

2024 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：2024 年 4 月 24 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について
- 4 給付関連様式について
- 5 契約書及び重要事項説明書の一部追加・変更について
- 6 地域総合支援センターからのお知らせ
- 7 明石市からのお知らせ
- 8 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6年4月24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

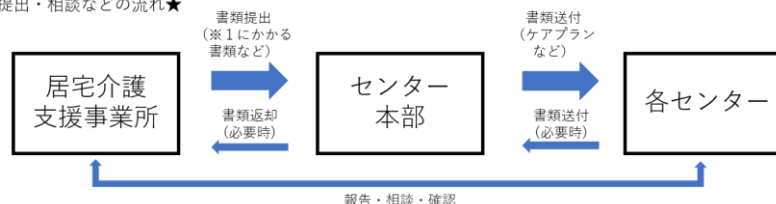
### 2 用語の説明

| 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<br>≪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<br>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<br>（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<br>※明石市の総合事業については、明石市ホームページをご確認ください。<br>市内事業所一覧 ホーム＞健康・福祉＞介護保険＞事業者の方へ 介護事業者向け情報<br>総合事業のQ&A ホーム＞健康・福祉＞介護保険＞事業者の方へ 介護事業者向け情報＞第一号指定事業者 指定・変更・廃止・休止・再開の手続き＞介護予防・日常生活支援総合事業 |
| 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<br>住所：松が丘 5 丁目 7-22               | TEL：078-915-0091<br>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<br>（旧保健センター）<br>住所：相生町 2 丁目 5-15 | TEL：078-915-2631<br>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<br>住所：貴崎 1 丁目 5-13               | TEL：078-924-9113<br>FAX：078-925-2799 |                                                                                                                                                      |
| おおくぼ総合支援センター                                         | 大久保・大久保北<br>江井島・高丘 | 医療福祉会館 2 階<br>住所：大久保町八木 743-33                | TEL：078-934-8986<br>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<br>住所：魚住町西岡 500-1                | TEL：078-948-5081<br>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<br>住所：二見町東二見 1836-1           | TEL：078-945-3170<br>FAX：078-945-3171 |                                                                                                                                                      |
| にしあかし総合支援センター内<br>地域総合支援センター本部<br>(以下「地域総合支援センター本部」) |                    | 総合福祉センター<br>住所：貴崎 1 丁目 5-13                   | TEL：078-924-4501<br>FAX：078-924-9114 | <div>※1</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防支援費等の請求事務</li> <li>・一部委託事業所からのケアプラン、給付管理票等の受付</li> <li>・一部委託契約事務、介護支援専門員証の届出事務等</li> </ul> |

★書類提出・相談などの流れ★



4 提出書類について※①・⑤・⑥・⑦以外は、明石市社会福祉協議会ホームページ内の「専門職の皆様へ」の中の、

「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る様式（地域総合支援センター）」よりダウンロード可能です。



| 提出物                                                                                                                          | 様式                                                                                   | 手続き・提出先                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務の一部委託<br>契約書類一式<br>…新規で介護予防サービス・支援計画書作成委託契約を行う場合                                                   | 書類一式を右記の通り郵送                                                                         | 郵送にて、地域総合支援センター本部より、契約に係る書類一式を居宅へ送付。同封の「介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務の一部委託契約について（お願い）」を参照して、必要書類を本部へ返送                                  |
| ② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント連絡票（資料 A）<br>…新規ケース連絡時や、ケース移行の際に使用                                                                      | 右上二次元コード                                                                             | 管轄の地域総合支援センターに、持参又は FAX で連絡                                                                                                        |
| ③ ケアプラン関連書式<br>ケアプラン送付票（資料 B）、ケアプラン（資料 L）、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（資料 M）等<br>…ケアプラン提出の際に表紙として使用                            | 右上二次元コード                                                                             | 地域総合支援センター本部に、持参もしくは郵送（※遠方の居宅の場合）<br>※基本チェックリストにつきましては、明石市ホームページ内の「介護予防ケアマネジメントマニュアル」33、34 ページを参照に<br>していただき、利用者の署名欄があるものをご使用ください。 |
| ④ 介護保険被保険者証情報（資料 C）<br>…更新申請時や、介護区分の変更時に提出                                                                                   | 右上二次元コード                                                                             | <div>「介護予防ケアマネジメントマニュアル」はこちらの二次元コードからアクセス可能です（明石市ホームページ内）</div>                                                                    |
| ⑤ 基本チェックリスト（資料 D）、介護保険被保険者証<br>…新たに事業対象者として該当した場合に提出                                                                         |  |                                                                                                                                    |
| ⑥ 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<br>要介護認定等の資料に係る申出書（新規のみ）<br>…基本的に新規契約時の届出や、新規契約ケースの要介護認定等の資料に係る申出は地域総合支援センターが明石市へ手続きを行う | 右上二次元コード                                                                             | 管轄の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）<br>※様式については、明石市のホームページより確認可能です。                                                              |

