老認発 0805 第３号
令和６年８月５日

都道府県
各　指定都市　介護保険主管部（局）長　殿
中核市

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長
（　公　印　省　略　）

「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について

標記については、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」（平成 27 年６月５日老振発 0605 第１号）により行われているところであるが、今般、その一部を別添新旧対照表のとおり改正し、令和６年４月１日から適用することとしたので通知する。

ついては、管内市町村及び地域包括支援センター等に周知を図るとともに、その運用の参考にされたい。

別添

「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の新旧対照表

改正後（新）	改正前（旧）
別紙１ 介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施について １　用語の定義・目的 (1)　用語の定義 本通知における用語の定義は、それぞれ次に定めるところによる。 ①　総合事業　介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下「法」という。）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をいう。 ②　居宅要支援被保険者等　法第 115 条の 45 第１項第１号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。 ③　訪問型サービス　法第 115 条の 45 第１項第１号イに規定する第１号訪問事業をいう。 ④　通所型サービス　法第 115 条の 45 第１項第１号ロに規定する第１号通所事業をいう。 ⑤　その他生活支援サービス　法第 115 条の 45 第１項第１号ハに規定する第１号生活支援事業をいう。 ⑥　介護予防ケアマネジメント　法第 115 条の 45 第１項第１号ニに規定する第１号介護予防支援事業をいう。 ⑦　サービス・活動事業　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、介護予防ケアマネジメントから構成されるものをいう。 ⑧　従前相当サービス　訪問型サービス及び通所型サービス（以下「訪問型サービス等」という。）であって、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）第 140 条の 63 の６第１号の基準に従い指定事業者（法第 115 条の 45 の３第１項に規定する指定事業者をいう。）が行うものをいう。 ⑨　サービス・活動Ａ　訪問型サービス等であって、施行規則第 140 条の 63 の６第２号の基準に従い指定事業者が行うもの（当該基準を踏まえ、市町村が直接又は委託により実施するものを含む。） ⑩　サービス・活動Ｂ　訪問型サービス等であって、施行規則第 140 条の 62 の３第１項第２号の規定に基づき、補助その他の支援を通じて地域の人材や社会資源の活用を図るもの（サービス・活動Ｄに該当するものを除く。）をいう。 ⑪　サービス・活動Ｃ　訪問型サービス等であって、高齢者の目標の達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防及び自立支援の効果が増大すると認められる者に対し、３月以上６月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供されるものであって、市町村が直接又は委託により実施するものをいう。 ⑫　サービス・活動Ｄ　訪問型サービスであって、施行規則第 140 条の 62 の３第１項第２号の規定に基づき、補助その他の支援を通じて地域の人材や社会資源の活用を図るものであって、移動支援や移送前後の生活支援のみを行うものをいう。 ⑬　一般介護予防事業　法第 115 条の 45 第１項第２号に規定する事業 ⑭　生活支援・介護予防サービス　高齢者の自立した生活や介護予防に資する多様な活動をいう。	別紙１ 介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の実施について １　事業内容 （新設）

(2)　目的 　介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。以下同じ。）に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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ある。	介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）（以下「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第１号訪問事業）、通所型サービス（第１号通所事業）、その他の生活支援サービス（第１号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。
２　介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	２　介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方 　介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。 　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、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態となっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするともに、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る。
介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対する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する。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ある。	総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、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」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。
このようなことから、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くこととなる。	このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。
（削る）	３　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方 　介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、典型例として以下のような類型を想定している。利用者の状況に応じて実施するものとする。 (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） 　地域包括支援センターが、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。 　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。

(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作成までは、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、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプラン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する。

(3)　ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）

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等を利用する場合に実施する。

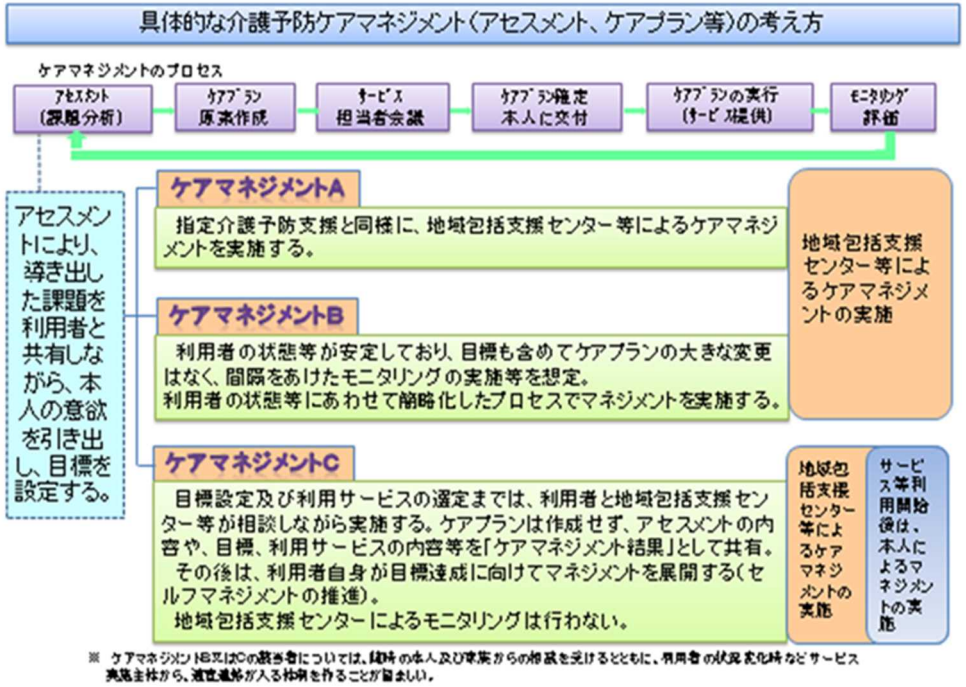
初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

表１　具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

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のプロセス）	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスＣ、通所型サービスＣを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	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【給付管理】
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のプロセス）	
・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	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（適宜））
③ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後状況把握を実施）	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 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※　（　）内は、必要に応じて実施

表２　具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方



３　実施主体等

（1）　実施主体・実施方法等

・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、以下が想定される。

ア　市町村が直接実施する。

イ　法第115条の45の３の規定に基づき地域包括支援センターが指定事業者としての指定を受けて居宅要支援被保険者に係る介護予防ケアマネジメントを実施する。

ウ　市町村が法第115条の47第１項及び第５項の規定に基づき地域包括支援センターに委託して実施する。

地域包括支援センターが委託を受けて実施するにあたっては、施行規則第140条の62の３第２項各号に掲げる基準及び市町村が当該サービス・活動の内容等を勘案し必要と認める基準を定めた実施要綱等の内容を遵守する必要がある。

市町村から委託を受けた地域包括支援センターは、法第115条の47第６項の規定によ

４　実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて、実施する。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援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うものである。

り居宅要支援被保険者に係る介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができる。また、居宅要支援被保険者等（居宅要支援被保険者に係るものを除く）に係る介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業者に委託することも差し支えないが、この際、一部委託にあたっては、法第115条の47第５項の規定を参考に適切に行うこと。 ・　本通知では、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの指定を受けて実施する場合における基準等について記載しており、市町村が地域包括支援センターに委託して実施する場合には、本通知に記載している内容を踏まえ実施要綱等に定めること。	しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援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ある。
(2)　留意事項 介護予防ケアマネジメントを実施する場合は、以下の点に留意すること。 ・　指定を受けて居宅要支援被保険者の介護予防ケアマネジメントを実施する場合、施行規則第 140 条の 63 の６第１項第１号イの規定により、「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」（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。以下「指定介護予防支援等基準」という。）」の例による基準によることとなり、当該基準第２条に規定する保健師その他の指定介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）が介護予防ケアマネジメントを実施することとなるが、担当職員と地域包括支援センターに配置されている３職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者、主任介護支援専門員その他これに準ずる者）は相互に協働しながら行う必要がある。	
・　介護予防ケアマネジメントには、担当件数及び指定居宅介護支援事業者が委託を受けた場合の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含まれていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備を図る必要がある。また、指定居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメントを委託するにあたっては、市町村が示す介護予防ケアマネジメントの実施方針（施行規則第140条の67の２）に基づき、高齢者が地域で自立した日常生活を継続するための目標指向型のマネジメントの推進、サービス・活動事業における利用対象者像及び75歳以上高齢者の年齢区分ごとの認定率、社会参加の状況等の成果目標などを踏まえ、委託の範囲や内容等を検討することが重要である。	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の実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。
特に、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、 ア　地域包括支援センターが、すべての介護予防ケアマネジメントを実施する。 イ　指定居宅介護支援事業者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、地域包括支援センターが行い、（評価期間終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、指定居宅介護支援事業者が行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。 などが考えられる。 なお、指定居宅介護支援事業者が多くのケースについて、介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（地域ケア会議等含む）を活用しつつ、地域包括支援センターが一定の関与をしていくことが重要である。	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、 (1)　地域包括支援センターが、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、地域包括支援センターが行い、（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、適宜地域包括支援センターが関与する。 などが考えられる。 なお、居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与されたい。
(3)　指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施の際の留意点 指定介護予防支援事業者の指定について、地域包括支援センターの設置者のほか、指定居宅介護支援事業者も受けることができる（法第115条の22）が、指定居宅介護支援事業者が実	（新設）

施する指定介護予防支援の利用者が、予防給付の対象となる介護予防サービス等を利用しなくなった場合、当該利用者は介護予防ケアマネジメントの対象者となるため、当該利用者が引き続き、当該指定居宅介護支援事業者による援助を受けようとする場合、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの一部を委託する必要が生じる。

利用者にとって必要となるサービスの適切な選択の支援を行う観点から、当面の間は、指定の状況を踏まえながら介護予防ケアマネジメントの一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合は、あらかじめ施行規則第 140 条の 66 第 1 号イに規定する地域包括支援センター運営協議会の意見を聴いた上で、利用者ごとに行うのではなく、包括的に委託を行うこととして差し支えない。

この包括的な委託を行った場合において、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに切り替わる際に円滑に移行することができるよう、

- 指定居宅介護支援事業者と利用者との間で指定介護予防支援の利用に関する契約を行う際に、地域包括支援センターも介護予防ケアマネジメントの利用に関する契約を締結しておくこと
- その上で、指定居宅介護支援事業者が市町村（保険者）に対し「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」（又は、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式２参照））を提出する際に、地域包括支援センターも「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」を提出することなどの対応をあらかじめ行うとともに、
- 予防給付の対象となる介護予防サービス等を利用しなくなった際に指定居宅介護支援事業者から地域包括支援センターに報告を行う際の方法等をあらかじめ定めておくことが望ましい。

なお、包括的な委託を行う場合においては、指定居宅介護支援事業者と地域包括支援センターとの間での合意のもとでの連携が図られていることから、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに切り替わる際の居宅要支援被保険者等ごとに作成される計画の作成については、市町村の判断で介護予防サービス計画の軽微な変更を行う場合に準じた取扱いとすることも差し支えない（これは地域包括支援センターが指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを併せて行うケースにおいても同様とする。）。また、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施した初月の第１号事業支給費（法第 115 条の 45 の３第２項に規定する第１号事業支給費をいう。以下同じ。）については、委託連携加算の算定対象となる。

