

2023 年度 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務
一部委託事業所説明会

日時:2023 年 4 月 26 日(水)10:00~12:00
14:00~16:00

場所:オンライン(ZOOM)

- 1 開会挨拶
- 2 指定介護予防管理者の紹介
- 3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託業務の流れ」
「給付関連様式」について
- 4 評価表の返却方法について
- 5 認定有効期間内における契約解除の申出書について
- 6 理事長変更のお知らせと、重要事項説明書の追記事項について
- 7 その他
- 8 明石市からのお知らせ
- 9 閉会

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託業務の流れ

令和5年4月26日 一部委託事業所説明会

地域総合支援センター本部

※今年度の修正点は赤字に黄色の網掛けの部分です。

1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託業務の流れ(マニュアル)について

①要支援認定者 ②事業対象者に分け、手続きの流れを記載

2 用語の説明

用 語	説 明
要支援者	要支援1・2の認定者
事業対象者	基本チェックリストの基準に該当する者
予防給付が利用できる対象者	要支援者（要支援1・2の認定者）
総合事業サービスが利用できる対象者	要支援者もしくは事業対象者
ケアマネジメント	介護予防支援：予防給付サービス（総合事業サービスとの併用を含む）を利用する要支援者に対するケアマネジメント
	介護予防ケアマネジメント：総合事業サービスのみのみを利用する要支援者・事業対象者に対するケアマネジメント ≪介護予防ケアマネジメントの類型≫※利用者の状況、希望するサービス等を踏まえて3パターンにわかれる ① ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）、②ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）、③ケアマネジメントC（初回のみでのケアマネジメント） ※現在、明石市では、②ケアマネジメントBは実施していません。
ケアプラン	介護予防サービス・支援計画書
総合事業サービス （介護予防・生活支援サービス事業）	予防専門訪問型サービス、生活援助訪問型サービス、予防専門通所型サービス、再見！生活プログラム
予防給付サービス	介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等

3 地域総合支援センター一覧

センター名称	担当中学校区	場所	電話番号	指定介護予防支援事業等に関する業務内容
あさぎり・おおくら総合支援センター	朝霧・大蔵	あさぎり福祉センター内 住所：松が丘 5 丁目 7-22	TEL：078-915-0091 FAX：078-915-0092	・管轄の指定介護予防支援事業等に関すること （介護予防支援等の受付、担当介護支援専門員の調整、ケアプランチェック、利用者契約に関する事務等）
きんじょう・きぬがわ総合支援センター	錦城・衣川	明石市役所北庁舎 1 階 （旧保健センター） 住所：相生町 2 丁目 5-15	TEL：078-915-2631 FAX：078-915-2632	
にしあかし総合支援センター	望海・野々池	総合福祉センター 1 階 住所：貴崎 1 丁目 5-13	TEL：078-924-9113 FAX：078-925-2799	
おおくぼ総合支援センター	大久保・大久保北 江井島・高丘	医療福祉会館 2 階 住所：大久保町八木 743-33	TEL：078-934-8986 FAX：078-934-8987	
うおずみ総合支援センター	魚住東・魚住	魚住市民センター 2 階 住所：魚住町西岡 500-1	TEL：078-948-5081 FAX：078-948-5082	
ふたみ総合支援センター	二見	ふれあいプラザあかし西 1 階 住所：二見町東二見 1836-1	TEL：078-945-3170 FAX：078-945-3171	・介護予防支援費等の請求事務 ・一部委託事業所からのケアプラン、給付管理票等の受付 ・一部委託契約事務、介護支援専門員証の届出事務等
地域総合支援センター本部 （にしあかし総合支援センター内）		総合福祉センター 1 階 住所：貴崎 1 丁目 5-13	TEL：078-924-4501 FAX：078-924-9114	

4 提出書類について

提出物	提出先
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票(資料 A)	管轄の地域総合支援センター
ケアプラン関連書式 (ケアプラン送付票(資料 B)、ケアプラン、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表等)	にしあかし総合支援センター内 地域総合支援センター本部
介護保険被保険者証情報(資料 C)	
基本チェックリスト(資料 D)、介護保険被保険者証	
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 要介護認定等の資料に係る申出書 (新規のみ)	地域総合支援センターが本部を経由して市に提出(保険者が明石市の場合)
要介護認定等の資料に係る申出書 (更新)(資料 E) ※地域総合支援センターごとに用紙が異なる(6種類)ため、利用者の管轄の地域総合支援センターの申出書を使用する。	担当ケアマネジャーが直接市に提出(保険者が明石市の場合)
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書(新規・居宅変更時)※居宅の概要が記載されたものを2部作製(資料 F)	新規は、契約訪問同行時に、同行した地域総合支援センター職員に提出。 居宅変更時は、1部は利用者へ、もう1部はケアプランと併せて、にしあかし総合支援センター内 地域総合支援センター本部へ提出
要介護認定情報請求連絡票(資料 G)	地域総合支援センター本部(保険者が明石市の場合)
契約の終了に係る申出書(資料 H)	地域総合支援センター本部

5 業務の流れ

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
①連絡票による情報提供 ②基本チェックリストの実施	○居宅介護支援事業所（以下「居宅」）が新規ケースを把握した場合は利用者に同意を得た上で「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票」（以下「連絡票」）を使用し、FAXにて利用者の管轄の地域総合支援センター（以下「センター」）に連絡する。 （例） ・要介護から要支援に移行したケース ・要介護の家族を担当してきたケース ・地域からの相談に対応 等 ※早急に対応が必要な場合は、連絡票の左上部に目立つよう「至急」と記入する。 ※暫定でサービス利用する場合は利用前にセンターへ連絡する。	○予防給付、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」）のサービス利用希望の受付を行う。 ○居宅に新規ケースの予防給付及び総合事業のケアマネジメントを依頼する。 ○ケアプランチェック担当者は利用者・居宅の担当ケアマネジャーと初回訪問の日程調整を行い、初回訪問日を介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（以下「支援記録」）に記載する。	○更新時に利用者へ、総合事業の概要や利用可能なサービス・料金体系、利用までの流れ等を説明する。 ○更新時に、担当ケアマネジャーは、サービスの利用状況や今後想定されるリスク、利用者の意向等をふまえ、認定申請するか基本チェックリストを実施するかを利用者とともに判断する。 ⇒基本チェックリストの基準に該当し、事業対象者へ移行する場合は、ケアプランチェック担当者へその旨連絡する。 ○居宅が新規ケース（未契約で要支援の認定だけを持っており、更新時に相談を受け、基本チェックリストで事業対象者に該当）を把握した場合は、利用者の同意を得て連絡票を使用し、FAXにて利用者の管轄のセンターに連絡する。	○居宅から連絡を受けた場合は、その都度支援記録へ記載する。 ○新規ケースで契約が必要な場合は、ケアプランチェック担当者は利用者・居宅の担当ケアマネジャーと初回訪問の日程調整を行い、初回訪問日を支援記録に記載する。	○基本チェックリスト実施か更新申請かの判断に迷う時は「ADLチェックシート」を活用する。

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
2. 申込受付・契約の締結・届出書等の手続き	○原則、初回訪問はケアプランチェック担当者と同行する。 ○「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書」(居宅の概要が記載されたもの)を記入し、2部持参1部を利用者に交付、1部を同行したケアプランチェック担当者に提出する。 ○更新、介護申請で認定情報が変わった場合は、「介護保険被保険者証情報」に認定結果を転記し、ケアプランともに地域総合支援センター本部(以下「本部」)へ提出する。 ○毎年、「介護保険負担割合証」の更新の時期には、利用者負担の割合を確認する。 《※届出書が必要な場合》 ・利用者が市内転居等で管轄のセンターが変更になった場合、再契約は不要だが、事業所番号が変更となるため、「届出書」の提出が必要となる。	○原則、初回訪問は居宅の担当ケアマネジャーとケアプランチェック担当者が同行訪問する。 ○「介護保険被保険者証」(以下「介護保険証」)、「介護保険負担割合証」を確認する。 ○利用者に「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書及び重要事項説明書(以下「契約書」)を交付、説明し同意を得る。1部は利用者に、もう1部は管轄のセンターにて保管する。 ○ケースの概要を把握し居宅の担当ケアマネジャーと今後の支援の方向性を共有する。 ○「CM チェックシート」を持参し、居宅の担当ケアマネジャーにアセスメント時に実施するよう依頼する。 ○利用者に「サービス計画作成依頼届出書」(以下「届出書」)と「要介護認定等の資料に係る届出書(以下「届出書」)」に記載を求め「介護保険証」を添付して本部に提出。本部で情報を確認後、高齢者総合支援室へ提出する。届け出書は急ぐ場合は本部に連絡の上、高齢者総合支援室に直接提出するか、月遅れで対応を依頼する。 ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの契約を締結した旨を支援記録に記載する。	○事業対象者に該当した場合、利用者の同意を得た上で、担当ケアマネジャーが、「基本チェックリスト」「介護保険証」を本部へ提出する。 ○既に契約を締結していれば「届出書」は不要。 《※契約・届出書が必要な場合》 ・要支援者でサービス利用をしていなかったが、更新手続きの際に、事業対象者となり、新たにサービスを利用する場合。 《※届出書が必要な場合》 ・利用者が市内転居等で管轄のセンターが変更になった場合、再契約は不要だが、事業所番号が変更となるため、「届出書」の提出が必要となる。	○本部は、担当ケアマネジャーから提出された「基本チェックリスト」の結果をデータ入力し、「介護保険証」を高齢者総合支援室へ提出する。 ※新規契約の手続きについては、要支援者の対応に準ずる	※次の場合は、契約の再締結や「届出書」の提出は不要 ・予防給付サービスから総合事業サービスへ移行した場合 ・予防給付サービスに総合事業サービスを追加する場合 ・要支援者から事業対象者になった場合 ・事業対象者から要支援者になった場合 ※初回はセンターで届出書を作成するため、委託先の居宅は作成不要

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
3. 認定調査票・主治医意見書等の入手について	○本部へ「要介護認定情報請求連絡票」をFAXする。 ○本部の窓口にて「認定調査票・主治医意見書」を受け取る。(高齢者総合支援室から認定情報が本部へ届いていない場合、事務員より居宅へ連絡が入る。) ○更新申請の場合は申出書を更新申請書とともに高齢者総合支援室に提出し、「認定調査票・主治医意見書」を請求すると本部へ届くため、上記の流れと同様に本部窓口で受け取る。	※契約時の同行訪問の際に「認定調査票・主治医意見書」は交付できない。 ○本部は居宅からの請求に基づき、「認定調査票・主治医意見書」を交付、受付台帳を依頼する。	○本部に「基本チェックリスト」提出時に、コピーした「基本チェックリスト」を受け取る。 《注意》 ・実施した「基本チェックリスト」の原本は居宅内でコピーはしない。	○本部は居宅の「基本チェックリスト」を受理する。 《受理の流れ》 ①「基本チェックリスト」の原本に受付印を押す。 ②受付印を押した「基本チェックリスト」は、コピーし、「複写厳禁」の印鑑を赤インクで押し、居宅へ渡す。(交付台帳に記入) ③「基本チェックリスト」のデータを事務員が入力する。 ④「基本チェックリスト」の原本は、本部の事務員が各センターのケアプランチェック担当者に渡し、ケアプランチェック担当者が保管する。	○「基本チェックリスト」は更新申請受付期間中（認定有効期間終了日の 60 日前から認定有効期間終了日まで（の間）に実施したものであることを確認する。

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
4.アセスメントの実施	○「明石市版介護予防ケアマネジメントマニュアル」を参考にアセスメントシート類を用いてアセスメントを実施。 ○「CMチェックシート」を実施。要件に該当する場合は利用者に内容を説明し、リハビリテーション専門職の同行訪問の同意があれば、「同行訪問依頼票」を地域共生社会室地域総合支援担当へFAXする。 ○主治医との連携 サービス利用時、主治医への訪問、電話、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画作成連絡票（照会）」を活用し、利用者の意向を伝え、主治医の意見や留意事項の確認をする。	○支援の方向性について居宅の担当ケアマネジャーと共有する。	①と同様 《主治医連携の注意点》 ・特に、事業対象者は、「認定調査票・主治医意見書」がなく、医療に関する情報が少ないため、主治医との連携を十分に行う。	①と同様（契約を行う場合）	○「利用者基本情報」の署名欄は契約書内に個人情報使用同意書があるため、利用者の署名・捺印は不要 ※[参考] 「明石市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル」（令和2年11月改訂版）は市のホームページよりダウンロード可能です。
5.ケアプラン原案の作成と合意	○アセスメントを基に、必要な支援や方向性について利用者・家族の合意を得る。 ○利用者との合意に基づきケアプランを作成する。 ※期間は〇年〇月〇日～〇年〇月〇日で記載する。（継続サービスも評価日に合わせて評価する） ※サービス種別だけでなく、利用頻度も記載する。 （例）通所型サービス 週1回 訪問看護 月2回 等	○ケアプランチェック担当者は、介護予防ケアプランが適切に作成されているか、サービス内容の妥当性について確認する。 ○居宅からの相談等に対応し、相談内容や対応について支援記録に記載する。	○アセスメントを基に、必要な支援や方向性について利用者・家族の合意を得る。 ○利用者との合意に基づき、ケアプランを作成する。 ※期間は〇年〇月〇日～〇年〇月〇日で記載する。（継続サービスも評価日に合わせて評価する） ※サービス種別だけでなく、利用頻度も記載する。 （例）通所型サービス 週1回 訪問型サービス 週1回 等	①と同様	※ケアプランの立案期間は要支援認定有効期限内で、最長1年とする。

