

富士宮市介護予防・日常生活支援総合事業

第1号介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）

マニュアル

第2版

令和6年4月

富士宮市 高齢介護支援課

はじめに

介護予防・日常生活支援総合事業は、地域包括ケアシステムの構築のために導入された事業のひとつであり、その目的は、「要支援者等に対して、要介護状態になることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止及び自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいを持った生活を送ることを支援する」、「高齢者が、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けることができるようにするため、生きがいづくりと社会参加の場を確保するとともに、地域の支え合いの体制づくりを推進する」ことです。

つまり、単なるサービス提供を行う事業ではなく、地域住民を主体とした活動や、人と人とのつながりを支援していく「地域づくり」であり、この理念を地域住民、専門職、行政がともに理解し、協働して創り上げていくことが必要です。介護保険サービスを始めとして、身近な所に集い、おしゃべりや体を動かす居場所等、様々な主体による多様なサービスをマネジメントする介護予防ケアマネジメントは、上記のような総合事業の目的を達成するための要となるものです。

以上から、富士宮市の現状や事業の目的を明らかにするため本マニュアルを作成し、日頃の業務に資するように手順や様式についてまとめました。

令和3年4月に第1版を発行後、高齢化の進展だけでなく、新型コロナウイルス感染症の流行により大きく社会が変化しました。そのため、第1号介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）マニュアルの見直しを行いました。

目次

I 総則 (P 1 ～)

- 1 富士宮市の現状 (P 1 ～ 4)
- 2 地域包括ケアシステムの構築 (P 4 ～ 7)
- 3 地域支援事業の実施 (P 7 ～)
 1. 介護予防・日常生活支援総合事業 (P 8 ～ 1 3)
 2. 生活支援体制整備事業について (P 1 3 ～ 1 6)
 3. 地域ケア会議の活用 (P 1 6)

II 介護予防ケアマネジメント (P 1 7 ～)

- 1 自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの
在り方 (P 1 7 ～ 1 8)
- 2 介護予防ケアマネジメントのプロセス (P 1 9)
- 3 介護予防ケアマネジメントの手順 (P 2 0 ～ P 2 5)
- 4 様式の説明 (P 2 6 ～ P 4 2)
- 5 第 1 号介護予防支援の報酬、支払い (P 4 2)
- 6 Q&A (P 4 3 ～)

I 総則

1 富士宮市の現状

(1) 現状と予測

①高齢化の状況

富士宮市では、人口数が減少していく一方、高齢者数は年々増加しており、今後ますます高齢化が進行していきます。

	R 2. 10	R 3. 10	R 4. 10
人口（人）	1 3 1, 4 7 7	1 3 0, 3 7 1	1 2 9, 6 2 2
高齢者数（人） ※65歳以上	3 8, 5 2 1	3 8, 9 8 9	3 9, 2 3 0
高齢化率（％）	2 9. 3 %	2 9. 9 %	3 0. 3 %

②独り暮らし高齢者の増加

高齢者の独り暮らし世帯数は増加しており、今後も増えていく見込みです。

	R 2. 4	R 3. 4	R 4. 4
世帯数	5 7, 0 8 3	5 7, 4 6 6	5 7, 6 7 6
独居高齢者数	7, 9 5 2	8, 9 0 6	9, 2 5 6

③認知症高齢者の推移

認知症の症状がある高齢者数の推移は以下のとおりです。

※富士宮市における要介護認定申請者のみ。（医師による意見書より）

認知症の症状を有する方	R 2. 10	R 3. 10	R 4. 10
日常生活自立度Ⅰ以上（人） （何らかの認知症の症状を有する人）	6, 4 2 2	5, 5 5 0	6, 1 4 5
日常生活自立度Ⅱ以上の人（人） （富士宮市の認知症者数）	4, 8 7 5	4, 1 8 3	4, 5 1 6
日常生活自立度Ⅲ以上（人）	1, 8 7 0	1, 5 9 8	1, 6 4 0

④要介護認定者数の推移

要介護認定者数のうち、要支援認定者数は年々増加しており、今後も増えていく見込みです。

介護保険認定者数	R 2. 1 0	R 3. 1 0	R 4. 1 0
要支援 1	4 8 9	5 1 4	5 2 1
要支援 2	7 5 7	7 9 6	8 6 7
要介護 1	1, 6 5 6	1, 7 3 1	1, 6 5 8
要介護 2	1, 1 7 3	1, 1 7 6	1, 1 9 1
要介護 3	8 4 7	8 6 0	8 1 5
要介護 4	7 5 6	7 7 1	6 9 4
要介護 5	4 8 6	4 7 7	5 1 4
合計	6, 1 6 4	6, 3 2 5	6, 2 6 0

第 9 期富士宮市介護保険事業計画より

⑤介護の担い手不足

支援が必要な方が増える一方で、少子高齢化が進行し、生産年齢人口（15～64歳）が減少することで、介護の担い手は減少していきます。人口の割合を比較すると、2015年には65歳以上の方1人に対し、15～64歳の方はおよそ2.2人だったのが、2040年にはおよそ1.3人にまで減少すると見込まれています。このため、介護の専門職はより重い状態の人の支援に集中していく必要があります。

富士宮市	2015年	2025年	2040年
65歳以上人口（人）	35, 226	39, 133	40, 601
15～64歳人口（人）	77, 862	70, 302	56, 482



※国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（2018年推計）」より

⑥平均寿命と健康寿命の差

平均寿命と健康寿命（心身ともに健康で、自立して活動し生活できる期間）には差があります。その差、つまり、日常生活において介護や看護を必要とする期間は、女性で約12年、男性で約9年となっています。

静岡県	平均寿命	健康寿命	差
女性	87.1歳	75.4歳	およそ12年
男性	80.9歳	72.1歳	およそ9年

※平均寿命…「平成27年都道府県別生命表」より

※健康寿命…「静岡県HP」より（2010年、2013年、2016年の3年次の平均）

（2）これから必要なこと

富士宮市では、今後ますます高齢化が進行していき、それに伴い、独り暮らし高齢者や支援を必要とする人は増えていきます。そのため、家事支援や見守り、外出支援といった、生活支援のニーズが高まっています。

一方、生産年齢人口は減少していくので、支え手となる人材は不足していきます。こういった状況に対応するには、健康寿命を伸ばしていくことが重要となります。具体的には、通いの場で人と話をしたり、活動の場を確保して社会参加をする等、介護予防の取り組みを推進する必要があります。

介護予防	家にこもらず、通いの場や活動に参加すること 週に1回程度、体操を行うこと …等々
生活支援	調理、買い物、掃除などの家事支援、見守り や安否確認、外出支援 …等々