図１　「包括的な委託」を行った場合に想定される事務フロー（対応例）

利用開始時	①	利用者 ⇒ ケアマネ事業所	サービス利用の相談
	②	ケアマネ事業所 ⇒ センター	相談があったことを共有
	③	利用者 ⇔ ケアマネ事業所 利用者 ⇔ センター	指定介護予防支援に係る契約 第一号介護予防支援に係る契約
	④	ケアマネ事業所 ⇒ 市町村	介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書（又は、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）の提出
		センター ⇒ 市町村	介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出
予防給付利用時	指定介護予防支援の利用者としてケアマネ事業所が介護予防サービス計画を作成・費用請求 ↓（一定期間の経過後） **介護予防ケアマネジメントの結果、予防給付の利用がなくなり総合事業のみに**		
総合事業利用時	①	ケアマネ事業所 ⇒ センター	第１号介護予防支援の利用者となることを報告 （継続的にケアマネ事業所からの支援を受けるか利用者に確認）
	②	センター ⇒ 市町村	当月から第１号介護予防支援の利用者となることの報告
	③	ケアマネ事業所	一部委託を受けた事業者として第１号介護予防支援の一部を実施 （利用者の状態等に変化がなければ軽微な変更扱いとすることも可）
	④	センター ⇒ 保険者 センター ⇒ ケアマネ事業所	第１号介護予防支援に要する費用を請求 委託費の支払い

（以降、予防給付の利用が再度必要となった場合、同様の手順を経る）

※ケアマネ事業所：指定介護予防支援事業者である指定居宅介護支援事業所
センター：地域包括支援センター

包括的に委託を行う場合に、指定居宅介護支援事業者が、「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」を、地域包括支援センターが「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」をそれぞれ保険者（市町村）に提出した場合の介護保険被保険者証の「居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事務所の名称又は地域包括支援センターの名称」欄には、双方を併記することもできる。

図２　「包括的な委託」を行った場合の介護保険被保険者証に係る対応例

４　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

市町村は、以下の類型や考え方を踏まえ、地域包括支援センターの業務負担の軽減を図りつつ、適切な介護予防ケアマネジメントを実施するための基準等を定めること。

３　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、典型例として以下のような類型を想定している。利用者の状況に応じて実施するものと

(1)　共通事項 ア　計画 介護予防ケアマネジメントは、法第 115 条の 45 第１項第１号のニに規定されているとおり、居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス又はその他生活支援サービス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事業とされていることから、指定介護予防支援における介護予防サービス計画の作成と同様に介護予防サービス計画に類する計画（以下「介護予防ケアマネジメント計画」という。）を作成することは必ずしも必要ではない。 介護予防ケアマネジメント計画の作成が想定されるのは、以下の場合である。 （ア）市町村が、指定事業者が行う従前相当サービス又はサービス・活動Ａに係る第１号事業支給費の額の決定に際し、介護予防ケアマネジメントの結果を関連付けている場合であって、居宅要支援被保険者等が指定事業者が行う従前相当サービス又はサービス・活動Ａを利用する場合 （イ）介護予防ケアマネジメントの結果、利用者の選択及び目標に応じて、訪問型サービス又は通所型サービスについて、施行規則第 140 条の 62 の５第１項第１号又は同条第２項第１号の規定に基づき利用期間を定めることが必要と認められる場合（(ア）に掲げる場合を除く。） なお、訪問型サービス又は通所型サービスの利用期間を予め当該事業の実施要綱等で定めている場合は、必ずしも介護予防ケアマネジメント計画を作成する必要はない。 なお、（ア）又は（イ）の場合に介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項は、施行規則第 140 条の 62 の５第３項各号に規定されている以下となる。 a　利用する総合事業に係るサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下「総合事業サービス等」という。）の種類及び内容 b　当該サービスを担当する者 c　当該サービスを利用する期間 d　当該居宅要支援被保険者等及びその家族の生活に対する意向 e　当該居宅要支援被保険者等の総合的な援助の方針 f　健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題 g　提供される総合事業サービス等の目標及びその達成時期 h　総合事業サービス等が提供される日時 i　総合事業サービス等を提供する上での留意事項 j　総合事業サービス等の提供を受けるために居宅要支援被保険者等が負担しなければならない費用の額 イ　介護予防ケアマネジメントの支援を受けた日について 介護予防ケアマネジメント計画を作成しない場合（当該計画において利用期間を定めない場合を含む。）の訪問型サービス及び通所型サービスの利用開始日は、施行規則第 140 条の 62 の５第１項第２号又は同条第２項第２号において、介護予防ケアマネジメントを受けた日以降とすることとされており、当該介護予防ケアマネジメントを受けた日については、例えば、次に掲げる日が想定される。	する。

（ア）　適切なアセスメントの結果、居宅要支援被保険者等の選択及び目標を踏まえ、サービス・活動事業を利用することが適切と判断し、当該事業の実施者に対し、その利用のための援助を行った日 （イ）　サービス・活動Ｃについて、当該事業実施者との連携のもと事業の実施プログラムを決定した日 ウ　介護予防ケアマネジメントにおける必要な援助の考え方について 介護予防ケアマネジメントは、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業が、包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものである。 したがって、例えば、次に掲げる援助についても、介護予防ケアマネジメントに該当し、当該援助のために必要となる人材確保などの体制整備に要した費用を介護予防ケアマネジメントに要した費用として取り扱うことができる。 （ア）　イ（ア）及び（イ）に掲げる援助のため実施したアセスメントや事業実施者との連携 （イ）　介護予防ケアマネジメントの結果、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービスのいずれの利用にも至らなかった場合におけるアセスメントの実施及び当該結果に基づく一般介護予防事業等の多様な事業に係る利用調整等 （ウ）　いわゆる孤独・孤立の状況にある居宅要支援被保険者等に対する訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業への参加を促すことを目的としたアウトリーチによるアセスメント等の実施 （エ）　サービス・活動Ｂ又はＤ等の利用者に対し、当該事業の利用開始日以降に、当該利用者の居宅若しくは当該事業が実施される場への訪問又は当該事業実施者からの報告等を通じ、居宅要支援被保険者等の状況や目標等に変化がないか、適切に事業の利用がなされているか等を定期的に把握すること及び当該把握した結果等を踏まえ、当該利用者又は当該事業実施者への助言等を行うこと （オ）　サービス・活動Ｃの利用の結果、目標の達成等がなされ、利用終了が適切と認められる利用者に対し、その選択及び目標に応じて、一般介護予防事業等の多様な事業を含む地域の多様な活動につなげた場合の援助 （カ）　居宅要支援被保険者の選択及び目標を踏まえたアセスメントや介護予防ケアマネジメント計画の作成を含む必要な援助を行うための、地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（援助方針の検討のためのカンファレンスの実施や医学的知見からの助言を受けること等） なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。 （2）　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） 主に、従前相当サービスやサービス・活動Ｃの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するもの。 ア　指定基準 指定を受けて実施する場合は、「指定介護予防支援等基準」（地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者に係る部分に限る。）の基準の例により市町村が定め	(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） 地域包括支援センターが、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。 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。

る基準に従って実施する。

イ　プロセス及びその考え方

以下に定めるもののほか「指定介護予防支援等基準」や、「別添１　実施の手順」も参考にすること。

（ア）　アセスメント（課題分析）

a　目的

利用者本人の望む生活と現状の生活との差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から、差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにする。

アセスメントを行う際には、国際生活機能分類（ICF）の考え方も踏まえ、利用者本人の「生活機能」（「心身機能」、「活動」、「参加」）に対して、「健康状態」だけでなく「背景因子」（「個人因子」、「環境因子」）からも影響を受けていることも踏まえてアセスメントを行うことが重要である。

b　実施方法

利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うこと。

介護予防ケアマネジメントでは、居宅介護支援のように課題分析標準項目は定められていないが、アセスメントにあたって、「基本チェックリスト」（様式１参照）、「興味・関心チェックシート」（様式３参照）、「利用者基本情報」（様式４参照）、「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）」（様式５参照）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目の以下などを参考にして実施すること。

表１　居宅要支援被保険者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ＡＤＬ	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
ＩＡＤＬ	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常の生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

（イ）-①　介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。

（イ）-②　サービス担当者会議

利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有すること、支援関係者（専門職や地域のインフォーマル支援関係者を含む）の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策をさらに検討すること、介護予防ケアマネジメント計画原案で位置付けた取組みや関係者の役割分担を決めて全員で共有することが重要である。

新規に介護予防ケアマネジメント計画原案を作成したときは、サービス担当者会議の開催が必要となる。 （イ）-③　利用者への説明・同意 サービス担当者会議において、介護予防ケアマネジメント計画原案の内容について、利用者本人・家族に説明し、同意を得る。 （イ）-④　介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付 介護予防ケアマネジメント計画の内容について、同意を得る。確定された介護予防ケアマネジメント計画を利用者本人や家族、支援関係者に交付する。 （イ）-⑤　事業・サービス提供 介護予防ケアマネジメント計画に基づき事業やサービスの提供を行う。 （ウ）　モニタリング（給付管理）・評価 利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアマネジメント計画通り実行できているか、新たな課題が生じていないかどうかを確認する。また、①少なくとも３か月に１回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったとき、は利用者本人の居宅を訪問して行う。 なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「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）等」（様式６参照）に記載しておくこと。 ・　３か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。 ・　モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。 ・　モニタリングやサービス担当者会議を３か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。 ・　介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。 ただし、以下の場合は除く。 ・　初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て３か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合 ・　多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。 （３）　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） 地域包括支援センターの職員等が医療・介護専門職の適切な関わり合いのもとで地域の高齢者の選択を適切に支援する視点や包括的なケアマネジメントの実施をとおした地域づくりの視点を踏まえた支援及びその体制の構築等のためのアプローチが重要であることから、ケアマネジメントＢ及びケアマネジメントＣにおいては、介護予防ケアマネジメントのプロセスや計画の作成等については、その一部を省略若しくは簡略化することが可能である。	（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作成までは、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、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプラン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する。

ア　指定基準 　指定を受けて実施する場合は、当該介護予防ケアマネジメントの内容等を勘案して市町村が定める基準に従って実施する。 イ　プロセス及び考え方 （ア）　アセスメント（課題分析） 　アセスメントの結果をもとにケアマネジメント類型やサービス・活動事業等が決定されるため、アセスメントについては、ケアマネジメントＡに規定する内容などを踏まえ、実施すること。 　ただし、ケアマネジメントＢ及びケアマネジメントＣでは、アセスメントを行うために使用する帳票として例示した帳票のうち、利用者の生活状況等について、簡潔に把握でき、かつ、利用者と一緒に確認を行うことで利用者自身が現在、置かれている状況等を把握し、気付きを促すことがセルフマネジメントにも資することから「基本チェックリスト」をアセスメントツールとして活用することが可能。 （イ）-①　介護予防ケアマネジメント計画原案の作成 　介護予防ケアマネジメント計画原案の作成は不要である。 （イ）-②　サービス担当者会議 　サービス担当者会議の開催、又は事業実施者等との連絡調整や打合せなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図る。 （イ）-③　利用者への説明・同意 　アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方針等について、説明し、同意を得ておく。 （イ）-④　介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付 　不要である。 （イ）-⑤　事業・サービス提供 　サービス担当者会議に類するものを含め、事業実施者等と共有した内容をもとに事業やサービスの提供等を行う。 （ウ）　モニタリング（給付管理）・評価 　利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する、または、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。 ウ　留意事項 　ケアマネジメントＢとして、指定事業者によるサービス・活動Ａを利用する場合は、第１号事業支給費の額の確定と給付管理を適切に行う必要等があることから、介護予防ケアマネジメント計画の作成と給付管理が必要となる。 （4）　ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント） 　主にアセスメント（課題分析）の結果、初回のみの介護予防ケアマネジメントとして実施し、サービス・活動Ｂ・Ｄやその他生活支援サービスの利用に繋げる。 ア　指定基準 　指定を受けて実施する場合は、当該介護予防ケアマネジメントの内容等を勘案して市町村が定める基準に従って実施する。 イ　プロセス及び考え方 （ア）　アセスメント（課題分析）	(3)　ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント） 　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等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、地域包括支援

ケアマネジメントＡに規定する内容などを踏まえ、実施すること。
ただし、ケアマネジメントＢと同様に「基本チェックリスト」をアセスメントツールとして活用することが可能。

（イ）-①　介護予防ケアマネジメント計画原案の作成
介護予防ケアマネジメント計画原案の作成は不要である。

（イ）-②　サービス担当者会議
事業実施者等との連絡調整や打合せなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図る。

