

平戸市介護予防・日常生活支援総合事業説明会

日時:平成28年12月21日(水)

15時00分～17時00分

18時30分～20時30分

場所:平戸市未来創造館COLAS平戸

目次

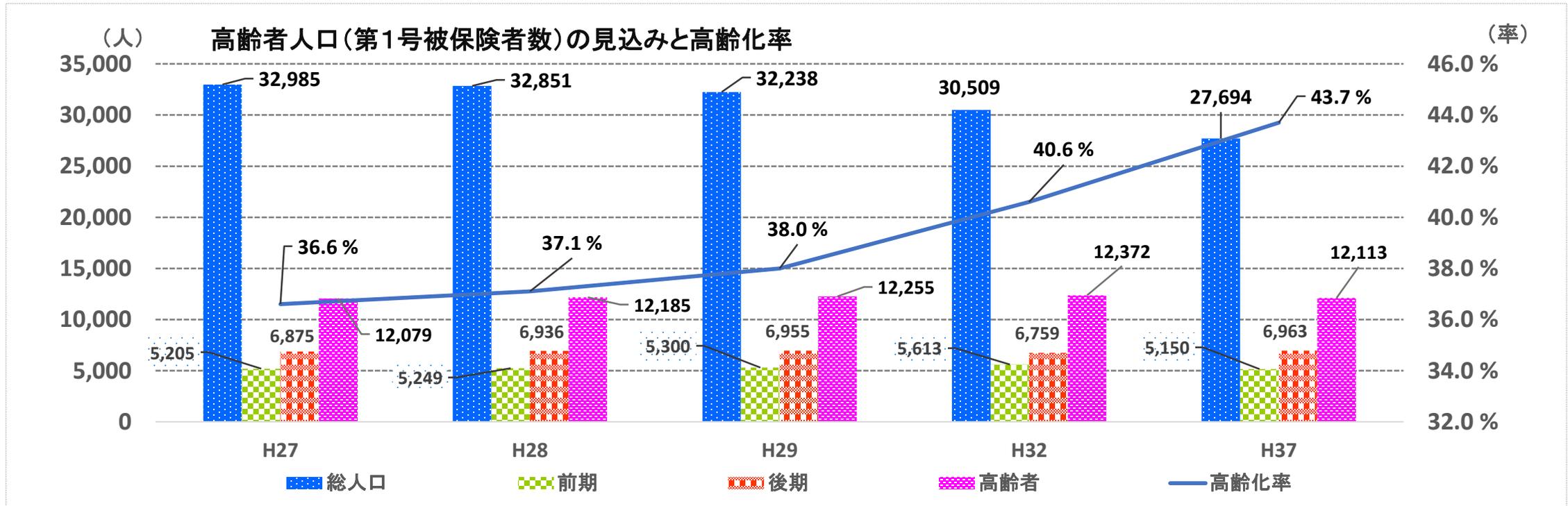
第1	平戸市の概況	1ページ
第2	平戸市における介護予防・日常生活支援総合事業の目的・考え方	5ページ
第3	総合事業を構成する事業内容 サービスの種類	8ページ
第4	総合事業の利用手続き等	15ページ
第5	総合事業の制度的な枠組み	23ページ
第6	介護予防ケアマネジメント	34ページ
第7	今後の予定	50ページ

第1 平戸市の概況

平戸市の高齢者人口の見込み

(第6期平戸市介護事業計画より)

平戸市においては、今後も高齢者(65歳以上)人口が増加、特に後期高齢者(75歳以上)が増加します。団塊の世代が75歳以上となるH37年(2025年)より高齢者人口は12,113人と減り、高齢化率は43.7%に達するものと見込まれます。

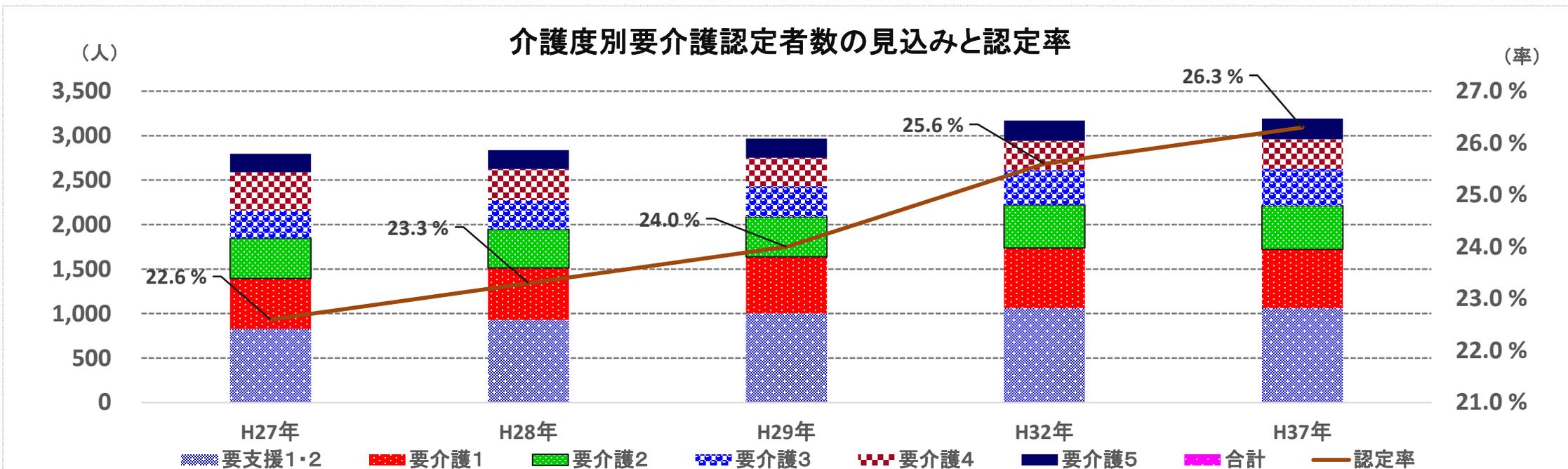


	H27	H28	H29	H32	H37
総人口	32,985	32,815	32,238	30,509	27,694
前期	5,179	5,249	5,300	5,613	5,150
後期	6,900	6,936	6,955	6,759	6,963
高齢者	12,079	12,185	12,255	12,372	12,113
高齢化率	36.6%	37.1%	38.0%	40.6%	43.7%

平戸市の要介護認定者数の見込み

(第6期平戸市介護事業計画より)

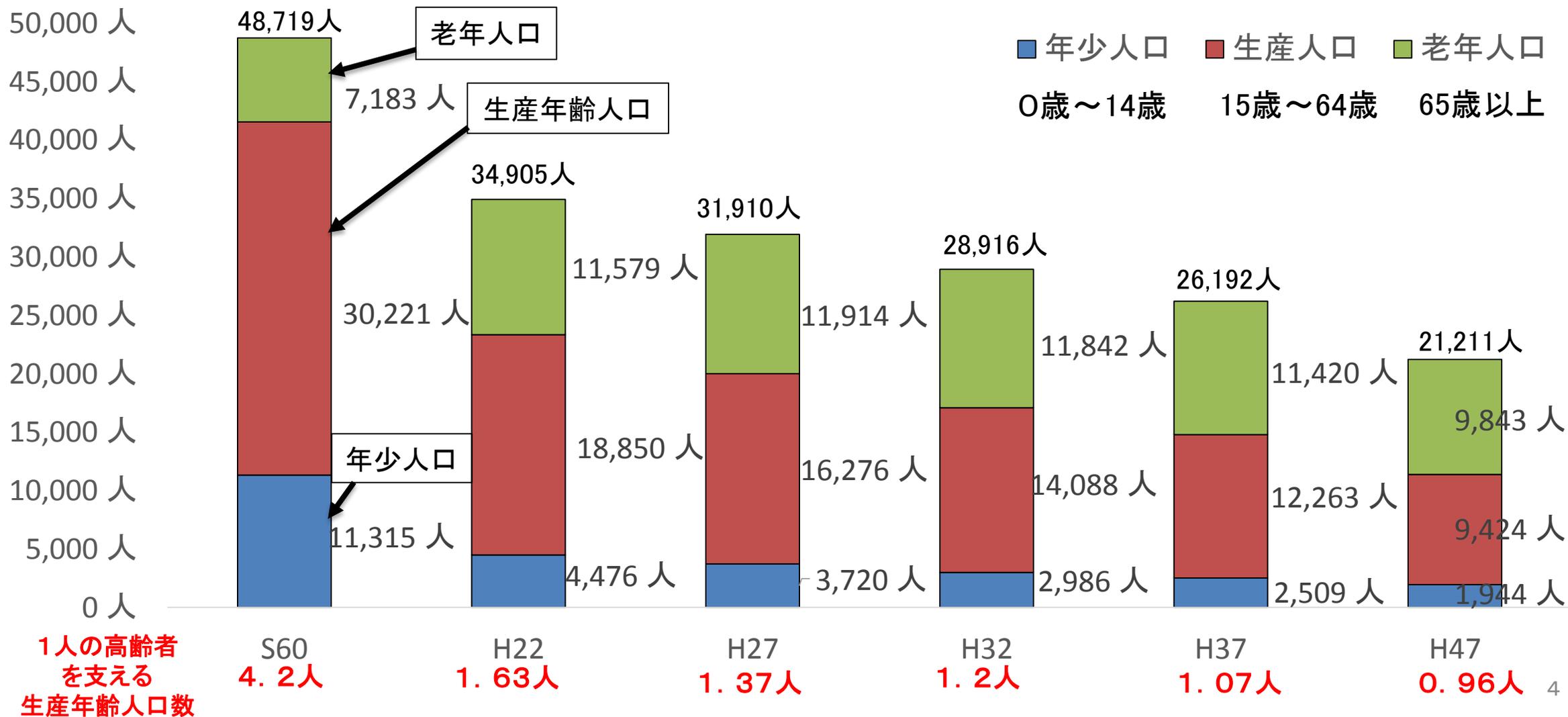
要介護認定者数は年々増え続け、認定率(第1号被保険者に対する認定の割合)も上昇が見込まれます。



