

令和8年度 羽曳野市
介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)
業務の手引き

※変更点や通知等の最新情報については、ケア倶楽部
(<https://carepro-navi.jp/habikino/StaffLogin/login>) にログインし確認してください。

羽曳野市保健福祉部高齢福祉介護課
羽曳野市地域包括支援センター
羽曳野市西圏地域包括支援センター
羽曳野市中圏地域包括支援センター
羽曳野市東圏地域包括支援センター

令和8年4月

はじめに

「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）」は、介護保険法の理念に基づき、高齢者が要介護状態となることを防止するとともに、可能な限り住み慣れた地域において、自立した日常生活を営むことが出来るように配慮して行われるべきものです。本市の介護予防ケアマネジメントの基本方針・実施手順を整理し、共有することで、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図るため、本手引きを策定します。

介護保険法（抄）

（目的）

第一条 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。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第四条 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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

羽曳野市 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）
業務の手引き

もくじ

第1章 介護予防・生活支援サービス事業

- 1 羽曳野市の考え方
 - 2 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の構成
 - 3 介護予防・生活支援サービス事業
 - (1) 対象者
 - (2) 介護予防・生活支援サービス事業
 - ① 訪問型サービス
 - ② 通所型サービス
 - ・事業所の一覧について
 - ③ 介護予防ケアマネジメント
 - 【羽曳野市短期集中予防サービスとは】
 - (3) 一般介護予防事業
 - ① スポット訪問について
 - ② モニタリング訪問について
- ・介護予防ケアマネジメントの類型と報酬

第2章 介護予防ケアマネジメントの手順

- 1 介護予防ケアマネジメントについて
- 2 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約
- 3 介護予防支援業務
 - (1) 介護予防支援業務の流れ
 - (2) 介護予防支援の手順
 - ① 個人契約の締結
 - ※ 居宅届について
 - ② 現場型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）
 - ③ 予防プラン原案の作成
 - ④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更
 - 【机上型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）】
 - <介護予防サービス・支援計画表等の作成および地域包括支援センターへの提出物について>
 - ⑤ 給付管理と委託料請求
 - 【各圏域地域包括支援センターへの請求方法について】
 - ⑥ 予防プランの終了
 - ⑦ 暫定プランの取扱い
- 4 事業対象者の支給限度額について

第3章 予防給付関係

- 1 介護保険情報の提供・居宅届について
- 2 担当する地域包括支援センターが変更（圏域をまたぐ場合）となる転居の取り扱いについて
- 3 例外給付と軽度者に対する福祉用具貸与について

第4章 参考資料

巻末資料 アセスメントシート記入例

囲み記事掲載ページ

- ・自立支援の視点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5ページ
- ・『老計第10号』訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について・・・9ページ
- ・「地域の資源（インフォーマルサービス）」の情報収集にお役立てください・・・9ページ
- ・自立支援型のケアマネジメントについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11ページ
- ・訪問Cとスポット訪問の違いについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13ページ
- ・こんなときは、スポット訪問の活用を・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13ページ
- ・「ケアマネジメントC」と「地域移行マネジメント加算」について・・・・18ページ
- ・代理人と代筆者について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20ページ
- ・三者契約について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21ページ
- ・「（介護予防）福祉用具貸与例外給付届出書」の書き方の注意点・・・・37ページ

【用語の定義】

用語	定義
地域包括支援センター	各圏域の地域包括支援センター
ケアマネジャー	居宅介護支援専門員
予防プラン	介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント
総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業
個人契約書	指定介護予防支援及び第1号介護予防支援事業契約書
居宅届	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
プラン検討会議	自立支援型の地域ケア会議
介護保険証	介護保険被保険者証

第1章 介護予防・生活支援サービス事業

1. 羽曳野市の考え方

【基本理念】（第9期 羽曳野市高齢者いきいき計画より）

高齢者が 健康で “いきいき” と活躍ができ
だれもが安心して暮らし続けられる
支え合いのまち はびきの

【目指す姿】

【総合事業におけるスローガン】

健脚 ・ 笑顔 ・ いただきます

【基本方針】

高齢者一人ひとりが、地域においてその有する能力に応じた自立した生活を送り、人とのつながりや役割、生きがいを実感し、尊厳を持って暮らすことができるまちの実現を目指します。

【背景】

本市の高齢化率は、2020年に30%を超え、今後の人口減少・少子高齢化のさらなる進行が予測されるなか、介護ニーズの高い85歳以上人口は、2035年まで増加すると見込まれています。

医療・介護の専門職の担い手の確保が困難となる一方で、介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していきます。加えて、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されており、地域包括ケアシステムの一層の推進や地域づくりなどに一体的に取り組むとともに、介護保険制度を持続可能な制度とする必要があります。

【目的】

総合事業は、市町村が中心となり、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効率的かつ効果的な支援を可能とすることを目指すものです。

【自立支援の視点】

総合事業における介護予防ケマネジメントは、高齢者が現在の生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につながるよう働きかけていくことが重要です。

単に利用者の生活上の困りごとにサービスを当てはめるだけではなく、「利用者が望む生活」を実現するために、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような居場所に通うなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要です。

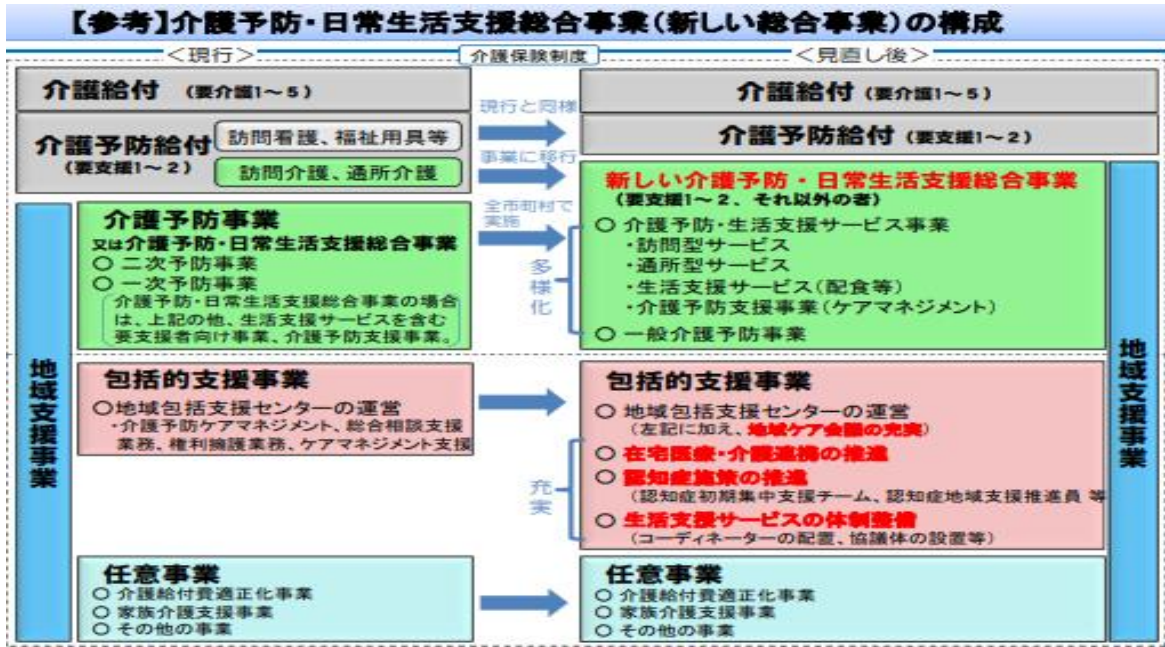
本人が持っている能力を引き出し、本人の望む生活を維持できるように支援していきます。

2 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の構成

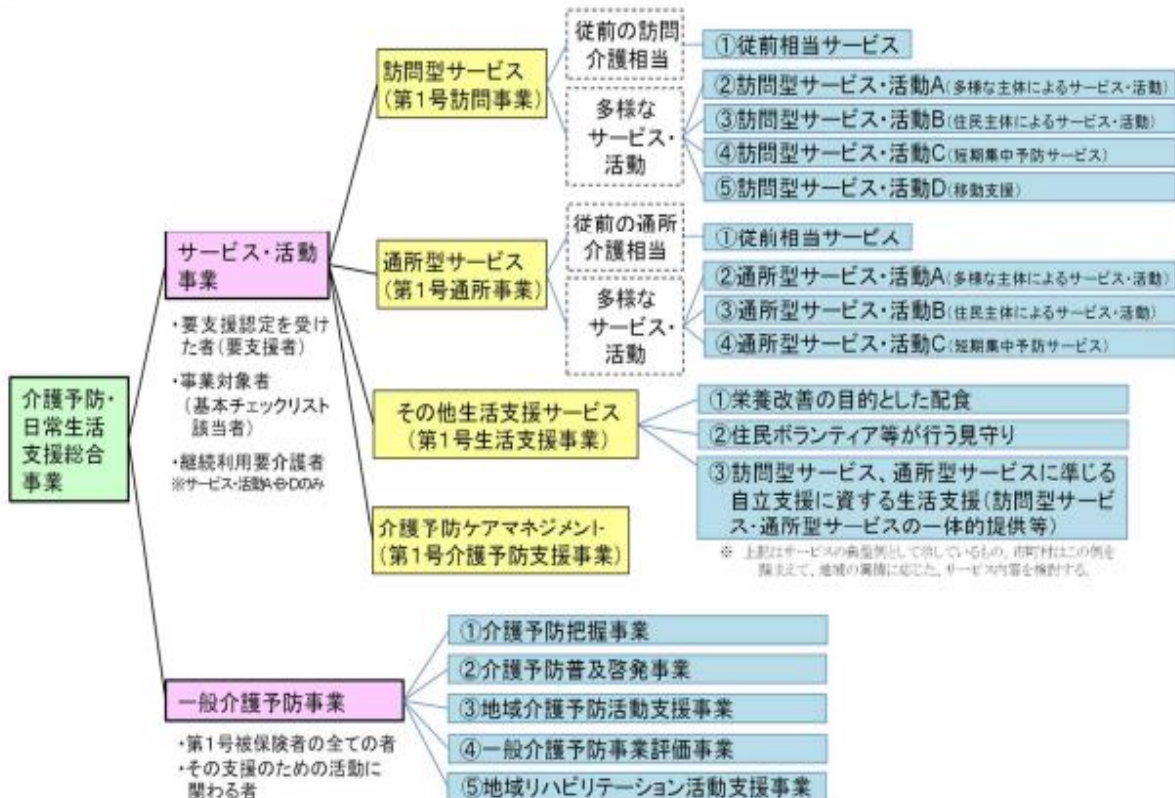
本市では、平成 28 年 10 月から介護予防・生活支援サービス事業を実施しています。

○介護予防給付 → 全国一律の制度

○総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）→ 市町村ごとの地域支援事業として実施



介護予防・日常生活支援総合事業の構成



『介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン』より 厚生労働省老健局振興課

3 介護予防・生活支援サービス事業について

(1) 対象者

①要支援認定者：要支援1，2の認定を受けた者

②事業対象者：基本チェックリストを実施し、総合事業の対象者と判断された者

(2) 介護予防・生活支援サービスの種類

1. 訪問型サービス

	基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
訪問型サービス	従前相当サービス	介護予防 従前相当サービス	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職による総合的な介助や関わりが必要な者 ・進行性疾患や病態が安定しない者 <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施。 <p>※状態に応じ「多様なサービス」の利用を促進</p>
	多様なサービス	訪問型サービス・活動A【一体型】 (緩和した基準によるサービス)	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職による常時の介助を必要としていない者 <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅に訪問し、生活支援のための掃除、買い物等の支援を実施。 <p>※原則、老計第10号の範囲を基本とします。</p>
		訪問型サービス・活動A【単独型】 (緩和した基準によるサービス)	
		訪問型サービス・活動B	
訪問型サービス・活動C (短期集中予防サービス)	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体力低下等により生活行為（入浴・調理・買い物・趣味活動等）に支障をきたしている者 ・短期集中的に支援を行うことにより、ADLやIADLの改善が期待される者 ・閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取組みが必要と認められる者 <p>【期間】3～6か月の短期間</p> <p>【内容】※基本的に運動と栄養はセットで介入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅に訪問し、専門職により運動機能、栄養状態の悪化等の状況に応じて、助言・指導を行い生活機能の改善・維持を図る。 		
訪問型サービス・活動D (移動支援サービス)	<p>【対象者】①②</p> <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、買い物等の際の送迎及び付き添い。 ・住民主体の通いの場への送迎及び付き添い。 		