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
6. サービス担当者会議の開催	○サービス担当者会議開催等により、専門的意見を聴取する。（目的の共有、役割の確認等） ○各サービスの担当でサービス担当者会議に出席できない者については、照会等により意見を求めること。 ○サービス内容や利用頻度等についての調整を図る。 ○ケアプランの内容について利用者・家族、サービス事業者の合意を得る。 ○サービス担当者会議の内容を支援記録に記載する。 ※日時の後に「サービス担当者会議」と明記すること。 ※様式「サービス担当者会議の要点」への記載でもよい。	○居宅からの依頼に応じ、ケアプランチェック担当者等がサービス担当者会議に出席する。会議内容については、支援記録に記載する。	①と同様	①と同様	※自署であれば捺印は省略可能
7. ケアプラン・サービス利用票等の交付・	○ケアプランの交付 利用者・家族に内容を説明、同意を得て日付、利用者の署名・捺印（必要時）をもらい、1部を利用者に交付する。 ○「サービス利用票・別表」を交付する。 ○「サービス提供票」をサービス事業者に送付する。		①と同様		

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
8. 地域総合支援センター本部へケアプラン等を提出	○「 ケアプラン送付票 」を参照し、関係書類を持参または郵送で、本部へ提出する。 (FAX不可) ※認定が出ていない状態でサービスを利用する場合は、 重要事項を説明し、同意を得た上で、 暫定ケアプランの作成が必要 ※ケアプランは日付、利用者の署名・捺印(捺印は必要時)をもらったものを提出する。 ケアプランへのサインが直筆の場合は捺印不要。しかし整形的な疾患や視力低下などでどうしてもご自身のサインが難しく代筆をされた場合は、捺印が必要。 詳細は厚生労働省からの「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係政令の一部を改正する政令(令和2年政令第367号)を参照 ※ ケアプランの提出は、初回訪問から1か月以内、ケアプラン変更時は変更月中、更新ケアプランは更新前の計画の終了日までに行う。 ※暫定でサービスを利用する場合は、本ケアプランと合わせて暫定ケアプランも提出する。	○提出書類の確認 ○【ケアプランの包括確認欄】に受付印を押印、コピーを居宅に返却する。原本は管轄のセンターで保管する。 ○ ケアプランチェックの内容 について支援記録に記載する。 《ケアプランの提出がない場合》 ○初回訪問、もしくは、計画期間の終了日から1か月経過した場合 ・ケアプランチェック担当者から居宅の担当ケアマネジャーへ提出依頼の電話を行う。 ・連絡後、その旨を支援記録に記載する。 ○初回訪問、もしくは計画期間終了日から2か月経過した場合 ・ケアプランチェック担当者から管理者へ報告し、支援記録に記載する。 ・管理者は、ケアプラン提出の依頼文書を作成し、居宅を訪問したうえで居宅管理者へ文書を渡し、ケアプラン提出期限を決定する。	○「 ケアプラン送付票 」を参照し、関係書類を持参または郵送で本部へ提出する。(FAX不可) ※ケアプランは日付、利用者の署名・捺印(必要時)をもらったものを提出する。 ※ ケアプランの提出は、初回訪問から1か月以内、ケアプラン変更時は変更月中、更新ケアプランは更新前の計画の終了日までに行う。	①と同様	

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
9.モニタリング	○少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3か月に1回及び評価月には利用者の居宅を訪問し面談を行う。 ○訪問を行わない月は、サービス事業所での面接や電話でモニタリングを行う。 ○状況の変化があった場合についても必ず利用者の居宅を訪問し、その状況や対応を支援記録に記載する ○モニタリングの際は「10.評価」の内容を考慮し、実施内容を支援記録に入力する。 ※日時の後に「モニタリングのため訪問／電話」と明記する。 ※ケアプラン変更等がある場合は評価を実施する。（「10.評価」参照）		①と同様		

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
10. 評価表とケアプラン原案の作成・提出	○ケアプラン立案期間終了前に利用者の目標達成状況を評価し、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」（以下「評価表」）を作成する。 ○「評価表」をもとに更新・継続・変更・終了等、支援方針を確認し、ケアプランの見直しを行う。 ○ケアプランの内容に変更がある場合は、必要に応じてケアプランチェック担当者へ連絡する。 ○「ケアプラン送付票」を参照し、関係書類を持参または郵送で、本部へ提出する。 （FAX不可） ※評価期間は利用者の状況やサービス内容に変化がない場合に限り、認定有効期間内で最長1年の評価表でも良いものとする。 ※福祉用具貸与の例外給付承認後は、モニタリング（1回/3か月、少なくとも1回/6か月）により、必ずその必要性を見直し、必要な手続きを行った上で、その結果を支援記録に入力する。	○評価表とサービス内容を確認し「、評価表」に確認日とケアプランチェック担当者の氏名を記入する。 ○意見がある場合は、「評価表」に確認した日付と意見、センター名とケアプランチェック担当者名を記載したものをコピーし、本部を経由してコピーを居宅へ返却する。 ○ケアプランチェックの内容について支援記録へ記載する。 ○居宅からの報告・相談等に対応する。	①と同様 ○「ケアプラン送付票」を参照し、関係書類を持参または郵送で、本部へ提出する。 （FAX不可） ※死亡・転出等、「基本チェックリスト」ができない場合は提出不要。 ※評価期間は、利用者の状況やサービス内容に変化がない場合に限り、事業対象者になった時から起算して1年ごとに基本チェックリストを実施したうえで、評価表・ケアプランを作成する。途中でケアプランを変更した場合も、次回基本チェックリスト実施日までをケアプランの有効期限とする。 ※要支援認定者は、認定更新ごとに介護保険被保険者証情報をあわせて提出する。	①と同様	※以下の場合には軽微な変更となるため、ケアプランの変更は不要 ・ サービス提供曜日や時間の変更 ・ 同居宅内で担当ケアマネジャーが変更 ・ 事業所名の変更 ※認定の有効期間内で本人の希望で契約を解除する場合は終了書類と併せて「契約の終了に係る申出書（解約・非更新）」（以下「終了申出書」）を提出する。

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
11. 給付管理	○「給付管理票」「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績合計」「介護予防支援実績明細書」「介護予防ケアマネジメント実績明細書」「介護予防支援返戻・修正一覧表」「介護予防ケアマネジメント返戻・修正一覧表」を、各センターごとに作成し、毎月締切日までに本部へ提出する。 ○「訪問型サービス」「通所型サービス」についてのみ、総合事業のサービスコードで請求する。 ※保険者が県外の方と、シルバー人材センターのみ利用されている方は、県外事業所用の請求書で請求を行う。 提出の際は、「介護予防ケアマネジメント実績明細書」備考欄に「シルバーのみ」と記載する。 ※締切日は提出締切日程のとおり ※国保連提出用にCSVデータ化された給付管理票はCD-RWで提出する。 ・CD-RWへの保存は書き込み可能な状態にして保存する。 ・CD-RWの表紙に各センターの給付管理票の件数を記入する。 ・給付管理票のファイル名を〇〇センターとして保存する。 ※利用者名を50音順に並べて提出 ○本部からの返戻の連絡を受け、再請求など適宜対応する。 《※注意》 ・予防給付と総合事業サービスを併用の場合は一括した「給付管理票」を本部に提出する。	○提出書類を確認する。 記入漏れ、間違い等があれば居宅へ確認、修正を依頼する。 ○給付管理票データ、レセプトデータを作成し、国保連へ提出する。 ○国保連からの返戻の通知を受け、該当する居宅に連絡する。 ○返戻分の再請求をする。	①と同様	①と同様	

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
12.委託料の支払い	○委託連携加算の算定可能な要件に該当する場合は、「介護予防支援実績明細書」「介護予防ケアマネジメント実績明細書」の委託連携加算の欄に○を記入する。 【委託連携加算算定要件】 委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定（R5.4月委託分より） ●算定可能な場合 ・新規の場合は初回加算と併せて算定可能 ・要介護から要支援となり委託した場合 ・A居宅からB居宅に委託先を変更した場合 ※ケアプラン作成に係る一連の業務を実施していれば算定可能（1月につき1人に1回が限度）	○兵庫県内の居宅へのケアプラン作成の委託料については国保連合会から支払いを行う。 ○県外の居宅とシルバー人材センターのみ利用している方のプラン料は、本部から支払いを行う。	①と同様	①と同様。	

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
13. 介護予防支援の終了	○ケアマネジメントを終了する場合は 管轄のセンターに連絡する。 (例) ・ 認定の有効期間が終了した場合 ・ 要介護または非該当になった場合（基本 チェックリストにより事業対象者 となった場合を除く） ・ 介護保険施設、指定障害者支援施設に 入所する場合 ・ 小規模多機能型居宅介護等を利用する 場合 ・ 市外へ転出、管轄のセンターの地域外 への転居、死亡の場合 ・ 本人からの「終了申出書」がある場合 ○ケアプランチェック担当者に支援終 了の旨を連絡し、「ケアプラン送付票」 を参照し、関係書類を持参・郵送にて 本部へ提出・返却する。（FAX不可） ※「認定調査票・主治医意見書」は、返却部 数を記載する ※本人からの申し出により契約を終了 する場合や、契約更新をしない場合 は、「終了申出書」も終了時書類と併 せて、本部へ提出	○終了時は「ケアプラン送付票」のコピ ーに受付印を押し、控として居宅へ返 却する。 ○ケアプランチェック担当者は、提出書 類の確認・終了もしくは非更新の手続 を実施する。 また、終了（もしくは非更新）理由と、 終了（非更新）日、支援終了の手続き をおこなったことを支援記録に記載 する。 ○居宅から提出された終了の書類がそ ろっているか確認し、問題がない場合 は、支援の終結の連絡を居宅へ入れ る。 ○本人からの「終了申出書」がある場合 には「介護予防支援及び介護予防ケア マネジメント契約 解除時」の流れに 沿い対応する。	○ケアマネジメントを終了する場合は 管轄のセンターに連絡する。 (例) ・ 基本チェックリストで非該当になった 場合 ・ 市外へ転出、管轄のセンターの地域外 への転居、死亡の場合 ・ 本人からの「終了申出書」がある場合 ○ケアプランチェック担当者に支援終 了の旨を連絡し、「ケアプラン送付票」 を参照し、関係書類を持参・郵送にて 本部へ提出・返却する。（FAX不可） ※要支援認定時の「認定調査票、主治医意見 書」等がある場合、返却部数を記載する。 ※本人からの申し出により契約を終了 する場合や、契約更新をしない場合 は、「終了申出書」も終了時書類と併 せて、本部へ提出	①と同様	○適切なケアマネ ジメント契約を 実施していく観 点から、セルフ ケアマネジメン トが可能な方 については、契約 の解除について 同意を得る。 ○要支援者⇄事業 対象者と移行し てサービスを利用 していたケー スが終了した場 合は、終了後に まとめて書類提 出する。 ○終了の日付は、 ・ 要介護に移行の 場合は要介護認 定の有効期間開 始日 ・ 介護（変更）申 請の場合は申請 日 ・ 更新の場合は要 支援認定有効期 限の翌日 ・ 入所や転出、死 亡などの場合は 事象の翌日 ・ 「終了申出書」 がある場合は、 申し出た日付を 記載。