（イ）-③　利用者への説明・同意
アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方針等について、説明し、同意を得ておく。

（イ）-④　介護予防ケアマネジメント計画原案の確定・交付
不要である。

（イ）-⑤　事業・サービス提供
サービス担当者会議に類するものを含め、事業実施者等と共有した内容をもとに事業やサービスの提供等を行う。

（ウ）　モニタリング（給付管理）・評価
サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。

ウ　その他
利用者本人のセルフマネジメントを推進する観点から介護予防手帳（「別紙２　介護予防手帳の活用について」参照）を活用し、アセスメント（課題分析）の段階から「していることや興味の確認」などを聴取し、利用者と相談しながら、興味、関心のあることを通して生活の目標やその達成のために取り組むことを決定し、それを介護予防手帳に記入して携行し、活動の記録を記載するなど、利用者自身の目標や取組、達成状況を自ら確認し、周囲と共有しながら評価していくための記録として活用することも有効である。

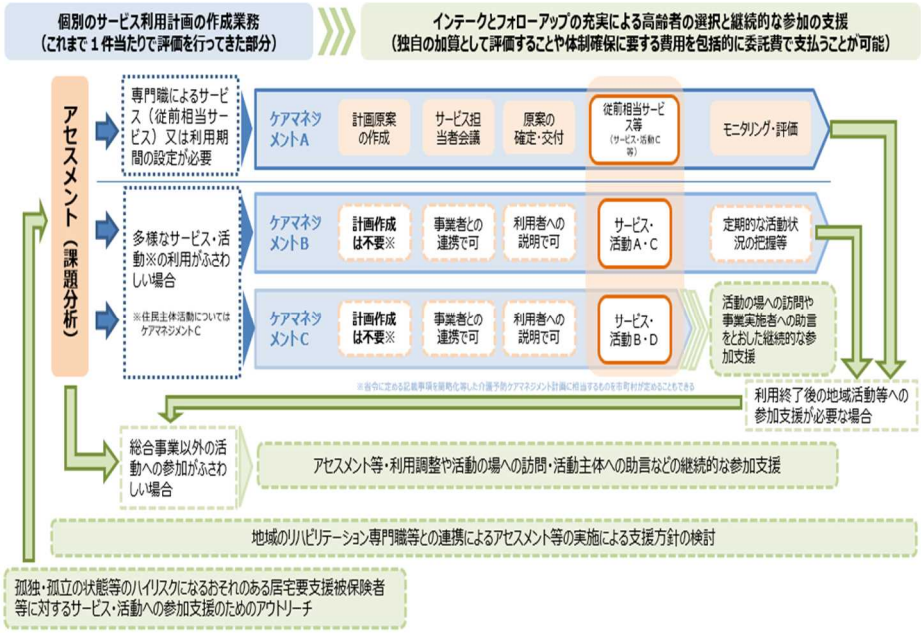
（削る）

センターによるモニタリングは行わない。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する。

表１　具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

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のプロセス）	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスＣ、通所型サービスＣを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	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【給付管理】
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のプロセス）	
・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	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

図３　介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等について

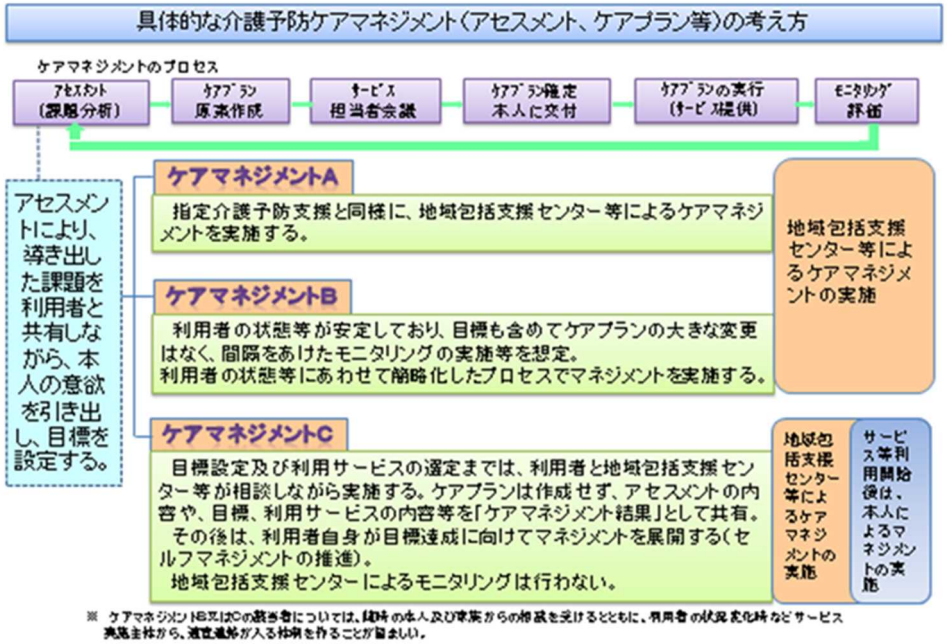


（削る）

	【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（適宜））
③ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後状況把握を実施）	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 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※　（　）内は、必要に応じて実施

表２　具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方



４　実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて、実施する。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援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うものである。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務事業の一部を

（削る）

指定居宅介護支援事業所者に委託し、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ある。
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の実施件数、指定居宅介護支援事業所者の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。
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、
(1)　地域包括支援センターが、すべての介護予防ケアマネジメントを行う。
(2)　指定居宅介護支援事業所者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、地域包括支援センターが行い、（１クール終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、指定居宅介護支援事業所者が行い、適宜地域包括支援センターが関与する。
などが考えられる。
なお、指定居宅介護支援事業所者が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与されたい。

５　実施の手順
　介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として市町村に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施する。
○　概要（例として、市町村の介護保険担当窓口での対応の場合を示す。）

表３　ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＢ	ケアマネジメントＣ
アセスメント	○	○	○
ｹｱﾌﾟﾗﾝ原案作成	○	○	―
ｻｰﾋﾞｽ担当者会議	○	△	―
利用者への説明・同意	○	○	○
ｹｱﾌﾟﾗﾝ確定・交付	○	○	（○）（ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ結果）
ｻｰﾋﾞｽ利用開始	○	○	○
ﾓﾆﾀﾘﾝｸﾞ	○	△	―

（○：実施　　△：必要に応じて実施　　―：不要）

（削る）

手順	内　容
介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（介護保険担当窓口で実施）	○　相談受付の窓口は、介護保険担当窓口、地域包括支援センター等を想定。 　担当職員は、専門職に限るものではない。 （以下、例として介護保険担当窓口での受付対応の場合を示す。） ○　総合事業の説明 ・　窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。 ・　更に、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等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。 ・このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。 ○　介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・　利用者が総合事業のサービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式１、２参照） ・　要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明し、その上で、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入の上、窓口に提出してもらう。（様式３参照） ・　基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて市町村が事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。 ・　要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、改めて被保険者証を提出する必要はない。 ・　基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。 ・　事業対象者の情報を速やかにその圏域担当の地域包括支援センターに送付する。 ○　サービス事業利用のための手続は、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用に （つづく）

	介護予防ケアマネジメント 対象者要件の確認（つづき）	ついては、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。 　居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。 ○　第２号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる。
	介護予防ケアマネジメント 利用の手続	○　利用に当たっては、サービス事業の運営規程等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。 ○　電話や利用者以外の者による相談に基づいて介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者と面接している場合は、この場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得る。
	介護予防ケアマネジメント	ア　アセスメント（課題分析） ○　利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。 ○　より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。（様式４参照） ○　プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

イ　ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

○　目標の設定

・　生活の目標については、「表４　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

・　また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

○　利用するサービス内容の選択

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

・　サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

➢　サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。

➢　例えば、通所型サービスなどの１つのサービス事業について、生活機

（つづく）

介護予防ケアマネジメント（つづき）	能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる 等、複数の類型（例：現行の通所介護と通所型サービスＢ）を合わせて利用することができる。 ・　利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。 ・　給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。 一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援２の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。 その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかる。 ○　更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とよく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果等）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等）全体を作成する。その経過の中でケアマネジメントＡ、Ｂ、Ｃのケアマネジメントの類型についても検討されていくものである。
	ウ　サービス担当者会議 ○　ケアマネジメントＡ、Ｂにおいて実施する。 ○　ケアマネジメントＢにおいては、必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者やサービス実施者等とその内容を共有することが必要である。
	エ　利用者への説明・同意 オ　ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者） ○　サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○　本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。

（削る）

介護予防ケアマネジメント（つづき）

カ　サービス利用開始

キ　モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントＢの一部、ケアマネジメントＣの場合を除く）

○　ケアマネジメントＡの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも３ヶ月に１回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

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

○　ケアマネジメントＢ、ケアマネジメントＣの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。

※　状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例

・　サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。

・　定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。

・　活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。

・　出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

ク　評価　　（ケアマネジメントＣの場合を除く）

○　ケアマネジメントＡ，Ｂについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、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。

表４　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相

	談者になる
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス･電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に 2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と 2 泊 3 日の旅行に行く
知識の応用（判断･決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

5　留意事項

(1)　介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用するほか、市町村の判断で任意の様式を用いることもできる。

ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

(2)　介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。

その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス・活動事業を利用することができる。その後、「要介

6　留意事項

(1)　介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用するほか、市町村の判断で任意の様式を用いることもできる。

ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

ケアマネジメントＣにおけるケアマネジメント結果の様式としては、介護予防サービス・支援計画書を活用して項目を簡略化するなど工夫して用いるほか、市町村の判断で任意の様式を用いることもできる。ただし、その場合は、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題（アセスメント結果）」「課題の解決への具体的対策（利用サービス）」「注意事項」といった内容とすることが望ましい。（様式５～８　参照）

加えて、新たな介護予防手帳については、セルフマネジメントの推進を目的として作成しており、アセスメントの段階から「していることや興味の確認」などを聴取し、利用者と相談しながら、利用者の興味、関心のあることを通して生活の目標やその達成のために取り組むことを決定し、それを介護予防手帳に記入して携行し、活動の記録を記載するなどの活用によるセルフマネジメントツールとしてできるようにすることを想定している。利用者自身が自身の目標や取組、達成状況を自分で確認、周囲と共有しながら評価していくための記録として有効に活用できると考えており、積極的に活用されたい。（別紙２「介護予防手帳の活用について」参照）

(2)　介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。

その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その後、「要介護１以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、サービス事業によるサー

護１以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業によるサービス・活動事業の利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる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は、並行してサービス・活動事業を利用することはできない。 ※　要介護認定等申請とサービス・活動事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス・活動事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度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指定居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。	ビスの利用を継続することができる。なお、要介護認定のいわゆる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は、並行してサービス事業を利用することはできない。 ※　要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度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が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。
(3)	(3)　サービス事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えて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ことが必要である。
要介護認定等申請を行った結果、非該当となった者について、基本チェックリストを行い、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス・活動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ることができる。	(4)　要介護認定等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、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ることができる。
(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に関する知り得た秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。	(5)　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、必要な措置を講じる。
(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あり、その利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメントの支援も積極的に進めていただきたい。	(6)　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ある。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、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進めていただきたい。
(6)　介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、市町村が包括的支援事業の実施方針として、介護予防ケアマネジメントの実施方針（施行規則第140条の67の２第4号）を示し、地域包括支援センターはその方針に基づいて適切に実施を行うこととなるが、それに加え、本人・家族、サービス・活動事業の実施運営主体、地域住民による主体的な活動等を行う団体等も含めて、関わる者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る。 その中で、特に、ケアマネジメントＣでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定される地域住民による主体的な活動等を行う団体等が担うことになり、本人のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職と共に、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要であり、それぞれ以下に留意すること。 ア　本人 ケアマネジメントＣではモニタリングが行われないため、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持っていただくことが必要である。 その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターや地域住民による主体的な活動等を行う団体等関係者に相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要である。	(7)　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、関わる者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る。 その中で、特に、ケアマネジメントＣでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定される地域介護予防活動支援事業やＢ型サービスを運営する住民主体が、担うことになり、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職と共に、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要である。