| 提出物                                                                                                                                                          |                                      | 手続き・提出先                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑦ 要介護認定等の資料に係る申出書（更新）（資料 E）<br>※地域総合支援センターごとに用紙が異なる（6種類）ため、<br>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。                                                                   | 毎年 4 月に申<br>出書の原本を<br>本部より各居<br>宅へ配布 | 担当ケアマネジャーが、更新等の手続きの際に作成し、直接市に<br>提出（保険者が明石市の場合）                                                                                                                   |
| ⑧ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書<br>（新規・居宅変更時）（資料 F）<br>…新規契約時、居宅の変更時、居宅内での担当変更時に居宅<br>の概要が記載されたものを 2 部作成                                                        | 右上二次元コ<br>ード                         | 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<br>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<br>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<br>本部へ提出                                                      |
| ⑨ 要介護認定情報請求連絡票（資料 G）<br>…要介護認定等の資料に係る情報については、一括して地域総合支<br>援センター本部を通し、受け渡しを行う。<br>※ただし、更新時に情報を請求する際は、あらかじめ居宅から直接<br>保険者へ「要介護認定等の使用に係る申出書（※資料 E）」の提出<br>が必要です。 | 右上二次元コ<br>ード                         | 地域総合支援センター本部（保険者が明石市の場合）へ必要事項<br>を記載した書類を FAX 後、希望の日時に地域総合支援センター本<br>部へ来所し、受付台帳へ署名し、受け取りを行う。                                                                      |
| ⑩ 契約の終了に係る申出書（資料 H）<br>…長期間（目安としては 6 カ月以上）サービスの利用がなく、今<br>後も利用する見込みがない場合で、利用者が社会福祉協議会と<br>の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約を解約したい<br>意向がある場合に、利用者自身に記載を依頼する。            | 右上二次元コ<br>ード                         | 地域総合支援センター本部に、終了書類と合わせて提出。                                                                                                                                        |
| ⑪ 給付関連書式（請求書等（市内・県内/県外）、介護予防支<br>援実績明細書、返戻・修正一覧表、介護予防ケアマネジメ<br>ント実績明細書、返戻・修正一覧表）                                                                             | 右上二次元コ<br>ード                         | 地域総合支援センター本部に持参。（遠方で持参することが難しい<br>場合は郵送でも可能だが、FAX 等にて連絡を入れる）<br>※毎年 4 月に配布している「給付管理に関する書類の提出締切日<br>程表」の締め切り期日までに提出。郵送の場合は、郵便事情で<br>期日までに書類が届かない場合があるため、必ず FAX を送付 |

## 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<br>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<br><br>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。<br>(例)<br>・要介護から要支援に移行したケース<br>・要介護の家族を担当してきたケース<br>・地域からの相談に対応 等<br>※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。<br>※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。<br>○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。<br>○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。<br>○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。<br>⇒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。<br>○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。<br><br>○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<br>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 | <p>○原則、初回訪問はケアプランチェック担当者と同行する。</p> <p>○「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。</p> <p>○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、ケアプランとともに地域総合支援センター本部（以下「本部」）へ提出する。</p> <p>○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。</p> <p>《※届出書が必要な場合》</p> <p>・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。</p> | <p>○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。</p> <p>○「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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○「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。</p> <p>○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申出書（以下「申出書」）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。</p> <p>○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。</p> | <p>○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。</p> <p>○既に契約を締結していれば「届出書」は不要。</p> <p>《※契約・届出書が必要な場合》</p> <p>・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。</p> <p>《※届出書が必要な場合》</p> <p>・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。</p> | <p>○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。</p> <p>※新規契約の手続きについては、要支援者の対応に準ずる</p> | <p>※次の場合は、<u>契約の再締結</u>や「<u>届出書</u>」の提出は不要</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・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</li><li>・予防給付サービスに総合事業サービスを追加する場合</li><li>・要支援者から事業対象者になった場合</li><li>・事業対象者から要支援者になった場合</li></ul> <p>※<u>初回</u>はセンターで申出書を作成するため、委託先の居宅は作成不要</p> |



| 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<br>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 | <p>○本部へ「要介護認定情報請求連絡票」をFAXする。</p> <p>○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。)</p> <p>○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。</p> | <p>※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。</p> <p>○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、受付台帳にサインを依頼する。</p> | <p>○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。</p> <p>《注意》</p> <p>・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。</p> | <p>○本部は居宅の「基本チェックリスト」を受理する。</p> <p>《受理の流れ》</p> <p>①「基本チェックリスト」の原本に受付印を押す。</p> <p>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)</p> <p>③「基本チェックリスト」のデータを事務員が入力する。</p> <p>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。</p> | <p>○「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。</p> |