→富士宮市における高齢化の状況に対応するために、地域包括ケアシステムの構築が必要になります。

2 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムとは

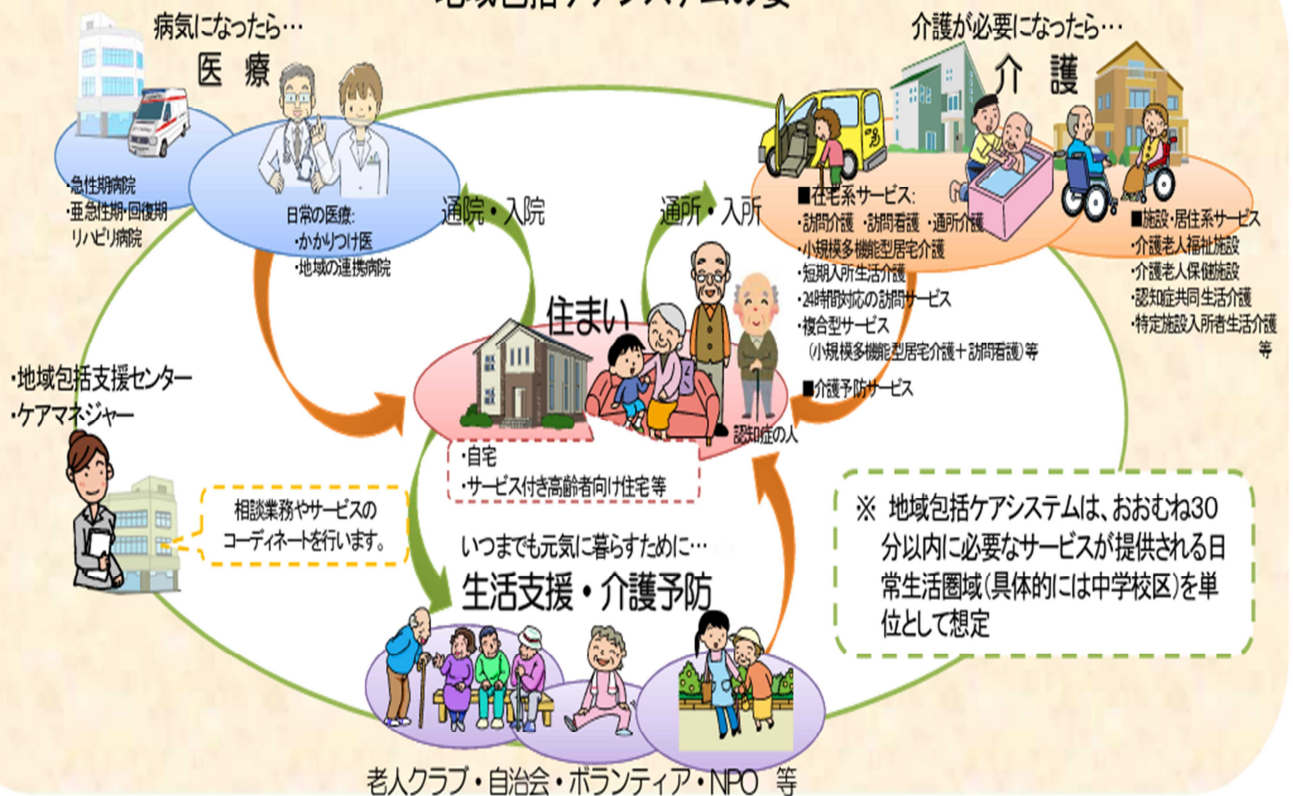
本人のニーズ、状態に応じた**住まいが提供されることを基本**とした上で、生活上の安全、安心、健康を確保するために、**医療や介護のみならず、福祉サービス**を含めた様々な**生活支援サービス**が、日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制のこと。 ※「厚生労働省老健局振興課資料」より

富士宮市における地域包括ケアシステムとは

高齢者も、障がい者も、子どもも、「誰もが」「住み慣れた地域で」「尊厳を保ち」「健やかに」「安心・安全」な日常生活を営むことができる「まち」を目指すシステムとして位置付けています。

※「第9期 富士宮市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」より

地域包括ケアシステムの姿



(1) 地域包括ケアシステムの目的

地域包括ケアシステムの目的とは、**独り暮らし**や、**要介護状態**、**認知症**になっても、住み慣れた地域で、地域との関係性や信頼関係の中で尊厳ある地域生活が続けられるような仕組みを作ることです。

高齢者が抱える問題は、医療保険、介護保険、社会保障制度など公的サービスだけで解決されるとは限りません。むしろ、複雑化、多様化し、公的サービスだけでは解決できないような問題が増えてきています。

地域包括ケアシステムは、医療や介護などの公的サービスだけでなく、市民の皆さんの「生活支援・介護予防」が含まれます。

向こう三軒両隣、お祭りや地域の行事などを通じた昔からのご近所付き合い、老人会や寄合処など地域の活動、スロトレや脳トレ、読み聞かせ、傾聴などのボランティア団体、認知症カフェやがんや難病の患者家族会、公民館で行っている様々な趣味や教養の教室、こども食堂、登下校の見守りや学校行事への協力など小中学校と連携したPTA活動など、地域にはいろいろな資源があります。それらの地域資源も、いつまでも市民の皆さんが元気に暮らすために欠かせないものです。単に介護する側、介護される側という役割ではなく、高齢者でも、障がい者でも、子どもでも、地域の中で役割や居場所を持って、生き生きと毎日を送れるようなまちを目指します。

(2) 地域包括ケアシステムのイメージ



①まず、基盤として「本人の選択と本人・家族の心構え」が必要になります。



②その上で、高齢者のニーズに合った「すまいとすまい方」が鉢に例えられます。

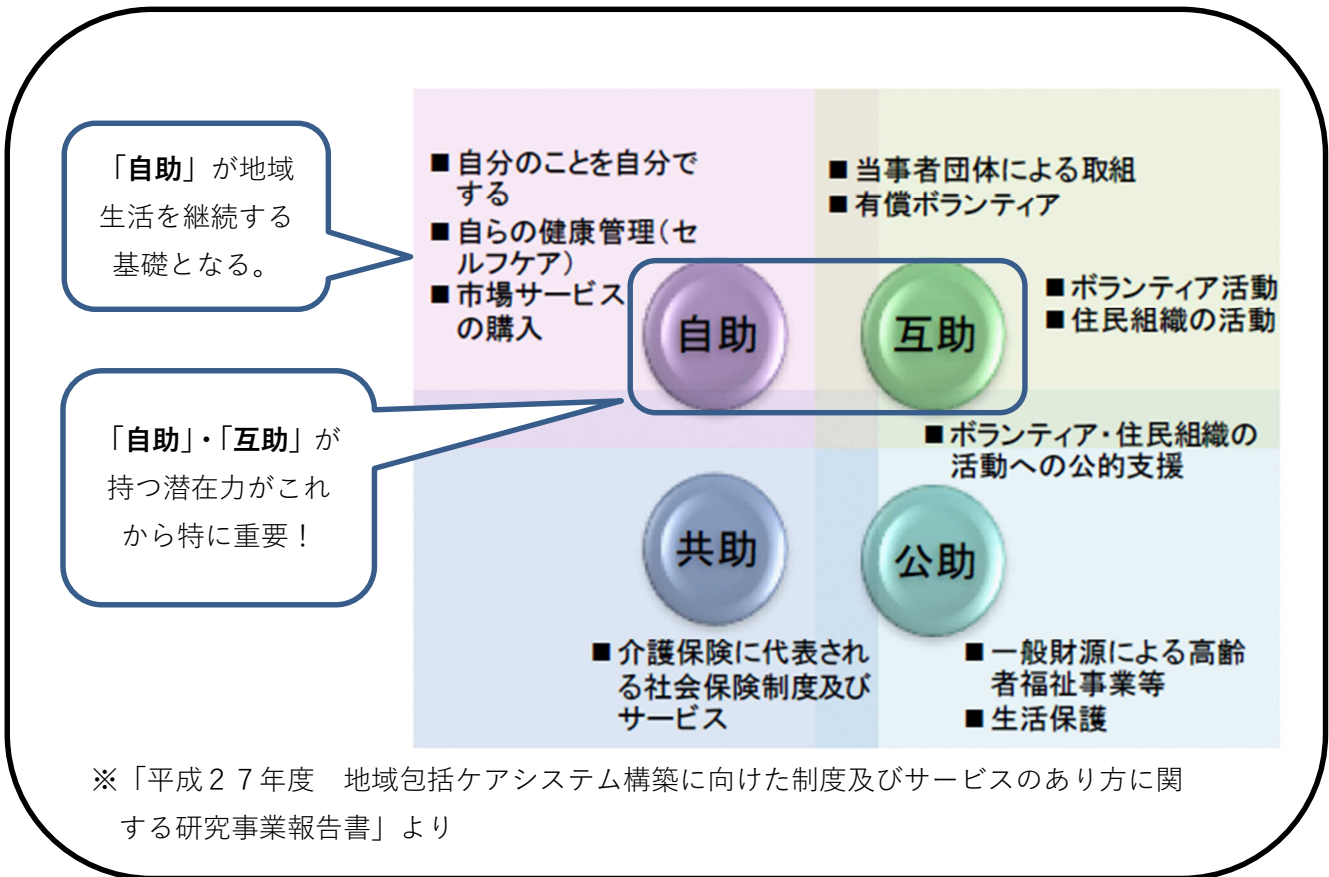
③「介護予防・生活支援」が土壌となり、土壌が豊かになることで…

④専門職によるサービス提供である、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の3枚の葉が育ちます。