	H27年	H28年	H29年	H32年	H37年
要支援1・2	827	928	1,004	1,060	1,061
要介護1	566	583	632	676	660
要介護2	454	436	451	486	492
要介護3	311	329	344	391	412
要介護4	431	346	320	329	333
要介護5	207	214	216	227	233
合計	2,796	2,836	2,967	3,169	3,191
認定率	22.6%	23.3%	24.0%	25.6%	26.3%

1人の高齢者を支える生産年齢人口 (国勢調査、H32年以降の数値は人口問題研究所による推計値)

S60年時点では約4人で1人の高齢者を支えていましたが、生産年齢人口は減少を続け、H37年(2025年)においては、約1人で1人の高齢者人口を支えていくことになります。また、H47年(2025年)には高齢者数が、生産年齢人口を上回り、1人では1人の高齢者を支えられなくなります。

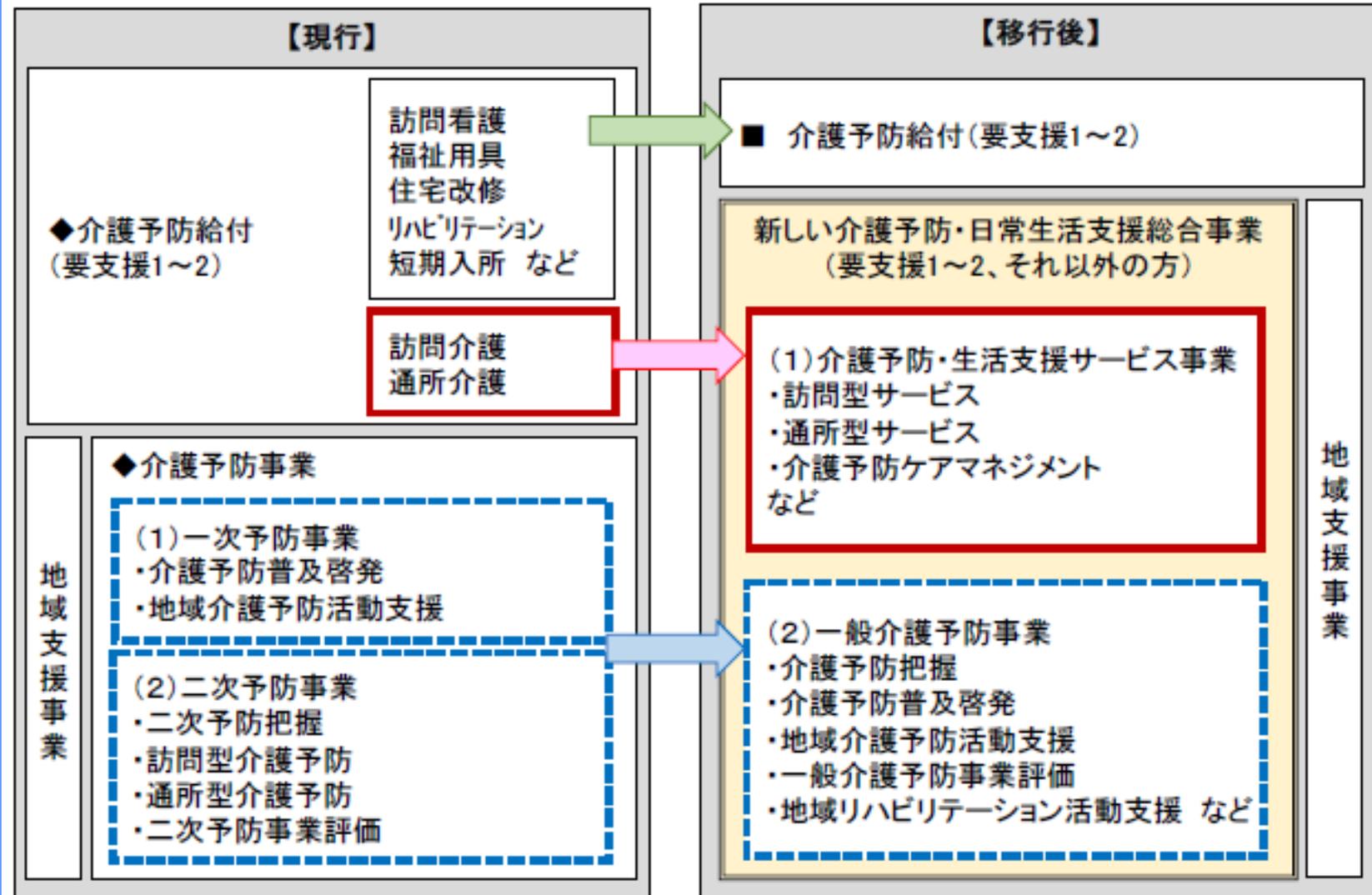


第2 平戸市における介護予防・日常生活支援 総合事業の目的・考え方

介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨

平成27年4月施行の改正介護保険法によって、「介護予防給付の一部」と「介護予防事業」が、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」という新たな区分に再構成され、**介護予防・日常生活支援総合事業**（以下「総合事業」という。）として市町村が実施することとなりました。

平戸市では、**地域包括ケアシステム構築実現に向けて、高齢者自らが介護予防に取り組む要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様な生活支援体制のある地域づくりを進めるために、平成29年4月から「総合事業」を実施します。**



平戸市の総合事業の概要

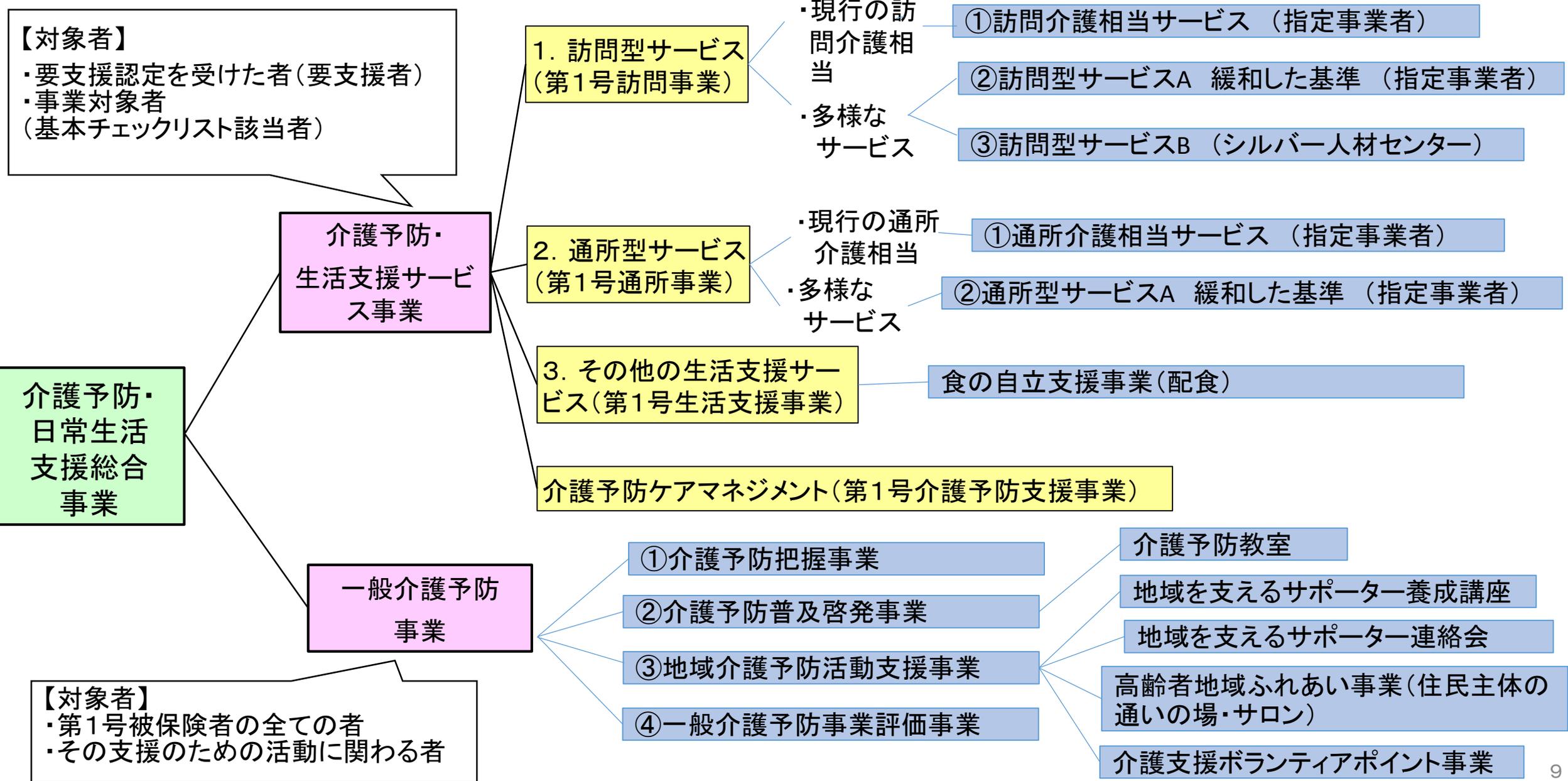
- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して、基本チェックリストで判断し、迅速なサービス利用を可能にする。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。

