

2025 年 9 月 1 日

# 伊丹市 介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント 業務マニュアル



伊丹市マスコット たみまる



伊丹市マスコット ヒコまる

伊丹市  
伊丹市地域包括支援センター

## 目 次

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| 第 1 章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について                   | P 1 |
| 第 2 章 伊丹市の介護予防・日常生活支援総合事業について                            | P 6 |
| 第 3 章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ                          | P12 |
| 第 4 章 介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）                              | P24 |
| 第 5 章 ケアプランの評価                                           | P29 |
| 第 6 章 サービス担当者会議の開催                                       | P31 |
| 第 7 章 ケアプランの変更                                           | P34 |
| 第 8 章 暫定ケアプランと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<br>（変更）届出書について | P37 |
| 第 9 章 給付管理                                               | P39 |
| 第 10 章 その他留意事項                                           | P45 |
| 資 料                                                      |     |
| 伊丹市における介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ                         | P47 |

## 第1章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について

### 1. 伊丹市における地域包括支援センター体制について

伊丹市の地域包括支援センター体制は、基幹型包括支援センター（以下「基幹型包括」という）を1カ所設置し、それ以外に市内を9つの圏域に分け、各圏域を担当する9カ所の地域型包括支援センター（以下「包括」という）を設置しています。（P4の資料1とP5の資料2参照）利用者の介護保険被保険者証に記載の住所により、担当包括を決定します。

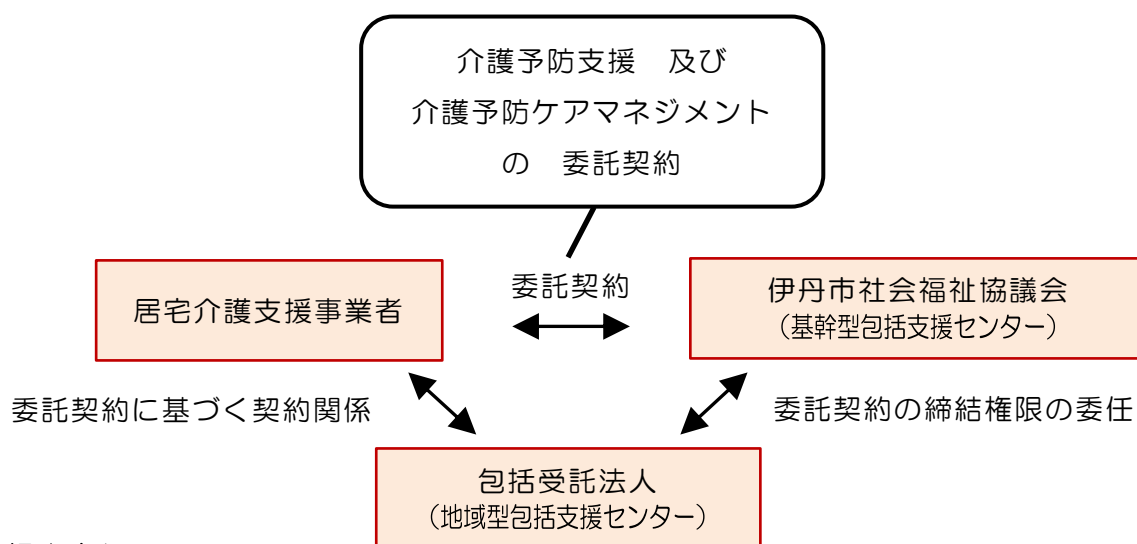
### 2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について

伊丹市では、介護予防支援の事業所指定を受けない居宅介護支援事業所とは、従来どおりに介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部委託契約を、包括受託法人と居宅介護支援事業者との契約を伊丹市社会福祉協議会（基幹型包括）が一括して契約を締結する方法にて引き続き行います。

居宅介護支援事業者と委託契約を締結する権限を、包括受託法人から伊丹市社会福祉協議会に委任し、この委任に基づき、伊丹市社会福祉協議会が居宅介護支援事業者との間で委託契約を締結します。

介護予防支援の指定を受けない居宅介護支援事業所との

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約（従来どおり）



#### 提出書類

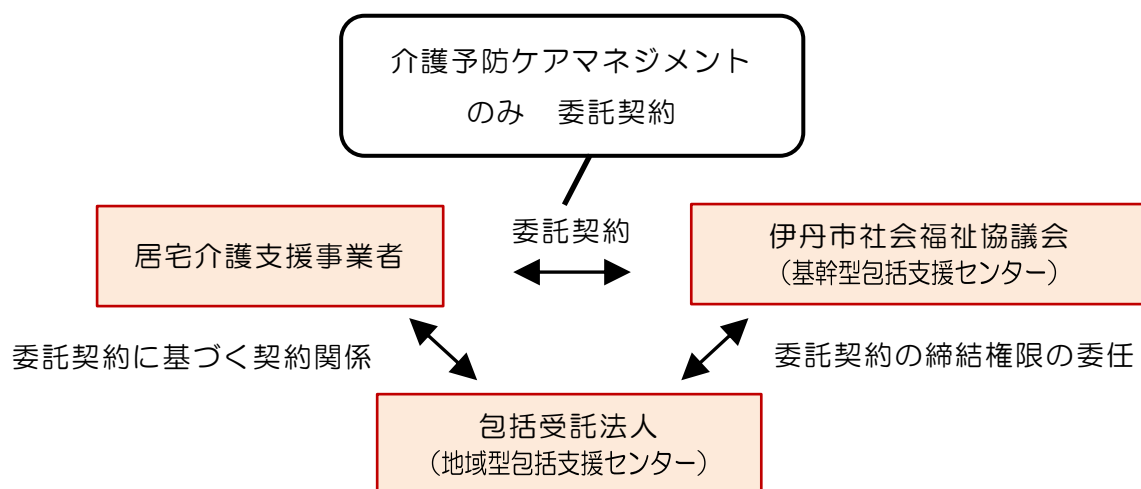
- ① 伊丹市介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約書（2部）
- ② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに従事する介護支援専門員届出書
- ③ 指定居宅介護支援事業所指定通知書または指定更新通知書の写し
- ④ 代理受領委任状（9部 -9包括分-）

### 3. 介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約について

伊丹市では、令和6年度より介護予防支援の事業所指定を受けた居宅介護支援事業所とは、別途、介護予防ケアマネジメント業務の一部委託契約のみについて、包括受託法人と居宅介護支援事業者との契約を、伊丹市社会福祉協議会（基幹型包括）が一括して契約を締結する方法にて行います。

こちら、従来の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントと同様に、居宅介護支援事業者と委託契約を締結する権限を、包括受託法人から伊丹市社会福祉協議会に委任し、この委任に基づき、伊丹市社会福祉協議会が居宅介護支援事業者との間で委託契約を一括して締結します。

介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所（新設）



#### 提出書類

- ① 伊丹市介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約書（2部）
- ② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに従事する介護支援専門員届出書
- ③ 指定居宅介護支援事業所指定通知書または指定更新通知書の写し
- ④ 代理受領委任状（9部 -9 包括分-）
- ⑤ 伊丹市からの 「指定介護予防支援事業者の指定について」 の写し

※既に、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを締結している居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を取得した場合において、②・③・④の書類に変更がない場合は、①の伊丹市介護予防支援ケアマネジメント業務一部委託契約（2部）と⑤指定介護予防支援事業者の指定についての写しの2点のご提出で構いません。

#### 4. 市外居宅介護支援事業所への委託について

伊丹市では、伊丹市に居住されている方への委託について、基本的には市内の居宅介護支援事業所に優先的に委託する方針としていますが、必要に応じて、市外の居宅介護支援事業所への委託も認めています。

#### 5. 基幹型包括への随時報告事項

業務一部委託契約の内容に変更があった場合には、必要に応じて報告してください。

①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに従事する介護支援専門員届出書の内容の変更 等

- ・事業所の移転・廃止、名称変更、代表者・管理者の変更 等
- ・適格請求書発行事業者登録（インボイス登録）した場合

②債権者登録内容の変更 等（代理受領委任状取り交わし事業所を除く）

#### 6. 市外にて指定介護予防支援事業所の指定を取得した場合の注意事項

指定居宅介護支援事業所の指定申請は、平成30年4月1日より各市区町村が指定を行っております。そのため、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部委託契約は、これまでどおり各市区町村にて、指定居宅介護支援事業所の指定を取得した居宅介護支援事業所と伊丹市地域包括支援センターで締結いたします。

一方で、伊丹市以外の各市区町村で指定を取得されても、伊丹市での指定介護予防支援事業所の指定を受けたことにはなりません。そのため、他市区町村のみで介護予防支援の指定を取得しただけでは、伊丹市の要支援の利用者に対して、指定介護予防支援事業所として、介護予防支援のケアマネジメントを行っても、その請求を国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）に行うことはできません。

指定介護予防支援事業を実施する指定介護予防支援事業所として、国保連に請求を行うためには、必ず、伊丹市より指定介護予防支援事業所としての指定を受けてください。なお、指定申請は、指定開始月の前々月の1日までに行う必要があります。

他市区町村のみでの指定介護予防支援の指定を受けている居宅介護支援事業所は、これまでどおりに、伊丹市地域包括支援センターと介護予防支援及び予防ケアマネジメントの一部委託契約締結を行ってください。

#### 注 意 事 項

伊丹市地域包括支援センターと一部委託契約を締結していないことで、介護ケアマネジメントのみのサービス利用となった月が生じた場合に、請求が行えないことが生じます。

そのため、伊丹市で介護予防支援の指定を受けた場合には、介護予防ケアマネジメントの契約を伊丹市地域包括支援センターと行っておくことを推奨いたします。

## 令和7（2025）年度 伊丹市における地域包括支援センター体制

### 住み慣れた地域でいきいきと安心して暮らせるまち伊丹の実現

地域包括支援センター：高齢者に対し包括的・継続的に支援を行う地域包括ケアを実現するための中核的機関  
高齢化の進行に伴い、多様化、複雑化する高齢者福祉ニーズに対応し、さらに身近な地域で、適切な支援を提供

伊 丹 市

責任  
委託

#### 伊丹市地域包括支援 センター運営協議会

関係機関（市・基幹型包括・地域型包括）

責任  
委託

#### 基幹型包括支援センター 市内1ヶ所（社会福祉協議会）

##### ◎基幹型包括支援センター

- ・ 支援困難ケース、権利擁護を必要とするケースのスーパーバイズを含めた後方支援並びに地域包括支援センターとの連携対応
- ・ 地域包括支援センターの統括、連絡調整
- ・ 市全域の支援ネットワーク体制の構築
- ・ 介護支援専門員等、支援者への支援（研修会、連携会、人材育成等中心）
- ・ 認知症ケア施策の推進
- ・ 行政機関とのパイプ役

#### 関係機関による協議内容

- ・ 地域包括支援センターの事業を遂行するため、センターの目的や業務内容に沿った事業計画の提言
- ・ 業務の方向性と責任分担の明確化
- ・ 業務の遂行状況について評価

支援  
連携  
運営管理

#### 地域型包括支援センター 市内9ヶ所（市内6社会福祉法人）

##### ◎地域包括支援センター

- ・ 総合相談窓口（ワンストップ窓口）
- ・ 高齢者虐待を含めた困難ケース等への対応並びに必要なに応じた基幹型包括との連携対応
- ・ 担当圏域のネットワーク体制の推進
- ・ 介護支援専門員等、支援者への支援（個別ケア会議の開催等、個別支援中心）
- ・ 地域支援（介護予防事業等の実施）
- ・ 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務

(資料2)

地域包括支援センター一覧

| 名称                     | 所在地             | 電話番号     | 担当圏域<br>(小学校区) | 法人名称             |
|------------------------|-----------------|----------|----------------|------------------|
| 天神川・荻野<br>地域包括支援センター   | 荒牧 5 丁目 16-27   | 777-7002 | 天神川・荻野         | (福) 伊丹市社会福祉事業団   |
| 稲野・鴻池<br>地域包括支援センター    | 広畑 3 丁目 1 (3 階) | 780-1733 | 稲野・鴻池          | (福) 伊丹市社会福祉事業団   |
| 伊丹・摂陽<br>地域包括支援センター    | 行基町 1 丁目 98     | 775-2776 | 伊丹・摂陽          | (福) 伊丹市社会福祉事業団   |
| 笹原・鈴原<br>地域包括支援センター    | 南野 2 丁目 3-25    | 773-6223 | 笹原・鈴原          | (福) 伊丹市社会福祉事業団   |
| 桜台・池尻<br>地域包括支援センター    | 中野西 1 丁目 18     | 744-1475 | 桜台・池尻          | (福) 明照会          |
| 花里・昆陽里<br>地域包括支援センター   | 寺本 6 丁目 150     | 767-9939 | 花里・昆陽里         | (福) 翠松会          |
| 神津・有岡<br>地域包括支援センター    | 森本 1 丁目 8-19    | 777-8055 | 神津・有岡          | (福) 協同の苑         |
| 緑丘・瑞穂<br>地域包括支援センター    | 北園 1 丁目 19-1    | 777-3652 | 緑丘・瑞穂          | (福) ヘルプ協会        |
| 南<br>地域包括支援センター        | 中央 4 丁目 5-6     | 771-8566 | 南              | (福) ジェイエイ兵庫六甲福祉会 |
| 伊丹市(基幹型)<br>地域包括支援センター | 広畑 3 丁目 1 (2 階) | 787-6797 | 市内全域           | (福) 伊丹市社会福祉協議会   |