| 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<br>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.<br>ア<br>セ<br>ス<br>メ<br>ン<br>ト<br>の<br>実<br>施                     | <p>○「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。</p> <p>○「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。</p> <p>○主治医との連携<br/>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。</p> | <p>○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。</p>                                                                       | <p>①と同様</p> <p>※主治医連携の注意点※</p> <p>・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。</p>                                                                                                        | <p>①と同様（契約を行う場合）</p> | <p>○「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</p> <p>※[参考]<br/>「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。</p> <div></div> |
| 5.<br>ケ<br>ア<br>プ<br>ラ<br>ン<br>原<br>案<br>の<br>作<br>成<br>と<br>合<br>意 | <p>○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。</p> <p>○利用者との合意に基づきケアプランを作成する。</p> <p>※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）</p> <p>※サービス種別だけでなく、利用頻度も記載する。</p> <p>（例）通所型サービス 週1回<br/>訪問看護 月2回 等</p>                                                                        | <p>○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。</p> <p>○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。</p> | <p>○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。</p> <p>○利用者との合意に基づき、ケアプランを作成する。</p> <p>※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）</p> <p>※サービス種別だけでなく、利用頻度も記載する。</p> <p>（例）通所型サービス 週1回<br/>訪問型サービス 週1回 等</p> | <p>①と同様</p>          | <p>※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。</p>                                                                                                                                                                                           |

| 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<br>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）<br>○各サービスの担当者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。<br>○サービス内容や利用頻度等についての調整を図る。<br>○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。<br>○サービス担当者会議の内容を支援記録に記載する。<br>※日時の後に「サービス担当者会議」と明記すること。<br>※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. ケアプラン交付と同意・サービス利用票等の交付 | ○ケアプランの交付<br>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。<br>○「サービス利用票・別表」を交付する。<br><br>○「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<br>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 | <p>○「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。<br/>(FAX不可)</p> <p>※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</p> <p>※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。<br/>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</p> <p>※<u>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。</u></p> <p>※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。</p> | <p>○提出書類の確認<br/>○【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。<br/>○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。</p> <p>《ケアプランの提出がない場合》<br/>○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</p> <p>・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。<br/>・連絡後、その旨を支援記録に記載する。</p> <p>○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</p> <p>・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。<br/>・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。</p> | <p>○「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)</p> <p>※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。</p> <p>※<u>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。</u></p> | 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<br>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 | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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</p> <p>○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。</p> <p>※日時の後に「モニタリングのため訪問／電話」と明記する。</p> <p>※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）</p> |            | 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<br>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。<br>○「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。<br>○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。<br>○「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。<br>（FAX不可）<br><br>※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。<br>※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、 <b>モニタリングの結果</b> を支援記録に <input type="text"/> 入力する。<br><b>※なお、福祉用具貸与については、モニタリングの結果をサービス事業所から受け取ること。</b> | ○評価表とサービス内容を確認し「 <b>評価表</b> 」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。<br>○ <b>意見がある場合は</b> 、「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。<br>○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。<br>○居宅からの報告・相談等に対応する。 | ①と同様<br><br>○「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。<br>（FAX不可）<br><br>※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。<br>※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、 <u>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。</u><br>※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<br><br>※以下の場合は軽微な変更となるため、ケアプランの変更は不要<br>・サービス提供曜日や時間の変更<br>・同居宅内で担当ケアマネジャーが変更<br>・事業所名の変更<br><br>※ <u>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。</u> |      |

| 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<br>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 | <p>○「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。</p> <p>○「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。</p> <p>※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。</p> <p>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。</p> <p>※締切日は提出締切日程のとおり</p> <p>※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。</p> <p>・CD-RWへの保存は書き込み可能な状態にして保存する。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>※利用者名を50音順に並べて提出</p> <p>○本部からの返戻の連絡を受け、再請求など適宜対応する。</p> <p>《※注意》</p> <p>・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。</p> | <p>○提出書類を確認する。</p> <p>記入漏れ、間違い等があれば居宅へ確認、修正を依頼する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○返戻分の再請求をする。</p> | 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<br>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 | <p>○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。</p> <div><p>【委託連携加算算定要件】</p><p>指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。</p><p>●算定可能な場合</p><ul style="list-style-type: none"><li>・新規の場合は初回加算と併せて算定可能</li><li>・要介護から要支援となり委託した場合</li><li>・A居宅からB居宅に委託先を変更した場合</li><li>・市内の転居で、委託先の居宅は変更がないが、委託元のセンターが変更となり、必要な情報共有をした上で新たにケアプランを作成した場合</li></ul><p>※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<br/>(1月につき1人1回が限度)</p></div> | <p>○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。</p> <p>○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。</p> | 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<br>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 | <p>○ケアマネジメントを終了する場合は<br/>管轄のセンターに連絡する。<br/>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・認定の有効期間が終了した場合</li><li>・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）</li><li>・介護保険施設、指定障害者支援施設に入所する場合</li><li>・小規模多機能型居宅介護等を利用する場合</li><li>・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</li><li>・本人からの「終了申出書」がある場合</li></ul> <p>○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）</p> <p>※終了時の提出書類は「ケアプラン送付票」に記載の通りです。なお、契約を締結したが、ケアプランを1度も立てずに終了となった場合は、支援経過記録の提出、認定調査票・主治医意見書を返却する。</p> <p>※「認定調査票・主治医意見書」は、返却部数を記載する</p> <p>※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</p> | <p>○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。</p> <p>○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。<br/>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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> | <p>○ケアマネジメントを終了する場合は<br/>管轄のセンターに連絡する。<br/>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・基本チェックリストで非該当になった場合</li><li>・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</li><li>・本人からの「終了申出書」がある場合</li></ul> <p>○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）</p> <p>※終了時の提出書類は「ケアプラン送付票」に記載の通りです。なお、契約を締結したが、ケアプランを1度も立てずに終了となった場合は、支援経過記録の提出、認定調査票・主治医意見書を返却する。</p> <p>※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。</p> <p>※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</p> | ①と同様       | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○終了の日付は、</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・要介護に移行の場合は要介護認定の有効期間開始日</li><li>・介護（変更）申請の場合は申請日</li><li>・更新の場合は要支援認定有効期限の翌日</li><li>・入所や転出、死亡などの場合は事象の翌日</li><li>・「終了申出書」がある場合は、申し出た日付を記載。</li></ul> |

