

# 神戸市

## 介護予防・日常生活支援総合事業 に係る事業者説明会

平成 28 年 9 月 1 日 (木)

午前 10 時～12 時 (9 時 30 分開場) 対象：居宅介護支援、介護予防支援

午後 13 時 30 分～15 時 30 分 (13 時開場) 対象：介護予防訪問介護、介護予防通所介護

(場所) 神戸文化ホール 大ホール

神戸市保健福祉局高齢福祉部 介護保険課

現在検討中の案であり、今後変更の可能性があります。神戸市 H P に随時最新の資料を掲載しますので、ご確認ください。

神戸市 H P トップ > 総合メニュー > くらし・手続き > 年金・保険・税 > 介護保険  
> 3 - 1 1 介護予防・日常生活支援総合事業

U R L : <http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/index.html>

## 目 次

第1章	介護予防・日常生活支援総合事業について	
1	総合事業の概要（国）	1
2	総合事業の運用（国）	2
第2章	神戸市における総合事業の概要	
1	総合事業移行の考え方	3
2	神戸市の総合事業の構成、サービス内容等	3
3	総合事業の対象者	4
第3章	サービス内容について	
1	訪問型サービスの内容	5
2	通所型サービスの内容	10
3	一般介護予防事業の内容	12
4	その他留意点等	13
第4章	総合事業における介護予防ケアマネジメント	
1	相談からサービス利用までの流れ	14
2	介護予防ケアマネジメントの類型	16
3	介護予防ケアマネジメントの実施	17
第5章	総合事業にかかる指定申請について	20
第6章	広報・スケジュール	22
第7章	その他	
	様式等（案）	
	①基本チェックリスト	23
	②介護予防ケアマネジメント依頼届出書	24
	③被保険者証 事業対象者印字イメージ	25
	④通所型サービス（現行相当）に関する計画書	26
	⑤基本チェックリスト結果一覧表	27
	⑥通所型サービス（現行相当）におけるレポート提出について	28
	⑦アセスメントシート	30
	⑧マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）	34
	⑨健康状態確認シート	36

