


松江市 介護予防ケアマネジメント マニュアル



令和8年4月現在
松江市介護保険課

私たちが目指すものは その人らしい生活の実現

簡単に出来ていたことが だんだん難しくなってきた
「まわりに迷惑をかけたくない」
というのが本音だけれど 自分の力を信じてみたい
少しずつ出来ていたことを取り戻そう



ケアマネジメントは サービス利用を続けることが目的にならないよう
「できること」を発見し 意欲を持って楽しみながらできる
サービスからの卒業に向けた視点が大切です

目次

Chapter	1	介護保険の基本的な考え方	
	1-1	介護保険の基本理念	1
	1-2	介護予防の基本的視点	1
Chapter	2	松江市介護予防・日常生活支援総合事業	
	2-1	総合事業の基本方針（めざす姿）	2
	2-2	総合事業の見直しについて	4
	2-3	総合事業の全体像	5
Chapter	3	相談から利用まで	
	3-1	利用までの流れ フロー図	6
	3-2	相談受付から利用までの流れ	7
	3-3	ケアマネジメント関連届出書	9
	3-4	被保険者証の発行	9
	3-5	事業対象者の有効期間	9
	3-6	給付制限	9
	3-7	住所地特例	10
	3-8	生活保護受給者のサービス利用	10
Chapter	4	ケアマネジメントの流れ	
	4-1	ケアマネジメント	11
	4-2	早見表	15
	4-3	総合事業サービスの併用	16

Chapter	5	ケアマネジメント類型と選択	
	5-1	ケアマネジメント A	17
	5-2	ケアマネジメント C	18
Chapter	6	サービス事業の類型と想定する状態像	
	6-1	住民主体型サービス	19
	6-2	短期集中型サービス	20
	6-3	緩和型サービス（松江市独自）	21
	6-4	従前相当型サービス	22
Chapter	7	一般介護予防事業	
	7-1	なごやか寄り合い	23
	7-2	からだ元気塾	23
	7-3	歯つらつ健口教室	23
	7-4	リハビリテーション専門派遣事業	24
Chapter	8	請求・利用限度額管理	
	8-1	介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費	25
	8-2	総合事業のうち給付管理の対象となるサービス（サービスコード）	25
	8-3	1か月あたりの支給限度額	25
	8-4	区分支給限度額変更申請	26
Chapter	9	様式・資料 編	
	9-1	確認票	27
	9-2	松江市基本チェックリスト	28
	9-3	日常生活自立度	31
	9-4	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	32
	9-5	区分支給限度額変更申請書	33

9-6	医師とケアマネジャーとの連絡票	34
9-7	歯科医師とケアマネジャーとの連絡票	35
9-8	ケアマネジメントA 基本情報・情報提供書	36
9-9	ケアマネジメントA サービス支援計画書	38
9-10	ケアマネジメントC 基本情報	44
9-11	ケアマネジメントC サービス支援計画書	45
9-12	住民主体通所サービス 計画連絡票	46
9-13	介護予防支援・サービス評価表	47
9-14	経過記録表	50
9-15	興味・関心シート	51
9-16	健康手帳（介護予防手帳）	53

Chapter 10 パンフレット

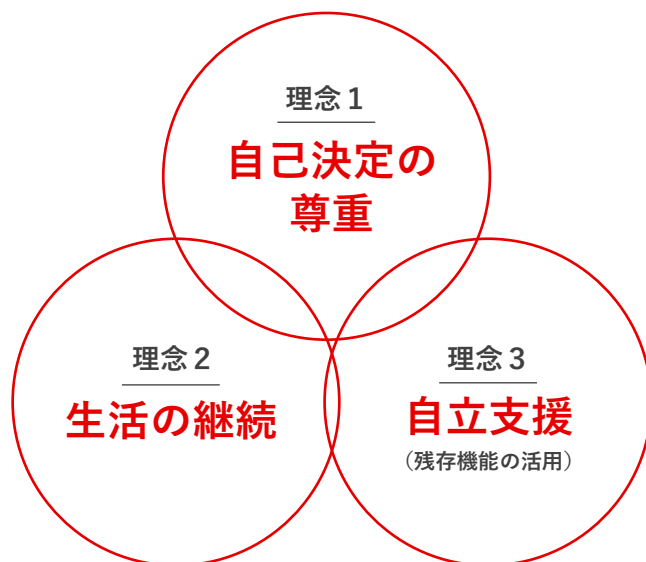
10-1	サービス全体の概要版（パンフレット）	54
------	--------------------	----

介護保険の基本的な考え方

1-1 介護保険の基本理念

介護保険サービスの提供にあたっては、基本理念に基づく次の2つの視点が重要です。

- ① 介護が必要な状態となっても、本人が持っている能力に応じ、できる限り住み慣れた地域で自立した生活を営めるようサービスを提供すること。
- ② 利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康の保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること。



介護保険法

第1条（目的）

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、必要な保健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。

第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、**加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努める**ものとする。

1-2 介護予防の基本的な視点

介護保険制度における介護予防とは主に次の2つです。

① 要介護状態になることをできる限り防ぐこと

高齢者一人ひとりが自らの健康状態に関心を持ち、必要な情報にアクセスするとともに、主体的に介護予防や健康の維持・増進に取り組むことが重要です。

② 状態の改善、維持、悪化を遅らせること

生活上のさまざまな課題を抱える要支援状態の高齢者に対し、効果的な支援を行うことにより、状態の悪化防止や改善を図るものです。

すなわち

自立支援・重度化防止

松江市介護予防・日常生活支援総合事業

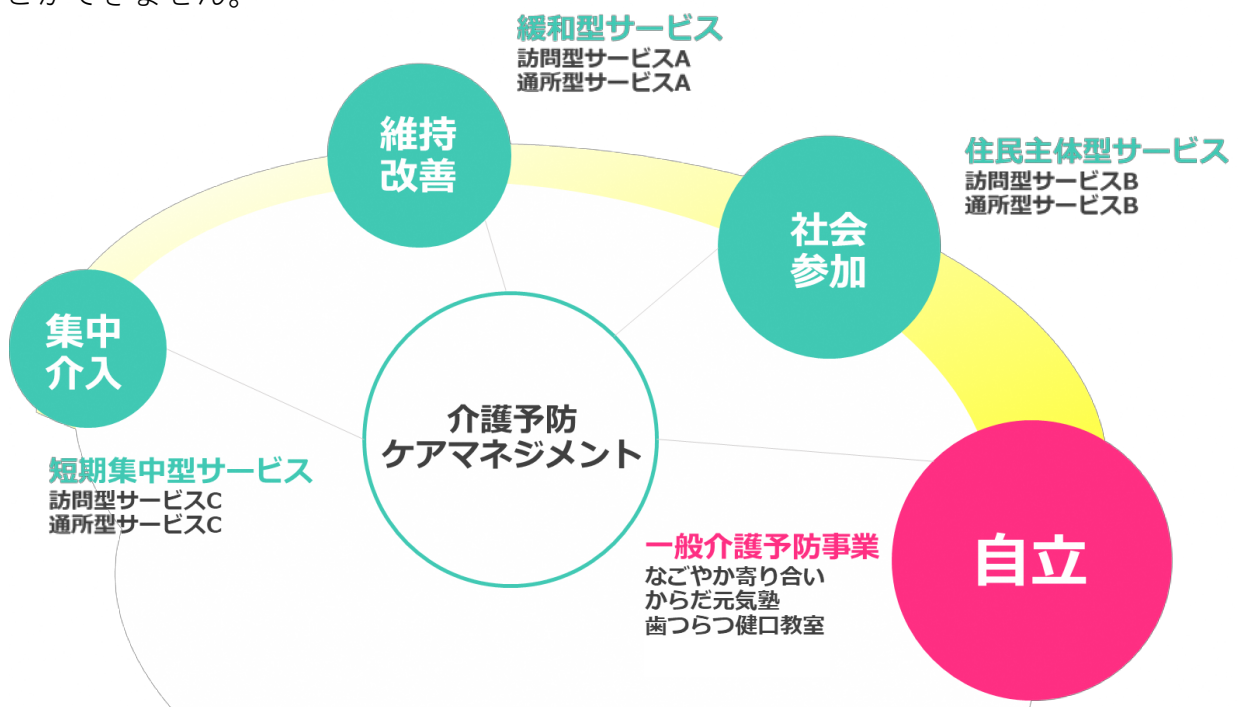
2-1 総合事業の基本方針（めざす姿）

2025年（令和7年）には、団塊の世代が全て要介護リスクの高い75歳以上となり、2040（令和22年）には団塊ジュニア世代が65歳以上となります。一方で、介護の担い手となる生産年齢人口（15～64歳）は2040年に向けて急速に減少していくことが推計されています。これから在宅介護ニーズの増大と担い手の減少という不均衡が拡大していく中で、介護保険制度を持続的に運営していくためには、介護予防の効果をより高いものにしていき、75歳以上になっても元気に生活し続けられるようにすることと、地域資源を最大限活用し、生活支援の担い手を幅広く確保していくことが重要となります。

これから訪れる超高齢社会に対応するため、松江市では平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」）を開始しました。それまで、介護予防訪問介護と介護予防通所介護は全国一律の内容で実施されていましたが、総合事業の開始により、地域の実情に応じたサービスの実施が可能となりました。これにより、松江市は従前の予防給付相当のサービスに加え、新たに①基準緩和型（サービスA）、②住民主体型（サービスB）、③短期集中型（サービスC）の3つの類型を設け、利用者の状態像に合わせて多様なサービスを提供できる体制を整備しています。