| 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<br>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.<br>その他 | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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 F A X する。</p> <p>○次の居宅は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書」（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。</p> <p>※R6 年度から、担当者欄の下に担当開始日を記載する。</p> <p>○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 F A X する。</p> <p>○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。</p> <p>○市内の転居等で、他のセンター管轄の圏域に住所が変更となる場合</p> <p>○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。</p> | <p>○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。</p> <p>○期日までに書類の提出の有無を確認する。</p> <p>○提出書類の確認<br/>提出書類の確認後、次の居宅に引き継ぐ。</p> <p>○終了の書類を受け取った後、次の居宅から「要介護認定情報請求連絡票」が届いた旨の連絡が本部より入った場合には、最新の「認定調査票・主治医意見書」を本部へ提出する。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <div><p>保険者へ介護保険被保険者証とともに「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出が必要。<br/>転居が決まれば早めに転居前のセンターへ連絡をしてください。<br/>(事業対象者も同様)</p></div> | <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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 F A X する。</p> <p>○次の居宅は、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書」（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。(※左欄と同様)</p> <p>○次の居宅が「基本チェックリスト」の交付を希望する場合は、本部へ「要介護認定情報請求連絡票」を F A X する。</p> <p>○事業対象者が、介護認定の新規申請を行う場合は、ケアプランチェック担当者に連絡する。</p> <div><p>※※介護認定の新規申請時の注意事項<br/>※【★★】</p><p>・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。</p><p>・要支援 1・2 の認定がでた場合は、連絡票を使用し、F A X にて本部に連絡</p><p>・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。</p></div> | <p>○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。</p> <p>○期日までに書類の提出の有無を確認する。</p> <p>○提出書類の確認<br/>提出書類の確認後、次の居宅に引き継ぐ。</p> <p>○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。</p> <p>○ケアプランチェック担当者は、介護認定の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。</p> <p>○ケアプランチェック担当者は介護認定の新規申請の連絡内容と、申請日を支援記録へ記載する。</p> | <p>○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。</p> <p>○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。</p> |

保険者へ介護保険被保険者証とともに「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出が必要。転居が決まれば早めに転居前のセンターへ連絡をしてください。（事業対象者も同様）

【★★】非該当のリスクの回避について

18

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<br>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<br>(※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><br><br>要介護⇒ <u>要支援</u>                                | 【新規】<br>□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】<br>□評価表   □経過記録   □認定調査票・主治医意見書<br>□その他（住宅改修書類等）                                          |
| 事業対象者 ⇒ <u>要介護</u>                                                    | 【終了】<br>□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）<br>□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><br><br><u>要支援⇒（区分変更）⇒要支援</u>                       | 【変更】<br>□利用者基本情報   □ケアプラン   □暫定ケアプラン（必要な方）<br>□評価表（事業対象者としては終了のため評価実施）<br>□介護保険被保険者証情報         |
| 要支援 ⇒ <u>事業対象者</u>                                                    | 【変更】<br>□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）<br>※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】<br>□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。

2024.4月利用分より

|                                             |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あさぎり・おおくら総合支援センター  | <input type="checkbox"/> おおくぼ総合支援センター |
| <input type="checkbox"/> きんじょう・きぬがわ総合支援センター | <input type="checkbox"/> うおずみ総合支援センター |
| <input type="checkbox"/> にしあかし総合支援センター      | <input type="checkbox"/> 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×6,339円

継続の件数×3,776円

委託連携加算の件数×3,126円

## 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×6,339円

継続の件数×3,776円

委託連携加算の件数×3,126円

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)

令和6年3月分までの委託料  
(1件あたり)

初回・・・6,304円  
継続・・・3,741円  
委託連携加算・・・3,126円

## 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い |
| 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（○で囲ってください）。

※ 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]

※ 氏名は50音順で記入してください。

※ 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<br>【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。

2024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 |

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   | 〇〇円 |
| 合 計  | 2   |     | ●●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)

令和6年3月分までの委託料 (1件あたり)  
初回・・・6,304円 継続・・・3,741円  
委託連携加算・・・3,126円

受付印

2024年(令和6年)4月24日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務  
一部委託契約事業所 管理者各位