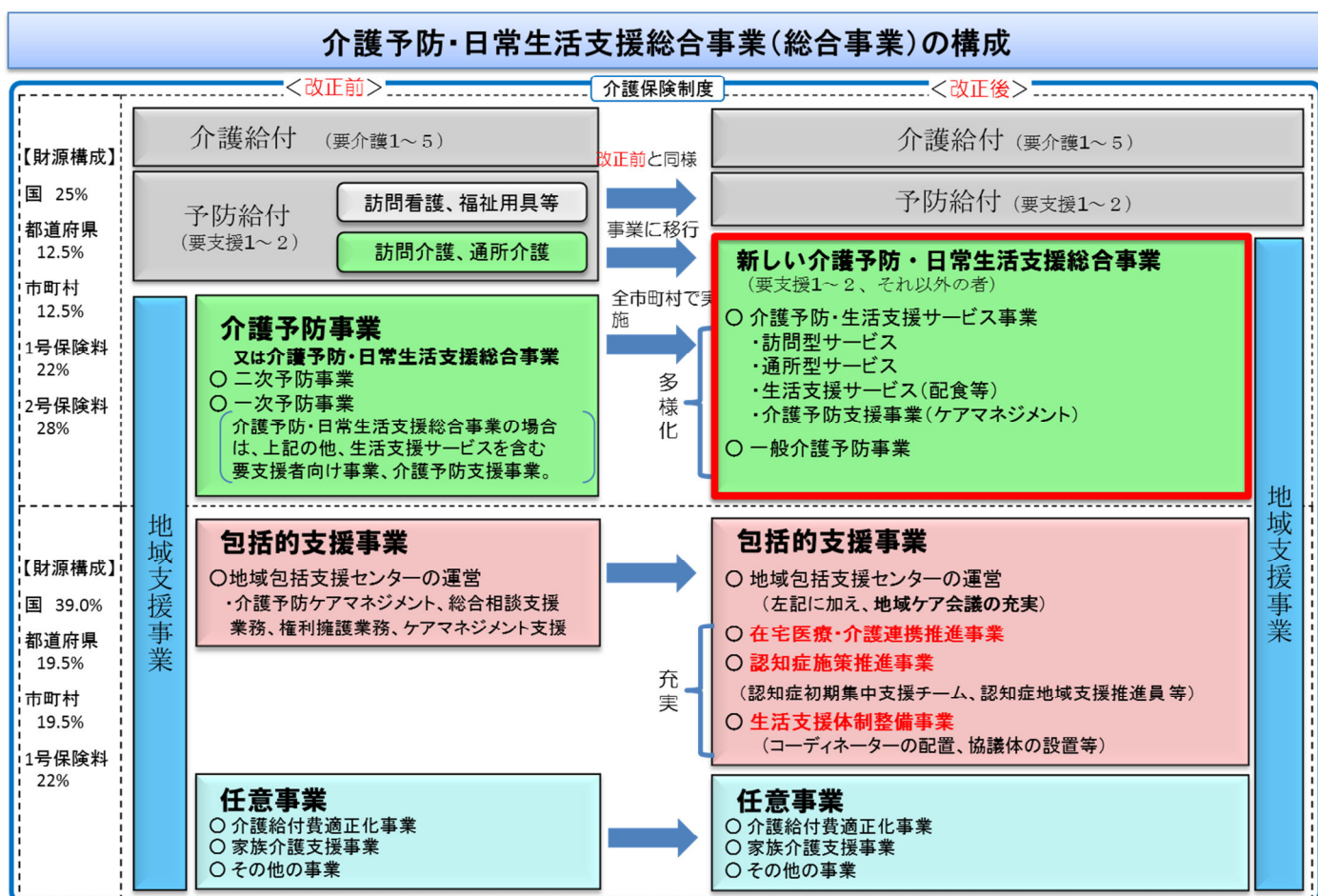
# 第1章 介護予防・日常生活支援総合事業について

※以下「介護予防・日常生活支援総合事業」を「総合事業」といいます。

## 1. 総合事業の概要（国）

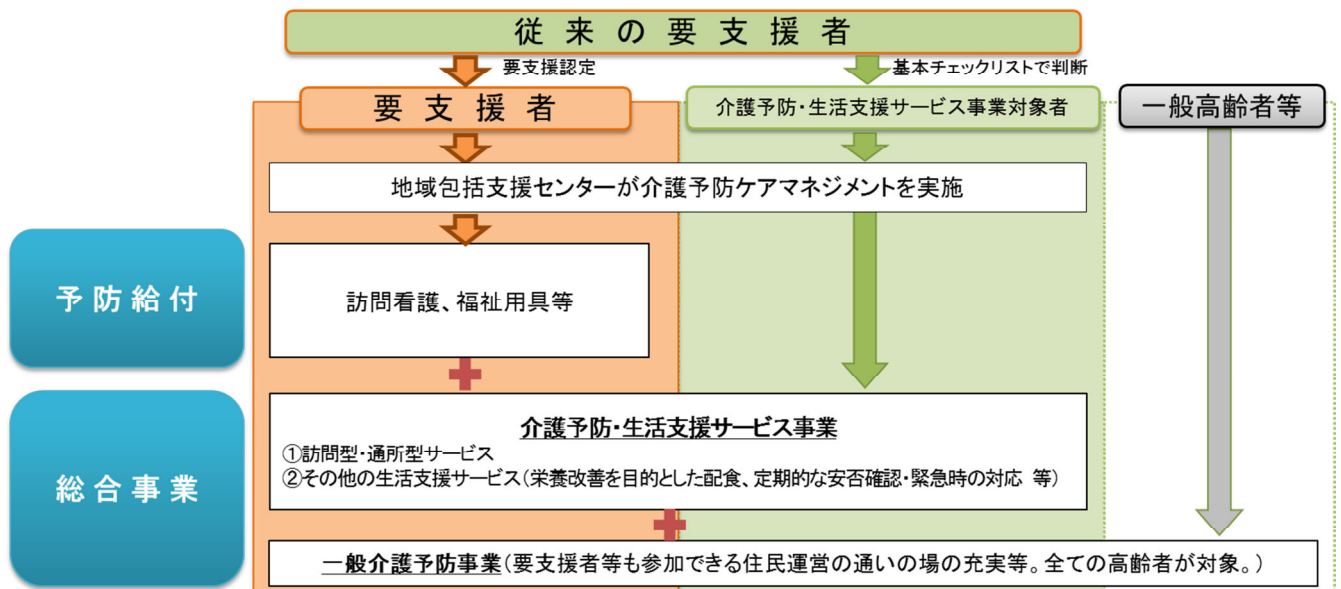
○平成27年度の介護保険制度改正により、要支援者が利用する介護保険サービス（予防給付）のうち訪問介護と通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業「総合事業」に移行することとなった。