(3) 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」

生産年齢人口の減少と需要の増加が進むなか、「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考える必要があります。特に、**高齢者自身による積極的な社会参加（自助）**と、**地域の高齢者による支え合い活動（互助）**が重要になってきます。

自助	<p>地域生活を継続する際の基礎は、自らの生活を自らで支える「自助」です。単に家事などを自分でするだけでなく、「心身の状態が悪化し、要介護状態にならないよう、自らの健康に対して、適切な知識や情報を得て、具体的に行動し、健康・介護予防に対して自らが責任を持って管理する努力」（セルフマネジメント）も含まれています。</p>	
互助	<p>身近な人による助け合い、地域住民やボランティアによる支え合いであり、これからは、高齢者自身も支え合い活動に参加していくことが重要になります。 例①ゴミ出しが難しい人を、隣人が手伝う。 例②体操教室への送り迎えを参加者間で手助けする。</p>	
共助	<p>自助や互助を共助（介護保険）で置き換えるのではなく、あくまで自助や互助で対応できない部分にあてはめるということを意識する必要があります。</p>	



→地域包括ケアシステムを構築するために、介護保険法における、地域支援事業の枠組みを活用した取組みを行います。

3 地域支援事業の実施

地域支援事業(介護保険法第115条の45)



■介護予防・日常生活支援総合事業(介護保険法第115条の45第1項)

- ①介護予防・生活支援サービス事業
- ②一般介護予防事業

■包括的支援事業(介護保険法第115条の45第2項)

- ①地域包括支援センターの運営(地域ケア会議の充実)
- ②在宅医療・介護連携推進事業
- ③認知症総合支援事業



- ④生活支援体制整備事業

■任意事業(介護保険法第115条の45第3項)

- ①介護給付費適正化事業
- ②家族介護支援事業
- ③その他の事業

1 富士宮市の状況(P1～3参照)では、今後介護予防と生活支援が重要になっていくことを説明しました。

これからは、通いの場や生活支援をはじめ、様々な活動の場づくりを高齢者を含む地域住民の力を借りて創り出すことが重要になります。

そのために取り組むのが、地域支援事業のうち、**介護予防・日常生活支援総合事業**と、**生活支援体制整備事業**です。

本マニュアルでは主に、**介護予防・日常生活支援総合事業**と、**生活支援体制整備事業**について説明します。

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」といいます。）

（1）総合事業の目的

総合事業の目的とは、「要支援者等に対して、要介護状態になることの予防又は要介護状態の軽減若しくは悪化の防止及び自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいを持った生活を送ることを支援する」、「高齢者が、住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けることができるようになるため、生きがいづくりと社会参加の場を確保するとともに、地域の支え合いの体制づくりを推進する」ことです。そのため、地域の実情に応じて住民等多様な主体の参画による多様なサービスを充実させることにより、以下の①②③の実現を目指します。

① 地域の支え合いの体制づくり

② 介護予防の推進

③ 要支援者に対する効果的かつ効率的な支援の充実

これからの総合事業では、専門的なサービスを必要とする人には介護従事者による専門的なサービスを提供し、それ以外の生活支援や助け合いの部分は、住民が主体となって地域で支え合う仕組みを創ることで対応していきます。

また、高齢者も支え手側にまわることにより、高齢者自身の役割が生まれ、それが生きがいになることで介護予防につながっていきます。

そのため、**生活支援体制整備事業**により、地域住民や地域の団体が主体となって、現在ある支え合い活動や通いの場等の地域資源について把握します。

また、地域の困りごとや不足している資源について協議し、住民どうしの助け合い活動や、住民主体の介護予防に資する通いの場に関する仕組みづくりを検討します。（詳細は、**2. 生活支援体制整備事業について（P13～）**にて説明します。）

こうした住民どうしの互助による支え合い活動や通いの場については、介護予防ケアマネジメントに活用できるように情報を整理します。

また、補助をすることで活動の発展が見込まれるものについては、住民主体による支援であるサービス B、住民主体による移動支援であるサービス D に位置づけ、介護予防・生活支援サービスとして実施していくことを検討します。

（2）総合事業の利用者について

総合事業の利用者は、**要支援 1, 2 認定者**と、**事業対象者**です。

事業対象者とは、基本チェックリストを実施した結果、いずれかのリスク判定基準に該当する方です。詳細についてはP27を参照してください。

(3) 総合事業の種類

①介護予防・生活支援サービス事業

事業		内容
●訪問型サービス (第1号訪問事業)	・従前相当サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
	・多様なサービス (サービスA、B、C、D)	
●通所型サービス (第1号通所事業)	・従前相当サービス	要支援者等に対し、機能訓練や通いの場等日常生活上の支援を提供
	・多様なサービス (サービスA、B、C、D)	
●介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業) ・介護予防ケアマネジメントA、B		要支援者等に対し、総合事業やインフォーマルサービスが適切に提供できるようマネジメントを行う

②一般介護予防事業

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う (講演会、健康講座等)
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う (介護予防ボランティア養成講座、スロトレ、認知症予防運動講座等)
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

介護予防・日常生活支援総合事業の全体像

介護予防・生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメント

- ・地域包括支援センター職員やケアマネジャーが介護保険要支援認定者等に対し、介護予防・生活支援サービスやインフォーマルサービスの提供を援助する

従前相当サービス

○事業所主体

- ・身体介護等、専門職によるケアが必要な方向けのヘルパー、デイサービス

多様なサービス

サービスA

○事業所主体

- ・緩和された基準によるヘルパーサービス、デイサービス

サービスC

- ・リハビリテーション専門職による生活機能改善のプログラム等（3～6か月の短期間）

サービスB

○住民主体

- ・生活支援
- ・介護予防に資する通いの場

サービスD

○住民主体

- ・通いの場までの送迎等

インフォーマルサービス

【互助】

- 住民どうしの支えあい活動
- 住民主体の通いの場 etc.

【自助】

- 民間のサービスを利用
- セルフケアマネジメント

一般介護予防事業

- ・65歳以上の第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者を対象に、介護予防を推進する取組を実施する

(4) 介護予防・生活支援サービスのメニュー

基準	従前相当サービス	多様なサービス			
種別	①介護予防訪問介護相当サービス ②介護予防通所介護相当サービス	①訪問型サービスA ②通所型サービスA	①訪問型サービスB ②通所型サービスB	①訪問型サービスC ②通所型サービスC (短期集中予防サービス)	訪問型サービスD
提供	事業所	事業所	住民主体	専門職	住民主体
内容	①訪問介護員による身体介護、生活援助 ②生活機能の向上のための機能訓練	①生活援助等 ②ミニデイサービス、運動・レクリエーション等	①住民主体による生活支援(日常生活上の手助け) ②住民主体による介護予防に資する通いの場(体操、運動等)	①②保健及び医療の専門職による居宅又は通いの場での相談指導、生活機能を改善するための運動器の機能向上のプログラム (3か月～6か月)	住民主体による移動支援(通いの場までの送迎、通院等における送迎前後の付き添い支援)

実施検討中

実施検討中

(5) これからの総合事業

現在は、本市が提供する多様なサービスはサービス A、C であり、サービス B、D は実施を検討している段階です。これからは、住民主体の通いの場や生活支援の体制整備を促進していくことにより、多様な主体による多様なサービスを充実させることを目指しています。

これからの総合事業では、従前相当サービスの利用だけでなく、住民どうしの助け合い活動や、住民主体の通いの場（体操等）をはじめとするインフォーマルサービス（公的以外のサービス）の活用等、状況に応じて多様なサービスの利用を検討していくことが求められています。



(6) 総合事業の選択例について

◎介護職による専門的なサービスを必要としますか？

①必要とする方

②それ以外の方

例 1	・身体介護を必要とする方 (歩行、食事、入浴時等に介助が必要) ・心疾患、呼吸器疾患、がん等の疾患により日常生活に支障がある方 等々	例 1 にあてはまる方が対象 従前相当サービス ①介護予防訪問介護相当サービス ②介護予防通所介護相当サービス
例 2	集中的に生活機能向上のトレーニングを実施することで、改善が見込まれる方	中でも特に、例 2 にあてはまる方が対象 サービス C (①訪問型サービス C ②通所型サービス C) 目安 ・持病がない方、病状が安定している方 ・自立する意欲のある方 具体例 ・骨折後にリハビリを行い、もう少し訓練すれば日常の動作が良くなる方 ・家の中での動作(段差を上げる等)について訓練することで改善が期待される方 等々