2. 通所型サービス

	基準	サービス種別	対象者とサービス提供の考え方
通所型サービス	従前相当サービス	介護予防 従前相当サービス	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に支援が必要な者 ・専門職による介助や関わりが必要な者 ・認知症や進行性疾患等により継続した支援を要する者 <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を実施。 <p>※状態に応じ「多様なサービス」の利用を促進</p>
	多様なサービス	通所型サービス・活動A【一体型】 (緩和した基準によるサービス)	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職による常時の介助を必要としていない者 <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・軽体操やレクリエーション、運動等の活動等を行います。
		通所型サービス・活動A【単独型】 (緩和した基準によるサービス)	<p>【対象者】①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体力低下等により生活行為（入浴・調理・買い物・趣味活動等）に支障をきたしている者 ・短期集中的に支援を行うことにより、ADLやIADLの改善が期待される者 ・目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者 <p>【内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所により、運動・口腔機能、栄養状態の悪化等の状況に応じて専門職が助言・指導を行い生活機能の改善・維持を図る。
		通所型サービス・活動C (短期集中予防サービス)	<p>【期間】3～6か月の短期間</p>

3. 介護予防ケアマネジメント

総合事業における介護予防ケアマネジメントとは、介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境等に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス・通所型サービス並びに一般介護予防事業等を包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

【『老計第10号』訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について】
(平成12年3月17日)

	身体介護	生活援助
定義	①利用者の身体に直接接触して行う介助サービス(準備、後片付け等含む) ②利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に <u>行う自立支援・重度化防止のためのサービス</u> ③その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービス	身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、 <u>本人や家族が家事を行うことが困難な場合</u> に行われるサービス
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの準備・記録等 ・排泄・食事介助 ・清拭・入浴、身体整容 ・体位変換、移動・移乗介助、外出介助 ・起床及び就寝介助 ・服薬介助 ・自立支援・重度化防止のための見守りの援助(自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時解除できる状態で行う見守り等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス準備等 ・掃除 ・洗濯 ・ベッドメイク ・衣類の整理・被服の補修 ・一般的な調理、配下膳 ・買い物・薬の受け取り

【「地域の資源（インフォーマルサービス）」の情報収集にお役立てください】

利用者から、「近所で体操できるところを教えてください」「入院するから犬を預けたい」など、介護予防サービス外の資源について相談されたとき、どのように調べていますか。

『羽曳野市 医療・介護・地域支援情報』（はびナビ）をご活用ください。

○『羽曳野市 医療・介護・地域支援情報』（はびナビ）

羽曳野市内の医療機関、介護予防事業者について検索することができるシステムです。

また、『地域資源』から、いきいき百歳体操の会場や通いの場（趣味活動・集いの場など）、介護保険サービス外の暮らしに役立つサービスの検索ができます。

『地域資源』については、随時追加・更新しています。

下記の「医療・介護・地域資源情報」（はびナビ）2次元コード又は『羽曳野市 はびナビ』と検索してください（羽曳野市ウェブサイト→キーワード検索で「地域資源マップ」と入力し検索して下さい）。



○ いきいき百歳体操

椅子に座って行う30～45分の体操です。市内92箇所（R8.3月時点）で実施しています。会場を探したい場合は、「医療・介護・地域資源情報」（はびナビ）を2次元コードで検索するか、地域包括支援センターへお問合せください。



【羽曳野市短期集中予防サービスとは】

加齢による体力低下等により、生活行為（入浴、家事、外出、買い物、趣味活動）に支障がでている方に対して、専門職が訪問または通所で短期集中的に助言・指導を行う事業です。

「以前のように、買い物に行きたい」等の一人ひとりの生活課題の解決を実現するために、専門職が助言・指導を行うと同時に、利用者自身がセルフマネジメントの視点を獲得することが重要です。

【期 間】

利用開始月から3ヵ月（必要時6ヵ月まで延長） ※期間は目標達成状況に応じて総合的に判断します。

【費 用】 無料

【利用するには】 ※「利用の流れ」は24 ページ参照

現場型ケアプラン会議にて、利用者・専門職・包括職員を含めてサービス利用の目的と目標を設定。

※ 現にサービスを利用している場合は、利用者の同意の上で地域包括支援センターへ相談。

【委託先事業所】 【連絡先】 25 ページ参照

【注意点】

・医師の指示の下で行う支援ではありません。

(運動の場合、直接身体に触れる支援は行えません。あくまでも助言、運動・生活指導が主となります。)

①訪問型サービス・活動C（訪問C） / 「おうち羽つらつチャレンジ」

【内 容】 運動の訪問Cの場合、月1回の栄養指導がセットでの介入となります。

自宅へ訪問し、自宅内の生活課題や困りごとについて、運動・栄養の専門職より、助言・指導を行い生活機能の改善・維持を図る。

【回 数】 週1回程度（1回40分～60分程度）

【評価会議について】

・利用3ヵ月目に評価会議の開催が必要です。目標の達成状況を利用者・専門職・ケアマネジャー・包括職員で確認し、継続・終了の評価を行います。

※ 継続の場合は、その理由や目的を共有してください。また、終了予定月には再度評価会議の開催が必要です。

②通所型サービス・活動C（通所C） / 「みんなで羽つらつチャレンジ」

【内 容】 事業所に通い、専門職により運動機能・栄養状態・口腔機能の悪化等の状況に応じて、助言・指導を行い生活機能の改善・維持を図る。

【回 数】 週1回

【実施日】 介護老人保健施設 悠々亭（火・木・金曜日） / 介護老人保健施設 まほろば（木・金曜日）

【カンファレンスについて】

・介護老人保健施設 悠々亭：第3水曜日 午前

・介護老人保健施設 まほろば：第3木曜日 午後

ケアマネジャーは、中間・最終カンファレンスへの出席をお願いします(オンラインでの参加も可能)。

・初回カンファレンス（利用1ヵ月目）：利用時の状況の共有。目標の確認。

・中間カンファレンス（利用2ヵ月目）：目標の達成状況の確認。終了後の繋ぎ先の確認。

・最終カンファレンス（利用3ヵ月目）：終了後の生活について確認。

羽曳野市短期集中予防サービス

「こんな生活を送りたい」「こんなことができるようになりたい」という希望や目標を実現するために専門職が、元気になるためのアドバイスを通所または訪問で行います。



- 利用期間** 利用開始月から3か月
(必要時6か月まで延長)
- 対象者** 体力低下等により、入浴や家事、外出、買い物、趣味活動に影響が出ている方で要支援1・2または事業対象者
(対象にならない場合もありますので地域包括支援センターにお問い合わせください)
- 利用料金** 無料

参加者の声

- 自宅の浴槽に入れるようになった
- 友人と日帰り旅行に行けるようになった
- 一人で買い物に行けるようになった
- ボランティア活動ができるようになった
- 自転車に乗れるようになり、趣味活動が再開できた
- 簡単な調理方法を知り、自分で調理をするようになった
- 体重が増え、元気になった
- 血液検査で医師から指摘されていたが、改善し褒めてもらった

～3か月集中～ (通所C) みんなで羽つらつチャレンジ

- 頻度** 週1回 半日型
- 送迎** あり (歩きもOK)
- スケジュール**
9:00～9:45 お迎え
到着次第 体調チェック
自主訓練の記録の確認
体力測定・個別指導
トレーニング
みんなで体操
水分補給・整理体操
栄養・口腔指導
お送り
12:00



卒業時

委託先施設概要

羽曳野市椋山100-1
介護老人保健施設
悠々亭

羽曳野市普田3-15-6
介護老人保健施設
まほろば

～3か月集中～ (訪問C) おうち羽つらつチャレンジ

リハビリ専門職の訪問

- お困りごと**
転倒することが増えた
床からの立ち上がりが難しい
浴槽をまたげない
薬が飲みこみにくい・・・など
- 頻度**
週に1回程度
- 対象の専門職**
理学療法士または作業療法士
または言語聴覚士

卒業時



管理栄養士の訪問

- お困りごと**
最近痩せてきた
3食食べるのがしんどい
どんなものを食べたらいいかわからない・・・など
- 頻度**
月に2回程度
- 対象の専門職**
管理栄養士

委託先事業所

メディケア
リハビリ

四天王寺
悲田院在宅

まほろば

はみんく
南河内

【自立支援型のケアマネジメントについて】

「スーパーまで買い物に行けなくなった。」という利用者からの相談に対して、「ヘルパーの利用」や「配食サービス」等のサービスの提案にとどまっていませんか。「行けなくなった」原因についてアセスメントを通して詳細に探りましょう。



利用者の自立支援を考えるうえでは、利用者の望む生活(＝ありたい姿)と、現在の生活(＝うまくできていない自分)とのギャップを探り、その要因を分析しながら、「ありたい姿」「望む生活」を取り戻すための目標設定を行うことが重要です。

目標を達成するための手段として、適切なサービスを選択して利用するという視点が大切です。○カ月後「自分でスーパーまで歩いて買い物に行く」という目標に対して、本人のありたい姿に近づくような1日の目標を設定し、日々の生活の中で取り組んでもらえるよう声掛けをしましょう。

生活課題の改善や目標達成のために機能改善につながるサービスを提案しましょう。

【短期集中予防サービス（訪問型サービス C/通所型サービス C）と他のサービスの併用について】

短期集中予防サービス利用の原則

- 【原則 1】 利用者が主体的に取り組むこと（利用者自身に解決したい生活課題がある）
 【原則 2】 利用者が短期集中的に取り組むことで、「生活課題の解決」が見込まれる
 【原則 3】 医師の指示の下で行うリハビリテーションを優先する

	訪問型 サービス・活動 C	通所型 サービス・活動 C
訪問型サービス・活動 従前相当/A	○※1	○※1
訪問型サービス・活動 C		○
訪問看護（リハビリテーション）	×	×
訪問リハビリテーション	×	×
通所型サービス・活動 （従前相当/A）	○	×
介護予防 通所リハビリテーション	△※2	×
医療機関での 通院リハビリテーション	×※3	×※3

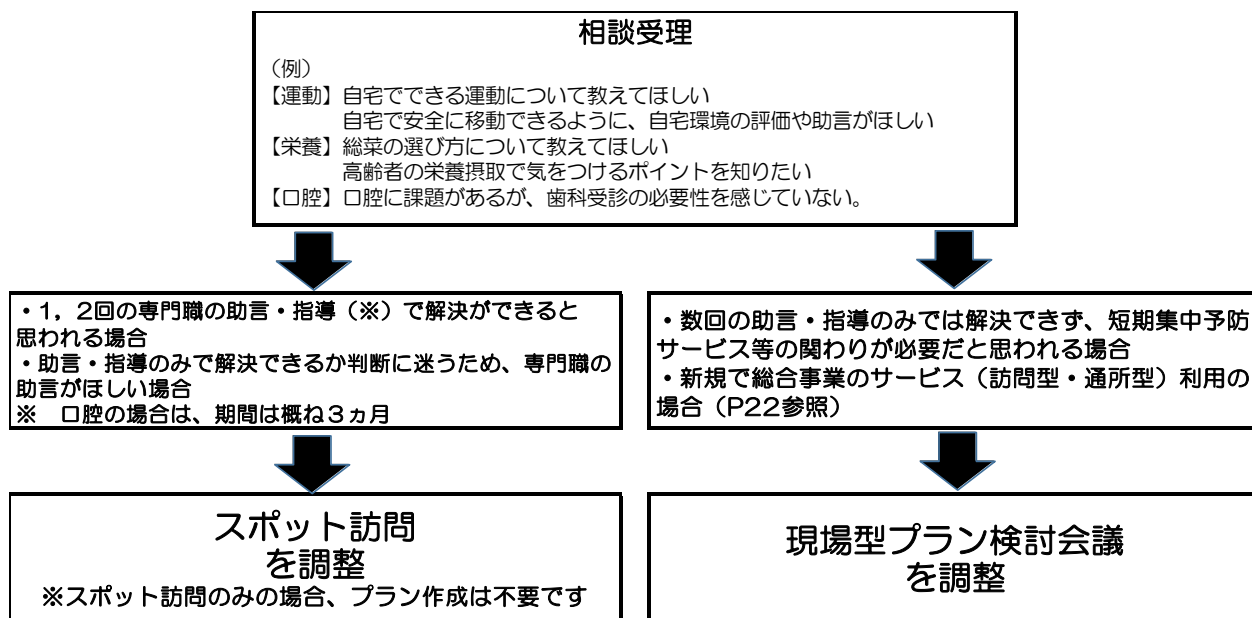
- ※1 短期集中予防サービスを利用することで、身体機能が改善し、生活課題が解決した場合は、訪問型サービス・活動（従前相当/A）を終了できるかどうか評価をして下さい。
 例：フレイル等により、屈む動作がしんどく掃除のためにヘルパーを導入した。
 →短期集中予防サービスを利用し、立ち座りの動作が楽にできるようになった場合、ヘルパーによる家事支援の必要性を再評価してください。「楽だから」「面倒だから」を理由に、サービスを継続することがないよう、自立支援の考えに基づいた適切な支援をしてください。
- ※2 自宅での動作・運動指導や屋外歩行等の専門職による口頭での助言・指導により、生活課題の改善が見込める場合には併用可能です。その場合、連携シートを活用し主治医へ意見を伺うこと、事業所と連携を図ることが必要です。各圏域地域包括支援センターへご相談下さい。
- ※3 原則は医師の指示の下で行うリハビリテーションを優先してください。ただし、現場型プラン会議で専門職・包括職員が短期集中予防サービスの利用により生活課題の改善が見込めると判断し、且つ連携シートを活用し主治医へ利用の可否の確認を行った場合、併用が可能です。