イ　地域包括支援センター又は委託を受けた指定居宅介護支援事業者

介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター（委託する場合は指定居宅介護支援事業者）においては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフマネジメントにつなげるために、本人の思いや意欲を引き出す関わりや、必要なサービス・活動事業等を主体的に選択できるような支援によって、本人がケアマネジメント結果や介護予防手帳の内容を「自分のプラン」と認識できるよう本人の思いや希望が反映されたものとすることが求められる。

ケアマネジメントＣでは、本人が自身で介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることになるが、本人の状況が変化したときや、困りごとができたときには、安心して相談できる体制を確保しておく。そのためにも、介護予防手帳等も活用して本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について時間をかけて伝え、本人・家族との信頼関係を築いていくことが重要である。

また、例えば、地域のサービス・活動Ｂ（住民主体の支援）の運営主体等と連絡をとりながら、利用者の状況変化等、適宜情報が入ってくるような仕組みづくりなど、利用者の変化に早期に対応できるような体制づくりも必要である。

さらに、ケアマネジメントＣの対象となる利用者像は、地域内の住民主体の支援の拡充に伴い、変わっていくものと考えられる。したがって、地域資源の整備の進捗に応じて、ケアマネジメントの基本方針や介護予防手帳の活用のあり方等について、市町村が示す方針等も踏まえながら、各圏域で地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者の考え方をすり合わせる機会を持つことも求められる。

ウ　地域住民による主体的な活動等を行う団体等

サービス・活動事業の中で住民主体の支援として位置付けられるのが、サービス・活動Ｂやサービス・活動Ｄであり、ケアマネジメントＣの対象者としても想定している。

特に、サービス・活動Ｂは、居宅要支援被保険者等に対して社会参加の機会を確保する上で重要な役割を果たす。サービス・活動Ｂを利用する高齢者が、自らの健康状態等を共有し、その上でサービス・活動Ｂの運営主体が活動状況を確認し、状況の変化など必要なときは、地域包括支援センター等専門職に繋がる仕組みを構築することが必要である。

さらに、住民主体の活動場所では、専門職のアドバイス等も共有し、本人がそれに基づいた取組を継続できるようお互いが声をかけ合うなどにより、健康管理や体力の維持改善のための取組が、日常生活の中でより定着することが期待される。

○　地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントを担う地域包括支援センター（委託する場合は居宅介護支援事業所）においては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフマネジメントにつなげるために、本人の思いや意欲を引き出す関わりや、必要な支援・サービスを主体的に選択できるような支援によって、本人がケアマネジメント結果や介護予防手帳の内容を「自分のプラン」と認識できるよう本人の思いや希望が反映されたものとすることが求められる。

なお、住民主体の支援等のいわゆるインフォーマルな資源の活用についても、このケアマネジメントＣとして評価し、報酬に繋がるものとして設定している。

ケアプラン結果を交付した後は、モニタリングは行わず、本人が自身でその内容に沿って、介護予防の活動を行い、セルフマネジメントを進めることになる。

その時点で、地域包括支援センターの個人へ関わりは一旦終了するが、その後も本人の状況が変化したときや、困りごとができたときには、安心して相談できる体制を確保しておく。そのためにも、本人及び家族へ介護予防におけるセルフマネジメントの重要性について時間をかけて伝え、本人・家族との信頼関係を築いていくことが重要である。

また、地域のＢ型サービス（住民主体の支援）の運営主体等と連絡をとりながら、利用者の状況変化等、適宜情報が入ってくるような仕組みづくりなど、利用者の変化に早期に対応できるような体制づくりも必要である。

ケアマネジメントＣの対象となる利用者像は、地域内の住民主体の支援の拡充に伴い変わっていくものと考えられる。したがって、地域資源の整備の進捗に応じて、ケアマネジメントの基本方針や介護予防手帳の活用のあり方等について、各圏域で地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の考え方をすり合わせる機会をもつことも求められる。

○　地域介護予防活動支援事業・Ｂ型サービス（住民主体の支援）

総合事業の中で住民主体の支援として位置付けられるのが、地域介護予防活動支援事業及び住民主体の支援であるＢ型サービスであり、ケアマネジメントＣの対象者としても想定している。

特に、Ｂ型サービスは、虚弱高齢者や要支援相当の高齢者に社会参加の機会を確保する上で重要な役割を果たす。Ｂ型サービスを利用する高齢者が、その中でケアプラン結果等を使って自らの健康状態等を共有し、その上でＢ型サービスの運営主体が活動状況を確認し、状況の変化など必要なときは、地域包括支援センター等専門職に繋がる仕組みを構築することが必要である。これは、通常のケアプランでいうモニタリングの意味を持つと言える。

さらに、住民主体の活動場所では、専門職のアドバイス等も共有し、本人がそれに基づいた取組を継続できるようお互いが声をかけ合うなどにより、健康管理や体力の維持改善のための取組が、日常生活の中でより定着することが期待される。

○　高齢者本人と家族

ケアマネジメントＣではモニタリングが行われないため、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持っていただくことが必要である。

その上で、疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を、本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合に、地域包括支援センターに相談するという意識を醸成していくことも合わせて必要である。

(7)　従前相当サービス以外の地域住民を含む地域の多様なサービス・活動が、当該事業による支援を必要とする高齢者に適切に選択されるよう、サービス・活動事業ごとに想定される利用者のイメージ、想定される利用者数、標準的な利用期間等について、市町村、地域包括支援センター、地域住民を含む多様な関係者との間で共有を図ることが重要である。	(8)　より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第５　自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にしながら、取り組んでいただきたい。
６　報酬（単価、加算）、支払 (1)　単価及び加算 ア　ケアマネジメントＡ １件あたりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じ、国が定める額（介護保険法施行規則第140条の63の２第１項第１号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和３年厚生労働省告示第72号）に定める単価をいう。以下同じ。）を勘案して市町村が定める。 加算については、以下の（ア）及び（イ）を国が定める額を勘案して定めることができる。 （ア）　初回加算 指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。 a　新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合 （契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む） b　要介護者が要介護認定の更新等の結果、要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合 ただし、介護予防支援を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、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ときは、初回加算の算定を行うことはできない。 （イ）　委託連携加算 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業者に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業者に提供し、介護予防ケアマネジメント計画の作成等に協力した場合に算定を行うもの。 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回を限度として算定することができる。 なお、当該委託にあたっては、当該加算を勘案した委託費の設定を行うこと。 イ　ケマネジメントＢ・Ｃ ケアマネジメントＢ及びケアマネジメントＣについては、提供する内容等に応じ、国が定める額を勘案して市町村が定める。	７　報酬（単価、加算）、支払 (1)　単価及び加算 介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものである。 委託をする場合は、１件あたりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じ、国が定める額（介護保険法施行規則第 140 条の 63 の２第１項第１号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和３年厚生労働省告示第 72 号）に定める単価をいう。以下同じ。）を勘案して市町村が定める。 加算については、国が定める額を勘案して算定できるほか、地域の実情に応じて、市町村が定めることも可能である。なお、総合事業の効率的な実施の観点から、市町村は、独自の加算を定める場合にあっては、加算も含めて国が定める額を勘案し設定すること。 限度額管理外とする加算の対象として、国において定められている加算（介護予防ケアマネジメントに関するものとしては、初回加算、委託連携加算）については、国が定める額を勘案して定めることができるものとする。 ア　初回加算 現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。 ア）　新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合 （契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）、 イ）　要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合 ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。 イ　委託連携加算 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、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に算定を行うもの。 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回を限度として算定することができる。 なお、当該委託にあたっては、当該加算を勘案した委託費の設定を行うこと。 （新設）

ケアマネジメントＢやケアマネジメントＣにおける額の設定については、緩和した基準であることを以て、ただちにケアマネジメントＡの単価を下回る額を設定するのではなく、その実施プロセスなどを適切に評価し、額を設定することが重要である。

また、加算を設ける場合、その額については、国が定める額を勘案して設定でき、その内容については、ケアマネジメントＡにおける「初回加算」や「委託連携加算」を参考に類似の加算を設定できるほか、高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った選択を支援するための目標志向型のマネジメントを行うものとして、（ア）のような取組を評価するための加算を設定することも可能である。

なお、これらの加算はあくまで例示であり、市町村の判断で独自の加算を設定することも可能である。

（ア）　目標指向型のマネジメントに係る評価

a　機能改善・社会参加促進加算

適切な専門職の介入を通じ居宅要支援被保険者等の機能の改善が図られ社会参加につながったことを評価するもの。

（例）サービス・活動Ｃの利用者がその利用期間終了前後において行うサービス・活動Ｃを提供する事業者等を含めた関係者との会議やそれに類する調整の結果、当該利用者の生活行為の維持・向上が図られ、サービス・活動Ｃの利用を終了できると判断し、かつ、サービス・活動Ａ、Ｂ、Ｄまたは一般介護予防事業等含め地域の多様な活動につながった場合には、サービス・活動Ｃ終了月に初回加算に相当する単位数を加算する。

b　アウトリーチ等加算

地域で孤立する居宅要支援被保険者等を、自立した日常生活を支援するための多様な活動につなげるためのアウトリーチなどの取組を評価するもの。

（例）地域包括支援センターが行う総合相談支援事業における実態把握により、高齢者の居宅に訪問し、アセスメントの結果、利用者のニーズを踏まえ、サービス・活動Ａ、Ｂ、Ｃ又はＤの利用に至った場合には、居宅に訪問した月から当該サービス・活動事業の利用に至るまでに要した月数に初回加算に相当する単位数を乗じて得た単位数を加算する。

c　リハビリテーション専門職連携等加算

地域のリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）等と連携し、アセスメントを行った上で、居宅要支援被保険者等の目標を実現するための介護予防ケアマネジメントを実施することを評価するもの。

（例）アセスメント又はモニタリング等の際に利用者の居宅等にリハビリテーション専門職が同行し、利用者の生活状況や活動状況等の把握を行い、リハビリテーション専門職の助言にもと介護予防ケアマネジメントを実施した場合には、○月（市町村が定める期間）に１回を限度として委託連携加算に相当する単位数を加算する。

なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。

（削る）

なお、介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取組として保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントＣ）場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われるものである。

(2)　事業対象者が要介護認定等申請を行った場合のサービス利用と費用の関係について

ア　要支援認定申請に係る取扱い

事業対象者が要支援認定申請を行い、その結果が要支援１又は２であり、かつ予防給付によるサービスを利用していた場合は、予防給付より支給される。また、要支援認定申請の結果、非該当となり、かつ総合事業によるサービスのみを利用していた場合は、第１号事業支給費が支給される。

イ　要介護認定申請に係る取扱い

事業対象者が要介護認定申請を行い、その結果が出るまでの間に総合事業によるサービスを利用し、その後、認定結果が要介護１以上であった場合は、介護給付によるサービス利用

介護予防ケアマネジメント費の請求と支払に関しては、表５「サービス事業のみの利用の場合のケアマネジメント費の例」を参考にされたい。

表５　サービス事業のみの利用の場合のケアマネジメント費の例
（サービス提供開始の翌月から３ヶ月を１クールとしたときの考え方）

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目（翌月）	3月目（翌々月）	4月目（3ヶ月後）
原則的なケアマネジメント	作成あり	指定事業者のサービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	―（※1）	○（※1）	○（※1）	○（面接による）（※1）
			報　酬	基本報酬＋初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・通所型Cサービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	―	○	○	○
			報　酬	基本報酬＋初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化したケアマネジメント		その他（委託・補助）のサービス	サービス担当者会議	△（必要時実施）	×	×	×
			モニタリング等	―	×	×	△（必要時実施）
			報　酬	（基本報酬-X-Y）＋初回加算（※3）	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
初回のみのケアマネジメント	作成なし（ケアマネジメント結果の通知）	その他（委託・補助）のサービス	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	―	×	×	×
			報　酬	（基本報酬＋初回加算）を踏まえた単価（※4）	×	×	×
		一般介護予防・民間事業のみ	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	―	×	×	×
			報　酬	（基本報酬＋初回加算）を踏まえた単価（※4）	×	×	×