例 1、2 にあてはまらない、以下のような方

具体例
・重いものを持たないので、買い物や掃除を頼みたい
・家に閉じこもりきりで人と交流したい、運動したい 等々

・サービス A (緩和された基準によるサービス)

(①訪問型サービス A ②通所型サービス A)

・インフォーマルサービス

「住民どうしの助け合い活動」(ごみ出し、草取りの手伝い等々)

「住民主体の通いの場」(スロトレ、脳トレ、寄り合い処、シニアクラブ、縁側での集まり、庭先でのおしゃべり、ウォーキング等々)

これからは

・サービス B (住民主体によるサービス) ※実施検討中

・サービス D (住民主体による移動支援) ※実施検討中

(8) 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）について

高齢者が地域で健康にいきいきと暮らしていくためには、「要支援状態になることをできる限り防ぐ」「要介護状態になってもそれ以上に悪化させないようにする」介護予防ケアマネジメント業務が重要となります。詳細については、II 介護予防ケアマネジメント（P17～）で説明します。

(9) 一般介護予防事業について

一般介護予防事業とは、高齢者を年齢や心身の状況等によって隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーションに関する専門的知見を有する者を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進することを目的として実施するものです。

富士宮市では、介護予防普及啓発活動や、介護予防活動の支援等を行っており、地域の区民館や公民館での筋トレ教室である「スロトレ」や、「認知症予防運動」等が定期的に行われているほか、介護予防ボランティア養成講座を実施しており、社会的役割創出の場にもなっています。

こういった活動について、自立支援に役立つようにケアプランへ積極的に活用しましょう。

2. 生活支援体制整備事業について

生活支援等のサービス体制を整備するためには、元気な高齢者も参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉協議会、社会福祉法人、地縁組織等、多様な主体による多様なサービスを提供する体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要があります。そのため、資源開発やネットワーク構築といったコーディネート機能を果たす、「生活支援コーディネーター」を配置し、各地域における、生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が集まって、定期的な情報共有及び連携を強化する場としてのネットワークである「協議体」を設置しています。

(1) 協議体で話し合うこと

支え合い活動等地域の情報や、今後、自分たちの住むまちをどのようにしたいか、どんなまちだったら安心して暮らせるか等を話し合います。その中で、「介護予防」、「生活支援」、「社会参加」を重視しながら、地域活動のつながりや見守り活動、趣味や体操等の居場所づくり、生活支援活動等、その地域に合った支えあいの仕組みづくりを話し合います。

(2) 生活支援コーディネーターと協議体の役割

①地域の高齢者支援のニーズと地域資源の把握、見える化

②資源の開発

- ・地域に不足するサービスの創出
(生活支援の支え合い活動や、体操等のできる通いの場)
- ・サービスの担い手の育成
- ・元気な高齢者等が担い手として活動する場の確保

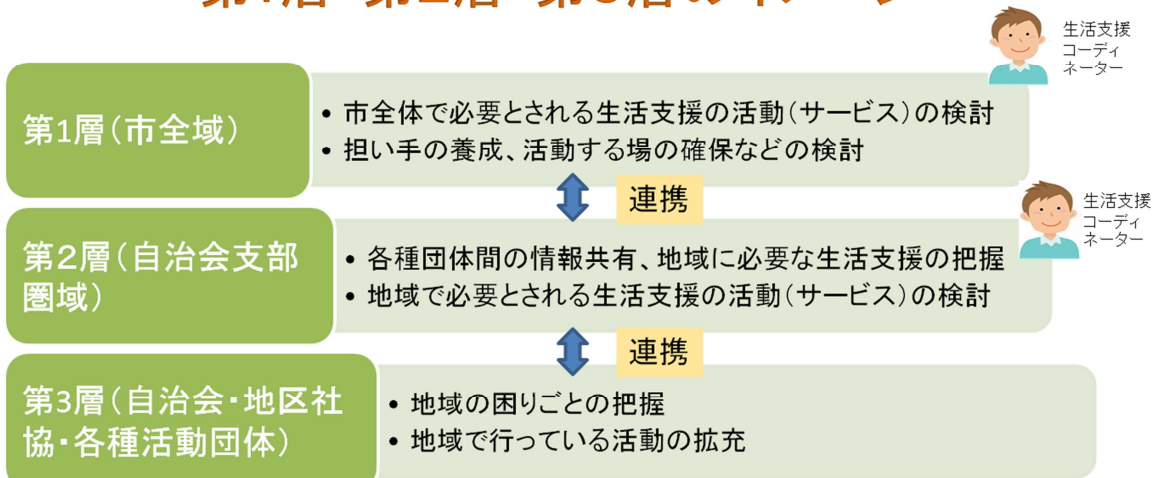
③関係者間のネットワークの構築

④ニーズとサービスのマッチング



(3) 各協議体のイメージ

第1層・第2層・第3層のイメージ



(4) 協議体の設置状況

第1層協議体（市全体で1つ）
（富士宮市地域支えあいプロジェクト）

第1層生活支援コーディネーター
（委託業者1名、市職員1名）

委員構成（委員は20名以内で構成し、令和4～6年度は委員16名）
社会福祉協議会、地区社協、区長会連合会、民生委員児童委員、第2層協議体代表者
富士宮市ボランティア連絡会、ふじさんシニアクラブ、シルバー人材センター

第2層協議体（市内7か所設置）

第2層生活支援コーディネーター
（社会福祉協議会委託）

大宮西

芝川

富士根北
富士根南

大宮中
大宮東

富丘
大富士

上野
北山

上井出
白糸

委員構成：区長会、地区社協、民生委員、包括支援センター、ふじさんシニアクラブ、地元企業等

(5) 介護予防ケアマネジメントにおける連携

これからは、生活支援コーディネーターから地域における支え合い活動や居場所等（インフォーマルサービス）の情報提供を受け、自立支援に役立つように積極的にケアプランへ盛り込むことが重要です。

また、地域において把握したニーズや、不足している資源について、地域ケア会議、地域包括支援センター、生活支援コーディネーターや協議体等を通じて発信することで、新たな支え合い活動が生まれたり、課題解決につながることを期待されます。あったらいいなと思うサービスについて協働して創り出していきましょう。

ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・日常のちょっとしたことを手伝ってほしい ・おしゃべりがしたい ・運動がしたい <p style="text-align: right;">など</p>
不足する資源	<ul style="list-style-type: none"> ・交流したり、体操できる居場所が、歩いて行ける範囲内 <p style="text-align: right;">ない など</p>

「あったらいいなサービス」をいっしょに創っていきましょう！



3. 地域ケア会議の活用

地域ケア会議とは、支援が必要な高齢者への適切な支援を行うための検討を、多様な関係者で行うとともに、個別ケースの検討によって共有された地域課題を地域づくりや政策形成に結び付けていくことで、地域包括ケアを推進していくひとつの方法です。個別の事例について検討する「地域ケア個別会議」と、個別事例の検討等から明らかになった地域の課題等への対応を検討する「地域ケア推進会議」に分けられます。

介護予防ケアマネジメントにおいて、「なりたい自分」に向けて自己決定を支援するため、地域ケア会議の活用は有効です。なぜならアドバイザー等の多職種が連携することで、本人へ働きかける選択肢が増えること、地域に埋もれていた地域資源を発掘、開発できる可能性があることで、よりセルフケアが高められ、自立支援につながるからです。

また、地域の互助で対応できる課題は、協議体や生活支援コーディネーターと連携して取り組んでいきます。

地域ケア会議は地域包括支援センターが開催します。支援について悩んだら、地域包括支援センターに御相談ください。

II 介護予防ケアマネジメント

1 自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

介護保険法第1条に「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と謳われています。**自立支援とは、要介護状態となり、生活の一部、またはその多くを誰かの支援が必要となった場合でも、その人らしく生きる権利があり、「自分のことは自分で決める」「自分のことは自分で選ぶ」ことができるよう支援することです。**自立支援とは、「要支援」認定の人だけではなく、「要介護」認定の人に対しても共通する理念です。