○総合事業では、既存の介護事業所による既存のサービスに加え、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援する。



## 2. 総合事業の運用（国）

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付としてサービス提供を継続する。
- 地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して、基本チェックリストで判定することによって「介護予防・生活支援サービス事業対象者」（以下「事業対象者」という。）として迅速なサービス利用を可能にする。



## 第2章 神戸市における総合事業の概要

### 1. 総合事業移行の考え方

総合事業への対応について、神戸市では、現在の要支援者等が円滑に総合事業に移行できるような運用を重視していく。

事業実施時期は、平成29年4月からとなるが、要支援者については、平成29年4月から平成30年3月までの1年間で要支援認定の更新等にあわせて移行していく。

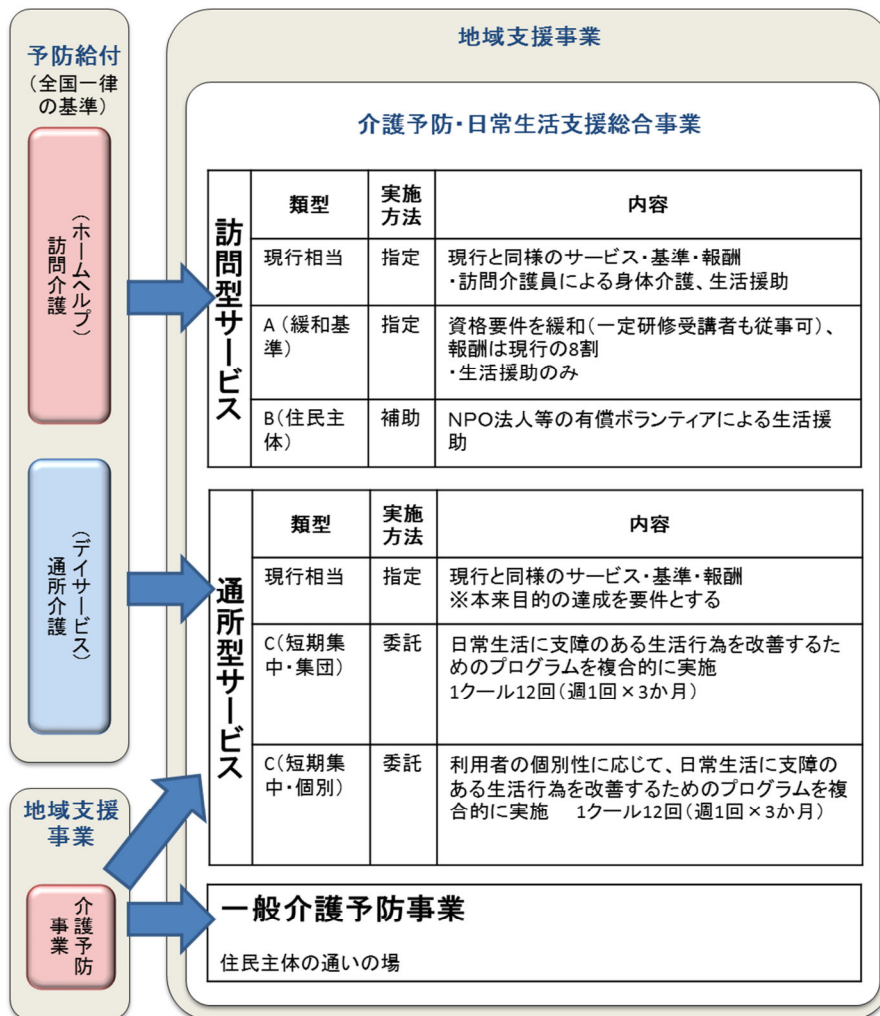
事業メニューや事業内容については、神戸市の実情に応じたサービスを提供することとし、29年度以降においても、第7期介護保険事業計画を策定する中で、サービス実施状況や国の動きに応じて適宜必要な見直しを行っていく。