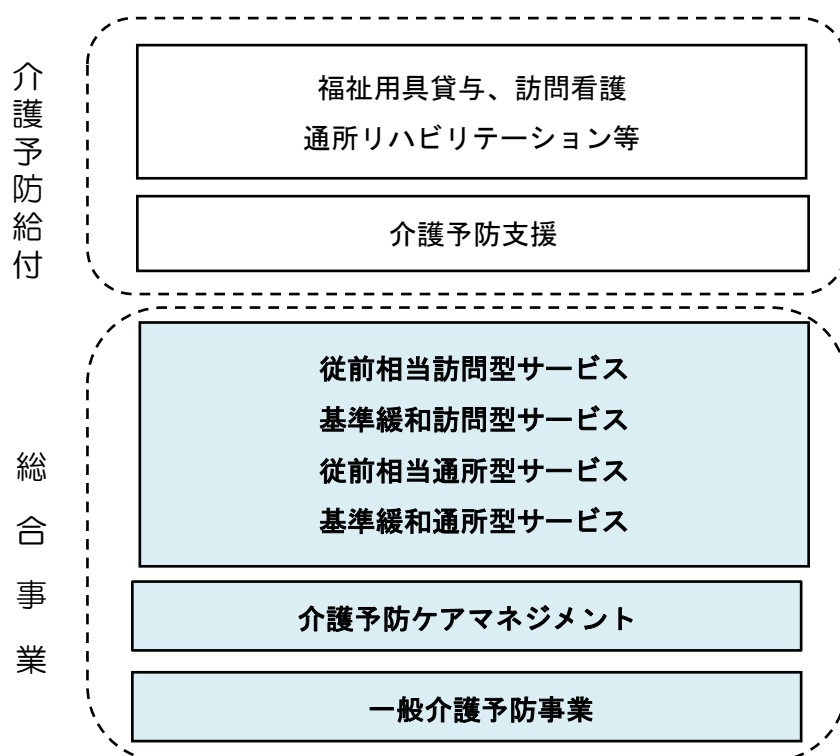
●開設時間

月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 5 時 30 分

(土日祝日、12 月 29 日～1 月 3 日の年末年始は休み)

## 第2章 伊丹市の介護予防・日常生活支援総合事業について

### 1. 総合事業移行時における事業の概要（伊丹市のサービス類型）



### 2. 総合事業の概要

#### （１）訪問型サービス・通所型サービス・その他のサービス

| 従前相当の訪問型サービス・通所型サービス                                                                                                                                |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 平成28年度までの介護予防給付に相当するサービスで介護保険事業所が実施主体。基準、単価、サービス内容は市が示す介護予防・日常生活支援総合事業のとおり。報酬単価は1回当たりの単価にて設定。                                                       |                                                         |
| 緩和した基準による訪問型サービス                                                                                                                                    |                                                         |
| 平成28年度までの介護予防給付の基準を緩和したサービスで介護保険事業所等が実施主体。市が指定する研修を終了した介護保険事業所等被雇用者が生活援助（掃除・炊事等の家事援助）を提供。基準・サービス内容について従前相当サービスより緩和することで、費用を低廉に設定。報酬単価は1回当たりの単価にて設定。 |                                                         |
| 緩和した基準による通所型サービス                                                                                                                                    |                                                         |
| 平成28年度までの介護予防給付の基準を緩和したサービスで介護保険事業所等が実施主体。入浴・食事の提供・機能訓練を原則実施せず、短時間のサービスを提供。基準・サービス内容について従前相当サービスより緩和することで、費用を低廉に設定。報酬単価は1回当たりの単価にて設定。               |                                                         |
| その他のサービス                                                                                                                                            |                                                         |
| 見守り支援                                                                                                                                               | 認知症見守りサービスを市町村特別給付として実施（認定が必要）。まちなかミマモルメ、さがしてメールの利用を推進。 |

## (2) 介護予防ケアマネジメント

要支援者に対して、介護予防給付を利用する場合の「介護予防支援」（プラン作成）とともに、総合事業のみ利用する場合の「介護予防ケアマネジメント」を自治体事業として実施。

## (3) 一般介護予防事業

高齢者の年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、誰もが主体的に参加できる介護予防活動の推進をめざして、伊丹市では、いきいき百歳体操・介護サポーターポイント事業・いきいき健康大学等を実施。また、リハビリ専門職等と連携し、介護予防の機能を強化していきます。

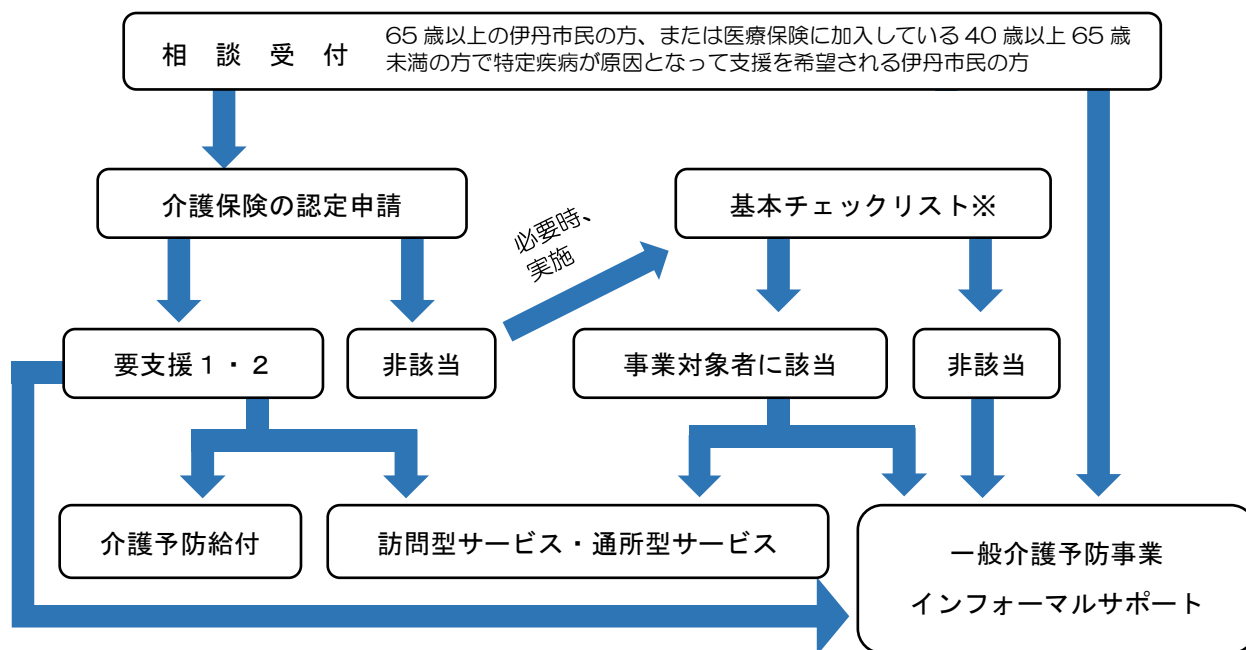
## 3. 相談受付からサービス利用までの流れ

### (1) 要支援相当の判定方法を選択

総合事業では、従来どおりの介護保険の認定を受ける方法のほかにも、認定更新時に、基本チェックリスト（25項目の暮らしや運動習慣の質問）により、サービスの必要な心身状況の判定（「事業対象者」といいます）を受けることができます。

新規申請者は基本チェックリストによらず、原則介護保険の認定申請を行います。

認定申請の結果、「非該当」となった場合や更新時に更新をしない場合、必要に応じて包括または担当のケアマネジャーが基本チェックリストを実施し、「事業対象者」の判定を行います。



※医療保険に加入している40歳以上65歳未満の方で特定疾病が原因となって支援を希望される伊丹市民の方は、基本チェックリストによる、事業対象者には該当しません。

### インフォーマルサポートとは

介護保険外の支援やサービス。ボランティア、地域活動（サロン等）、家族・近隣住民による支援、食事宅配等の民間サービスなど様々なサポートのこと。

## （２）事業対象者の要件

事業対象者とは、６５歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した者です。

ただし、事業対象者に該当しても、利用できるサービスについては、適切な介護予防ケアマネジメントに基づいて決定することとなります。

●事業対象者は、「基本チェックリスト」２５項目のうち、下記項目のいずれかに該当する者です。

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| ①質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当<br>(複数の項目に支障がある可能性) |
| ②質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当<br>(運動機能の低下がある可能性)        |
| ③質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当<br>(低栄養状態の可能性)                 |
| ④質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当<br>(口腔機能の低下がある可能性)       |
| ⑤質問項目No.16 に該当<br>(閉じこもり傾向にある可能性)                        |
| ⑥質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当<br>(認知機能の低下がある可能性)   |
| ⑦質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当<br>(うつ病の可能性)             |

(注) この表における該当とは、回答部分の「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう

(伊丹市ホームページよりダウンロードできるエクセルデータ参照)

## ●事業対象者の有効期間

事業対象者について、有効期間という考え方はありませんが、伊丹市では最長 48 ヶ月以内が事業対象者のケアプランの有効期限とします。サービス提供時の状況や利用者の心身の状態等の変化に応じて、適宜、基本チェックリストで本人の状況を確認してください。

## ●住所地特例対象者

住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは施設所在市町村が指定した指定介護予防支援事業者（包括及び居宅介護支援事業所）が行うことになり、本市にて基本チェックリストを実施する対象となります。（居宅介護支援事業所へ委託することも可能）

## ●市外保険者の対象者

市外保険者の対象者（住所地特例対象者を除く）については、当該保険者に事前に以下を確認の上、手続きを行って下さい。

### 【確認事項】

基本チェックリスト実施のタイミング/基本チェックリストの実施者<sup>※</sup>/使用する様式

（※実施者が委託先居宅介護支援事業所の場合は方法等を確認の上、実施をお願いします）

事業対象者を判定するための基本チェックリストの実施については、この様式を使用して下さい。  
利用者の同意の上、日付、記名が必要です。

## 基本チェックリスト

実施日： 年 月 日

|        |      |    |      |    |
|--------|------|----|------|----|
| 被保険者番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
|        | 氏名   |    |      |    |
| 住所     |      |    | 電話：  |    |

市配布のデータを使用する場合は、回答した方に「1」を入力すると数式で小計がでます。手書き作成の場合は、枠内塗りつぶしをしている回答の数を小計し判定します。

| No. |                                   | 回答   | 判定  |
|-----|-----------------------------------|------|-----|
| 1   | バスや電車で一人で外出していますか                 | 1 はい | いいえ |
| 2   | 日用品の買い物をしていますか                    | はい   | いいえ |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか                   | はい   | いいえ |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか                      | はい   | いいえ |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか                  | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /5   |     |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか              | はい   | いいえ |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか      | はい   | いいえ |
| 8   | 15分位続けて歩いていますか                    | はい   | いいえ |
| 9   | この1年間に転んだことはありますか                 | はい   | いいえ |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか                   | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /5   |     |
| 11  | 6カ月間で2～3kg以上の体重の減少がありますか          | はい   | いいえ |
| 12  | 身長 m 体重 kg<br>BMI= <18.5 の場合「はい」  | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /2   |     |
| 13  | 半年前に比べ固いものが食べにくくなりましたか            | はい   | いいえ |
| 14  | お茶や汁物等でむせることがありますか                | はい   | いいえ |
| 15  | 口の渇きがきになりますか                      | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /3   |     |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか                   | はい   | いいえ |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数は減っていますか               | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /2   |     |
| 18  | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか  | はい   | いいえ |
| 19  | 自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか        | はい   | いいえ |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /3   |     |
|     | 1～20 計                            | /20  |     |
| 21  | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない              | はい   | いいえ |
| 22  | (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった  | はい   | いいえ |
| 23  | (ここ2週間) 以前は、楽にできたことが今ではおっくうに感じられる | はい   | いいえ |
| 24  | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない           | はい   | いいえ |
| 25  | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする          | はい   | いいえ |
|     | 小計                                | /5   |     |

小計には点数を、判定欄には該当した場合に「○」を記入してください。

No. 12 は、BMI が 18.5 未満の場合に「はい」を選択してください。

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

介護予防ケアプランの作成等、介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運用に必要があるときは、基本チェックリストの実施結果を伊丹市、地域包括支援センター、事業者、その他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 被保険者氏名

●基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

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

| 質問項目                          |                              | 質問項目の趣旨                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。 |                              |                                                                                                                    |
| 1                             | バスや電車で1人で外出していますか            | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2                             | 日用品の買い物をしていますか               | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話やネット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、運動機能について尋ねています。    |                              |                                                                                                                    |
| 6                             | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか        | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。    |
| 7                             | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。                                                    |
| 8                             | 15分位続けて歩いていますか               | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。                                                                           |
| 9                             | この1年間に転んだことがありますか            | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。                                                                                       |
| 10                            | 転倒に対する不安は大きいですか              | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。                                                                            |

|                                  |                                    |                                                                                                |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 |                                    |                                                                                                |
| 11                               | 6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか            | 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。                                 |
| 12                               | 身長、体重                              | 身長はmで小数点第2位まで、体重は整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。                              |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。      |                                    |                                                                                                |
| 13                               | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか            | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。                 |
| 14                               | お茶や汁物等でむせることがありますか                 | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。                                                   |
| 15                               | 口の渇きが気になりますか                       | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。                                                            |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。     |                                    |                                                                                                |
| 16                               | 週に1回以上は外出していますか                    | 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。                                                            |
| 17                               | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。                                                       |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。        |                                    |                                                                                                |
| 18                               | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか  | 本人は物忘れがあると思っていても、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           |                                                                                                |

### 第3章 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ

#### 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ

##### 1. 業務委託

包括は、介護保険の要支援認定者または、基本チェックリストによる事業対象者もしくはその家族（以下「要支援者等」という）から介護予防サービス、第一号事業（訪問型サービス・通所型サービス）、その他のサービス及びインフォーマルサポート（以下「介護予防サービス等」という）利用についての相談があり、介護予防サービス・支援計画書または介護予防ケアマネジメント計画書（以下「ケアプラン」という）作成の委託について、了承を得られた場合、委託先事業者に介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務を依頼します。