「要支援」認定の人や「総合事業対象者」の人は、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の一部が難しくなっていますが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）は自立していることが多いです。第9期の介護保険事業計画策定のためのアンケート調査の中で、**要支援認定者の20.4%、総合事業対象者の26.4%が、健康づくりや趣味等のグループ活動に企画・運営（お世話役）として参加してみたい、参加してもよいと回答しています。**このような状態を踏まえると、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで自立意欲の向上につなげていくことが期待されます。

利用者が自分の課題に気づき、そこから「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、実現可能な目標を設定し、目標達成に向け、具体的に行動できるように支援し、その上で、**地域の力を借りながら、新しい仲間作りの場や**

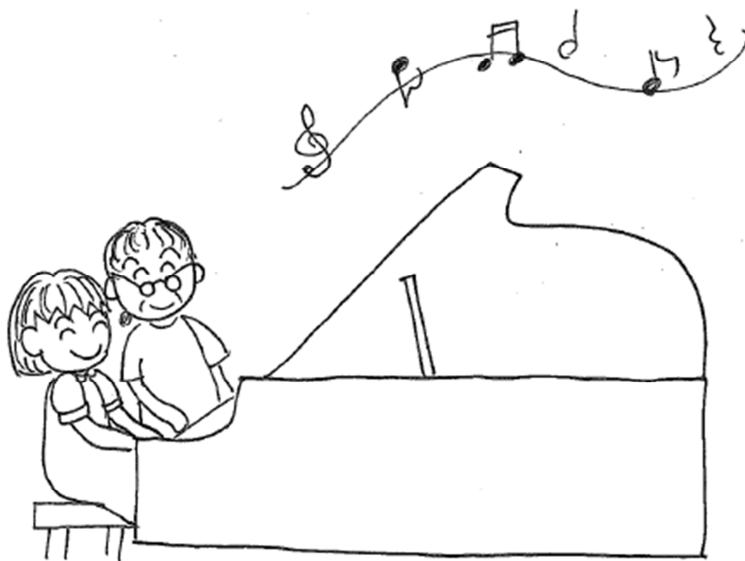
楽しみとなる、生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが求められています。目先の困りごとに介護保険サービスだけを当てはめ解決するのではなく、自立支援に資するような居場所に通い続け、地域で生きがいや役割を持って生活できるよう、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）に、利用者に関わるできるだけ多くのインフォーマルサービスを記載し、利用者も家族も介護保険サービス提供事業者も意識していきましょう。くれぐれも「隣の〇〇さん、デイサービスに行くようになったら、寄合処に来ないし、見かけなくなって・・・元気かどうか分からない」ということにならないようにしましょう。

●富士宮市の実際の事例

95歳 ピアノ教室の先生 転倒し、骨折し、手術。

「もう一度、こどもたちにピアノを教えたい！！」

訪問型サービスC（短期集中）を利用し、見事、ピアノが弾けるまで回復し、ピアノ教室再開。



2 介護予防ケアマネジメントのプロセス

ケアマネジメントのプロセス	ケアプラン	利用するサービス		開始月	翌月以降
介護予防支援	現行様式	介護予防サービス	ケアプラン期間	最長：認定有効期間	
			担当者会議	実施	認定更新時 区分変更申請時 必要時
			モニタリング		3月に1回訪問 (テレビ電話装置等利用6月に1回) 毎月電話
			評価		12か月ごと ケアプラン期間終了時 必要時
			報酬	介護予防支援費 初回加算 (委託連携加算)	介護予防支援費
介護予防ケアマネジメントA	現行様式	介護予防訪問介護相当サービス・ 介護予防通所介護相当サービス	ケアプラン期間	最長：認定有効期間	
			担当者会議	実施	認定更新時 区分変更申請時 必要時
			モニタリング		3月に1回訪問 (テレビ電話装置等利用6月に1回) 毎月電話
			評価		12か月ごと ケアプラン期間終了時 必要時
			報酬	介護予防ケアマネジメントA費 初回加算 (委託連携加算)	介護予防 ケアマネジメントA費
ケアマネジメントB	簡略化された様式	訪問型サービスA・ 通所型サービスA	ケアプラン期間	最長：認定有効期間	
			担当者会議	実施	必要時
			モニタリング		必要時
			評価		12か月ごと ケアプラン期間終了時 必要時
			報酬	介護ケアマネジメントB費 初回加算 (委託連携加算)	介護予防 ケアマネジメントB費

3 介護予防ケアマネジメントの手順

●介護予防ケアマネジメント実施の手順

(1)介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

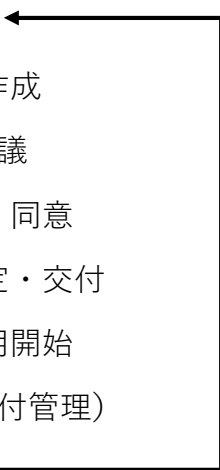


(2)介護予防ケアマネジメント利用手続き



(3)介護予防ケアマネジメント

- (3)-1 アセスメント
- (3)-2 ケアプラン原案作成
- (3)-3 サービス担当者会議
- (3)-4 利用者への説明・同意
- (3)-5 ケアプランの確定・交付
- (3)-6 サービス事業利用開始
- (3)-7 モニタリング（給付管理）
- (3)-8 評価



●介護予防ケアマネジメント 詳細な手順

手順	実施内容	ポイント	仕様する様式	担当者
対象者要件の確認 (1)介護予防ケアマネジメント	相談者の相談目的や希望するサービスの聴き取り	・基本チェックリスト受付票の項目を確認しながら、相談目的や目標とする生活等を確認する。	①基本チェックリスト受付票	地域包括支援センター職員
	介護予防日常生活支援総合事業について	・介護保険要介護・要支援認定の有無を確認する。 ・介護保険要支援・要介護認定	①介護保険被保険者証	

	<p>の説明 介護保険制度 についての説明</p>	<p>がされておらず、身体状況や相談目的により、介護予防・生活支援サービスの利用が適しているとアセスメントした場合、介護予防・日常生活総合事業について説明する。</p> <p>①自立支援や重症化予防 ②本人が目標を立て、一定期間取り組み、達成後は自立に向けた次のステップに移行すること ③状況が変化したり、予防給付や介護給付によるサービスが必要になった場合は、介護保険認定申請ができること</p>	<p>②介護保険や総合事業についてのパンフレット</p>	
	<p>介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認</p>	<p>・総合事業の利用を希望した場合、基本チェックリストを実施する。</p> <p>・基本チェックリストの結果、事業対象者に該当した場合、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入する。また、個人情報使用について説明し、基本チェックリスト受付票の個人情報使用の同意の欄に署名してもらう。</p> <p>・事業対象者が、基本チェック</p>	<p>①基本チェックリスト受付票 ②基本チェックリスト ③介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 ④介護保険被保険者証</p>	<p>地域包括支援センター職員</p>

		<p>リスト受付票、基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書、被保険者証を高齢介護支援課に届け出る。</p> <p>（※事業対象者に代わって、地域包括支援センター職員が届け出ることも可能。）</p>		
	介護保険被保険者証の交付	<p>・「事業対象者」である旨、認定日、認定有効期間、担当する地域包括支援センター名が印字された介護保険被保険者証が事業対象者宅に郵送される。</p>		高齢介護支援課
の手続き	(2) 介護予防ケアマネジメント利用	<p>・利用者宅等で行う。</p> <p>・重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。</p> <p>・個人情報使用についての同意を得る。</p>	<p>①重要事項説明書</p> <p>②個人情報使用同意書</p> <p>③介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書</p>	地域包括支援センター職員
ント	(3) 介護予防ケアマネジメント	<p>・利用者宅を訪問し面接により実施する。</p> <p>「できない」という課題から「したい」「できるようになる」という目標に変換できるようにする。</p>	<p>①興味関心シート</p> <p>②利用者基本情報</p>	地域包括支援センター（介護支援専門員）