（※1）指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要
（※2）基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定
（※3）X：サービス担当者会議実施分相当単位，Y：モニタリング実施分相当単位
（※4）2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

なお、介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取り組みとして保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントＣ）の場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われるものである。

(2)　介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

要介護等認定を受け、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っては、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。

ア　サービス事業に関する費用の支払：

要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護１以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用

開始以前のサービスに係る費用は、第１号事業支給費から支給される。また、事業対象者として総合事業によるサービスを利用していた者が、要介護認定申請を行い、その結果、要介護１以上の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っては事業対象者として取扱う。

表２　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

認定結果	介護（予防）給付によるサービスのみ	介護（予防）給付によるサービスと総合事業によるサービス	総合事業によるサービスのみ
非該当（事業対象者）	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分は第１号事業支給費から支給	第１号事業支給費から支給
要支援	予防給付より支給	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分は第１号事業支給費から支給	第１号事業支給費から支給
要介護	介護給付より支給	給付分は、介護給付より支給 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第１号事業支給費から支給	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第１号事業支給費から支給

（注）　上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

なお、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）」（令和３年３月31日事務連絡）によりお示ししているが、予防給付及びサービス事業を併用する場合の給付管理票及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については以下のとおりであるので留意願いたい。

分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。

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

表６　要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 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により支給	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。

なお、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）」（令和３年３月 31 日事務連絡）によりお示ししているが、予防給付及びサービス事業を併用する場合の給付管理票及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については以下のとおりであるので留意願いたい。

表３　総合事業サービスを利用する場合の給付管理票及び居宅介護支援費／介護予防支援費／介護予防ケアマネジメント費の作成

No.	利用者	利用サービス							給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	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
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
						指定サービス					
		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	指定サービス以外のサービス			
1	要介護者	○	－	－	－	－	－	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
2		○	○	－	－	－	－	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
3		－	○	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
4		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
5	要支援者	－	－	○	－	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
6		－	－	○	○	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
7		－	－	○	－	○	－	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
8		－	－	○	－	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
9		－	－	○	－	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
10		－	－	○	－	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
11		－	－	○	○	○	－	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
12		－	－	○	○	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
13		－	－	○	○	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
14		－	－	○	○	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
15		－	－	○	－	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
16		－	－	○	－	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
17		－	－	○	○	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
18		－	－	○	○	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
19		－	－	－	○	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費(*4) (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
20		－	－	－	○	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
21		－	－	－	○	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
22		－	－	－	○	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
23		－	－	－	○	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
24		－	－	－	○	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
25		－	－	－	○	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
26		－	－	－	－	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
27		－	－	－	－	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
28		－	－	－	－	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
29		－	－	－	－	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
30		－	－	－	－	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
31		－	－	－	－	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
32		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)

表７　予防給付及びサービス事業を併用する場合の給付管理票及び介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費

No.	利用者	利用サービス							給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	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
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
						指定サービス					
		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	指定サービス以外のサービス			
1	要介護者	○	－	－	－	－	－	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
2		○	○	－	－	－	－	○	要	居宅サービス及び地域密着型サービスのうち限度額管理対象サービス(*1)	居宅介護支援費
3		－	○	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
4		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
5	要支援者	－	－	○	－	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
6		－	－	○	○	－	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
7		－	－	○	－	○	－	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
8		－	－	○	－	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
9		－	－	○	－	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
10		－	－	○	－	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
11		－	－	○	○	○	－	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
12		－	－	○	○	○	－	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
13		－	－	○	○	－	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
14		－	－	○	○	－	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2)	介護予防支援費
15		－	－	○	－	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
16		－	－	○	－	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
17		－	－	○	○	○	○	－	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
18		－	－	○	○	○	○	○	要	介護予防サービス及び地域密着型介護予防サービスのうち限度額管理対象サービス(*2) 総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防支援費
19		－	－	－	○	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費(*4) (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
20		－	－	－	○	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
21		－	－	－	○	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
22		－	－	－	○	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
23		－	－	－	○	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
24		－	－	－	○	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
25		－	－	－	○	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
26		－	－	－	－	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
27		－	－	－	－	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
28		－	－	－	－	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
29		－	－	－	－	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(*3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
30		－	－	－	－	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
31		－	－	－	－	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)
32		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(*5)) (国保連への委託も可能)

No.	利用者	利用サービス							給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス	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
		介護給付		介護予防給付		総合事業					
						指定サービス		指定サービス以外のサービス			
		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外				
33	事業対象者	－	－	－	－	○	－	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(＊3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
34		－	－	－	－	○	－	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(＊3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
35		－	－	－	－	－	○	－	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
36		－	－	－	－	－	○	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
37		－	－	－	－	○	○	－	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(＊3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
38		－	－	－	－	○	○	○	要	総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス(＊3)	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)
39		－	－	－	－	－	－	○	不要	－	介護予防ケアマネジメント費 (保険者へ請求(＊5)) (国保連への委託も可能)

(＊1)
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機型居宅介護、小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、複合型サービス(看護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・短期利用型)、短期入所生活介護、短期入所療養介護(介護保健施設)、短期入所療養介護(病院等)、短期入所療養介護(介護医療院)、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)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)

(＊2)
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、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機型居宅介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護(介護保健施設)、介護予防短期入所療養介護(病院等)、介護予防短期入所療養介護(介護医療院)、介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)

(＊3)
訪問型サービス(独自)、訪問型サービス(独自／定率)(＊4)、訪問型サービス(独自／定額)(＊4)、通所型サービス(独自)、通所型サービス(独自／定率)(＊4)、通所型サービス(独自／定額)(＊4)

(＊4)
限度額管理対象/対象外サービスは市町村が決定して国保連に連絡する

(＊5)
住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在市町村へ請求

(3)　介護予防ケアマネジメント費の審査支払について
（削る）

(＊1)
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機型居宅介護、小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、複合型サービス(看護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・短期利用型)、短期入所生活介護、短期入所療養介護(介護保健施設)、短期入所療養介護(介護療養施設等)、短期入所療養介護(介護医療院)、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)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)

(＊2)
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、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機型居宅介護、介護予防短期入所療養介護(介護保健施設)、介護予防短期入所療養介護(介護療養施設等)、介護予防短期入所療養介護(介護医療院)、介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)

(＊3)
訪問型サービス(独自)、訪問型サービス(独自／定率)(＊4)、訪問型サービス(独自／定額)(＊4)、通所型サービス(独自)、通所型サービス(独自／定率)(＊4)、通所型サービス(独自／定額)(＊4)

(＊4)
限度額管理対象/対象外サービスは市町村が決定して国保連に連絡する

(＊5)
住所地特例適用被保険者の介護予防ケアマネジメント費は施設所在市町村へ請求

(3)　介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について
介護予防ケアマネジメントは、直接実施、委託により実施するものとされている。
地域包括支援センターが委託されている場合や事業の一部が地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託されている場合には単価設定が必要である。

介護予防ケアマネジメント費について、審査支払を国保連合会に委託することは可能（法第115条の45の３第６項）であるが、介護予防ケアマネジメント費と給付管理票の突合審査は行われない（仮に、給付管理票が存在しない場合でも介護予防ケアマネジメント費は支払われる）ことに留意されたい。 別添１　介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順 以下は、主に介護予防ケアマネジメント計画を策定する場合の実施手順を記載している。	ア　地域包括支援センターを直営で運営している市町村 現行の指定介護予防支援事業所に係る経費を計上するのと同じように所要額を計上するものであるから、介護予防ケアマネジメントに係る単価を設定し、それに基づく積算を行う必要はないと考えられる。 一方で、事業の一部を居宅介護支援事業所に委託する場合にあっては、介護予防ケアマネジメントが要支援者等の個人に対する個別のサービスであることから、１件あたりの単価を設定する必要があるが、その単価は国が定める額を勘案（事業の一部を委託することから、委託する事務量に応じた単価で設定する必要がある）し、市町村が定めることとしている。 イ　地域包括支援センターを委託している市町村 委託に際する所要額の算定にあっては、介護予防ケアマネジメントが要支援者等の個人に対する個別のサービスであることから、１件あたりの単価を設定する必要があるが、その単価は国が定める額を勘案し市町村が定めることとしている。 なお、介護予防ケアマネジメント費について、審査支払を国保連合会に委託することは可能であるが、介護予防ケアマネジメント費と給付管理票の突合審査は行われない　（仮に、給付管理票が存在しない場合でも介護予防ケアマネジメント費は支払われる）ことに留意されたい。

手順	内容
介護予防ケアマネジメント（介護保険担当窓口での対応）	相談受付の窓口は、さまざまなルートからの相談が想定されるため、市町村介護保険担当窓口及び地域包括支援センターでの対応を例示する。 介護保険担当窓口で相談を受けた場合の対応 ○　利用者等の主訴の確認 ・　利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・　聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。更に、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等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。 ・　このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要支援認定申請又は要介護認定申請（以下、「要介護認定申請等」という。）の案内を行う。 ○　介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認 ・　利用者が総合事業のサービス・活動事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式１及び様式１の別紙参照） ・　要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターの職員が利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明し、その上で、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式２参照）を記入の上、窓口に提出してもらう。 ・　基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて市町村が事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。 ・　要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、改めて被保険者証を提出する必要はない。 ・　基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。 ・　事業対象者の情報を速やかにその圏域担当の地域包括支援センターに送付する。

手順	内容
介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（介護保険担当窓口で実施）	○　相談受付の窓口は、介護保険担当窓口、地域包括支援センター等を想定。 担当職員は、専門職に限るものではない。 （以下、例として介護保険担当窓口での受付対応の場合を示す。） ○　総合事業の説明 ・　窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。 ・　更に、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等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。 ・このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。 ○　介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・　利用者が総合事業のサービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式１、２参照） ・　要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明し、その上で、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入の上、窓口に提出してもらう。（様式３参照） ・　基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて市町村が事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。 ・　要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、改めて被保険者証を提出する必要はない。 ・　基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。 ・　事業対象者の情報を速やかにその圏域担当の地域包括支援センターに送付する。 ○　サービス事業利用のための手続は、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用に （つづく）

介護予防ケアマネジメント（地域包括支援センターの対応）	地域包括支援センターで相談を受けた場合 ○　利用者等の主訴の確認 ・　地域包括支援センターが行う総合相談支援等において、利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。 ・　聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。更に、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等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。 ・　このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定申請等の案内を行う。 ○　介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・　利用者が総合事業のサービス・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又は要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。 （様式１及び様式１の別紙参照） ・　要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。 ○　介護予防ケアマネジメントの依頼等 ・　介護予防ケアマネジメント実施のため、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式２参照）を記入してもらう。 ・　また、介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 ○　その他 ・　サービス・活動事業等利用のための手続は、原則、利用者本人が直接市町村窓口や地域包括支援センターに出向いて行う。ただし、利用者本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合 ・　基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も可能であるが、その場合の対応は利用者本人が来所できない場合と同様に対応する。 ・　第２号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス・活動事業を利用することができる。		介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（つづき）	ついては、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。 居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。 ○　第２号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる。