平戸市の総合事業において期待される効果

- 要支援者等の多様な生活支援ニーズに対して、介護予防訪問介護だけでなく、基準を緩和したサービスやシルバー人材センター、民間配食事業所等によるサービスや住民主体による支援を整えることで、**高齢者の状態に応じた多様な支援を実施することができる。**
- **高齢者等地域住民が高齢者の生活支援や介護予防の担い手となることで、高齢者の社会参加をとおした生きがいがいづくりにつながるとともに地域における支え合いの体制が推進できる。**
- **高齢者が心身機能の改善だけでなく、生きがいや役割を持って生活できるように、地域の中に居場所や出番づくりを作っていくことで介護予防を積極的に推進できる。**
- 平戸市(保険者)、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者間における意識の共有を行い、適切なケアマネジメントを実施することにより、**自立支援に向けたサービス・支援が実施できる。**

第3 総合事業を構成する事業内容 サービスの類型

【平戸市】介護予防・日常生活支援総合事業の構成



サービスの類型 1. 訪問型サービス

①訪問型サービス

- 訪問型サービスは、現行の介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、**生活支援に係るサービスの提供を基本とします。**

	現行の介護予防訪問介護相当	多様なサービス	
サービス別	① 訪問介護相当サービス (現行の介護予防訪問介護相当のサービス)	② 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 訪問型サービスB (住民主体による支援)
サービス内容	・訪問介護員による身体介護、生活援助	・訪問介護員等による生活援助	・シルバー人材センターによる生活援助
対象者となるケースとサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要な人 ○ 退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人 ○ 認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う人 ○ 多様なサービスの利用が難しい人 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体介護までは必要ないが、日常的な生活援助が必要な人 ○ 訪問型Bの利用が難しい人 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活援助が必要な人の内、シルバー人材センターで対応が出来るケース
実施方法	事業者指定	事業者指定	委託
基準	現行の介護予防訪問介護と同様の基準	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準
想定されるサービス提供者	指定訪問介護事業者	指定訪問介護事業者	シルバー人材センター

訪問型サービスの実施範囲（参考）

訪問型サービス（現行相当、サービスA）で提供するサービスの範囲は、これまでの訪問介護及び介護予防訪問介護の考え方と変わりません。「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日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）を参考としてください。

＜老計10号で例示されているサービス行為（抜粋）＞

身体介護	家事援助（生活援助）
訪問介護相当サービス（現行相当）	訪問介護相当サービス（現行相当） 訪問型サービスA
<ul style="list-style-type: none">○ 健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録○ 排泄介助、食事介助、特段の専門的配慮をもって行う調理○ 清拭（全身清拭）、部分浴、全身浴、洗面等、身体整容（日常的な行為としての身体整容）、更衣介助○ 体位変換、移乗、移動介助、通院、外出介助○ 起床・就寝介助○ 服薬介助○ 自立生活支援のための見守りの援助	<ul style="list-style-type: none">○ 健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録等○ 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

家事援助（生活援助）の内容には含まれないもの

- 商品の販売・農作業等正業の援助的な行為
- 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

サービスの類型 2. 通所型サービス

②通所型サービス

○ 通所型サービスは、現行の介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。

	現行の介護予防通所介護相当	多様なサービス
サービス別	① 通所介護相当サービス (現行の介護予防通所介護相当のサービス)	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス) 【1日デイサービス・ミニデイサービス】
サービス内容	・現行の介護予防通所介護と同様のサービス内容 ・それぞれの利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供	・高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業
対象者となるケースとサービス提供の考え方	○ 既にサービスを利用しているケースでサービスの利用の継続が必要な人 ○ 多様なサービスの利用が難しい人、不適切な人 ○ ケアマネジメントの結果、以下のような専門的なサービスが必要な人 (例) ・認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある症状・行動を伴う人 ・入浴介助などの身体介護を必要とする人 ・通所により専門職の指導を受けながら集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで、改善・維持が見込まれる人 ※状態を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが必要 ※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要	○ ケアマネジメントの結果、閉じこもり、うつ等のリスクがある人 ○ 一般介護予防事業(住民主体の支援)では対応することが困難な人 ○ 生活機能・社会的機能の維持・向上が必要な人
実施方法	事業者指定	事業者指定
基準	現行の介護予防通所介護と同様の基準	人員等を緩和した基準
サービス提供者	指定通所介護事業者	指定通所介護事業者

サービスの類型 3. その他の生活支援サービス

③その他の生活支援サービス

○要支援者・事業対象者を対象とした配食サービスを実施する。

※要介護者等高齢者への配食サービスについては、引き続き地域支援事業の任意事業である配食サービスを利用できる。

		その他の生活支援サービス
サ 種	一 ビ ス 別	「食」の自立支援事業(配食サービス)
サ 内	一 ビ ス 容	・栄養改善及び見守りを目的とした配食サービス
対象者となるケースとサービス提供の考え方		<p>○既にサービスを利用しているケースでサービスの利用の継続が必要な方</p> <p>○ケアマネジメントの結果、栄養改善と見守りが必要な方</p> <p>・留意事項</p> <p>○総合事業によるその他の生活支援サービスは、市場におけるサービス提供を補足するものとして提供するものです。</p>
実 施 方 法		事業所委託
基 準		市独自の基準による

一般介護予防事業について

一般介護予防事業の対象者とは

- ・65歳以上の全ての高齢者
- ・その支援活動にかかわる者(担い手)



一般介護予防事業の事業内容(主なもの)

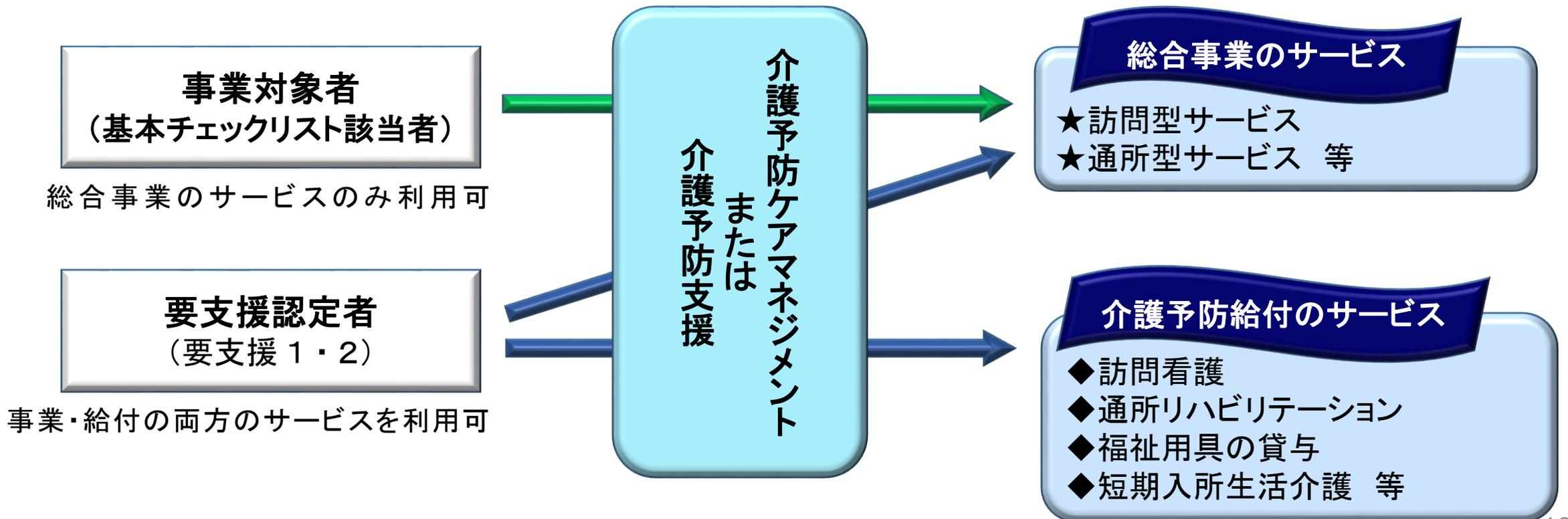
- 身近な地域で週に1回「平戸よかよか体操」ができる住民主体の通いの場等を実施し、要支援状態となることを予防する介護予防の促進を図っている。
- 地域住民が高齢者の生活支援・介護予防の担い手として活躍するために「地域を支えるサポーター養成講座」「地域を支えるサポーター連絡会(育成)」を実施し、高齢者の社会参加の促進(支援を必要とする高齢者への担い手としての参加)の目的も兼ねる。
- 高齢者の支援活動を行った者に対する謝礼としてポイントで換金する「介護予防ボランティアポイント事業」を実施している。