##### 2. 契約締結

包括担当職員が、下記書類の内容に従って説明し、契約手続きを行います。

- 「包括」パンフレット（1 通）
- 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（2 通）
- 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書（2 通）
- 個人情報利用に関する同意書 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント（1 通）

（1）契約締結後、「包括」パンフレット、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（1 通）、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書（1 通）を、要支援者等に交付します。

（2）委託先事業者は、要支援者等に対して、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（以下「届出書」という）を介護保険課に提出する旨を説明し、必要事項に記入（署名）してもらい、介護保険被保険者証とともに預かります。

（※「包括名」印字後、被保険者証が送付されることも伝えてください）

##### 3. 届出書及び事業対象者の判定結果（基本チェックリスト）の提出

（1）委託先事業者は、要支援者等から預かった「届出書」と「介護保険被保険者証」及び事業対象者の場合、「判定結果（基本チェックリスト）」を伊丹市介護保険課へ提出するとともに、「届出書の写し」を包括に提出してください。

（※住所地特例対象者の「届出書」と「介護保険被保険者証」、事業対象者の場合の「判定結果（基本チェックリスト）」については、伊丹市介護保険課へ提出するとともに、「届出書の写し」及び「判定結果（基本チェックリスト）の写し」を包括に提出してください）

（2）要支援認定者の場合、「要介護認定に係る資料の提示申請」を行い、「認定情報」「主治医意見書」「認定調査票及び特記事項」の提供を受けてください。

（※住所地特例対象者の「要介護認定に係る資料の提示申請」は、当該保険者に申請してください）

## 介護予防ケアマネジメント業務の流れ

### 1. 業務委託

包括は、介護予防支援の指定を取得した居宅介護支援事業所やその居宅介護支援事業所との契約を締結した介護保険の要支援認定者もしくはその家族（以下「要支援者等」という）から第一号事業（訪問型サービス・通所型サービス）、その他のサービス及びインフォーマルサポート（以下「介護予防サービス等」という）利用についての相談があり、介護予防ケアマネジメント計画書（以下「ケアプラン」という）作成の委託について、了承を得られた場合、委託先事業者に介護予防ケアマネジメント業務を委託します。

これは、介護予防支援と総合事業を併用してサービス利用をしている要支援者が、介護予防支援に該当するサービスを利用しなかったが、総合事業に該当するサービスのみ利用した月が生じた場合に、スムーズにケアマネジメント（国保連への請求）が行えるようにするために業務委託契約を締結しておくものです。

### 2. 契約締結

包括担当職員が、下記書類の内容に従って説明し、契約手続きを行います。

- 「包括」パンフレット（1 通）
- 介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（2 通）
- 介護予防ケアマネジメント契約書（2 通）
- 個人情報利用に関する同意書 介護予防ケアマネジメント（1 通）

（1）契約締結後、「包括」パンフレット、介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（1 通）、介護予防ケアマネジメント契約書（1 通）を、要支援者等に交付します。

（2）委託先事業者は、要支援者等に対して、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（以下「届出書」という）を介護保険課に提出する旨を説明し、必要事項に記入（署名）してもらい、介護保険被保険者証とともに預かります。

（※「包括名」印字後、被保険者証が送付されることも伝えてください）

### 3. 届出書及び事業対象者の判定結果（基本チェックリスト）・要介護認定に係る資料の提出

委託先事業者は、要支援者等から預かった「届出書」と「介護保険被保険者証」を伊丹市介護保険課へ提出するとともに、「届出書の写し」を包括に提出してください。

（※住所地特例対象者も「届出書」と「介護保険被保険者証」は、伊丹市介護保険課へ提出し「届出書の写し」を包括に提出することは同様です。）

また、伊丹市に「要介護認定に係る資料の提示申請」も行い、「認定情報」「主治医意見書」「認定調査票及び特記事項」の提供を受けて、これらの要介護認定に係る資料も包括へ提出ください。

（※住所地特例対象者の「要介護認定に係る資料の提示申請」は、当該保険者に申請をしてください。）

#### 4. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、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介護予防サービス等を主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防サービス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ります。

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、ケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型とし利用者の状況に応じて実施します。

（介護予防ケアマネジメントの考え方）

##### （１）原則的な介護予防ケアマネジメント（以下「ケアマネジメントA」という）

予防給付における介護予防支援と同様に、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。ケアプランの有効期限は、認定の有効期限とし、有効期限のない事業対象者は最長 48 ヶ月以内とする。

利用者との面接によるモニタリング訪問については、少なくとも3ヶ月に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る。令和6年度介護報酬改定に伴うモニタリングの条件に該当する利用者とは、文書による同意を得ることで6ヶ月の間に3ヶ月に1回の訪問によるモニタリングと別の3ヶ月に1回は、テレビ電話装置等におけるモニタリングでの状況等の把握とすることができる。

なお、ケアプランの評価の期間は12ヶ月以内とする。

##### （２）簡略化した介護予防ケアマネジメント（以下「ケアマネジメントB」という）

アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を必須としないケアプランの作成と、6ヶ月に1回は利用者宅を訪問しモニタリングを行う。ケアプランの評価期間は12ヶ月以内とし、適宜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）初回のみ介護予防ケアマネジメント（以下「ケアマネジメントC」という）

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、住民主体の活動等につなげる場合に実施する。

伊丹市では、高齢者の介護予防・日常生活支援の最も重要な要素を「社会参加（社会性の維持）」と捉え、積極的な人とのつながりや地域社会への参加を、高齢者本人が主体的かつ継続的に取り組めるよう、ケアマネジメントCを活用する。

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、簡略化したケアプラン（「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策」「目標を達成するための取組」等を記載）を作成、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、住民主体の活動等への参加を継続する。その後のモニタリングは必須としない。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。

※ケアマネジメント C における住民主体の活動等の考え方について、以下の要件を満たすものとする。

- ・月 1 回以上の社会参加の場や活動の中で、住民同士のつながり（日常的にお互いが気にかける関係性）があること。
- ・参加する本人が主体的に参加できている（できる）場や活動であり、本人なりの役割があること。
- ・社会参加の場について、公序良俗に反するものは除く。

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型)

| 類型                           | 介護予防支援                                                                                                                                               | 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                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防サービス等の範囲                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防給付</li> <li>・第一号事業（従前相当サービス、緩和した基準によるサービス、住民主体による支援）</li> <li>・一般介護予防事業</li> <li>・インフォーマルサポート</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・第一号事業（従前相当サービス、緩和した基準によるサービス、住民主体による支援）</li> <li>・一般介護予防事業</li> <li>・インフォーマルサポート</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・第一号事業（住民主体による支援）</li> <li>・一般介護予防事業</li> <li>・インフォーマルサポート</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般介護予防事業</li> <li>・インフォーマルサポート</li> </ul> |
| アセスメント<br>利用者基本情報（アセスメントシート） | 実施                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     |                                                                                                              |                                                                                   |
| ケアプラン<br>様式                  | 厚生労働省の示す標準様式<br>（令和 6 年 9 月からは、簡略様式使用不可）                                                                                                             |                                                                                                                                     |                                                                                                              | 簡略様式<br>（ケアマネジメント C 用）                                                            |
| サービス<br>担当者会議                | 必須                                                                                                                                                   |                                                                                                                                     | 必須ではない                                                                                                       |                                                                                   |
| ケアプラン有効<br>期間                | 認定の有効期間（最長 4 8 ヶ月）<br>認定の有効期間がない事業対象者は最長 4 8 ヶ月                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                              | 期間なし                                                                              |
| モニタリング                       | 毎月（3 ヶ月に 1 回はモニタリング訪問・条件が揃い文書での同意が得られた場合は、6 ヶ月の間の 3 ヶ月に 1 回はモニタリング訪問、別の 3 ヶ月に 1 回はテレビ電話装置等でのモニタリングも可能）                                               |                                                                                                                                     | 隔月（6 ヶ月に 1 回はモニタリング訪問）                                                                                       | 必須ではない                                                                            |
| 評価                           | 12 ヶ月以内<br>介護予防支援とケアマネジメント A は、初回認定時の結果によって、認定終了日が 13 ヶ月以内となる場合には、包括へ相談をすることによって、13 ヶ月以内とすることも可能                                                     |                                                                                                                                     |                                                                                                              | 必須ではない                                                                            |
| 基本報酬                         | 442 単位                                                                                                                                               |                                                                                                                                     | 309 単位                                                                                                       |                                                                                   |
| 加算（算定要件を満たす月のみ）              | 初回加算 300 単位<br>委託連携加算 300 単位                                                                                                                         |                                                                                                                                     |                                                                                                              | なし                                                                                |
| 基本報酬の<br>算定期間                | 毎月（給付管理のある月）                                                                                                                                         |                                                                                                                                     |                                                                                                              | 初回月のみ                                                                             |
| 備考                           | 従来のもの                                                                                                                                                | 介護予防支援と同様のプロセスを実施する。                                                                                                                | 従来のケアマネジメントプロセスから、サービス担当者会議、モニタリング等の基準を緩和したもの                                                                | 初回のみの簡略化したケアマネジメントプロセスを評価したもの                                                     |

## 5. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施

### (1) アセスメントの実施及びケアプラン原案の作成

委託先事業者は、訪問にてアセスメントを行い、要支援者等の状態の把握、目標の設定、介護予防サービス等の利用方針を決定します。その上で、支援内容に応じたケアプラン原案を作成します。

### (2) サービス担当者会議の開催・ケアプラン原案の説明・同意

(サービス担当者会議については、ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの場合は必須ではない)

委託先事業者は、要支援者等、介護予防サービス等担当者、主治医、インフォーマルサポート提供者等のケアプラン原案に位置付けた者とサービス担当者会議を開催します。

① 委託先事業者は、要支援者等にケアプラン原案を提示し説明を行ったうえで、要支援者等の意見を聞き、必要な修正を加えた上で、ケアプランの本人同意欄に自署又は記名押印を受けます。

② 要支援者等に、ケアプラン、サービス利用票、サービス利用票別表を交付します。

### (3) 包括への書類の提出

委託先事業者は、包括に各種書類を提出の上、確認を受けます。

介護保険サービスの利用開始時には、地域包括支援センターへ速やかに全ての提出書類を提出してください。

提出書類(※提出時期等は P47、48「伊丹市における介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ」参照)

#### ●利用者基本情報(アセスメントシート)

※利用者基本情報(アセスメントシート) P20~22 参照は、伊丹市独自の様式です。

各居宅介護支援事業所で使用されている介護保険ソフトの利用者基本情報の様式を利用していただいても構いませんが、伊丹市独自様式の項目に該当する項目がない場合は追記を行い作成してください。

#### ●基本チェックリスト

#### ●要支援者等から同意、確認を得た「ケアプラン(原本)」

#### ●支援経過記録(サービス事業所等への照会、サービス担当者会議等の記載も含む)

#### ●サービス利用票(初月分のみ)

#### ●サービス利用票別表(初月分のみ)

} (ケアマネジメントCを除く)

### (4) 要支援者等から同意、確認を得た「ケアプラン(原本)」の確認

包括は、要支援者等から同意、確認を得た「ケアプラン(原本)」を確認後、確認者欄に署名し、委託先事業者へケアプランの(写し)を返却します。

※「地域包括支援センターの意見」欄の記入は不要となりました。

※「ケアプラン他、書類の原本」は、包括で保管します。

### (5) 介護予防サービス事業者等への書類の交付(ケアマネジメントCを除く)

介護予防サービス事業者等へケアプラン(写し)、サービス提供票、サービス提供票別表を交付します。

## (6) 介護予防サービス等利用に関する調整

要支援者等からの相談等により、必要に応じて介護予防サービス等の利用調整を行います。

## 6. 給付管理（※詳細は「第9章 給付管理」参照してください）

### (1) 介護予防サービス等利用実績報告書の作成

委託先事業者は、介護予防サービス事業者等から提出された利用実績に基づき、「介護予防サービス等利用実績報告書」を作成します。

### (2) 介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績の提出

「介護予防サービス等利用実績報告書」および「利用実績」（ケアマネジメントCの場合は「ケアプランの写し」）を、毎月5日までに各担当包括に提出してください。

※介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績は、FAXや介護保険課メールボックスは使用せず、(P39) 2. 介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績の提出「●介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績の提出方法について」記載のいずれかの方法で提出してください。

## 7. 支援経過記録、モニタリング及び評価等

### (1) 支援経過記録

支援していく過程で、利用者や家族から得た情報、サービス担当者会議、主治医等関係機関との専門的な関わりを通じて把握したことを整理して、時系列に記載します。

※支援経過記録は、評価表の提出時に必ず包括へ提出してください。

（※ケアマネジメントCの場合は、ケアプラン原本提出時に提出）

### (2) モニタリング

モニタリングは、利用者自身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、介護予防サービス等が計画どおり実行できているかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

#### ●介護予防支援、ケアマネジメントA

少なくとも1ヶ月に1回実施します。また、介護予防サービス等提供開始月、介護予防サービス等提供開始の翌月から起算して3ヶ月に1回は、利用者の居宅を訪問し面接して行います。利用者の居宅を訪問しない月は、介護予防サービス等提供事業所への訪問や電話等の手段により、利用者の状況を確認するようにします。

令和6年度介護報酬改定に伴うモニタリングの条件に該当する利用者とは、文書による同意を得ることで6ヶ月の間に3ヶ月に1回の訪問によるモニタリングと別の3ヶ月に1回は、テレビ電話装置等におけるモニタリングでの状況等の把握とすることができます。