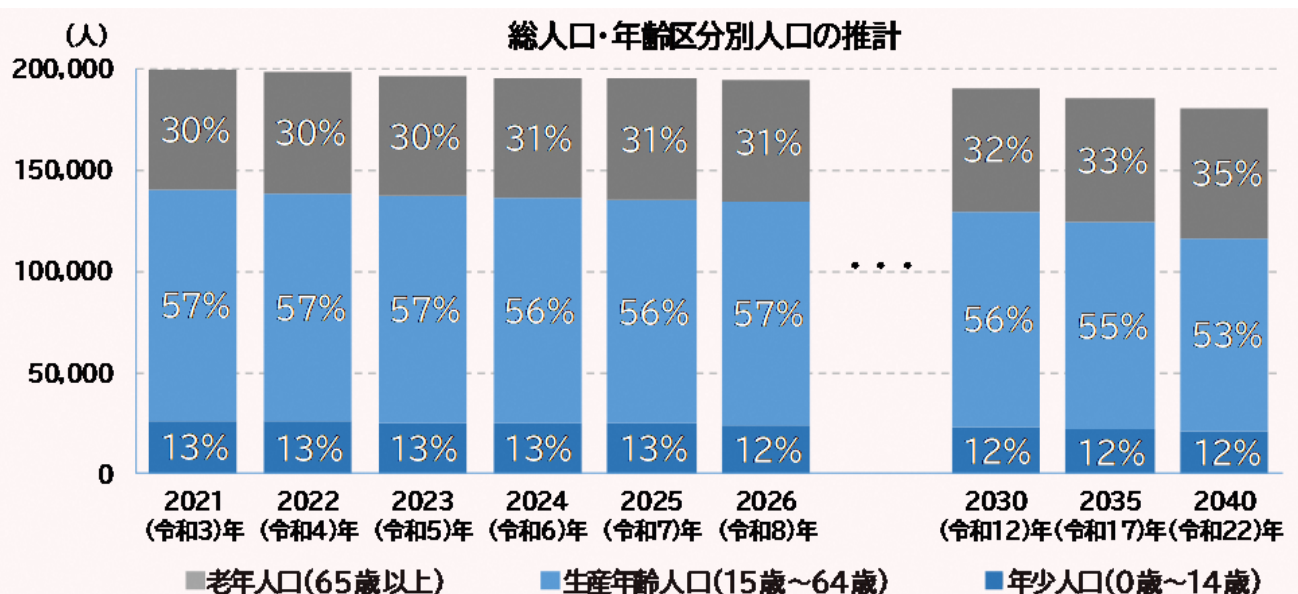
支援が必要な高齢者にも、集中的な介入が必要な状態や継続的なサービス利用による維持改善が必要な状態、住み慣れた地域の中で社会に参加することが必要な状態など、様々な状態像があります。本人の状態像に合わせて多様なサービスや地域資源を活用することで、より効果的かつ効率的に介護予防・重度化防止に繋げることが総合事業の目的です。また、非専門職に担い手の範囲を拡大することで、専門的な知識を持つ人材は中重度の要介護者の支援に集中できるようになると考えられます。

総合事業のめざす姿を実現するためには、質の高い介護予防ケアマネジメントが必要不可欠です。本人の状態像に合わせた適切なサービス選択がなければ、総合事業は真の効果を発揮することができません。



1) 高齢者人口の推移

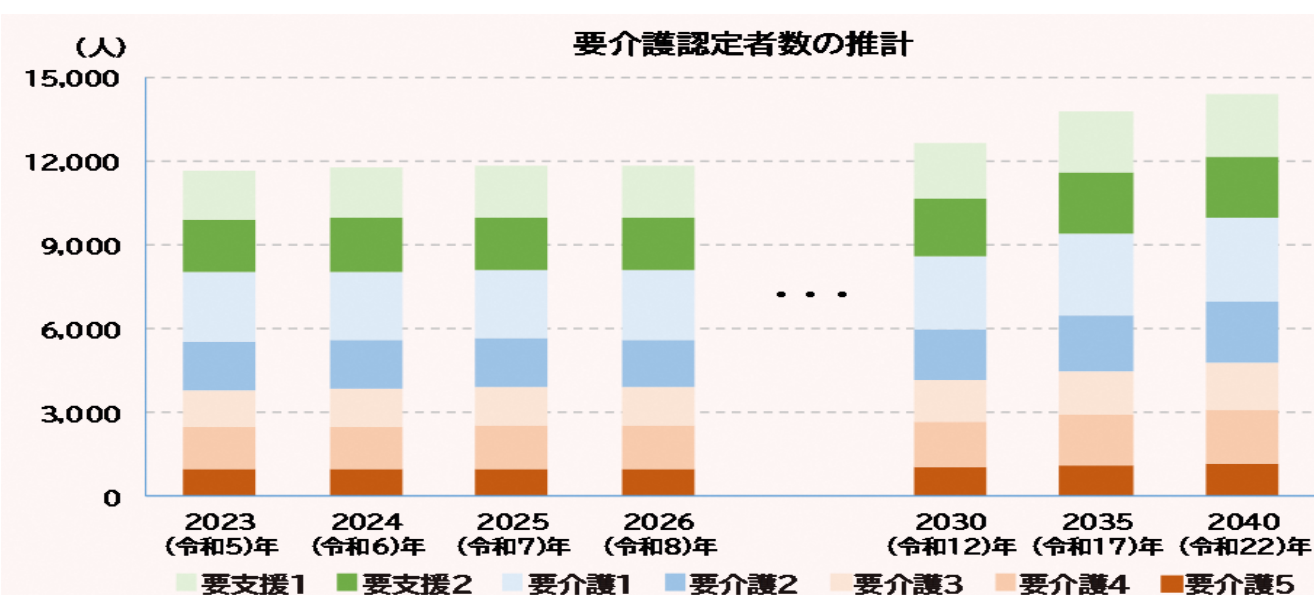
松江市の総人口は年々減少しており、年少人口(0歳～14歳)と生産年齢人口(15歳～64歳)は減少傾向にある一方、老年人口(65歳以上)は増加しています。団塊の世代が全て75歳以上となる2025(令和7)年までに後期高齢者人口の増加は加速し、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年に向けて生産年齢人口(15歳～64歳)は急速に減少していくことが推計されます。



*推計値は、日本の地域別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所、2023(令和5)年12月推計)を参考

2) 介護認定者数の推移

要介護認定者数は、第9期計画期間中の3年間において横ばい又は微増で、認定率は19%後半で推移すると推計されます。その後、第1号被保険者数の増加に伴い、要介護認定者数も増加することが予測され、2030(令和12)年に認定率20%を超えると推計されます。



2-2 総合事業の見直しについて

課題

平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業が始まり、基準緩和型（サービスA）、住民主体型（サービスB）、短期集中型（サービスC）の3つの類型を新たに設けました。しかし、実際の利用状況は令和2年度までは、殆どが従前型のサービスに偏っており、多様なサービスの利用へ繋がる体制をつくっていく必要があることがわかりました。

目指す姿

緩和型サービスを特に自立支援に重点を置いたサービスとして位置づけなおし、利用者の状態に応じて効果的かつ効率的にサービスを提供できる制度に見直すことで、介護予防・重度化防止の取り組みを一層推進し、その結果として介護保険制度の持続可能性を確保します。

1)見直しの主な内容

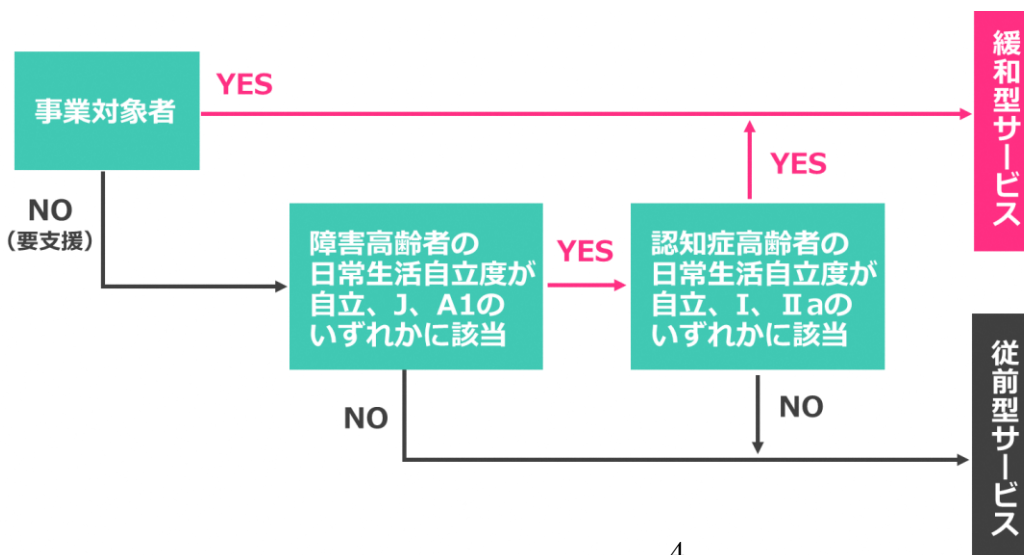
令和3年4月1日から、次の5つの見直しを行いました。

- ① 緩和型サービスを身体機能の維持・向上が促進されるサービスとして強化
- ② 事業対象者・要支援者は原則、緩和型サービスを利用
- ③ 緩和型サービス事業所の人員基準・設備基準を緩和
- ④ 早期の緩和型移行に対し、1年間の独自の優遇加算を設定
- ⑤ 自立支援の成果に対し、独自の評価加算を設定

2)従前型サービスと緩和型サービスの線引きの仕方

障害高齢者の日常生活自立度が自立・J1・J2・A1のいずれかに該当かつ、認知症高齢者の日常生活自立度が自立・I・IIaのいずれかに該当する方、または事業対象者が緩和型サービスAの対象となります。

障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B～	■ 緩和型対象 ■ 従前型対象
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	III～	M	



2-3 総合事業の全体像

1) サービス・活動事業

事業	サービス種類	内容
第1号訪問事業	緩和型訪問サービス (訪問型サービス A)	利用者自身のできることを増やし、安心して在宅で生活できるよう支援する訪問サービス（身体介護は除く）⇒P21 参照
	住民主体型訪問サービス (訪問型サービス B)	住民ボランティア団体等が行う、身体介護を含まない訪問サービス⇒P19 参照
	短期集中型訪問サービス (訪問型サービス C)	保健師・栄養士・リハビリ専門職が短期間（約3か月）に集中して支援を行う訪問サービス ⇒P20 参照
	訪問サービス (従前の基準相当)	専門のホームヘルパーによる身体介護や生活援助のサービス⇒ P22 参照
第1号通所事業	緩和型通所サービス (通所型サービス A)	身体機能等の維持・向上を重視した通所サービス ⇒ P21 参照
	住民主体型通所サービス (通所型サービス B)	住民ボランティア等が中心となり、体操や交流などを行う社会参加の場⇒P19 参照
	短期集中型通所サービス (通所型サービス C)	約3か月間、短期集中的に運動機能向上のための教室に通うサービス⇒P20 参照
	通所サービス (従前の基準相当)	通所介護施設に通い機能訓練の支援を受ける ⇒ P22 参照
介護予防 ケアマネジメント	ケアマネジメント A	介護予防支援に準じた形式の介護予防ケアマネジメント⇒ P17 参照
	ケアマネジメント C	地域の介護予防活動などへの参加の開始時にのみ実施されるもの⇒ P18 参照