### 2. 神戸市の総合事業の構成、サービス内容等

総合事業は、要支援者等に対して必要な支援を行う「訪問型サービス」、「通所型サービス」等と、第1号被保険者に対して介護予防を行う「一般介護予防事業」から構成される。

サービス内容は、現行の介護予防訪問介護・介護予防通所介護から移行する現行相当サービスと、新たな類型のサービス（A緩和基準、B住民主体、C短期集中）を設定する。

神戸市が行う総合事業のサービス類型



### 3. 総合事業の対象者

- ① 平成 29 年 4 月 1 日以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方  
(認定有効期間の開始年月日が平成 29 年 4 月 1 日以降の要支援者)
- ② 平成 29 年 4 月 1 日以降に、基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

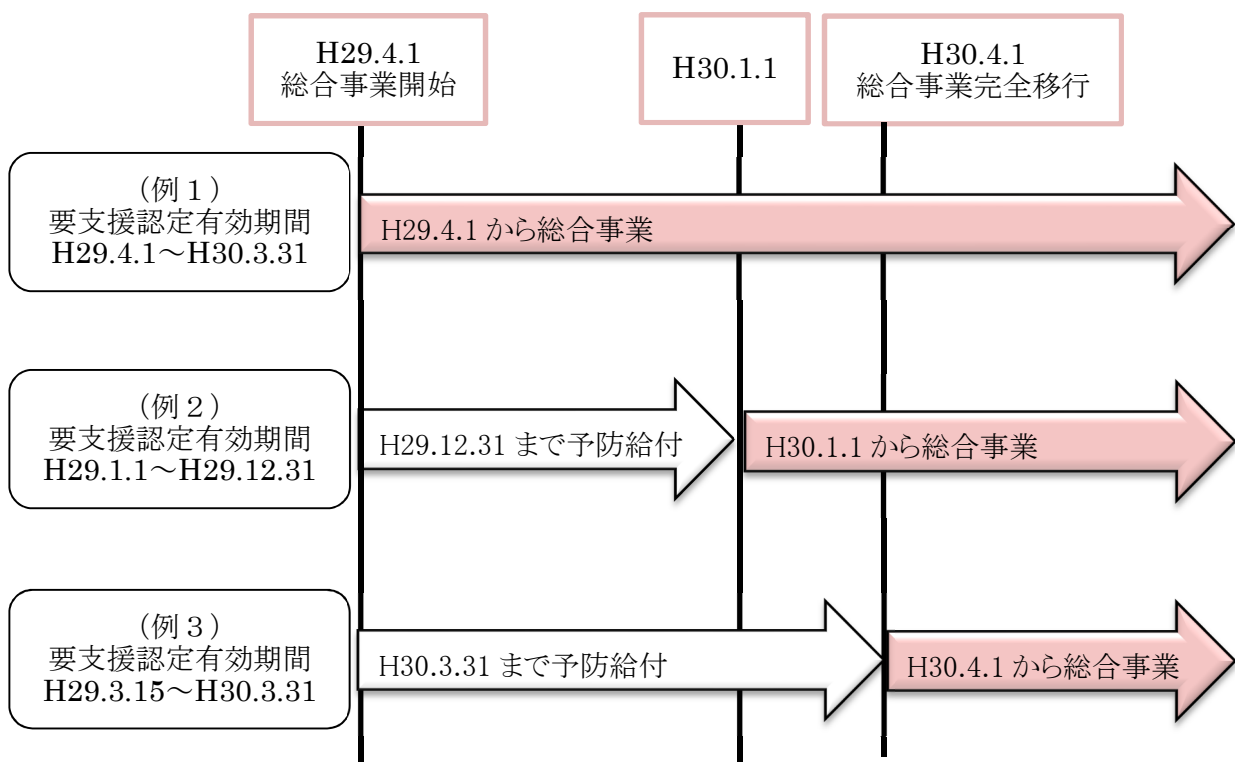
事業対象者は要支援者に相当する状態等の者であり、判定に用いる基本チェックリストの質問項目は、これまで二次予防事業の対象者を把握するために用いていたものと同じ。