地域総合支援センター  
所長 赤松 みどり

利用者への契約書及び重要事項説明書の一部追加・変更の説明について(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、令和6年4月1日以降、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、一部追加・変更を行うこととなりました。内容については、別紙をご参照ください。

つきましては、下記の内容について、ご理解、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

## 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、追加・変更した内容を利用者様に説明をさせていただきます。

### (2) 令和6年3月31日までに契約をしている場合

担当していただいている一部委託事業所担当ケアマネジャーから利用者へ、モニタリング訪問時に下記の内容を説明していただき、同意を受けていただきますようお願いいたします。

(手続きの流れ)

- ① 地域総合支援センター本部から、令和6年6月審査分の給付管理書類をご提出いただく際に、一部委託事業所ごとの契約者一覧表と人数分の契約書・重要事項説明書(追記)を配付。
- ② 重要事項説明書を2部準備し、一部委託の場合の欄に一部委託事業所の所在地、一部委託事業所の名称と、説明者欄に担当のケアマネジャーの氏名を記載する。
- ③ 契約書は利用者用1部を準備する。
- ④ 利用者へ一部追加・変更内容を説明し、同意を得る。(重要事項説明書は2部ともにサインをして頂く)
- ⑤ 契約書と重要事項説明書1部を利用者へ交付。重要事項説明書1部を控えとして持ち帰り、一部委託事業所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(総合福祉センター内)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。

(手続き開始時期から半年を目途に提出をお願いいたします)

以上

### ～地域総合支援センターからのお知らせ～

日頃より、指定介護予防事業にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。居宅介護支援事業所様には、たくさんの要支援の方をご担当していただき、お礼申し上げます。指定介護予防支援事業における一部委託の円滑な推進のため、下記項目について、改めて周知をさせていただきますので、ご理解・ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

#### 1) 市内の転居等で、管轄の地域総合支援センターが変更となる場合の手続きについて

市内の転居などで、住所地が地域総合支援センターの担当圏域が変更になる場合、保険者へ「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」の提出手続きが必要です。転居することが決まった場合は、現ケアプランチェック担当者、または管理者へ連絡を頂くとともに、転居先の地域総合支援センターの担当者と届け出提出の手続きについて相談をしていただきますよう、よろしくお願いいたします。

#### 2) 給付の締め切りとゴールデンウィーク中の対応について

資料「ゴールデンウィーク中の対応について」

資料「2024 年度 給付管理に関する書類の提出締め切り日程表」

#### 3) 介護支援専門員確認票の提出について

- ・確認票は、社会福祉協議会ホームページからダウンロードしていただけます。
- ・今年度より、直近の研修会受講年度を記載していただく必要はありません。
- ・ご提出がまだの居宅様は、5 月審査分の給付管理書類と一緒にご提出ください。
- ・「年度途中で職員の変更がある場合」「年度途中で証の変更をした場合」などは、変更時にも書類をご提出いただきますようお願いいたします。

#### 4) 訪問リハビリと通所リハビリを併用する場合の保険者への相談について

要支援の場合、訪問リハビリと通所リハビリを併用については、基本的には不可となっていますが、どうしても併用が必要な場合は、必要性をケアプランに位置付けてくださっていることと思います。位置づける理由として問題がないか迷う場合は、保険者へ相談していただき、その結果をケアプランチェック担当者へもご連絡を頂きますよう、よろしくお願いいたします。

#### 5)「もしものときの備えシート」について

元気なうちから、もしものときに備えていただけるよう「もしもの時の備えシート」を明石市地域総合支援協議会在宅医療・介護連携専門部会にて作成しております。居宅部会からのご参加していただき、ご意見を頂きながら作成したシートです。

このシートは、もしも病気などで介護や医療が必要になったときに備え、元気なうちから今後のことについて考えたり、誰かと相談しておいたりするためのきっかけになるよう、作成したものです。まずは、モニタリング等の機会にも活用していただければと思います。このシートは、市役所や、社会福祉協議会のホームページよりダウンロード可能となっております。

#### 6)認知症家族会、認知症カフェについて

認知症の方やご家族が交流し不安を軽減したり、介護方法を学ぶために「認知症家族会」を各所で開催しています。担当の利用者様で介護負担を感じておられたり、同じ立場で悩みを打ち明け、交流することを希望されている方がおられましたら、ご案内していただくようお願いいたします。このチラシは本部の窓口に設置をしており、社会福祉協議会のホームページに掲載しております。

また、ご本人同士のつながりや、介護者のつながりの場でもある「認知症カフェ」の情報につきましても、明石市役所のホームページの中の、「認知症の方への支援」の中の「認知症カフェ助成金交付団体一覧表」に掲載されております。認知症カフェごとに特徴があり専門職への相談や助言を得ることができるカフェもございます。地域総合支援センターに問い合わせいただきますと、利用者のニーズに合わせたマッチングも可能です。

事 務 連 絡  
2024 年(令和 6 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 6 年 5 月 6日(月)
- 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 (※課室が2階に変更となっています)  
                         明石市貴崎1丁目5-13(総合福祉センター内)  
                         TEL:(078)924-4501  
                         FAX:(078)924-9114
- 4 給付書類の提出締切日      令和6年 5 月7日(火) 17時