業務	①要支援者		②事業対象者		留意事項
	予防給付サービスを利用もしくは予防給付サービスと総合事業サービスを併用 要支援の認定がある状態で、総合事業サービスのみ利用		更新時に基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当		
	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	居宅介護支援事業所	地域総合支援センター	
14.その他	○居宅を変更する場合、ケアプランチェック担当者へ連絡したうえで、「13 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの終了」の手続きを行う。 ○居宅が閉所する場合は、ケアプランチェック担当者へ連絡したうえで、書類の提出期日について管理者と相談し、必ず期日までに「13 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの終了」の手続きを行う。 ○居宅変更等がある場合は、ケアマネジメント連絡票の「ケース移行」にチェックし、必要事項を記入したうえで、センター管理者宛にFAXする。 ○次の居宅は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書」(居宅の概要が記載されたもの)を2部作成し、利用者に1部交付後、もう1部を新規ケアプランとともに、本部へ提出する。 ○次の居宅が認定情報を希望する場合は本部へ「要介護認定情報請求連絡票」をFAXする。 ○本部の窓口にて「認定調査票・主治医意見書」を受け取り、台帳へサインをする。 ○介護申請する場合は、ケアプランチェック担当者と、高齢者総合支援室審査係へ相談する。その後、区分変更した場合は、日付等をケアプランチェック担当者へ連絡する。	○居宅変更または、閉所の連絡が入った場合は、ケアプランチェック担当者は管理者へ報告する。 ○期日までに書類の提出の有無を確認する。 ○提出書類の確認 提出書類の確認後、次の居宅に引き継ぐ。 ○終了の書類を受け取った後、最新の「認定調査票・主治医意見書」を本部へ提出する。 ○居宅からの請求に基づき、本部窓口で「認定調査票・主治医意見書」を交付、受付台帳を記入する。 ○ケアプランチェック担当者は区分変更の連絡内容と、介護申請日を支援記録へ記載する。	○居宅を変更する場合は、ケアプランチェック担当者へ連絡したうえで「13 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの終了」の手続きをおこなう。 ○居宅が閉所する場合は、ケアプランチェック担当者へ連絡したうえで、書類の提出期日について管理者と相談し、必ず期日までに「13 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの終了」の手続きを行う。 ○居宅変更等がある場合は、ケアマネジメント連絡票の「ケース移行」にチェックし、必要事項を記入したうえで、地域総合支援センター管理者宛にFAXする。 ○次の居宅は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書」(居宅の概要が記載されたもの)を2部作成し、利用者に1部交付後、もう1部を新規ケアプランとともに、本部へ提出する。 ○次の居宅が「基本チェックリスト」を希望する場合は、本部へ「要介護認定情報請求連絡票」をFAXする。 ○事業対象者が、新規申請(介護認定の申請)を行う場合は、ケアプランチェック担当者に連絡する。 《※新規申請時の注意事項》【★★】 ・基本チェックリストを新規申請と同日付けで実施しておく。 ・要支援1・2の認定がでた場合は、連絡票を使用し、FAXにて本部に連絡 ・非該当の結果がでた場合は、「基本チェックリスト」「介護保険証」を本部へ提出する。	○居宅変更または、閉所の連絡が入った場合は、ケアプランチェック担当者は管理者へ報告する。 ○期日までに書類の提出の有無を確認する。 ○提出書類の確認 提出書類の確認後、次の居宅に引き継ぐ。 ○居宅からの請求に基づき、「基本チェックリスト」を交付、交付台帳に記入する。 ○ケアプランチェック担当者は、新規申請と同日付けで基本チェックリストを実施する旨を担当ケアマネジャーに伝える。 ○ケアプランチェック担当者は新規申請の連絡内容と、申請日を支援記録へ記載する。	○居宅変更の場合の認定情報は、前任の居宅から終了書類として返却後、本部から後任の居宅へ渡す。 ○居宅内で担当者が変更になる場合も、「ケアマネジメント連絡票」をセンター管理者宛にFAXし、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書」(居宅の概要が記載されたもの)を2部作成し、利用者に1部交付後、もう1部を新規ケアプランとともに、本部へ提出する。

【★★】非該当のリスクの回避について

17

非該当のリスクを回避するために、「事業対象者」が新規申請をした場合や「要支援者（要支援１・２）」が更新申請または介護申請をした場合に、基本チェックリストを申請と同日付けで実施しておく。認定結果が「非該当」であっても基本チェックリストの基準に該当していれば、「事業対象者」と決定される。

認定区分が変更した場合の一部委託事業所から、にしあかし総合支援センター内 地域総合支援センター本部への提出書類 早見表

認定区分 変更前⇒ <u>変更後</u>	一部委託事業所から地域総合支援センター本部への提出書類 (※ケアプラン送付票を添えて提出してください)
未申請⇒ <u>要支援</u> 要介護⇒ <u>要支援</u>	【新規】 □利用者基本情報 □ケアプラン □暫定ケアプラン（必要な方）
要支援 ⇒ <u>要介護</u>	【終了】 □評価表 □経過記録 □認定調査票・主治医意見書 □その他（住宅改修書類等）
事業対象者 ⇒ <u>要介護</u>	【終了】 □評価表 □経過記録 □基本チェックリスト□認定調査票・主治医意見書（要支援時に受取っている場合） □その他（住宅改修書類等）※要支援時に行っていた場合
事業対象者 ⇒ <u>要支援</u> <u>要支援⇒（区分変更）⇒要支援</u>	【変更】 □利用者基本情報 □ケアプラン □暫定ケアプラン（必要な方） □評価表（事業対象者としては終了のため評価実施） □介護保険被保険者証情報
要支援 ⇒ <u>事業対象者</u>	【変更】 □利用者基本情報 □ケアプラン □評価表（要支援としては終了のため評価実施）
事業対象者⇒非該当（事業対象者） ※事業対象者が新規申請を行い非該当になったが、新規申請時実施の基本チェックリストは該当していた場合	【変更】 □利用者基本情報 □ケアプラン □評価表（状態変化のため評価実施）

※センターに☑チェックを入れてください。

☐ あさぎり・おおくら総合支援センター	☐ おおくぼ総合支援センター
☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター	☐ うおずみ総合支援センター
☐ にしあかし総合支援センター	☐ ふたみ総合支援センター

センターにチェック

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績合計

事業所名 ○×居宅介護支援事業所

提出日 年 月 日

介護予防支援

種類	件数	内訳	委託料
初回	2		〇〇円
継続	1		〇〇円
連携加算		1	〇〇円
合計	3		●●円

初回(加算)の件数×委託料

継続の件数×委託料

委託連携加算の件数×委託料

介護予防ケアマネジメント

種類	件数	内訳	委託料合計
初回	1		〇〇円
継続	1		〇〇円
連携加算		0	0円
合計	2		●●円

初回(加算)の件数×委託料

継続の件数×委託料

委託連携加算の件数×委託料

総合計

〇〇,〇〇〇円

- ※ 件数の欄は、初回or継続をカウントしてください。
- ※ 内訳の欄は、委託連携加算がある場合にカウントしてください。
- ※ 返戻/修正分は、件数及び委託料合計の欄には記載しないでください。
(過去に実績として請求しているため)

2021年4月利用分より

請求書

¥

〇〇,〇〇〇

「実績明細合計」の欄の「委託料合計」の金額
を記載してください
※返戻・修正の金額は含めないでください

上記の金額を「介護予防支援委託料」及び「介護予防ケアマネジメント委託料」4月分として

総合支援センターへ請求いたします。

年 月 日

事業所名 × × × × ×

代表者名 △ △ △ △ △

印

請求書は必ず原本を提出してください
※ 朱印を押印

実績明細合計

介護予防支援

種 類	件 数	内 訳	委託料
初 回	2		〇〇円
継 続	1		〇〇円
連携加算		1	〇〇円
合 計	3		●●円

初回(加算)の件数
× 委託料

継続の件数
× 委託料

委託連携加算件数
× 委託料

介護予防ケアマネジメント

種 類	件 数	内 訳	委託料
初 回	1		〇〇円
継 続	1		〇〇円
連携加算		0	0円
合 計	2		●●円

初回(加算)の件数
× 委託料

継続の件数
× 委託料

委託連携加算の件
数
× 委託料

※ 件数の欄は、初回or継続をカウントしてください。

※ 内訳の欄は、委託連携加算がある場合にカウントしてください。

※ 返戻/修正分は、件数及び委託料合計の欄には記載しないでください。

(過去に実績として請求しているため)

受付印

介護予防支援 実績明細書 (4月分)

①事業所名
②電話番号
を記載してく
ださい

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel) 078-999-9999

[illegible]

※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。

※ 氏名は50音順で記入してください。

※ 「月遅れ」請求の場合、月遅れとその旨を備考欄に明記してください。

※ 加算の欄には、初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。

※ 「月遅れ」で初回 or 委託連携加算がある場合は○を明記してください。

※ 返戻・修正の場合、「返戻・修正一覧表」に記載してください(この実績明細書には記載しないでください)

※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

介護予防支援 返戻・修正一覧表（４月分）

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

（Tel）078－999－9999

N O	氏 名	提 供 月	区 分	加 算		担当【CM】	備 考
				初回	連携加算		
1	明石 拓也	2	返戻・修正	○		山 田	担当ケアマネジャーの名前を明記してくださ
2	地域 美咲	3	返戻・修正		○	山 田	単位修正
3	兵庫 晋太郎	3	返戻・修正		○	佐 藤	
4			返戻・修正				
5			返戻・修正				その他、特記事項があれば記載してください
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				

※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。

※ 氏名は50音順で記入してください。

※ 返戻・修正の場合は、実績明細書とは別にこの「返戻・修正一覧表」で提出してください。

※ 返戻・修正の場合は、訂正分の給付管理票を添付してください。

※ 区分の欄には、返戻・修正どちらかを選択してください(○で囲んでください)。

※ 返戻で初回加算 or 委託連携加算がある場合は○を明記してください。

※ 返戻・修正請求の場合、請求書の金額には上げないでください。

※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

22

①事業所名
②電話番号
を記載してください

(Tel) 078-999-9999

[illegible]

- ※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。
- ※ 氏名は50音順で記入してください。
- ※ 「月遅れ」請求の場合、月遅れとその旨を備考欄に明記してください。
- ※ 加算の欄には、初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。
- ※ 「月遅れ」で初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。
- ※ 返戻・修正の場合、「返戻・修正一覧表」に記載してください(この実績明細書には記載しないでください)。
- ※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

介護予防ケアマネジメント 返戻・修正一覧表（4月分）

▼事業所名 ○×居宅介護支援事業所

(Tel) 078-999-9999

N O	氏 名	提 供 月	区 分	加 算		担当 【CM】	備 考
				初 回	連携加算		
1	明石 拓也	2	返戻・修正	○		山 田	
2	地域 美咲	3	返戻・修正		○	山 田	
3	兵庫 晋太郎	3	返戻・修正			佐 藤	単位修正
4			返戻・修正				
5			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				
			返戻・修正				

返戻・修正の
どちらかに○を
囲んでください

返戻で初回or委託
連携加算がある場
合は○をしてくだ
さい

その他、特記事
項があれば記載
してください

担当ケアマネジャー
の名前を明記してく
ださい

※ 「事業所名」と「電話番号」を記載してください。

※ 氏名は50音順で記入してください。

※ 返戻・修正の場合は、実績明細書とは別にこの「返戻・修正一覧表」で提出してください。

※ 返戻・修正の場合は、訂正分の給付管理票を添付してください。

※ 区分の欄には、返戻・修正どちらかを選択してください(○で囲んでください)。

※ 返戻で初回加算 or 委託連携加算がある場合に○を明記してください。

※ 返戻・修正請求の場合、請求書の金額には上げないでください。

※ 担当【CM】の欄には、担当しているケアマネジャーの名前を明記してください。

ケアプランチェックにおける変更点と、書類の提出期日について

(1) 評価表の返却方法の変更について(変更)

評価表の返却方法について下記の通り変更いたします。

ケアプラン種類	現行	2023 年 4月より変更
新規プラン	契約時に同行訪問を行うため、確認のみ	変更なし
更新プラン 継続プラン 変更プラン	ケアプランチェック担当者より一部委託先の担当ケアマネジャーへ連絡し、全てのケースについて評価表を返却。	地域総合支援センターからの意見がある場合のみ 評価表に意見を記載し、返却。 ※ケアプランや書類についての確認がある場合は、別途ケアプランチェック担当者より連絡を実施。
終了プラン	書類の確認のみ	ケアプランチェック担当者より終結確認の電話連絡

(2) ケアプランの提出期日と受付方法について

種類	プラン提出期日	受付方法 ※本部にて受付
新規プラン	初回訪問から1ヶ月以内	ケアプラン2表(コピー)の「ケアプランの包括確認欄」に地域総合支援センターの受付印を押印したものを居宅介護支援事業所に控えとして返却 →その後各センターのケアプランチェック担当者が内容を確認し、意見等を担当ケアマネジャーへ連絡。
更新プラン 継続プラン	計画の終了日まで	
変更プラン	変更月中	
終了プラン	終了日から1ヶ月以内 ※ただし居宅変更の場合は管理者と相談の上、提出日を決定する。	<u>今後は、ケアプラン送付票のコピーに受付印を押したものを提出の控えとして居宅介護支援事業所へ返却</u> →各センターのケアプランチェック担当者が内容を確認し、契約終結の連絡を行う。