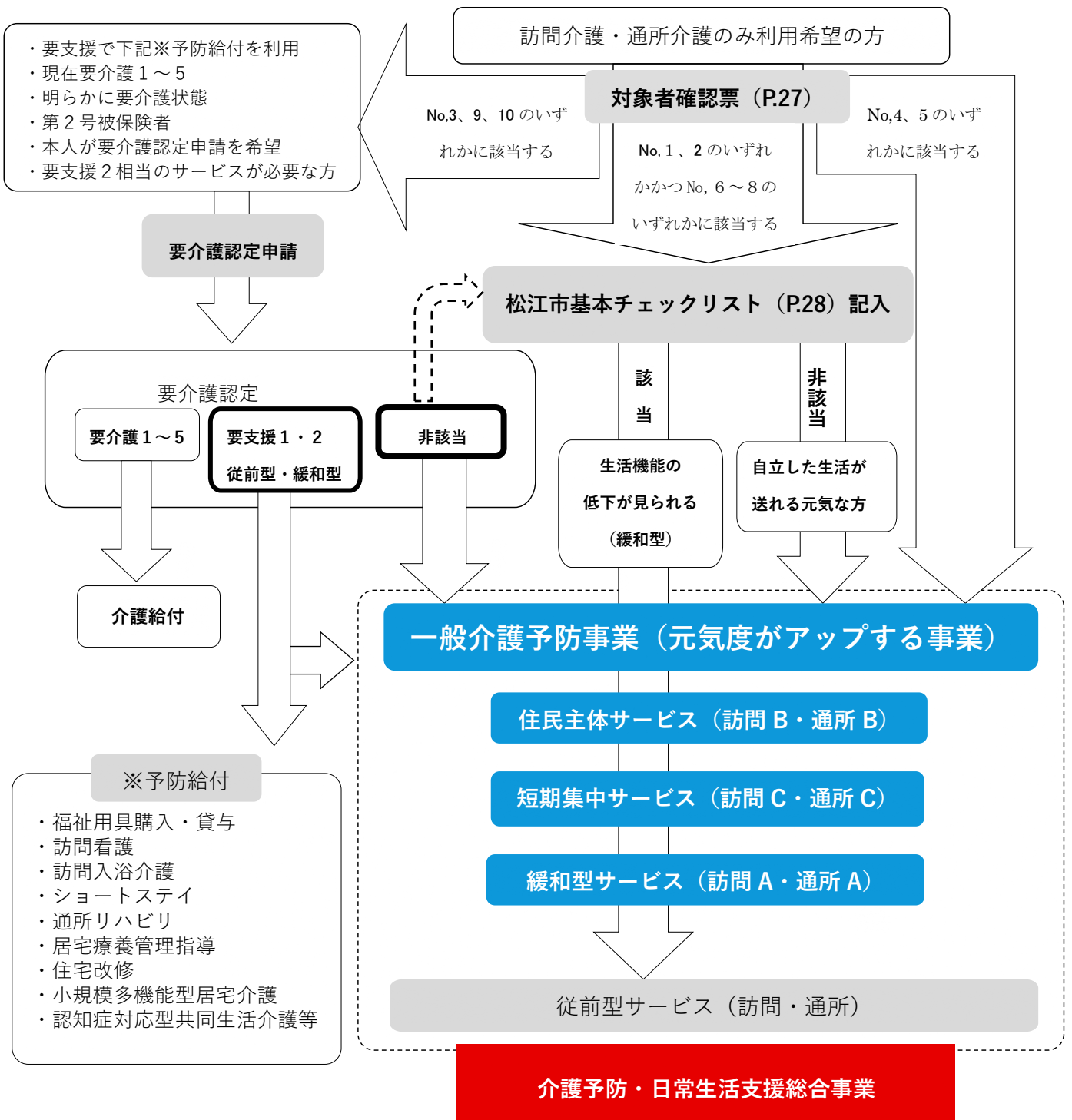
2) 一般介護予防事業

事業	サービス種類	内容
一般介護予防事業	なごやか寄り合い	地区の集会所などで行っている高齢者の集いの場 集いの場⇒⇒ P23 参照
	からだ元気塾	各地区で行う、週1回開催する運動教室 ⇒ P23 参照
	歯つらつ健口教室	歯科医院で、口腔の機能検査や評価、口腔機能の維持・向上をするための教室⇒ P23 参照
	リハビリテーション専門職派遣事業	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する事業 ⇒ P24 参照

相談から利用まで

3-1 利用までの流れ フロー図

まずは、一般介護予防事業！



3-2 相談受付から利用までの流れ

聞き取り

相談の目的や希望するサービスを聞き取ります。

新規 相談

原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行いますが、外出できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、地域包括支援センターが本人の状況や相談の目的等を聞き取ります。

認定 更新

介護支援専門員が訪問して、本人の状況や現在のサービス内容を聞き取ります。

対象者確認票

相談者からの聞き取りをもとに、まずは一般介護予防を勧めます。次に対象者確認票(P.27)を使用し、松江市基本チェックリスト実施対象者か、要介護認定・要支援認定の申請かを判断します。対象者確認票の下段【判断基準】を参考にしてください。

説明

総合事業の目的や内容、手続き等について十分説明を行います。

説明例

- ※ 介護支援専門員が行う介護予防ケアマネジメント(ケアプラン等)と自立支援に向けたサービスを利用する事で、自分ができる事を増やすことや、自分でできている期間を延ばすことを目標とします。介護度が、今より重度化しないようにする事です。
- ※ 本人が立てた目標の達成に向けて、サービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、総合事業から一般介護予防事業や地域での活動につないでいきます。
- ※ 総合事業のみ利用する場合は
 - 要介護認定を省略し、松江市基本チェックリストを用いて事業対象者とする事で迅速なサービスの利用が可能です。
 - 事業対象者選定後や、サービスの利用開始後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能です。
- ◇ 事業対象者が認定申請を行う場合は、いままでどおり申請日より暫定プランでサービスの実施を行います。

基本チェックリストの実施

- 総合事業の事業対象者かどうかを判断する為、松江市基本チェックリストを実施します。
- 「基本チェックリストについての考え方」(P.29)に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら松江市基本チェックリスト(P.28)を本人等が記入します。
- 家族等の来所による相談の場合は、受付者(包括、居宅介護支援事業所)が訪問して本人と面談し本人等が記入します。

※ **松江市基本チェックリストの実施日が総合事業対象者決定日となるため記入年月日が記載されていることを確認します。**

該当になれば、訪問型サービス、通所型サービスの利用ができます。

非該当の場合は、一般介護予防事業の利用ができます。

包括へ提出

- 松江市基本チェックリストを実施した場合は、**総合事業の該当・非該当にかかわらず、① 対象者確認票、② 松江市基本チェックリストの2つを、各地域包括支援センターへ必ず提出して下さい。**
- 市は、確認票、松江市基本チェックリストを受付後、被保険者証・負担割合証を発行します。
- 確認票の実施の結果、要介護・要支援認定が必要と判断した人の確認票の提出は不要です。

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

- 介護支援専門員からの連絡を受け、各地域包括支援センターが利用者宅を訪問し、契約書、届出書の記入を依頼します。

3-3 ケアマネジメント関連届出書

新規で要支援認定、事業対象者となった場合、また各認定区分間の変更（要支援⇔事業対象者）があった場合は、それぞれの依頼（変更）届出書（P.32）が必要となりますので、各地域包括支援センターに連絡してください。

また、居宅介護支援事業所に変更があった場合は、依頼（変更）届出書が必要になります。

認定区分	介護予防サービス 計画作成依頼届出書	介護予防 ケアマネジメント依頼届出書
利用するサービス	予防サービスまたは 予防サービス+総合事業	総合事業のみ
要支援	○	○
事業対象者	×	○

3-4 被保険者証の発行

市は、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を受付後、「〇〇地域包括支援センター」の印字された被保険者証（下記サンプル参照）を発行します。（後日送付）

介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限	
被保険者番号	0000000000	認定年月日(注)	平成29年4月1日	開始年月日	
住所	松江市末次町86番地	認定の有効期限		終了年月日	
氏名	マツエ ハナコ 松江 花子	区分支給限度基準額		開始年月日	
生年月日	昭和5年6月7日	居宅サービス等		終了年月日	
性別	女	うち種類支給 (健康基準額)	サービスの種類 種類支給限度基準額	〇〇地域包括支援センター	
交付年月日	平成29年4月1日			届出年月日	平成29年4月1日
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	3 2 2 0 1 6 松江市	認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定		届出年月日	
				介護保険 施設等	
				種類	入所 年月日
				名称	退所 年月日
				種類	入所 年月日
				名称	退所 年月日

サンプル

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

3-5 事業対象者の有効期間

事業対象者の有効期間の設定は、ありません。

評価の際に、基本チェックリストが非該当となれば、事業対象者からは外れます。その際は、市へ基本チェックリストを提出してください。市から新しい被保険者証が発行されます。

3-6 給付制限

総合事業では、当面の間は給付制限を実施しません。

3-7 住所地特例

- 住所地と居所が異なる方・施設入所者で住所地特例の方の対応について総合事業は、各市町村の独自事業の為、各市町村で取り扱いが異なります。個別に各保険者にご相談ください。
- 住所地特例対象者の要介護認定および要支援認定は、保険者市町村が実施します。
- 住所地特例対象者に対する松江市基本チェックリストおよび介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村により実施します。
- ケアマネジメント費は、地域包括支援センター及び指定介護予防事業所から松江市に請求を行います。

3-8 生活保護受給者のサービス利用

総合事業でも、従来どおり各ケアマネジャーが保険証のコピーと利用票の提出を、月初までに生活福祉課へ提出ください。また、認定区分（事業対象者・要支援・要介護）の変更についても、保険証のコピーの提出でご連絡ください。

ケアマネジメントの流れ

4-1 ケアマネジメント

アセスメント（課題分析）

目的

利用者の望む生活(生活の目標)と現状の生活の差について要因を分析し、生活能力を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにしていきます。そして、自立した生活達成を目指していきます。

手順

松江市チェックリストや本人及び家族との面接から情報把握します。

- 利用者の置かれている状況
- 生活上の支障
- 要望などに関する収集
- 心身機能低下の背景、要因分析
- 解決すべき生活課題(ニーズ)と可能性を把握
- 利用者の生活目標が健康上達成可能であるのか医師と連携を図る

主治医との連携

適宜、面談や「医師とケアマネジャーの連絡票」等で主治医との連携をはかります。

※松江市基本チェックリストにより事業対象者となった場合

「主治医意見書」に該当するものがないため以下の項目について確認し、1つでも該当があれば面談や「医師とケアマネジャーの連絡票」(P.34)、「歯科医師とケアマネジャーの連絡票」(P.35)等で必ず主治医の意見を確認し、経過記録にも記載します。

- ① 過去3か月間で1週間以上の入院がある
- ② 医師から日常生活の制限等の指示がある
- ③ 過去6か月間に心臓発作、脳卒中の既往がある

ポイント

本人の「したい・できるようになりたい」を大切にします。

基本：本人のできることは、本人が継続して行うことが大切です。

そのためには、生活機能向上に対する意欲を引き出すこと。サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるように説明することが必要です。

- 「できている・頑張っている」というプラスの部分把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の集いの場などで発揮できないか検討することが重要です。
- 目指す生活や目標が表現されにくい場合、本人の関心のあることや今まで行ってきたことから一緒に考えます。
- 治療中の病気の有無、病名、処方箋の内容も本人及び家族から聴き取ります。必要に応じて主治医との連携をとりながら、利用するサービスによって留意事項を聴き取ります。