【お問い合わせ先】  
地域総合支援センター本部

## 2024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        |
|-----------|--------------|
| 2024年 4月分 | 5月7日（火） 17時  |
| 5月分       | 6月5日（水） 17時  |
| 6月分       | 7月5日（金） 17時  |
| 7月分       | 8月6日（火） 17時  |
| 8月分       | 9月5日（木） 17時  |
| 9月分       | 10月7日（月） 17時 |
| 10月分      | 11月6日（水） 17時 |
| 11月分      | 12月5日（木） 17時 |
| 12月分      | 1月7日（火） 17時  |
| 2025年 1月分 | 2月5日（水） 17時  |
| 2月分       | 3月5日（水） 17時  |
| 3月分       | 4月7日（月） 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でお願いします。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。



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 介護支援専門員確認票 契約（明石市社会福祉協議会）

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)<br>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○ |
|                         | ①  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ②  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ③  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ④  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ⑤  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ⑥  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ⑦  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ⑧  |              |             | 年 月 日   |       |             |
|                         | ⑨  |              |             | 年 月 日   |       |             |

※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。

## もしものときの備えシート



このシートは、もしも病気などで介護や医療が必要になったときに備え、元気なうちから今後のことについて考えたり、誰かと相談しておいたりするためのきっかけになるよう、作成したものです。

まずは気軽にチェックしてみましょう。

鉛筆で記載すると繰り返し使用できます。

|    |                                                                           |    |              |
|----|---------------------------------------------------------------------------|----|--------------|
| 1  | にゆういん じ きんきゅうれんらくさき き<br>入院時などの緊急連絡先は決めていますか？                             | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 2  | びょういん し か やっきょく<br>かかりつけの病院や歯科、薬局はありますか？                                  | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 3  | なに そうだん たよ しんぞく ゆうじん ちじん<br>何かあったときに相談したり、頼れる親族、友人、知人はいますか？               | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 4  | あんび かくにん ひと しゅだん<br>あなたの安否を確認してくれる人や手段はありますか？                             | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 5  | かた<br>(ペットがいる方)<br>たいせつ せ わ とき かんが<br>大切なペットの世話ができなくなった時のことは考えていますか？      | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 6  | じぶん ざいさん きちようひん はあく せいり<br>自分の財産や貴重品などを把握し、整理していますか？                      | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 7  | びょうき にんちしょう かね かんり むずか ばあい かんが<br>病気や認知症などでお金の管理が難しくなった場合のことを考えたことはありますか？ | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 8  | じんせい さいご むか かんが<br>人生の最期をどこで迎えるか 考えたことがありますか？                             | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 9  | じんせい さいご う えんめいちりょう かんが<br>人生の最期に受けた延命治療について 考えたことがありますか？                 | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |
| 10 | はな だいべん ひと<br>1～9のことを話したり、代弁してくれる人はいますか？                                  | はい | いいえ<br>→裏面㊦へ |

◆老後やもしものときに備えて、不安や気になることがあればメモしておきましょう。

|  |
|--|
|  |
|--|

## ア ～いざという時に備えましょう～



「救急れんらくばん」は、支援を必要とする人が自宅で具合が悪くなった時、症状を説明できない時など、駆けつけた支援者、救急隊、搬送先の医療機関が参考にすることで速やかな対応ができるものです。

情報を書き込んだシートや、お薬の情報を付属のクリアファイルに入れ、冷蔵庫に貼り付けておきましょう。

＜問い合わせ先＞

一人暮らしの方は民生児童委員

介護サービス利用者や同居家族はケアマネジャー

お住まいの地区の地域総合支援センター

## イ ～身近な地域でつながりを作りましょう～

日々の生活の中で、外出する機会を増やし、体を動かすことで、健康づくりや介護予防ができ、生活をより充実したものとするができます。身近な地域で、自主グループやサロンに参加することで、新たな仲間との結びつきができ、それをきっかけとして、助け合いの関係ができていくことも期待されています。認知症の方や、ご家族が集える場もあります。

ぜひ一歩踏み出してみてください。

＜問い合わせ先＞

明石市地域総合支援担当 078-918-5289

お住まいの地区の地域総合支援センター



## ウ ～これからの医療・ケアについて話し合い共有しましょう～



「人生会議」という言葉を耳にしたことがありますか？

心の余裕があるときに、これからのことをじっくりと考える時間を持ち、考えを整理してみましょう。

自分が希望する医療やケアを受けるために、大切にしていること、どこで、どのような医療・ケアを受けたいかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。エンディングノートや遺言書の作成、成年後見の利用も一つの方法です。

※エンディングノートは大型書店で購入できるほか、金融機関や保険会社等で作成されているものや、インターネットで、無料でダウンロードできるもの等、様々なものがありますので、ご自身が記入しやすいものを探してみてください。

※お住まいの地区の地域総合支援センターはこちら→  
スマートフォンのカメラなどで読み取ってください





# 認知症家族会 (2024年度版)

33

色々な思いを話しませんか・・・？

「よう話してくれたなあ」

「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 第1・3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 だるま会