事 務 連 絡
令和 5 年 4 月 26 日

居宅介護支援事業所 管理者様

地域総合支援センター

契約の終了に係る申出書の運用について

時下、ますますご発展のこととお慶び申し上げます。

平素は、指定介護予防支援事業に格別のご協力を賜り、ありがとうございます。

さて、この度、適切なケアマネジメント実施の観点から、長期間サービス利用がない方等について、契約の終了に係る申出書を作成いたしました。

つきましては、下記の通り、運用を開始いたします。

委託をお願いしている利用者様の中で、該当する方がおられましたら、ご本人の同意を得た上で、終了書類と合わせて、別添の「契約の終了に係る申出書（解約・非更新）」を、地域総合支援センター本部(以下「本部」)へ提出をお願いいたします。

記

(1) 即時解約の場合

本人からの申し出により、契約を解約する場合は、終了プランと併せて地域総合支援センター本部へ「契約の終了に係る申出書（様式 1-1）」の「解約」に○を記入し、必要事項を記載後、本部へ提出。本部より利用者へ通知書(様式 1-2)を発送する。

(2) 契約非更新の場合

契約の更新時期に合わせて契約を解約する場合は、終了プランと併せて地域総合支援センター本部へ「契約の終了に係る申出書（様式 1-1）」の「非更新」に○を記入し、必要事項を記載後、本部へ提出。契約更新時期まで保留とする通知書(様式 1-3)を送付したうえで、契約更新時期まで保管し、期間満了後に利用者へ通知書(様式 1-2)を発送する。

【問い合わせ先】

地域総合支援センター本部
TEL:078-924-4501

(様式 1-1)

契約の終了に係る申出書（解約・非更新）

明石市社会福祉協議会 理事長 様

（申出日） 令和 年 月 日

私は、 年 月 日に貴会と契約した介護予防支援及び介護予防
ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

- ☐ 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- ☐ 支給決定期間の更新をしないため（サービスを利用しないため）要支援認定の有効期間
の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 ()
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

< 事業者記入欄 >

申出受付日 令和 年 月 日

明石市社会福祉協議会

介護認定の更新をしない(サービスを利用しない)または自動更新しない(他の事業者に移行する)場合は、有効期間満了日までに、この申出書の提出が必要です。利用者は、この申出書を提出することで、いつでも、理由を問わず解約できます。

27

(様式 1-1)

解約の終了に係る申出書 (解約・非更新)

どちらかに○

明石市社会福祉協議会 理事長 様

事前に地域総合支援センター本部
に問い合わせをいただくか、空欄で
提出

契約終了日より前の日付

(申出日) 令和 年 月 日

私は、令和 年 月 日に貴会と契約した介護予防支援及び介護予防
ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

申し出日と同日の日付

- ☐ 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- ☐ 支給決定期間の更新をしないため(サービスを利用しないため)要支援認定の有効期間
の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

該当箇所に☑

代理人は、成年後見人もしくは、
本人から委任されている家
族がいる場合は記入

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 (
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

「解約」の場合は、申し出日を 0 日と数え、7 日後の日付を記載。
「非更新」の場合は、認定の有効期間終了の末日もしくは、事業対象者の場合は、要支援認定期間満了日から1年ごとの日付の末日を記載。

<事業者記入欄>

申出受付日 令和 年 月 日

明石市社会福祉協議会

(様式 1-2)

契約の終了に係る通知書(見本)

令和 年 月 日

(住所)

(氏名)

様

明石市貴崎1丁目5番13号

社会福祉法人 明石市社会福祉協議会

理事長 野 村 信 一 ㊤

年 月 日に貴方と契約した介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、
以下の理由により終了しますので通知します。

解約の理由 及び根拠	☐ 令和 年 月 日付けで解約したい旨の申出があったため (契約書第9条に該当) ☐ 令和 年 月 日付けで非更新の申出があり、契約期間満了のため
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

問い合わせ先

センター名	電話番号
☐ あさぎり・おおくら総合支援センター	915-0091
☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター	(915-2631
☐ にしあかし総合支援センター	924-9113
☐ おおくぼ総合支援センター	934-8986
☐ うおずみ総合支援センター	948-5081
☐ ふたみ総合支援センター	945-3170

(様式1-3)

ケアマネジメントの保留に係る通知書（非更新）（見本）

令和 年 月 日

(住所)

(氏名) 様

明石市貴崎1丁目5番13号

社会福祉法人 明石市社会福祉協議会

理事長 野 村 信 一 ㊞

令和 年 月 日付非更新の申出書により、契約を更新しないこととしましたので通知します。

なお、契約期間満了日までは、貴方と契約した介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを、一旦保留※とします。

(※保留とは、当会との契約は続いているが、現に介護保険サービスを利用する必要がなく、担当するケアマネジャーが未定の状態)

保留とする理由	現に6カ月以上介護予防サービスを利用しておらず、今後の利用見込みがないため														
保留日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日														
注意事項	今まで担当していた 居宅介護支援事業所：..... ケアマネジャー：..... の担当が終了となります。 契約期間満了日までに、改めて介護予防サービスが必要になった場合は、管轄の総合支援センターにて引き続き相談を行いますので、お困りごとがある場合には下記までご連絡ください。 《連絡先》 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">センター名</th><th style="text-align: center;">電話番号</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ あさぎり・おおくら総合支援センター</td><td style="text-align: center;">915-0091</td></tr> <tr> <td>☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター</td><td style="text-align: center;">915-2631</td></tr> <tr> <td>☐ にしあかし総合支援センター</td><td style="text-align: center;">924-9113</td></tr> <tr> <td>☐ おおくぼ総合支援センター</td><td style="text-align: center;">934-8986</td></tr> <tr> <td>☐ うおずみ総合支援センター</td><td style="text-align: center;">948-5081</td></tr> <tr> <td>☐ ふたみ総合支援センター</td><td style="text-align: center;">945-3170</td></tr> </tbody> </table>	センター名	電話番号	☐ あさぎり・おおくら総合支援センター	915-0091	☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター	915-2631	☐ にしあかし総合支援センター	924-9113	☐ おおくぼ総合支援センター	934-8986	☐ うおずみ総合支援センター	948-5081	☐ ふたみ総合支援センター	945-3170
センター名	電話番号														
☐ あさぎり・おおくら総合支援センター	915-0091														
☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター	915-2631														
☐ にしあかし総合支援センター	924-9113														
☐ おおくぼ総合支援センター	934-8986														
☐ うおずみ総合支援センター	948-5081														
☐ ふたみ総合支援センター	945-3170														

事 務 連 絡
2023 年（令和 5 年）4 月 1 日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務
一部委託事業所 様

明石市社会福祉協議会
地域総合支援センター

理事長交代のお知らせ

時下、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

平素より介護予防支援事業にご協力いただき、心よりお礼申し上げます。

さて、この度、当協議会理事長 野村 信一が退任し、2023 年 3 月 31 日より、
佐野 洋子が就任いたしましたのでご報告いたします。

新理事長のもと、介護予防や地域福祉の向上に邁進してまいりますので、今後ともご指導
ご支援を賜りますようお願い申し上げます。

明石市社会福祉協議会
地域総合支援センター

所長 赤松 みどり

担当：斎藤 藤井 木ノ下

電話：078-924-4501

FAX：078-924-9114

事 務 連 絡

2023 年(令和 5 年)4 月26日

居宅介護支援事業所 管理者 様

地 域 総 合 支 援 セ ン タ ー

利用者への重要事項説明書(追記)の説明について(依頼)

平素より指定介護予防支援事業に多大なるご協力を賜り、誠にありがとうございます。

この度、当法人で使用しております介護予防及び介護予防ケアマネジメント契約書及び重要事項説明書の内容について、変更及び追記がありますので、貴事業所様へ委託をしております利用者様へ、別紙の通り重要事項説明書の追記について説明をして頂き、同意を受けていただきますようお願いいたします。

記

(1) **新規で契約をする場合**

ケアプランチェック担当者が契約書とともに持参し、利用者様に説明をさせていただきます。

(2) **2022 年 10 月 27 日までに契約をしている場合**

担当ケアマネジャーがモニタリングのタイミングで説明を実施。

(令和 5 年 9 月末を目途に提出をお願いいたします)

(手続きの流れ)

- ① 説明会終了後に居宅ごとの契約者一覧表と人数分の重要事項説明書(追記)を配付
- ② 重要事項説明書(追記)を 2 部準備し、一部委託の場合の欄に居宅の所在地、居宅の名称と、説明者欄に担当のケアマネジャーの氏名を記載する。
- ③ 利用者へ追記内容を説明し、同意を得る。(2 部ともにサインをして頂く)
- ④ 一部を利用者へ交付。一部を控えとして持ち帰り、居宅ごとに取りまとめて一覧表と併せて地域総合支援センター本部(西明石センター内)へ提出。

※入院などの理由により面会やモニタリングができない場合は、サービス再開のタイミングで同意を得ていただきますよう、お願いいたします。

以上

別紙 4

(1)2023年(令和5年)3月31日より、明石市社会福祉協議会 理事長が下記のとおり変更になります。

旧理事長 野村 信一

新理事長 佐野 洋子

なお、以下に記載されている旧理事長名は新理事長名に読み替えるものとします。

契約書 (4 ページ)

別紙 2 個人情報の取り扱いに関する同意書 (6 ページ)

重要事項説明書 法人代表者 (8 ページ)

(13 ページ)

(2)重要事項説明書

9ページ 10行目について、下記のとおり追記させていただきます。

5 提供する介護予防サービスの内容

介護予防サービス・支援計画の作成(契約書第4～7条)

(現行)

- 3 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供する上で留意点などを盛り込んだ介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。

(追記)

- 3 提供するサービスが目指す目標、目標の達成時期、サービスを提供する上で留意点などを盛り込んだ介護予防サービス・支援計画の原案を作成します。

なお、介護予防サービス・支援計画書は運営方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の介護予防サービス事業所等の紹介や当該事業所を介護予防サービス・支援計画書に位置付けた理由を求めることができます。

_____年_____月_____日

重要事項説明書内、提供する介護予防サービスの追記項目について説明を行いました。

事業者	所在地	明石市貴崎1丁目5番13号
	名称	社会福祉法人 明石市社会福祉協議会

(一部委託の場合)

居宅名	所在地	
	名称	
説明者	氏名	

私は、本書面により事業者から重要事項(追記)の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	

上記代理人(代理人を選定した場合)

代理人	住所	
	氏名	

地域総合支援センターからのお知らせ

1. ゴールデンウィーク中の対応について(別紙)

2. ケアマネジメント業務の一部委託に係る届出書について

毎年 4 月に介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を担当される全員の介護支援専門員名を記載した「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託事業所 介護支援介護支援専門員確認票」と介護支援専門員証の写しを提出いただいておりますが、管理者様につきましては、主任介護支援専門員研修の修了証明書を付けて提出をお願いします。

なお、現在経過措置中の事業所ややむを得ない事情などで保険者が認めている場合はこの限りではありません。

3. 要介護認定等の資料に係る申出書に関する注意事項について

地域総合支援センターより居宅介護支援事業所に一部委託契約をしている利用者様が更新手続きをされる場合に使用をして頂けるよう、年度初めに各地域総合支援センターの事業所名と管理者名が入った申出書を 6 センター分配布しています。

新規で契約する場合は、一部委託の場合であっても、地域総合支援センターの職員が申出書を保険者へ提出しておりますので、居宅介護支援事業所からの提出は不要ですので、要介護認定情報請求連絡票を使用し、地域総合支援センター本部(にしかし総合支援センター内)に請求していただきますようお願いいたします。

また、途中で委託先の居宅介護支援事業所が変更になった場合につきましても、すでに情報を取り寄せている場合がありますので、本部までご連絡をお願いいたします。

4. 生活保護受給者の暫定利用について(注意喚起)

生活保護を受給されている方の暫定ケアプランによるサービスの利用は、想定より低く認定が出た場合や、利用者様が亡くなられた場合、自己負担ができないため原則不可となっております。生命に係わる可能性がある場合につきましては、生活福祉課の担当ケースワーカーへ相談をして頂きますようよろしくお願いします。

事 務 連 絡
2023年(令和5年)4月1日

一部委託居宅介護支援事業所管理者 様
介護サービス事業所管理者 様

地域総合支援センター
所長 赤松 みどり

ゴールデンウィーク中の対応について

時下、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

平素より介護予防支援事業にご協力いただき、心よりお礼申し上げます。

さて、ゴールデンウィークの連休にともない、請求業務に支障が生じないように、地域総合支援センター本部を下記の通り開所いたします。

居宅介護支援事業所様におかれましては、下記の時間内もしくは連休明けに令和5年4月分の介護予防支援計画費ならびに返戻分等月遅れで請求する給付書類をご提出いただきますようお願いいたします。(下記の締切日にご注意ください。) なお、締切日に間に合わない場合は、FAXにて受付けますので、後日原本をご提出ください。郵送の場合につきましても、土日祝日は配達が行なわれない可能性がありますので、必ずFAXも併せて送付していただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、介護サービス事業所様におかれましては、実績報告書を各センターに直接FAXしていただきますようよろしくお願いいたします。