ケアプラン原案の作成

目的

「維持・改善すべき課題」を解決する上で**目標とする生活**、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成します。

手順

- ① 目標設定
 - 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを本人・家族と共有します。
 - 生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決をはかることが大切であることを説明します。
 - 目標は、達成可能な目標を立てます。
様々な通いの場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明します。
 - 利用者自らが自分のケアプランであることを実感し、利用者が主体的に取り組めるよう支援します。
- ② アセスメントと医師の意見をもとに適切なサービスを選択します。
 - 「総合事業の全体像」（P.5）を参照してください。

サービス担当者会議

開催目的

- 利用者や家族の情報を共有し多職種協同で援助をします。
- 具体的には利用者の課題・生活機能向上の目標・支援方針・支援計画など協議します。
- 災害・感染症発生時、個別の対応やサービス継続についてどうするかなど、本人・家族・関係者で話し合います。

手順

- ① 利用者の生活機能上の課題を把握し利用者の意向を確認します。
- ② 家族の希望、医師からの疾病の予後予測・医学上の留意点について確認します。利用者の目標とする状態像のイメージを多職種で共有をします。
- ③ 目標とする状態像を共有しながら、それぞれの事業所から状況を聞き、問題解決のために、利用者に栄養改善・口腔機能向上加算等の必要がある場合は、自立支援・介護予防を目指して話し合っていきます。また、利用者ごとの運動器機能向上サービス（※）を検討します。

※従前型通所サービスの運動機能向上サービス

運動機能向上サービス（利用者の運動器の向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に記すと認められるものをいう。）は、専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6か月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。）を1名以上配置し、国内外の文献などにおいて介護予防の観点から有効性が確認されている手法などを用いて行うこと。

※緩和型通所サービス（通所型サービス A）の運動器機能向上サービス

運動器機能向上サービス（利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。）は、専ら運動訓練指導員の職務に従事する職員を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うこと。

- ④ 認定更新時、利用者の目標について、認定更新まで提供したそれぞれの事業所での個別ケア計画評価について話し合いを行い、本人・家族・多職種で情報の共有を図って目標の再確認をします。

ポイント

地域の公的サービス・インフォーマルサービス等の情報を得る時は、地域包括支援センターやコミュニティソーシャルワーカー等に相談をしましょう。ケアマネジャーは運動器機能向上加算や栄養改善・口腔機能向上加算等の必要性を事業所から確認して利用者の自立支援を目指しましょう。

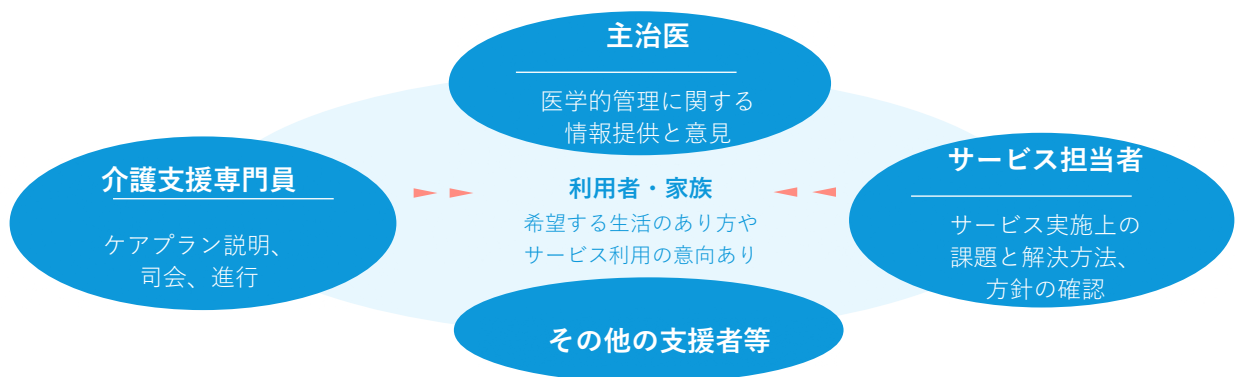
開催時期

新規サービス利用時。問題発生時（利用者の状態変化など）介護認定更新時に開催します。

構成メンバーと役割

利用者、家族、介護支援専門員、サービス事業担当者、主治医（参加が難しい場合には事前に意見を確保しておくこと）、その他の支援者等で構成します。

各メンバーの役割は下記の図を参照してください。



ケアプランの確定・交付

- 利用者からケアプラン同意（署名）を得て交付します。
- サービス事業者にサービス提供開始を伝えます。

ケアプラン実行（サービス提供）のポイント

- 状況悪化を見過ごさないしくみづくりを作ります。（利用中止、欠席の連絡も含む）

モニタリング

目的

- 支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていきます。

実施時期

- サービスの提供の開始月
- サービスの提供開始後、適切な時期に行う：ケアマネジメント類型ごとに設定
- 利用者に著しい変化があった時
- サービスの期日終了月

視点

- 利用者の生活状況に変化がないか。
- 介護予防プラン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。
- 個々のサービス提供等の支援内容を実施した結果、適切であるかどうか。
- 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。
- その他、介護予防プランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

給付管理

- 総合事業でも、予防支援同様に指定事業所によるサービス利用の際は、給付管理票の作成が必要です。

評価

目的

- 介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたか否かを確認するとともに必要に応じて今後のケアプランを見直します。

実施時期

- 介護予防支援・ケアマネジメント A：12 か月に 1 回

視点

- 具体的な目標をチームで設定して共有していますか。
- 目標は達成可能な目標設定ですか。
- 日頃のモニタリングを通して生活機能の変化に着目した評価をして、目標設定の評価につながっていますか。
- 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくか、あるいはサービスを終了して一般介護予防や地域のインフォーマルサービスを活用するか検討していますか。
- 利用者・家族にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にしていますか。

目標達成

- 評価時は、基本チェックリストを実施し、**非該当になればサービス・活動事業は終了**となります。一般介護予防事業や地域での様々な通いの場、社会参加につなげるよう支援します。一般介護予防事業につながった場合は、ケアマネジメント C で 1 回の請求が可能です。
- 基本チェックリストは、該当・非該当にかかわらず提出してください。

留意事項

- ① 事業対象者で総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する場合は、当該月の月末時点で担当している事業者が、介護予防支援費を請求することができます。
- ② 介護予防ケアマネジメントは、第 1 号介護予防支援事業として、地域包括支援センターによって行われるものとされているため、ケアプランの自己作成に基づく利用は実施しません。予防給付においてセルフプランを作成されていた方が、サービス事業のみを利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに移行してください。
- ③ 介護予防ケアマネジメントのケアプランは、現在の介護予防支援と同様にケアプラン点検や実地指導の際、内容の確認を行います。

4-2 早見表（提出書類・サービス担当者会議・モニタリング実施）

地域包括支援センターへの書類提出、サービス担当者会議・モニタリングの実施は以下のとおり行ってください。

	〈参考〉 予防給付	総合事業	
	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
基本情報	新規・ケアプラン更新時	新規・ケアプラン更新時	サービス開始時
基本チェックリスト	サービス開始時、12か月に1回（評価時） ケアプラン変更時		サービス開始時
支援計画書	新規・認定更新・変更時 プランの期間は最長24か月 （ただし、認定有効期間内とする）	新規・ケアプラン更新・変更時 プランの期間は最長24か月 （ただし、認定有効期間内とする） 事業対象者は最長12か月	サービス開始時
サービス担当者会議	新規・ケアプラン更新・変更時	新規・ケアプラン更新・変更時	なし
経過記録	毎月記録し、6か月に1回 包括へまとめて提出 ※電話・訪問かわかりやすく記載		サービス開始時
モニタリング	月に1回の電話等による確認 3か月に1回の訪問		状態が変化した時に 本人やサービス機関 から連絡が入る体制 をとる
評価表	12か月に1回、ケアプラン更新・変更時・終了時		なし

提出書類 下記の場合は包括へ提出してください。

【ケアプラン変更時】

- ①支援計画書 ②評価表 ③基本チェックリスト

【終了時】

- ①評価表 ②経過記録

【事業対象者非該当時】

- ①基本チェックリスト ②経過記録 ③評価表

経過記録を記載する際、電話、訪問など方法をわかりやすく記載してください。

4-3 総合事業サービスの併用

訪問型サービス、通所型サービスのそれぞれについて、同じサービスの中での複数のサービス併用は原則行いません。サービスの併用については、下記の考え方を参考にしてケアプラン作成をしてください。

短期集中予防サービスの利用について

- 短期集中の予防サービスについては、通所型サービスCは専門職による短期の機能向上訓練等を目的としているため、他の通所型サービスとの併用は不可とします。
 - 短期集中の訪問サービスは、専門職による短期的に生活機能回復を目的とし、その後に自立し安定した在宅生活が見込まれる方が対象であるため、原則他の訪問サービスとの併用は不可とします。ただし、状態の改善（変化）が見られ、他の基準への移行が将来的に可能と見込まれる場合、併用を可能とします。
- ※他訪問サービスとの併用が不可欠と考えられるケースについては、ご相談ください。

障害者総合支援法のサービスとの優先順位について

- 従来の介護給付・介護予防給付と同様に、障害者総合支援法のサービスより総合事業のサービス利用の方が優先されます。

ケアマネジメントA対象者の住民主体の通所型サービスBの併用について

- 「ケアマネジメントA」により通所型サービスを利用する対象者が、住民主体の通所サービス（通所型サービスB）を本人が希望される場合に限り通所（参加）を併用可能とします。（本来はケアマネジメントにより状態像にあったサービス利用が望ましいです。）
- その際は、「住民主体の通所サービス（通所型サービスB）」実施団体から対象者を通じて「住民主体の通所サービス（通所型サービスB）計画連絡票」（P.46）の提出依頼がありますので、必要事項について記載します。

ケアマネジメント類型の選択

5-1 ケアマネジメント A

介護予防支援に準じた形で、原則的に行う介護予防ケアマネジメントで、指定事業所のサービスの利用、または短期集中の通所サービス・訪問サービスの利用の場に行います。

<p>基本的な考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防支援に準じた形で、原則的に行う介護予防ケアマネジメント。適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指す ○ 利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを利用するのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう専門的支援により心身機能の維持・改善を図っていく
<p>対象者の状態像</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① 認知機能の低下や精神・知的障がいにより日常生活に支障がある症状や行動を伴う状態 ② 退院直後やがん末期等で心身の状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要な状態 ③ 日常生活上の支援が必要な状態
<p>ケアプランの手順</p>	<ul style="list-style-type: none"> ① アセスメント ② 介護予防サービス・支援計画原案作成 ③ サービス担当者会議 (サービス開始時、プラン変更時、状態に変化があった時) ④ 介護予防サービス計画の確定・交付 (利用者の同意の上、事業所へ交付) ⑤ モニタリング (給付管理) 1ヶ月に1回：電話等 3ヶ月に1回：訪問 ⑥ 評価 (ア) ケアプラン作成後12ヶ月に1回提出する (イ) 総合的に判断し、ケアプランの見直しを行う (ウ) 改善が見られる場合は、基本チェックリストで確認し、非該当であれば終了とし、市へ提出する
<p>利用するサービス</p>	<p>従前訪問サービス 従前通所サービス 緩和型訪問サービス 緩和型通所サービス 短期集中の訪問サービス (訪問型サービスC) 短期集中の通所サービス (通所型サービスC)</p>
<p>ケアプラン様式</p>	<p>介護予防・サービス支援計画表 (従来のもの)</p>

