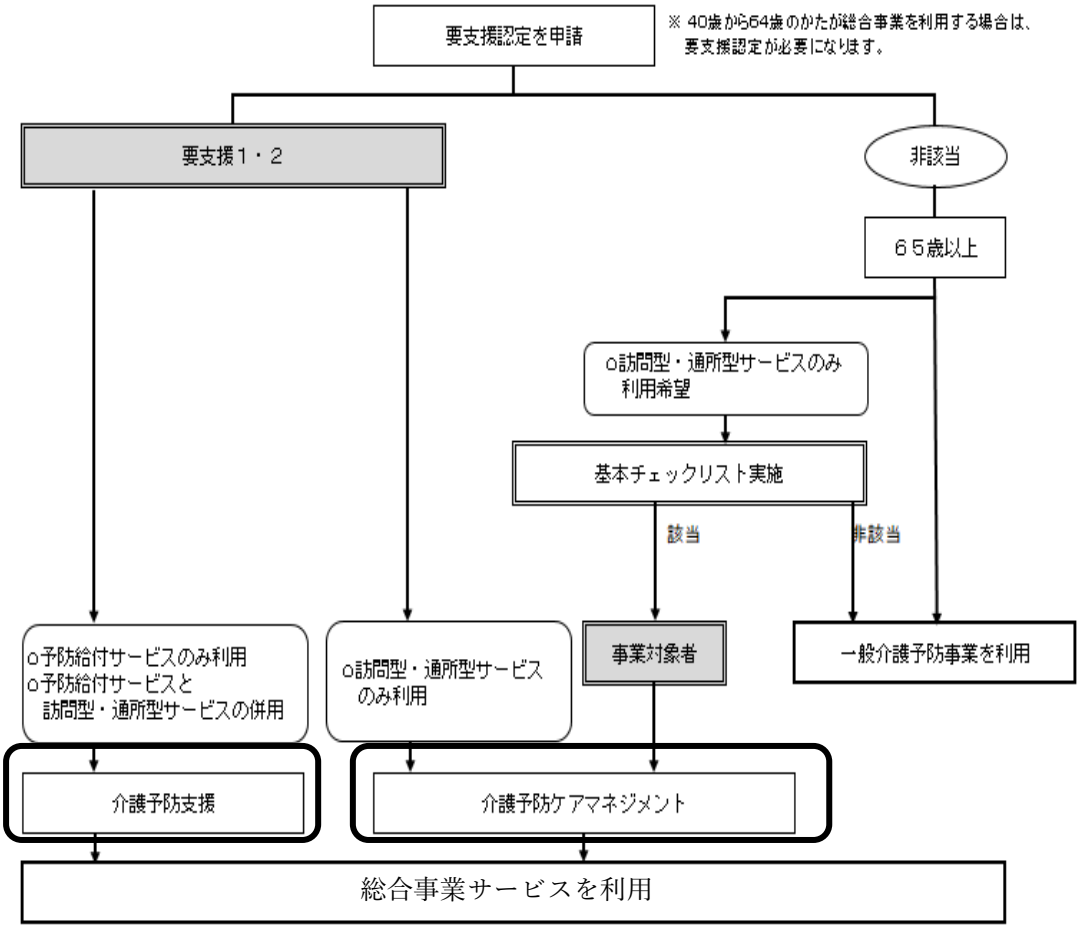
サービス提供の回数・時間については、介護予防支援事業者等のケアプランの目標や方針及び利用者の意向（目標達成のために必要と考えられる水準を逸脱する要求に応じる必要があるという趣旨ではありません。）に基づいて決定すべきものとされているところです。

従って、介護予防サービス等事業者においては、月単位の定額制であることを理由として、例えば通所系サービスで要支援１なら週１回、要支援２なら週２回、訪問系サービスで１回１時間の訪問等といったように、一律・機械的な回数・時間設定や制限を行うことは認められておらず、こうした運用は指導の対象とされています。また、利用者の状況とは無関係にサービス内容を低下させたり、サービス量を削除したりすることのないよう、利用者の個別の状況を考慮しながら適切にサービスを提供できるよう考慮してください。

また、居宅介護支援事業者においては、利用者の個別の状況を考慮しながら適切にサービスの提供がされているかどうか、モニタリングの実施及びサービス事業者からの報告受理の中で十分確認することとし、不適切な事例が見られた場合には目標達成のために必要なサービスを提供するよう調整してください。

３　介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
根拠	介護保険法第８条の２第１６項	介護保険法第１１５条の４５第１項第１号ニ
内容	居宅要支援者が介護予防サービス・総合事業・その他の介護予防に資する保健医療サービス・福祉サービスを適切に利用できるよう、要支援者からの依頼に基づき、その心身の状況、その置かれている環境、当該要支援者及びその家族の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。	指定介護予防支援を受けていない居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、当該居宅要支援被保険者等の心身の状況、その選択に基づき、第１号訪問事業、第１号通所事業又は第１号生活支援事業その他の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行う。
対象者	要支援１・２	要支援１・２、事業対象者
利用サービス	予防給付サービスのみ 予防給付サービス＋総合事業サービス	総合事業サービスのみ
実施者	地域包括支援センター （居宅介護支援事業者に委託可）	地域包括支援センター （介護予防ケアマネジメントＡについては居宅介護支援事業者に委託可）



４　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、従来の介護予防支援と同じケアマネジメントのプロセス（介護予防ケアマネジメントA)、従来の介護予防支援のケアマネジメントのプロセスから一部を簡略化したプロセス（介護予防ケアマネジメントB)、初回のみ実施するケアマネジメントのプロセス（介護予防ケアマネジメントC）の３つの類型が介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインにおいて示されています。