記

- | | |
|--------------|---|
| 1 開 所 日 | 令和5年5月5日(金) |
| 2 開所時間 | 午前9時から午後3時まで (※開所時間にご注意ください) |
| 3 場 所 | 地域総合支援センター 本部
明石市貴崎1丁目5-13(総合福祉センター1階)
TEL:(078)924-4501
FAX:(078)924-9114 |
| 4 給付書類の提出締切日 | <u>令和5年5月8日(月) 12時</u> |

【お問い合わせ先】
地域総合支援センター本部

2023年度 給付管理に関する書類の提出締切日程表

地域総合支援センター

提供月	提出締切日	
2023年 4月分	5月8日（月）	12時
5月分	6月6日（火）	17時
6月分	7月5日（水）	17時
7月分	8月7日（月）	17時
8月分	9月5日（火）	17時
9月分	10月5日（木）	12時
10月分	11月7日（火）	17時
11月分	12月5日（火）	17時
12月分	1月5日（金）	17時
2024年 1月分	2月6日（火）	17時
2月分	3月5日（火）	17時
3月分	4月5日（金）	17時

※給付の提出・受付先は、「地域総合支援センター本部（総合福祉センター）」です。

営業時間は平日 8:55～17:40 です。

土曜・日曜・祝日は受付できませんのでご了承下さい。

※介護予防支援請求書・実績明細書（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）・給付管理票は、総合支援センター別に作成して下さい。

介護予防支援の実績明細書と給付管理票・介護予防ケアマネジメントの実績明細と給付管理票に分けていただき、給付管理票は、五十音順で提出をお願いします。

※締切日を過ぎた場合は次月に月遅れでの提出をお願いします。

※締切日を過ぎての修正・訂正には対応できない可能性がありますのでご注意ください。

※郵送での提出は締切日必着をお願いします。締切日までに届かない場合、事前に FAX にて送付をお願いします。

記入日： 年 月 日

事業所	【名称】		【事業所番号】				
	【住所】〒		【特定事業所加算】 なし ・ I ・ II ・ III ・ A				
	【連絡先】TEL ()		FAX ()				
明石市の介護予防支援等を担当する介護支援専門員	No	(フリガナ) 氏名	介護支援専門員登録番号	有効期間満了日	管理者に◎	主任介護支援専門員に○	直近の研修会受講年度 (市内事業所のみ記載)
	①			年 月 日			年度
	②			年 月 日			年度
	③			年 月 日			年度
	④			年 月 日			年度
	⑤			年 月 日			年度
	⑥			年 月 日			年度
	⑦			年 月 日			年度
	⑧			年 月 日			年度
⑨			年 月 日			年度	

※毎年4月に、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を担当される全員の介護支援専門員名を記載した本票と介護支援専門員証の写しを提出してください。

※管理者は、主任介護支援専門員研修の修了証明書の写しを提出して下さい。(ただし、令和3年3月31日時点で経過措置が適応されている事業所は除く)

《年度途中で職員の変更がある場合》 担当する全職員を記載した本票を再度提出してください。

介護支援専門員証の写しについては、新規担当職員分のみ提出してください。

管理者が変更した場合は、新たな管理者の主任介護支援専門員研修の修了証明書の写しも併せて提出して下さい。

《年度途中で証の更新をした場合》 担当する全職員を記載した本票を再度提出してください。

介護支援専門員印象の写しについては、証を更新した職員分のみ提出してください。

(様式第1号)

要介護認定等の資料に係る申出書

年 月 日

明石市長 様

下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるように申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、資料を適正に管理することを約します。

申 出 者	氏 名	支援センター管理者名 (居宅の担当ケアマネジャー名)	被 保 険 者 と の 関 係 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 介護保険施設 ☐ 地域包括支援センター ☐ 指定特定施設入居者生活介護事業者 ☐ 指定小規模多機能型居宅介護事業者 ☐ 指定認知症対応型共同生活介護事業者 ☐ 本人 ☐ その他 ()
	事業者・施設名称	担当総合支援センター名 (居宅の事業所名)	
	住 所 (所 在 地)	担当支援センター住所	
	電 話 番 号	担当支援センター連絡先	

※申出者が事業者・施設の場合は、氏名欄には介護支援専門員などの担当者氏名を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
	氏 名			
提 供 資 料	※必要な資料にレ点を記入してください。 ☐ 認定調査票 ☐ 主治医意見書		※該当するものいずれかにレ点を記入してください。 ☐ 申請中 (年 月 日申請) ☐ 認定済 (年 月 日認定)	

※通常、最新の資料（却下分を含む）を提供します。

本人等同意欄

私は、明石市が保有する上記提供資料について、申出者に提供することに同意します。

本人署名 _____ 印

(本人が意思決定できない場合) _____ 印

本人との関係 ()

要介護認定情報請求連絡票

地域総合支援センター本部行

FAX：924-9114

(にしあかし総合支援センター内)

居宅介護支援事業所名：

TEL：

利用者氏名	被保険者番号	住 所	認定日	担当介護支援専門員
		明石市		
		明石市		
		明石市		

■情報提供の発行について

①被保険者番号と認定日は情報検索・本人特定のため、記入をお願いします。

＊個人情報ですので、FAXの誤送信には十分に気をつけてください。

②発行時は受付台帳への記入をお願いします。

③下記のどちらかにチェックを入れ送付してください。

☐ 月 日 AM・PM が受け取りに行きます。

☐ 準備ができたなら連絡をください。

受付印

※更新後に情報請求される際は、居宅から直接保険者へ「要介護認定等の資料に係る申出書」の提出が必要です。

認知症家族会

40

色々な思いを話しませんか・・・？

「よう話してくれただなあ」

「ほんまに精神的にきつかったわ」

あった会

対 象 家族と本人
日 時 第2**金**曜日
13:30～15:30
場 所 主に アスパア北館8階
問合せ先 明石市高齢者総合支援室
078-918-5288

介護ボランティアたんぽぽ

対 象 家族と本人
(本人は和室でゆっくり過ごすことができる)
日 時 毎週**木**曜日
10:00～15:00
場 所 明石市総合福祉センター 3階
申込先 明石市社会福祉協議会
078-924-9105

男性介護者の かたり場

対 象 本人と**男性**介護者
(本人は和室でゆっくり過ごすことができる)
日 時 不定期
場 所 不定
申込先 明石市社会福祉協議会
078-924-9105

若年性認知症 家族会 ひまわり

対 象 若年性認知症の本人と家族
日 時 第1**火**曜日
10:30～12:00
場 所 アスパア北館8階
申込先 認知症相談ダイヤル
078-926-2200

ひまわりケアサロン

対 象 若年性認知症の本人と家族
日 時 第4**土**曜日
10:00～12:00
場 所 明石市総合福祉センター
(新館)
申込先 認知症相談ダイヤル
078-926-2200

支えたい
みんな

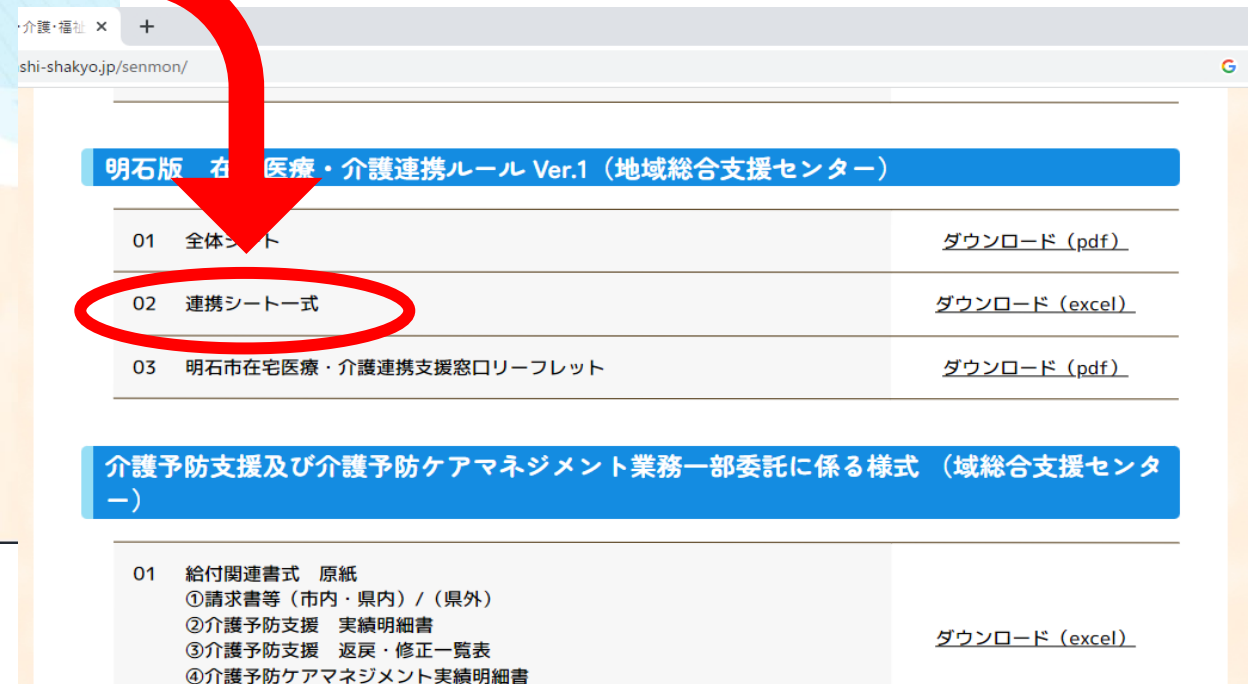
「明石版 在宅医療・介護連携ルールVer.1」について

明石市では、在宅医療・介護連携推進事業では、2018年に様々な医療・介護専門職の皆さまのご協力を得て、「明石版 在宅医療・介護連携ルールVer.1」を作成しております。

シートにつきましては、社会福祉協議会のトップページ内の「**専門職の皆様へ**」よりExcelシートのダウンロードが可能です。

ダウンロード方法

～明石市社会福祉協議会トップページ～



シートの内容について

43

連携シート式 (2) - Excel

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 ヘルプ 何をしますか

貼付け クリップボード フォント 配置 数値

N20

まずは、利用者情報を入力してください。

名前を入力してください。

氏 名

性別を選択してください。

性 別

生年月日は、漢字で入力せずに、「/(スラッシュ)」を使用し
例えば、昭和生まれは s●●/●●/●●としてください。

生年月日

「申請中」を選択した場合は、自動的に認定の有効期間は
空欄になります。

要介護度

基本情報入力シート シート① 日常の療養生活支援 シート② 急変時の対応確認 シート③ 入院時情報提供

「基本情報入力シート」タブ
利用者情報や、ケアマネジャーの事業所の
情報などを入力していただくとすべての
シートに反映します。

シート①日常の療養生活支援

44

医療・介護連携シート①(日常の療養生活支援における報告)					2023年3月16日	
居宅介護支援事業所名			事業所名: 0			
選択してください			住所: 0			
連絡先			担当者名: 0			
TEL: 0 / FAX: 0			TEL: 0 / FAX: 0			
平素はお世話になり、誠にありがとうございます。 ご担当の下記の利用者(患者)様に関しまして、報告が必要と認められる事象がございましたのでFAXいたします。						
【担当者記入欄】 利用者(患者)/家族の同意に基づき、本情報を提供いたします。						
連絡理由: 日常の療養生活支援上で報告が必要と認めた事象があった。						
利用者氏名		性別	生年月日	要介護度	認定有効期間	
0 様		選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ~ 1900年1月0日	
添付書類: 選択式 ()						
食事面		身体面・精神面		服薬面		返信欄
選択してください。		選択してください。		選択してください。		提供された情報に対して留意点などがある場合は、以下に必要事項を記入し返送してください。
自由記載欄		自由記載欄		自由記載欄		
基本情報入力シート		シート①		対応確認		シート③ 入院時情報提供
				シート④ 退院時情報提供		主治医連絡票 (介護)
						主治医連絡票

準備完了 (x) アクセシビリティ: 検討が必要です

文言変更不可

「報告のみ」かどうかを選択してください。

選択してください。

医師等が望む情報提供の事項をまとめました。
赤字の「**選択してください**」をクリックすると項目のタブが出現しますので、選択し、伝えたい内容の詳細を自由記載欄に記入をします。

シート②(急変時における連絡体制等に関する確認) 45

医療・介護連携シート②(急変時における連絡体制等に関する確認)

2023年3月16日

医療機関名
医師名 様
連絡先 TEL: FAX:

事業所名:
住 所:
担当者名:
TEL:

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。

下記の対象者の急変時に備え、以下についてご指示等いただきたく、ご多忙のところ恐れ入りますが、お願い申し上げます。

なお、急変時対応がスムーズに行えるよう、いただいたご意見等は、ご本人、ご家族を含め、サービス提供チームで共有する予定です。

【担当者記入欄】 利用者（患者）/家族の同意に基づき、本情報についてお尋ねします。

主治医記入欄

連絡理由: 急変時における連絡体制等の確認				
利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
0 様	選択してください	明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日

添付書類: 選択式 ()

●介護支援専門員からの連絡(説明)について
特に希望しない・希望する(連絡方法は

第1希望: 月 日(曜) 時 分頃

第2希望: 月 日(曜) 時 分頃

左記に関する回答

1 疾患上、悪化するとどのような状態が予想されますか。



1

2 「急変時」を発見した際の連絡先など対応について教えてください。

2

以下の中で適当な内容を○で選択してください。

①主治医へ連絡をください。(時間外連絡先:)

②訪問看護に連絡してください。

急変は予測できません。
いざのときに、家族やサービス
事業所等が対応できるよう、あら
かじめ急変時の対応等について
主治医に確認する事項をまとめ
ています。

基本情報入力シート

シート① 日常の療養生活支援

シート② 急変時の対応確認

シート③ 入院時情報提供

シート④ 退院時情報提供

主

シート③(入院後、概ね3日以内に入院先の病院へ提供する情報)

医療・介護連携シート③(入院後、概ね3日以内に入院先の病院へ提供する情報) 2023年3月16日

医療機関名: _____

医師名: _____ 様

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

事業所名: 0
住所: 0
担当者名: 0
TEL: 0 / FAX: 0

入院日: _____

文言変更不可!