【訪問Cとスポット訪問の違いについて】

訪問Cとスポット訪問の違いを整理しています。詳細は、各ページをご覧ください。

	訪問C（10ページ）	スポット訪問（14ページ）
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・羽曳野市に居住している者 ・要支援①②／事業対象者 	<ul style="list-style-type: none"> ・羽曳野市に居住している者 ・要介護①～⑤の認定を受けていない、65歳以上の者
専門職の種類	運動・栄養	運動・栄養・口腔
回数・期間	原則3ヵ月（最長6ヵ月） 週1回	（運動・栄養）年2回まで可 （口腔）必要と認められる回数（概ね3ヵ月）
プランへの位置づけ	必要	不要
相談窓口	地域包括支援センター	地域包括支援センター・市
利用例	（運動）	<ul style="list-style-type: none"> ・生活課題の改善に向けた指導・助言 ・セルフマネジメント習得に向けた指導・助言
	（栄養）	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養管理・栄養バランスの習得・定着に向けた指導・助言 ・栄養管理方法の情報提供 ・食事内容の改善への助言
	（口腔）	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の評価・指導・助言 ・口腔衛生の指導・助言

【こんなときは、スポット訪問の活用を！】



現に担当しているケースでも、「福祉用具の選定」「住宅改修の必要性」「栄養に課題がある」「口腔ケアの必要性を理解いただくのが難しい」等に対して、気軽に専門職の助言・指導を受けられます。

※スポット訪問は、プラン変更が不要です。ただし、指導内容により新たなサービスを追加する場合は、プランの見直しをお願いします。



(3) 一般介護予防事業

地域リハビリテーション活動支援事業（要介護1～5を除く）

① スポット訪問について（運動、栄養、口腔）

㊦ 内 容

専門職が利用者宅を訪問し、日常生活動作（ADL）への助言や、運動に関する助言、生活環境の整備に関する助言、栄養状態や調理方法等に不安を感じている高齢者への助言、口腔、嚥下状態等に不安を感じている高齢者への助言を行います。

㊧ 対象者

・要介護1～5の認定を受けていない、65歳以上の者（住所地特例で羽曳野市在住の者も含む）

※要支援の認定・事業対象者に限りません。

㊨ 回 数（約1時間を目安）

・運動・栄養：年2回まで可

・口腔：必要と認められる回数（期間は概ね3ヵ月）

㊩ 利用の流れ 22ページ参照

※利用者・家族と課題やスポット訪問の利用目的（助言してほしい事柄）を共有しておいて下さい。

【利用例】

（運動）・ケアマネジャーは、フレイル予防・重度化防止のために運動の必要性や地域活動への参加を促しているが、利用者や家族の理解が得られない場合。

・在宅生活を継続出来ているが、屋内での転倒リスクがあり、自宅環境の評価や助言が欲しい場合。

・セルフトレーニングで在宅生活の継続が可能な方への助言。

（栄養）・同じような総菜を買ってくる事が多く、栄養のバランスが不安と感じている場合。

・簡単な調理方法の提案、必要なカロリーの助言が欲しい場合。

（口腔）・チェックリストで口の乾燥やムセにチェックが入っている場合。

・口腔に課題があるが、利用者や家族が歯科受診の必要性を感じておられない場合。

※いずれの場合でも、専門職は直接的な支援は行わず、口頭での説明・助言になります。利用にあたっては、地域包括支援センターまでご相談ください。

※可能であればケアマネジャーの同席をお願いします。

② モニタリング訪問について

短期集中予防サービス（通所型サービス・活動C・訪問型サービス・活動C）を終了した利用者に対し、必要に応じて概ね3か月後にリハビリテーション専門職が利用者宅を訪問します。

【対象外】

・運動系（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・デイサービス）を利用している場合。

・短期集中予防サービスを途中で中止した場合。

・短期集中予防サービス利用終了後に状態が著しく変化した場合。（例：要介護1以上の認定を受ける。入院する等。）

介護予防ケアマネジメントの種類と報酬					R7.4
類型	介護予防サービス計画 (現行プラン)	ケアマネジメントA (原則的プラン)	ケアマネジメントB (短期集中プラン)	ケアマネジメントC (初回のみプラン)	ケアマネジメントD (簡略化プラン)
事業名/ 請求種別	介護予防ケアマネジメントの種類と報酬 第1号介護予防支援事業/介護予防ケアマネジメント費				
サービス 内容	①【介護予防サービス】のみ利用する場合 ②【介護予防サービス】と【訪問型サービス】【通所型サービス】【短期集中予防サービス】を併用して利用する場合 予防給付のみ、または 予防給付と総合事業	総合事業のサービスのみ ①【短期集中予防サービス】のみ利用する場合 ②【短期集中予防サービス】と【訪問型サービス】 またはDを併用して利用する場合			
サービス 類型	【介護予防サービス】 ・介護予防訪問入浴 ・訪問リハビリテーション ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・介護予防福祉用具貸与 【訪問型サービス】 ・従前相当サービス 【通所型サービス】 ・従前相当サービス 【短期集中予防サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス 【通所型サービス】 ・従前相当サービス 【短期集中予防サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス	①【訪問型サービス】または【通所型サービス】のみ利用する場合 ②【訪問型サービス】と【通所型サービス】を併用して利用する場合 【訪問型サービス】 ・従前相当サービス ・訪問型サービス ・訪問型サービス 【通所型サービス】 ・従前相当サービス 【短期集中予防サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス 【通所型サービス】 ・従前相当サービス 【短期集中予防サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス	【訪問型サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス 【訪問型サービス】 ・訪問型サービス ・訪問型サービス	①一般介護予防事業(いきいき百歳体操など)等を【訪問型サービス・活動B1】のみ利用する場合 ②訪問型サービス・活動Dを利用する場合	【訪問型サービス】 ・訪問型サービス・活動B1
計画作成の 流れ	(1)アセスメント (2)ケアプラン原案作成 (3)サービス担当者会議 (4)利用者への説明・同意 (5)ケアプランの確定・交付 (6)サービス利用 (7)モニタリング(1回/月 電話または訪問) (8)評価	(1)アセスメント (2)ケアプラン原案作成 (3)サービス担当者会議 (4)利用者への説明・同意 (5)ケアプランの確定・交付 (6)サービス利用 (7)モニタリング(1回/月 電話または訪問) (8)評価	(1)アセスメント (2)ケアプラン原案作成 (3)サービス担当者会議 (4)利用者への説明・同意 (5)ケアプランの確定・交付 (6)サービス利用 (7)モニタリング(1回/月 電話または訪問) (8)評価	(1)アセスメント (2)ケアプラン原案作成 (3)サービス担当者会議 (4)利用者への説明・同意 (5)ケアプランの確定・交付 (6)サービス利用 (7)モニタリング(1回/月 電話または訪問) (8)評価	(1)アセスメント (2)ケアプラン原案作成 (3)サービス担当者会議 (4)利用者への説明・同意 (5)ケアプランの確定・交付 (6)サービス利用 (7)モニタリング(1回/月 電話または訪問) (8)評価
単位数	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 ※要件は下註参照	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 ※要件は下註参照	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 ※要件は下註参照	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 ※要件は下註参照	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 ※要件は下註参照
【訪問型サービス】	・従前相当サービス(現行の訪問介護と同じサービス) ・訪問型サービス・活動A(現行の基準を緩和したサービス) ・訪問型サービス・活動B(シルバー人材センターによる支援) ・訪問型サービス・活動C(短期集中型サービス) ・訪問型サービス・活動D(NPO等による移動支援)	【通所型サービス】 ・従前相当サービス(現行の通所介護と同じサービス) ・通所型サービス・活動A(現行の基準を緩和したサービス) ・通所型サービス・活動B(短期集中型サービス)	【訪問型サービス】 ・従前相当サービス(現行の訪問介護と同じサービス) ・通所型サービス・活動A(現行の基準を緩和したサービス) ・通所型サービス・活動B(短期集中型サービス)	【訪問型サービス】 ・従前相当サービス(現行の訪問介護と同じサービス) ・通所型サービス・活動A(現行の基準を緩和したサービス) ・通所型サービス・活動B(短期集中型サービス)	【訪問型サービス】 ・従前相当サービス(現行の訪問介護と同じサービス) ・通所型サービス・活動A(現行の基準を緩和したサービス) ・通所型サービス・活動B(短期集中型サービス)
【参考】	<p>予防給付のサービスと総合事業のサービス等(デイ・ヘルパー・短期集中)を併用している場合は介護予防サービス計画費での請求となりますが、予防給付のサービス利用が無い月は、介護予防ケアマネジメント費での請求となるので注意してください。</p> <p>【地域移行マネジメント加算】 短期集中型サービス・活動C、または介護予防サービス等を利用した事により、身体等の状態が改善した者が、引き継いでケアマネジメントCを受けようとする場合は、地域移行を支援しと考える1ヶ月につき所定単位数を加算します。 なお、当該加算を算定したことがある対象者が、再度ケアマネジメントCの対象となり、当該加算の算定要件を満たす場合は、当該加算の算定から1年経過後であれば再度当該加算を算定することができます。</p>				

第2章 介護予防ケアマネジメントの手順

1 介護予防ケアマネジメントについて

要支援認定者や事業対象者が、現在の生活機能の維持・改善が図られるよう、利用者の意欲に働きかけながら、利用者が「できることはできるだけ自分で行う」という行動変容につながるよう働きかけていくことが重要です。また、利用者の選択と同意に基づくサービス提供が前提です。

総合事業の利用にあたっては、現場型プラン検討会議を開催し、ケアマネジャーが専門職（理学療法士・作業療法士）から助言を得て、対象者の自立に向けた支援の方向性を検討します。

2 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約

居宅介護支援事業所が予防プランを作成する際は、その利用者を担当する圏域の地域包括支援センターと委託契約を締結する必要があります。ただし、指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所として指定を受け、その利用者を担当し介護予防支援（介護予防・日常生活支援総合事業における第1号介護予防支援事業は不可）を行う場合を除きます。