#### ●ケアマネジメントB

少なくとも2ヶ月に1回実施します。また、介護予防サービス等提供開始月、介護予防サービス等提供開始の翌月から起算して6ヶ月に1回は、利用者の居宅を訪問し面接して行います。利用者の居宅を訪問しない月は、介護予防サービス等提供事業所への訪問や電話等の手段により、利用者の状況を確認するようにします。

**●ケアマネジメントC**

モニタリングは必須ではありません。

(モニタリングでの確認事項)

- ①利用者の生活状況に変化がないか。
  - ②計画書どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
  - ③個々の提供サービス等の支援内容が、適切であるかどうか。
  - ④利用しているサービスに対して、利用者は満足しているか。
  - ⑤その他、計画書の変更を必要とする新しい課題が生じていないか。
- ※モニタリングでの確認事項の結果について、支援経過記録等に記載します。

(3) 評価及び評価表の提出

①評価の実施

**●介護予防支援、ケアマネジメント A、ケアマネジメント B**

ケアプラン作成後、実施状況を踏まえ、目標の達成状況を、原則、ケアプランの期間終了時及びケアプランの有効期限において、最長 12 ヶ月以内毎の期間の中で評価し、今後の方針を決定します。(介護予防支援とケアマネジメント A は、初回認定時の結果が 13 ヶ月以内場合には、包括へ相談することで 13 ヶ月以内とすることも可能)

**●ケアマネジメントC**

評価は必須ではありません。

②提出書類

- 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
- 支援経過記録（サービス事業所等への照会、サービス担当者会議等の記載も含む）

③包括は、評価表の「地域包括支援センター意見」欄に意見を記入し、確認者の署名後、委託先事業者へ評価表の写しを返却します。※原本は包括が保管します。

※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）サービス評価表と同時に、評価後の「ケアプラン（原本）」（要支援者等から同意、確認を得たもの）を提出している場合は、評価表の「地域包括支援センター意見」への記入はいたしません。確認者の自署のみの写しを返却します。

④サービス利用票の交付（初回および支援内容変更時のみ、ケアマネジメントCを除く）

委託先事業者は、サービス利用票及びサービス利用票別表を作成し、利用者に確認を受け交付します。

# 利用者基本情報(アセスメントシート)

作成担当者:

## 《基本情報》

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                            |                                                                                    |            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 相談日       | <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話<br><input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | <input type="checkbox"/> 初回<br><input type="checkbox"/> 再来 | 今回作成日<br>前回作成日                                                                     |            |
| 本人の現況     | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | 被保険者番号                                                     |                                                                                    |            |
| フリガナ      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 性別                                                         | 生年月日                                                                               | 年齢         |
| 本人氏名      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                            |                                                                                    |            |
| 住所        | 〒<br>市町村<br>番地<br>丁目<br>番地<br>号<br>住戸番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                            | 電話<br>携帯<br>FAX                                                                    |            |
| 日常生活自立度   | 障害高齢者の日常生活自立度<br>認知症高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2<br>自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V  |                                                                                    |            |
| 認定情報      | <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | 1                                                          | 2                                                                                  | 前回介護度<br>~ |
| 障害等認定     | <input type="checkbox"/> 身体障害 ( ) <input type="checkbox"/> 知的障害 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 被爆者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                            |                                                                                    |            |
| 本人の住居環境   | <input type="checkbox"/> 自宅 ⇒ <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 借家 ⇒ <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅<br><input type="checkbox"/> 自室 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                            |                                                                                    |            |
| 経済状況      | <input type="checkbox"/> 所得 ⇒ <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他   介護保険負担割合<br><input type="checkbox"/> 年金 ⇒ <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生活保護   担当CW:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                                            |                                                                                    |            |
| 緊急連絡先     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 続柄 | 連絡先                                                        | <b>家族構成</b><br>◎=本人、○=女性、□=男性<br>●=死亡、☆=キーパーソン<br>主介護者に「主」、副介護者に「副」<br>(同居家族は○で囲む) |            |
| 日常生活動作の状況 | 1.立位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>2.歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>3.食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>4.義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>5.入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>6.着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>7.排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助<br>8.視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   ( )<br>9.聴力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   ( )<br>10.言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   ( ) |    |                                                            | <b>家族関係等の状況</b>                                                                    |            |

## 利用者基本情報(アセスメントシート)

### 《介護予防に関する事項》

|                             |                              |    |    |                 |
|-----------------------------|------------------------------|----|----|-----------------|
| 今までの生活経歴                    |                              |    |    |                 |
| 現在の生活状況(地域の中でどんな暮らしを送っているか) | 1日の生活・過ごし方(具体的に書く)           |    |    | 生活での楽しみ(趣味等)    |
|                             | 午前                           | 午後 | 夜間 |                 |
|                             |                              |    |    |                 |
|                             |                              |    |    |                 |
|                             | 1週間の生活・過ごし方(サービス以外の活動も含めて書く) |    |    | 友人・地域との関係       |
|                             |                              | 午前 | 午後 | 日常生活での困りごと・悩み   |
|                             | 月                            |    |    |                 |
|                             | 火                            |    |    |                 |
|                             | 水                            |    |    |                 |
|                             | 木                            |    |    |                 |
|                             | 金                            |    |    |                 |
|                             | 土                            |    |    |                 |
|                             | 日                            |    |    |                 |
|                             | 不定期な予定                       |    |    | 今後の生活の意向(本人・家族) |
|                             |                              |    |    |                 |
|                             |                              |    |    |                 |

### 《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)

| 発症日 | 病名 | 医療機関・医師名<br>(主治医意見書作成者に☆) | 経過                                                                                           | 治療中の場合は内容 |
|-----|----|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 年月頃 |    |                           | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 経観中<br><input type="checkbox"/> その他 |           |
| 年月頃 |    |                           | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 経観中<br><input type="checkbox"/> その他 |           |
| 年月頃 |    |                           | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 経観中<br><input type="checkbox"/> その他 |           |
| 年月頃 |    |                           | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 経観中<br><input type="checkbox"/> その他 |           |
| 年月頃 |    |                           | <input type="checkbox"/> 治療中<br><input type="checkbox"/> 経観中<br><input type="checkbox"/> その他 |           |

### 《現在利用しているサービス》

| 種別          | 支援内容・費用等 | 提供事業者等 | 利用期間等 |
|-------------|----------|--------|-------|
| 公的サービス      |          |        |       |
|             |          |        |       |
| インフォーマルサポート |          |        |       |
|             |          |        |       |

利用者基本情報(アセスメントシート)

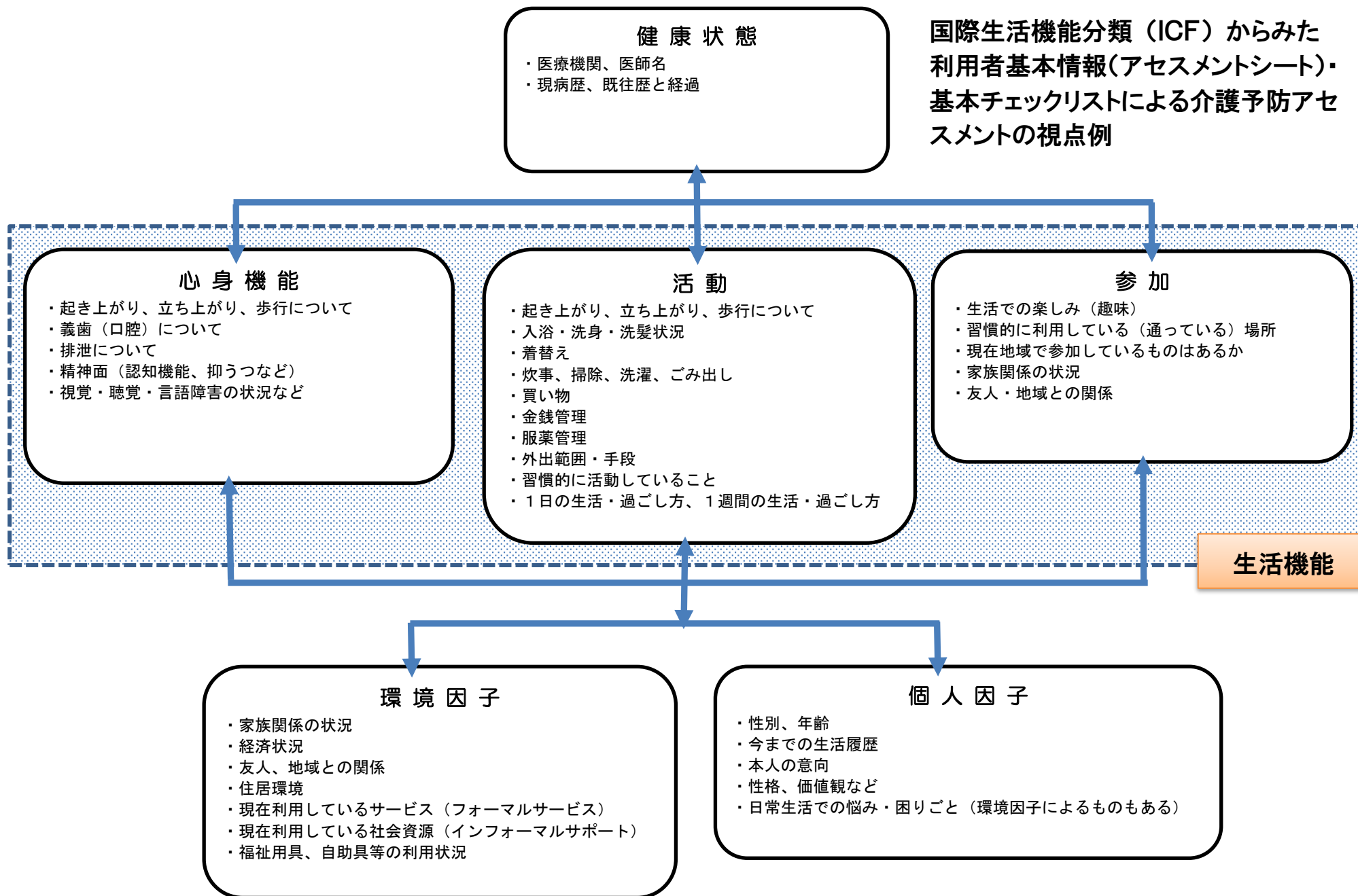
《手段的日常生活動作に関する事項》

| IADL | 本人がしていること                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 具体的な状況、できない(していない)理由、できる可能性等 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 炊事   | <input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意<br><input type="checkbox"/> ガス、IH調理器使用<br><input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳<br><input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い                                                                                                                                                                            |                              |
| 掃除   | <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ<br><input type="checkbox"/> 床拭き <input type="checkbox"/> 風呂掃除<br><input type="checkbox"/> トイレ掃除<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                             |                              |
| 洗濯   | <input type="checkbox"/> 洗濯機の操作<br><input type="checkbox"/> 洗濯物を干す<br><input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ<br><input type="checkbox"/> 整理する                                                                                                                                                                                                                                       |                              |
| ゴミ出し | <input type="checkbox"/> 分別する<br><input type="checkbox"/> まとめる<br><input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
| 買い物  | <input type="checkbox"/> 買うものを決める<br><input type="checkbox"/> 買い物にお店に行く<br><input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る<br><input type="checkbox"/> 注文配達                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |
| 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 全て管理<br><input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理<br><input type="checkbox"/> 銀行にいく / 出入金<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                                                                            |                              |
| 薬の管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理(分包・一包)<br><input type="checkbox"/> 時々飲み忘れがある<br><input type="checkbox"/> 声掛け有<br><input type="checkbox"/> 拒否                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |
| 外出手段 | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> タクシー<br><input type="checkbox"/> 徒歩【補助具の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(   )】<br>家族の付き添い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |                              |

《習慣的に利用している(通っている)場所、現在参加している活動》

| 参加活動                                            | 参加頻度・時間 | 特記事項(誰と行くのか等) |
|-------------------------------------------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> サロン、地域交流カフェ(他者との交流)    |         |               |
| <input type="checkbox"/> 自治会・老人会の活動(他者との交流)     |         |               |
| <input type="checkbox"/> いきいき百体操(交流・筋力向上・認知症予防) |         |               |
| <input type="checkbox"/> ボランティア(生きがい・交流)        |         |               |
| <input type="checkbox"/> スポーツジム(筋力向上)           |         |               |
| <input type="checkbox"/> 趣味活動(コーラス、将棋、太極拳、踊り等)  |         |               |
| <input type="checkbox"/> その他(   )               |         |               |

※個人情報利用同意については、別途「同意書」にて承諾済み(   年   月   日)



### 1. ケアプラン原案作成における留意点

#### （１）利用者の主体的な意欲、社会参加、役割を引き出す

利用者ができていないことを補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、自立を妨げる場合があります。

アセスメントにおいて把握した利用者の課題や目標とする生活を踏まえ、「利用者本人ができること」をともに発見し、利用者が意欲をもって、主体的な活動や地域社会への参加を高めることができることを目指した支援を行うことが必要です。

また、ケアプランを作成する際には、利用者の現在の状態のみでなく、要支援状態にいたる直接的及び間接的な原因、利用者の生活歴等にも着目して目標を設定することが大切です。

利用者の価値観や状況を十分に考慮し、達成が可能だと考えられる目標を設定して、達成感や自信を強化することが有効です。

#### （２）多様な社会資源（インフォーマルサポート）を活用する

ケアプラン作成においては、利用者自身が取り組む活動や導入すべきサービス等を計画するだけでなく、家族の協力や、友人、近隣住民の見守りや支え合い活動等のインフォーマルサポートを積極的に活用することが重要です。