平素はお世話になり、誠にありがとうございます。下記患者様の担当ケアマネジャーとして、以下の内容を情報提供いたします。
スムーズに在宅生活へ移行するため、退院の際は連携させていただきたく思いますので、上記連絡先までご一報ください。

担当者記入欄 利用者(患者)/家族の同意に基づき、本情報を提供いたします。

連絡理由: 入院時情報連携加算算定等に関わる情報の提供

利用者氏名: 0 様 性別: 選択式 生年月日: 明治33年1月0日 要介護度: 選択式 認定有効期間: 1900年1月0日 ~ 1900年1月0日

家族構成 選択式 (キーパーソン (氏名: _____ (本人との続柄: _____ 連絡先: _____ 介護力の有無 選択式 (

添付書類: 選択式 (

ADL・食形態・口腔の状況				既往歴・認知症関連		生活状況(生活歴・サービス利用状況)/本人・家族の医療に対する意向・業事・家屋状況	
移動	選択式	整容	選択式	既往歴	☐ ない	これまでの生活歴・性格など	本人・家族の治療等医療に対する意向
移乗	選択式	入浴	選択式	① 選択式	①~⑥の詳細を記載します。	自由記載欄	本人 選択式
更衣	選択式	食事	選択式	② 選択式			家族 選択式
排せつ	選択式	服薬	選択式	③ 選択式			

基本情報入力シ 日常の療養生活支援 シート② 急変時の対応確認 シート③ 入院時情報提供 シート④ 退院時情報提供 主治医連絡票(介護)

準備完了 (X) アクセシビリティ: 検討が必要です

入院後、概ね3日以内に病院に提供する項目をまとめています。とくに、在宅時にきいている「治療に対する意向」等の情報は、自ら意向を示せない患者を治療する病院にとってはとても有用な情報ですので、可能な限り情報提供が必要です。

また、このシートを入院時に提供しておくことで、治療後はスムーズに在宅生活へ移行するための連携につながることを目的としています。

シート④退院の目途が立った時に支援者間で共有する情報

47

医療・介護連携シート④（退院の目途が立った時に支援者間で共有する情報）

2023年3月16日

事業所名

ケアマネジャー名 様

連絡先 TEL FAX

医療機関名: 0

住 所: 0

担当者名: 0

TEL: 0 / FAX: 0

いつもお世話になっております。 下記患者様の退院の目途が立ちましたので、 1 月 1 日現在 の状況について情報提供します。

退院前カンファレンス 選択してください 退院の時期は、今のところ 1 月 7 日 ごろ です。

担当者記入欄 利用者(患者)/家族の同意に基づき、本情報を提供いたします。

連絡理由: 介護支援等連携指導加算算定等に関わる情報の提供

利用者氏名	性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
0 様		明治33年1月0日	選択してください	1900年1月0日 ～ 1900年1月0日

添付書類: 選択式 ()

ADL・病名・医療処置関連		退院後の生活に関する事項等	
移動 <u>選択式</u>	整容 <u>選択式</u>	本人・家族の反応・受け止めや、希望する退院後の生活の場(在宅か施設か)など 本人 <u>選択式</u> 家族 <u>選択式</u>	
移乗 <u>選択式</u>	入浴 <u>選択式</u>		
更衣 <u>選択式</u>	食事 <u>選択式</u>		
排せつ <u>選択式</u>	服薬 <u>選択式</u>		
日常生活自立度(寝たきり度) <u>選択式</u>	認知症の日常生活自立度 <u>選択式</u>		

入院原因疾患 選択式

本人の住所 選択式

本人の連絡先 選択式

本人の経済状況 選択式 (/月)

家族構成 選択式 ()

キーパーソン 氏名: 選択式

(本人との続柄: 選択式 連絡先: 選択式)

介護力の有無 選択式 ()

リハビリの内容 ⇒ 選択式 ()

運動負荷制限・禁忌事項等の有無等 ⇒ 選択式 ()

医療機関からの見立て(改善や急変の可能性など) 在宅支援に期待すること

基本情報入力シート

シート① 日常の療養生活支援

シート② 急変時の対応確認

シート③ 入院時情報提供

シート④ 退院時情報提供

主治医連

準備完了 (アクサシリティ: 検討が必要です)

文言変更不可

退院の目途が立った際にケアマネジャーや主治医等に提供する項目をまとめています。医療機関により退院時のサマリーがありますが、退院時カンファレンスにご参加いただいた際に、ケアマネジャーが確認したい項目としてご使用いただければと思います。

計画作成連絡票(介護・予防)

48

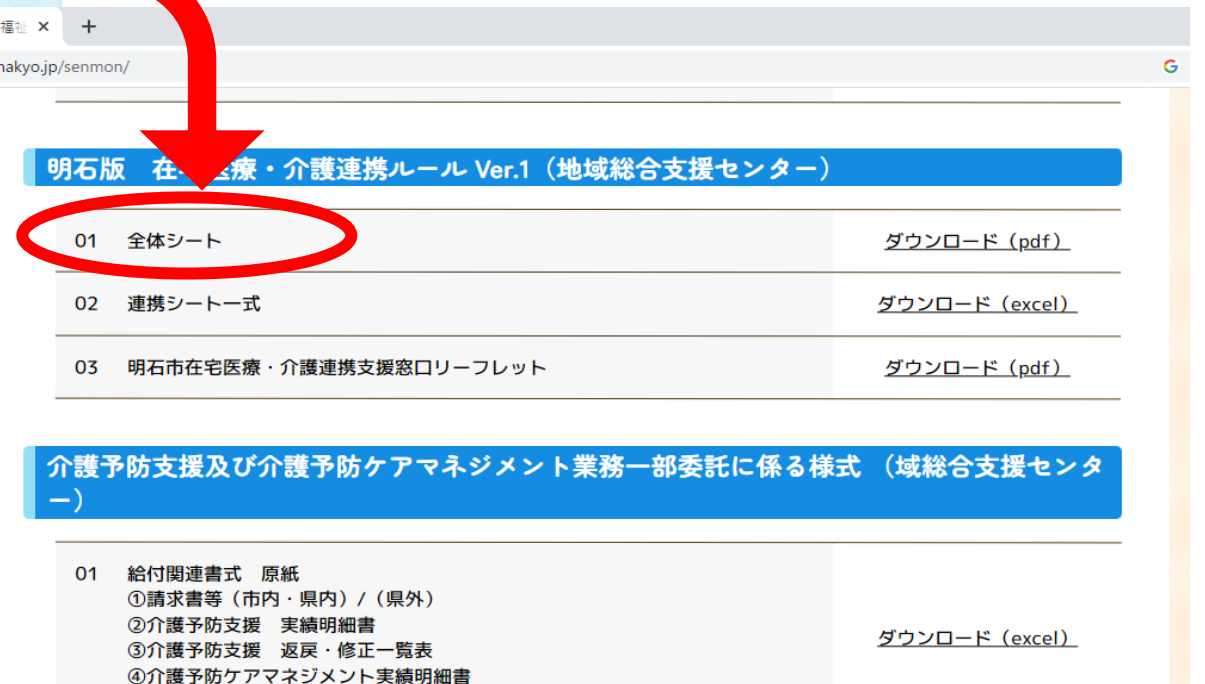
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画作成連絡票(照会)					2023年3月16日	
医療機関名			TEL		FAX	
医師名			TEL		FAX	
連絡先			TEL		FAX	
平素はお世話になり、誠にありがとうございます。 この度先生が診療されておられる下記の患者さまよりご依頼を受け、介護予防支援計画(ケアプラン)を作成(変更)させていただくことになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先主のご指導・ご意見を頂戴したく存じます。 ご回答はFAXにてご返送くださいますようお願い申し上げます。						
【担当者記入欄】			利用者(患者)/家族の同意に基づき、本情報を提供いたします。		【主治医記入欄】	
連絡理由: 1. ケアプラン作成(新規・変更) 2. その他の照会			1. 特に意見・要望なし 2. 意見・要望あり 3. 介護支援専門員からの連絡(説明)希望あり 4. 連絡方法 電話・来訪		1. 特に意見・要望なし 2. 意見・要望あり 3. 介護支援専門員からの連絡(説明)希望あり 4. 連絡方法 電話・来訪	
利用者氏名			性別	生年月日	要介護度	認定有効期間
O 様			男	明治33年1月0日	1	1900年1月0日
添付書類: 1. あり () 2. なし			1. 特 2. 意 3. 介			
相談主旨・連絡事項			上記2			
明石市医師会・明石市介護サービス事業所連絡員会・兵庫県介護支援専門員協会明石支部・地域総合支援センター 様						

シート① 日常の療養生活支援
シート② 急変時の対応確認
シート③ 入院時情報提供
シート④ 退院時情報提供
主治医連絡票(介護)
主治医連絡票(予防)

準備完了 (※アクセシビリティ: 検討が必要です)

全体シートについて

～明石市社会福祉協議会トップページ～



明石版 在宅医療・介護連携ルール 全体シートについて

在宅医療・介護連携推進事業

明石市版 在宅医療・介護連携ルール Ver.1



企画 地域総合支援協議会 在宅医療・介護連携専門部会
発行 明石市・地域総合支援センター
2020年（令和2年）2月作成

日常の療養生活支援における留意事項



医療やケアに対する利用者の意思を確認しておきましょう！

利用者が、安心して日常生活を送るためには、急変等緊急を要する場合に、すぐに医療との連携が取れるよう、事前に利用者と家族・支援者（主治医、介護サービス事業所、ケアマネジャー等）で医療とケアの方針をしっかりと話し合っておくことが大切です。緊急時の連絡先や対応などをあらかじめ決めておき、共有しておきましょう。

また、利用者の意向や話し合った方針に変更がないかどうか、随時、確認しておくことも大切です。確認した内容はその都度記録に残しておきましょう。

『共通ノート』を活用してみませんか？

日常の療養生活の支援では、ケアマネジャーを中心にチームで利用者を支援します。しかしながら、個々の業務に追われ、チーム間で十分な話し合いができていないことがあるのも現状です。

それぞれの支援者が持つ情報はとても重要で、他のサービス等の提供にも有用な情報となります。例えば転倒や薬の飲み忘れ、認知症やわずかな体の変化への気づき（早期発見）などです。

これらをチーム共通の情報にするために共通ノートを作ってみませんか？

ノートを一冊作り、まずはいつ誰がどのように利用者に関わっているかの記載から始めてみましょう。



主治医に助言等を求める際には、リクエストを具体的に記載しましょう！

介護認定更新申請時など、主治医に助言を求める際は、主治医が返信しやすいよう配慮しましょう。また、主治医が医療サービスの必要性を検討するにあたり必要な情報として「食事面（栄養状況など）」「身体面・精神面（排便状況や認知症状）」「服薬面（服薬状況など）」等を情報提供し、相互に情報共有し連携することを意識しましょう。助言等を求める場合は、ケアプラン等を示して留意点を確認するな



医療介護連携シート(様式)記入の際の留意事項として、各専門職より、連携の際のポイントを記載していただいておりますので、ぜひ参考にしてください！

地域共生社会室 地域総合支援担当からの お知らせ

2023年（令和5年）4月26日（水）
明石市福祉局
地域共生社会室地域総合支援担当
TEL 078-918-5289 / FAX 078-918-5049
メールアドレス：kaigoyobou@city.akashi.lg.jp