対 象 本人と男性介護者  
(ご本人は和室でゆっくり過ごすことができる)  
日 時 2024年は、5/23・7/25・10/24  
2025年は、1/23 (全て10:00～12:00)  
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

## 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  
※2024年度は休止  
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

2024（令和6）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。

◎次のいずれか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、二次元コードを二次元コードリーダー（スマホカメラ）で読み取る。



※4月 26 日(金) 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）<br>※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）<br>※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                                                                   |
| L  | 介護予防サービス・支援計画書                                                                 |
| M  | 介護予防支援・サービス評価表                                                                 |

## 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】

|                                |                                                                              |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 新規ケース | <input type="checkbox"/> 担当できる(担当ケアマネジャー：<br><input type="checkbox"/> 担当できない |
| <input type="checkbox"/> ケース移行 | (理由)                                                                         |
| 利用者氏名                          | 男 ・ 女<br>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

- |                                             |              |
|---------------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> あさぎり・おおくら総合支援センター  | FAX：915-0092 |
| <input type="checkbox"/> きんじょう・きぬがわ総合支援センター | FAX：915-2632 |
| <input type="checkbox"/> にしあかし総合支援センター      | FAX：925-2799 |
| <input type="checkbox"/> おおくぼ総合支援センター       | FAX：934-8987 |
| <input type="checkbox"/> うおずみ総合支援センター       | FAX：948-5082 |
| <input type="checkbox"/> 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）

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<br><br><br><br>被保険者番号<br><br>( )<br><br>( )<br><br>総合支援センター管轄 |           | <input type="checkbox"/> 新規                                                                    | <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 暫定ケアプラン (※1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                     |           | <input type="checkbox"/> 更新                                                                    | <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 評価表<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証情報                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                     |           | <input type="checkbox"/> 継続                                                                    | <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 評価表<br><input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(要署名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                     |           | <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 区分変更<br><input type="checkbox"/> プラン変更 | <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 暫定ケアプラン (※1)<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証情報 (※2)<br><input type="checkbox"/> 基本情報 (※3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> プラン<br><input type="checkbox"/> 基本情報 (※4)<br><input type="checkbox"/> 介護保被保険者証情報 (開始日に変更がある場合)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                     |           | <input type="checkbox"/> 終了                                                                    | <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 住宅改修<br><input type="checkbox"/> 認定調査票・主治医意見書( 部) <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 契約解除・非更新申出書(必要時)<br>終了日 ( 年 月 日)<br>理由 <input type="checkbox"/> 本人の意向(□解除 <input type="checkbox"/> 非更新 )<br><input type="checkbox"/> 介護(介護度 ) <input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 転居転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 事業所変更<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト (※5)<br><input type="checkbox"/> 認定調査票・主治医意見書( 部) <input type="checkbox"/> 住宅改修<br><input type="checkbox"/> 契約解除・非更新申出書(必要時) <input type="checkbox"/> その他<br>終了日 ( 年 月 日)<br>理由 <input type="checkbox"/> 本人の意向(□解除 <input type="checkbox"/> 非更新 )<br><input type="checkbox"/> 介護(介護度 ) <input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 転居転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 事業所変更<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

|      |    |                                              |                                                                   |
|------|----|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 提出書類 | 内訳 | 支援1・支援2                                      | 事業対象者                                                             |
|      | 新規 | ・初めてサービスを利用する方<br>・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<br>・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<br>・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<br>・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<br>・居宅介護支援事業所変更により終了する方          |

- ※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

受 付 印

受取者通信欄



| 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 ～<br>年 月 日     |             |
| 区 分 支 給 限 度 基 準 額    |             |
| 年 月 日 ～<br>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 ～<br>年 月 日     |             |
| 区 分 支 給 限 度 基 準 額    |             |
| 年 月 日 ～<br>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<br>年 月 日<br>( ) 歳 | 性別 | 男・女 |
| 被保険者氏名  |     |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 ( ) |                         |    |     |
| 住民票上の住所 | 〒 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 |    |     |

(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言われますか

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

一部委託の居宅介護支援事業所は、要支援認定の利用者が更新後も引き続き要支援認定であった場合のみ、見本内容をご参考にこの様式を市へ提出してください。その他の場合は、管轄のセンターがこの様式を市へ提出します。

(様式第1号)

表面見本

## 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<br>出<br>者 | 氏 名           | 支援センター管理者名<br>(居宅の担当ケアマネジャー名) | 被 保 険 者 と の 関 係<br><br><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設<br><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定特定施設入居者生活介護事業者<br><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業者<br><input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業者<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|             | 事業者・施設名称      | 担当総合支援センター名<br>( 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<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                                                                                   |  | 生<br>年<br>月<br>日                                                                                               | 大正・昭和<br>年 月 日 |
|                  | 氏 名                                                                                      |  |                                                                                                                |                |
| 提<br>供<br>資<br>料 | ※必要な資料にレ点を記入してください。<br><input type="checkbox"/> 認定調査票<br><input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 申請中 ( 年 月 日申請)<br><input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