第4 総合事業の利用手続き等

総合事業の対象者

- 総合事業の対象となる方は、以下のいずれかに該当した方となります。

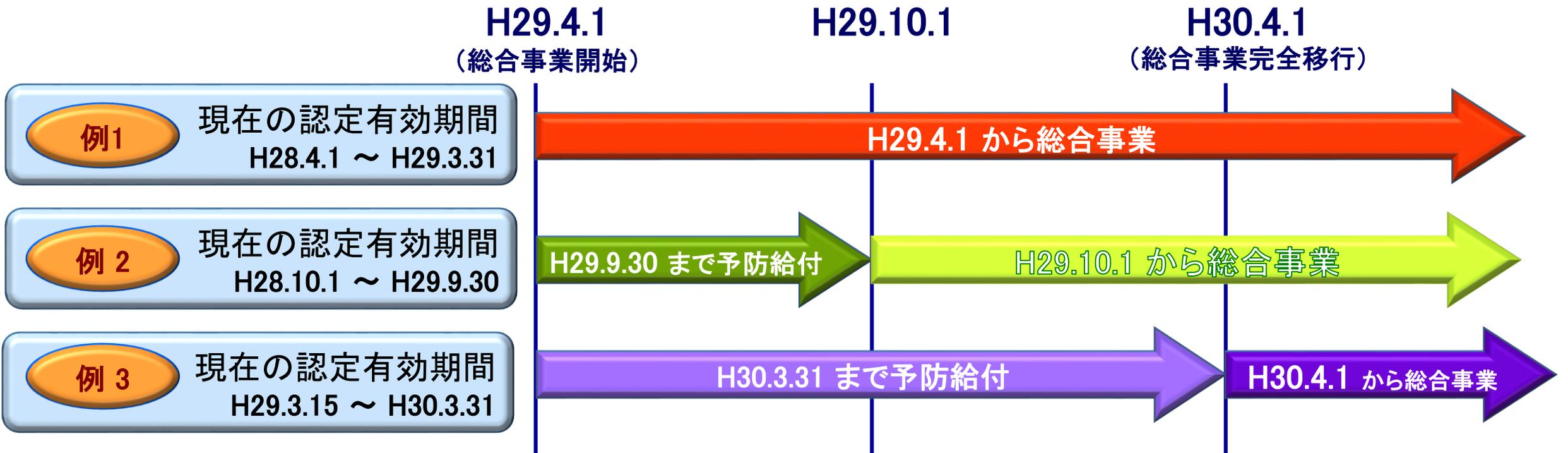
①	平成29年4月1日以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方
②	平成29年4月1日以降に、基本チェックリストにより事業対象者と判定された方



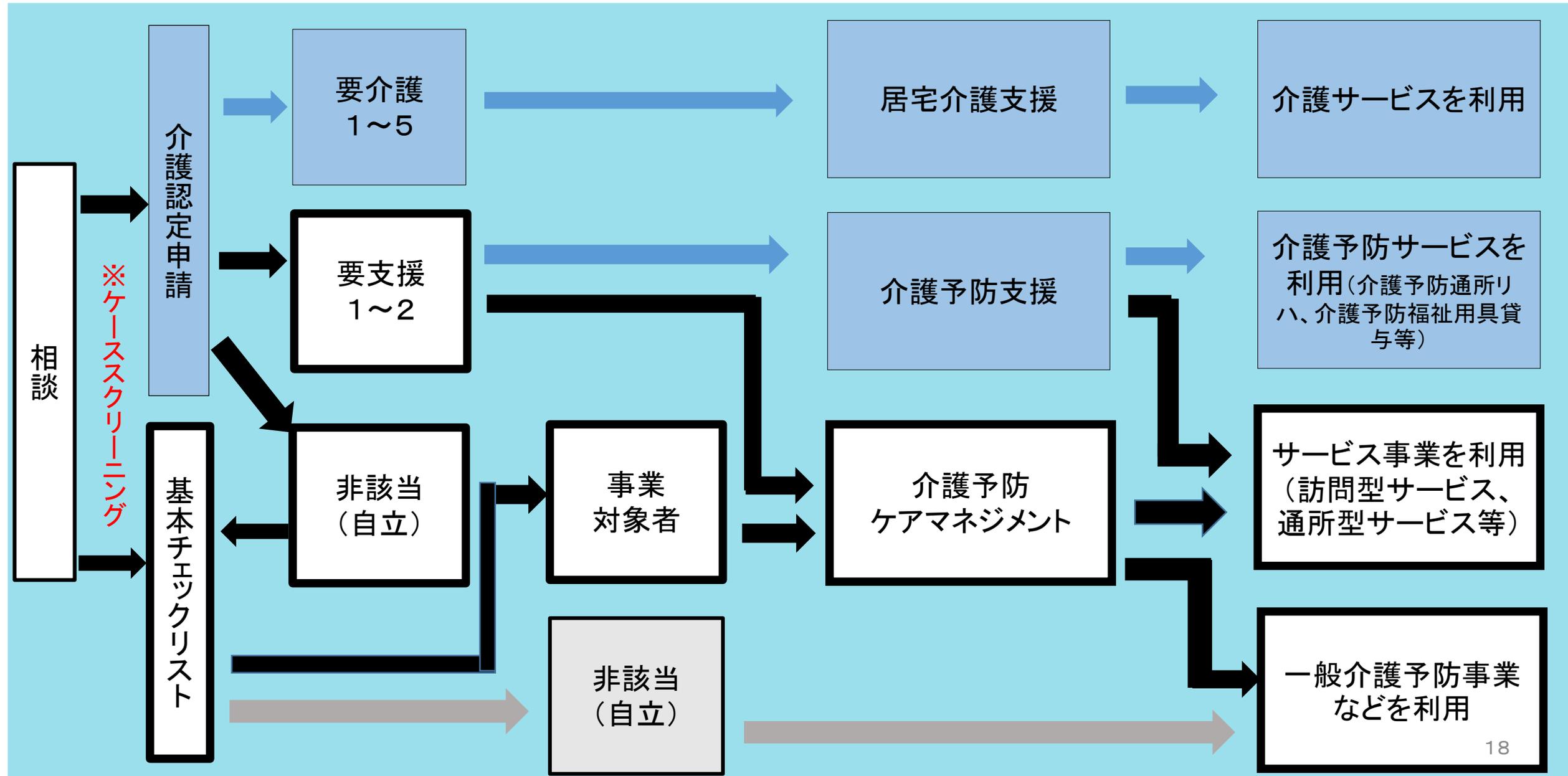
平戸市での総合事業の移行の方法

平戸市では、平成29年4月1日から、1年間をかけて市内全域で総合事業へ移行していきます。
平成29年3月31日以前に要支援認定を受けていた方は、4月1日以降、新たに要支援認定を受けるまでは、従来の介護予防給付によるサービス(訪問・通所)を利用し、更新後に総合事業のサービスを利用することになります。