#### 【ポイント】

平成 29 年 3 月末時点で要支援認定を受けている要支援者は、その認定更新等までは、従前の予防給付(介護予防訪問介護・介護予防通所介護)としてサービスを提供する。

平成 29 年 4 月 1 日以降に認定更新等により要支援認定を受けた方が訪問介護・通所介護を利用する場合は、サービスが総合事業に変更となる。(要支援者の認定有効期間は現在、最長で 1 年なので、神戸市全体では平成 29 年 4 月から 1 年かけて移行する。)

#### 更新の場合の総合事業への移行(例)



### 第3章 サービス内容について

#### 1 訪問型サービスの内容

訪問型サービス													
類型	①現行相当												
事業主体	既存訪問介護指定事業所												
対象者	原則要支援者で、下記要件のいずれかに該当するもの ●既にサービスを利用しているケースで、利用の継続が必要なケース ●認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方、もしくは、障害高齢者の日常生活自立度A以上の方で、訪問介護員によるサービスが必要なケース												
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助												
実施方法	事業者指定												
基準	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>なし</td> <td>常勤・専従1以上 ※1</td> </tr> <tr> <td>訪問介護員等</td> <td>介護福祉士 初任者研修等修了者</td> <td>常勤換算2.5以上</td> </tr> <tr> <td>サービス提供責任者</td> <td>介護福祉士等 (注)</td> <td>常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※2</td> </tr> </tbody> </table>		必要な資格	配置要件	管理者	なし	常勤・専従1以上 ※1	訪問介護員等	介護福祉士 初任者研修等修了者	常勤換算2.5以上	サービス提供責任者	介護福祉士等 (注)	常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※2
		必要な資格	配置要件										
	管理者	なし	常勤・専従1以上 ※1										
	訪問介護員等	介護福祉士 初任者研修等修了者	常勤換算2.5以上										
サービス提供責任者	介護福祉士等 (注)	常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※2											
※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。													
※2 一部非常勤職員も可能。													
報酬	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>包括報酬(月) ※1単位=10.84円</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回程度</td> <td>月 1,168単位</td> </tr> <tr> <td>週2回程度</td> <td>月 2,335単位</td> </tr> <tr> <td>週2回超程度</td> <td>月 3,704単位(要支援2のみ)</td> </tr> </tbody> </table>		包括報酬(月) ※1単位=10.84円	週1回程度	月 1,168単位	週2回程度	月 2,335単位	週2回超程度	月 3,704単位(要支援2のみ)				
		包括報酬(月) ※1単位=10.84円											
	週1回程度	月 1,168単位											
	週2回程度	月 2,335単位											
週2回超程度	月 3,704単位(要支援2のみ)												
・ 現行の介護予防訪問介護と同額の報酬													
・ 加算体系も現行の介護予防訪問介護と同じ													
利用者負担	1割または2割												
支払方法	国保連経由												
限度額管理	有												