基本報酬	442単位 加算については介護予防支援に準ずる
実施後の取り扱い	終了の場合は、引き続き地域での様々な通いの場や社会参加につなげるように支援していく

5-2 ケアマネジメント C

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービスの利用または、地域の予防活動その他の活動への参加の開始時にのみ行われるもの。

基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者自身が地域の介護予防活動や通いの場等に参加し、主体的に介護予防に取り組めることを目指す ○ 利用者の生活上のなんらかの困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、家庭や地域の中で役割を持って生活できるよう環境整備を図っていく ○ 特に、家庭での役割を担い、社会へ参加し、生きがいを持つ等の自己実現を図るために、セルフマネジメントを支援する
対象者の状態像	<ul style="list-style-type: none"> ① 何らかの生活機能低下がみられるが、身体介護はなく比較的安定している ② 理解・判断力があり、自己の心身の状況に対して自ら必要な支援等を調整できる能力を有する
ケアプランの手順	<ul style="list-style-type: none"> ① アセスメント ② 介護予防生活支援サービス計画書（ケアプラン C）の作成 ③ 利用者の同意のうえ、住民団体等へ「利用者基本情報（ケアマネジメント C）」（P.44）と「介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメント C）」（P.45）を送付 ④ 「住民主体の通所サービス（通所型サービス B）」もしくは「住民主体の訪問サービス（訪問型サービス B）」のみを利用するためのケアマネジメント C を実施した際は、翌月 15 日までに市へ「利用者基本情報（ケアマネジメント C）」と「介護予防・生活支援サービス計画書（ケアマネジメント C）」の各々の写しを提出
利用するサービス	<p>住民主体の訪問サービス（訪問型サービス B） 住民主体の通所サービス（通所型サービス B） 一般介護予防事業（からだ元気塾・歯つらつ健口教室）</p>
基本報酬	442単位 加算はなし
実施後の取り扱い	できるだけ利用者が地域で暮らし続けられるよう、地域での様々な通いの場や社会参加につなげるように支援を行う。利用者の心身の状況に変化があった場合などは、支援の再開について対応できるよう、住民主体の団体と連絡を取り合える体制を取る

サービス事業の種類と想定する状態像

6-1 住民主体型サービス

通所型サービス B

サービス内容	在宅の高齢者が通える2時間程度の通いの場です。 他の地域住民の参加者とともに地域の集会所等で介護予防体操やレクリエーション、趣味活動などを行います。
状態像	他者との交流、居場所、地域との繋がり、生きがいつくり等支援が必要な人
提供者	住民ボランティア団体等
利用回数	月1回程度（実施回数は、団体により異なります）
提供時間	2時間程度
加算	なし
利用者負担	実施団体が設定する利用料
ケアマネジメント	ケアマネジメント C

訪問型サービス B

サービス内容	住民ボランティア団体が、利用者の自宅で身体介護を伴わない買い物や掃除などの身の回りの援助を行います。
状態像	65歳以上の総合事業対象者、要支援1、要支援2に該当する方のうち、身体介護が不要な方
提供者	住民ボランティア団体等
利用回数	週2回を上限
提供時間	実施時間上限は、団体により異なります。
加算	なし
利用者負担	実施団体が設定する利用料
ケアマネジメント	ケアマネジメント C

6-2 短期集中型サービス

訪問型サービス C

サービス内容	保健・医療の専門職が、居宅等を訪問し、短期集中的に相談・指導を行います。
状態像	短期間の支援により機能回復や改善、在宅生活へ移行支援により安定した在宅生活が見込まれる人
提供者	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、保健師
利用回数	3か月以内で月2回程度
提供時間	概ね60分
加算	なし
サービス費	なし
利用者負担	なし
ケアマネジメント	ケアマネジメント A (⇒P.17 参照)

通所サービス C

サービス内容	健康運動施設等で体操や筋力トレーニング等の運動を行うサービスです。 ストレッチ・ボール体操・筋力トレーニング・レクリエーション等、各施設の特徴を生かした生活機能の向上に繋がる運動等を行います。 ※送迎は各委託事業所により、任意で行います。
状態像	退院後や病後などで、一時的な筋力低下などが認められる人
提供者	委託事業所
利用回数	概ね3か月間に12回
提供時間	60分
加算	なし
サービス費	なし
利用者負担	なし
ケアマネジメント	ケアマネジメント A (⇒P.17 参照)

6-3 緩和型サービス（松江市独自）

訪問型サービス A	
サービス内容	利用者自身のできることを増やし、安心して在宅で生活できるよう支援します。住居の掃除や洗濯、食事の準備や調理など、利用者の有する生活機能を向上するため日常生活上の補助的援助を行います。 ※入浴介助などの身体介護や本人以外の部屋の掃除や庭の草むしり、大掃除、家具の移動、ペットの世話などは含まれません。
状態像	○ 事業対象者 ○ 要支援 1、2 の内、障害高齢者の日常生活自立度「J1」・「J2」・「A1」かつ、認知症高齢者自立度「I」・「IIa」の人
提供者	指定事業者
利用回数	概ね週 1～2 回程度
加算	従前型と同等の加算、松江市独自加算
サービス費	週 1 回程度：1,061 円（+市独自加算 130 円）、週 2 回程度 2,118 円（+市独自加算 260 円）、週 2 回超：3,362 円（+市独自加算 390 円）
利用者負担	1 割～3 割（本人の所得・世帯状況などによる）
ケアマネジメント	ケアマネジメント A（⇒P.17 参照）

通所型サービス A	
サービス内容	利用者自身が目的意識を持ち、生活機能の向上のため機能訓練に取り組みます。通所施設に通い利用者の有する能力に応じ、機能訓練、その他レクリエーション、趣味活動などを行います。
状態像	○ 事業対象者 ○ 要支援 1、2 の内、障害高齢者の日常生活自立度「J1」・「J2」・「A1」かつ、認知症高齢者自立度「I」・「IIa」の人
提供者	指定事業者
利用回数	概ね週 1～2 回程度
加算	従前型と同等の加算（事業所評価加算除く）、松江市独自加算
サービス費	週 1 回程度：1,696 円（+市独自加算 130 円）、週 2 回程度 3,415 円（+市独自加算 260 円）
利用者負担	1 割～3 割（本人の所得・世帯状況などによる）
ケアマネジメント	ケアマネジメント A（⇒P.17 参照）

6-4 従前型サービス

訪問サービス	
サービス内容	ホームヘルパーが自宅に出向いて身の回りの世話をする在宅サービスです。利用者の能力に応じた生活機能の向上のため、身体介護、生活援助を提供します。
状態像	要支援1・2の内、 障害高齢者の日常生活自立度「A2」、「B1」、「B2」、「C1」、「C2」 若しくは、認知症高齢者自立度「IIb」、「IIIa」、「IIIb」、「IV」、「M」の人
提供者	指定事業者
職種	管理者
利用回数	概ね週1～2回程度
サービス費	週1回程度：1,176円、週2回程度2,349円、週2回超：3,727円
利用者負担	1割～3割（本人の所得・世帯状況などによる）
ケアマネジメント	ケアマネジメントA（⇒P.17参照）

通所サービス	
サービス内容	食事・入浴・排泄などの日常生活の支援や機能訓練、レクリエーション等による生活機能向上の支援
状態像	要支援1・2の内、 障害高齢者の日常生活自立度「A2」、「B1」、「B2」、「C1」、「C2」若しくは、 認知症高齢者自立度「IIb」、「IIIa」、「IIIb」、「IV」、「M」の人
提供者	指定事業者
職種	管理者、看護職員、従事者
利用回数	週1～2回程度
サービス費	週1回程度：1,798円、週2回程度3,621円
利用者負担	1割～3割（本人の所得・世帯状況などによる）
ケアマネジメント	ケアマネジメントA（⇒P.17参照）

一般介護予防事業

65歳以上の松江市民が対象です。

7-1 なごやか寄り合い

問い合わせ先	地区の公民館・自治会等 (実施会場は、 松江市社会福祉協議会ホームページ 、 高齢者お役立ち情報 をご覧ください)
サービス内容	地区の集会所等で行っている高齢者の集いの場
対象者	実施会場の該当の地区又は自治会等の人
提供者	地域の世話人（自治会役員・民生児童委員・福祉推進員 等）
自己負担	実費 等

7-2 からだ元気塾

問い合わせ先	松江市介護保険課 介護予防係 55-5568
サービス内容	各地区で行う、週1回開催する運動教室 希望者には、送迎があります
対象者	65歳以上で、体力低下などの不安がある人 集団指導の運動教室に参加が可能な人 (個別の身体介護や援助が必要な方、要介護1以上の方は不可)
提供者	健康増進・介護サービス事業所 等
自己負担	1回 500円
利用回数	週1回程度
提供時間	1時間程度

7-3 歯つらつ健口教室

問い合わせ先	松江市介護保険課 介護予防係 55-5568
サービス内容	歯科医院で、口腔の機能検査や評価、口腔機能の維持・向上をするための教室
対象者	65歳以上の人
提供者	市内協力歯科医院
自己負担	1回 200円
利用回数・時間	全2回（月1回）、1回30分程度

7-4 リハビリテーション専門職派遣事業

問い合わせ先	松江市介護保険課 介護予防係 55-5568
サービス内容	リハビリテーション専門職を派遣して、指導や助言を行います。 ○ 通いの場におけるレクリエーション等の指導、助言。 ○ 介護事業所等におけるレクリエーション等の指導、助言。 ○ ケアマネジャー等と高齢者の自宅へ同行訪問。 自立支援に向けたアセスメントの支援や高齢者の有する能力を評価し、改善の可能性に向けた助言や生活環境を整えるための福祉用具などへの助言。
対象者	○ 65歳以上の高齢者が通う場所 ○ ケアマネジャーやデイサービスなどに係る介護職員など
提供者	医療機関・介護事業所等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
自己負担	無料

請求・利用限度額管理

8-1 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費

- 介護予防ケアマネジメントには、「介護予防支援費」と「介護予防ケアマネジメント費」があります。
- 総合事業サービスのみ利用の場合は、「介護予防ケアマネジメント費」、予防給付サービス（総合事業サービス併用も含む）利用の場合は「介護予防支援費」となります。