学校名	小学校区の詳細（通学区域）	
西圏域	高鷲小学校	・恵我之荘1丁目から8丁目まで・島泉1丁目、2丁目及び9丁目
	高鷲北小学校	・島泉3丁目から8丁目まで
	高鷲南小学校	・高鷲1丁目から10丁目まで
	恵我之荘小学校	・南恵我之荘1丁目から8丁目まで
	丹比小学校	・郡戸・野・河原城・伊賀番地・植生野（975番地の3及び1189番地の1を除く。）・向野（府道堺羽曳野線以南の区域に限る。） ・櫻山（府道堺羽曳野線以南の区域に限る。）
中圏域	羽曳が丘小学校	・羽曳が丘1丁目から10丁目まで・羽曳が丘西1丁目から7丁目まで・学園前4丁目・植生野975番地の3及び1189番地の1・西浦4丁目164番地から166番地まで、5丁目155番地、160番地及び161番地
	植生南小学校	・野々上3丁目及び4丁目・伊賀3丁目及び4丁目・学園前1丁目から3丁目まで、5丁目及び6丁目・桃山台1丁目から4丁目まで・はびきの1丁目から7丁目まで（2丁目7番17号[グリーンユープ]を除く。）
	はびきの 植生学園	・野々上1丁目、2丁目及び5丁目・伊賀1丁目、2丁目、5丁目及び6丁目・向野1丁目から3丁目まで・向野（府道堺羽曳野線以北の区域に限る。）・櫻山（府道堺羽曳野線以北の区域に限る。）
東圏域	古市小学校	・古市1丁目から4丁目まで・菅田1丁目から7丁目まで・碓井1丁目から4丁目まで・川向（2038番地を除く。）
	古市南小学校	・南古市1丁目から3丁目まで・古市5丁目から7丁目まで・古市（石川以西のうち市道西浦大黒1号線以北の区域に限る。）・大黒（石川以西のうち市道西浦大黒1号線以北の区域に限る。）・西浦1576番地から1624番地まで
	駒ヶ谷小学校	・駒ヶ谷・飛鳥・菅田飛地・川向2038番地・古市（石川以東の区域に限る。）・大黒（石川以東の区域に限る。）・壺井（石川以東の区域に限る。）・通法寺（石川以東の区域に限る。）
	白鳥小学校	・白鳥1丁目から3丁目まで・軽里1丁目から3丁目まで・西浦1丁目12番3号から6号まで・翠鳥園・栄町
	西浦小学校	・西浦1丁目から6丁目まで（1丁目12番3号から6号まで、4丁目164番地から166番地まで、5丁目155番地、160番地及び161番地を除く。）・西浦（近畿日本鉄道（以下「近鉄」という。）長野線以西の区域に限る。）・東阪田（近鉄長野線以西の区域に限る。）・蔵之内・尺度・はびきの2丁目7番17号[グリーンユープ]
西浦東小学校	・西浦（の一部）・東阪田（の一部）・古市（の一部）・大黒（の一部）・壺井（の一部）・通法寺（の一部）・広瀬	

3 介護予防支援業務

(1) 介護予防支援業務の流れ

流れ 業務の	業務の内容／必要な書類
相談	<p>地域包括支援センターからの依頼の場合は、訪問面接の日程調整を行う。</p> <p>利用者・家族からの相談の場合は、<u>訪問面接の前に</u>地域包括支援センターに連絡する。</p> <p>※<u>直接、指定介護予防支援事業所として担当される場合は連絡不要です（介護予防支援費（Ⅱ）を算定される場合）。</u>また、<u>市からの求めが無い限り書類の提出も不要。</u></p>
① 個人契約の締結	<p>利用者又はその家族に重要事項を説明し同意を得た上で、介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書・居宅届に必要事項を記入してもらう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターとケアマネジャーの役割について説明する。 ・個人情報の取扱いについて、利用者と家族の同意を得る。 <p>個人契約書（2通）・重要事項説明書（2通）・個人情報使用同意書・居宅届・介護保険被保険者証（事業対象者の場合は、基本チェックリスト）を地域包括支援センターへ提出する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提出時、「一部委託用 提出書類」の表紙をつける。
② 現場型プラン検討会議	<p>総合事業を利用する場合、利用者の自立した生活をめざすための支援を担当ケアマネジャー、リハビリテーション専門職、地域包括支援センター職員で検討する。</p> <p>※現場型プラン検討会議の対象外のケースはP22を参照</p> <p>現場型プラン検討会議を行なう日が初回訪問日となっても問題ない。よって、“①個人契約の締結”を会議と同日に行うことも可能。</p> <p>※現場型プラン検討会議と短期集中型サービス利用の流れについてはP21を参照。</p> <p>（介護予防支援費（Ⅱ）を算定される場合は、予防サービスと併用して総合事業を利用する場合でも、現場型プラン検討会議は不要。ただし、P14のスポット訪問は利用できる。）</p>
③ 予防プランの作成	<p>アセスメント</p> <p>利用者宅を訪問し、本人との面接による聞き取りなどを通じてアセスメントを行う。</p> <p>利用者及び家族と面接しアセスメントの上、予防プランを作成する。</p> <p>利用者基本情報（初回・変更時）、アセスメントシート、予防プラン、基本チェックリスト</p>
	<p>サービス担当者会議を行い、作成したアセスメント（裏表）の写しと予防プラン（原本）等を地域包括支援センターに提出し、内容の確認を受ける。確認後、予防プラン（原本）に包括確認印を押印し返却するので、利用者の署名後に予防プラン（写し）を地域包括支援センターへ提出する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・提出時、「一部委託用 提出書類」の表紙をつける。（データ、“羽曳野市ウェブサイト→組織から探す→高齢福祉介護課地域包括支援担当→ケアマネジメント業務→“個人契約”※各圏域別）

<p>④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更</p>	<p>サービス担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防プラン原案をもとに、利用者、家族、サービス提供担当者が利用者の課題について共通認識をもつ。 ・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。 ・利用者や家族、ケアマネジャーや各サービス事業所がそれぞれの役割を明確にする。 <p>モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1回/1 か月は、電話やサービス事業者で利用者の状況を把握する。 ・1回/3 か月は、利用者宅を訪問する。(テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いるなどの要件を満たしている場合は1回/6 か月) ・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、予防プランで掲げた目標達成にむけて、利用者やサービス事業所などがどのように取り組んでいるかを把握する。 <p>評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プラン更新ごとに目標達成状況を評価し、介護予防支援・サービス評価表を提出する。
<p>⑤ 給付管理と委託料請求</p>	<p>モニタリングやサービス事業所からの実績報告に基づいて給付管理票等を作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターへ、給付管理票、委託料請求明細書、請求なし対象者名簿を、パスワードを設定した ZIP ファイルを作成し、電子メールで送信する。 ・または、USB メモリ、もしくは書面（郵送可）にて窓口で提出する。 <p>※詳しくは、P31 を参照</p>
<p>⑥ 予防プランの終了</p>	<p>給付管理終了後、利用者に関する書類原本を地域包括支援センターに返却する。</p> <p>提出時、「原本返却（表紙）」を表紙につける。</p>

【「ケアマネジメント C」と「地域移行マネジメント加算」について】

～元気になったからもらえるケアプラン「ケアマネジメント C」～

短期集中予防サービス又は介護予防サービス等を利用していた者が、状態の改善によりサービス利用を終了し、いき百等の通いの場の参加に繋がった場合に作成する、初回のみケアプランです。

「自立支援」を実施した成果として、「ケアマネジメント C」「地域移行マネジメント加算」をご活用ください。作成の流れは、①サービス終了時の状態をアセスメントし、利用者これから生活の目標を設定。②「ケアマネジメント C」(P19のどちらでも可)のプランを作成。③利用者へ交付(今後の相談先(地域包括支援センター等)の連絡先をお伝えください)。④請求明細書のケアマネジメント欄の「C」に印を付け、備考に「地域移行ケアマネジメント加算」と記載してください。

※「地域移行マネジメント加算」は、通いの場に繋がったことを確認(方法は任意)の上で算定してください。

※(例)4月にC型終了し、5月からいき百利用の場合→5月にいき百利用を確認し、6月請求時に算定

【三者（利用者・指定介護予防支援事業所・地域包括支援センター）契約について】

介護保険法の改正により、R6年4月から指定居宅介護支援事業者も指定を受けて介護予防支援事業を実施できることになりました。

要支援者のプランには、介護予防サービスを含んだ「介護予防支援」と総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」の2種類がありますが、指定事業所として行うことができる業務は「介護予防支援」のみで、「介護予防ケアマネジメント」のプランを作成することはできません。そのため、指定居宅介護支援事業所である指定介護予防支援事業所が要支援者の受け入れを行うにあたっては、契約の時点において利用者、指定居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの3者において契約を行うことを原則とします。3者で契約を締結することで、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の切り替え時に発生する契約手続きの漏れを防止することもできます。詳細は下記をご確認ください。

羽曳野市ウェブサイト→組織から探す→高齢福祉介護課地域包括支援担当→ケアマネジメント業務→指定介護予防支援事業者の対象拡大に伴う利用者との契約

④ 届出等

新規の方は個人契約書2部・重要事項説明書2部・個人情報同意書・居宅届・介護保険証（事業対象者の場合は基本チェックリスト）を地域包括支援センターへまとめて提出してください。押印忘れ・書類の不備・不足等があると受付できませんのでご注意ください。個人契約書に地域包括支援センターの印を押印し1部返却します。重要事項説明書の1部とセンター名が記載された介護保険証と一緒に利用者へ渡してください。介護保険証については、センター名の印字後、後日の返却となります。

居宅支援事業所の変更の場合は、重要事項説明書2部と居宅届と介護保険証を提出してください。

事業対象者から新規申請で要支援の認定になった場合は、居宅届と介護保険証を提出してください。また、要支援認定から事業対象者になった場合は、チェックリストの提出が必要です。

※居宅届について

下表は、居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の抜粋（右上のチェック欄）です。それぞれ、以下のように分類しますので、該当箇所に☑してください。

(要支援認定あり・予防給付含む)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成届出書	区 分 新規・変更
(要支援認定あり・総合事業のみ)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (予防認定は継続)	
(事業対象者)	→	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	

② 現場型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）

地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は資料又は情報の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めると規定されています。地域包括ケアシステムの構築を推進するためにご協力をお願いします。

※24 ページの『現場型プラン検討会議と短期集中型サービス利用のフロー』を確認してください。

㊦ 目的

- ・リハビリテーション専門職の視点から利用者のアセスメントを行い、利用者の日常生活動作(ADL)・手段的日常生活動作(IADL)や、運動に関する評価、生活環境に関すること等を検討し利用者への理解を深める。
- ・どのような支援が利用者の自立支援につながるか、リハビリテーション専門職からアドバイスを受け、サービスの導入の仕方やインフォーマルサービスの活用などについて検討する。
- ・ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上を図り、利用者の自立支援に向けた必要なサービスを検討する。

㊧ 対象者

- ・新規で総合事業のサービス（訪問型・通所型）もしくは総合事業のサービスを含む介護予防サービスを利用する者
- ・介護予防サービスを開始後、6か月以内に総合事業を利用する者

対象外のケース

進行性疾患や病態が安定しない等により心身の状態が不安定等で、総合事業のサービス・介護予防サービスの利用が継続的に必要（自立に向けた支援が困難）と見込まれるケース。

※下記以外のケースについては、地域包括支援センターへご相談ください。

（具体例）

- ・継続して総合事業のサービスを利用するケース【（更新時（要介護→要支援）（要支援→要支援）や転入継続）
- ・障害サービス利用中の方が継続して総合事業を利用するケース
- ・アルコールや高次脳機能障害により社会生活に問題が生じている
- ・医師から運動制限を受けている（肺疾患・循環器疾患等）
- ・医療によるリハビリを受けている（期限が決まっていない場合）
- ・90歳以上の者（サービス開始時に90歳以上）
- ・退院前カンファレンスに同席したケース
- ・悪性腫瘍の末期又は悪性腫瘍で抗がん剤の治療中
- ・精神疾患（統合失調症、双極性障害、うつ病等）
- ・難病（ALS、パーキンソン病等の神経・筋疾患等）
- ・緑内障による視野狭窄など視力に課題のあるケース
- ・人工透析
- ・施設入所者
- ・認知症

㊨ 会議出席者

- ・利用者本人・ご家族（必要時）
- ・担当ケアマネジャー・リハビリテーション専門職・地域包括支援センター職員

⑤. 日程調整の方法 (事業所連絡先の一覧：25 ページ)

①個人契約を締結後(※)現場型プラン検討会議の予約を事業所のいずれか1箇所へ連絡し日程調整をしてください。事業所への連絡の際、把握している範囲で、専門職へ下記内容をお伝えください。会議のスムーズな進行と、適切な助言のためにご協力をお願いします。

- ・利用者の困っていること(利用者の主訴)
- ・困りごとの経緯(いつから・どうして)
- ・支援者の有無(同居・別居関わらず/例:別居の娘が週1回訪問)
- ・医療情報(困りごとのきっかけ・基礎疾患・通院状況など)