(注)・介護福祉士

- ・ 社会福祉士及び介護福祉士法に基づく実務者研修修了者
- ・ 改正前の介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第22条の23第1項に規定する介護職員基礎研修又は1級課程の研修を修了した者
- ・ 3年以上介護等の業務に従事したものであって、介護保険法施行規則第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修課程を修了した者

訪問型サービス																									
類型	②緩和基準型(訪問型A)																								
事業主体	既存訪問介護指定事業所等																								
対象者	要支援者 事業対象者																								
サービス内容	生活援助(注1)																								
実施方法	事業者指定																								
基準	<p><b>【緩和基準型のみ単独運営の場合】</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>なし</td> <td>専従1以上 ※1</td> </tr> <tr> <td>従事者</td> <td>介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)</td> <td>必要数</td> </tr> <tr> <td>訪問事業責任者(仮称)</td> <td>介護福祉士等 (①現行相当と同様)</td> <td>従事者のうち必要数</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p> <p><b>【現行相当と一体運営の場合】</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>なし</td> <td>専従1以上 ※1</td> </tr> <tr> <td>従事者</td> <td>介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)</td> <td>必要数 ※2</td> </tr> <tr> <td>訪問事業責任者(仮称)</td> <td>介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者</td> <td>従事者のうち必要数 ※2</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。          ※2 「①現行相当」の人員に加えて、「②緩和基準型(訪問型A)」の利用者数に応じて必要数配置</p> <p><b>単独、一体とも、訪問介護計画書作成は不要</b></p>		必要な資格	配置要件	管理者	なし	専従1以上 ※1	従事者	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)	必要数	訪問事業責任者(仮称)	介護福祉士等 (①現行相当と同様)	従事者のうち必要数		必要な資格	配置要件	管理者	なし	専従1以上 ※1	従事者	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)	必要数 ※2	訪問事業責任者(仮称)	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者	従事者のうち必要数 ※2
		必要な資格	配置要件																						
管理者	なし	専従1以上 ※1																							
従事者	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)	必要数																							
訪問事業責任者(仮称)	介護福祉士等 (①現行相当と同様)	従事者のうち必要数																							
	必要な資格	配置要件																							
管理者	なし	専従1以上 ※1																							
従事者	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者(注2)	必要数 ※2																							
訪問事業責任者(仮称)	介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者	従事者のうち必要数 ※2																							
報酬	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>包括報酬(月) ※1単位=10,84円</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回程度</td> <td>月 934単位</td> </tr> <tr> <td>週2回程度</td> <td>月 1,868単位</td> </tr> <tr> <td>週2回超程度</td> <td>月 2,963単位(要支援2のみ)</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>・①現行相当の<b>8割</b></li> <li>・介護職員処遇改善加算</li> </ul>		包括報酬(月) ※1単位=10,84円	週1回程度	月 934単位	週2回程度	月 1,868単位	週2回超程度	月 2,963単位(要支援2のみ)																
	包括報酬(月) ※1単位=10,84円																								
週1回程度	月 934単位																								
週2回程度	月 1,868単位																								
週2回超程度	月 2,963単位(要支援2のみ)																								
利用者負担	1割または2割																								
支払方法	国保連経由																								
限度額管理	有																								

注1 厚生労働省通知平成12年3月17日老計第10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」2-0から2-6に定める生活援助全般。