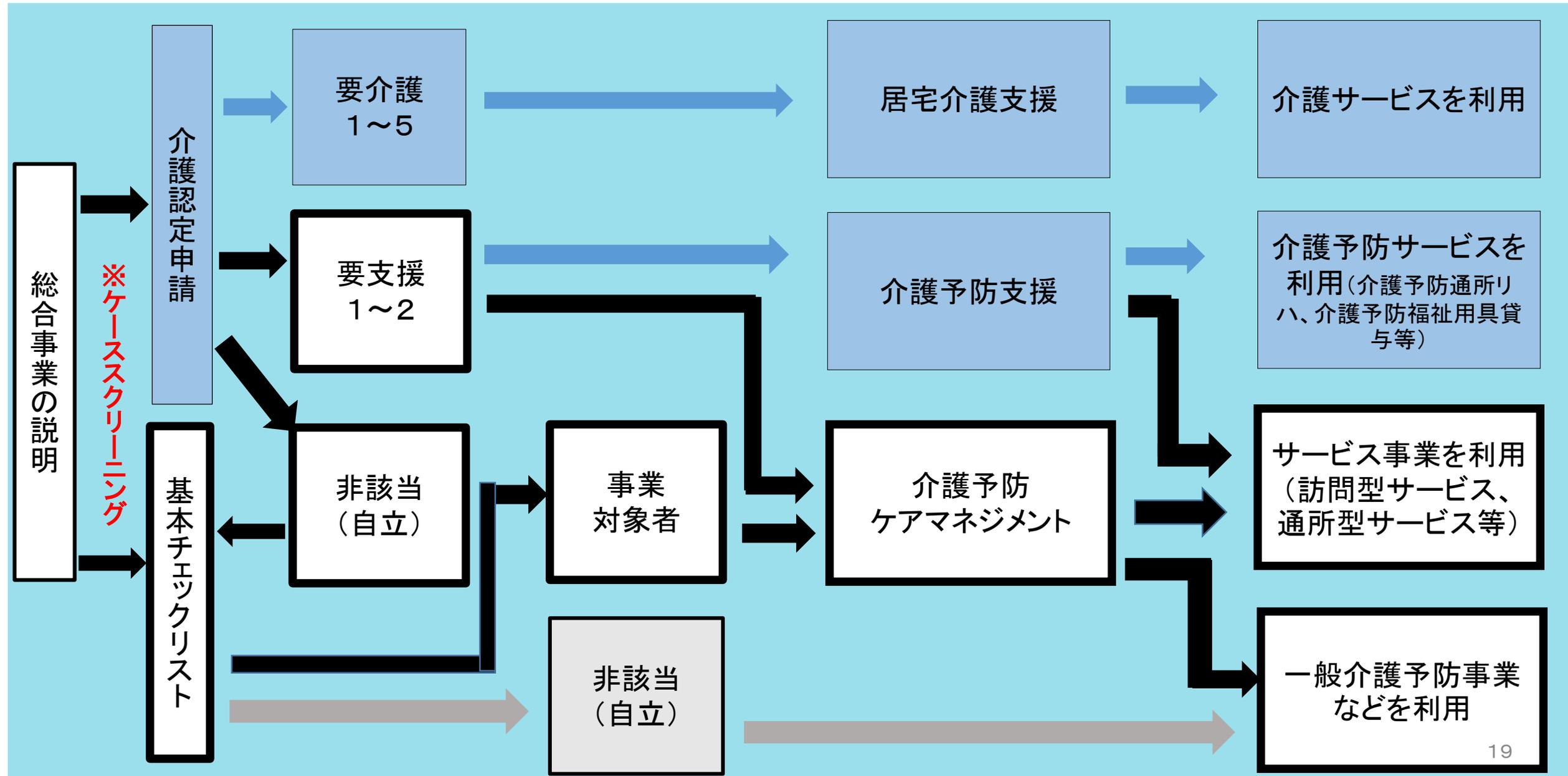
＜介護予防給付から総合事業のサービスへの移行例＞



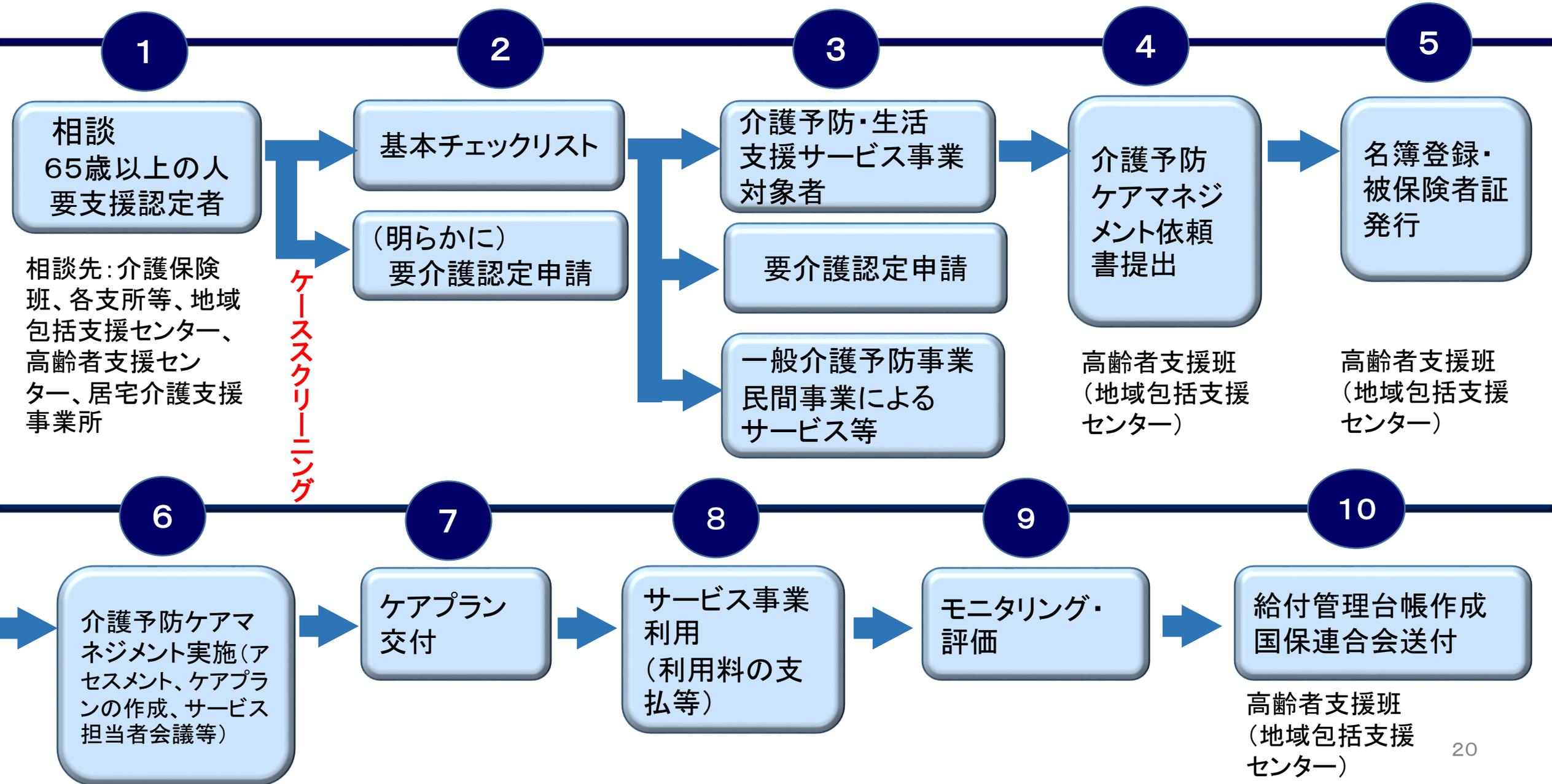
総合事業を利用するまでの流れ(新規)



総合事業を利用するまでの流れ(要支援認定更新)



総合事業の利用の流れ



住所地特例対象者の総合事業利用について

①住所地特例者とは

介護保険の被保険者は、住所地の市町村が保険者となることが原則ですが、「住所地特例対象施設」に入所し、その施設の所在地に住所を移した場合、例外として施設入所前の市町村が引き続き保険者となる制度（介護保険法第13条）

②住所地特例対象施設

- 介護保険施設・・・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
- 特定施設 ……有料老人ホーム、軽費老人ホーム
- 養護老人ホーム

※平成27年4月1日からサービス付き高齢者住宅も対象施設になっています。

③住所地特例対象者のサービス利用について

- 平戸市に居住する（他市（A市）の）住所地特例対象者が介護予防・生活支援サービスを利用する場合・・・パターン①
- 他市（A市）に住所を有するが、平戸市に居住し、介護予防・生活支援サービスを利用する場合 ……パターン②
※ 遠隔地居住者の場合

パターン①	平戸市 に居住する 他市(A市)の住所地特例対象者
	A市から平戸市内の住所地特例対象施設へ入所し、介護予防・生活支援サービス事業を受ける場合
認定申請等	<ul style="list-style-type: none"> ●認定申請の場合………A市 ●基本チェックリストの場合…平戸市（平戸市地域包括支援センター）
被保険者証 発行	A市
ケアマネジメント	平戸市（平戸市地域包括支援センター）
利用できるサービス	平戸市のサービス
事業者指定	平戸市
費用負担	A市

パターン②	他市(A市)に住所を有し、平戸市 に居住する者
	A市に住所を有する者が、平戸市で介護予防・生活支援サービス事業を受ける場合
認定申請等	<ul style="list-style-type: none"> ●認定申請の場合………A市 ●基本チェックリストの場合…A市(A市の地域包括支援センター)
被保険者証 発行	A市
ケアマネジメント	A市地域包括支援センター等
利用できるサービス	A市のサービス
事業者指定	A市(平戸市の事業者は、A市の指定が必要)
費用負担	A市

第5 総合事業の制度的な枠組み

訪問型サービスの基準概要(人員・設備・運営)

サービス種別		訪問介護相当サービス (現行の介護予防訪問介護相当のサービス)	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービスB (住民主体による支援)
サービス内容		訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問介護員等による生活援助	シルバー人材センターによる生活援助
人員基準	管理者	- 現行の介護予防訪問介護と同様 - 常勤・専従1以上 (支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能)	- 市独自の基準による - 専従1以上 (支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能)	—
	訪問介護員等	常勤換算2.5以上 〔 資格要件 〕 介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者	従事者 必要数 〔 資格要件 〕 介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者 又は※一定の研修受講者 (※検討中)	従事者 必要数 〔 資格要件 〕 市が指定する研修受講者
	サービス提供責任者	常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 〔 資格要件 〕 介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者 ※一部非常勤職員も可能	訪問事業責任者 従事者のうち必要数 〔 資格要件 〕 従事者に同じ	—
設備基準		-現行の介護予防訪問介護と同様- ○ 事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ○ 必要な設備・備品 ○ 訪問介護等と一体的に運営する場合、訪問介護等の基準を満たし、訪問介護等に支障がない場合については、訪問介護等の設備・備品等を使用することが出来る。		○事業の運営に必要な広さを有する区画 ○必要な設備・備品
運営基準		-現行の介護予防訪問介護と同様-	現行の介護予防訪問介護と同様若しくは緩和した基準(※検討中)	○従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ○秘密保持 ○事故発生時の対応 ○廃止、休止の届出と便宜の提供

通所型サービスの基準概要(人員・設備・運営)