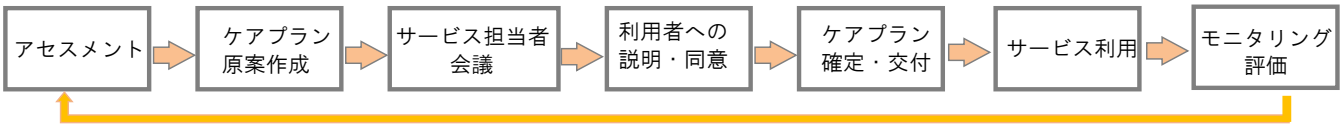
館林市では、利用サービスにより介護予防ケアマネジメントAと介護予防ケアマネジメントCを実施します。

利用するサービス					ケアマネジメント
訪問介護 従前相当 サービス	訪問型 サービスＡ	訪問型 サービスＢ	通所介護 従前相当 サービス	通所型 サービスＡ	
○					ケアマネジメントＡ
	○				
			○		
○			○		
	○		○		
		○	○		
				○	
○				○	
	○			○	
		○		○	
		○			ケアマネジメントＣ

	介護予防ケアマネジメントA （原則的なケアマネジメント）	介護予防ケアマネジメントC （初回のみのケアマネジメント）
対象 サービス	・訪問介護従前相当サービス ・訪問型サービスＡ ・通所介護従前相当サービス ・通所型サービスＡ	・訪問型サービスＢ
流れ	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 （利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング・評価	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →ケアマネジメント結果の確定・交付 （利用者へ） →サービス利用開始
実施者	地域包括支援センター 居宅介護支援事業者	地域包括支援センター

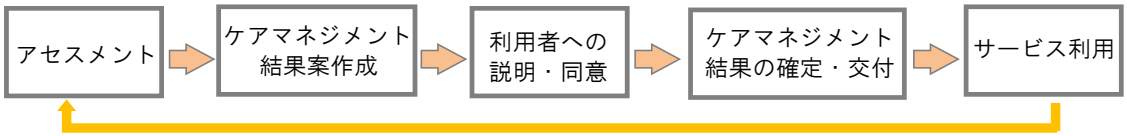
（１）介護予防ケアマネジメントＡ（原則的なマネジメント）

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。モニタリングについては少なくとも３ヶ月ごとに行い、利用者の状況等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。



（２）介護予防ケアマネジメントＣ（初回のみのケアマネジメント）

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（訪問型サービスＢ）を利用する場合に実施する。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、ケアプラン原案の結果を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等は行わないため、*対象者のためのセルフマネジメントツールとして介護予防手帳の活用を検討する。*



５　基本チェックリスト

（１）基本チェックリストの概要

基本チェックリストは、全２５項目の質問で構成され、チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。基本チェックリストにより、生活機能の低下があると判定されたかたを「事業対象者」といいます。

（２）実施者

実施者：介護保険課、地域包括支援センター

（３）事業対象者の有効期間

事業対象者について有効期間は設けていませんが、サービス提供時の状況や利用者の心身の状態等の変化に応じて、適宜、基本チェックリストで本人の状況を確認してください。

（4）基本チェックリスト様式

基本チェックリスト様式（厚生労働省作成）

基本チェックリスト実施日　　年　月　日

基本チェックリスト実施者

氏　名		住　所		生年月日	
希望するサービス内容					

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

事業対象者に該当する基準

①質問項目№1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	該当	非該当
②質問項目№6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	該当	非該当
③質問項目№11～12の2項目のすべてに該当	該当	非該当
④質問項目№13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	該当	非該当
⑤質問項目№16に該当	該当	非該当
⑥質問項目№18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	該当	非該当
⑦質問項目№21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	該当	非該当

（5）基本チェックリストについての考え方

		質問項目	質問項目の趣旨	見解
日常生活関連動作	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人で公共交通機関を利用して外出しているかどうか	自転車・バイク・タクシー・セニアカー・自家用車も含む。また、シルバーカーを押して自分の用事（目的があるもの）で歩行する場合も「はい」となります。（ただし、散歩は含まれない）
	2	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買物を適切に行っているかどうか	「自ら外出し」となっているため、外出が伴わないインターネットでの購入や宅配などは「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	金融機関が訪問し、自らの判断でお金の出し入れを頼む場合は「はい」となります。 ※ネットバンキングなど、金銭管理が自分でできる場合も含まれます。
	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	知人や隣近所への訪問も「はい」となります。
	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	知人や隣近所も含まれます。また、電話での相談も「はい」となることから、メールでのやりとりも「はい」となります。
運動器機能	6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っているかどうか	四つんばいで昇るのは「いいえ」となります。 ※聞き方の例：「手すりがなくても昇れますか」
	7	いす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	いす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	自分の膝に手をついて立ち上がるのは「できる」＝「はい」となります。 ※聞き方の例：「テーブルや肘掛がなくても立ち上がれますか」
	8	15 分くらい続けて歩いていますか	15 分くらい続けて歩いているかどうか	屋内外を問わないとのことで、歩行が伴えば「はい」（例えば掃除などの家事）となります。 ※ただし、家事でも調理などで歩かない場合や、散歩の途中で腰を掛けて休んだりする場合は「いいえ」となります。
	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	転倒などで、つまずいて転んだ場合は「はい」となります。ただ、つまずいただけは「いいえ」となります。
	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	本人の主観に基づく
栄養状態	11	6ヶ月で2～3kgの体重減少がありましたか	6ヶ月間で2～3kgの体重減少があったかどうか	自己申告（本人の主観に基づく）
	12	身長・体重	体重は1ヶ月以内の値、身長は過去の測定値を記載してもよい	自己申告（わかる範囲でよい）。ただし、どうしてもわからない場合は不明と記載してください。 ※未記入の場合は理由を記載してください。（本人拒否等）