身近でインフォーマルな支援は、利用者の安心感につながり、利用者の意欲向上と社会とのつながり、地域生活の中での生きがい、役割づくりにもつながります。また、ケアマネジャーは、利用者個別の支援を通じて、社会に働きかける「地域づくり」の視点を意識し、日頃から地域のニーズを把握し、必要なサービスやサポートについて、資源開発する視点、その実現に向けて行政や様々な関係機関に働きかけることが必要です。個人のニーズに合った多様な支援が提供できるよう、地域住民、関係機関と積極的に連携し一緒に考えていきましょう。

#### （３）目標を共有化する

目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて、主治医をはじめ、すべてのサービス担当者が積極的に介護予防ケアマネジメントに参画する必要があります。

また、すべてのサービス担当者が目標を共有した上で、その達成に向けた各サービス提供事業所での具体的な実施目標を検討します。

#### （４）ケアプランで定める期間

ケアプランで定める期間は、要支援者等の状態や課題に応じて設定するものとし、認定の有効期間を最長の期間として設定します。なお、認定有効の期間を最長とするが、認定有効期間以下にてケアプランを設定しても構わない。

総合事業対象者は有効期間の設定がないため、最長４年以内の期間として設定します。

#### （５）ケアプランに関する同意

ケアプランの内容を利用者・家族に説明したうえで、利用者・家族が確認し、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に確認した日と氏名を自署又は記名押印していただきます。

## 2. ケアプランの作成における記載の考え方と様式について

令和6年9月より、伊丹市においても国が示す「介護予防サービス・実施計画書」の様式を標準様式としました。この伊丹市介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務マニュアル（P26）や伊丹市のホームページにおいては、「新様式 介護予防サービス・支援計画書」として標準様式を掲載しております。

なお、様式については、各居宅介護支援事業において利用されている介護保険ソフトの「介護予防サービス・実施計画書」の各項目が国の示す様式に準拠していれば、介護保険ソフトの様式を利用することを妨げるものではありません。ただし、項目が省略されている様式については認めないためご注意ください。

ご利用になられている介護保険ソフトの様式と標準様式の異なりがある場合は、包括へお問い合わせいただき、ご確認をお願いいたします。

また、記載方法の考え方として、「記載の考え方 新様式 介護予防サービス・支援計画書」として伊丹市ホームページに掲載しておりますので、ご参照ください。

なお、記載方法の詳細については、厚生労働省からの「介護予防・日常生活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」をご確認ください。

### 「期間」の記入における注意事項

令和6（2024）年7月8日マニュアルでは、「期間」の欄に、「回数や実施日時などあれば、それも記載する」と厚生労働省からの記載方法の詳細に基づいておりましたが、伊丹市では「回数や実施日時なども記載する」に変更いたしました。

（旧）本介護予防サービス・支援計画書におけるサービス提供する期間を記載することになり、最長は有効認定期間または総合事業対象者は4年間となる。

記載は、〇年〇月〇日～〇年〇月〇日として記載し、回数や実施日時などもあれば、それも記載する

（新）本介護予防サービス・支援計画書におけるサービス提供する期間を記載することになり、最長は有効認定期間または総合事業対象者は4年間となる。

記載は、〇年〇月〇日～〇年〇月〇日として記載し、回数や実施日時なども記載する

介護予防サービス・支援計画書

被保険者番号

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

利用者名

様 (男・女)

歳

認定年月日

令和 年 月 日

認定の有効期限

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

計画作成者氏名

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日

令和 年 月 日

(初回作成日

令和 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<br>現在の状況      | 本人・家族の<br>意欲・意向 | 領域における課題<br>(背景・原因) | 総合的課題 | 課題に対する<br>目標と具体策<br>の提案 | 具体策についての<br>意向<br>本人・家族 | 目標 | 支援計画(どんな内容で実行して行くのか) |                                      |                      |        |     |    |
|                         |                 |                     |       |                         |                         |    | 目標についての<br>支援のポイント   | 本人などのセルフケアや<br>家族の支援・インフォーマ<br>ルサービス | 介護保険サービス<br>又は地域支援事業 | サービス種別 | 事業所 | 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

口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行なうべき支援が実施できない場合】

適切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)を記入してください

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

|                   | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔ケア | 閉じこもり<br>予防 | 物忘れ<br>予防 | うつ<br>予防 |
|-------------------|------|------|------|-------------|-----------|----------|
| 予防給付または<br>地域支援事業 | /5   | /2   | /3   | /2          | /3        | /5       |

地域包括  
支援セン  
ターの確  
認

【確認者氏名】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名

※自署又は記名押印

介護予防サービス・支援計画書① ※ケアマネジメントC用として使用する場合は、網掛け部分の記載は省略可能

<利用者名>

|           |   |            |    |       |     |         |      |       |       |
|-----------|---|------------|----|-------|-----|---------|------|-------|-------|
| 被保険者番号    |   | 初回         | 紹介 | 継続    | 認定済 | 申請中     | 要支援1 | 要支援2  | 事業対象者 |
| 利用者名      | 様 | 認定年月日      | 年  | 月     | 日   | 認定の有効期間 | 年    | 月     | 日～年   |
| 計画作成者氏名   |   | 委託の場合の事業所名 |    |       |     |         |      |       |       |
| 計画作成(変更)日 | 年 | 月          | 日  | 初回作成日 | 年   | 月       | 日    | 包括担当者 |       |

<目標とする生活>

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 1日 |  | 1年 |  |
|----|--|----|--|

<領域別の状況と課題>

<総合的課題と具体策及び具体策に対する本人・家族の意向>

| 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 | 具体策についての本人・家族の意向 |
|------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|-------|-----------------|------------------|
| 活動・移動について              |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |
| 日常生活(家庭生活)について         |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |
| 社会参加・対人関係コミュニケーションについて |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |
| 健康管理について               |             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                 |                  |

介護予防サービス・支援計画書② ※ケアマネジメントC用として使用する場合は、網掛け部分の記載は省略可能

<目標と支援計画>

| 目標 | 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、インフォーマルサポート | 介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス) | サービス種別 | 事業所(利用先)/期間 |
|----|----------------|-----------------------------|------------------------------|--------|-------------|
|    |                |                             |                              |        |             |

<健康状態について>

主治医意見書、検診結果、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)を記入してください>

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください

| 項目  | 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 |
|-----|------|------|-------|---------|-------|------|
| 質問数 | /5   | /2   | /3    | /2      | /3    | /5   |

<地域包括支援センターの確認>

|       |
|-------|
| 確認者氏名 |
|-------|

<計画に関する同意>

上記計画について、同意いたします

確認日: 年 月 日

氏名 自署又は記名押 印

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメントC用)

<利用者名>

|         |       |            |    |    |     |         |      |      |         |
|---------|-------|------------|----|----|-----|---------|------|------|---------|
| 被保険者番号  |       | 初回         | 紹介 | 継続 | 認定済 | 申請中     | 要支援1 | 要支援2 | 事業対象者   |
| 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 |       | 委託の場合の事業所名 |    |    |     |         |      |      |         |
| 計画作成日   | 年 月 日 | 初回作成日      | 年  | 月  | 日   | 包括担当者   |      |      |         |

| アセスメント領域と現在の状況         | 本人・家族の意欲・意向 | 支援計画 |                             |                              |     |
|------------------------|-------------|------|-----------------------------|------------------------------|-----|
|                        |             | 目標   | 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサポート | 介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス) | 事業所 |
| 活動・移動について              |             |      |                             |                              |     |
| 日常生活(家庭生活)について         |             |      |                             |                              |     |
| 社会参加・対人関係コミュニケーションについて |             |      |                             |                              |     |
| 健康管理について               |             |      |                             |                              |     |

<地域包括支援センターの確認>

確認者氏名

<計画に関する同意>

上記計画について、同意いたします

確認日： 年 月 日

氏名

自署又は記名押印

<健康状態について> 主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

## 第5章 ケアプランの評価

ケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定します。  
(ケアマネジメント C の場合、必須ではない)

### 1. 評価を行う時期

- (1) 「ケアプラン」で定めた支援開始月より 12 ヶ月以内
- (2) 「ケアプラン」の変更が必要な場合
- (3) 「ケアプラン」を終了する場合

### 2. 評価までの期間

- (1) 評価期間は、原則、介護予防支援、ケアマネジメント A、ケアマネジメント B いずれの場合も最長 12 ヶ月以内とします。なお、要支援認定者の場合は、認定有効期間を超えないようにします。  
介護予防の目的である、状態の維持・改善を目指していくために、目標達成に向けて、段階的な目標を設定して、その評価を行っていくことが有効です。
- (2) 要支援認定者で、介護予防支援またはケアマネジメント A の場合の例外として、初回認定時の結果などにより認定終了日までの期間が 13 ヶ月以内となる場合は、評価期間を認定期間に合わせて 13 ヶ月以内とすることも可能とします。(その場合は包括に要相談)

### 3. 評価の手順

上記「1. 評価の時期」の状況において、評価を実施し、「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）サービス評価表」を作成します。介護予防サービス等提供事業者からの報告等を基に、利用者宅を訪問し、利用者の状態を評価し、ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックし状況を分析した上で、今後の方針を決定します。

委託先事業者は、包括に報告し、包括が、報告内容をもとに計画の「継続」、「変更」又は「終了」の判断を行います。包括担当職員は、包括意見欄に判断内容についてコメントを記載し、包括が原本を保管、写しを委託先事業者へ返却します。

包括に「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」を提出する際は、評価表と支援経過記録を提出してください。

評価日

## 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

|      |   |
|------|---|
| 利用者名 | 様 |
|------|---|

|       |  |
|-------|--|
| 計画作成者 |  |
|-------|--|

| 目標                       | 評価期間                                                        | 目標達成状況        | 目標<br>(達成/未達成)                | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見)                             | 目標達成しない原因<br>(計画作成者の評価)                        | 今後の方針                                                                                                                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 「ケアプラン2表」の「目標」について評価を行う。 | 「ケアプラン」の「期間」に基づいて、最長1年とする。なお、要支援認定者の場合は、認定有効期間を超えない期間を記載する。 | 目標の達成状況を記載する。 | 目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。 | なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、利用者家族の認識を確認し、原因を記載する。 | なぜ目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、課題分析者としての評価を記載する。 | <p>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から踏まえて記載する。</p> <p>目標が達成している場合、新たな目標を設定する。目標が未達成の場合は、目標を継続すべきか、達成可能な目標に変更すべきかを検討するようにする。1年以上目標が未達成の場合は、達成可能な目標への変更を検討する。</p> |

チェック欄は、包括で記載を行う。

| 総合的な方針                            | 地域包括支援センター意見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | <div> <input type="checkbox"/> プラン継続<br/> <input type="checkbox"/> プラン変更<br/> <input type="checkbox"/> 終了<br/> <input type="checkbox"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> 介護給付<br/> <input type="checkbox"/> 予防給付<br/> <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業<br/> <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br/> <input type="checkbox"/> 終了         </div> |

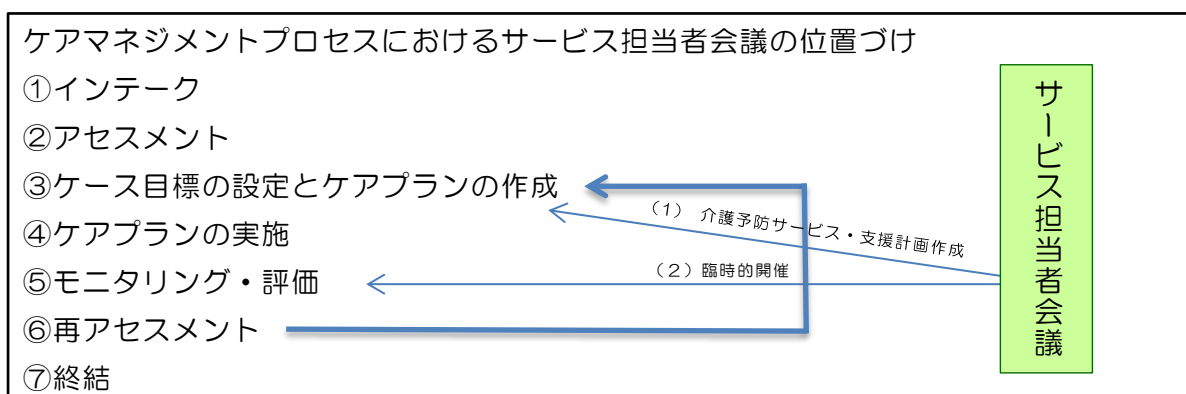
## 第6章 サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議は、原則としてケアプランの作成・変更時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的視点から意見を求めます。

### 1. サービス担当者会議の目的

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題、目標等を共通理解すること。
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサポートなどについて情報を共有し、その役割を理解すること。
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること。
- ④ケアプランにおけるサービス事業所等の役割を相互理解し、連携を図ること。
- ⑤利用者、家族が専門職の役割・業務内容を理解できること。

### 2. 会議の開催時期と内容



#### (1) ケアプラン作成時

ケアプラン原案作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- ①利用者の生活状況とケアプラン原案の内容
- ②サービスの提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③ケアプラン作成のための二次的アセスメント

#### (2) ケアプラン変更時

モニタリングの中で提供されているサービス等がケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状態等に変化があり、ケアプランの変更が必要な場合に臨時的に開催します。

#### (3) その他の開催時期

- ①介護保険の認定を受けている利用者が、更新認定を受けた場合
- ②介護保険の認定を受けている利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

### 3. サービス担当者会議における介護支援専門員の役割

- (1) 司会・進行を行う役割（議事進行と時間管理）
- (2) 利用者のサポートを行う役割（アドボケイト（代弁）機能）
- (3) 適切にリスク管理を行う役割（サービス実施後の危険予知とモニタリングの時期）

## 4. 会議の開催方法

### (1) 会議の構成員

構成員としては、利用者や家族、ケアプラン作成者、サービス担当者、主治医、関係機関の職員等が想定されます。ケアプラン作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討ができるよう参加者を選定します。