8-2 総合事業のうち給付管理の対象となるサービス

総合事業のうち、給付管理の対象となるサービスは下記の4つです。

- 訪問サービス（従前相当型）（サービス種類コード：A 2）
- 通所サービス（従前相当型）（サービス種類コード：A 6）
- 訪問型サービス A（緩和型）（サービス種類コード：A 2,市独自加算コード：A3）
- 通所型サービス A（緩和型）（サービス種類コード：A 6,市独自加算コード：A7）

8-3 1 か月あたりの支給限度額

事業対象者は、1 か月あたりの支給限度額が要支援1相当であることに留意して相談受付を行ってください。

要支援・事業対象者の1 か月あたりの支給限度額

認定区分	利用可能サービス	1 か月あたりの支給限度額
要支援認定者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 予防給付のみ ○ 予防給付＋総合事業サービス ○ 総合事業サービスのみ 	要支援1：5,032 単位 要支援2：10,531 単位 （従来どおり）
事業対象者	総合事業サービスのみ	5,032 単位 但し、利用者の状態によっては、 要支援2の限度額までを2か月間 利用可能とする。

8-4 区分支給限度額変更申請

事業対象者は要支援 1 相当の支給限度額が適用となりますが、下記の状態に該当する場合は、要支援 1 相当の支給限度額を超えて要支援 2 相当までの支給限度額が適用されます。

対象者

○ 訪問型サービス ※①～③すべてに該当することが必要です。

- ① 退院直後等で、集中的に訪問サービスを利用することが本人の自立支援に資するとケアマネジメントにおいて判断した場合
- ② 単身、同居の家族に家事の実施が困難な状況がある
- ③ IADL の項目にできないことがある

○ 通所型サービス

退院直後等で、集中的に通所サービスを利用することが本人の自立支援に資するとケアマネジメントにおいて判断した場合

必要な手続き

介護保険課に下記の書類を提出の上、申請してください。

- ① 総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書 (P.33)
- ② 介護予防・生活支援サービス計画書の写し
- ③ サービス担当者会議の要点をまとめた経過記録等の写し

提出上の留意点

利用期間は、最大 2 か月です。

2 か月を超えて、支給限度額を超えるサービスの継続の必要がある場合は、認定手続きを検討してください。

※各地域包括支援センター、松江市介護保険課へご相談ください。

様式・資料編

9-1 確認票（松江市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票）

松江市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

※相談される人は、下記太枠内を記入してください。

相談日	令和 年 月 日 ()			相談 受付場所	包括・居宅支援事業所・介護保険課・支所			包括以外の対応者は記入↓ 担当包括エリア
				対応者	事業所名			
本人	被保険者番号				生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	フリガナ				性別	男・女	年齢	満 歳
	名前				電話番号			
	住所	松江市						
代理人	名前				続柄			
	住所				電話番号			

【相談対応者確認欄】 ※要介護認定③該当者は、有効期間終了後にこの事業の対象となることを説明し、相談対応してください。

要介護 認定	①申請歴なし ②申請歴あるが現在認定なし ③現在認定あり			総合事業の該当	なし・あり
	③該当者記載欄	介護度	要支援 1・2 要介護()	有効期間	令和 年 月 日～ 年 月 日

□ 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 ※相談対応者は必ず説明し、☑してください

【相談内容確認】 ※下記内容について聞き取りで確認し、該当項目のチェック欄に☑してください。

項目	No.	確認事項	チェック欄
利用 希望 する 内容	1	「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用して自分で生活したい。 ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	2	「通所介護」を利用して、今の生活を維持したい。 ※回数・内容等はケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3	下記の介護予防サービスを利用したい(希望するサービスに○) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 福祉用具レンタル 5. 訪問入浴 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス 8. 福祉用具購入	<input type="checkbox"/>
	4	介護予防としての住民の通いの場や健康教室等を利用したい。	<input type="checkbox"/>
	5	介護予防としての住民の通いの場や健康教室等の支援のための活動に関わりたい。	<input type="checkbox"/>
本人 の 状態	6	一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる	<input type="checkbox"/>
	7	身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる	<input type="checkbox"/>
	8	かかってきた電話の対応や伝言が正しく行うことができる	<input type="checkbox"/>
	9	歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない	<input type="checkbox"/>
	10	大きな病気やけがで入院又は療養中である。または主治医・医療機関から勧められた	<input type="checkbox"/>

【判断基準】 ※上記チェック状況から、該当のチェック欄に☑して、必要な手続きを進めてください。

No.1、2のいずれか、かつNo.6～8のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象者です 市職員が相談対応した場合は担当包括を紹介し、連絡がある旨、伝えてください。	<input type="checkbox"/>
No.3、9、10のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>
No.4、5のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 一般介護予防事業及び運営団体を紹介してください。	<input type="checkbox"/>
◎すぐにサービスが必要：() 包括支援センターに連絡 ⇒ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/>

※基本チェックリストを実施した場合は、松江市基本チェックリスト・確認票・介護予防ケアマネジメント作成依頼書を介護保険課(認定係)へ提出願います。

※居宅支援事業所等がチェックリストを実施した場合は、**対象者居住地担当の地域包括支援センターへ提出**してください。(直接、松江市に提出しないこと)

介護保険課確認欄	
負担割合証	発行・既発行()
介護認定	無・有() まで <small>※介護認定有の場合のみ</small>
総合事業の開始日	
発送日・者	/

(2022.4月改定)

9-2 松江市基本チェックリスト

松江市基本チェックリスト

実施日 令和 年 月 日

氏名		実施場所 ()地域包括支援センター 自宇・その他()・市窓口	要介護(要支援)認定申請 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所		生年月日	年 月 日 歳
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 1.訪問サービス <input type="checkbox"/> 2.通所サービス <input type="checkbox"/> 3.その他()	性別	記入者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
No.	質問項目	回答 (いずれかに✓をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> 0.はい	<input type="checkbox"/> 1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.はい	<input type="checkbox"/> 0.いいえ

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

自分の健康状態をどのように感じますか 1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない

基本チェックリストの結果は松江市、地域包括支援センター及び居宅介護支援センターへ提供し、今後の総合事業に活用させていただきます。結果を提供することについて同意していただけますか。

同意する 同意しない

令和 年 月 日 氏名(本人)

実施地域包括支援センター	地域包括支援センター	実施者名
--------------	------------	------

チェックリスト判定	生活総合 No.1～20	運動 No.6～10	栄養 No.11～12	口腔機能 No.13～15	外出 No.16～17	もの忘れ No.18～20	こころの健康 No.21～25	市 確認用
	0 /20	0 /5	0 /2	0 /3	0 /2	0 /3	0 /5	
該当基準	10以上	3以上	全該当	2以上	No.16のみ	1以上	2以上	
判断結果	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当	非該当	

基本チェックリストの考え方

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、松江市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	バスや電車で一人で外出していますか	家族の付き添いなしで、一人でバスや電車を利用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。なお一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物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段の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	この一年間に転んだことがありますか	この一年間に「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カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	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	身長、体重は整数で記載してください。体重は一カ月以内の値を身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて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	お茶や汁物等で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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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	週によって外出の頻度が異なる場合は、過去1か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「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるといわれますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「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ている場合や、誰かにダイヤル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。月と日の一方しかわからない場合には「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)以前は楽にでき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	

9-3 日常生活自立度

① 障がい高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

② 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多く見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	II b 家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	III a 日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	III b 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

9-4 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

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)	〈新規〉 ✓ 新規で要支援、事業対象者となり、サービス利用を開始する場合 ✓ 要支援から事業対象者（逆も同じ）となり、サービス利用を開始する場合 〈変更〉 ✓ 既に要支援、事業対象者として届出を提出しているが、その後委託事業者が変更になる場合 ✓ 包括が変更になった場合	
被保険者氏名 フリガナ	明・大・昭 年 月 日 男・女	
要支援1・2の場合 チェックする	<input type="checkbox"/> 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所 <input type="checkbox"/> 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	
事業対象者の場合 チェックする	事業所名 ・事業所番号	介護予防支援事業所の所在地 〒 地域包括支援センターの所在地 電話番号 ()
介護予防支援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・事業所番号	居宅介護支援事業所の所在地	〒
電話番号 ()		
サービス開始・変更年月日	(年 月 日)	
介護予防支援事業所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事由等		
届出年月日を記入。 (基本チェックリスト実施日≦届出年月日) ※要介護(要支援)認定者が更新申請を行わずに引き続き「事業対象者」とする場合は、認定有効期間満了日の翌日1日の日付で届出を行ってください。	〈事業所が変更になる日付の例〉 ✓ 居宅支援事業所へ委託していたが委託をやめた場合 ✓ 委託する事業所が変更になった場合等	
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作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼すること		
年 月 日 住所 被保険者 氏名 代筆者氏名 ※本人が記入できない場合は代筆者が	認定区分が事業対象者あるいは要支援1・2に変更になった日付。 この日が「事業対象者」としての有効開始年月日になります。 (例) ①事業対象者が、介護認定申請をして要支援になった場合(認定申請日) ②要支援認定者が更新申請しないで、チェックリストにより事業対象者になった場合(要支援認定終了日の次の日を記入する)	
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 申請中（新規・変更・更新） <input type="checkbox"/> 同日受付 <input type="checkbox"/> 被保険者証（回収・不要）	

- (注意)
- この届出書は、要支援認定の申請時若しくは、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに松江市へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画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又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず松江市に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

※各包括支援センターから提出してください。

令和3年2月改定（松江市）

9-5 区分支給限度額変更申請書

様式第1号（第4条関係）

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

（あて先）松江市長

（申請者） 事業所名 _____

担当者名 _____

1 被保険者名

2 被保険者番号

3 住所

4 現在利用しているサービス

訪問サービス

訪問型サービスA

通所サービス

通所型サービスA

その他（ _____ ）

5 区分支給限度額変更の理由

1.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ため。

2.その他（ _____ ）

6 ケアプランの目標期間

年 月 日 ～ 年 月 日

7 次回見直し時期

年 月 日

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点

9-6 医師とケアマネジャーとの連絡票

医師とケアマネジャーとの連絡票																		
										令和	年	月	日					
宛先	医療機関名				事業所名													
	医師				先生				発信元				担当介護支援 専門員氏名					
	TEL		()		-		TEL		()		-		FAX		()		-	
	FAX		()		-		FAX		()		-							

下記の件につきご意見を伺いたと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな氏名				介護度		未申請		申請中		総合事業対象者・要支援1・要支援2												
							要介護		1		2		3		4		5						
住所				TEL		()				-													
生年月日		明		大		昭		年		月		日		()		歳		性別		男		女	
サービス状況	月		火		水		木		金		土		日		その他のサービス								

連絡目的																							
利用者の照会・相談など																							
	回答希望		<input type="checkbox"/> 至急回答をお願いします。						<input type="checkbox"/> 回答をお願いします。						<input type="checkbox"/> 確認のみをお願いします。								