注2 「一定の研修」について

時期： 平成28年12月～29年3月頃

時間： 10時間程度

科目（例）：介護保険制度等の理解、コミュニケーション方法、秘密保持、生活支援の方法、認知症の理解、緊急時の対応等

※ 具体的な内容は、県と同様

訪問型サービス															
類型	③地域主体型（訪問型B、NPO法人などによる生活援助サービス）														
事業主体	NPO法人やボランティア団体等（法人格の有無を問わない）														
対象者	要支援者、事業対象者														
サービス内容	生活援助全般（老計第10号の範囲内）。範囲外の内容も提供可能（注1） ※ 老計第10号の範囲内の生活援助を原則実施のうえ、範囲外の内容も提供可能。														
サービス提供頻度	利用者との相談により設定														
実施方法	補助														
基準	<p>1) 責任者を必要数（1名以上）置くこと。同一団体の他の事業と兼務可。また、コーディネーターと兼務可。 有資格者（介護福祉士、初任者研修等修了者）又は訪問型Aの研修受講者等であること。</p> <p>2) コーディネーターを必要数（1名以上）配置し、週5日以上10時から16時の間は、あんしんすこやかセンター及び利用者からの連絡に対応すること。同一団体の他の事業と兼務可。 ※ コーディネーターとは、地域包括支援センターや利用者からの連絡を受けて、サービスの利用調整を行う者をいう。</p> <p>3) 従事者は有償ボランティアであること。ただし、本人の希望に応じて無償ボランティアでも可とする。 団体に登録された従事者が「サービス提供を行う区の数×30名」以上いること。 100名以上いる場合は4区以上で提供可能とする。他の事業と兼務可。</p> <p>4) 従事者に対して研修（緊急時の対応、守秘義務等）を実施すること。なお、カリキュラムや研修資料は市より提示する。実施後市へ報告すること。</p>														
補助対象経費 ・補助額（案）	<p>サービスの利用調整を行うコーディネート経費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年間利用件数（延べ）</th> <th>補助額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100件～199件</td> <td>5万円</td> </tr> <tr> <td>200件～299件</td> <td>10万円</td> </tr> <tr> <td>300件～399件</td> <td>15万円</td> </tr> <tr> <td>400件～499件</td> <td>20万円</td> </tr> <tr> <td>・・・</td> <td>・・・</td> </tr> <tr> <td>5,000件～</td> <td>250万円</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ただし、実支出額の範囲内</p> <p>※ 件数に対する補助額は、検討中（今後の予算要求作業で確定）</p> <p>※ 別途、立ち上げ支援費も検討中</p>	年間利用件数（延べ）	補助額	100件～199件	5万円	200件～299件	10万円	300件～399件	15万円	400件～499件	20万円	・・・	・・・	5,000件～	250万円
年間利用件数（延べ）	補助額														
100件～199件	5万円														
200件～299件	10万円														
300件～399件	15万円														
400件～499件	20万円														
・・・	・・・														
5,000件～	250万円														
利用者負担	実施主体により設定														
支払方法	事業者へ直接支払														
限度額管理	無														
選定方法	随時公募														

(注1) サービス内容

(1) 介護保険の訪問介護で提供する生活援助

(厚生労働省通知平成12年3月17日老計第10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」2-0から2-6)

- 2-0 サービス準備等：サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。
- 2-0-1 健康チェック：利用者の安否確認、顔色等のチェック
- 2-0-2 環境整備：換気、室温・日あたりの調整等
- 2-0-3 相談援助、情報収集・提供
- 2-0-4 サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2-2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り：日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

(2) 介護保険の訪問介護（生活援助）では提供できないサービス

- ア 草むしり
  - イ 花木の水やり
  - ウ 犬の散歩等ペットの世話
  - エ 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
  - オ 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
  - カ 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
  - キ 植木の剪定等の園芸
  - ク 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理
  - ケ 話し相手
  - コ 外出付添
- 等