なお、個人情報保護の観点から、インフォーマルサポートの担い手の参加が必要と思われるときは、本人に、インフォーマルサポートの担い手の参加について確認しましょう。

### (2) 開催方法

①ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催の目的を利用者と事業担当者等に伝え、開催についての了解を得ます。

②会議の場については、利用者の生活状況や生活環境を把握する為には利用者の自宅が望ましいですが、主治医や関係機関等と連携する上で、必要に応じて利用中のサービス提供事業所、主治医の診療所、包括など、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

### (3) 会議の進め方

#### 会議の流れ

- ①開催挨拶
- ②議題（テーマ）と流れの説明
- ③自己紹介
- ④ケアプラン原案の説明
- ⑤検討事項
- ⑥会議のまとめ
- ⑦閉会

ケアプラン作成者が主催者となり、サービス担当者会議の目的を達成するために、作成者が提出したケアプラン原案について、各々の立場から意見を述べてもらい、修正しつつ、ケアプラン原案を最終決定します。

会議の運用に当たっては、利用者、家族の意向を中心とした上で、それぞれの担当者が目標の達成に向けて、専門的視点からの意見を述べてもらいます。会議においては参加者が自由に意見を述べられるように配慮しましょう。また、会議を効率的に進めるためにケアプラン作成者が事前に議題を示し参加者が予め意見をまとめてくるなどの工夫もしましょう。

ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解し改善策を検討しましょう。

#### 司会進行の役割

- ①進行表（レジュメ）を作る
- ②時間を守る（始まりと終わりの時間を明確にする。30分～1時間が目安）
- ③目的を明確に伝える（何のために集まったのか）
- ④ルールの確認（全員が発言する、誰かを責めない、建設的な意見を話すなど）
- ⑤結論、ケアプランを確認する

## 5. サービス担当者会議のチェックポイント

### ●開催前

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| ① 開催目的が明確になっているか                                 |
| ② 議題は適切か（サービス担当者会議で話すのにふさわしい内容か）                 |
| ③ 議題と参加メンバーはマッチしているか                             |
| ④ メンバー以外の専門家は必要ないか                               |
| ⑤ メンバーに連絡時に議題を伝え、意見をまとめてもらうよう依頼したか               |
| ⑥ 会議の予定終了時間は伝えたか                                 |
| ⑦ 必要な資料は準備したか（ケアプラン、レジューメ、検討内容の要約など）             |
| ⑧ レジューメの要旨は簡潔にまとまっているか、文章内容は利用者・家族を配慮したものとなっているか |

### ●開催時

|                              |
|------------------------------|
| ⑨ 会議の開催場所は適切であったか            |
| ⑩ 会議の時間は適切であったか、予定時間内に終了できたか |
| ⑪ サポート的な場になっていたか             |
| ⑫ 利用者・家族にとってわかりやすい言葉を使っていたか  |
| ⑬ 発言が長引く、脱線することはなかったか        |
| ⑭ 介護支援専門員、専門職の意見を押し付けなかったか   |
| ⑮ 参加者全員の発言を促し、発言したか          |
| ⑯ 特定の人への演説になってなかったか          |
| ⑰ 発言が極端に少ない人がいなかったか          |
| ⑱ 明快な結論が見出せたか                |
| ⑲ 結論を利用者・家族は正しく理解し、納得しているか   |

### ●開催後

|                                 |
|---------------------------------|
| ⑳ 要点（記録）は当日の内容が簡潔に記されているか       |
| ㉑ 要点（記録）記録に結論に至った検討プロセスも記されているか |
| ㉒ 要点（記録）は速やかに配布したか              |

## 6. サービス担当者会議で遵守すべき事項

ケアマネジャーは、やむを得ない理由がない限り、サービス担当者会議を開催しなければならないとされています。なお、「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について（平成11年3月31日厚生省令第38号）」において、サービス担当者会議を開催せずに照会とすることができる「やむを得ない理由」には、ケアマネジャーの側の理由は含まれていません。また、やむを得ない理由と判断した場合にも、担当者等と情報交換を行うなど、利用者の状況等についての情報やケアプラン原案の内容を共有すること等が求められていることに注意しましょう。

## 第7章 ケアプランの変更

ケアプランの評価を行ったうえで、ケアプランを変更する場合は、ケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことが必要です。委託先事業者は、包括に各種書類を提出します。

### 1. 提出書類について

(必須)

- 要支援者等から同意、確認を得た「ケアプラン（原本）」
  - 支援経過記録（サービス事業所等への照会、サービス担当者会議等の記載も含む）  
（随時必要に応じて）
  - 基本チェックリスト（新規、更新、区分変更時は必須）
  - 利用者基本情報（アセスメントシート）  
（認定結果や認定期間の変更等、情報に変更がある場合は、その都度最新のものを提出）
  - サービス利用票（変更分のみ）
  - サービス利用票別表（変更分のみ）
- } ※日割算定サービスがある場合は、翌月分等  
日割がされていないものも提出します。

※（随時必要に応じて）の書類は、変更点があれば随時提出してください。

ケアプランの変更時に、ケアプランと合わせて、必ず提出が必要ではありませんが、変更点がないか必ず確認を行ってください。

### 2. 軽微な変更について

「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」（以下、「基準の解釈通知」という）に、「利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、担当職員が基準第13条3号から12号に掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。」とあり、これに該当する場合は、ケアプラン作成にあたっての一連の業務の一部（サービス担当者会議や評価等）を省略することができます。変更箇所のある帳票については、差し替えて要支援者等に説明、交付し、包括に提出します。

伊丹市では、軽微な変更を行う方法としては二通りがあります。①「見え消し」の手法を用いて、包括で保管するプランの原本の修正箇所に取り消し線を引いて修正する方法。②介護予防サービス・支援計画書の修正箇所を修正し、あらたに同意の署名をとる方法。（プラン原本は包括が保管するが、包括へプラン原本は取りに行かず、居宅介護支援事業所で修正箇所を修正したプランをあらたに作成・印刷し、同意の署名をとり、修正後のプランを担当包括へ提出）

#### （1）軽微な変更の判断基準

介護サービスの場合は、「平成22年7月30日付老介発0730第1号厚生労働省老人局介護保険計画課長ほか連名の通知」（介護保険最新情報 vol.155）により、厚生労働省が事例を示していますが、介護予防サービスの場合はこれがありません。

このため、「利用者の課題・目標・サービス内容に変更がないこと」を基準として軽微な変更<sub>に該当するかを判断します。</sub>

(2) 軽微な変更と考えられる例

| 事 例                                                   | 内 容                                                                                 | 包括への手続き                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| サービス提供の曜日<br>変更                                       | 利用者の体調不良や家族の都合など、利用者の課題・目標・サービス等の内容に変更がなく、 <u>一時的な</u> 単なるサービス等の提供曜日の変更             | 不要                                                |
| サービス提供の回数<br>変更                                       | 同一事業所における利用者の課題・目標・サービス内容に変更がない、週 1 回程度の <u>一時的な</u> サービス等の提供回数の変更                  | 不要                                                |
| 利用者の住所変更<br>(同一包括内のみ)                                 | アセスメントした上で、住環境、家族構成等が変わらず、生活に影響が生じないもの                                              | 住所変更の報告<br>基本情報の提出<br>※担当包括が変更となる場合は、第 7 章 3 を参照。 |
| 事業所の名称変更                                              | ①事業所の名称の変更<br>②利用者の課題・目標・サービス等の内容に変更がない事業所のみの変更                                     | 事業所変更の報告<br>ケアプラン（原本）・<br>利用票・利用票別表・<br>支援経過記録の提出 |
| 目標期間の延長                                               | 単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要がなく、単に目標設定期間を延長する場合                      | ケアプラン（原本）・<br>利用票・利用票別表・<br>支援経過記録の提出             |
| 福祉用具で同等の用具<br>への変更                                    | 福祉用具の同一種目における、機能の変化を伴わない、単位数のみ異なる用具の変更                                              | 種目変更の報告<br>利用票・利用票別表の<br>提出・支援経過記録の<br>提出         |
| 対象福祉用具の福祉<br>用具貸与から特定福<br>祉用具販売への変更                   | 特定福祉用具貸与の提供を受けている福祉用具をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合                                           | 貸与から販売の報告<br>利用票・利用票別表の<br>提出・支援経過記録の<br>提出       |
| 目標もサービスも変<br>わらない（利用者の<br>状況以外の原因によ<br>る）単なる事業所変<br>更 | 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更                                               | 事業所変更の報告<br>ケアプラン（原本）・<br>利用票・利用票別表・<br>支援経過記録の提出 |
| 目標を達成するた<br>めのサービス内容が<br>変わるだけの場合                     | 介護予防サービス・支援計画書の総合的な方針や領域における課題や総合的な課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合 | ケアプラン（原本）・<br>利用票・利用票別表・<br>支援経過記録の提出             |
| 担当介護支援専門員<br>の変更                                      | 同一の居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス等の担当者と面識を有していること）                 | 担当介護支援専門員変<br>更の報告<br>前担当の支援経過記録<br>（※評価は不要）      |

※これはあくまで例示であり、国通知で「軽微な変更に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号から第 12 号までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうか

によって軽微か否かを判断すべきものである」とあるため、軽微な変更該当すると考える場合は、必ず事前に包括にご相談ください。

### 3. 担当包括が変更となる転居の取り扱いについて

伊丹市内で転居し、担当の包括が変更となる場合は、利用者と転居先の包括との間で、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約や介護予防マネジメントを再度契約締結する必要があります。

- (1) 委託先事業者は、転居前の包括へ利用者が転居する旨の連絡をします。
- (2) 転居前の包括から転居先包括に連絡をとり、ケースの引継ぎ等を行います。
- (3) 転居先包括から委託先事業者に連絡をとり、契約締結やケアプランの見直し等の調整を行います。(転居前の担当包括には、評価表等の終結時提出書類(P15 参照)を、また、転居先の担当包括には、初回時提出書類(P13 参照)を提出してください)

### 4. 転居時の初回加算について

初回加算について、転居により担当包括が変更となった場合、委託先事業者が同じでも転居先でケアプラン作成にあたっての一連の業務を行えば、初回加算が算定できます。

- (1) 月途中で転居し、転居前はサービスを利用していたが、転居後その月にサービス利用が無い場合、転居前の包括で給付管理を行います。  
(その月中は、「届出書」の提出は行わないこと)
- (2) 月途中で転居し、転居後もその月に引き続きサービスを利用する場合は、転居先の包括で給付管理します。

### 5. 担当者の変更(ケース移管)について

利用者・家族の意向等により、担当介護支援専門員の変更が必要となった場合、委託先事業者は、その旨を包括に報告してください。

担当介護支援専門員の変更に伴い、委託先事業者も変更となる場合には、「届出書」の提出が必要です。

また、担当者の変更に伴う、新しい委託先事業者は、初回におけるケアマネジメントの一連の手続きが必要ですが、「初回加算」は算定できません。要件を満たせば、「委託連携加算」の算定が可能です。

## 第8章 暫定ケアプランと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)届出書について

### 1. 届出書(※1)の提出期限について

原則、サービス利用開始前に届出書を伊丹市介護保険課に提出する必要があります。  
それ以外の場合の取扱いとは下記のとおりです。

|                               | 暫定期間中                    | 認定結果後                                       | 注意点                        |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| 新規申請<br>(暫定利用)                | サービス利用開始から7日以内に「届出書」を提出。 | 想定していた区分と異なる場合、認定日から14日以内に「届出書」を再度提出する。     | 必ず、包括と居宅介護支援事業所が連携する必要がある。 |
| 介護申請<br>(要支援からの変更申請)          | —                        | 要介護認定が出た場合は、認定日より14日以内に「届出書」を提出する。          | 月途中の場合、届出書の提出時期の確認が必要。(※2) |
| 更新申請<br>(認定有効期間までに結果が出なかった場合) | —                        | これまでと異なる区分の認定結果が出た場合は、認定日の14日以内に「届出書」を提出する。 | —                          |

※1「届出書」とは、要介護の場合は、「居宅サービス計画作成(変更)依頼届出書」であり、要支援の場合は、「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画作成依頼(変更)届出書」のことを指します。

保険者が他市(住所地特例対象者も含む)の場合、保険者市町村に事前に届出書の提出期限を確認する必要があります。(自治体によって取り扱いが異なるため)

※2月途中で介護申請をし、要介護認定が出た場合で、介護申請前はサービスを利用していたが、介護申請後はサービスを利用していない場合は、当該月の給付管理は包括が行います。  
(包括が給付管理を行うため、当該月中の日付では、「届出書」の提出は行わず、当該月の翌月1日以降で、サービス利用前までの日付で提出をしてください)

### 2. 基本チェックリストの実施について

| 基本チェックリスト前状況              | 基本チェックリスト実施       |
|---------------------------|-------------------|
| 新規申請し、認定が非該当の場合           | 認定日以降(～60日以内)に実施可 |
| 新規申請し、何らかのサービスを暫定利用する場合   |                   |
| 要介護・要支援認定者が更新申請する場合       | 更新申請と同時に実施可       |
| 他市の事業対象者(認定なし)が伊丹市に転入した場合 | 新規申請と同時に実施可       |

### 3. 暫定利用について

要介護等認定申請の結果が出る前に第一号事業を利用する場合は、必ず事前に基本チェックリストを実施する必要があります。(伊丹市では、新規申請者は基本チェックリストによらず、原則認定申請を行います。認定申請の結果、「非該当」となった場合や介護保険の認定更新時に更新申請を行わない場合には、包括または担当のケアマネジャーが基本チェックリストを実施することで事業対象者に該当した場合には、第一号事業の利用ができます。)

第一号事業のみを暫定利用していたが、認定結果が要介護であった場合においては、要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者は第一号事業を利用することができな