サービス種別	通所介護相当サービス (現行の介護予防通所介護相当のサービス)	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)		
		1日デイサービス	ミニデイサービス	
サービス内容	・介護予防通所介護と同様のサービス内容 ・それぞれの利用者のニーズに応じて明確な目線を持ちサービスを提供	・高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業	同左	
人員基準	管理者 -現行の介護予防通所介護と同様- 常勤・専従1以上 (支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能)	-市独自の基準による- 専従1以上 (支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能)	同左	
	生活相談員	専従1以上 (※1)	—	
	看護職員	専従1以上	—	
	介護職員	～15人 専従1以上 15人～ 利用者1人につき専従 0.2以上	～15人 専従1以上 15人～ 利用者1人につき 必要数	同左
	機能訓練指導員	1以上	—	—
設備基準	- 現行の介護予防通所介護と同様 - ○ 食堂・機能訓練室 3㎡ X 利用定員以上 ○ 静養室・相談室・事務室 ○ 消化設備その他の非常災害に必要な設備 ○ 必要なその他の設備・備品	- 市独自の基準による - ○ サービスを提供するために必要な場所 3㎡ X 利用定員以上 ○ 必要な設備・備品	同左	
運営基準	現行の介護予防通所介護と同様	現行の介護予防通所介護と同様若しくは緩和した基準(※検討中)		

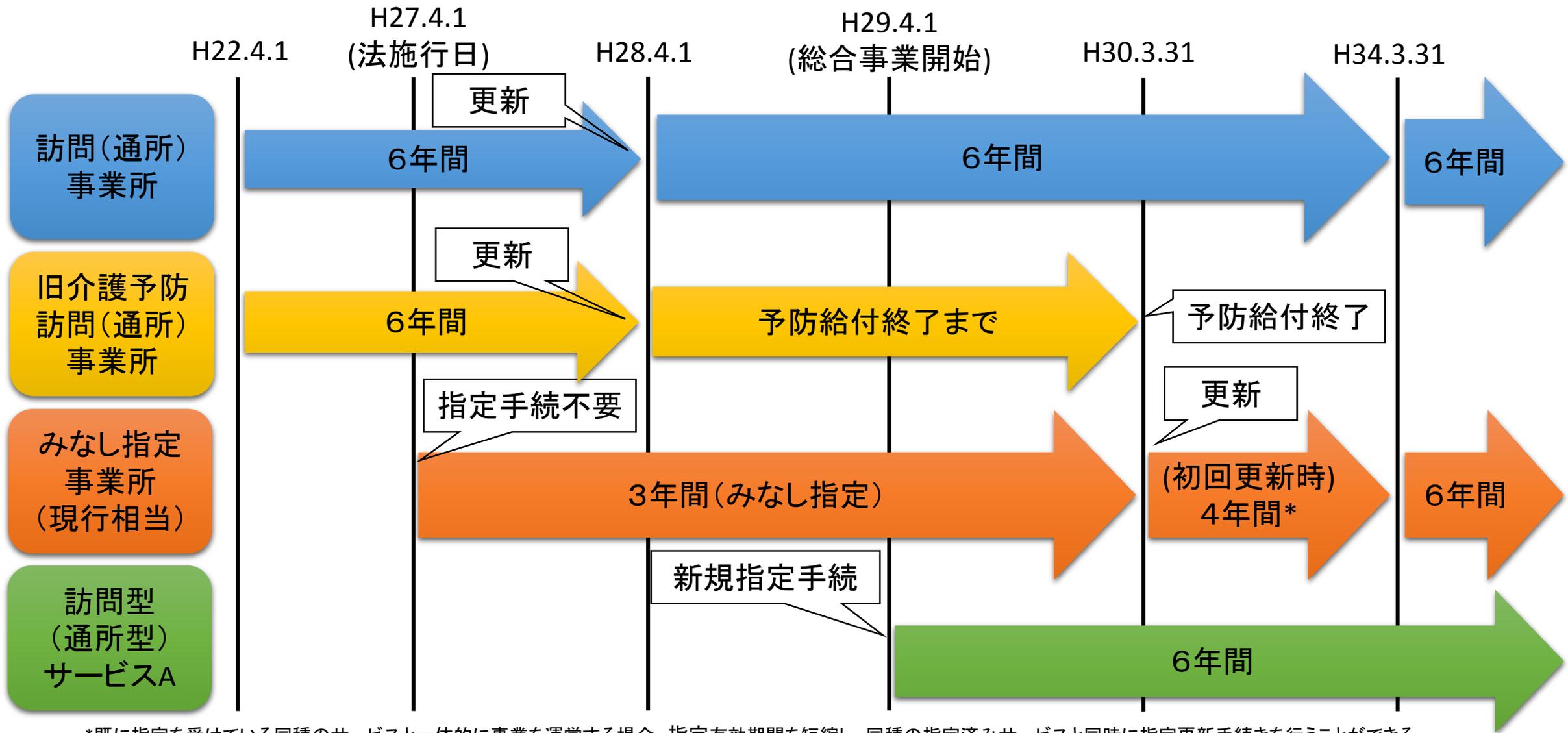
(※1)生活相談員又は介護職員のうち1人以上は常勤

通所型サービス(単価)

サービス種別	通所介護相当サービス (現行の介護予防通所介護相当のサービス)	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス) 生活支援	
		1日デイサービス	ミニデイサービス
サービス内容	・介護予防通所介護と同様のサービス内容 ・それぞれの利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供	・高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業	同左
報酬単価 ※地域単価＝10円	<p>- 現行の介護予防通所介護と同様 -</p> <p>〔事業対象者及び要支援1〕 I. 1月につき週1回程度の利用 (1,647単位/月) II. 1月の中で全部で4回までの利用 (378単位/回)</p> <p>〔事業対象者及び要支援2〕 I. 1月につき週2回程度の利用 (3,377単位/月) II. 1月の中で全部で5回から8回までの利用 (389単位/回)</p> <p>※原則として、1月当たりの包括報酬とする</p>	<p>- 市独自の基準による -</p> <p>〔事業対象者及び要支援1〕 I. 1月につき週1回程度の利用 (1,133単位/月) II. 1月の中で全部で4回までの利用 (260単位/回)</p> <p>〔事業対象者及び要支援2〕 I. 1月につき週2回程度の利用 (2,266単位/月) II. 1月の中で全部で5回から8回までの利用 (260単位/回)</p> <p>※原則として、1回当たりの単価設定による報酬とする</p>	<p>- 市独自の基準による -</p> <p>〔事業対象者及び要支援1〕 I. 1月につき週1回程度の利用 (741単位/月) II. 1月の中で全部で4回までの利用 (170単位/回)</p> <p>〔事業対象者及び要支援2〕 I. 1月につき週2回程度の利用 (1,482単位/月) II. 1月の中で全部で5回から8回までの利用 (170単位/回)</p> <p>※原則として、1回当たりの単価設定による報酬とする</p>
加算・減算	-現行の介護予防通所介護と同様-	<p>加算 介護職員処遇改善加算 ※入浴については生活支援のサービスであることから加算はしない</p> <p>減算 同一建物・定員超過・欠員</p>	同左
利用者負担額	原則 1割負担(一定以上の所得の利用者は2割負担)		
事業者への支払方法	国保連合会経由で審査・支払		
サービス提供時間	現行の介護予防通所介護と同様	現行の高齢者デイサービス事業(1日コース)と同様	3時間程度

介護給付・予防給付の指定と総合事業の指定

＜例＞H22.4.1に介護給付及び予防給付（訪問・通所介護）の指定を受けた事業者の場合



*既に指定を受けている同種のサービスと一体的に事業を運営する場合、指定有効期間を短縮し、同種の指定済みサービスと同時に指定更新手続を行うことができる。

事業所指定の手続き

1. 平成27年3月31日までに、
介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けている事業所

⇒ 指定申請手続きは不要です。
※ただし、定款等の変更手続きが必要な場合があります。

2. 平成27年4月1日以降に、
介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を新たに受けた事業所

⇒ 指定申請手続きが必要です。

24

事業所
(平戸市内)

2

事業所
(平戸市内)

定款等の変更

1. 平成27年3月31日までに、

介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けている事業所

【定款等の変更イメージ】

(変更前)

定 款

(目 的)

第〇条 当社は、次の事業を営むことを目的とする。

- 1 介護保険法に基づく指定居宅サービス事業

(変更後)

定 款

(目 的)

第〇条 当社は、次の事業を営むことを目的とする。

- 1 介護保険法に基づく指定居宅サービス事業
- 2 **総合事業における介護予防・生活支援サービス事業**

ポイント

○「介護予防・生活支援サービス事業」を「訪問型サービス」または「通所型サービス」と記載しても差し支えない。

○老人福祉法に基づいて、「老人居宅介護等事業」「老人デイサービス事業」と位置づけている場合は、変更不要。

※変更の手続き等に関しては、各法人所管庁(監督官庁等)へ確認すること。

※定款等を変更した場合は、県及び市へ変更届を提出すること。

総合事業の新規指定申請

1. 平成27年4月1日以降に、

介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を新たに受けた事業者

提出書類

- 指定申請書(付表、添付書類一覧)
- 定款等及びその登記簿謄本等
- 運営規程
- 誓約書
- 管理者の経歴
- 勤務形態一覧表
- 事業所の平面図
- 事業費の請求に関する事項 など

※様式は、後日ホームページに掲載予定。

受付スケジュール(予定)

- 受付期間 平成29年2月10日(金)まで
- 指定通知書発送 平成29年3月中旬

手数料等(予定)

