

老認発 〇 七 一 七 第 三 号
令和 七 年 七 月 一 七 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 7 年 4 月 1 日から適用することとしたので通知する。

については、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。

「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）
<p>別紙1</p> <p>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</p> <p>1～2（略）</p> <p>3 実施主体等</p> <p>(1)（略）</p> <p>(2) 留意事項</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、指定介護予防支援等基準第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、居宅介護支援費の通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。 <p>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、</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>などが考えられる。</p> <p>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。</p>	<p>別紙1</p> <p>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</p> <p>1～2（略）</p> <p>3 実施主体等</p> <p>(1)（略）</p> <p>(2) 留意事項</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、居宅介護支援費の通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。 <p>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、</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>などが考えられる。</p> <p>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。</p>

<p>(3) (略)</p> <p>4 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方</p> <p>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。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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）</p> <p>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。</p> <p>ア 指定基準</p> <p>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る基準に従って実施する。</p> <p>イ プロセス及びその考え方</p> <p>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 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順」も参考にすること。</p> <p>(ア) アセスメント（課題分析）</p> <p>a 目的</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>b 実施方法</p> <p>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。</p> <p>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表）」（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」欄を参考にして実施すること。また、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。</p> <p>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）（略）</p> <p>(イ) -① 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成</p> <p>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。</p>	<p>(3) (略)</p> <p>4 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方</p> <p>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。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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）</p> <p>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。</p> <p>ア 指定基準</p> <p>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る基準に従って実施する。</p> <p>イ プロセス及びその考え方</p> <p>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。</p> <p>(ア) アセスメント（課題分析）</p> <p>a 目的</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>b 実施方法</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）（略）</p> <p>(イ) -① 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成</p> <p>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。</p>
--	--

<p>(イ) -② サービス担当者会議</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(イ) -③～⑤（略）</p> <p>(ウ) モニタリング（給付管理）・評価</p> <p>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。</p> <p>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）」（様式6参照）等に記載しておくこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>ただし、以下の場合を除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）。 <p>(3)～(4)（略）</p> <p>5～6（略）</p> <p>別添1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順</p> <p>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。</p>	<p>(イ) -② サービス担当者会議</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(イ) -③～⑤（略）</p> <p>(ウ) モニタリング（給付管理）・評価</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>ただし、以下の場合を除く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）。 <p>(3)～(4)（略）</p> <p>5～6（略）</p> <p>別添1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順</p> <p>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。</p>
--	--

手 順	内 容	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）	<p>地域包括支援センターで相談を受けた場合</p> <p>○ 利用者等の主訴の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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いない者については、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。 <p>○ 介護予防ケアマネジメントの依頼等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、個人情報情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 <p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）場合は、<u>電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。</u> ・ 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（介護保険担当窓口での対応）	<p>地域包括支援センターで相談を受けた場合</p> <p>○ 利用者等の主訴の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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いない者については、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。 <p>○ 介護予防ケアマネジメントの依頼等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、個人情報情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。 <p>○ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）場合は、 ・ 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	<p>(ア) アセスメント（課題分析）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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」欄を参考にして実施する。また、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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>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。</p> <p>(イ) 介護予防ケアマネジメント計画原案作成</p> <p>共通事項</p> <p>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。</p> <p>ケアマネジメントA</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項 <p>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</p>	<p>(ア) アセスメント（課題分析）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>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。</p> <p>(イ) 介護予防ケアマネジメント計画原案作成</p> <p>共通事項</p> <p>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。</p> <p>ケアマネジメントA</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアマネジメント計画に記載すべき事項 <p>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</p>
--------------	---	--

介護予防ケアマネジメント（つづき）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ サービス・活動事業等の内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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。 	<p>介護予防ケアマネジメント（つづき）</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ サービス・活動事業等の内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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。
-------------------	--	---

介護予防ケアマネジメント（つづき）	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。 <div>（ウ）～（キ）（略）</div> <div>（ク） 評価</div> 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。	介護予防ケアマネジメント（つづき）	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。 <div>（ウ）～（キ）（略）</div> <div>ク 評価</div> 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。
	表 1（略）		表 1（略）
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～様式 1 の別紙（略）		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～様式 1 の別紙（略）	

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番号	サービス開始（変更）年月日
年 月 日	
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。	
〇〇市（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	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号
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〇〇市（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、必ず〇〇市（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。	
〇〇市（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	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号
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〇〇市（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、必ず〇〇市（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 3～7（略）

（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、介護予防ケア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（略）

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）」

①～⑳（略）

㉑ 「地域包括支援センターの意見・確認」

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。）

㉒（略）

3～4（略）

様式 3～7（略）

（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、介護予防ケア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（略）

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）」

①～㉑（略）

㉒ 「地域包括支援センターの意見・確認

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。）

㉓（略）

3～4（略）

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いただきたい。

1～3（略）

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。

https://www.murc.jp/library/survey_research_report/koukai_150518/

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いただきたい。

1～3（略）

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>