いため、第一号事業を暫定利用した事業対象者が、要介護 1 以上の認定を受けた場合に全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間は第一号事業の利用を継続することが可能です。

また、第一号事業と介護給付サービスを併用して暫定利用し、要介護 1 以上の認定を受けた場合においては、認定申請日に遡って要介護者として取り扱うか、認定結果の出た日までの間を事業対象者として取り扱うか判断が必要となり、第一号事業と介護給付サービスの一方が全額自費となることに注意が必要です。

事業対象者が新規に要介護等認定申請を行い、認定結果が非該当であった場合においては、申請日に遡っての結果となりますが、事業対象者としての判定は継続します。

そのため、第一号事業を利用する事業対象者が新規に要介護等認定申請を行い、認定結果が非該当であった場合でも、申請中も含め継続して第一号事業を利用することは可能です。

#### 4. 総合事業における届出の必要性について

基本チェックリストにより、事業対象者となった場合は、届出書の提出が必要となります。

下表は伊丹市での取り扱いとなります。

| 対象者                     | 利用するサービス                            | 届出書  | 理由                                                              |
|-------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------|
| ①「要支援者」から<br>「要支援者」のまま  | 「予防給付」<br>⇕<br>「第一号事業」              | × 不要 | 介護予防支援から介護予防ケアマネジメント（または逆）へ移行することとなるが、ケアマネジメントを実施する包括は変わらないため   |
| ②「事業対象者」から<br>「要支援者」に変更 | 「第 1 号事業」<br>↓<br>「予防給付」<br>「第一号事業」 | × 不要 | 介護予防ケアマネジメントから介護予防支援へ移行する場合もあるが、ケアマネジメントを実施する包括は変わらないため         |
| ③「要支援者」から<br>「事業対象者」に変更 | 「予防給付」<br>「第一号事業」<br>↓<br>「第一号事業」   | ○ 必要 | 「届出書」の提出により事業対象者として登録するため                                       |
| ④「要介護者」から<br>「要支援者」に変更  | 「介護給付」<br>↓<br>「予防給付」<br>「第一号事業」    | ○ 必要 | 居宅介護支援事業所から包括へケアマネジメントの実施者を変更することとなるため                          |
| ⑤「要介護者」から<br>「事業対象者」に変更 | 「介護給付」<br>↓<br>「第一号事業」              | ○ 必要 | 居宅介護支援事業所から包括へケアマネジメントの実施者を変更することとなるため、また「届出書」により事業対象者として登録するため |

※保険者が他市の場合、保険者市町村に事前に確認する必要があります。

（自治体によって取り扱いが異なるため）

## 第9章 給付管理

### 1. 給付管理の流れ

- (1) サービス提供事業者から提出された実績報告を確認して、「包括」が定める「介護予防サービス等利用実績報告書」を作成し、各担当包括に提出してください。
- (2) 介護予防サービス等利用実績報告書は、「介護予防支援用」と「介護予防ケアマネジメント用」の2種類に分けて作成し、各担当包括に提出してください。
- (3) 「介護予防サービス等利用実績報告書 記入例」(※ P42 から参照)を参考に作成してください。
- (4) 「介護予防サービス等利用実績報告書(介護予防支援用)」、「介護予防サービス等利用実績報告書(介護予防ケアマネジメント用)」及び、それぞれの「実績(提供票及び提供票別表)」を取りまとめ、紙媒体で提出してください。
- (5) ケアマネジメントCの報告については、実績の代わりに「ケアプラン(写し)」を提出してください。
- (6) 介護予防サービス等利用実績報告書の内容と実績の中身が一致しているか確認してください。
- (7) 利用実績のない月は「介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績」の提出は不要ですが、その旨を各担当包括へ連絡してください。

※給付管理は、対象者の同意を得たケアプランを基に作成するサービス利用票やサービス提供票に基づいて管理をしています。そのため、ケアプランの提出がない場合には、原則、給付管理ができません。サービス開始時には速やかにケアプランを担当地域包括支援センターへご提出ください。(ケアプランの提出が確認できない場合、サービス提供事業所および居宅介護支援事業所への給付管理を一時停止せざるを得ないことがありますので、お気をつけください)

### 2. 介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績の提出

「介護予防サービス等利用実績報告書」および「利用実績」(介護予防支援用および介護予防ケアマネジメント用)を、毎月5日までに各担当包括に提出してください。

※介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績は、FAX や介護保険課のメールボックスは使用せず、下記のいずれかの方法で各担当包括へ提出してください。

#### ●介護予防サービス等利用実績報告書および利用実績の提出方法について

| 提出方法         | 提出内容                                               | 提出先・締め切り日時    |
|--------------|----------------------------------------------------|---------------|
| 持 参<br>(地域型) | 介護予防サービス等利用実績報告書・利用実績<br>(介護予防支援用)・(介護予防ケアマネジメント用) | 毎月5日 17:30 まで |
| 郵 送<br>(地域型) | 介護予防サービス等利用実績報告書・利用実績<br>(介護予防支援用)・(介護予防ケアマネジメント用) | 毎月5日 必着       |

|              |                                                                                                                                   |                                                                            |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 持 参<br>(基幹型) | 介護予防サービス等利用実績報告書・利用実績<br>(介護予防支援用)・(介護予防ケアマネジメント用)<br>※基幹型に提出する場合は、地域包括支援センター<br>ごとに封筒を分けて、基幹型包括内に設置している<br>ボックスへ入れるか直接手渡ししてください。 | 毎月4日 12:00 まで<br>※時間厳守。期日経過後<br>は、一切受付せず、直接各<br>地域包括支援センターへ提<br>出していただきます。 |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

(※5日(基幹型持参の4日)が土日祝の場合は要相談)

### 3. 委託料の支払い

#### (1) 県内の委託先事業者への委託料の支払い

委託先事業者の事業所所在地が県内であり、担当包括と委託先事業者間で、伊丹市が指定する「代理受領委任状」により双方の合意を得ている場合は、伊丹市からの委託を受けた「兵庫県国民健康保険団体連合会」が代行して、委託料を支払います。

#### (2) 県外の委託先事業者及び県外の住所地特例利用者を担当する県内の委託先事業者への委託料の支払い

##### ①債権者登録について

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託契約時に、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料をお振込みする指定口座を登録していただきます。

##### ②毎月の事務処理について

利用実績がある月に関しましては、「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書」を担当包括より送付します。内容をご確認いただき、必要事項に記入、押印の上、各担当包括へ提出をお願いいたします。

##### ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料の支払いについて

担当包括より、審査月(国保連請求月)から2ヶ月後の10日(土日祝にあたる場合は前日)に委託料を支払います。

### 4. 委託料について(令和6年4月現在)

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務一部委託料は以下の通りです

#### (1) 介護予防支援 及び ケアマネジメントA

##### ① 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の90%(小数点以下切り捨て)

(442単位 × 10.7円)の90% = 1件当たり(月額)4,256円

##### ②初回時における初回加算の90%(小数点以下切り捨て)

(300単位 × 10.7円)の90% = 1件当たり(月額)2,889円

##### ③地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携等を行った場合の委託連携加算の90%(小数点以下切り捨て)

(300単位 × 10.7円)の90% = 1件当たり(月額)2,889円

## (2) ケアマネジメントB

- ① 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の 90% (小数点以下切り捨て)  
 ( 309 単位 × 10.7 円 ) の 90% = 1 件当たり (月額) 2,975 円
- ② 初回時における初回加算の 90% (小数点以下切り捨て)  
 ( 300 単位 × 10.7 円 ) の 90% = 1 件当たり (月額) 2,889 円
- ③ 地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携等を行った場合の委託連携加算の 90% (小数点以下切り捨て)  
 ( 300 単位 × 10.7 円 ) の 90% = 1 件当たり (月額) 2,889 円

## (3) ケアマネジメントC

- ① 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の 90% (小数点以下切り捨て)  
 ( 309 単位 × 10.7 円 ) の 90% = 1 件当たり (月額) 2,975 円

## 5. 区分支給限度額について

| 介護予防給付      |               | 総合事業                                                                                    |
|-------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 要支援 1       | 要支援 2         | 事業対象者                                                                                   |
| 5, 0 3 2 単位 | 1 0, 5 3 1 単位 | 原則 5, 0 3 2 単位<br><br>(※利用者の状況によっては、上限を 1 0, 5 3 1 単位に変更することも可能。ただし、事前に伊丹市介護保険課への報告が必要) |

※上限変更時は、「サービス事業対象者における区分支給限度額変更にかかる依頼届出書」とともに、ケアプラン、基本情報（アセスメントシート）、サービス担当者会議の記録を、請求月の前月 20 日までに、介護保険課へ提出して下さい。

※保険者が他市（住所地特例対象者も含む）の場合、保険者市町村に事前に確認する必要があります。（自治体によって取り扱いが異なるため）

## 介護予防サービス等利用実績報告書(介護予防支援用) 記入例

○●・○● 地域包括支援センター

| 令和 年        |       | 事業所名                        |          | 担当ケアマネ氏名              |                                                                 |
|-------------|-------|-----------------------------|----------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 提供月         | 4 月分  | 9 件                         |          |                       |                                                                 |
| 0以降の番号を記入する |       | 利用者名は五十音順で記入し、行をあげず、詰めて記入する |          | ※変更申請中の人は、件数に入れないで下さい |                                                                 |
| 被保番         |       | 利用者名                        |          | 加算も込みで記入する            |                                                                 |
|             |       | 利用サービス種類                    |          | 実費調整                  |                                                                 |
|             |       |                             |          | 初回 委託連携 区変中           |                                                                 |
|             |       |                             |          | 備考                    |                                                                 |
| 11111       | 有岡 太郎 | A訪問介護事業所                    | 従前訪問     | 1080                  | レセプト初回加算の場合<br>(新規利用者または2か月以上サービス利用がない方がサービス利用を再開し、プランを立て直した場合) |
|             |       | A訪問介護事業所                    | 緩和訪問     | 868                   |                                                                 |
|             |       | Bショートステイ事業所                 | 短期入所生活介護 | 1050                  |                                                                 |
| 22222       | 池尻 次郎 | D通所介護                       | 緩和通所     | 1429                  | 保険外:<br>合計単位: ○ ○                                               |
|             |       | Eレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 400                   |                                                                 |
|             |       | Fデイケア                       | 通所リハ     | 3940                  |                                                                 |
| 33333       | 伊丹 花子 | Gレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 800                   | 区分変更申請中の場合は空白にする                                                |
|             |       | Hレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   |                       |                                                                 |
|             |       | I訪問看護事業所                    | 訪問看護     | 8278                  |                                                                 |
| 55555       | 神津 松子 | Eレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 1100                  | 事業所が変更となった場合                                                    |
|             |       | Jレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 800                   |                                                                 |
|             |       | Kデイケア                       | 通所リハ     | 2037                  |                                                                 |
| 88888       | 笹原 五郎 | L訪問看護事業所                    | 訪問看護     | 0                     | 福祉用具貸与は事業所が同じ場合、まとめて記入する<br>(例)車椅子500 + 歩行器300 = 800            |
|             |       | Mレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 300                   |                                                                 |
|             |       | N訪問介護事業所                    | 緩和訪問     | 0                     |                                                                 |
| 12345       | 摂陽 松美 | B訪問介護事業所                    | 従前訪問     | 2280                  | 4/22入院                                                          |
|             |       | C訪問介護事業所                    | 緩和訪問     | 868                   |                                                                 |
|             |       | Pデイサービス                     | 従前通所     | 3337                  |                                                                 |
|             |       | Rリハビリ事業所                    | 訪問リハ     | 3020                  | 実費が発生した場合                                                       |
|             |       | Oレンタル事業所                    | 福祉用具貸与   | 968                   |                                                                 |
|             |       |                             |          |                       |                                                                 |

4/13死亡 死亡された場合

区分変更申請中の場合は申請日を記入する

4/1

事業所変更

今月のみサービス利用が無かった場合

今月から利用中止

サービス利用が中止になった場合  
次月から行削除する

保険外:132  
合計単位:1100

翌月の5日までに送付してください

※ サービス提供事業者からの利用実績票(提供票への手書き記入等)を「添付」してください。実績がない場合はその旨、備考に記入してください。

## 介護予防サービス等利用実績報告書(介護予防ケアマネジメント用) 記入例

○●・○● 地域包括支援センター

認定者区分  
「要支援1」→1  
「要支援2」→2  
「事業対象者」→事  
「事業対象者(上限変更者)」→事変

CM類型  
「ケアマネジメントA」→A  
「ケアマネジメントB」→B  
「ケアマネジメントC」→C

年  
4 月分

11 件

※変更申請中の人は、件数に入れないで下さい。

事業所名

担当ケアマネ氏名

|       |       | 認定区分 | CM類型 | サービス提供事業所名 | 利用サービス種類 | 実績単位数 | 初回 | 委託連携 | 区変中 | 備考     |
|-------|-------|------|------|------------|----------|-------|----|------|-----|--------|
|       |       | 事    | A    | A訪問介護事業所   | 従前訪問     | 532   |    |      |     |        |
|       |       |      |      | A訪問介護事業所   | 緩和訪問     | 434   |    |      |     |        |
|       |       |      |      | Bデイサービス    | 従前通所     | 1737  |    |      |     |        |
| 21212 | 伊丹 花絵 | 2    | A    | C訪問介護事業所   | 従前訪問     | 1064  | ○  |      |     |        |
|       |       |      |      | Dデイサービス    | 従前通所     | 3337  |    |      |     |        |
| 32323 | 稲野 三郎 | 事    | A    | B訪問介護事業所   | 緩和訪問     | 934   |    |      |     |        |
|       |       |      |      | Eデイサービス    | 緩和通所     | 1003  |    |      |     | 事業所変更  |
| 45454 | 岩屋 三郎 | 1    | A    | B訪問介護事業所   | 緩和訪問     |       |    |      | 4/1 |        |
| 56565 | 大鹿 梅子 | 事変   | A    | Hデイサービス    | 従前通所     | 3602  |    |      |     |        |
|       |       |      |      | C訪問介護事業所   | 従前訪問     | 3135  |    |      |     |        |
| 67676 | 行基 五郎 | 1    | A    | A訪問介護事業所   | 緩和訪問     | 1877  |    |      |     |        |
| 78787 | 高台 鈴子 | 事    | A    | D訪問介護事業所   | 従前訪問     | 1080  |    |      |     |        |
|       |       |      |      | A訪問介護事業所   | 緩和訪問     | 868   |    |      |     |        |
| 89898 | 中野 八郎 | 事    | A    | Kデイサービス    | 従前通所     | 2948  |    |      |     | 4/29入院 |
| 88888 | 野間 一夫 | 1    | C    | A遊友クラブ     | 一般介護予防   |       |    |      |     |        |
| 99999 | 広畑 正一 | 事    | C    | Dいきいき百歳体操  | 一般介護予防   |       |    |      |     |        |
| 12121 | 緑丘 瑞穂 | 事    | C    | Bサロン       | 地域活動     |       |    |      |     |        |
| 12345 | 山田 南  | 事    | C    | C茶話会       | 地域活動     |       |    |      |     |        |
|       |       |      |      |            |          |       |    |      |     |        |