1 本日、お伝えしたいこと

- 自立支援に資するケアマネジメントに関する明石市の基本方針等について
- 再見！生活プログラム（短期集中予防サービス）について
- CMチェックシートの運用について

2 自立支援に資するケアマネジメントに関する明石市の基本方針等について

2020年（令和2年）11月に…、

自立支援に資するケアマネジメントに関する明石市の基本方針
を定め、随時見直しを行っています。

あわせて、**介護予防ケアマネジメントマニュアル**を改訂しました。
ご確認、ご活用をお願いします！



＜確認方法＞ 明石市のホームページに掲載しています。



明石市 介護予防ケアマネジメント で検索！



3 再見！生活プログラム（短期集中予防サービス）について

多くの方が、このサービスを利用して
自分らしい生活を取り戻しておられます！

- 市では、総合事業の通所型サービスとして「**再見！生活プログラム**」を実施しています。
- 毎日の生活の中でもう一度やってみたいことやできるようになりたいこと（＝生活目標）を、リハビリテーションの専門職が、一緒に探して個別のプログラムを作成します。
- 週1回程度の通所型サービスと月1回程度の訪問型サービスを一体的に提供します。
- 詳しくは…

明石市 介護予防・日常生活支援総合事業 再見！

で検索！

再見！生活プログラム

プロの力で**短期間トレーニング**しませんか
もう一度自分らしい人生を！

毎日の生活の中で、もう一度やってみたいこと、できるようになりたいこと（生活目標）を一緒に探してチャレンジしてみませんか。リハビリテーションの専門職が、あなたに合ったプログラムを作成します。

病気や年齢とともに
できなくなったことはありませんか。

例えば…

- グラウンドゴルフを再開したい
- もう一度旅行に行きたい
- これまでできていたけど…
- 庭の手入れや畑仕事がしたい
- 床拭きができるようになりたい
- 関節トレーニング
- グラウンドで練習
- ボールをひろいあげる練習

「再見！生活プログラム」を受けると
一人ひとりの生活目標に沿ったプログラムを行います。

プログラム内容

事業所のリハビスタジオやご自宅などでプログラムを組み合わせを行います。

事業所で	+	ご自宅で	原則3か月 最大6か月まで
おおむね週1回 1時間30分～2時間	回数 時間	おおむね月1回 1時間～1時間30分	
400円/回	料金	無料	
事業所	場所	自宅とその周辺	

詳しくは
担当のケアマネジャー
にご相談ください。

対象者

- ・要支援1・2、事業者対象の方
- ・本人の身体状況や意欲、生活環境などを総合的に判断し、プログラムを利用することで、その自立が見込まれる方
- ・プログラムの目的および内容を理解し、自ら利用を希望する方

お問い合わせ 明石市役所 地域総合支援担当 TEL918-5289 FAX918-5049

このチラシは、要支援認定を受けた方への郵送物に同封しています。

4 CMチェックシートの運用について

目的と運用方法

- 市では、ケアプラン作成時の「利用者の自立支援を考えるとDCを勧めたいが、ご本人は友人が利用しているDSを希望される…合意形成が難しい。」「痛みの訴えがあり、心身機能面の見立てが難しい。」などの困り事を解消するために…「**CMチェックシート⇒リハビリテーション専門職の同行訪問**」を実施しています。

介護予防ケアマネジメントのプロセスにおける「リハビリテーション専門職の同行訪問」までの流れ

利用者氏名: _____ 確認日: ____年 ____月 ____日
確認者(所属): _____ 氏名) _____

☐ 認定が要支援1、要支援2、事業対象者である

↓ はい

☐ 認知症高齢者の日常生活自立度が1で、かつ、障害高齢者の日常生活自立度が1、J、A1のいずれかに該当する (CMの判断による)

↓ はい

☐ 基本チェックリストの「生活機能全般」3/5以下、かつ、「認知機能」2/3以下、かつ、「うつ」3/5以下である

↓ はい

☐ 訪問看護、通所リハビリテーションなどの医療系サービスは不要

↓ はい

☐ 通所型サービス、訪問型サービス、福祉用具貸与の利用が必要

↓ はい

上記の5つの項目全てに当てはまる方は、適切なサービスを利用する事で、難しくなった生活行為(身の回りのこと、外出、買物、趣味活動、地域活動など)ができるようになる可能性が高いと考えられます。リハビリテーション専門職が、現在の状況をアセスメントし、今、必要なサービスやそのサービスを利用することで何ができるようになるのかを具体的に助言します。その助言を、目標とする生活に向かうための計画に役立ててください。

リハビリテーション専門職による同行訪問の説明を行い、同意を得る。

↓ はい

市に同行訪問依頼票を提出する。市はケアマネジャーと調整のうえ、同行するリハビリテーション専門職を決定し、ケアマネジャーに連絡する。

↓ はい

同行するリハビリテーション専門職と訪問日時の調整を行い、市に報告する。

適切なケアマネジメントにより、フォーマルサービス、インフォーマルサービスを含めた支援計画を作成する。
※「したい」「できるようになりたい」生活行為が出来るようになるためのサービス利用となるよう留意する。

※詳細は、地域共生社会室または地域総合支援センターにお問い合わせください。

<運用方法>

- ケアマネジメント契約時に自立度のチェックと基本チェックリストを実施
- 要件すべてに該当する場合、利用者に太線囲みの中の内容を伝えてリハビリテーション専門職の同行訪問の同意を得る
- 同行訪問依頼票を地域共生社会室地域総合支援担当へFAX

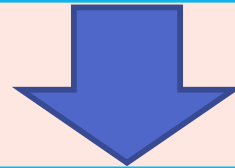


4 CMチェックシートの運用について

運用のメリット

早い段階での…

- ・ リハビリテーション専門職によるアセスメント
- ・ 利用者が望む生活の障害因子の整理・共有
- ・ 生活目標達成に向けた具体的な取組の提案・助言は



利用者の**自立支援に資するケアマネジメント**を行ううえで**有効**

ケアマネジメント契約時のCMチェックシートの実施をお願いします。

明 地 共 号 外
 明 高 支 号 外
 2023年(令和5年)4月6日

指定居宅介護支援事業所 管理者 様
 地域総合支援センター センター長 様

明石市福祉局
 地域共生社会室地域総合支援担当課長
 高齢者総合支援室介護保険担当課長

「自立支援等に資するケアマネジメントに関する
 明石市の基本方針等」について(送付)

陽春の候、貴職におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より、本市福祉行政並びに介護保険事業の運営にご理解とご協力を賜り、厚くお礼を申し上げます。

さて、本市では、介護予防と自立支援の推進を図るため、自立支援等に資するケアマネジメントに関する基本方針を定めています。

この基本方針等では、ケアマネジメント等に関する本市の考え方とあわせて、介護予防と自立支援の推進やケアマネジメントの質の向上のための取組等についてお示ししています。

この基本方針等について、あらためてご案内いたしますので、介護支援専門員等の皆様、基本方針等に基づいたケアマネジメントを実施していただけますよう、貴事業所の皆様への周知につきご配慮賜りますようお願いいたします。

1 送付物

自立支援等に資するケアマネジメントに関する明石市の基本方針等

※ 基本方針等、明石市版介護予防ケアマネジメントマニュアル等は、市のホームページにも掲載しております。

URL:https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k_kaigo_shitsu/sougou-manual.html

【問い合わせ】

地域共生社会室(地域総合支援担当) 山添、松中

TEL:(078)918-5289/FAX:(078)918-5049

E-mail:sougoushien@city.akashi.lg.jp

高齢者総合支援室(介護保険担当) 河原林

TEL:(078)918-5091/FAX:(078)919-4060

E-mail:kaigo@city.akashi.lg.jp

2023（令和5）年度

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務
一部委託事業所説明会(オンライン)アンケート

本日はお忙しい中、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務 一部委託事業所説明会へご参加頂き、誠にありがとうございます。

お手数ですが、説明会についてのアンケートを実施したいと思いますので、下記の手順に従い、ご記入をお願いします。

なお、研修会内でご説明をさせていただきました、明石市版 在宅医療・介護連携ルール ver.1 についての使用状況につきましてもご質問させていただいておりますので、併せてご回答のご協力をお願いいたします。

◎次の方法でアンケートページに進みます。

1. Zoom のチャット画面でお送りした URL をクリックする。
2. 下記 QR コードを QR コードリーダー（スマホカメラ）で読み取る。



※5月2日(火) 17:00 を締切

～書類様式一覧～

別冊

番号	様式名
A	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票
B	ケアプラン送付票
C	介護保険被保険者証情報
D	基本チェックリスト
E	要介護認定等の資料に係る申出書（更新） ※地域総合支援センターごとに用紙が異なる（6種類）ため、利用者の管轄の地域総合支援センターの申出書を使用する。
F	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約重要事項説明書（新規・居宅変更時） ※2部作製
G	要介護認定情報請求連絡票
H	契約の終了に係る申出書
I	ADLチェックシート※市民への配布不可
J	課題総括整理表
K	興味・関心チェックシート

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票

2019年4月24日変更（差し替えてお使いください）

居宅介護支援事業所名

TEL：_____

記入者：_____

【新規ケース、ケース移行の場合はこちらに記入し FAX してください】

☐ 新規ケース	☐ 担当できる(担当ケアマネジャー： ☐ 担当できない
☐ ケース移行	(理由)
利用者氏名	男 ・ 女 生年月日 M・T・S 年 月 日
住所	
電話番号	被保険者番号
認定区分：要支援 1 ・ 2 ・ 事業対象者	
認定日（または基本チェックリスト実施日）	年 月 日
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
暫定利用の有無	有 ・ 無
サービス開始の希望時期	
ケース概要（簡単に記入してください）	

送信先にチェックを入れてください

- | | |
|---|--------------|
| ☐ あさぎり・おおくら総合支援センター | FAX：915-0092 |
| ☐ きんじょう・きぬがわ総合支援センター | FAX：915-2632 |
| ☐ にしあかし総合支援センター | FAX：925-2799 |
| ☐ おおくぼ総合支援センター | FAX：934-8987 |
| ☐ うおずみ総合支援センター | FAX：948-5082 |
| ☐ ふたみ総合支援センター | FAX：945-3171 |

■新規ケースの場合

- ・居宅介護支援事業所で担当していただける場合は、契約時に同行訪問しますので、担当者よりご連絡いたします。
- ・居宅介護支援事業所で担当できない場合、地域総合支援センターで担当を決めてご連絡いたします

■担当を移行する場合

- ・利用者及び家族へ移行に関して説明し了承を得てください。FAX 送信後、担当者よりご連絡いたします。

- 数日中に連絡がない場合、FAX のトラブルも考えられますのでご連絡をお願いします。

決 裁	管 理 者	係

ケアプラン送付票

提出先：地域総合支援センター本部（にしあかし総合支援センター内）

B
2023年4月作成

居宅介護支援事業所名：

TEL：

利 用 者	担当介護支援専門員	内 訳	支援1 ・ 支援2	事業対象者
利用者氏名		☐ 新規	☐ 基本情報 ☐ プラン ☐ 暫定ケアプラン（※1）	☐ 基本情報 ☐ プラン
被保険者番号 ()		☐ 更新	☐ 基本情報 ☐ プラン ☐ 評価表 ☐ 介護保険被保険者証情報	
		☐ 継続	☐ 評価表 ☐ プラン	☐ プラン ☐ 評価表 ☐ 基本チェックリスト(要署名)
		☐ 変更 ☐ 区分変更 ☐ プラン変更	☐ 評価表 ☐ プラン ☐ 暫定ケアプラン（※1） ☐ 介護保険被保険者証情報（※2） ☐ 基本情報（※3）	☐ 評価表 ☐ プラン ☐ 基本情報（※4） ☐ 介護保被保険者証情報（開始日に変更がある場合）
		☐ 終了	☐ 評価表 ☐ 経過記録 ☐ 住宅改修 ☐ 認定調査票・主治医意見書(部) ☐ その他 ☐ 契約解除・非更新申出書(必要時)	☐ 評価表 ☐ 経過記録 ☐ 基本チェックリスト（※5） ☐ 認定調査票・主治医意見書(部) ☐ 住宅改修 ☐ 契約解除・非更新申出書(必要時) ☐ その他
() 総合支援センター管轄		終了日 (年 月 日) 理由 ☐ 本人の意向(☐ 解除 ☐ 非更新) ☐ 介護（介護度 ） ☐ 非該当 ☐ 転居転出 ☐ 死亡 ☐ 事業所変更 ☐ その他 ()	終了日 (年 月 日) 理由 ☐ 本人の意向(☐ 解除 ☐ 非更新) ☐ 介護（介護度 ） ☐ 非該当 ☐ 転居転出 ☐ 死亡 ☐ 事業所変更 ☐ その他 ()	