		介護予防ケアマネジメント 利用の手続	○　利用に当たっては、サービス事業の運営規程等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。 ○　電話や利用者以外の者による相談に基づいて介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者と面接している場合は、この場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得る。
介護予防ケアマネジメント	（ア）　アセスメント（課題分析） ○　利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り等を通じて行う。 ○　利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。 ○　利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」（様式３参照）などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。 ○ この段階から、利用者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。 ○　利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」（様式４参照）又は「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）」（様式６参照）を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能。 ○　アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「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）」（様式５参照）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施する。 ○　なお、アセスメントの内容を踏まえ、ケアマネジメントの類型が判断されるため、アセスメントはケアマネジメントＡ、Ｂ、Ｃの類型を問わず、実施が必要となる。 ○　リハビリテーション専門職等の活用について ・　自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職等と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効である。 なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。	介護予防ケアマネジメント	ア　アセスメント（課題分析） ○　利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。 ○　より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要である。（様式４参照） ○　プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

（イ）　介護予防ケアマネジメント計画原案作成

共通事項

利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。

ケアマネジメントＡ

従前相当サービスやサービス・活動Ｃの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合に行う。

○　介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項

介護予防ケアマネジメント計画の作成にあたっては、規則第 140 条の 62 の５第３項各号に規定されている以下の事項を記載する必要がある。なお、「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」（様式５参照）及び「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日老企 29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において規定している第６表「サービス利用票」及び第７表「サービス利用票別表」を適宜簡略化したうえで活用することが可能である。

a　利用する総合事業サービス等の種類及び内容
b　当該サービスを担当する者
c　当該サービスを利用する期間
d　当該居宅要支援被保険者等及びその家族の生活に対する意向
e　当該居宅要支援被保険者等の総合的な援助の方針
f　健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題
g　提供される総合事業サービス等の目標及びその達成時期
h　総合事業サービス等が提供される日時
i　総合事業サービス等を提供する上での留意事項
j　総合事業サービス等の提供を受けるために居宅要支援被保険者等が負担しなければならない費用の額

○　健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題等の設定にあたって

・　生活の目標については、「表４　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者本人が、自身の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

・　また、介護予防ケアマネジメント計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

イ　ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

○　目標の設定

・　生活の目標については、「表４　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

・　また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

（つづく）

介護予防ケアマネジメント（つづき）	○　サービス・活動事業等の内容の選択 ・　単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支える介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成する。 ・　サービス・活動事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。 ➢　サービス・活動事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。 ➢　例えば、通所型サービスなどの 1 つのサービス・活動事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスと、住民主体の支援によるサービスを組み合わせる 等、複数の類型（例：従前相当サービスとサービス・活動Ｂ）を合わせて利用することができる。 ・　利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。 ○ 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、介護予防ケアマネジメント計画の原案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・活動事業等、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画の原案全体を作成する。 ケアマネジメントＢ ○　指定事業者によるサービス・活動Ａを利用する場合には、介護予防ケアマネジメント計画の作成が必要となる。指定事業者によるサービス・活動Ａ以外のサービス・活動事業（従前相当サービスを除く）を利用する場合には、介護予防ケアマネジメント計画の作成は必ずしも必要なく、介護予防ケアマネジメント計画の一部の事項を省略した介護予防ケアマネジメント計画等を作成することも可能。	介護予防ケアマネジメント（つづき）	○　利用するサービス内容の選択 ・　利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。 ・　サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。 ➢　サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。 ➢　例えば、通所型サービスなどの１つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる 等、複数の類型（例：現行の通所介護と通所型サービスＢ）を合わせて利用することができる。 ・　利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。 ・　給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。 一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援２の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。 その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかる。 ○　更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とよく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果等）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等）全体を作成する。その経過の中でケアマネジメントＡ、Ｂ、Ｃのケアマネジメントの類型についても検討されていくものである。

	（ウ）　サービス担当者会議 共通事項 ○　サービス担当者会議の目的 ①　利用者・家族の生活の意向・目標を共有する ②　さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する ③　介護予防ケアマネジメント計画に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する ○　リハビリテーション専門職等の活用 ・　自立支援・介護予防の観点からリハビリテーション専門職等に参加を求めることも有効である。 なお、地域のリハビリテーション専門職等と連携・協働する場合には、市町村等は事前に都道府県医師会・郡市区医師会等や地域の医療機関等と調整等を行い、その体制を整備しておくこと。 ケアマネジメントＡ ○　介護予防ケアマネジメント計画の作成時（居宅要支援被保険者の場合は、要支援更新認定時も含む）・変更時に開催する。 ケアマネジメントＢ ○　必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。 ケアマネジメントＣ ○　サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合せ等をとおして情報共有しておくことが重要である。 （エ）　利用者への説明・同意 （オ）　介護予防ケアマネジメント計画確定・交付 ケアマネジメントＡ ○　サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○　本人の同意を得て、地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。	介護予防ケアマネジメント（つづき）	ウ　サービス担当者会議 ○　ケアマネジメントＡにおいて実施する。 ○　ケアマネジメントＢにおいては、必ずしもサービス担当者会議の開催は必要ないが、利用者やサービス実施者等とその内容を共有することが必要である。 エ　利用者への説明・同意 オ　ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者） ○　サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○　本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。

介護予防ケアマネジメント（つづき）	（カ）　サービス利用開始 （キ）　モニタリング（給付管理） 共通事項 ○　モニタリングの目的 ・　利用者の状態変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握することである。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要である。 ○　給付管理について ・　居宅要支援被保険者がサービス・活動事業を利用する場合は、予防給付のサービスを利用しつつ、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動Ａを利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度基準額の範囲内で、一体的に給付管理する。 ・　サービス・活動事業のみを利用する場合の給付管理については、従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動Ａを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の生活支援・介護予防サービス等の利用状況も勘案して介護予防ケアマネジメント計画を作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援１の区分支給限度基準額を超える（ただし、要支援２の区分支給限度基準額の範囲内）ことも可能である。 ・　従前相当サービス及び指定事業者によるサービス・活動Ａを利用する場合は、給付管理が必要となる。 ケアマネジメントＡ ○　介護予防支援と同様に、原則は、少なくとも３か月に１回及び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のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。 　それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。 　なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「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）」に記載しておくこと。	介護予防ケアマネジメント（つづき）	カ　サービス利用開始 キ　モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントＢの一部、ケアマネジメントＣの場合を除く） ○　ケアマネジメントＡの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも３ヶ月に１回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。 　それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

介護予防ケアマネジメント（つづき）	・　３か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断した場合 ・　モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。 ・　モニタリングやサービス担当者会議を３か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。 ・　介護予防ケアマネジメント計画作成プロセスの簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。 ただし、以下の場合は除く。 ・　初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て３か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合 ・　多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。 ケアマネジメントＢ ○　省略可能。モニタリングを行う場合は、利用者及び家族等との相談によって設定した時期に、利用者本人の居宅等を訪問して面接する。 ○　利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。 ※　状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例 ・　サービス実施者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。 ・　定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。 ・　活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。 ・　出席簿を作成の上、毎月報告を求める。 ○　指定事業者によるサービス・活動Ａを利用する場合は給付管理を行う。 ケアマネジメントＣ ○　利用者の状況変化等があった際に、サービス・活動事業等の実施者から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。 ク　評価 ケアマネジメントＡ ○　介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等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・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する。			○　ケアマネジメントＢの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。 ○　ケアマネジメントＢ、ケアマネジメントＣの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。 ※　状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例 ・　サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。 ・　定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。 ・　活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。 ・　出席簿を作成の上、毎月報告を求める ク　評価　　（ケアマネジメントＣの場合を除く） ○　ケアマネジメントＡ，Ｂについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、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。

表1　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス･電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に 2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と 2 泊 3 日の旅行に行く
知識の応用（判断･決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

表4　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス･電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に 2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と 2 泊 3 日の旅行に行く
知識の応用（判断･決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

様式１　基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式１の別紙　基本チェックリストについての考え方

様式２　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

様式３　興味・関心チェックシート

様式４　利用者基本情報

様式５　介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

様式６　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）

様式７　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント　サービス評価表
（※　様式４から様式７までを「標準様式例」という）

介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

様式１　基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式２　基本チェックリストについての考え方

様式３　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

様式４　興味・関心チェックシート

様式５　利用者基本情報

様式６　介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

様式７　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
（サービス担当者会議の要点を含む）

様式８　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント　サービス評価表
（※　様式５から様式８までを「標準様式例」という）

（略）	（略）

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】　様式１の別紙

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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】　様式２

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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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カ月以内の値を、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いても、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	

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カ月以内の値を、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いても、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	

様式２

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分
新規　・　変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号	

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号	サービス開始（変更）年月日
	年　月　日

介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。

居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	

居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

○○市（町村）長　様
上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。

年　月　日

被保険者	住　所 氏　名	電話番号
確認欄	□　被保険者証資格　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号	

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年　月　日　氏名

（注意）１　この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては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○○市（町村）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、全額負担していただくことがあります。

３　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町

様式３

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区　分
新規　・　変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター

介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号	

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号	サービス開始（変更）年月日
	年　月　日

介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。

居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	

居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

○○市（町村）長　様
上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。

年　月　日

被保険者	住　所 氏　名	電話番号
確認欄	□　被保険者証資格　□　届出の重複 □　介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号	

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年　月　日　氏名

（注意）１　この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず○○市（町村）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、全額負担していただくことがあります。

３　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町

様式 3

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿歳　性別（　　）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			

興味・関心チェックシート　様式 4

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢：＿＿＿歳　性別（　　）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）

利用者基本情報

様式 4

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（　　）		

ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名		性別	M・T・S　年　月　日生（　　）歳	
住　所			Tel Fax	（　　） （　　）
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ		
認定・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

利用者基本情報

様式 5

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（　　）		

ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名		性別	M・T・S　年　月　日生（　　）歳	
住　所			Tel Fax	（　　） （　　）
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ		
認定・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

《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

様式5

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　　様　認定年月日　年　月　日　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

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（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		□有 □無					（ ）					
日常生活（家庭生活）について		□有 □無					（ ）					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					（ ）					
健康管理について		□有 □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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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】

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　氏名

様式6

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

Ｎｏ．

利用者名　　様　認定年月日　年　月　日　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

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（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		□有 □無					（ ）					
日常生活（家庭生活）について		□有 □無					（ ）					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					（ ）					
健康管理について		□有 □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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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】

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　氏名

様式 6

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予支援事業）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。

様式 7

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予支援事業）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。

様式7

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　　殿　　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

様式8

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　　殿　　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

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領） 本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント計画の原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント計画（介護予防ケアマネジメント計画等を含む）（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別用紙を使用して記載するものとする。 但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。 なお、介護予防ケアマネジメントにおいて、本様式例を活用する場合、各様式の使用及び様式に記載すべき項目について、必ずしも全てを網羅的に使用及び記載する必要はなく、介護予防ケマネジメントの類型等やその必要性を吟味したうえで活用すること。 １　「利用者基本情報」 ①　「作成担当者名」 利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。 ②　「相談日」 初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。 ③　「本人の現況」 利用者本人の現在の居所について記載する。入院入所中の場合は、その施設名を記載する。 ④　「本人氏名」 利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。 ⑤　「住所」 当該利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。 ⑥　「電話番号」 当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。 ⑦　「日常生活自立度」 利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の３⑴の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに〇印を付す。 ⑧　「認定・総合事業情報」 利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援１」から「要介護５」のいずれかを〇で囲む。また、有効期限と前回の介護度を記載する。 基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを〇で囲み、記入日を記載する。 ⑨　「障害等認定」 障害等の種別について〇印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。 ⑩　「本人の住居環境」 該当するものについて〇印で囲む。自室の有無について、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。	（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領） 本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別用紙を使用して記載するものとする。 但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。 １　「利用者基本情報」 ①　「作成担当者名」 利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。 ②　「相談日」 初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。 ③　「本人の現況」 利用者本人の現在の居所について記載する。入院入所中の場合は、その施設名を記載する。 ④　「本人氏名」 利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。 ⑤　「住所」 当該利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。 ⑥　「電話番号」 当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。 ⑦　「日常生活自立度」 利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の３⑴の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに〇印を付す。 ⑧　「認定・総合事業情報」 利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援１」から「要介護５」のいずれかを〇で囲む。また、有効期限と前回の介護度を記載する。 基本チェックリストの記入結果について、「事業対象者の該当あり」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを〇で囲み、記入日を記載する。 ⑨　「障害等認定」 障害等の種別について〇印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。 ⑩　「本人の住居環境」 該当するものについて〇印で囲む。自室の有無について、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」
利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。
⑫ 「来所者（相談者）」
来所者相談者について、氏名を記載する。
⑬ 「住所連絡先」
来所者相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。
⑭ 「緊急連絡先」
緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。
⑮ 「家族構成」
当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。
⑯ 「今までの生活」
当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。
職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。
⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」
「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。
のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。
「趣味・楽しみ・特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。
「友人・地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。
⑱ 「現病歴・既往歴と経過」
主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関医師については★印を付す。
⑲ 「現在利用しているサービス」
当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービスは、行政が行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。
⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス

⑪ 「経済状況」
利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。
⑫ 「来所者（相談者）」
来所者相談者について、氏名を記載する。
⑬ 「住所連絡先」
来所者相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。
⑭ 「緊急連絡先」
緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。
⑮ 「家族構成」
当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。
⑯ 「今までの生活」
当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。
職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。
⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」
「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。
のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。
「趣味・楽しみ・特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。
「友人・地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「現病歴・既往歴と経過」
主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関医師については★印を付す。
⑲ 「現在利用しているサービス」
当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービスは、行政が行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。
⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事

事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。 ２　「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」 ①　「NO.　」 利用者の整理番号を記載する。 ②　「利用者名」 当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。 ③　「認定年月日」 当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。 ④　「認定の有効期間」 当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。 ⑤　「初回・紹介・継続」 当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に〇を付す。 ⑥　「認定済・申請中」 要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に〇を付す。それ以外の場合は「認定済」に〇を付す。 認定を受けていない場合は、〇を付さない。 ⑦　「要支援１・要支援２　地域支援事業」 被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から介護予防ケアマネジメントを『利用する場合は「地域支援事業」に〇を付す。 ⑧　「計画作成者氏名」 当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。 ⑨　「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。 ⑩　「担当地域包括支援センター」 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。 ⑪　「計画作成（変更）日（初回作成日）」 当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。 ⑫　「目標とする生活」	業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。 ２　「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」 ①　「NO.　」 利用者の整理番号を記載する。 ②　「利用者名」 当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。 ③　「認定年月日」 当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。 ④　「認定の有効期間」 当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。 ⑤　「初回・紹介・継続」 当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に〇を付す。 ⑥　「認定済・申請中」 要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に〇を付す。それ以外の場合は「認定済」に〇を付す。 認定を受けていない場合は、〇を付さない。 ⑦　「要支援１・要支援２　地域支援事業」 被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）を『利用する場合は「地域支援事業」に〇を付す。 ⑧　「計画作成者氏名」 当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。 ⑨　「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。 ⑩　「担当地域包括支援センター」 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。 ⑪　「計画作成（変更）日（初回作成日）」 当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。 ⑫　「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。 この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。 具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。 「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。 「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取組によって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。 ⑬　「健康状態について」 「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。 ⑭　「アセスメント領域と現在の状況」 各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。 各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。 聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。 利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。 「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。 「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。 「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。 「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水	利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。 この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。 具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。 「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。 「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。 ⑬　「健康状態について」 「主治医意見書」（要支援者のみ）、「健診結果」「観察結果」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。 ⑭　「アセスメント領域と現在の状況」 各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。 各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。 聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。 利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。 「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。 「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。 「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。 「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮　「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「○○できるようになりたい」「手伝ってもらえば○○したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ否定的なのか、消極的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯　「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□　有」に■印を付す。

⑰　「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に１から番号を付す。

⑱　「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス・活動事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向　本人・家族」欄で同意が得られた場合

⑮　「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「○○できるようになりたい」「手伝ってもらえば○○したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ否定的なのか、消極的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯　「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□　有」に■印を付す。

⑰　「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に１から番号を付す。

⑱　「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向　本人・家族」欄で同意が得られた場合は、こ

は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。 計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。 ⑲ 「具体策についての意向　本人・家族」 計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。 合意が得られた場合は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。 ⑳ 「目標」 前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。 ㉑ 「目標についての支援のポイント」 前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。 ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。 ㉒ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。 「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。 具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。 しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適当なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。 ㉓ 「【本来行うべき支援ができない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」 本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。 ㉔ 「サービス種別」 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ㉕ 「事業所（利用先）」	こで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。 計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。 ⑲ 「具体策についての意向　本人・家族」 計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。 合意が得られた場合は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。 ⑳ 「目標」 前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。 ㉑ 「目標についての支援のポイント」 前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。 ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。 ㉒ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。 「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。 具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。 しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適当なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。 ㉓ 「【本来行うべき支援ができない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」 本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。 ㉔ 「サービス種別」 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービス地域支援事業（総合事業のサービス）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ㉕ 「事業所（利用先）」

当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。 ㉖　「期間」 「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「○か月」「○月○日～○月○日」など記載する）。 なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。 また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。 ㉗　「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」 記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。 ㉘　「必要な事業プログラム」 基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。 ㉙　「地域包括支援センターの意見・確認印」 居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。 このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。 この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。 （ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、介護予防ケアマネジメント計画原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。） ㉚　「計画に関する同意」 介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。 ３　「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（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）」 ①　「利用者氏名」 当該利用者名を記載する。 ②　「計画作成者氏名」	当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。 ㉖　「期間」 「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「○か月」「○月○日～○月○日」など記載する）。 なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。 また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。 ㉗　「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」 記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。 ㉘　「必要な事業プログラム」 基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。 ㉙　「地域包括支援センターの意見・確認印」 居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。 このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。 この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。 （ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。） ㉚　「計画に関する同意」 介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。 ３　「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（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）」 ①　「利用者氏名」 当該利用者名を記載する。 ②　「計画作成者氏名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。 ③　「年月日」「内容」 訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。 ④　従前相当サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、その必要性について理由を記載する。 ⑤　モニタリング期間の延長を行う場合は、延長後のモニタリング期間やその要件を満たしていることが分かるように記載しておく。 4　「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」 ①　「利用者氏名」 当該利用者名を記載する。 ②　「計画作成者氏名」 当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。 ③　「評価日」 当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。 ④　「目標」 当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。 ⑤　「評価期間」 「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。 ⑥　「目標達成状況」 評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。 評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。 ⑦　「目標　達成／未達成」 目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。 ⑧　「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 ⑨　「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。 ⑩　「今後の方針」 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 ⑪　「総合的な方針」 今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。	当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。 ③　「年月日」「内容」 訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。 4　「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）サービス評価表」 ①　「利用者氏名」 当該利用者名を記載する。 ②　「計画作成者氏名」 当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。 ③　「評価日」 当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。 ④　「目標」 当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。 ⑤　「評価期間」 「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。 ⑥　「目標達成状況」 評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。 評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。 ⑦　「目標　達成／未達成」 目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。 ⑧　「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」 何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。 ⑨　「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」 何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。 ⑩　「今後の方針」 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。 ⑪　「総合的な方針」 今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫　「地域包括支援センター意見」 　介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。 　地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。	⑫　「地域包括支援センター意見」 　介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。 　地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

別紙２

介護予防手帳の活用について

ここで提示する介護予防手帳は、これまで高齢者の保健福祉施策において、心身の状況や介護予防ケアプラン等に関する情報を集約し、本人・家族・地域包括支援センター・事業者等で共有する媒体として、老人保健事業における「健康手帳」や地域支援事業における「介護予防手帳」が活用されてきたところから、介護予防・日常生活支援総合事業においてセルフマネジメントを推進し、規範的統合を図る観点から、従来の介護予防手帳の内容の充実を図る場合の様式を提案するものである。

介護予防手帳を活用するか否か、また、活用する場合どのような者を対象にするかは市町村の判断であるが、「ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）」の対象者のためのセルフマネジメントツールを作成する際等に参考にしていただきたい。

１　目的

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、それによって一人一人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ある。このため、高齢者が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に支援するためのツールとして、介護予防手帳を作成したものである。

介護予防手帳の対象者には、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう必要がある。

また、居宅要支援被保険者等が自らの健康保持や介護予防の意識を高く保ち、関係者と共有して、各種サービスの利用・支援への参加等をしていくことが重要である。

従来の介護予防手帳は、高齢者の心身の状況の情報を共有してきたが、これに加えて、高齢者が自律的に生活を管理（セルフマネジメント）する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら関係者と共有できるように様式を工夫している。

２　主な交付対象者

「介護予防・日常生活支援総合事業対象者のうちケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）の対象者、その他交付を希望する者」

・　地域の通いの場等へ自ら参加し、自ら介護予防に取り組むことができる高齢者を想定しており、身体介護や機能訓練を必要とする高齢者について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）が必要であると考えられるため、原則として対象外と想定しているが、地域包括支援センターが継続的な支援の必要性があると判断した場合については交付対象として差し支えない。
・　また、基本チェックリストにおいて事業対象者に該当しない、いわゆる元気高齢者につい

別紙２

介護予防手帳の活用について

ここで提示する介護予防手帳は、これまで高齢者の保健福祉施策において、心身の状況や介護予防ケアプラン等に関する情報を集約し、本人・家族・地域包括支援センター・事業者等で共有する媒体として、老人保健事業における「健康手帳」や地域支援事業における「介護予防手帳」が活用されてきたところから、介護予防・日常生活支援総合事業においてセルフマネジメントを推進し、規範的統合を図る観点から、従来の介護予防手帳の内容の充実を図る場合の様式を提案するものである。

介護予防手帳を活用するか否か、また、活用する場合どのような者を対象にするかは市町村の判断であるが、「ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）」の対象者のためのセルフマネジメントツールを作成する際等に参考にしていただきたい。

１　目的

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、それによって一人一人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ある。このため、高齢者が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に支援するためのツールとして、介護予防手帳を作成したものである。

介護予防手帳の対象者には、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう必要がある。

また、要支援者等の状況に応じて、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントにより継続的に関与しないケース（ケアマネジメントＣ）も想定していることから、要支援者等が自らの健康保持や介護予防の意識を高く保ち、関係者と共有して、各種サービスの利用・支援への参加等をしていくことが重要である。

従来の介護予防手帳は、高齢者の心身の状況の情報を共有してきたが、これに加えて、高齢者が自律的に生活を管理（セルフマネジメント）する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら関係者と共有できるように様式を工夫している。

２　主な交付対象者

「介護予防・日常生活支援総合事業対象者のうちケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）の対象者、その他交付を希望する者」

・　地域の通いの場等へ自ら参加し、自ら介護予防に取り組むことができる高齢者を想定しており、身体介護や機能訓練を必要とする高齢者について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）が必要であると考えられるため、原則として対象外と想定している。
・　また、基本チェックリストにおいて事業対象者に該当しない、いわゆる元気高齢者については、介護予防ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの支援を受けないことから、原則として対象外と想定している。