②会議日程が決まり次第、地域包括支援センターへ日程を伝えてください。

※現場型プラン検討会議が契約締結と同日になることも可能です。

⑥ 会議当日の流れ (下記参照)

- ・専門職の視点から利用者へのアセスメントを行い、利用者への理解を深める。
- ・どのような支援が利用者の自立支援につながるか専門職からアドバイスを受け、サービスの導入の仕方やインフォーマルサービスの活用などについて検討する。

⑦ 注意事項

- ・現場型プラン検討会議の内容は、後日リハビリテーション専門職から報告書をお渡しします。
- ・サービスの体験利用等については、現場型プラン検討会議後に実施してください。

【現場型プラン検討会議の流れ】

健脚 笑顔 いただきます
みんなで
話し合いましょ

あなたが健康でいきいきと自分らしく自立した生活を継続するために、どうすればよいかを一緒に考えます。羽曳野市で実施している短期集中予防サービスも含めて、生活の困りごとの改善に向けて話し合いましょ。

ケアマネジャー 困りごとの解決を目指して課題を整理し、あなたらしく生活できるようサービスを提案します。

地域包括の職員 あなたらしく自立した生活ができるよう助言します。

リハビリ専門職 身体の動きや生活のしづらさを確認し、困りごとの改善できるサービスを提案します。

さんの目標(令和 年 月 日)

あなたの担当ケアマネジャーは…
 東園地域包括支援センター ()
 西園地域包括支援センター
 中園地域包括支援センター 担当: _____ です。

会議の流れ

※包括職員が司会を行います。

1. 相談に至った経緯を確認
2. あなたの生活状況を教えてください。
①あなたの生活の目標を教えてください。
例:「こんなふうに生活を送りたい」「以前のように〇〇したい」など
②あなたの今の状況を教えてください。
・いつ頃から、どんなことに困るようになりましたか?
・1日の生活の流れやよくしていることを教えてください。
・健康に不安はありますか?病院に通院していますか?
・支えてくれる家族や知人の方はおられますか?
③(ご家族の方)ご家族の希望・思いを教えてください。
3. (専門職)生活・お身体の状況についてお聞きします。
4. 生活課題を改善するためのアドバイスや提案をします。
5. 利用するサービスを検討し、選択します。
6. サービス利用の目的・目標を共有して終了

不安なこと・わからないことはありませんか?
「目標」に向けて一緒にがんばりましょ!
(表面の目標の欄に、「目標」を記入してください。)

「現場型プラン検討会議」と「短期集中予防サービス」利用のフロー

「現場型プラン検討会議」対象者に該当(P22参照)

「現場型プラン検討会議」日程の調整
ケアマネジャーが事業所(P25参照)と日程調整を行い、圏域包括へ会議日程を伝える

「現場型プラン検討会議」の開催 🏠
【参加者】利用者・ケアマネジャー・リハビリ専門職・地域包括支援センター
※介護予防支援利用契約が未締結であれば契約を同日に行うことも可能

現場型プラン会議で検討

通所C

訪問C
(運動・栄養)

その他のサービス

利用者の同意を得る

基本チェックリストの項目に該当(※)する場合は、栄養・口腔のスポット訪問の提案を行う
※No.11から15のうち2項目以上に該当すれば対象

ケアプラン作成
短期集中予防サービスの場合、期間は3か月が基本
(必要に応じて6か月まで延長可)

スポット訪問の同意があれば、
包括へ連絡

サービス事業所へ
連絡・依頼

【運動と栄養がセットの場合】
①(運動)サービス事業所へ連絡・依頼
②運動のサービス開始後、(栄養)はみんぐ南河内へ連絡し、栄養士の訪問日を調整
③現場型報告書とプラン一式を包括へ提出
④包括経由で(栄養)事業所へ書類提出
※ ケアマネの同席は任意

ケアプラン作成
※スポット訪問のみ利用の場合はケアプランの作成は不要

事前カンファの調整・開催 🏠
※ 日程が決まれば市へ連絡
※ 開催日までに事業者へプラン一式を提出

【栄養単体の場合】
①(栄養)サービス事業所へ連絡・依頼
②上記、③④の流れと同じ

サービス事業所へ依頼

・利用期間は、開始月を含めた3か月(最長6か月)のため、月初スタートが原則。
ただし、本人と合意形成できれば、月途中の開始も可能

サービス担当者会議

サービス利用開始

モニタリング(月1回)

短期集中型サービスを利用しない場合は、従来通りの流れ
(プラン作成⇒モニタリング⇒評価⇒プラン更新)

通所Cカンファレンス(事業所で開催)

月1回実施(初回・中間・終了)
中間・終了はケアマネの出席が必要
【悠々亭】 第3水曜日 午前
【まほろば】 第3木曜日 午後
※ オンラインでの参加も可能
※ 出席依頼は市から連絡
※ 途中で終了か継続かを検討する

訪問C評価会議 🏠

(栄養については月2回以上の訪問がある場合は、
栄養士の同席の調整が必要)
※ 3か月目に、終了か継続かを検討する
※ ケアマネが日程調整を行い、決定した日程を圏域包括へ連絡する
※ 利用者・ケアマネ・事業所・圏域包括が参加
※ 延長の場合、終了月に再度、評価会議の開催が必要

モニタリング(サービス終了後おおむね3か月後)

※運動系(通りハ・訪リハ・デイ)サービスを利用 ⇒担当ケアマネが実施
※卒業又は運動系以外のサービスのみ利用 ⇒リハビリテーション専門職が実施



地域包括支援センター 担当校区・連絡先一覧(住所別の担当区域はP16参照)

地域包括支援センターの名称	担当小学校区	連絡先
羽曳野市東圏地域包括支援センター	古市・古市南・駒ヶ谷・白鳥・西浦・西浦東	【電話】072-958-1188 【FAX】072-958-1189
羽曳野市中圏地域包括支援センター	はびきの植生学園・羽曳が丘・植生南	【電話】072-959-2006 【FAX】072-956-0736
羽曳野市西圏地域包括支援センター	丹比・高鷲・高鷲南・恵我之荘・高鷲北	【電話】072-953-1003 【FAX】072-955-8302

現場型プラン検討会議・短期集中型サービス・スポット訪問事業者一覧

⑨各事業所への連絡については、下記に記載してある電話番号のみでお願いします。

(※ただし、メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野については、初回日程調整のみ担当者へ。初回以降は、サービス担当者の連絡先でOK)

【現場型プラン検討会議】・初回訪問の時に現場型プラン検討会議を実施することも可能です。

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
現場型プラン 検討会議	ケアマネ⇒事業者 (日程決まれば 各圏域の包括へ連絡)	メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野	高原	072-950-3810
		四天王寺悲田院在宅	松藤	072-957-7514
		介護老人保健施設 悠々亭	吉田	072-953-1002
		介護老人保健施設 まほろば	寺田	072-958-6655

【訪問型サービスC】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動	ケアマネ⇒事業者 (現場型プラン検討会議に出席した事業者 と同一の場合、連絡調整は不要)	メディケア・リハビリ訪問看護ステーション羽曳野	高原	072-950-3810
		四天王寺悲田院在宅	松藤	072-957-7514
		介護老人保健施設 まほろば	寺田	072-958-6655
栄養	ケアマネ⇒事業者 (利用が決まれば市包括へ連絡)	NPO法人 はみんぐ南河内	時岡	072-976-5255

※訪問型サービスCは、原則として運動と栄養がセットとなります。栄養の事業者へは、専門書の作成した『現場型プラン検討会議報告書』の空白に
担当する運動の事業所・専門職名を追記してプラン一式とともに包括に提出してください。

※訪問型サービスCの利用に決定し運動の必要が無い場合、栄養のみの訪問Cもあり得ます。

※3か月目(延長であれば6か月)の評価会議に圏域地域包括支援センターが同席しますので、日程が決まればお伝えください。

※(利用決定後、初回サービスまでに)基本情報・チェックリスト・アセスメント・プランを事業者に提出してください。提出方法は包括経由です。

【通所型サービスC】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動	ケアマネ⇒事業者 (事前カンファレンスの日程が決まれば 市包括へ連絡)	介護老人保健施設 悠々亭	吉田	072-953-1002
		介護老人保健施設 まほろば	寺田	072-958-6655

※開始前の事前カンファレンスに同席しますので、事業所と日程調整後、羽曳野市高齢福祉介護課地域包括支援担当まで、お声がけください。

※(利用決定後、事前カンファレンスまでに)基本情報・チェックリスト・アセスメント・プランを事業者に直接提出してください。

【スポット訪問】

種別	連絡ルート	事業者名	担当者	電話番号
運動・栄養・口腔	ケアマネ⇒圏域包括			

※スポット訪問については、なるべく担当ケアマネの同席をお願いします。

③ 予防プラン原案の作成

㊦ アセスメントについて ※ 巻末資料（アセスメントシートの記入例）参照

- ・アセスメントシート・チェックリスト・基本情報を用いて、本人の心身機能状態や生活課題を本人や家族から聞き取りを行いましょう。
- ・「なんとなくできている、それなりにできている」と利用者が思っている項目は『限定的自立』に該当し、『普遍的自立』に改善する可能性が高い項目です。
※『普遍的自立』とは「楽にできる。問題ない。」と利用者が思っている状態のこと。
- ・いつからしにくさが出現しているのか、何かきっかけがあったのか等の情報を深掘りすることで改善の可能性（予後予測）を考えるヒントになり、具体的な目標設定に繋げていくことができます。
- ・自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを円滑に進めるためにも要支援者等の主体的な取り組みが不可欠です。要支援者等に対して課題に対する目標と具体策を示すことができるように適切なコミュニケーションを通じて、主体的な取り組みを引き出し、合意のプロセスを進めましよう。利用者の意欲が高まるようなコミュニケーションや働きかけをしてください。

㊧ 予防プランの作成における留意点について

（視点）

- ・利用者のしたい生活（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）」の解決を図ることが大切です。目標が達成されたら、生活機能を維持・改善するために、次のステップアップの場である様々な通所の場合や社会参加の場に通うことが大切です。
- ・訪問型サービスと通所型サービスのみの利用で状態が安定している場合、要支援認定を更新しなくても、基本チェックリストを行った結果、事業対象者に該当すれば継続的に利用が可能である事を説明してください（担当ケアマネジャーのアセスメントにより、医療系サービス等予防給付が必要になると予測される場合は更新申請を促してください）。更新せず、事業対象者として総合事業を継続利用する場合、従前相当サービスから緩和型サービスに移行できるかどうか判断をするとともに、地域包括支援センターに基本チェックリスト・介護保険証・居宅届を提出して、事業対象者としての介護保険証を受け取ってください。

（作成にあたって）

- ・インフォーマルサービスについても、プラン内に位置づけておきましょう。
- ・従前相当サービスを利用する場合は、予防プランかサービス担当者会議の記録に従前相当サービスを選択した理由（必要性）を記入してください。緩和型サービスと区別するために予防プランに「介護予防通所介護相当サービス」「介護予防訪問介護相当サービス」と記載してください。

㊨ 予防プランについて

- ・更新プランの提出について

介護保険の認定が遅れている場合でも、更新中に暫定での予防プラン原案を提出してください。プランの無い状態でサービスが提供されることの無いようにお願いします。

- ・予防プランの期間は最長1年です。
- ・予防プランにおける「期間」の記入については例のとおりです。

〈 記載例 〉

サービス種別	事業所	期間
介護予防通所介護相当サービス 科学的介護推進体制加算 一体的サービス提供加算	△△△デイセンター 週2回	R8. 1. 1～R8. 12. 31 (12月評価)

④ サービス担当者会議・モニタリング・評価・プラン変更

㉞ サービス担当者会議

目的

- ・利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ・地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解すること
- ・利用者の課題、その利用者の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
- ・利用者や家族、サービス事業者等の役割を相互に理解すること

開催時期

- ・新規に予防プランを作成した場合、予防プランを更新する場合、要支援の更新認定を受けた場合、予防プランを変更する場合、その他必要な場合に開催してください。

㉟ モニタリング

- ・月に1回は、訪問又は電話等でモニタリングを行います。利用者やキーパーソン等に著しい変化があった時にはその都度、また、少なくとも3か月に1回は居宅を訪問し利用者と面談を実施してください。(テレビ電話装置その他の情報通信機器を用いた場合であっても、少なくとも6か月に1回は居宅を訪問し利用者と面談。)