口腔機能	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	以前からやわらかいものを食べている人は「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ときに、むせるかどうか	自己申告(本人の主観に基づく)
	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	自己申告(本人の主観に基づく)
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	過去1ヶ月の状態を平均しての回数	通所サービス、通院、回覧板等、自宅の敷地外へ出た場合も外出に含まれます。 ※自宅の庭などは「いいえ」となります。
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年より今年の外出回数が減少傾向にあるかどうか	自己申告(本人の主観に基づく)
認知症	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」など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あるかどうか	家族がいる場合は、家族にいつもの様子を聞く。 本人のみの場合は、本人と話しているときに感じた状況で、「はい」「いいえ」の判断をします。
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかける事をしていますか	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	携帯電話、らくらくホン、スマートフォンで電話がかけられる場合は「はい」になります。
	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	カレンダーや新聞などを確認して答えられるのは「いいえ」となります。 ※聞き方の例:「今日が何月何日かわからない時が度々ありますか」
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	自己申告 (本人の主観に基づく)	聞き方の例:「ここ2週間」という部分を強調して聞く。
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていた事が楽しめなくなった		
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事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		聞き方の例:「ここ2週間」という部分を強調して聞く。「わけもなく」は、精神的な面を聞いています。 身体的に疲れている場合は「いいえ」になります。

6　興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシートは、チェックがあった項目について、いつ・どこで・誰と・どんなふうに・どの程度 「しているのか」「してみたい」のかなどを確認します。 チェックを通して「機能訓練の手がかりを探すこと」が目的の一つです。

興味・関心チェックシート

作成日：　　年　　月　　日

氏名：　　様　　性別：　　生年月日：　　年　　月　　日　　年齢　　歳　　介護度：

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

7　課題整理総括表

（1）課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種で共有するとともに、専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ)」を導き出したのかを表現しています。

（2）課題整理総括表及び評価表の活用における留意点

課題整理総括表の活用に当たって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、どのようになりたいと望んでいるか等、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断します。

（3）課題整理総括表の活用場面

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導き出したのかを記録するものであり、課題をとらえた経緯を表現するものです。

【様式】　　**課題整理総括表**

利用者名　　殿　　作成日　　／　　／

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実　※1		現在　※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見　通　し　※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）　【案】	※6

8　生活状況を把握するためのアセスメントシート

様　　生活状況を把握するためのアセスメントシート

記入者:　　年　　月　　日

領域	視点		アセスメント項目
A 運動・移動について	自ら行きたい場所に移動するための手段をとりいれるかどうか。 乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動をおこなえているかどうか。	運動機能(支えの必要性	立ち上がり　:　□なし　□あり　　片足立ち　:　□なし □あり
		歩行状況(歩行レベル)	室内　(　　)　　屋外　(　　)
		転倒傾向	転倒　(　　)　　つまづき　(　　)
		移動傾向	□近隣中心　□区内・市内くらい　□市外まで
		移動手段	□電車　□バス　□タクシー　□自転車　□車(運転)　□車(同乗)　□徒歩
B 日常生活・家庭生活について	家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等)や，住居，経済の管理，花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況	買い物	□自分　□家族　□知人 □ヘルパー等
		献立を考える	□自分　□家族
		調理	□自分　□家族　□知人 □ヘルパー等　□配食サービス　□惣菜購入
		食べる楽しみ	□感じる　□あまり感じない　(　　)
		洗濯	□自分　□家族　□知人　□ヘルパー等　□していない
		掃除	□自分　□家族　□知人 □ヘルパー等　□していない
		整理整頓・ごみ捨て	□自分　□家族　□知人 □ヘルパー等　□していない
		身だしなみへの関心	□高い　□普通　□低い
		電気機器類の操作	□できる　□迷う　□難しい　(何が:　　)
		火の始末	□心配ない　□心配している　□火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用	□できる　□できない　(理由　:　　)
		金銭管理(家計の管理)	□できる　□できない　(理由　:　　)
		役所や金融機関等の手続	□一人でできる　□人に尋ねながらしている　□できない　□していない
		悪質商法への注意	□注意している　□注意していない　□被害経験
		情報への関心	□新聞　□テレビ・ラジオ　□人づて　□近隣の広報　□関心がない
C 社会参加・対人関係・コミュニケーション	状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。 仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣に置ける役割の有無などの内容や程度はどうか。	社会参加 活動性	□趣味や楽しみがある(　　)　□仕事をしている
			□地域活動やボランティア活動に参加している　□特にない
		社会参加 外出頻度	□ほぼ毎日　□週2～3回　□週1回程度　□月に2～3回　□殆ど出ない
		社会参加 外出目的	□趣味・楽しみ　□仕事　□地域活動等への参加　□その他(　　)
		対人関係 家族との交流	状況:
		対人関係 近隣との交流	状況:
		対人関係 友人・知人との交流	状況:
		コミュニケーション	□自己の意思の表出ができる　□他者の話の内容が理解できる
D 健康管理について	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。 また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)	受診の状況	□定期的に受診している　□必要時に受診している　□受診しない
		服薬管理の状況	□指示通り飲める　□他者の指示があれば飲める　□できない
		健診の状況	□健康診断を受けている　□受けていない
		口腔機能の状況	□痛みがある(□歯　□歯ぐき　□粘膜)　□くちの渇き　□義歯が合わない □硬い物が食べにくい　□むせる　□飲み込みにくい　□臭いが気になる
		歯の手入れ(義歯含む)	頻度(　　回　／　日・週・月)　方法(　　)
		食生活・栄養状況	回数(　　回　／　日)　状況:　□バランスを気づかう □偏っている □食事量減少 □関心なし
		水分摂取の状況	□気をつけている(　　)　□特に気をつけていない
		飲酒状況・喫煙状況	□飲酒:頻度(　　回　／日・週)　量(　　／回)　□喫煙:量(　本／日・週)
		適度な運動	□している(　　)　□していない(理由:　　)
		適度な休養	□心がけている　□つい無理をしてしまう
		排泄の状況	□支障ない　□尿漏れ・尿失禁がある　(気がかりなこと　　)
		入浴の状況	頻度(　　回／週・月)　方法 : □入浴　□シャワー　□清拭など
		生活リズム	□保たれている(起床 :　　時／就寝:　　時)　□あまり保たれていない(　　)
		物忘れの状況	物忘れ :　□ある　□なし　本人の認識 :　□あり　□なし
E その他	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。	居住環境	室内　(　　)　屋外　(　　)
		経済状況	収入(　　円)　主な使途(　　)心配なこと(　　)
		家族の状況	(　　)
		家族の介護力	□期待できる　□期待できない(理由:　　)
		虐待の可能性	□みられない　□要注意(根拠:　　)
		精神的な不安・意欲低下	□ない　□みられる(内容:　　)
		見守りの状況	□ある(　□家族　□民生委員等　□近隣住民　□IT見守り□その他　)　□ない
		緊急時のSOS発信	□自分なりの対応ができる　□自信がない　□特に考えていない 緊急性の判断　:　□できる　□できにくい
		価値観	大切にしたいこと(　　) 嫌なこと(　　)