ケアプラン 原案作成	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自分の目標を立てられるように支援する。 ・サービス選択に当たっては、総合事業の選択例（P12）を参照すること。指定居宅介護支援事業所に委託している場合、サービス担当者会議の前に、地域包括支援センターがケアプランを確認する。 	<p>①ケアプラン</p> <p>②総合事業の選択例（P12）を参照</p>	<p>地域包括支援センター （介護支援専門員）</p>
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの目標を共有し、利用者本人と関係者（サービス担当者、家族等）が行うことを明確化する。 		<p>指定居宅介護支援事業所に委託した場合も、初回のサービス担当者会議には地域包括支援センター職員が出席する。</p>
利用者への説明・同意	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 		<p>地域包括支援センター （介護支援専門員）</p>
ケアプランの確定・交付	<ul style="list-style-type: none"> ・確定したケアプランを利用者とサービス提供事業者に交付する。 		<p>地域包括支援センター （介護支援専門員）</p>

			専門員)
個別サービス 計画作成の指 導及び報告の 聴取	<ul style="list-style-type: none"> ・第1号事業所が作成する個別サービス計画書がケアプランの内容に沿って作成されるように必要な援助を行うとともに、個別サービス計画書の提出を求める。サービスの提供状況や利用者の状態に関する報告を聴取する。 		地域包括支援センター (介護支援専門員)
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも3月に1回及びサービス評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があった時には、利用者宅を訪問し、利用者に面接する。 ・テレビ電話装置等を利用し6月に1回の訪問を希望する場合は、要件を満たすか、サービス担当者会議等で検討する。 ・利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、通所型サービスに係る事業所を訪問するなどの方法により利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する。 ・少なくとも1月に1回、モニ 		地域包括支援センター (介護支援専門員)

		<p>タリング結果を記録する。</p> <p>・利用者の状態が変化している場合、評価を行ったうえで、介護保険申請や介護保険認定区分変更申請を検討する。</p>		
	給付管理	<p>・サービス事業所から提出されたサービス利用実績を確認し、給付管理票を作成する。</p>	給付管理票	地域包括支援センター
	評価 ケアプランの変更	<p>・ケアプランに位置付けた期間が終了する時、及びモニタリングの結果、ケアプランの変更が必要と判断した時は、ケアプランの目標達成状況について評価する。</p> <p>・評価の期間について</p> <p>①「介護予防支援、介護予防ケアマネジメント A」は口腔機能向上加算等、加算算定に関わらず、12月に1回は評価</p> <p>②「訪問型サービス C・通所型サービス C」3月事後評価</p> <p>・利用者の状態が変化している場合、評価を行ったうえで、介護保険申請や介護保険認定区分変更申請を検討する。</p>		地域包括支援センター (介護支援専門員)

4 様式の説明

【基本チェックリスト受付票】

受付票の「相談の目的」「治療中の病気」「運動制限や日常生活の制限の有無」「目標とする生活」を確認し、基本チェックリストの実施がよいか、介護保険認定申請がよいか、インフォーマルサービスの紹介や利用支援がよいか等、検討する。基本チェックリストを実施し、基準に該当した場合、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を説明し、記載してもらう。個人情報使用についても説明し、同意を得る。

様式5-2

基本チェックリスト受付票

受付日 令和 年 月 日

フリガナ		住所	富士宮市		性別	男・女
氏名					家族構成	独居 同居
生年月日	T S	年 月 日	年齢	歳	電話	(自宅) (携帯)
訪問・連絡先	氏名	(続柄)		(電話)		
認定情報	被保険者番号 () 介護度 (無、要支援1・2、要介護1・2・3・4・5)					
	有効期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)					
担当ケアマネジャー	氏名 () 事業所名 ()					
現在利用しているサービス						

1 相談の目的

① 家事支援	掃除 買い物 調理 洗濯
② 外出	閉じこもり ・ 交流
③ 運動	筋力の低下 (上肢 ・ 下肢) 骨折後 (部位)
④ 認知機能の低下	
⑤ 入浴	
⑥ 意欲低下	環境の変化 (有 ・ 無)
⑦ その他	視覚障害 (有 ・ 無) 聴覚障害 (有 ・ 無)

2 現在治療中の病気 (薬の処方・定期的な検査等) や、今までに治療を受けたことがある病気がありますか？

① 脳卒中 (脳梗塞・脳出血等)	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
② 高血圧症	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
③ 心臓病 (心筋梗塞・心不全等)	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
④ 不整脈 (心房性頻脈・発作性上室性頻脈等)	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
⑤ 糖尿病	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
⑥ 整形外科疾患 ()	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
⑦ 精神疾患	有 ・ 無 ・ 治療中 病院名 ()
⑧ その他	

3 あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？
いいえ ・ はい ⇒ どのような内容ですか？

{ }

4 目標とする生活

本人	
家族	

地域包括支援センターや健康増進課が行う事業実施にあたり、利用者の状況を把握する必要がある時は、基本チェックリスト受付票および基本チェックリストの記入内容を、健康増進課、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医、その他の本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

R3.4

【基本チェックリスト】

基本チェックリストとは、高齢者が自身の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかチェックするためのツールであり、全25項目の質問で構成されます。チェックした項目から、「生活機能全般」「運動機能」「栄養状態」「口腔機能」「閉じこもり」「認知症」「うつ」のそれぞれにおけるリスクを判定します。質問項目に対し、高齢者自身が答えることで、自身では気づきにくい心身の衰えやリスク等を把握し、在宅での生活を維持するための生活支援サービスや介護予防等に早期につなげることを目的とします。

事業対象者とは、省令第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）に掲げる様式第1（基本チェックリスト）の記入内容が同基準様式第2（P31を参照。）に掲げるいずれかの基準に該当した者です。

様式第1

基本チェックリスト					
実施日	令和 年 月 日	氏名			
住所	生年月日		T・S	年 月 日	
質問項目			いずれかに○をつけてください		
1	バスや電車で一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	1～20まで 10個以上	虚弱
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	1の数	個
6	階段を手すりや壁をつたわずにのぼっていますか	0.はい	1.いいえ		運動機能低下
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	6～10まで 3個以上	
8	15分続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この一年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	1の数	個
11	6ヶ月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		低栄養
12	身長（ ）cm 体重（ ）kg (BMI=) ※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする	1.はい	0.いいえ	11～12まで 2個以上	1の数 個
13	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ		口腔機能低下
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	13～15まで 2個以上	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	1の数	個
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	16～17まで 16が該当	閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	1の数	個
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」等の物忘れがあると責められますか	1.はい	0.いいえ		認知機能低下
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	18～20まで 1個以上	
20	今日は何月何日かわからないことがありますか	1.はい	0.いいえ	1の数	個
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ		うつ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった	1.はい	0.いいえ	21～25まで 2個以上	
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	1.はい	0.いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	1の数	個

質問項目と判断基準

N O	質問項目			判断基準
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	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。1人で自家用車を運転して外出している場合や自分でタクシーを呼んで外出する場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	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	0. はい	1. いいえ	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	0. はい	1. いいえ	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話やメールによる交流や家族・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	0. はい	1. いいえ	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	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	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	0. はい	1. いいえ	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。無意識にどこかに触れる場合は「いいえ」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	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。途中で休憩する場合は、「いいえ」とします。
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	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	1. はい	0. いいえ	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	6カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	6カ月間で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カ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	BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当		身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	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。入れ歯の具合が悪くて食べにくくなった場合も「はい」とします。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	1. はい	0. いいえ	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	1. はい	0. いいえ	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	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ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	1. はい	0. いいえ	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	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	本人は物忘れがあると思っていなくても、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。本人の自覚はなくても、周りから言われる場合は「はい」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	0. はい	1. いいえ	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	1. はい	0. いいえ	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。カレンダーや携帯電話で確認する場合は「はい」となります。
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	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	1. はい	0. いいえ	

23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

様式第2

① 様式第一の質問項目 No.1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目 No.6~10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目 No.11~12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目 No.13~15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目 No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目 No.18~20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目 No.21~25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

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

【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】

居宅要支援被保険者又は総合事業対象者は、指定介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを受けることについて、市に届け出ることが必要です。