医師からの回答書（返信）

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。																							
連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。																						
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。																						
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。																						
	サービス担当者会議に		()		出席		・		欠席		()		※欠席の場合はご意見をお願いします。										
回答・助言等																							
											令和	年	月	日	氏名								

9-7 歯科医師とケアマネジャーとの連絡票

歯科医師とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名	
	歯科 医師	先生	発信先	担当介護支援 専門員氏名
	TEL	() -	TEL	() -
	FAX	() -	FAX	() -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	ふりがな 氏名	介護度		申請中 要介護	要支援1 1	要支援2 2・3・4・5		
	住所	TEL	()	-				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	() 歳	性別	男・女
サービス 状況	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス
連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など							
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談							
	<input type="checkbox"/> 訪問診療の依頼							
	<input type="checkbox"/> 飲み込みについて							
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて							
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について							
利用者の 照会・ 相談	<input type="checkbox"/> その他							

歯科医師からの回答書（返信）

	<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・ 助言等	
	令和 年 月 日 氏名

ご不明な点は松江市歯科医師会事務局 ☎0852-23-4418 (9:00~15:00) までお問い合わせ下さい。
松江市歯科医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成29年8月作成)

「基本情報・情報提供書」の書き方

記載内容やポイント

- 本人や家族などの聞き取りから、本人の状態像や生活全般の状況を把握し情報を共有します。
主訴や生活歴・生活状況や家族歴・病歴・日常生活自立度や家屋の状況などに関する情報は、アセスメントのあらゆる項目に関連していくものになります。
- 身体状況、ADL等の状況、IADL等の状況の項目で現在の状況を選択し、特記欄で詳しく、どのような状況か記載します。

① 家族状況等

- 家族の介護力や介護する姿勢（どのように向き合っているのか）家事力や家族以外の支援の状況などを確認します。

② 医療情報 服薬状況

- 複数の疾患や障害を抱えている場合があります。健康状態を確認する中で医療情報や服薬について確認します。

③ 生活に対する意向

- 利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが「その人らしさ」を掴むヒントになります。
- 「～してみたい」「～できるようになりたい」など目的設定ができるよう会話を進めていきます。

④ 生活歴

- 生活歴を確認します。
- なぜ、相談をしたのか？相談に至る経過など記載します。
- その人を取り巻く環境など確認します

⑤ 1日の過ごし方 活動・趣味

- 社会的活動（老人会・地域のサロン・趣味・サークルなど）、楽しみ、特技など記載します。

⑥ 身体状況

- 身体状況や行きたい場所に移動する為の状況を確認します。
- 動きにくさがある場合、痛みによるものなのか、可動域制限によるものなのか、麻痺によるものなのか具体的に記載します。
- 各項目について、具体的な状況の特記部分に記載します。

⑦ ADL等の状況

- 本人の状況や介助をどのように受けているのかを特記部分に記載します。

⑧ IADL状況

- 各項目について、本人や家族などがどこをどのように行っているのか確認します。
- 本人や家族などがどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかについて共通認識となっていることが大切です。

9-9 ケアマネジメントA 様式② (介護予防サービス・支援計画書)

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) (介護予防支援・介護予防ケアマネジメント)

No. _____ 利用者名 _____ 様 () 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 元号選択 _____ 年 月 日 元号選択 _____ 年 月 日 元号選択 _____ 年 月 日 元号選択 _____ 日 初回作成日 (初回作成日) _____ 年 月 日 元号選択 _____ 年 月 日 元号選択 _____ 日 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

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) _____ 担当地域包括支援センター: _____

1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標についての支援ポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービスまたは地域支援事業(民間サービス)	サービス種別	事業所	期間
③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮

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
 本来自らへの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
 ⑰

⑱

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
0/5	0/2	0/3	0/2	0/3	0/5

【意見】
 地域包括支援センター
 ⑳

総合的の方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント
 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 印

「介護予防サービス・支援計画書」の書き方

① 1日の目標

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でも可能。

② 1年の目標

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。

③ アセスメント領域と現在の状況 **重要**

- 状態の客観的事実を4領域に分けて書く。
- 主観的な判断や思いは書かない。
- できるか、できないか。
- しているか、していないか。
- 誰が手伝っているか。

運動・移動について

- ・ 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
- ・ 自宅や屋外での移動
- ・ 交通機関を使つての移動状況

日常生活（家庭生活）について

- ・ 日常に必要な品物の買い物状況
- ・ 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

- ・ 家族や友人との関係、交流状況
- ・ 友人を招いたり友人宅を訪問する状況
- ・ 家族や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

- ・ 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

④ 本人・家族の意欲・意向

- 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。
「○○できるようにになりたい」「○○をやりたいくない」と記載し、利用者・家族の認識が明確にし、**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。

⑤ 領域における課題（背景・原因）

- 各アセスメント領域において、生活上の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かを記入する
- 課題がある場合、「□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「□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・物理環境、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、領域ごとに記載する。

⑥ 総合的課題

- 各領域における課題を総合して全体像をとらえる。
- 領域における各課題共通の要因背景等と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方が、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。

⑦ 課題に対する目標と具体策の提案

「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。

- この目標は、利用者や家族に対して、専門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、二次予防事業や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。
- 具体的には、「○○が必要」「○○を行う」と記載し提案する。次の項目「具体策についての意向」で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。

例) 「目標」3か月後には一人で□□まで歩いて行けるようになる。

「具体策」①▼▼を利用して△△を行う。②誰々が■■を行う

⑧ 具体策についての意向 本人・家族

- 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はなく、具体策の同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。

⑨ 目標

- 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はそのまま転記する。
- 数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。

例) ・ひとりで～まで歩いていけるようになる。

・1日1度は肉か魚を食べる。

⑩ 目標についての支援のポイント

- 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記載すべき事項を記載する。

⑪ 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）

- 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。）

例) 家族で一緒に鉢植えの手入れを行う。・近所の友人と連れだって、買い物に出かける。

⑫ 介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）

- 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。（訪問介護等サービス種類の記載ではない）
- 「掃除」や「買い物」「リハビリ」だけではなく、「どこの掃除をどのように行うのか。代行するのか共に行うのか」等記載する。

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。

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。

⑬ サービス種別

- 左側の支援内容に適したサービス内種別を具体的に記載する。
- 介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。
- 運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。

例) 介護予防訪問介護Ⅱ・特殊寝台・配食サービス、ふれあい給食など

⑭ 事業所（利用先）

- 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、誰が行うか明記する。

⑮ 期間

- 「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。
- 「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。
- 「期間」の設定においては「設定の有効期間」も考慮する。
- 回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。

⑩ 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）

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

**⑪ 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**

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

⑫ 総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

⑬ 基本チェックリストの（該当項目数）を記入ください

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

⑭ 地域包括支援センター 確認

- 居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。
- 意見欄→確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する。

意見については、特になければ無理に記入する必要はない。

9-10 ケアマネジメント C 基本情報

様

利用者基本情報

担当地域包括支援センター () 地域包括支援センター 記入年月日 令和 年 月 日

計画作成事業所	TEL () -
担当者氏名	FAX () -

ふりがな 利用者名	性別	生年月日	年 月 日 () 歳
住 所	本人 連絡先	自宅	() -
		携帯	() -
認定情報 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	緊急 連絡先	①	() -
		②	() -

《生活に関すること》

趣味 特技 楽しみ	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 趣味や特技、楽しみ、続けていることについての状況 仕事や地域での役割、行っている状況など </div>
-----------------	---

《病気に関すること》

病名	医療機関	医師名	電話
			() -
			() -
			() -

備考	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> ・サービス利用にあたっての注意事項 ・生活の目標、意欲を高めることに繋がる「●●をしてみたい」「▲▲に参加したい」「■■ができるようになりたい」といった意向 </div>
----	--

9-11 ケアマネジメント C サービス計画書

介護予防・生活支援サービス計画書

担当地域包括支援センター () 地域包括支援センター 作成年月日 令和 年 月 日

計画作成事業所	担当者氏名
---------	-------

利用者名	様	性別	生年月日	年 月 日 () 歳
住所	認定情報		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	

目標	
本人及びご家族の意向	

困っていること	自分で取り組むこと	サービス内容

記載例：
 サービス依頼団体
 「〇〇自治会 〇〇の会」
 実施回数 「週2回」
 実施時間 「1回30分」
 依頼開始日 〇月〇日～

サービス内容：
 ごみ捨て、買い物、通所

サービス依頼団体	実施回数
実施時間	依頼開始日

留意事項	目標についての支援ポイントを記入 住民主体サービス（サービスB）実施団体への連絡事項など
------	---

上記内容について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名（自署）

9-12 住民主体通所サービス計画連絡票

(様式第 号)

住民主体通所サービス(通所型サービスB)計画連絡票

住民主体通所サービス実施団体 様

以下のとおり、利用者が貴団体の住民主体通所サービス(通所型サービスB)を利用しますのでお知らせします。

依頼日 令和 年 月 日

計画作成事業所		担当者氏名	
---------	--	-------	--

利用者名	様	性別		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所				認定情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2

サービス実施団体	
会場	
利用開始日	

9-13 介護予防支援・サービス評価表

利用者氏名 _____ 介護予防支援・サービス評価表 _____ 評価日 _____
 計画作成者氏名 _____

目 標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標を達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標を達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
総合的な方針						
⑧			⑨			
			地域包括支援センター意見 <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 終了 <input checked="" type="checkbox"/> ⑩ 総合事業 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 終了			

「介護予防支援・サービス評価表」の書き方

① 目標

- 「介護予防サービス・支援計画表」に記載している合意を得られた最終の具体的な目標を転記します。

② 評価期間

- 「介護予防サービス・支援計画表」の「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記します。

③ 目標達成状況

- 評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載します。
- 評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果等から情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと併せて利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

【達成した場合の記載例】

例) 1人で〇〇まで行くことができた。

【達成できなかった場合の記載例】

例) ~までには〇〇のため、いならなかったが、××まで行くことができた。1人では行けないが、誰かが付き添えれば行けるようになった。

④ 目標：達成／未達

- 目標を達成した場合には「○」を、未達成の場合には「×」をつけます。

⑤ 目標達成しない原因（本人・家族の意見）

- なぜ目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載します。
例) もう少しで〇〇まで歩けると思っていたが、天気の悪い日が続き、思ったように外出できなかった。

⑥ 目標達成しない原因（計画作成者の評価）

- 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、ケアプラン作成者としての評価を記載します。
- 本人・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性やサービスの入れ方について評価する。もしくは、新たな課題の発生がなかったかも含めて分析します。
例) □□が原因で~をしづらくなったために、目標の☆☆には至らなかったが、××の段階までは到達できた。
目標達成のために歩行距離を伸ばそうと頑張っていたが、外出時に転倒したことから、不安が増大し、意欲が低下してしまい、当初の目標に届かなかった。支援経過において、目標のハードルを少し下げるなどの工夫を検討する必要があったのではないかと考える。