９　介護予防サービス・支援計画書及び介護予防ケアマネジメント計画書

左から順に書き進めることでケアマネジメントの思考過程を追うことができる様式となっています。しかしながら、実際の記入をみると、記入するべきことが十分に理解されていないために、本来書くべきことが書かれていないなど、円滑なケアマネジメントが行われていないものが見られます。

そこで、「介護予防サービス・支援計画書等」の考え方や記入方法については、記入者及び利用者に分かりやすく、効率的かつ効果的にケアマネジメントを実施するため、記入の要点を次ページに示しました。

この記入の要点は、ケアプラン作成の統一的な基準とする趣旨ではなく、各担当者が適切なプランを作成するための手助けとなるよう一つの参考及び工夫例を掲示したものです。

なお、「介護予防サービス・支援計画書等の期間」の設定は、ケアプランに掲げた「支援計画」をどの程度の「期間」にわたり実施するかの記載であり、目標達成に必要な期間を検討し複数の目標がある場合は、それぞれにあった期間を記載するものとします。『認定の有効期間』も考慮するものとし、認定の有効期間が１年及び２年間の場合も、最大１年間の設定としますので、プランが切れることのないようにご注意ください。

介護予防サービス・支援計画及び　介護予防ケアマネジメント計画書　No.

利用者名　　様　　認定年月日　　年　　月　　日

計画作成（変更）日　　年　　月　　日（初回作成日　　年　　月　　日）

目標とする生活

1日	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。

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
運動・移動について ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況 **日常生活（家庭生活）について** ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理することについての状況 ●家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況 ●預貯金の出し入れを行うことについての状況 **社会参加、対人関係・コミュニケーションについて** ●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係を作り保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人などとの会話や電話での交流 ●地域での役割があるか（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況 **健康管理について** ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●健康のために食事に気をつけている状況 ●健康のために運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができてい	●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。 「○○できるようになりたい」「○○をやりたくない」と記載し、利用者・家族どちらの認識か明確にし、その理由について確認する。 ●利用者と家族の意向が異なっていた場合には、それぞれ記載する。 ●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。 これは具体策を検討する際に参考情報となる。	□有　□無 ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ●課題がある場合「□有」レ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は「□無」にチェックする。 ●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し、チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービス、地域支援事業だけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。 ●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合には、ここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 例） 〔目標〕 （3か月後には）ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。 〔具体策〕 ①▼▼を利用して△△を行う。 ②誰々が■■を行う。 ③…	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価などを踏まえた留意点

（ある場合）主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性がある病状、禁忌事項などを書く。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書きください。
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。

予防給付または地域支援事業	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
	／5	／2	／			

基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

初回･紹介･継続	認定済･申請中	事業対象者･要支援1･要支援2	地域支援事業

認定の有効期間　　年　月　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：

1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
●前項目で利用者や家族と共に考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例） ・ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。	●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。	●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 例） ・家族で一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物に一緒に出かける。	●予防給付、地域支援事業（総合事業）の具体的なサービス内容を記載する。（訪問型サービス等サービス種類の記載ではない。） ●自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●訪問型サービス、通所型サービスについては、サービスの類型（従前相当、A、B、C）も記載する。 ●訪問型サービスについては報酬区分を記載する。 ●「生活機能向上グループ加算」、「栄養改善加算」、「口腔機能向上加算」等加算サービスも必要時記載する。 例） ・訪問型サービス（独自）Ⅱ ・特殊寝台（自費） ・配食サービス、ふれあい給食会など。	●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス地域支援事業以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。
●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

総合的な方針：生活不活発病の改善･予防のポイント

●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。
●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」という内容の文言を記載する。
●特になければ無理に記入する必要はない。
●確認欄→必ず記入すること。

画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】	について、同意いたします。
	【確認印】	年　月　日　氏名　　印

①表紙

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）

○初回　○紹介　○継続　　○認定済　○申請中

事業所

NO：

ここをクリックして

状態区分　○要支援1　○要支援2　○事業対象者

1回クリックして選択する（黒くする）

利用者氏名　：　　様　被保険者番号　：　　生年月日　：■■　年　月　日（満　歳）

認定年月日　：平成　年　月　日　認定有効期間　：平成　年　月　日～平成　年　月　日

計画作成者氏名　：　　担当地域包括支援センター名　：

計画作成事業者　：（事業所名）　　（所在地）　　（電話番号）

計画作成（変更）日　：平成　年　月　日（初回作成日）平成　年　月　日

目標とする生活 生活に対する意向や希望	本人の希望（こんな風にしたい） 利用者がどのような生活を送りたいか、意欲を尊重し、望む生活を記入	1日	1日の生活をどのように作っていくか 大きな目標にたどり着くための段階的な目標・具体的に記入
	家族の希望（こんな生活をしてほしい・こんな風にかかわりたい） 家族として利用者に「こんなふうに生活して欲しい」「こんなふうに支えたい関わりたい」等を記入	1年	週や月、年単位でしたいこと 利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、達成可能な具体的な目標を記入
健康状態	主治医意見書・健診結果・観察等を踏まえた留意点 主治医意見書・生活機能評価・利用者基本		
	主治医のアドバイス 利用者が主治医から生活上の注意等言われていること ↓		介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 介護保険被保険者証を確認
総合的な支援の方法	改善・予防のポイント（支援の方向性・留意点など） 利用者や家族が望む生活を目指して、共通の方向性や特別に留意すべき点、チームとして留意するところ		妥当な支援の実施に向けた方針【本来行うべき支援ができない場合に記入】 利用者や家族の合意が取れない場合は本来の支援ができるように働きかける具体的な手順や方針等