根拠法令：介護保険法第 53 条 1 項

富士宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要領 第 1 3 条

第 1 号様式（第 1 3 条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防
ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分
		新規・変更
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号	
フリガナ	生 年 月 日	
	明・大・昭 年 月 日	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター		
介護予防支援事業所又は 地域包括支援センター	介護予防支援事業所又は 地域包括支援センターの所在地	〒
事 業 所 番 号	電 話 番 号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場 合のみ記入してください。		
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 〒	
事 業 所 番 号	電 話 番 号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更 する場合の理由等		
※変更する場合のみ記入してください。		
変更年月日 (年 月 日付)		
富士宮市長 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サー ビス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出 します。 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号 ()		
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号	

(注) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメント
を依頼する事業者等が決まり次第速やかに富士宮市へ提出してください。
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼す
る介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介
護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変
更介護予防サービスに係る費用を、一旦、全額自己負担していただくことがありま
す。
3 介護予防サービスに特例で入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口
へ提出してください。

【興味関心シート】

課題調整後の具体的な目標設定や取り組みにつなげていくためのツールとして活用してください。趣味、楽しみ、特技や友人、地域との関係等が聞き取れるように工夫されたシートです。

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

【利用者基本情報】

全体像を簡略に把握するための書式。変更があった都度、更新します。個人情報使用に関する同意の欄は、利用者及び家族と指定介護予防支援事業所が契約する際、個人情報の第三者提供について同意を得ている場合は不要です。

利用者基本情報（表面）						
					作成担当者：	
《基本情報》						
相談日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)			
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()					
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S	年 月 日生 ()	歳	
住 所			Tel	()		
			Fax	()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度)					
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()					
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無					
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()					
来 所 者 (相 談 者)				家 族 構 成	◎☉=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (関係家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先			続 柄			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先			
				家族関係等の状況		

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
	友人・地域との関係			

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

全和 年 月 日 氏名 _____

【介護予防サービス・支援計画書】

介護予防ケアマネジメント A 様式

様式2-1 介護予防サービス・支援計画書

利用者氏名	種	要介護度	要支援1	要支援2	事業対象者	初回作成日	年月日	有効認定期間	年月日	～	年月日	初回・紹介・継続	認定済・申請中
担当地域	委託の場合：計画作成者事業所・事業所名及び所在地（連絡先）												
1日	1年												
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・状況	領域における課題（得意・得意）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向（本人・家族）	目標	目標についての支援の手段	本人等の関与や家族の支援の手段等	介護予防サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について	■有 □無			(目標)	(本人)								
日常生活(家庭生活)について	■有 □無			(具体策)									
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												
①健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果などを載せた留意点 ②本来行うべき支援が実施できない場合 ③総合的な方針：生活不満足度の改善・予防のポイント 適切な支援の実施に向けた方針													
【意見】 【確認印】 【計画に関する同意】上記計画について、同意いたします。 同意日 令和 年 月 日 氏名 _____													

R3.4

介護予防ケアマネジメント B 様式

様式2-2 富士宮市介護予防ケアマネジメント ケアプランB (簡略化したケアマネジメント)

初回計画作成日	担当地域包括支援センター
計画作成日	計画事業所
	計画担当者

認定結果 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2

利用者名

生年月日 M T S 年 月 日()

住所 富士宮市

電話

チェックリスト実施口
 基本チェックリストの 該当基準

虚弱	2/0	運動器	5/5	低栄養	2/2	口腔機能	3/3
閉じこもり	2/2	認知機能	3/3	うつ傾向	5/5		

サービス利用期間 年 月 日～ 年 月 日

支援計画(課題解決への具体的対策)

アセスメント領域	生活の目標1年(本人の意向)としてみたい。参加したい。	具体的内容	利用サービス	評価(年 月 日)
改善したいこと・困っていること 運動・移動	持続・改善すべき課題	本人・家族 サービス事業所		
日常生活(家庭生活)				
社会参加・対人関係・コミュニケーション				
健康管理				

上記計画に同意します。 令和 年 月 日

氏名 _____

地域包括支援センター(意見)

□プラン継続
□プラン変更

□介護給付
□予防給付
□事業対象者
□一般介護予防事業
□終了

R3.4

目標とする生活	1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
	1日	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。
アセスメント領域と現在の状況	運動・移動について	<ul style="list-style-type: none"> ・自ら行きたい場所に移動できているか ・杖や福祉用具、手段 ・自宅や屋外での歩行 ・交通機関を使っでの移動状況
	日常生活（家庭生活）について	<ul style="list-style-type: none"> ・日常に必要な品物の買物の状況 ・自分で選んで買っているか ・献立、調理の状況 ・家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て等）についての状況 ・預貯金の出し入れの状況
	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や友人との関係、交流の状況 ・友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ・家族・友人などとの会話や電話での意思疎通 ・認知機能（見当識等） ・地域での役割（老人クラブや町内会） ・趣味や楽しみの状況 ・緊急時の対応状況
	健康管理について	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄の状況 ・入浴やシャワーの状況 ・肌、顔、歯、爪などの手入れ ・健康への配慮（食事・運動・睡眠に気をつけている状況） ・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

<p>本人・家族の意向</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようになりたい」「○○をやりたくない」と記載し、利用者・家族どちらの認識か明確にし、その理由について確認する。 ・利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。 ・家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ・否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。
<p>領域における課題 (背景・原因)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ・何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。 ・課題がある場合「<input type="checkbox"/>有」にレ点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は「<input type="checkbox"/>無」にレ点を付ける。 ・分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ・ここまでは、各領域ごとに記載する。
<p>総合的課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各領域における課題を総合して全体像をとらえる。

<p>総合的課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・領域における各課題共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入する。 ・危険性や可能性の予測を記入する。 ・利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ・複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ・意向や目標・具体策は書かない。 ・課題ごとに、1・2、と番号をふる。
<p>課題に対する目標と 具体策</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ・この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ・このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ・また、具体策についても、総合事業や予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。 ・具体的には、「〇〇が必要。」「〇〇を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。 <p>例)</p> <p>[目標] (3か月後には) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。</p>

		<p>[具体策]</p> <p>①▼▼を利用して△△を行う。</p> <p>②誰々が■ ■を行う。</p> <p>③ . . .</p>
<p>具体策についての意向 本人・家族</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ・ 具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ・ ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。
<p>目標</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ 前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ・ 数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・ 一日に一度は、肉か魚を食べる。
<p>支援計画</p>	<p>目標についての支援のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 ・ 健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。(リスクマネジメント) ・ 担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。

支援計画	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	<ul style="list-style-type: none"> ・本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。 ・誰が何をするのかを明記する。 ・本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【 】書きで記載する。 「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族で一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。
	介護保険サービスまたは地域支援事業（総合サービスのサービス）	<ul style="list-style-type: none"> ・予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。（介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。） ・「掃除」や「買物」、「リハビリ」だけでなく、「どこの掃除をどのように行うのか、代行するのか」「どのようリハビリを行うのか」等記載する。 <p>例) 自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。</p> <p>例) できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。</p>
	サービス種別	<ul style="list-style-type: none"> ・左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。
	事業所（利用先）	<ul style="list-style-type: none"> ・当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ・家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。
	期間	<ul style="list-style-type: none"> ・「期間」は左記に揚げた「サービス」をどの程度

支援計画	期間	<p>の期間にわたり実施するかを記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日」と記載する。 ・「期間」の設定においては「認定の有効期間」を考慮する。 ・回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 <p>→サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。</p>
健康状態について		<p>主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。</p> <p>副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。</p>
本来行うべき支援が実施できていない場合		<ul style="list-style-type: none"> ・本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。 ・必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。
総合的な方針		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

5 第1号介護予防支援の報酬、支払い

介護予防ケアマネジメント A 費、介護予防ケアマネジメント B 費の支払方法は、静岡県国民健康保険団体連合会からの代理受領方式です。

単位数等の詳細については、富士宮市介護予防・日常生活支援総合事業実施要領別表第2（以下の URL より。）を参照してください。

富士宮市 HP「総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）指定事業者」

<http://www.city.fujinomiya.lg.jp/entrepreneur/visuf80000014hy8.html>

6 Q&A

初回加算の算定に関すること

Q1. 要支援者又は事業対象者で、総合事業のサービスを利用している方が富士宮市内で転居し、担当する地域包括支援センターが変更になった場合、初回加算は算定できますか？また、担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変更になった場合、初回加算は算定できますか？