㊱ 評価

- ・予防プランで設定され、サービス担当者会議で共有された目標に向けての到達度をプラン更新ごとに評価します。モニタリングやサービス事業所からの報告等をふまえて、利用者の心身状況の変化に注目してください。
- ・目標を達成した場合、サービス終了となるか、新たな目標の設定(プランの見直し)をお願いします。

㊲ プラン変更(以下の場合等)

- ・予防プラン作成から1年経過し、引き続きサービスを利用する場合。
- ・介護保険更新申請の結果、引き続き要支援の認定となりサービス継続が必要な場合。
- ・利用者の心身状況や世帯内の変化により、サービスの再調整が必要となった場合。
- ・事業対象者が要支援見込みで介護保険申請する場合。
- ・要支援1⇔要支援2見込みで区分変更する場合。

【机上型プラン検討会議（自立支援型地域ケア会議）】

利用者の自立支援、QOL 向上のための新たな気づきを得るために出席者全員で支援方法を検討する場です。

㊦ 目的

高齢者の自立支援、QOL の向上に向けたケアマネジメントやケアの充実を図る。

- ・ 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ・ 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワーク構築
- ・ 個別ケースの課題分析からの地域課題の把握

㊧ 対象ケース

- ・ 既に支援を開始しているケースで、ケアマネジャー自身がサービスの選定、目標の設定、利用者・家族へのアプローチ等支援の進め方で悩んでいるケース（困難ケースは除外）。
- ・ ①進行性疾患、②病態が安定していない者などのいずれにも該当せず、従前相当サービスを継続して利用しているケース／福祉用具のみ継続利用しているケース。
- ・ その他、地域包括支援センターが選定したケース。

㊨ ケースの選定

- ・ ケアマネジャーから地域包括支援センターへ相談。
- ・ 地域包括支援センターが選定し、居宅介護支援事業所又は担当ケアマネジャーへ依頼。

㊩ 会議出席者

- | | |
|-----------------|------------------------|
| ・ 担当ケアマネジャー | ・ サービス事業所 |
| ・ 専門職（運動・栄養・口腔） | ・ 地域包括支援センター 主任ケアマネジャー |
| ・ 市役所担当者 | ・ 生活支援コーディネーター |

㊪ 開催日時（1 ケース：概ね 45 分）

第 4 木曜日 ①10 時 00 分～11 時 00 分 ②11 時 00 分～12 時 00 分

㊫ 会議の流れ

①自己紹介・会議の目的の確認 ➡ ②担当ケアマネジャーより、ケースの概要説明 ➡ ③サービス事業所より利用時の状況説明 ➡ ④質疑応答 ➡ ⑤専門職とともに課題解決に向けた方法の検討、取り組みや働きかけの優先順位の整理 ➡ ⑦モニタリング時期の確認
--

※ 後日、議事録をケアマネジャーへお渡しします。

※ この会議は、特定事業所加算の要件の 1 つに該当します。

＜介護予防サービス・支援計画表等の作成および地域包括支援センターへの提出物について＞

令和8.4

○→作成及び提出が必要 ×→作成及び提出は不要

	利用票・別表	基本情報	基本チェックリスト	アセスメント	支援計画表(プラン)	サービス担当者会議	評価表	備 考
① 新規	○	○	○	○	○	○	×	・初めて総合事業のサービス(通所型サービス・訪問型サービス)を利用する場合や、サービス利用開始後、6か月以内に総合事業のサービスを追加する場合は、プラン検討会議(現場型)が必要になります。(対象外のケースを除く。)
② 更新プラン	○	×	○	○	○	○	○	・原則として、更新プランのサービス開始前に、評価表とプランに包括のコメント記入を受けるようにしてください。
③ プラン期間中の ・目標の変更 ・サービス種別の変更 ・サービス種別の追加 (例:デイからデイケアへ変更、デイやヘルパーが追加等)	○ ※	×	○	○	○	○	○	・利用者像の変化を伴わないサービス利用回数の増減や、サービス中止等によるサービス内容の変更の場合は、地域包括支援センターへ連絡ください。 軽微な取り扱いは、追記したプランのコピーの提出が必要です。 (※:単位数が変わらない場合は利用票・別表の提出は不要です。) ・判断が難しい場合などは、地域包括支援センターへ連絡してください。 (参考:介護保険最新情報Vol. 959 ケアプランの軽微な変更の内容について)
④ 終了時 (死亡・転居・要介護等)								給付管理が終わり次第、原本返却(表紙)に記載されている書類を速やかに返却してください。

★お願い★ 上記の帳票を提出する際は、なるべく全ての帳票をそろえてご提出いただきたく思います。難しい場合は窓口にて相談ください。

＜支援計画書について＞

● サービス事業所の計画書(コピー)の提出は不要です。ただし、担当ケアマネジャーはサービス事業所が作成した個別支援計画書は保管しておいてください。

⑤ 給付管理と委託料請求

㊦ 給付管理

日割り請求について

月途中でサービス事業所が変更となる場合の考え方は次の例のとおりです。

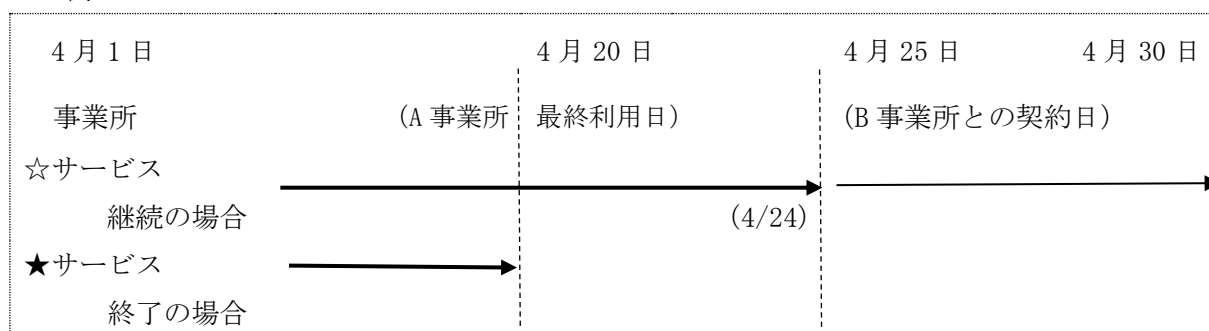
A 事業所から B 事業所に変更した場合<下記の例>の日割り計算について、
☆A 事業所の契約解除日は、最終利用日(4月20日)ではなく、B 事業所との契約日の前日(4月24日)となり、A 事業所は4月24日までの日割り請求となります。

★ただし、A 事業所のサービスが月途中で終了し、次の事業所の利用が無い場合は、A 事業所の最終利用日が契約解除日となり、契約解除日は4月20日となります。

※ 総合事業の従前相当は日割り計算になりますが、緩和型は回数による算定です。

※ 日割りについては、「介護保険事務処理システムに係る参考資料」(WAM NET)を確認してください。

< 例 >



㊧ 委託料請求

◇毎月、各事業所から提出されるデータを1つにまとめ、地域包括支援センターから国民健康保険団体連合会に提出・請求しています。請求締切日の午後4時迄に(日時厳守)請求データを提出してください。(郵送の場合は必着をお願いします。)

次ページに請求方法について明記しています。

【地域包括支援センターへの請求方法について】

★メールによる請求データの提出の場合

- ・メールで提出される際は、ZIP ファイル名に事業所名を明記してください。
- ・ZIP ファイルはパスワードを設定の上、下記の提出書類を格納してください。事業所専用番号については、事前にお知らせしています。漏洩のないように厳重な保管をお願いします。
- ・パスワード設定が無い場合、受付できませんのでご注意ください。
- ・メールの場合、〇〇〇ケアプランセンター（1月請求分）のように、件名に事業所名と請求月を明記してください。

○提出書類

- ・委託料請求明細書（予防・総合）
- ・給付管理票（CSV データ）
- ・請求なし対象者

○請求先メールアドレス

- ・羽曳野市西圏域地域包括支援センター chiikihoukatsu@heartful-health.or.jp
- ・羽曳野市中圏域地域包括支援センター chiikihoukatsu@shitennoji-fukushi.jp
- ・羽曳野市東圏域地域包括支援センター chiikihoukatsu@soujinkai-m.jp

○パスワードは、事業所番号の下4桁としてください。

※注意：現行の Windows には、パスワード付きの ZIP ファイルを作成する機能はありませんので、フリーソフト（「7-ZIP」や「Lhaplus」など）を利用してください。
圧縮方式は「ZIP ファイル」としてください。

★窓口での提出の場合

- ・給付管理票（CSV データ）は外部媒体（USB メモリ）、または書面（郵送可）で提出してください。郵送の場合は締切日に必着をお願いします。
- ・給付管理票を USB メモリで提出される場合、紛失等防止のため、USB メモリに必ず事業所名をつけてください。窓口で受付取り込み後、返却いたします。
- ・なお、FD での請求方法は令和 5 年 3 月請求（2 月利用分）をもって受付を終了しました。

★注意事項

- ・圏域ごとに提出資料を作成した上で提出してください。エラーが出て取り込みできません。
- ・委託料請求明細書は、介護予防サービスと総合事業サービスに分けてください。特に介護予防サービスと総合事業サービスを併用している場合、介護予防サービスを利用しない月は、総合事業での請求となりますのでご注意ください。

⑥ 予防プランの終了

次の㉗～㉙に該当した場合は、「原本返却（表紙）」を計画書等の帳票に添付し、最終の評価表を作成した上で、地域包括支援センターへ提出してください。

- ㉗ 目標を達成し、サービスを終了した場合
- ㉘ 更新の結果、要介護認定になった場合
- ㉙ 施設入所等により居宅介護支援事業所が変更となった場合
- ㉚ 羽曳野市外へ転出した場合
- ㉛ 羽曳野市内で転居し、担当する地域包括支援センターが変更となる場合
- ㉜ 死亡した場合
- ㉝ 事業対象者であった者が基本チェックリストを行った結果、介護予防・日常生活支援総合事業の非該当になった場合

※ 原本とは、利用者の名前が明らかな帳票・書類全てです。個人情報となりますので、返却漏れないようにお願いします。

※ サービス提供事業所の計画書や評価表は、原本返却不要です。

※ サービス終了後、給付管理を行った後、速やかに原本返却してください。

⑦ 暫定プランの取扱い

㉗ 事業対象者から新規申請する場合や要支援見込みで区分変更するなど、暫定プランを作成する際は、地域包括支援センターへ連絡を行った上、高年介護課に介護保険要介護認定関係情報提供申請書で認定結果情報の取り寄せを行ってください。また、事業対象者から介護保険申請する場合は、居宅届を提出してください。

㉘ 高年介護課から示された平成 30 年 3 月 23 日付「暫定ケアプランの取り扱いについて（通知）」のとおり、見込み違いとなった場合には居宅届の提出を遡ることが可能となります。それに伴い、居宅届の開始・変更年月日は区変日を記入してください。