- 新規指定 13,000円(1件につき)
- 更新指定 7,000円(1件につき)

※平戸市が指定権者となっているサービスで、既に指定を受けている同種のサービスと一体的に事業を運営し、同種の指定済みサービスと併せて指定更新手続きを行う場合は、1件につき1,500円とする。

事業所指定に関する注意事項①

平成27年4月～平成30年3月までの間は、事業所指定が3種類存在。

- 総合事業における事業所の指定権者は平戸市。新規指定申請、更新申請、変更届等の届出は、平戸市に対して行う。
- 平成27年4月～平成30年3月までは、介護給付、介護予防給付、総合事業の3種類が並存することになる。そのため、例えば指定内容が変更になった際の変更届については、介護給付と介護予防給付については『長崎県』、総合事業に係る変更届は、『平戸市』に届け出ることになる。

提供するサービス		必要な事業所指定	指定権者(各種届出提出先)
介護給付	訪問介護	指定訪問介護事業所	長崎県
	通所介護 (地域密着型通所介護)	指定通所介護事業所 (指定地域密着型通所介護事業所)	長崎県 (平戸市)
予防給付	介護予防訪問(通所)介護	指定介護予防訪問(通所)介護事業所	長崎県
総合事業	従来の介護予防訪問(通所)介護相当サービス	総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所	平戸市
	訪問(通所)介護サービスA		

事業所指定に関する注意事項②

総合事業に係る事業所指定は、平戸市の被保険者及び平戸市に住民票のある住所地特例者のみに効力を有する。

○総合事業の指定権者は平戸市であることから、総合事業に係る事業所指定は平戸市の被保険者及び平戸市に住民票のある住所地特例者のみに適用される。(地域密着型Sにおける指定と類似の考え方)

平戸市以外の事業対象者にも総合事業のサービスを提供している場合、平戸市への届出だけでは足りない。

○平戸市に所在する事業所が、平戸市以外の事業対象者(平戸市に居住する住所地特例者を除く)に対して総合事業のサービスを提供する場合には、事業対象者の住民票がある市町村から事業所指定を受ける必要があり、変更届や更新申請も同様に、平戸市のほかそれぞれの市町村に届け出る必要がある。

事業対象者の住民票がある市町村 (介護保険被保険者証に書かれている市町村)	必要な事業所指定
平戸市	平戸市による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定
A市(B町)	A市(B町)による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定

第6 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の概要

対象者:
要支援者及び事業対象者

状態像:
多くの方がADLは自立、IADLの一部が行いにくくなっている(効果的・効率的な支援によって改善が見込める)

実施者:
地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所

内容:
介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、ほか一般介護予防事業も含め、要支援者及び事業対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものである。

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い

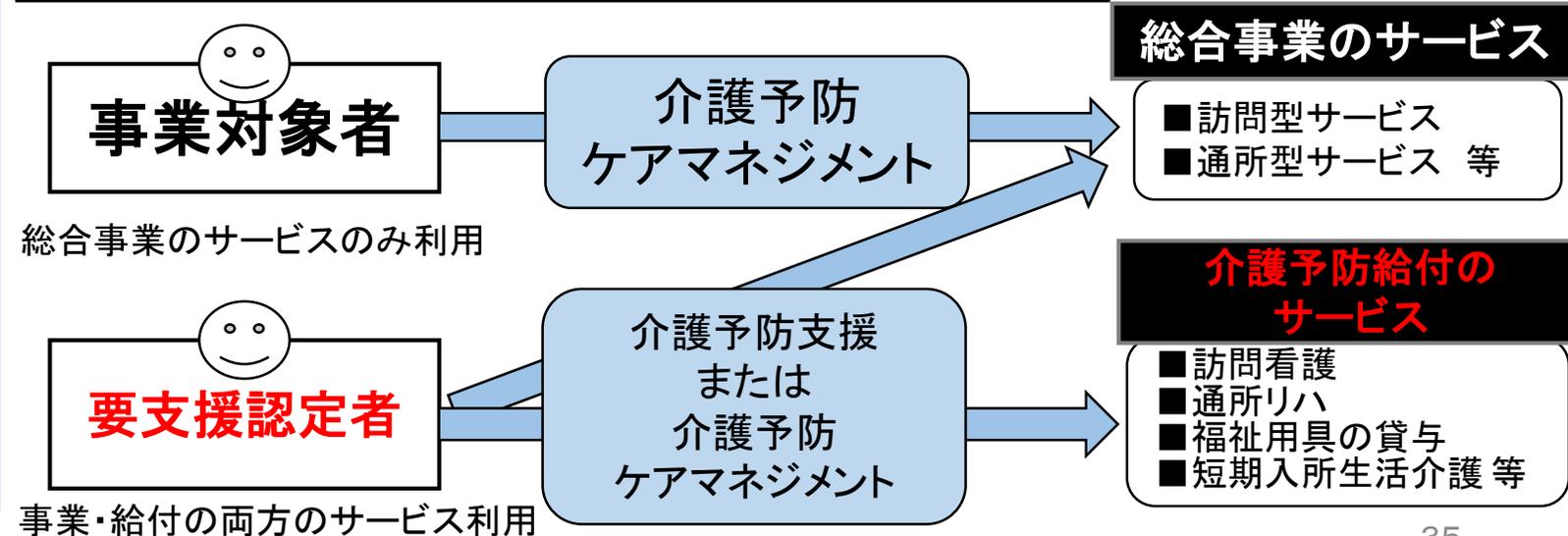
利用するサービスによって、ケアマネジメントの種別が異なります。

介護予防支援	介護予防給付のみ、または、介護予防給付と総合事業のサービスを組み合わせた予防プラン作成※1	業務委託にて実施
介護予防ケアマネジメント	介護予防給付を含まず、総合事業のサービスのみのプランを作成(給付管理を伴わない介護予防給付を含む場合も介護予防ケアマネジメントとなる)※2	業務委託にて実施

※1 要支援者が介護予防給付と総合事業のサービスを併用している場合は、区分支給限度額の範囲内で一体的に給付管理を行います。利用するサービスによって、ケアマネジメントの種別が異なります。

※2 福祉用具購入、住宅改修(限度額管理対象外)

対象者とマネジメント及びサービスの関係



介護予防ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)

現行の「指定介護予防支援」と同様、アセスメントによってケアプラン原案(様式6)を作成し、サービス担当者会議を経て、利用者への説明・同意を得てケアプランを決定する。
モニタリングはおおむね3か月毎に行い、評価を行う。

ケアマネジメントC (初回のみでのケアマネジメント)

アセスメントからケアプラン(様式6網掛けの部分の記載は省略可能)を作成し、サービス担当者会議を経て(訪問型サービスB以外はサービス担当者会議は実施しない)、利用者への説明・同意を得て、ケアプランを決定する。訪問型サービスBや食の自立支援事業、一般介護予防事業の住民主体のサービス等へつなげる。モニタリングは行わないが、評価を年に1回行う。

介護予防ケアマネジメントの類型

種類	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
性格	原則的なケアマネジメント 介護予防支援と同一	初回のみ のケアマネジメント
想定される サービス	現行相当サービス及びサービスA	訪問型サービスB、食の自立支援事業、一般介護予防事業、民間配食事業 等
ケアプラン	○ 様式6:従来の厚労省方式	○ 様式6で網掛け部分は省略できる様式
サービス事業者との連絡 調整	必須 ※様式5、様式6、様式1の写し等	必須 ※様式5、様式6で網掛け部分は省略できる様式、 様式1の写し等
サービス担当者会議	○	× ※訪問型サービスBのみ実施
単価等(支払頻度)	1月あたり4,300円(毎月支払い)	3,500円(初回のみ)
加算	初回加算 3,000円	初回加算 3,000円
利用者へケアプラン原案の 説明・同意	○	○
モニタリング	○ 3か月毎に訪問	×
評価	○	○※年に1回訪問型サービスBと食の自立支援事業のみ 実施

介護予防ケアマネジメントの実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援者であること又は事業対象者として市町村に登録されることが必要であるため、窓口での対応を含めて以下の手順として実施する。

(1) 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認

窓口においては、来所者から相談の目的や希望するサービスを聞き取り、明らかに要介護認定申請が必要か、それとも事業対象者であるか等を判断するために、「**ケーススクリーニング(別表1)**」を実施する。総合事業の対象者である場合には、「**基本チェックリスト(様式1)**」の記入により、基本チェックリストの該当項目に基づく判断基準で確認する。利用者より**介護予防ケアマネジメント依頼の届出(様式3を参考に平戸市版を作成予定)**を受け、事業対象者の旨を記載した**被保険者証**を交付する。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き(以下、利用者宅で実施)

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して「**介護予防支援利用契約書(仮称)**」の運営規定等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得た上で介護予防ケアマネジメントを開始する。

ア アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。「**興味・関心シート(様式4)**」などを利用する。

イ ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

(目標の設定)

・生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。

(利用するサービス内容の選択)

・利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

ウ サービス担当者会議(ケアマネジメントCの一部を除く)

- ・ケアマネジメントAにおいて実施する。
- ・ケアマネジメントCにおいては、訪問型サービスBのみ実施する。

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)(利用者、サービス実施者)

利用者に交付すると共に、サービス実施者にも交付する。

カ サービス利用開始

各サービス実施者よりサービスを実施。

キ モニタリング(ケアマネジメントCは除く)