必要な事業プログラム	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
予防給付又は地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

1週間の予定（利用するサービス）	月	火	水	木	金	土	日
	利用者が利用するサービスや自ら行う週間予定を記入する。利用者・家族と合意、確認しながら記載する ↓						

【地域包括支援センター記入欄】

意見　：

平成　年　月　日 確認 担当者名　：

【利用者記入欄】

私はこの介護予防サービス・支援計画書（①、②、③）について同意します。

平成　年　月　日　氏名　：　　印

②アセスメント表

アセスメント実施年月日　：平成　　年　　月　　日　利用者名　：　　様

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		総合的課題
何をして、何をしていないか？	今していない理由？	今後どうしたいですか？	有無	背景・原因の分析、改善可能性の評価	望む生活に必要なこと
運動・移動（具体的内容） □ 歩行 □ 交通機関 □ □ □ □	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	□ 健康状態 □ 心理状態 □ 習　慣 □ 物的環境 □ 人的環境 □ 経済状態 □ その他	①
日常生活（家庭生活） □ 買い物 □ 調理 □ その他の家事 □ 預金管理 □ 世話（花・ペット） □	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	□ 健康状態 □ 心理状態 □ 習　慣 □ 物的環境 □ 人的環境 □ 経済状態 □ その他	②
社会参加・対人関係・コミュニケーション □ 相談ごと □ 来訪・訪問 □ 会話・手紙 □ 仕事・地域の役割 □ □	【本人】 【家族】		○ 有 ○ 無	□ 健康状態 □ 心理状態 □ 習　慣 □ 物的環境 □ 人的環境 □ 経済状態 □ その他	
健康管理 □ 入浴・清潔 □ 身だしなみ □ 栄養管理 □ 健診受診 □ 服薬管理 □	【本人】 【家族】	【本人】 【家族】	○ 有 ○ 無	□ 健康状態 □ 心理状態 □ 習　慣 □ 物的環境 □ 人的環境 □ 経済状態 □ その他	
その他（例　趣味・生きがい） □ 以前のこと □ 今のこと □ □ □ □	【本人】	【本人】	○ 有 ○ 無	□ 健康状態 □ 心理状態 □ 習　慣 □ 物的環境 □ 人的環境 □ 経済状態 □ その他	

マニュアルに記載されている項目を抽出

該当する□の中をチェックする。必要な項目を足してもよい

マニュアルどおり。現在自分（自力）で実施しているか否か、家族などの介助を必要としている場合は、どのように介助されているか

「していない」事柄「していない理由」等を双方から確認する
↓
以前はしていたが今はしていない。本人、家族の「気づき」が大切

利用者、家族の認識とそれについての意向を、それぞれ記載

マニュアルに記載されている項目を出した。その領域に課題がある場合は、□にチェックを入れ具体的に記入

各項目で分析した各「領域における課題」から利用者全体の課題を探す。優先度の高い順に列挙

マニュアルに確認する項目の例や記入例があるので、確認する

〇〇できるようになりたい。手伝ってもらえれば〇〇できる。

クリックしてチェックを入れる

マニュアルには、趣味や楽しみの項目があるが、その項目は大切な項目なので、「その他」の欄に記

利用者、家族の意向が双方に支障があるなど、異なった場合は介護予防支援経過記録に記載する

口腔ケアや飲酒・喫煙の状況も記載

利用者の趣味等（含：以前はしていたが現在はしていない）得意だと思うこと、楽しいと思っていること、これから自分らしく生きるためのきっかけになる項目

【考え方】

①本人の示す理由以外の理由（原因）はないか

②本人の気づいていない理由（原因）はないか

③真の理由は何か等

課題分析者が専門職として原因、改善の可能性を評価する

アセスメント

③ケアプラン

総合的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	支　援　計　画					
目標の提案 （評価可能で、具体的）	具体策の提案 （様々な角度からの支援内容）	本人・家族等の意向 （合意のない理由・根拠等）	合意できた目標	支援方法	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 （頻度）	事業所 （利用先）	期間
① 項目を分けて記載しやすいよう 漠然としたものではなく評価可能で具体的	本人 本人セルフケア 家族 家族の支援 その他 主治医・地域のインフォーマル・ボランティア・民生委員・友人等	本人 例：○○を行いた 家族 例：○○が必要だと思う （　　） 本人・家族以外	目標 具体的に記載 支援のポイント 具体的な支援を考える上での留意点	本人（セルフケア） 項目に分けて記載 家族 地域 地域のサービス 保険外サービス 市町村保健事業。高	合意できた目標を達成するために最適とおもわれる内容を記載。 合意できない場合等で、代替サービスを当面の支援とする場合は、括弧書きでサービス内容を記載。	あいているスペースに		
②	本人 家族 その他	本人 家族 （　　）	目標 支援のポイント	本人 家族 地域 保険外サービス				
③	本人 家族	本人 家族	目標 支援のポイント	本人（セルフケア） 家族 地域 保険外サービス				