	内訳	支援1・支援2	事業対象者
提出書類	新規	・初めてサービスを利用する方 ・居宅介護支援事業所変更によりサービスを利用する方	・居宅介護支援事業所変更によりサービスを利用する方
	更新	・更新申請の結果、引き続きサービスを利用する方	
	継続	・認定期間内に評価（最長1年）をし、引き続き介護予防支援サービスを利用する方	・事業対象者になってから、1年ごとに、基本チェックリスト等を実施し、ケアプランを作成した方（心身の状態やサービスに変化がない場合）
	変更	・評価した結果、ケアプランの内容に変更がある方 ・事業対象者から要支援に変更した方	・評価した結果、ケアプランの内容に変更がある方 ・要支援から事業対象者になった方
	終了	・ケアマネジメントを終了する方 ・居宅介護支援事業所変更により終了する方	・サービスを終了する方 ・基本チェックリストで非該当になった場合 ・居宅介護支援事業所変更により終了する方

受付

- ※1 提出が必要な方
 ※2 区分変更により介護保険被保険者証情報が変更になった方
 ※3 区分が変わった方
 ※4 要支援1、2から事業対象者になった方、事業対象者の開始日に変更がある方
 ※5 地域総合支援センターの受付印が押印されているもののみ、返却してください
 ※基本情報につきましては、内訳に関わらず内容に変更がある場合は随時提出をお願いします

介護保険被保険者証情報	
保険者	
被 保 険 者 番 号	
氏 名	
要 介 護 状 態 区 分	
要支援1 ・ 要支援2 ・ その他（ ）	
認 定 年 月 日	
年 月 日	
認定の有効期間	
年 月 日 ～ 年 月 日	
区 分 支 給 限 度 基 準 額	
年 月 日 ～ 年 月 日	
交付日	負 担 割 合
年 月 日	1割・2割・3割・生保
総合支援センター 管轄	

介護保険被保険者証情報	
保険者	
被 保 険 者 番 号	
氏 名	
要 介 護 状 態 区 分	
要支援1 ・ 要支援2 ・ その他（ ）	
認 定 年 月 日	
年 月 日	
認定の有効期間	
年 月 日 ～ 年 月 日	
区 分 支 給 限 度 基 準 額	
年 月 日 ～ 年 月 日	
交付日	負 担 割 合
年 月 日	1割・2割・3割・生保
総合支援センター 管轄	

基本チェックリスト

D

被保険者番号										実施日	年 月 日		
フリガナ										生年月日	明・大・昭	性別	男・女
被保険者氏名											年 月 日		
住民票上の住所	〒 ー									電話番号 () ー			

回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

NO.	質問項目	回答:いずれかに○を		得点	
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	①	/5
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	②	/5
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	③	/2
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)			④	/3
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	⑤	/1
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	⑥	/3
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるますか	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	⑦	/20
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		/5

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

介護予防ケアマネジメント等の実施にあたり、利用者の状況等を把握する必要があるときは、本用紙に記載いただいた内容及び結果について、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

本人氏名

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名

(続柄)

事業対象者に該当する基準

①	No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当
②	No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当
③	No.11～12 の2 項目のすべてに該当
④	No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当
⑤	No.16 に該当
⑥	No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当
⑦	No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当
(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。No. 12 に限り BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5 未満の場合をいう。	

参考【基本チェックリストについての考え方】

【共通事項】

①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。

②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。

③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。

④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

質問項目 質問項目の趣旨 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。

1 バスや電車で1人で外出していますか

家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。

2 日用品の買い物をしていますか

自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話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 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。

7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか

椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。

8 15分位続けて歩いていますか

15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。

9 この1年間に転んだことがありますか

この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。

10 転倒に対する不安は大きいですか

現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。

11 6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか

6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12 身長、体重

身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。

13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。

14 お茶や汁物等でむせることがありますか

お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

15 口の渇きが気になりますか

口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。

16 週に1回以上は外出していますか

週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。

17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。

18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。

18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか

本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。

19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。

20 今日が何月何日かわからない時がありますか

今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。

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。

21 （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない

22 （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった

23 （ここ2週間）以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる

24 （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない

25 （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする

要介護認定等の資料に係る申出書

年 月 日

明石市長 様

下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるように申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、資料を適正に管理することを約します。

申 出 者	氏 名	支援センター管理者名 (居宅の担当ケアマネジャー名)	被 保 険 者 と の 関 係 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 介護保険施設 ☐ 地域包括支援センター ☐ 指定特定施設入居者生活介護事業者 ☐ 指定小規模多機能型居宅介護事業者 ☐ 指定認知症対応型共同生活介護事業者 ☐ 本人 ☐ その他 ()
	事業者・施設名称	担当総合支援センター名 (居宅の事業所名)	
	住 所 (所 在 地)	担当支援センター住所	
	電 話 番 号	担当支援センター連絡先	

※申出者が事業者・施設の場合は、氏名欄には介護支援専門員などの担当者氏名を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
	氏 名			
提 供 資 料	※必要な資料にレ点を記入してください。 ☐ 認定調査票 ☐ 主治医意見書		※該当するものいずれかにレ点を記入してください。 ☐ 申請中 (年 月 日申請) ☐ 認定済 (年 月 日認定)	

※通常、最新の資料（却下分を含む）を提供します。

本人等同意欄

私は、明石市が保有する上記提供資料について、申出者に提供することに同意します。

本人署名 _____ 印

(本人が意思決定できない場合) _____ 印

本人との関係 ()

利用者氏名

様

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 契約重要事項説明書

F

_____総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

1 担当

担当者	
-----	--

2 居宅介護支援事業所の概要

事業所名	
所在地	
連絡先	TEL: FAX:
管理者	
営業時間	

利用者氏名

様

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 契約重要事項説明書

_____総合支援センターでは、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託しています。

1 担当

担当者	
-----	--

2 居宅介護支援事業所の概要

事業所名	
所在地	
連絡先	TEL: FAX:
管理者	
営業時間	

要介護認定情報請求連絡票

地域総合支援センター本部行

FAX：924-9114 G

(にしあかし総合支援センター内)

居宅介護支援事業所名：

TEL：

利用者氏名	被保険者番号	住 所	認定日	担当介護支援専門員
		明石市		
		明石市		
		明石市		

■情報提供の発行について

①被保険者番号と認定日は情報検索・本人特定のため、記入をお願いします。

＊個人情報ですので、FAXの誤送信には十分に気をつけてください。

②発行時は受付台帳への記入をお願いします。

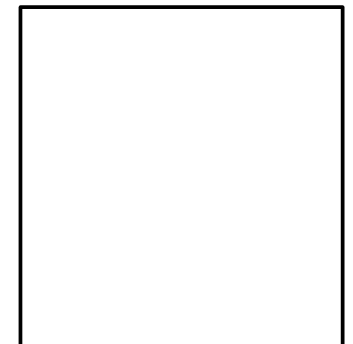
③下記のどちらかにチェックを入れ送付してください。

☐ 月 日 AM・PM が受け取りに行きます。

☐ 準備ができたなら連絡をください。

※更新後に情報請求される際は、居宅から直接保険者へ「要介護認定等の資料に係る申出書」の提出が必要です。

受付印



(様式 1-1)

契約の終了に係る申出書（解約・非更新）

明石市社会福祉協議会 理事長 様

(申出日) 令和 年 月 日

私は、 年 月 日に貴会と契約した介護予防支援及び介護予防
ケアマネジメントについて、以下のとおり解約・非更新を申し入れます。

- ☐ 年 月 日をもって契約の解除を申し入れます。
- ☐ 支給決定期間の更新をしないため（サービスを利用しないため）要支援認定の有効期間
の満了日をもって契約を更新しないことを申し入れます。

契約者氏名	
契約者住所	
代理人氏名 (代理人がいる場合)	本人との関係 ()
代理人住所 (代理人がいる場合)	
被保険者番号	
契約終了日	(西暦) 年 (令和 年) 月 日

< 事業者記入欄 >

申出受付日 令和 年 月 日

明石市社会福祉協議会

ADL チェックシートの活用について

I

1. 活用場面 要支援者の更新申請相談時

2. 活用方法 一般高齢者施策～総合事業～予防給付～介護給付のスムーズな移行と適切に利用のため、支援者（ケアマネジャー）は ADL チェックシートを用い本人の状態を把握する。状態に合わせてその後の相談に応じ、本人および家族に適切な制度の選択を促すと同時に必要な申請等の代行手続きを行う。

3. 実施方法

（1）ADL チェックシートに基づき、聞き取りを行い該当箇所に○を入れる。（可能であれば起居動作や移動は動作確認、認知機能については介護者からの聞き取りも含めて選択する）

（2）分類ごとに合計点数を計算し振り分けを行う。

【ADL チェックシート】

実施日	
被保険者番号	
氏名	

分類	項目	質問内容	0 点	1 点	合計	振り分け
起居動作	立ち上がり	座っている状態から立ち上がることができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない	起居動作 得点 ／ 3 点	☆ 0 ～ 1 点 一般高齢者施策 ☆ 2 ～ 3 点 基本チェックリスト実施 ☆ 3 点以上で 且つ、移動に介助あり 要介護・要支援認定申請
	両足立位	10 秒間、両足での立位保持ができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない		
	歩行	5m、継続して歩くことができますか	つかまらず可	つかまれば可 できない		
ADL	移動	室内の移動が介助なくできますか	介助なし 見守り	介助あり		
認知機能	短期記憶	直前にしていたことを思い出せますか	できる	できない	認知機能 得点 ／ 3 点	☆ 0 点 一般高齢者施策 ☆ 1 ～ 2 点 基本チェックリスト実施 ☆ 3 点 要介護・要支援認定申請
	薬の内服	医師に指示された通りに内服ができますか	できる	できない		
	金銭管理	所持金の把握、管理ができますか	できる	できない		

【参考】

(表 1) ADL 判断表

			認知機能得点		
			0 点	1 点・2 点	3 点
起居動作得点	0 点		一般高齢者 施策		
	1 点				
	2 点・3 点	移動介助なし	基本チェックリストの実施		
		移動介助あり			

(表 2) 質問項目の考え方

質問項目	内 容
立ち上がり	椅子やベッド、車いすなどに座っている状態（膝がほぼ直角に屈曲している状態）から立ち上がる事が出来ますか。何にもつかまらずできるときは「つかまらず可」、ベッド柵や手摺り、壁等、何かにつかまれば立ち上がる行為ができる場合は「つかまれば可」、自分ではまったく立ち上がる事ができない場合、身体の一部を介護者が支える、引き上げる場合は「できない」を選択。
両足の立位	立ち上がった後に、平らな床の上で立位を 10 秒間保持できますか。何もつかまらないでできる場合は「つかまらず可」、壁や手摺り、杖等何かに掴まると立位保持が可能なら「つかまれば可」、自分ではつかまっても立位保持できないが、介護者の手で常に身体を支えて立位保持している、あるいはどのような状況でも立位保持できない場合は「できない」選択。
歩 行	立った状態から継続して（立ち止まらず、座りこまずに）5 m 程度歩けますか。支えなくできる場合は「つかまらず可」、杖や歩行器等を使用すれば歩ける、壁に手を付きながら歩ける場合、片方の腕を杖で、片方の腕を介護者が支えれば歩行できる場合は「つかまれば可」。何かにつかまったり、支えられても歩行が不可能である場合、2 m から 3 m しか歩けない場合は「できない」を選択。
移 動	移動の手段は問わず、室内の移動が自分でできますか。移動の介助が行われていない場合は「介助なし」、見守りで移動出来ている場合は「見守り」、自力では移動出来ず介護者が手を添える、支える、車いすを押す等の介助をしている場合は「できない」を選択。
短期記憶	面接直前にしていたことを思い出せますか。5 分ほど前の事を忘れる事はありませんか。直前の事を思い出せる時は「できる」、5 分程前の事も忘れ思い出せない時には「できない」を選択。
薬の内服	医師に指示された通りに内服ができますか。できるが、家族に用意してもらっている場合も、「できる」を選択。自分で飲んではいるが、飲み忘れが多く、薬が余り過ぎる様な場合は「できない」選択。
金銭管理	自分の所持金の把握、管理が出来ますか。自分で所持し、把握もできている場合は「できる」を選択。所持はしているが、使用した金額や残金の把握ができていない場合は「できない」を選択。

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①				②				③			
		④				⑤				⑥			
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因※3		改善/維持の可能性※4			備考(状況・支援内容等)		
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
食事	食事内容	支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
買物		自立	見守り	一部介助	全介助			改善	維持	悪化			
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
認知		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
社会との関わり		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			
居住環境		支障なし 支障あり						改善	維持	悪化			

利用者及び家族の 生活に対する意向			
見 通 し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集したた客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目遣)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

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）