ては、介護予防ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの支援を受けないことから、原則として対象外と想定している。 ・　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）の対象者についても、介護予防手帳を活用してセルフマネジメントを推進することも考えられる。 ・　いずれにしても、本人が希望する場合は交付することができると考えており、そもそも、これまでの介護予防手帳は「特定高齢者及びその他希望する者」を対象者としていたものであるところ、第１号被保険者であれば、市町村が対象者の範囲を広げる（狭める）ことを妨げるものではない。 ３　介護予防手帳の作成方針 （1）　【携行用】と【保管用】の分類 　介護予防手帳では、生活の目標、目標達成に向けた取組内容等を記載し、持ち歩くことで取組の経過を記録することにしたが、一方、従来の介護予防手帳に含まれていた心身の状況に関する情報は携行するのになじまないため、【携行用】と【保管用】に分類することとした。 　【携行用】は、高齢者の持ち歩きや個人情報保護を考慮した簡易なセルフマネジメントツールとしており、本人の興味・関心を確認し、それに基づいた生活の目標を設定、それに向けて自身で取り組む活動を決め、自分一人では難しいことについては、家族・知人の助けや支援・サービスを設定できるようになっている。 　【保管用】では、本事業における介護予防の基本的な考え、【携行用】の記載方法、地域内の活動場所や支援・サービス等について定めているが、その他必要な書類とともにファイリングして保管しておくことが望ましい。 　その他、ケアマネジメントにおいて参考にすべき、あるいは本人と地域の多様な支援者にて共有するべき情報として、次のものが考えられる。 ○利用者基本情報 ○生活の目標・目標を達成するための活動・活用する支援・サービス 　＊１【携行用】 ○地域内の活動場所、支援・サービスに関する情報　＊２【保管用】 ○心身の状況に関する情報 　・基本チェックリスト 　・健康診査等の結果票 　・医療機関から提供された診療情報　／等 ○利用している支援・サービスの情報 　・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等） 　・介護予防サービス・支援評価表 　・事業者による事前・事後アセスメント結果票　／等 ○本人が介護予防の知識を習得するための情報 　・健康づくり、介護予防に関する啓発資料 　・運動・口腔・栄養機能に関する基本知識　／等 ○その他、介護予防に関する書類 うち、＊１は【携行用】、＊２は【保管用】の介護予防手帳の中で、情報の掲載案を示	・　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）の対象者については、サービス担当者会議やモニタリングの簡略化が可能となるため、介護予防手帳を活用してセルフマネジメントを推進することも考えられる。 ・　いずれにしても、本人が希望する場合は交付することができると考えており、そもそも、これまでの介護予防手帳は「特定高齢者及びその他希望する者」を対象者としていたものであるところ、第１号被保険者であれば、市町村が対象者の範囲を広げる（狭める）ことを妨げるものではない。 ３　介護予防手帳の作成方針 （1）　【携行用】と【保管用】の分類 　新たな介護予防手帳では、生活の目標、目標達成に向けた取組内容等を記載し、持ち歩くことで取組の経過を記録することにしたが、一方、従来の介護予防手帳に含まれていた心身の状況に関する情報は携行するのになじまないため、【携行用】と【保管用】に分類することとした。 　【携行用】は、高齢者の持ち歩きや個人情報保護を考慮した簡易なセルフマネジメントツールとしており、本人の興味・関心を確認し、それに基づいた生活の目標を設定、それに向けて自身で取り組む活動を決め、自分一人では難しいことについては、家族・知人の助けや支援・サービスを設定できるようになっている。 　【保管用】では、本事業における介護予防の基本的な考え、【携行用】の記載方法、地域内の活動場所や支援・サービス等について定めているが、その他必要な書類とともにファイリングして保管しておくことが望ましい。 　その他、ケアマネジメントにおいて参考にすべき、あるいは本人と地域の多様な支援者にて共有するべき情報として、次のものが考えられる。 ○利用者基本情報 ○生活の目標・目標を達成するための活動・活用する支援・サービス 　＊１【携行用】 ○地域内の活動場所、支援・サービスに関する情報　＊２【保管用】 ○心身の状況に関する情報 　・基本チェックリスト 　・健康診査等の結果票 　・医療機関から提供された診療情報　／等 ○利用している支援・サービスの情報 　・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等） 　・介護予防サービス・支援評価表 　・事業者による事前・事後アセスメント結果票　／等 ○本人が介護予防の知識を習得するための情報 　・健康づくり、介護予防に関する啓発資料 　・運動・口腔・栄養機能に関する基本知識　／等 ○その他、介護予防に関する書類 うち、＊１は【携行用】、＊２は【保管用】の介護予防手帳の中で、情報の掲載案を示して

している。その他の情報については、必要に応じて【保管用】とともに保管することを想定している。	いる。その他の情報については、必要に応じて【保管用】とともに保管することを想定している。
(2) 日常生活の活動性を高めるための項目設定 総合事業が目指す「日常生活の活動性を高めることによる介護予防」を促すためには、本人の興味・関心に基づいて生活目標を設定し、目標達成に向けて、地域活動や趣味、スポーツ等に取り組めるよう支援する必要がある。また、生活上の困りごとについては、必要な支援・サービスを自ら選択して利用することが重要である。 そこで、介護予防手帳には、ケアプランの基本項目である、生活の目標、目標達成に向けた取組内容、日常生活で支援が必要なこと（家族・知人などのサポート、生活支援サービス等）を設けた。本人の意欲を引き出す目標を設定し、本人ができること頑張っていることを伸ばしていくことは、介護予防ケアマネジメントの基本的な考えであり、本人の困りごとに単純に支援・サービスをあてるだけでは不十分であることが認識される必要がある。	(2) 日常生活の活動性を高めるための項目設定 介護予防・日常生活支援総合事業が目指す「日常生活の活動性を高めることによる介護予防」を促すためには、本人の興味・関心に基づいて生活目標を設定し、目標達成に向けて、地域活動や趣味、スポーツ等に取り組めるよう支援する必要がある。また、生活上の困りごとについては、必要な支援・サービスを自ら選択して利用することが重要である。 そこで、介護予防手帳には、ケアプランの基本項目である、生活の目標、目標達成に向けた取組内容、日常生活で支援が必要なこと（家族・知人などのサポート、生活支援サービス等）を設けた。本人の意欲を引き出す目標を設定し、本人ができること頑張っていることを伸ばしていくことは、介護予防ケアマネジメントの基本的な考えであり、本人の困りごとに単純に支援・サービスをあてるだけでは不十分であることが認識される必要がある。
(3) セルフマネジメントツールとしての活用 総合事業では、住民同士の支え合いの充実により、虚弱高齢者や要支援者も参加できる幅広い社会参加の機会を確保することを目指している。 住民主体が運営する活動場所や支援を中心に活用する場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、本人の管理のもとで、ケアマネジメント結果等（生活目標や活動計画等）を保管し取組の経過を記録する「セルフマネジメント」の仕組みが求められる。 そこで、介護予防手帳をケアマネジメント結果を基に自己管理する「セルフマネジメント」のツールとして位置付け、各項目を本人自らが記載し、活動する際に持ち歩き、自身で管理するものとした。介護予防手帳は、ケアマネジメントＣの対象者を想定して作成されているが、高齢者が地域で継続して活動するために活用が必要と判断した場合には、ケアマネジメントＣ以外の類型等においても積極的に活用されることが望ましい。	(3) セルフマネジメントツールとしての活用 介護予防・日常生活支援総合事業では、住民同士の支え合いの充実により、虚弱高齢者や要支援者も参加できる幅広い社会参加の機会を確保することを目指している。 住民主体が運営する活動場所や支援を中心に活用する場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、本人の管理のもとで、ケアマネジメント結果等（生活目標や活動計画等）を保管し取組の経過を記録する「セルフマネジメント」の仕組みが求められる。 そこで、介護予防手帳をケアマネジメント結果を基に自己管理する「セルフマネジメント」のツールとして位置付け、各項目を本人自らが記載し、活動する際に持ち歩き、自身で管理するものとした。介護予防手帳は、介護予防ケアマネジメントＣ（住民主体の支援を中心に活用する場合に適用）が主な交付対象となっているが、この場合は初回のみのケアマネジメントとなるため、介護予防手帳により活動場所で取組状況を記録することがモニタリングの意味を持つ。 なお、他類型の介護予防ケアマネジメントでも、モニタリングの期間があく等の理由でセルフマネジメントが必要な場合は、介護予防手帳を活用することも考えられる。
(4) 介護支援ボランティアポイントの活用について 介護予防手帳では、一部の市町村において実施されている、高齢者が介護保険施設等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与する「介護支援ボランティアポイント」の記録も可能な様式としている。 これまで、多くの市町村では、「介護支援ボランティアポイント」の対象者を要支援・要介護認定を受けていない高齢者等としてきたが、介護予防・日常生活支援総合事業では、支援する側とされる側の垣根を取り払い、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持することを目指しており、虚弱高齢者や要支援者も対象に含めて運用することも考えられる。　例えば、サロンの利用者が必要な支援を受けつつも調理を担うなど、要支援者等であっても、得意なことを活かすことでボランティアの担い手になることは可能である。 なお、要支援者等が参加する場合でも、第１号被保険者の介護予防に資するボランティア活動であると市町村が判断すれば、「介護支援ボランティアポイント」について一般介護予防事業の枠組みが活用可能である。 また、介護予防手帳と介護支援ボランティアポイントの手帳を兼ねることは、要支援者	(4) 介護支援ボランティアポイントの活用について 介護予防手帳では、一部の市町村において実施されている、高齢者が介護保険施設等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与する「介護支援ボランティアポイント」の記録も可能な様式としている。 これまで、多くの市町村では、「介護支援ボランティアポイント」の対象者を要支援・要介護認定を受けていない高齢者等としてきたが、介護予防・日常生活支援総合事業では、支援する側とされる側の垣根を取り払い、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持することを目指しており、虚弱高齢者や要支援者も対象に含めて運用することも考えられる。例えば、サロンの利用者が必要な支援を受けつつも調理を担うなど、要支援者等であっても、得意なことを活かすことでボランティアの担い手になることは可能である。 なお、要支援者等が参加する場合でも、第１号被保険者の介護予防に資するボランティア活動であると市町村が判断すれば、「介護支援ボランティアポイント」について一般介護予防事業の枠組みが活用可能である。 また、介護予防手帳と介護支援ボランティアポイントの手帳を兼ねることは、要支援者等の

等の地域での役割を見つけるきっかけにもなると考えられる。 4　留意事項 介護予防手帳を、セルフマネジメントを推進するためのツールとして導入するためには、地域包括支援センターに加え、本人・家族、地域住民による主体的な活動等を行う団体等も含めて、介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防の考え方を共有する必要がある。 特に、ケアマネジメントＣではモニタリングが行われないため、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営主体に伝えておくことや、本人の状況が変化した場合にすぐに相談を受けられるような信頼関係も必要である。 なお、ケアマネジメントＣの対象となる高齢者像は、地域内の住民主体の支援の拡充に伴い変わっていくものと考えられるところ、地域資源の整備の進捗に応じて、ケアマネジメントの基本方針や介護予防手帳の活用のあり方等について、市町村が示す方針等も踏まえながら、各圏域で地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者の考え方をすり合わせる機会を持つことも求められる。 ※　この介護予防手帳は、平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業報告書」三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング　において作成されたものである。報告書には、介護予防手帳の活用マニュアル等もまとめられている。 介護予防手帳に関しては、市町村での独自の項目の追加や編集等できるようにしているので、活用していただきたい。URL は以下のとおり。 http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/index.html	地域での役割を見つけるきっかけにもなると考えられる。 4　留意事項 介護予防手帳を、セルフマネジメントを推進するためのツールとして導入するためには、地域包括支援センターに加え、本人・家族、地域で活動する住民主体も含めて、介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防の考え方を共有する必要がある。 特に、ケアマネジメントＣではモニタリングが行われないため、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営主体に伝えておくことや、本人の状況が変化した場合にすぐに相談を受けられるような信頼関係も必要である。 なお、ケアマネジメントＣの対象となる高齢者像は、地域内の住民主体の支援の拡充に伴い変わっていくものと考えられるところ、地域資源の整備の進捗に応じて、ケアマネジメントの基本方針や介護予防手帳の活用のあり方等について、各圏域で地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の考え方をすり合わせる機会をもつことも求められる。 ※　この介護予防手帳は、平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業報告書」三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング　において作成されたものである。報告書には、介護予防手帳の活用マニュアル等もまとめられている。 介護予防手帳に関しては、市町村での独自の項目の追加や編集等できるようにしているので、活用していただきたい。URL は以下のとおり。 http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/index.html