専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応をみる段階

ケアプラン

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントモニタリング・評価表

居宅介護支援事業所名：　　担当者氏名：

利用者氏名：　　様　　被保険者番号：　　認定期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年

▼にて該当する認定区分を選択

認定区分

〇モニタリング（利用サービス/利用頻度：　　）

実施日 実施方法	利用者の生活状況に変化が生じてないか。 健康状況 身体状況	精神状況	家族 社会環境	その他	計画書どおりに利用者自身の行動やサポートが実施できているか	利用者・家族は満足しているか	目標は達成しているか	専門職から見た本人の様子	今後のサービス計画の方向性	備考
年 月　日 ☐ 訪問 ☐ 電話 ☐ その他	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 計画通り実施 ☐ 一部実施 ☐ 実施していない ☐ その他	☐ 満足している ☐ ある程度満足 ☐ 満足していない ☐ その他	☐ 達成している ☐ 一部達成 ☐ 達成していない ☐ その他	☐ 意欲的である ☐ 変化なし ☐ 意欲が見られない ☐ その他	☐ このまま継続 ☐ 経過観察 ☐ 修正見直しが必要 ☐ その他	
年 月　日 ☐ 訪問 ☐ 電話 ☐ その他	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 計画通り実施 ☐ 一部実施 ☐ 実施していない ☐ その他	☐ 満足している ☐ ある程度満足 ☐ 満足していない ☐ その他	☐ 達成している ☐ 一部達成 ☐ 達成していない ☐ その他	☐ 意欲的である ☐ 変化なし ☐ 意欲が見られない ☐ その他	☐ このまま継続 ☐ 経過観察 ☐ 修正見直しが必要 ☐ その他	
年 月　日 ☐ 訪問 ☐ 電話 ☐ その他	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 変化なし ☐ 変化あり	☐ 計画通り実施 ☐ 一部実施 ☐ 実施していない ☐ その他	☐ 満足している ☐ ある程度満足 ☐ 満足していない ☐ その他	☐ 達成している ☐ 一部達成 ☐ 達成していない ☐ その他	☐ 意欲的である ☐ 変化なし ☐ 意欲が見られない ☐ その他	☐ このまま継続 ☐ 経過観察 ☐ 修正見直しが必要 ☐ その他	

▼にて該当する確認方法の選択

▼にて該当する項目を選択。状態の変化などを記入

毎月のモニタリング実施日

プランの変更や終了の理由を記入

〇評価表

評価日	目標	目標達成状況	目標が達成しない原因	今後の方針
年 月　日	①			☐ 計画継続 ☐ 計画変更 ☐ 計画中止・終了 ☐ その他
	②			
	③			

〇計画変更
要支援認定の更新
認定期間内の計画変更
居宅介護支援事業所の変更

〇計画中止・終了
死亡・自立・要介護認定

▼にて該当する加算を選択

書面にて報告を受け、チェック
添付すること

〇通所系サービス加算が[illegible]場合は、下記に実施期間を記入しサービス提供事業所からの評価の提出を受け判断（3ヶ月ごと）

加算項目	期間	加算	サービス事業所からの評価報告	館林市　地域包括支援センター　確認欄
	年　月～　月	継続・中止	☐ あり　☐ なし	月　日
	年　月～　月	継続・中止	サービス事業所より個別サービス計画の提出	
	年　月～　月	継続・中止	☐ あり　☐ なし	印

担当センター名を記入

第2章　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの流れ（更新の場合）

（居宅介護支援事業者に委託して実施する場合）

①要介護→要支援の場合　②要支援→要支援の場合　③基本チェックリストで行う場合

介護予防支援の流れ　※介護予防ケアマネジメントについても以下同様

	サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター	備考
サービス利用前月		○利用者に対して、認定更新手続きの際に「要支援1・要支援2」となった場合のサービス利用や手続きについて事前に説明しておくとともに、認定結果（要支援 1・要支援2を含む）が出た場合、速やかにケアマネジャーに連絡するように助言しておく。		
	①要介護→要支援の場合			
		要支援認定結果		※事前に地域包括支援センターと居宅介護支援事業者間での業務委託契約締結（介護保険法第115条の21第3項）が完了していることが必要
		□居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへの引継 ○利用者に対して、認定結果、介護予防支援の利用手続及び担当地域包括支援センターについて説明し介護予防サービス利用の意思を確認する。 ○地域包括支援センターに連絡を行い当該利用者の概要及び支援経過並びに当該事業者に係る介護予防支援の委託の可否を伝達。（原則として利用者宅への同行訪問の日程調整を行う。）		
	ケアマネジメント業務の委託（契約締結）			
	連絡 ←	介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者	→ 連絡 **□訪問・契約締結** ○契約関係書類を持って、利用者宅等を訪問。 ○契約書・重要事項説明書に記名押印し、利用者に1部ずつ返却。残り1部は包括の控えとする。 ・契約書（2部） ・重要事項説明書（2部） ・介護予防サービス計画作成依頼書（変更）届出書 ・指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント事業依頼書 ・個人情報の使用に関する同意書 **□市役所へ「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出**	

	サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター	備考
サービス利用前月		**介護予防ケアプラン原案作成** **□基本チェックリスト記入** **□利用者基本情報の記入** **□介護予防ケアプラン原案の作成** ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・介護予防サービス・支援計画書（原案） ・介護保険証（写） ・負担割合証（写） ・利用票・別表 ○地域包括支援センターにケアプラン原案の確認を受ける。	**□居宅介護支援事業者への実施依頼** ○委託契約を締結している居宅介護支援事業者に対して「介護予防ケアマネジメント事業の依頼について」等の書面で介護予防支援の実施を依頼する。 ・介護予防サービス・支援計画書（原案）を確認し、氏名の記入、押印をして返却 ・他はコピーを返却 ○介護予防ケアプラン原案の妥当性について確認する。	
	サービス担当者会議（利用者・家族等を交えた）			
		介護予防ケアプランの説明・同意 □地域包括支援センターの確認を受けた介護予防プランの内容について、利用者及び家族に説明し同意を得る。（同意欄への署名）		
	介護予防ケアプラン確定・交付			
	・介護予防サービス・支援計画書（写） ・提供票 ・介護保険証（写） ・負担割合証（写）	**□交付** ・介護予防サービス・支援計画書（確定版）	原本を保管 コピーを返却	
	個別サービス計画の交付			
	・利用計画 ・事前アセスメント ・個別サービス計画	個別サービス計画（写） ※生活機能向上グループ加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算等を付けている場合は、必ず確認。 ○サービス事業者から提出された個別サービス計画とケアプランの連動性や整合性について確認する。	個別サービス計画（写）	
	サービス提供			

	サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター	備考
サービス利用後月	**モニタリング**			
	□報告書の提出 ・介護予防実績報告書 （利用実績、実施状況の報告）	・介護予防実績 **□介護サービス計画モニタリング及び評価表に記入** ○毎月、通所先への訪問、利用者へ電話連絡、サービス事業者からの報告により利用者の状況を把握する。 ○利用者の状況に変化のあった場合は訪問面接を行い、必要に応じて計画を変更する。 ※「介護サービス計画モニタリング及び評価表」は、<u>3 月に1回</u>、担当地域包括支援センターに提出。 ※生活機能向上グループ加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算等を付けている場合は、サービス提供事業者のサービス計画書、実行表、モニタリング評価表等添付。		
	給付管理			
	□国保連へ提出 ・介護給付費請求書 ・介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付明細書 **□国保連から介護報酬を受領**	・委託料請求書 ・委託料請求明細書（実績報告書） ・実績が記入された利用票 ・実績未請求理由書（該当時のみ） **□地域包括支援センターに対し委託料の請求** （提出日年間予定表に従い毎月期日までに提出） **□地域包括支援センターから委託料を受領**	提出 ・給付管理票 ・介護予防支援介護給付費明細書 ・介護給付費請求書 **□国保連へ提出** **□居宅介護支援事業者へ委託料の支払** **□国保連から介護報酬を受領**	※国保連への提出は、サービス提供月の翌月10日まで
	評価			
	□モニタリング ※<u>個別サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに少なくとも 1 回は行う。</u> ・介護予防実績報告書 ・モニタリング結果記録や評価表 （介護予防実績報告書と別に必要）	**□<u>利用者宅を訪問し、面接</u>** ○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、新たな目標設定や、利用するサービスの見直しなど、今後の方針を決定する。 ※目標期間終了月、3月に1回、または利用者に著しい変化があったときは、利用者宅へ訪問を行う ★評価月に提出 ・介護予防支援・サービス評価表 ・サービス事業者によるモニタリング結果記録や評価表（写）・個別サービス計画書も提出する	提出された介護予防支援・サービス評価を確認後、写しを交付	※国保連からの介護報酬の支払は、サービス提供月の翌々月

	サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター	備考
サービス利用後月	**介護予防支援業務の終了**			
	連絡	○契約の満了となる事項が生じたときはその旨をサービス事業者と地域包括支援センターに連絡する。 **□契約が終了となった日までに行った介護予防サービス計画作成対象者に係る書類の原本等を提出** （介護予防ケアマネジメント業務の依頼書は除く） ・介護予防支援経過記録 ・サービス担当者会議の要点 ・サービス担当者会議に対する照会（依頼）内容	連絡 提出	
	②要支援→要支援の場合			
		□P20～同様		
	③非該当・要支援→事業対象者			
		□次のいずれかの場合は、「基本チェックリスト」による判定を実施 ○要介護認定が非該当となったが総合事業のサービス利用を希望する場合 ○要支援認定の更新時に総合事業のサービスのみ希望する場合 **□市役所へ申請書類を提出** 【提出書類】 ・介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書（基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書） ・介護保険被保険者証 **□P20～同様**	**□基本チェックリストの実施**	※詳細については、平成28年2月配布の「館林市介護予防・日常生活支援総合事業について」を参照

第4章　留意事項

1　認定結果を待ってサービスを利用する場合（申請からサービス利用まで）

（1）新規申請の場合

サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター
	申請手続き支援または申請代行する。 結果通知の内容を確認後、要支援認定の場合は、地域包括支援センターに連絡する。委託を受けられる場合はその旨を合わせて報告する。	申請手続き支援または申請代行する。
地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者から依頼を受け、第2章に従ってすすめる。	委託を受ける場合は第2章に従ってすすめる。	サービス利用がある場合には第2章に従ってすすめる。

（2）要支援認定からの変更申請の場合

サービス事業者	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター
	利用者及び家族からの情報収集、事業者からのモニタリング等の把握を行い、家族の希望やケアマネの状況判断を踏まえた、変更申請に至る経緯を支援経過記録に記入する。	利用者及び家族からの情報収集、事業者からのモニタリング等の把握を行い、家族の希望やケアマネの状況判断を踏まえた、変更申請に至る経緯を支援経過記録に記入する。
	変更申請を行うことを地域包括支援センターとサービス提供事業者に連絡し、介護保険担当課に変更申請書を提出する。	変更申請を行うことをサービス提供事業者に連絡し、介護保険担当課に変更申請書を提出する。
地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者からの連絡を受け、サービスを終了する。		認定結果が要介護の場合、利用者に居宅介護支援事業者を選択し契約してもらうことを説明する。
地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者から依頼を受け、第2章に従ってすすめる。	結果通知の内容を確認後、認定結果を地域包括支援センターに報告する。 ・要支援認定結果が出て、引き続き委託を受けられる場合にはその旨を連絡する。委託を受ける場合は第2章に従ってすすめる。 ・要介護認定結果が出た場合、介護予防サービス計画作成に係る書類を地域包括支援センターに返却する。	介護認定の確認をする。 ・要介護認定の場合は、本人・家族またはケアマネからの報告により確認する。また、本人・家族に居宅介護支援事業者を選定してもらい、その居宅介護支援事業者に連絡する。