ケアマネジメントCの場合は  
実績単位数は空白になる

翌月の5日までに送付してください

※サービス提供事業者からの利用実績票(提供票への手書き記入等)を「添付」してください。実績がない場合はその旨、備考に記入してください。

※ケアマネジメントCの場合は、ケアプラン(写し)を「添付」してください。

地域包括支援センター

担当ケアマネ氏名

伊丹 花子

「初回」・「委託連携」は、○記載。 「区変中」は、日付記載

【表紙と実績の突合】  
表紙と実績の中身が一致しているか確認

翌月の5日までに送付してください

## サービス提供票

○で囲んでいる部分  
【氏名・サービス種別・事業所名・実績内容（１が立っているか）】確認

1,080

## 第10章 その他留意事項

### 1. 認定の更新手続き、区分変更申請、基本チェックリスト等の実施について

認定の更新手続き、区分変更申請、更新時における基本チェックリストの実施による事業対象者の判定は、委託先事業者で行います。新規申請者は基本チェックリストによらず、原則介護保険の認定申請を行います。認定申請の結果、「非該当」となった場合は、必要に応じて包括が基本チェックリストを実施し、「事業対象者」の判定を行います。要支援認定者における認定情報は、利用者に認定結果を確認後、介護保険課に直接申請し取り寄せてください。

### 2. ケアプラン、サービス評価表等の包括帳票類の受け渡しについて

包括帳票類の受け渡しは、原則として、下記のいずれかの方法で行ってください。

- 持 参（包括、委託先事業者ともに直接持参する）
- 郵 送（郵送料は送り側の負担とします）
- 介護保険課のメールボックスを活用  
（※包括、市内委託先事業者のメールボックスを設置しています）

※介護予防サービス等利用実績報告書及び実績については、介護保険課のメールボックスを使用せず、持参か郵送にて対応してください。

### 3. 「包括」への報告事項とその他の提出書類

（1）利用者の状況や提供サービス内容等が変わった場合は、必ず「包括」に報告してください。

#### 報告内容

- 更新の認定結果、区分変更申請、事業対象者判定のための基本チェックリストを行う場合またその結果
- 入院、転出、死亡、未利用となる等、利用者の状況が大きく変化した場合
- 移管等、担当者が変更となる場合
- 利用者、家族からの苦情、担当者変更の申出等
- その他報告が必要な事項

（2）以下の支援を行った場合についても、包括に報告し、支援経過記録等とあわせて書類を提出してください。

#### 提出していただく書類

- 住宅改修、住宅改造に係る理由書、完了届等の手続き書類
- 福祉用具購入に係る理由書等の手続き書類
- 市町村特別給付（認知症高齢者見守り等サービス）の利用に係る支給決定通知書等の手続き書類
- その他、包括が提出を求める書類等  
（※必要に応じて）P46 補足説明を参照。
- 同居家族がいる場合の生活援助算定シート
- 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る申請書、主治医連絡票等の手続き書類

※補足説明

●同居家族がいる場合の生活援助算定シート

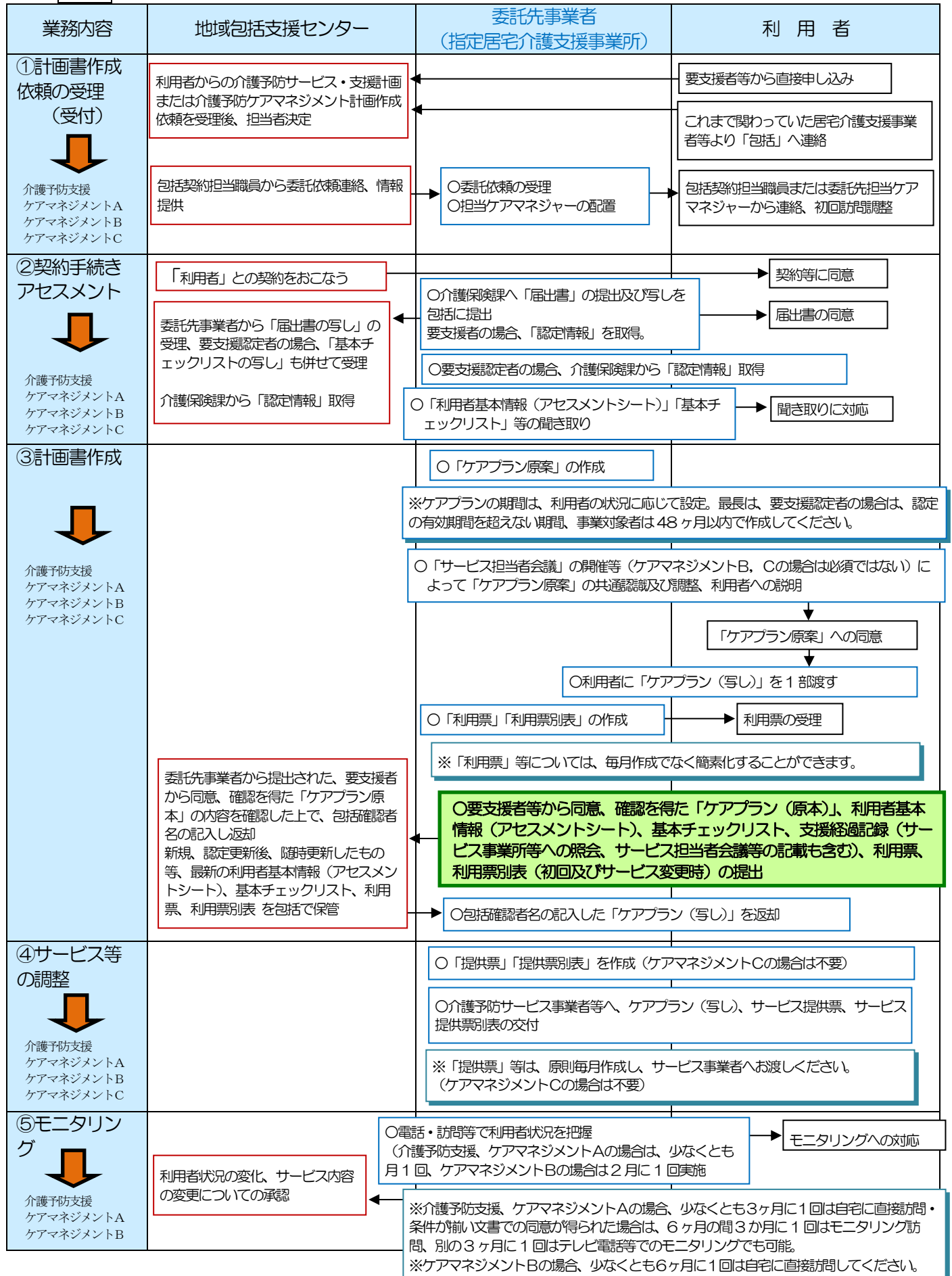
詳細は、「伊丹市役所ホームページ」（「トップページ・便利なサービス」▷「組織から探す」▷「介護保険課」▷「介護保険サービス事業者向け情報」▷「同居家族がいる場合の生活援助について」）を参照の上、必要に応じて提出。（必要性が明確にわかるようにケアプランの作成ができていれば、生活援助算定シートの作成は必須ではありません）

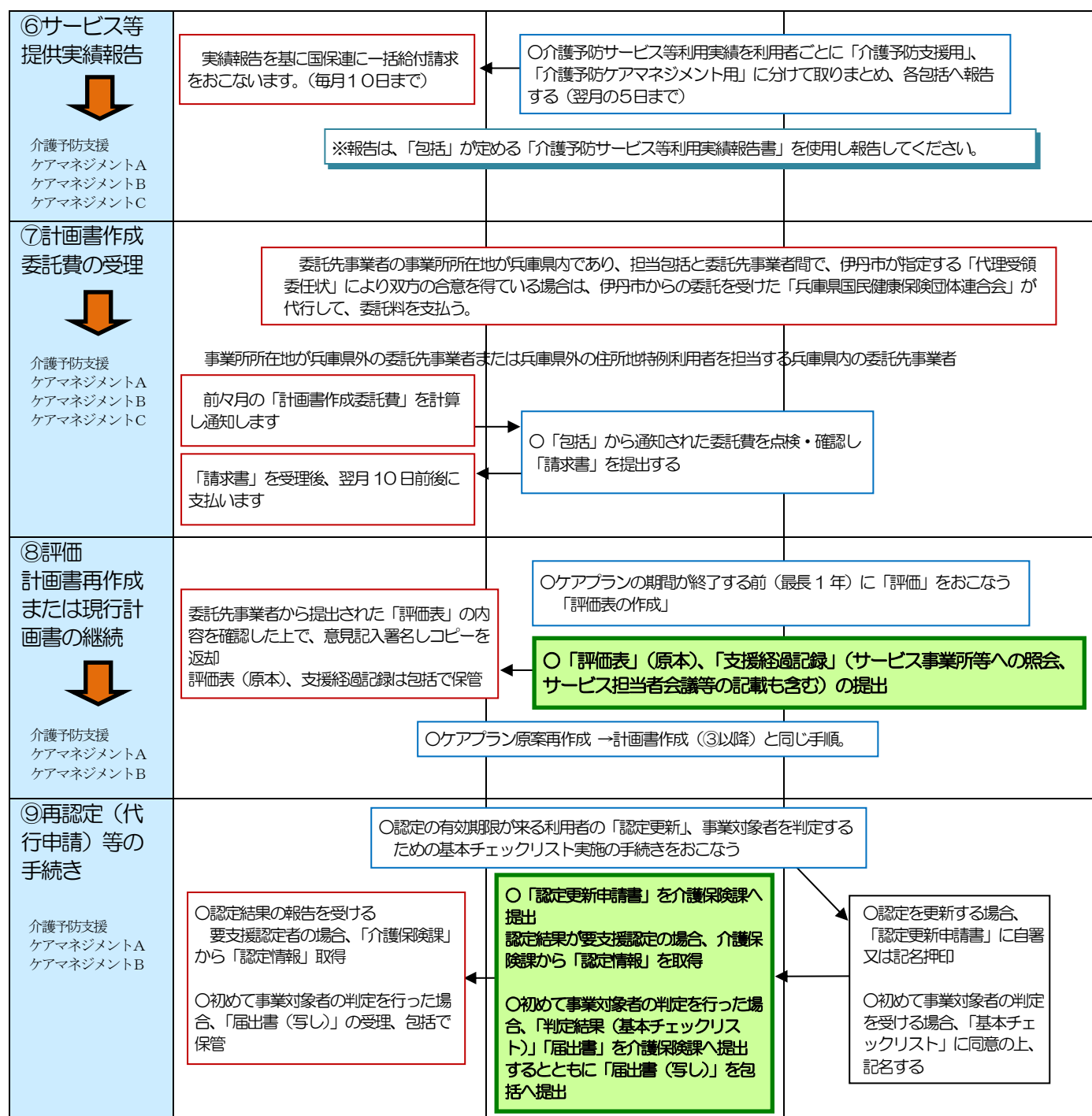
●軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る申請書、主治医連絡票等の手続き書類

詳細は、「伊丹市役所ホームページ」（「トップページ・便利なサービス」▷「組織から探す」▷「介護保険課」▷「介護保険サービス事業者向け情報」▷「介護保険サービス事業者向け申請書」▷「福祉用具貸与例外給付」）を参照。（貸与する品目や認定調査内容、本人の状態等により必要な提出書類が異なります）

資料

伊丹市における介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の流れ





○その他の包括に提出していただく書類

- ・住宅改修、住宅改造に係る理由書、完了届等の手続き書類
- ・福祉用具購入に係る理由書等の手続き書類
- ・同居家族がいる場合の生活援助算定シート(必要に応じて)
- ・軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る申請書、主治医連絡票等の手続き書類  
(必要に応じて)
- ・市町村特別給付(認知症高齢者見守り等サービス)の利用に係る支給決定通知書等の手続き書類
- ・その他、包括が提出を求める書類等

→ 支援経過記録とあわせて、包括へ提出

介護予防・日常生活支援総合事業に関する「各種様式」については、伊丹市ホームページからダウンロードできます。

「伊丹市ホームページ」

「トップページ（便利なサービス）」▷「組織から探す」▷「介護保険課」

▷「介護サービス事業者向け情報」▷「介護予防・日常生活支援総合事業について」