㉙ 継続的な担当について

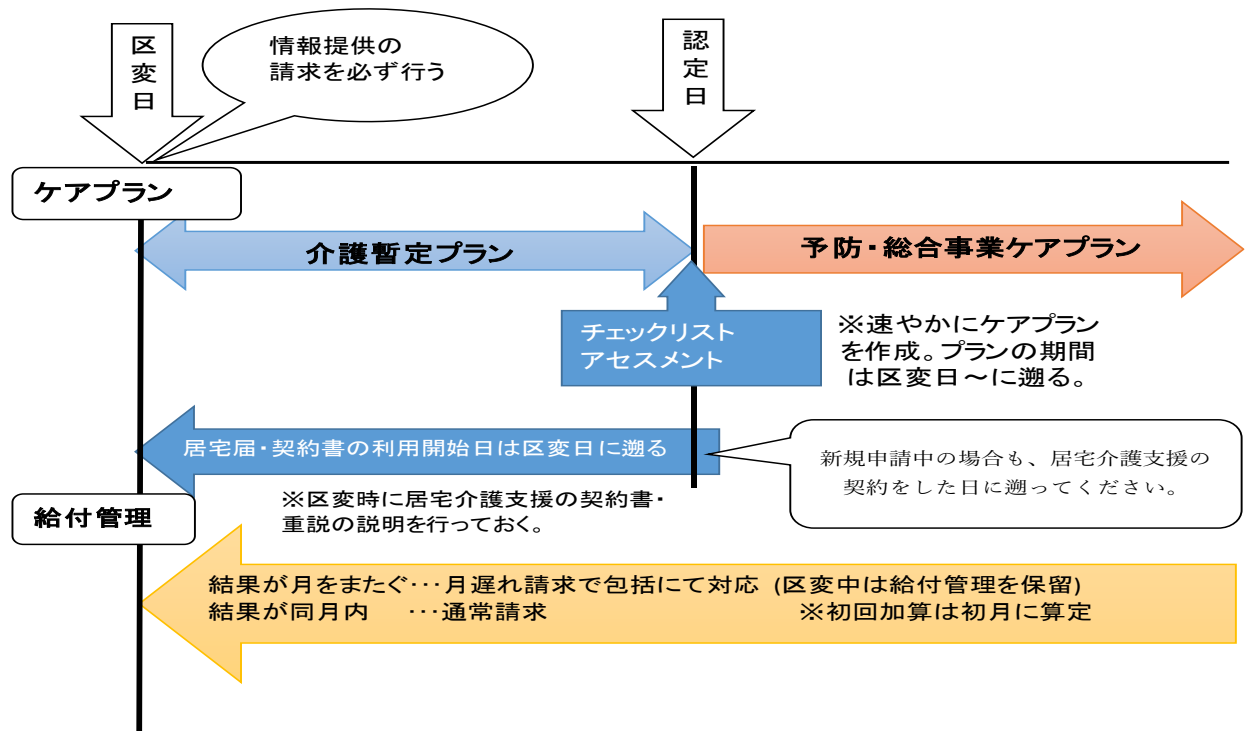
要介護見込みでサービスを導入し認定結果が要支援だった場合でも、引き続き担当して頂きますようお願いいたします。

㉚ 利用者が区分変更し、要介護と認定された場合、緩和型サービス、短期集中予防サービスは終了となります。

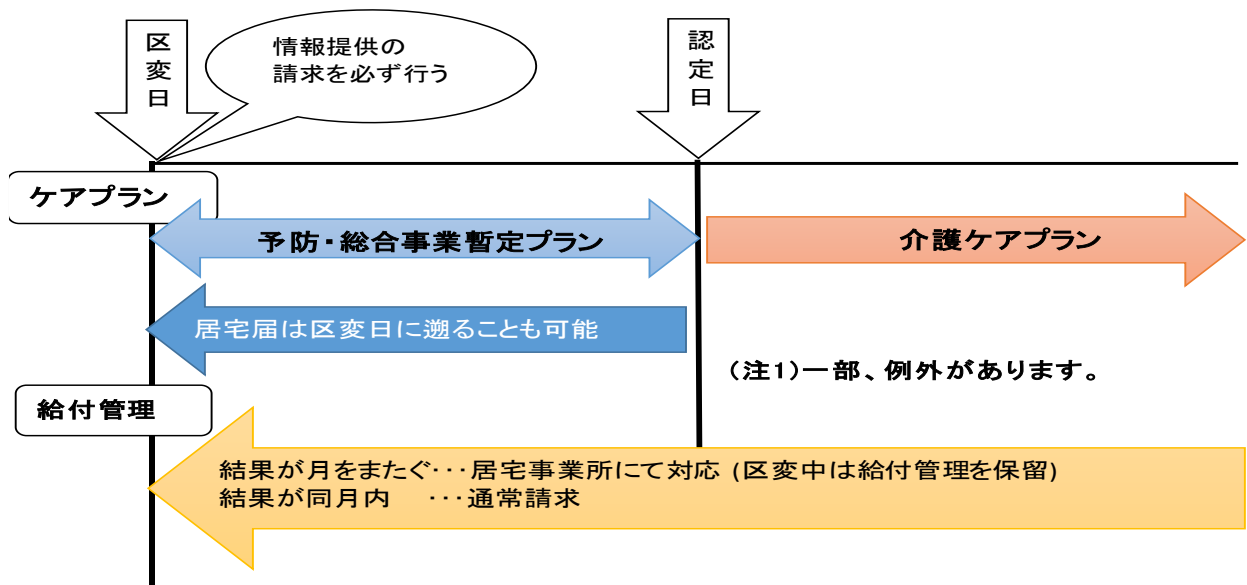
㉛ サービスの中止や長期入院については、請求時に「請求なし対象者名簿」にて地域包括支援センターにお知らせください。なお、「請求なし対象者名簿」については「予防給付」と「総合事業」で用紙を分ける必要はありません。

㊦ 区分変更及び暫定プランの取扱について

(ア) 介護見込み⇒支援



② 支援見込み⇒介護



(注1)緩和型サービス・短期集中予防サービスを利用の場合は、対応方法が異なります。
新規申請や区分変更時には必ず各圏域の地域包括支援センターまでご連絡ください。

※ (ア) の例において、羽曳野市の事業所指定を受けていない場合、居宅支援事業所・サービス事業所とも給付管理ができず、契約日も遡れないのでご注意ください。なお、指定には1か月以上の日数が掛かります。

4 事業対象者の支給限度額について事業対象者として認定を受けた被保険者の区分支給限度基準額は、原則として要支援1相当ですが、総合事業ガイドラインおよびQ&Aにより、利用者の状態（退院後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるケースなど）によっては、要支援1の限度額を超えることが可能であるとされています。

羽曳野市では、一時的な変更の場合の支給限度額は要支援2相当の区分支給限度額とします。一時的に支給限度額を変更することで自立支援につながるケースについては、各圏域の地域包括支援センターで検討しますので、その場合は事前にご相談ください。なお、一時的な変更の場合は、毎月1日付け開始とし、最長6か月間の新しい予防プランが必要です。

羽曳野市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（抜粋）

（支給限度額）

第6条 居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合の支給限度額については、法第55条第2項の規定を準用する。

2 基準該当者が総合事業を利用する場合（指定事業者のサービスを利用する場合に限る。）の支給限度額は、要支援1に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額を基礎として法第55条第1項の規定により算定した額相当とする。

3 前項の規定にかかわらず、事業対象者が退院直後その他の場合であって、集中的にサービス利用することが自立支援につながると市長が認めた場合は、該当事業対象者の支給限度額は、要支援2に係る介護予防サービス費等区分支給限度額相当とすることができる。

第3章 予防給付について

介護予防ケアマネジメントと介護予防支援業務で共通する事項や、予防給付に関して特に質問の多い点について、下記にまとめます。

1 介護保険情報の提供・居宅届について

- (1) 主治医の意見書（写し）と認定調査票（写し）は、個人契約書や居宅届の提出等手続きを経た上で、高齢福祉介護課から地域包括支援センターを経由して提供されます。契約書類一式を提出後、日数が経過しても手元に届かない場合は、地域包括支援センターへお問い合わせください。
- (2) 各圏域地域包括支援センターは、介護認定の結果を電話でお伝えできません。介護保険要介護認定関係情報提供申請書にて、高齢福祉介護課から直接取り寄せてください。
- (3) 2号みなしの方の認定情報や主治医の意見書等は、生活福祉課に直接請求してください。

2 担当する地域包括支援センターが変更（圏域をまたぐ場合）となる転居の取り扱いについて

羽曳野市内の転居に伴い住民票が異動する場合で担当の地域包括支援センターが変更となる場合は、利用者と転居先の地域包括支援センターとで、契約を再度締結する必要があります。

【例：中圏域から西圏域へ異動の場合】

- (1) 委託先居宅事業者は、転居元の中圏域地域包括支援センターへ利用者が転居する旨の連絡をします。
- (2) 転居元の中圏域地域包括支援センターが転居先の西圏域地域包括支援センターに連絡を取り、ケースの引継ぎ等を行います。
- (3) 転居先西圏域地域包括支援センターから委託先事業者に連絡を取り、契約締結や介護予防サービス・支援計画の見直しの調整等を行います。

【転居時の初回加算について】

転居により担当する地域包括支援センターが変更となった場合、委託事業者が同じでも転居先で介護予防サービス計画作成にあたっての一連の業務を行えば、初回加算は算定可です。

3 訪問型サービスで、買い物・通院同行・外出介助をプランに位置付ける場合

ケアプランおよびサービス担当者会議の記録に利用が必要な理由を明記してください。

4 軽度者レンタルと例外給付について

介護保険における福祉用具貸与については、軽度者（要支援1・2及び要介護1の方）の状態像からは利用が想定しにくい下記の種目（ア～カ）については、介護保険給付の原則対象外です。ただし、厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者については、保険給付の対象として福祉用具貸与が行われます。

要支援1・2の認定を受けている方が福祉用具を導入する場合、地域包括支援センターへ当該福祉用具が必要という判断に至った理由が明確にされている書類の提出等、手続きが必要です。

ア 車いす・車いす付属品	イ 特殊寝台・特殊寝台付属品	ウ 床ずれ防止用具・体位変換器
エ 認知症老人徘徊感知器	オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	カ 自動排泄処理装置

（1）要介護認定における基本調査結果に基づく判断（通称「軽度者レンタル」）

- ① 認定調査票の項目に該当し、その要否が判断できる場合（P38 参照）

【必要書類】『軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票（1）』

- ② 該当する基本調査結果がない場合（認定調査票の項目に該当しない場合）（P38 参照）

車いす及び車いす付属品…「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」

移動用リフト …「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」

【必要書類】『軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票（1）（2）』

※ 介護予防支援事業所である地域包括支援センター職員が、必要性の確認・判断を行うため、サービス担当者会議に出席します。事前に、地域包括支援センターへご連絡ください。

※ 初回導入時と認定の更新ごとのサービス担当者会議に地域包括支援センター職員が同席します。

（2）羽曳野市による判断（通称「例外給付」）

上記（1）（「厚生労働大臣が定める者」）に該当しない場合、次のi）～iii）のいずれかに該当することが、医師の医学的な所見に基づき判断され、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要であることが判断された場合、保険給付の対象になります。

【必要書類】（介護予防）福祉用具貸与例外給付届出書

i) 状態の変化	疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象・重度の関節リウマチ 等
ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 例：がん末期の急速な状態変化等
iii) 医師禁忌	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 例：重度の喘息発作・心疾患等

【要支援者にかかる軽度者レンタルと例外給付のまとめ】

	認定調査票の項目に該当し、その要否が判断できる場合 (通称「軽度者レンタル」)	該当する基本調査結果がない場合 (通称「軽度者レンタル」)	羽曳野市による判断 (通称「例外給付」)
提出先	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センターを経由して、高齢福祉介護課
必要書類	軽度者に対する福祉具貸与に関する確認票(1)	軽度者に対する福祉具貸与に関する確認票(1)(2)	(介護予防)福祉用具貸与例外給付届出書 ケアプラン サービス担当者会議録
介護保険適用の基準日	サービス利用開始日	サービス利用開始日	高齢福祉介護課が発行する『指定(介護予防)福祉用具貸与費例外給付判断等確認書』に記載された保険給付開始日。
届出が必要な時期	以下の時期に予防プラン一式とあわせて届出が必要。 <u>①福祉用具貸与を導入する時、②介護認定の更新、③区分変更時</u>		

※ 「軽度者に対する福祉具貸与に関する確認票(1)(2)」「(介護予防)福祉用具貸与例外給付届出書」の書式は、高齢福祉介護課ウェブサイトをご確認ください。

【「(介護予防)福祉用具貸与例外給付届出書」の書き方の注意点】

(介護予防)福祉用具貸与例外給付届出書の1枚目右上部「担当者」欄は、地域包括支援センター名となります。居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに提出の際、当該箇所は記入押印せずご提出ください。

年 月 日

羽曳野市長様

日付は空白のまま

指定居宅介護(介護予防)支援事業所
名 称
代表者 職名
氏名

地域包括支援センター記入欄
「空白のまま」
地域包括支援センターへ
ご提出ください。

(介護予防)福祉用具貸与例外給付届出書

要支援の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費及び要介護1の者に係る指定福祉外種目の費用の算定に関して、その者の状態像に応じて利用が想定される対象外種可能と判断することについて、下記のとおり届け出します。