A. 初回加算については、ケアプランを新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、転居により担当する地域包括支援センターが変更になった場合、地域包括支援センターとしては初めて当該利用者を担当するため、初回加算を算定することが可能です。また、担当する地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変更になった場合は、地域包括センターとしては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することはできません。

Q2. 認定更新申請や区分変更申請の結果、要介護認定から要支援認定になった場合、初回加算は算定できますか？

A. 「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年1月9日版】により、以下のとおり示されています。

初回加算の算定については、①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合）、②要介護者が、要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合に算定できると考えている。

質問の場合、上記の②に該当するため、初回加算を算定できます。

Q3. 総合事業のサービスを利用し、介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できますか？（移行してから1か月経過していない場合。）

A. 総合事業のサービスを利用する要支援者又は事業対象者に対して介護予防ケアプランを作成することは、介護予防支援を利用する要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であるため、初回加算を算定できるのは、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、介護予防支援を実施する場合（新規に介護予防支援を実施する場合）に限られます。質問の場合は、以上の要件に該当しないため、初回加算は算定できません。

事業対象者に関すること

Q4. 事業対象者が介護保険認定申請を行い、認定結果が非該当だった場合、事業対象者として介護予防・生活支援サービスを利用できますか？

A. 認定結果が非該当だった場合、認定日に基本チェックリストを実施し、該当すれば、引き続き、介護予防・生活支援サービスを利用できます。

Q5. 他市で事業対象者として生活支援・生活支援サービス事業を利用していた方が富士宮市に転入してきた場合、富士宮市でも事業対象者として介護予防・生活支援サービスを利用できますか？

A. 転居による環境の変化等により、他市で基本チェックリストを実施した時と状態が変化している可能性があります。また、介護予防・生活支援サービス事業は、市町村ごとに実施している内容が異なります。富士宮市に転入した後、富士宮市の介護予防・日常生活支援総合事業について説明し、介護予防・生活支援サービスの利用を希望する場合は、基本チェックリストを実施してください。

Q6. 事業対象者が介護保険認定申請を行い、要介護1以上の認定となった場合、請求はどのようになりますか？

A. 事業対象者が介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用しており、認定結果が要介護1以上となって介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することになります。

月の途中まで事業対象者として総合事業のサービスを利用していた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業

者が給付管理票を作成して提出し、併せて居宅介護支援事業費を請求することになります。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行うこととされています。

なお、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年3月31日版】により、以下の例が示されています。

(問)

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

(答)

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

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

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

Q7. 介護保険の要介護・要支援認定の認定有効期間の終了に合わせ、事業対象者への変更を検討しています。基本チェックリストはいつ実施すればよいですか？また、介護支援専門員が実施してもよいですか？

A. 基本チェックリストは、認定有効期間終了の4週間前を目安に実施してください。申請は、認定有効期間終了日の30日前から受け付けます。地域包括支援センター職員または介護支援専門員が実施できます。

Q8. 事業対象者はどのサービスを利用できますか。また、週何回サービスを利用できますか。

A. 事業対象者は、生活支援・介護予防サービス事業と一般介護予防事業（詳細はP9～を参照。）を利用できます。生活支援・介護予防サービス事業の利用回数については、要支援1と同程度（訪問型：週1～2回、通所型：週1回程度）です。区分支給限度額も要支援1の内容が適用されます。例外的に、要支援2相当（訪問型：週2回を超える程度、通所型：週2回程度）の利用が可能な場合として、元々要支援2の方が、更新をせずに事業対象者となった場合、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるような場合等を想定しています。アセスメントの結果、事業対象者の方が要支援2の状態像にあたりと判断した場合は、富士宮市高齢介護支援課へ御相談ください。

実際の住所地が異なる場合

Q9. 住民票が登録されている住所と実際に生活している住所が違い、それぞれ該当する地域包括支援センターが異なる場合、どちらが担当になりますか？

A. 住民票が登録されている住所の地域包括支援センターが担当になります。住民基本台帳法によると、住所を変更した場合は、転入（転居）をした日から14日以内に、市町村長へ転入届（転居届）を届け出なければならないと規定されています。市役所市民課へ届け出をするよう御説明ください。

市外の事業所によるサービスを利用する場合

Q10. 市外の事業所による総合事業のサービス（訪問型、通所型）を利用することはできますか？

A. 富士宮市民が、市外の事業所による総合事業のサービス（訪問型、通所型）を利用する場合、その事業所は富士宮市の総合事業の指定を受ける必要があります。そのため、サービスを利用する前に必ず、事業所が富士宮市の指定を受けているか御確認ください。

暫定プランに関すること

Q11. 総合事業における暫定プラン作成時の留意事項について教えてください。

A. 暫定プランを作成する場合の例

- (1) 要介護等認定申請中の新規利用者が、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (2) 要介護等認定者が、区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (3) 要介護等認定者が更新申請中に、以前の認定有効期間が終了し、新たな要介護区分の認定前にサービスを利用する場合
- (4) 基本チェックリストにより事業対象者となり、介護予防・生活支援サービス事業を利用しているが新たに要介護等認定申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合

【基本的な考え方】

新規申請や区分変更申請、更新申請などにより認定結果が出るまでの暫定期間にサービスを利用する場合、認定結果が要支援認定または要介護認定が出るか判断が困難な場合は、認定結果が見込みと異なることで利用者に不利益が生じるおそれがあります。そのことについて利用者に説明をしたうえで、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携し、どちらのケアプランにも位置付けることが可能なサービスを選択するよう留意します。総合事業の介護予防・生活支援サービスは、事業対象者及び要支援者に限られることから、認定結果により自費が発生する場合も想定されます。ただし、暫定期間に介護予防・生活支援サービスを利用し、要介護認定を受けた場合は、総合事業の費用が全額利用者負担になることを避けるため、認定申請日から介護給付のサービスを受けるまでの期間は事業対象者として扱い、総合事業のサービスを利用することが可能となっています。その場合は、地域包括支援センターから高齢介護支援課介護保険係へ連絡してください。

地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託に関すること

Q12. 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを委託する際、注意することはありますか？

A. 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを委託する場合、「地域支援事業実施要綱（P29）」によると、「初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。」と記載されています。このため、地域包括支援センターの職員は、初回の担当者会議に出席する、ケアプランチェックを行う等の確認を行う必要があります。

Q13. 地域包括支援センターが、事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託することはできますか？

A. 委託できます。

サービスの利用に関すること

Q14. 訪問型サービス、通所型サービスの「従前相当サービス」「緩和型サービス（サービス A）」「短期集中型（サービス C）」はどのように選択すればよいですか？

A. 総合事業の選択例（P12）を参照してください。選択例にあてはまらない場合は、高齢介護支援課に御相談ください。

Q15. 医療保険でリハビリテーションを受けている場合、通所型サービスを利用できますか？

A. 利用できます。ただし、医療保険でのリハビリテーションに加え、通所型サービスで個別訓練をする目的、併用することでの効果の見込みをアセスメントし、必要性を判断した上で利用してください。併用する場合、医療保険でのリハビリテーション担当者と連携し、効果的に行われるよう目標、目的を共有してください。

Q16. 医療保険で訪問看護を利用している場合、介護予防・生活支援サービス事業（訪問型サービス、通所型サービス）を利用できますか？

A. 利用できます。

Q17. 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを委託している利用者について、サービス C を利用することはできますか？

A. 利用できます。

Q18. 従前相当サービスと緩和型サービス（サービス A）の違いは何ですか？

A. 大きな違いとしては、次のようなものが挙げられます。

- ・従前相当サービスと比べ、サービス A は身体介護を必要としない方が利用すること
- ・利用料金が安くなっていること（従前相当サービスの 7 割）
- ・加算の算定がないこと
- ・従前相当サービスは介護予防ケアマネジメント A、サービス A は介護予防ケアマネジメント B に基づいて利用すること

その他にも、事業所が指定を受ける際の基準が緩和されています。詳しくは、「訪問型サービス及び通所型サービスの基準」（以下の URL）を参照してください。

富士宮市 HP「総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）指定事業者」

<http://www.city.fujinomiya.lg.jp/entrepreneur/visuf80000014hy8.html>