- ・ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ・ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センター等へ情報が入る体制を作っておく。例えば、サービス提供者と地域包括支援センター等の間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる等。

ク 評価(ケアマネジメントCの一部を除く)

ケアマネジメントAについては、設定したケアプランの実施期間の終了時に、ケアマネジメントCでは、訪問型サービスBと食の自立支援事業についてのみ、1年後に利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

自立支援型のケアマネジメント

具体的事例（地域ケア会議で検討したケアプラン）

利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める
（安全に入浴する）

サービス内容

デイサービスで週2回風呂に入る

問題点

デイサービスでは入浴できても
自宅では入浴ができない

× お世話型のケアマネジメント

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 悪化の恐れ

あいまいな目標
デイに行けば即達成
※代表的な目標例

6ヶ月後評価困難

お世話なしには生活できない

見落とし多数！！

ケア会議で修正した目標

6ヶ月後
自分で入浴することができる

具体的
6ヶ月後評価可能

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- 歯・口腔・嚥下の状態は？
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

- ◆ 要介護度の改善 ◆ 自立した生活

●アセスメント（課題分析）

どうしているか
どうなりたいか

その背景や原因
それを阻んでいるものは何か

どういった支援が適切か
心身機能の向上 活動 参加

●評価

目標が達成した・達成しなかった

引き続き取り組むために活動・参加に結び付ける

改善点は何か
適切な支援は何か

自立支援型ケアマネジメントの標準化に向けての地域ケア個別会議

地域ケア会議の目的と内容

➤ 要支援・要介護者を元気に！

資料:大分県高齢者福祉課

理学療法士・作業療法士
管理栄養士・歯科衛生士
言語聴覚士・薬剤師 等

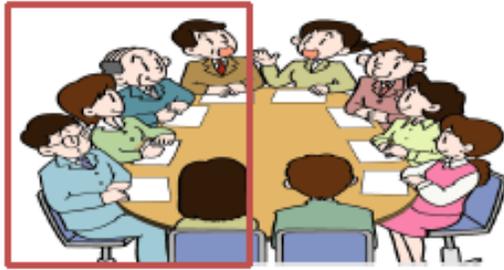
例

要支援



地域ケア会議

市町村
(保険者) 地域包括支援センター



ケアプラン作成者 サービス事業所等

介護保険の基本理念=自立支援

◆ 第二条第二項 | 介護保険 |

前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

◆ 第四条 | 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。

- ◆ 多職種協働による協議
- ◆ 自立を阻害する要因の追求
- ◆ 医療との連携
- ◆ インフォーマルサービスの活用
- ◆ 地域課題発見・解決策の検討
- ◆ 参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上

地域ケア会議の開催目的

- ① 地域包括ケアシステムの構築の実現
- ② 自立支援型ケアマネジメントの標準化
- ③ 地域づくりの推進
(社会資源の掘り起こし・開発)
- ④ 多職種によるチームケア

別表1：ケーススクリーニング（平戸市版）

ケーススクリーニング

別表1

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

相談に来所した65歳以上の高齢者に対し、以下の視点で要介護認定及び基本チェックリストの実施の必要性について判断します。

1 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。		該当箇所はチェック
①	杖をついたり、歩行器を使用してもひとりで歩くことができない場合（車いすに乗っていない。寝たきりである。）	
②	認知症の悪化により、日常生活に支障をきたしている場合（買う品物を忘れてしまったため、必要なものをひとりで購入することができない。料理をする段取りを覚えていないため、料理がひとりできない。洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事の遂行ができない。）	
③	入浴や体を洗う行為がひとりでできないため、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合	
④	服薬や病気の管理のために、訪問看護サービスの利用目的がある場合	
⑤	自宅内での移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修による手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合	
⑥	家族の介護力の問題で、長時間の預かりを求めている場合（不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離としてショートステイの利用が必要な場合など）	
⑦	その他 [_____]	

2 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。

ADL項目	している	できるがしていない	一部介助であればできる	全て介助が必要	特記事項
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
認知症状	なし ・ あり [_____]				
入院	入院していない ・ 退院済み ・ 退院予定 ・ 退院未定 入院期間：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日				
利用希望サービス					

別表1：ケーススタディーニング（平戸市版） 記入例

ケーススタディーニング

別表1

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

相談に来所した65歳以上の高齢者に対し、以下の視点で要介護認定及び基本チェックリストの実施の必要性について判断します。

1 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。		該当箇所はチェック
①	杖をついたり、歩行器を使用してもひとりで歩くことができない場合（車いすに乗っていない。寝たきりである。）	○
②	認知症の悪化により、日常生活に支障をきたしている場合（買う品物を忘れてしまうため、必要なものをひとりで購入することができない。料理をする段取りを覚えていられないため、料理がひとりでできない。洗濯機の手洗機や掃除の段取りがわからず、家事の遂行ができない。）	
③	入浴や体を洗う行為がひとりでできないため、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合	○
④	服薬や病気の管理のために、訪問看護サービスの利用目的がある場合	
⑤	自宅内での移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修による手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合	
⑥	家族の介護力の問題で、長時間の預かりを求めている場合（不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離としてショートステイの利用が必要な場合など）	
⑦	その他 [_____]	

2 該当箇所にチェックしてください。必要事項があれば記入してください。

ADL項目	している	できるがしていない	一部介助であればできる	全て介助が必要	特記事項
食べる・飲む	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	介助なくできる。
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護師に車いすの移乗介助を受けている
整容	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中のためしていない。
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	オムツ使用。
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中のためしていない。
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中のためしていない。
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	看護師に全て介助を受けている。
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いすを押しもらう。
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院中のためしていない。
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	病院が管理している。

認知症状	なし ・ あり	脳梗塞の後遺症により言葉が出にくい等あるがその他認知症
入院	入院していない ・ 退院済み ・ 退院予定	退院未定
入院期間	平成 28 年 11 月 1 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
利用希望サービス	施設入所を希望している。	

様式1:チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準(従来の様式)

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式1

記入日:平成 年 月 日()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答: いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	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	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
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書われますか	1. はい	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	0. はい	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	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(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

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

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

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

様式4: 興味・関心チェックシート(参考)

興味・関心チェックシート

様式4

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			
好きなききに眠る				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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

●対象者の「している」「してみたい」「興味がある」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になる

使い方
①「している」生活行為は、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、「してみたい」意向があるものには「してみたい」欄に○を記入。
③「興味がある」欄については「している」「していない」に関わらず、「興味がある」場合、○を記入。
④いずれにも該当しない場合、「している」欄に×を記入。
※本人が直接記入するのが望ましい。
※空欄には生活行為の追記が可能。

(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」
一般財団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

様式5:利用者基本情報(従来の様式)

様式5

利用者基本情報

作成担当者:

(基本情報)

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel ()		()
	Fax ()		()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、聴病 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来所者 (相談者)	家族構成		
住 所 連絡先	氏名		続柄
	住所・連絡先		
緊急連絡先	氏名		続柄
	住所・連絡先		
家族関係等の状況			

(介護予防に関する事項)

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

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

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

(現在利用しているサービス)

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

様式6:介護予防サービス・支援計画書(従来のケアプラン様式)

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)

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

氏名 _____

利用者氏名 _____ 性別 _____ 生年月日 年 月 日 居宅の有効期間 年 月 日～ 年 月 日
 初期・総合・継続
認知症・中絶中
要介護1・要介護2
地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合(計画作成者氏名・事業所名を10桁省略) (省略可)

計画作成(更新)日 年 月 日(計画作成日 年 月 日) 居宅地域支援センター _____

計画とする年度 _____

1日		1年										
アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意向・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 目標と具体的な 措置	具体的な意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等からのケアや関 与の状況、インフォーマル サービス(家族サービス)	目標達成サービス 及び地域支援事業 (認知症対応サービス)	サービス 種類	事業所 (所在地)	期間
認知・判断について		□有 □無					()					
(日常生活(認知機能)につ いて)		□有 □無					()					
社会参加、個人関係、自 立コミュニケーションにつ いて		□有 □無					()					
健康状態について		□有 □無					()					

ケアマネジメント
Cにおいては網
掛け部分は省略

備考欄について
 生活実況表、個別結果、関係機関連携状況記入欄等

本欄利用可能な措置が実施できない場合
 適切な措置の意向に付した方針

総合的な方針(生活実況表等の記載事項の対応)

基本チェックリストの記載した項目を() (質問項目) を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な欄プログラムの枠内の欄内に記入して下さい

	認知	健康	社会参	個人関	自立コ	健康保	生活
	有	有	有	有	有	有	有

地域支援
事業セン
ター _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 _____

第7 今後の予定

今後の予定

- 平成29年 1月下旬 質問票への回答 →平戸市ホームページへ掲載
- 1月24日(火) 請求事務に関する説明会
14時～15時
未来創造館COLAS平戸 1階 ホール
- 2月10日(金) 新規指定申請受付期限
- 2月23日(木) 介護予防ケアマネジメント事務に関する説明会
18時30分～20時30分
未来創造館COLAS平戸 1階 ホール
- 3月中 利用者・市民向け周知
→3月号広報ひらどへ掲載、平戸市ホームページ掲載
- 4月 総合事業開始
- 3～5月中 自立支援ケアマネジメントに関する研修会
※先進地講師の日程調整中