担当者	氏名	_____
	職名	_____
	連絡先	_____
		Tel : _____ Fax : _____ E-mail : _____

【軽度者に対する福祉用具貸与の判断について】

貸与品目	厚生労働大臣が定める者 (認定調査票で確認してください)	必要書類
ア 車いす及び車いす付属品 (シニアカー含む)	日常的に歩行が困難な者 ① 基本調査1-7(歩行) 「3 できない」	確認票 (1)
	日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	確認票 (1)(2)
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品 (※)	次のいずれかに該当する者(①②いずれかに該当する者)	
	日常的に起き上がりが困難な者 ① 基本調査1-4(起き上がり)「3 できない」	確認票 (1)
	日常的に寝返りが困難な者 ② 基本調査1-3(寝返り) 「3 できない」	確認票 (1)
ウ 床ずれ防止用具及び 体位変換器(※)	日常的に寝返りが困難な者 ① 基本調査1-3(寝返り) 「3 できない」	確認票 (1)
エ 認知症老人徘徊感知機器	①のいずれか及び②のいずれにも該当する者	
	意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 ① ・基本調査3-1(意思の伝達)で「1調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 ・基本調査3(認知機能)(2~7)のいずれかで「2 できない」 ・基本調査3(認知機能)(8~9)で「1 ない」以外 ・基本調査4(精神・問題行動)(1~15)で「1 ない」以外 移動において全介助を必要としない者 ② 基本調査2-2(移動)が「4 全介助」以外	確認票 (1)
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
	日常的に立ち上がりが困難な者 ・基本調査1-8(立ち上がり) 「3 できない」	確認票 (1)
	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 ・基本調査2-1(移乗) 「3 一部介助」又は「4 全介助」	確認票 (1)
	生活環境において段差の解消が必要と認められる者	確認票 (1)(2)
カ 自動排泄処理装置 (尿のみ自動的に吸引する機能 のものを除く)	次のいずれにも該当する者(①②両方に該当する者)	
	排便が全介助を必要とする者 ①基本調査2-6(排便) 「4 全介助」 移乗が全介助を必要とする者 ①基本調査2-1(移乗) 「4 全介助」	確認票 (1)

第4章 参考資料

- (1) 「地域包括支援センターの手引き」(厚生労働省ウェブサイト)
 - Ⅱ介護予防支援関係
 - 7 介護予防サービス計画を自ら作成する場合の取扱いについて
 - 8 介護予防サービスの実施上の留意事項について
- (2) 「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」
(老振発0605第1号平成27年6月5日)
「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について
(老振発0605第1号令和6年8月5日)
- (3) 「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインについて」の一部改正について
(老発0717第6号令和7年7月17日)
- (4) 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について
(老振発 0330 第2号平成30年3月30日)
- (5) 「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について
(厚生労働省老健局振興課 事務連絡平成30年10月9日)
- (6) 「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料」 (WAM NET)
- (7) 「ケアマネジメントに関する基本方針」 (羽曳野市ウェブサイト・保健福祉部福祉指導監査室)
- (8) 「羽曳野市 介護サービス事業者集団指導」(羽曳野市ウェブサイト・保健福祉部福祉指導監査室)
- (9) 「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について」
(老高発 0802 第2号令和6年8月2日)

アセスメントシート

2025.4改訂

利用者名

羽曳野 花子

7年 4月 1日

ほぼ印だけでアセスメントできるように
なっています。

該当箇所にすべて印をつけてください

課題・ニーズ等

運動・移動について	身体状況	痛み	<input checked="" type="checkbox"/> あり(部位 腰・膝・右肩) <input type="checkbox"/> なし	(例)どのような活動で痛みが出るのか記入する
		関節の動きにくさ	<input checked="" type="checkbox"/> あり(部位 右肩) <input type="checkbox"/> なし	安静時 腰痛 運動時 膝・肩に痛み有
		(イスからの)立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	右肩関節動きにくく、洗濯物を干すのが困難
		歩行状況 杖・歩行器等の使用について	室内(手すり) 屋外(杖)	(例)頻度も記入する
		転倒傾向	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 転倒(場所 道路) つまづき(場所 絨毯のほし)	先週道路で転倒した
		片足立ち(1秒)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> できない	(例)誰が運転しているか備考へ記入
		移動手段	日用品 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 車(口運転 <input checked="" type="checkbox"/> 同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バイク	運転は長女 週に一度長女と一緒に買い物に行く
			病院 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 車(口運転 <input checked="" type="checkbox"/> 同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> バイク	
		移動範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外まで	自分では徒歩範囲内でしか移動していない
		運動習慣	<input checked="" type="checkbox"/> あり(散歩) 頻度(1回/ <input checked="" type="checkbox"/> 週・月) <input type="checkbox"/> なし	散歩 家の周りを5分~10分
	運動意欲	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

①1人でできること・該当するもの全てに印を付けてください ②3ヶ月後にできていると予測するものを口で囲みましょう

日常生活(家庭生活)について	調理	<input checked="" type="checkbox"/> 食材の用意 <input checked="" type="checkbox"/> 材料を切る (口立位 / <input checked="" type="checkbox"/> 座位) <input checked="" type="checkbox"/> 調理する	腰痛時は座って切る
		<input checked="" type="checkbox"/> お皿を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 皿洗い <input type="checkbox"/> 実施していない	重い掃除機なので腰痛が出るかがお動作が痛くてできない
	掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 道具を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> ワイパー <input checked="" type="checkbox"/> コロコロ <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> 拭き掃除	肩が痛いので、自宅の中で低い位置に干す
		<input type="checkbox"/> トイレ掃除 <input type="checkbox"/> 風呂掃除 <input type="checkbox"/> 自動掃除機 <input type="checkbox"/> 実施していない	
	洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 洗濯機に投入 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 干す・取り込む (口低い竿 / 口高い竿)	洗髪は左手
		<input checked="" type="checkbox"/> 畳む <input checked="" type="checkbox"/> 片付ける <input type="checkbox"/> 手洗い <input type="checkbox"/> 実施していない	ゴミは近所の人が出してくれる。
	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 上着の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> ズボンの着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 体を洗う <input checked="" type="checkbox"/> 洗髪 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 浴槽へつかる	重い荷物は宅配を利用 買い物に行くと娘が荷物を持つ
ごみだし	<input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> ゴミ置き場まで運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 実施していない	1人では買い物に行っていない	
買物	<input checked="" type="checkbox"/> 店内の移動 <input checked="" type="checkbox"/> 支払い <input type="checkbox"/> 荷物を運ぶ <input checked="" type="checkbox"/> 商品の整理		
	<input checked="" type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 実施していない		

経験なし・家族実施の場合は「実施していない」にチェック

※印がついていない項目ができるように、目標設定してみましょう。
(例)トイレ掃除できるようになる。近くのスーパーに自分で花を買いに行ける。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	1日誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人等 <input checked="" type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす	
	外出する頻度(通院以外)	<input checked="" type="checkbox"/> 1~2回/週 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない	買物・散歩
	親戚・友人と会う・連絡をとる頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 1回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 友人 2回/月 <input type="checkbox"/> ほとんどない	習い事は友人が迎えにきてくれる。
	地域・近隣との交流	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ほとんどない	
	趣味・楽しみ	<input checked="" type="checkbox"/> ある(編み物教室 2回/月) <input type="checkbox"/> ない	月2回編み物教室があるが、友人と一緒に最近休みがち お花をいじるのは好きだったが、最近はやっていない。
	他者の話が理解できる	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(状況:)	
	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 気にしている <input type="checkbox"/> 気にならなくなった	
	情緒が不安定になることの有無	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 情緒が不安定になることがある	
	一人きりになることへの不安	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 一人になることが不安である	

該当箇所すべて印をつけてください		課題・ニーズ等	
健康管理について	医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明	<p>膝の痛みが強い時は休むように言われているが、痛みがない時は散歩をすすめられている。</p> <p>包括への提出は不要ですが、健康管理のため、ケアマネジャーにて保管してください。</p> <p>たばこは10年前やめた夜間排尿で1〜2回起きる</p>
	定期受診	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	現在の健康状態	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない	
	現在の服用薬	<input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある() <input checked="" type="checkbox"/> 別紙→ケアマネにて保管	
	服薬管理の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 支援があれば飲める <input type="checkbox"/> できない	
	たばこ	<input checked="" type="checkbox"/> 現在吸っていない <input type="checkbox"/> 現在吸っている(本/日)	
	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input checked="" type="checkbox"/> 眠れないことがある(睡眠薬服用 有)	
	排泄	排尿 <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり 排便 <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり	
	視覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 補助具(眼鏡・その他)	
	聴覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(右・左) <input checked="" type="checkbox"/> 補助具(<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・ <input type="checkbox"/> 集音器・その他)	
皮膚疾患・褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 衛生状態・部位等()		
物忘れ等について	会話がまとまらない	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<p>会話は問題ない。時々何を探していたのかわからなくなることがある。新しい電子機器は迷う。</p> <p>何度かやかんの火を消し忘れた。</p>
	物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	
	電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい	
	火の始末への心配	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input checked="" type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり	
	金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金管理(<input checked="" type="checkbox"/> ATM/ <input checked="" type="checkbox"/> 窓口) <input checked="" type="checkbox"/> 支払行為 <input checked="" type="checkbox"/> 家計の管理 <input checked="" type="checkbox"/> お小遣いの管理 <input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 難しい	
	契約行為・公的手続き・意思決定について	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な支援があれば出来る <input type="checkbox"/> 難しい	
食事について	食事頻度(2食/日) リズム(<input checked="" type="checkbox"/> 規則正しい・ <input type="checkbox"/> 不規則) 食べる楽しみ(<input checked="" type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)	<p>昔から太りたくないのので2食が習慣になっている</p> <p>ビールコップ1杯程度</p>	
	献立 <input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input checked="" type="checkbox"/> 総菜 <input type="checkbox"/> 配食のお弁当 <input type="checkbox"/> ヘルパー		
	よく食べるもの:朝 なし 昼 パン・コーヒーマル・フルーツ・ヨーグルト 晩 肉・魚・野菜中心のおかず		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(そば)		
	水分摂取 5-6回/日 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(CC/日) アルコール口飲まない <input checked="" type="checkbox"/> 飲む(6回/週)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事が少ない・食事が減少している <input checked="" type="checkbox"/> 食事内容に偏りがある <input type="checkbox"/> 食べるのが遅くなった		
	<input type="checkbox"/> 食べこぼす <input type="checkbox"/> のどがゴロゴロなる <input type="checkbox"/> 口のなかのどの奥に食べ物が残る <input type="checkbox"/> のどに詰めたことがある		
	<input type="checkbox"/> 薬が飲みにくい <input type="checkbox"/> 食べ物や胃液が逆流する <input type="checkbox"/> 半年前に比べて食べにくくなったものがある()		
今まで医療機関で栄養相談を受けた経験(<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある)			
食事や栄養のことで気になることがある(<input checked="" type="checkbox"/> ビールを飲むので、あまり白いごはんを食べる習慣がない)			
歯と口腔について	全般	<input type="checkbox"/> すべて自歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(口上前歯口下前歯口上奥歯 <input checked="" type="checkbox"/> 下奥歯) <input checked="" type="checkbox"/> 総義歯(口上 <input checked="" type="checkbox"/> 下)	<p>必要時にご活用ください</p>  <p>部分義歯 奥歯 腫れている</p> <p>下総義歯 かかりつけ医/〇〇歯科 痛みがあるので近日中に受診予定</p>
		<input type="checkbox"/> 自歯も義歯もなし <input type="checkbox"/> 義歯はあるが使っていない <input type="checkbox"/> 欠損あり	
	自歯・歯茎の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 痛い・しみる <input type="checkbox"/> 穴があいている・黒くなっている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input checked="" type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている <input type="checkbox"/> 特になし	
	義歯の状態	<input type="checkbox"/> 義歯を入れると痛い <input type="checkbox"/> 義歯が外れやすい <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	
	口腔の状態について	<input type="checkbox"/> 舌に汚れがある <input type="checkbox"/> 多量の歯垢がついている <input checked="" type="checkbox"/> 唇・口角・口の中が乾燥している <input type="checkbox"/> 噛み合わせができない <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 特になし	
	清掃	2回/日 手段(<input checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 洗口液 <input checked="" type="checkbox"/> 義歯洗浄剤)	
	定期受診	<input checked="" type="checkbox"/> している(2回/年) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> していない	
	その他	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の診断を受けたことがある <input checked="" type="checkbox"/> 咳や痰が多い <input type="checkbox"/> 活舌が悪い <input type="checkbox"/> 声量が小さい <input type="checkbox"/> 飲み込みや口腔、歯のことで気になることがある()	