(本人が意思決定できない場合) \_\_\_\_\_

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 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   |        |
| 担当開始日 | 年 月 日～ |

### 2 居宅介護支援事業所の概要

|      |              |
|------|--------------|
| 事業所名 |              |
| 所在地  |              |
| 連絡先  | TEL:<br>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 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   |        |
| 担当開始日 | 年 月 日～ |

### 2 居宅介護支援事業所の概要

|      |              |
|------|--------------|
| 事業所名 |              |
| 所在地  |              |
| 連絡先  | TEL:<br>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。

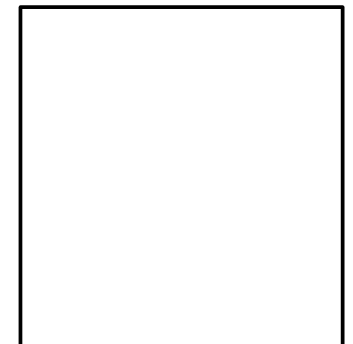
③下記のどちらかにチェックを入れ送付してください。

☐ 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<br>(代理人がいる場合) | 本人との関係 ( )        |
| 代理人住所<br>(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 |

&lt; 事業者記入欄 &gt;

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。

H

(様式 1-1)

## 契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 to ☑

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<br>(代理人がいる場合) | 本人との関係 (          |
| 代理人住所<br>(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

# 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<br>できない | 起居動作<br>得点<br>／3点 | ☆0～1点<br>一般高齢者施策<br>☆2～3点<br>基本チェックリスト実施<br>☆3点以上で<br>且つ、移動に介助あり<br>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<br>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<br>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<br>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<br>得点<br>／3点 | ☆0点<br>一般高齢者施策<br>☆1～2点<br>基本チェックリスト実施<br>☆3点<br>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<br>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

| 自立した日常生活の<br>阻害要因<br>(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 |              |  |  |

| 作成日 / /              |  |                             |
|----------------------|--|-----------------------------|
| 利用者及び家族の<br>生活に対する意向 |  |                             |
| 見 通 し ※5             |  | 生活全般の解決すべき課題<br>(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<br>（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）

介護予防サービス・支援計画書

L（様式例2）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様    認定年月日 \_\_\_\_\_ 年    月    日    認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年    月    日～ \_\_\_\_\_ 年    月    日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年    月    日（初回作成日 \_\_\_\_\_ 年    月    日）    担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 1 日 |  | 1 年 |  |
|-----|--|-----|--|

| アセスメント領域と<br>現在の状況          | 本人・家族の<br>意欲・意向 | 領域における課題（背<br>景・原因）                                   | 総合的課題 | 課題に対する<br>目標と具体策<br>の提案 | 具体策についての意向<br>本人・家族 | 目標 | 支援計画               |                                     |                       |            |     |    |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|-------|-------------------------|---------------------|----|--------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------|-----|----|
|                             |                 |                                                       |       |                         |                     |    | 目標についての<br>支援のポイント | 本人等のセルフケア<br>や家族の支援、イン<br>フォーマルサービス | 介護保険サービスま<br>たは地域支援事業 | サービス<br>種別 | 事業所 | 期間 |
| 運動・移動について                   |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                         |                     |    | (    )             |                                     |                       |            |     |    |
| 日常生活(家庭生活)について              |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                         |                     |    | (    )             |                                     |                       |            |     |    |
| 社会参加、対人関係・<br>コミュニケーションについて |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                         |                     |    | (    )             |                                     |                       |            |     |    |
| 健康管理について                    |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |       |                         |                     |    | (    )             |                                     |                       |            |     |    |

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

  妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)／(質問項目数)をお書き下さい。  
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

|                   |          |          |           |             |           |          |
|-------------------|----------|----------|-----------|-------------|-----------|----------|
|                   | 運動<br>不足 | 栄養<br>改善 | 口腔内<br>ケア | 閉じこも<br>り予防 | 物忘れ<br>予防 | うつ<br>予防 |
| 予防給付または<br>地域支援事業 |          |          |           |             |           |          |

|                      |      |
|----------------------|------|
|                      | 【意見】 |
| 地域包括支援センター<br>※委託の場合 |      |

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

\_\_\_\_\_ 年    月    日    氏名 \_\_\_\_\_



(様式例 4)

評価日 \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

| 目標 | 評価期間 | 目標体制状況 | 目標<br>達成／未達成 | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見) | 目標達成しない原因<br>(計画作成者の評価) | 今後の方針 |
|----|------|--------|--------------|-------------------------|-------------------------|-------|
|    |      |        |              |                         |                         |       |

| 総合的な方針 | 介護予防支援事業者意見 |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |
|--------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |             | <div><input type="checkbox"/> プラン継続</div> <div><input type="checkbox"/> プラン変更</div> <div><input type="checkbox"/> 終了</div> | <div><input type="checkbox"/> 介護給付</div> <div><input type="checkbox"/> 予防給付</div> <div><input type="checkbox"/> 二次予防事業</div> <div><input type="checkbox"/> 一次予防事業</div> <div><input type="checkbox"/> 終了</div> |