⑦ 今後の方針

- ケアプラン作成者としての意見をまとめます。
- 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載します。

例) 当初の目標は達成され、歩行能力の改善も見られており、ご本人の生活意欲も向上している。そのため、あきらめかけていたハイキングなどへの再開にも希望を持ち始めている。デイケアでの運動の選択メニューに関しては、もう少し継続し歩行能力の状況を勘案しながら、終了時期の検討を行っていきます。

⑧ 総合的な方針

- 今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載します。

⑨ 地域包括支援センター意見

- 居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して記載します。ケアプランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化などの判定をし、その根拠も記載します。ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託されたケアプラン作成者の方針の統一を図る必要があります。

⑩ プラン継続・プラン変更・終了

- 基本的に「プラン変更」になります。
「継続」はまれなケース。例えばケアプラン中に一時的な入院等があり、プランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく、改めて同じプラン内容を実施する場合など。
「終了」はサービスが不要になり、プランニングの必要がなくなった時。
- 目標達成した場合、地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものにレ点をつけます。

9-15 興味・関心チェックシート

【興味・関心チェックシートとは】

- 対象者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握
- 自分の生活行為を思いつかない場合のヒント

【興味・関心チェックシートの手順】

- シートの記入方法
- ①各項目の、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたいか」意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

【注意】 このシートの著作権は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており本シートの全部または一部の内容の変更等は著作権上の例外を除いて禁じられています。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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

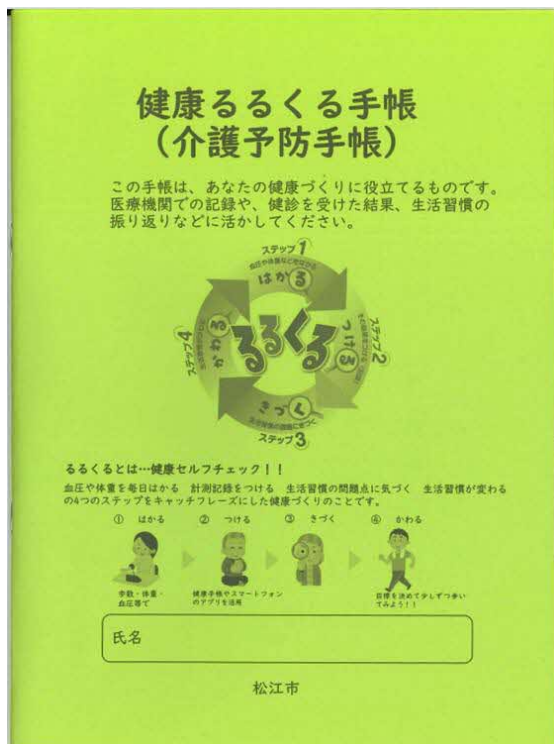
(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」

一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

9-16 健康るるくる手帳(介護予防手帳)

健康るるくる手帳の活用

健康るるくる手帳は、健康づくりの啓発や、セルフケアマネジメントの推進を図るツールとして、自発的な健康づくり・介護予防の取り組みを支援します。



健康るるくる手帳

- 健康の記録
- 血圧・体重の記録
- 健康づくりと介護予防
- 認知症に早く気付くためのチェックリスト
- 介護予防事業について
- 地域包括支援センター・サービス担当者の連絡先
- 介護や介護サービスの記録

配布について

健康るるくる手帳は、介護保険課・地域包括支援センター等にありますので、利用者の方の健康づくりにご活用ください。

10-1 サービス全体の概要版

サービス・活動事業の内容

◆訪問型サービス

ヘルパー等が訪問して調理や掃除等を利用者とともにに行い、利用者自身が日常生活を送る上でできることを増やせるよう支援します。

	短期集中型訪問サービス (訪問型サービスC)	住民主体の訪問サービス (訪問型サービスB)	松江市独自の訪問サービス (訪問型サービスA)	従前の訪問サービス (従来の訪問サービス)
内容	◎利用者に対して事前に個別サービス計画を作成し、下記の内容を組み合わせて実施する。 ・生活機能に関する課題分析並びにアセスメント及びスクリーニングの実施 ・運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上等の介護予防のための助言、指導 ・個別プログラム又は活動及び参加の継続に向けての動機付け ・総合事業への参加その他の社会参加への支援 ・上記に掲げる事項のほか、利用者の自立支援に資する取組み	◎利用者の介護予防、自立支援に効果が高いと認められるもの ・買い物 ・洗濯 ・日常的な掃除 ・調理の援助 ・ベッドメイク (シーツ交換など) ・こみ出し	◎住居の掃除や洗濯、食事の準備や調理など、利用者の有する生活機能を向上するための補助的援助 (※身体介護は含まない)	◎掃除・洗濯・食事の準備・調理等の生活援助 ◎入浴、排泄、服薬介助等の身体介護
対象者	◎65歳以上の総合事業対象者、要支援1 要支援2に該当する方のうち、 ・生活指導や助言により、生活機能の向上、病気の重症化予防、低栄養予防に種んがることを見込まれ、介護予防につながる方 ・サービス実施により、自立又はサービス・活動事業や一般介護予防事業等の社会参加につながるが見込まれる方(※上記すべてに該当される方)	・65歳以上の総合事業対象者、要支援1・要支援2に該当する方のうち、身体介護が不要な方	・事業対象者の方 ・心身の状態が自立に近い要支援1・2の方 (※松江市の判定による)	・認知機能や身体機能が低下している要支援1・2の方 (※松江市の判定による)
提供する人	栄養士、(委託)、リハビリテーション専門職(委託)	住民団体、NPO 団体、ボランティア団体など	訪問介護事業所のヘルパー または松江市指定の従事者研修の修了者	訪問介護事業所のヘルパー
1月あたりの自己負担(目安) ※1割負担の場合	無料 ★訪問期間 3ヶ月以内(月2回を基本) ★提供時間 1回60分程度 (訪問期間は対象者の状況により協議して6ヶ月まで延長可能)	サービス実施主体が定める	月毎に定額の利用料になります。 (金額は独自加算と算定した場合) ★週1回の利用 1,061円 ★週2回の利用 2,118円 ★週2回を超える利用 3,362円 要支援2の方と※1に該当する ◎上記のほか、加算があります。 事業対象者要支援1・2の方	月毎に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,176円 ★週2回の利用 2,349円 ★週2回を超える利用 3,727円 ◎上記のほか、加算があります。

※1 退院直後で、集中的にサービスを利用することが自立に資するとケアマネジメントで判断した事業対象者

◆通所型サービス

通所介護事業所等で、生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニング等のサービスが日帰りで受けられます。

	短期集中型通所サービス (通所型サービスC)	住民主体の通所サービス (通所型サービスB)	松江市独自の通所サービス (通所型サービスA)	従前の通所サービス (従来の通所サービス)
内容	・実施前のアセスメント(参加者の健康状態、生活習慣、体力測定などの個別の状態の把握) ・プログラム実施(個別支援計画に基づき、ストレッチ、ボール体操、筋力トレーニング、水中運動、レクリエーション等、各施設等の特徴を活かしたプログラムの提供) ・実施後のアセスメント及び評価	◎体操、運動等の活動など、介護予防に資する活動を行う自主的な通いの場(おおむね2時間程度)	◎通所介護施設に通い、利用者の有する能力に応じ、機能訓練、その他レクリエーション、趣味活動など行う	◎食事・入浴・排泄などの日常生活の支援 ◎機能訓練やレクリエーション等による生活機能向上の支援
対象者	◎65歳以上の総合事業対象者、要支援1、要支援2に該当する方のうち、 ・生活指導や助言により、生活機能の向上、病気の重症化予防、低栄養予防につながるが見込まれ、介護予防に繋がらう方 ・サービス実施により、自立又はサービス・活動事業や一般介護予防事業等の社会参加につながるが見込まれる方 ・送迎(任意)は対応可能な事業所が実施 (※上記すべてに該当される方)	・65歳以上の総合事業対象者、要支援1・要支援2に該当する方	・事業対象者の方 ・心身の状態が自立に近い要支援1・2の方 (※松江市の判定による)	・認知機能や身体機能が低下している要支援1・2の方(※松江市の判定による)
提供する人	市内の健康増進施設、介護保険施設等	住民団体、NPO 団体、ボランティア団体など	通所介護事業所	通所介護事業所
1月あたりの自己負担(目安) ※1割負担の場合	1回毎の利用料になります ★通所期間 12回(週1回程度、概ね3ヶ月) ★提供時間 1回60分	サービス実施主体が定める。	月毎に定額の利用料になります。 (金額は独自加算と算定した場合) ★週1回の利用 1,696円 (事業対象者要支援1・2の方) ★週2回の利用 3,415円(要支援2の方※1) ◎上記のほか、加算があります	月毎に定額の利用料になります。 ★週1回の利用 1,798円 ★週2回の利用 3,621円 ◎上記のほか、加算があります

※1 退院直後で、集中的にサービスを利用することが自立に資するとケアマネジメントで判断した事業対象者

出かけて参加(通所)

短期集中型サービス通所C

体操や筋力トレーニング等による生活機能の向上につながる運動
概ね3か月間に12回

無料

住民主体型サービス通所B

地域ボランティアなどによる介護予防体操やレクリエーション
月1回程度(団体により異なります)

利用先の団体が定める額



緩和型サービス通所A

生活機能の向上のための機能訓練、レクリエーション

(1月あたり)
1,707円/週1回程度
3,493円/週2回程度



従前型サービス通所

食事・入浴・排せつなどの日常生活の機能向上のための支援、レクリエーション

(1月あたり)
1,672円/週1回程度
3,428円/週2回程度



対象となる人

基本チェックリストで事業対象者となった人

要支援1・2 (緩和型)

要支援1・2 (従前型)

要支援1・2 (従前型)

自宅に来てもらう(訪問)

短期集中型サービス訪問C

専門職が短期集中的に訪問し栄養指導、リハビリテーション指導などを行う

無料



住民主体型サービス訪問B

地域ボランティアなどによる掃除・洗濯・食事の準備等の生活援助

利用先の団体が定める額



緩和型サービス訪問A

身体介護を含まない、掃除・洗濯・食事の準備等の生活援助

(1月あたり)
1,191円/週1回程度
2,378円/週2回程度
3,752円/週2回超



従前型サービス訪問

生活機能向上のための身体介護・生活援助

(1月あたり)
1,176円/週1回程度
2,349円/週2回程度
3,727円/週2回超



松江市介護予防ケアマネジメントマニュアル

2026（令和8）年4月発行

発行者 松江市健康福祉部 介護保険課
島根県松江市末次町86
電話 0852-55-5568（介護予防係）/0852-55-5936（認定係）
FAX 0852-55-6186
メール kaigohoken@city.matsue.lg.jp