2　暫定でサービスを利用する場合（申請からサービス利用まで）

（1）新規申請の場合

<table>
<tr><th>サービス事業者</th><th>居宅介護支援事業者</th><th>地域包括支援センター</th></tr>
<tr><td rowspan="2">地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者から依頼を受け、第2章に従ってすすめる。</td><td>申請手続き支援または申請代行する。

認定結果が要介護か要支援か推測が難しい場合は、地域包括支援センターに連絡を入れる。

要支援の場合は地域包括支援センターが関わることを説明する。

居宅サービス計画書作成依頼届出書を提出して暫定で計画書を作成。

第2章に従ってすすめる。</td><td>申請手続き支援または申請代行する。

認定結果が要介護か要支援か推測が難しい場合は、本人･家族に要支援認定と要介護認定で仕組みが違うことを説明する。

認定結果が要介護になった場合は居宅介護支援事業者を選択してもらう。

介護予防サービス計画作成依頼届出書を提出して暫定で計画書を作成。

第2章に従ってすすめる。</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>※暫定ケアプランを作成する方が責任を持って届出をして契約を交わす。</u>
〇認定結果が要介護･要支援か非該当か推測が難しい場合は、本人･家族に自費になる可能性も含めて説明し、了解が得られてからサービスの調整をする。</td></tr>
</table>

（2）要支援認定からの変更申請の場合

<table>
<tr><th>サービス事業者</th><th>居宅介護支援事業者</th><th>地域包括支援センター</th></tr>
<tr><td rowspan="2">地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者から依頼を受け、第2章に従ってすすめる。</td><td>申請手続き支援または申請代行する。

認定結果が要介護か要支援か推測が難しい場合は、地域包括支援センターに連絡を入れる。

暫定で計画書を作成。

第2章に従ってすすめる。</td><td>申請手続き支援または申請代行する。

認定結果が要介護か要支援か推測が難しい場合は、本人･家族に要支援認定と要介護認定で仕組みが違うことを説明する。

認定結果が要介護になった場合は居宅介護支援事業者を選択してもらう。

暫定で計画書を作成。

第2章に従ってすすめる。</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>※暫定ケアプランを作成する方が責任を持って届出をして契約を交わす。</u>
〇認定結果が要介護･要支援か非該当か推測が難しい場合は、本人･家族に自費になる可能性も含めて説明し、了解が得られてからサービスの調整をする。</td></tr>
</table>

３　月途中で要介護状態区分が変更された場合

（1）給付管理票の記入方法

・変更前後のいずれか高いほうの要介護状態区分の区分支給限度基準額を適用します。

・月の途中に要支援・要介護状態の変更が認められた場合、居宅サービスと予防サービスが同一の給付管理票に記載されます。

（例）　○月途中に要介護→要支援へ変更となった場合

・給付管理票の作成区分・・・・・・・・・・・・介護予防支援事業者

・給付管理票の要介護度状態区分・・・・要介護

○月途中に要支援→要介護へ変更になった場合

・給付管理票の作成区分・・・・・・・・・・・・居宅介護支援事業者

・給付管理票の要介護度状態区分・・・・要介護

（2）給付費明細書の記入方法

○被保険者欄に記載する要介護度・・・・変更後（月末直近）の要介護状態区分

○居宅介護支援・介護予防支援・・・・・・変更後（月末直近）の要介護状態区分に応じた介護報酬

○上記以外の欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・当該月に有効な要介護状態区分に応じた介護報酬

４　利用者のスケジュール等の管理・連絡体制

（1）サービスの利用を開始するとき

・介護予防サービス・支援計画書で、サービスの利用期間や頻度を決定します。

・訪問型サービスの利用回数については、1週間当りの利用回数により利用者の負担額が異なることから、介護予防サービス・支援計画書に記入します。

（2）支給限度額を超えた場合等、連絡・調整の必要が生じたとき（介護予防ケアプランが変更されない場合に限る）

当初ショートステイの利用を予定していて後から利用日が決まった場合や、サービスの利用を一時停止した場合等で、ケアプランの変更がないときは、実務上、介護予防支援事業者が支給限度額等を調整し、利用者及びサービス事業者に連絡します。

5　月額包括報酬の日割り請求について

介護予防・日常生活支援総合事業における請求については、一部介護予防給付と異なる取扱いとなりますので、ご注意ください。詳細については、下記の「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（平成 30 年 7 月 27 日付厚生労働省事務連絡）」をご確認ください。

○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。

＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
介護予防通所リハ（介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	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
		・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
	終了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・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）
		・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
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 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	開始	・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	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) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	サービス提供日 (通い、訪問又は宿泊)
		・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
	終了	・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	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) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日) (喪失日) (転出日)
		・公費適用の有効期間終了	終了日
夜間対応型訪問介護	開始	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	契約日
		・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
	終了	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 (満了日) (開始日)
		・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
訪問看護（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合）	開始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・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） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日の翌日 退居日の翌日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 （ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付終了日の翌日
		・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
	終了	・区分変更（要介護1～5の間）	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） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 （ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付開始日の前日
		・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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	開始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・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） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日 退居日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付終了日の翌日
		・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
	終了	・区分変更（要介護1～5の間）	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） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付開始日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日
福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 （特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	開始日
		・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
	終了	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	中止日
		・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
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（みなし） ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（みなし） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	・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
		・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
	終了	・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
		・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
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	－	・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、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度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、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。	－

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	－	・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、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度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。	－

※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。

館林市
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントマニュアル

平成３１年１月　　初版発行　　市高齢者支援課
令和６年４月１日　　改訂版発行　市高齢者支援課
令和７年４月１日　　改定版発行　市介護保険課
（協力）
館林市クローバー荘地域包括支援センター
館林市新橋地域包括支援センター
館林市東毛光生園地域包括支援センター
館林市社会福祉協議会地域包括支援センター