※ 通院等乗降介助は対象外

※ サービスの提供に当たって危険を伴わないものに限る

## 2 通所型サービスの内容

通所型サービス													
類型	現行相当												
事業主体	既存通所介護指定事業所												
対象者	要支援者、事業対象者で、下記の要件のいずれかに該当するもの ●既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ●認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方、もしくは、障害高齢者の日常生活自立度A以上の方 ●生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース（通所型C類型対象者を除く）												
サービス内容	現行の介護予防通所介護と同様（入浴、機能訓練等）												
提供頻度	週1～2回程度												
送迎	有												
実施場所	既存の介護予防通所介護指定事業所												
実施方法	事業者指定												
基準	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>配置要件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>常勤・専従1以上 ※</td> </tr> <tr> <td>生活相談員</td> <td>専従1以上</td> </tr> <tr> <td>看護職員</td> <td>専従1以上</td> </tr> <tr> <td>介護職員</td> <td>～15人 専従1以上 15人～利用者1人に専従0.2以上</td> </tr> <tr> <td>機能訓練指導員</td> <td>1以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>（生活相談員・介護職員の1以上は常勤）            ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能            国基準どおり＊</p> <p><u>＊介護予防通所介護における本来の目的の達成に向けた            目標設定・実績評価等のレポート提出（P.26のとおり）</u></p>		配置要件	管理者	常勤・専従1以上 ※	生活相談員	専従1以上	看護職員	専従1以上	介護職員	～15人 専従1以上 15人～利用者1人に専従0.2以上	機能訓練指導員	1以上
	配置要件												
管理者	常勤・専従1以上 ※												
生活相談員	専従1以上												
看護職員	専従1以上												
介護職員	～15人 専従1以上 15人～利用者1人に専従0.2以上												
機能訓練指導員	1以上												
報酬	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>包括報酬(月) ※1単位=10.54円</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業対象者 要支援1</td> <td>月 1,647単位</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>月 3,377単位</td> </tr> </tbody> </table> <p>・現行の介護予防通所介護と同額の報酬            ・加算体系も、現行の介護予防通所介護と同じ</p>		包括報酬(月) ※1単位=10.54円	事業対象者 要支援1	月 1,647単位	要支援2	月 3,377単位						
	包括報酬(月) ※1単位=10.54円												
事業対象者 要支援1	月 1,647単位												
要支援2	月 3,377単位												
利用者負担	1割または2割												
支払方法	国保連経由												
限度額管理	有												

通所型サービス		
類型	短期集中 <b>集団型</b> (通所型C、専門職による短期集中サービス)	短期集中 <b>個別型</b> (通所型C、専門職による短期集中サービス)
事業主体	事業者	事業者
対象者	事業対象者、要支援者のうち、以下のようなケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康管理の維持・改善が必要なケース ・ADL や IADL の改善に向けた支援が必要なケース	事業対象者、要支援者のうち、 <b>集団型が困難な</b> 以下のようなケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康管理の維持・改善が必要なケース ・ADL や IADL の改善に向けた支援が必要なケース
サービス内容	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、下記のプログラムを複合的に実施 ・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 ・認知機能の低下予防・支援 ・うつ予防・支援 ・ADL/IADL の改善  プログラム内容は市から指定	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、 <b>利用者の個別性に</b> 応じて、下記のプログラムを実施 ・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 ・認知機能の低下予防・支援 ・うつ予防・支援 ・ADL/IADL の改善  プログラム内容は市から指定
提供頻度	1クール12回(週1回×3か月間)	1クール12回程度(週1回×3か月間)
送迎	無	無
実施場所	指定場所	指定場所
実施方法	委託	委託
基準	・スタッフ3名他、専門職配置 ・個別型と同日実施 ・2時間程度 25名受け入れ	・スタッフ2名他、専門職配置 ・集団型と同日実施 ・1時間程度 10名受け入れ
報酬	検討中	検討中
利用者負担	有	有
支払方法	事業者へ直接支払	事業者へ直接支払
限度額管理	無	無
選定方法	公募 集団プログラム、個別プログラム両方受託すること	公募 集団プログラム、個別プログラム両方受託すること

### 3. 一般介護予防事業の内容

一般介護予防事業（方向性）			
具体的な内容については、9月以降の企画・調査部会、介護保険専門分科会に提示予定			
	インフォーマル型 注1	居場所づくり型	地域拠点型
頻度	月1回程度	年20回以上（原則月2回以上の通年開催）、2時間以上	週1回、3～5時間程度
事業主体	住民主体の地域団体（法人格の有無を問わない）	住民主体の地域団体（法人格の有無を問わない）	NPO法人、社会福祉法人等（法人格必要）
対象者	すべての高齢者		
内容	通いの場（サロン、カフェ、喫茶など）		市が設定した介護予防の取組等
報酬	なし	検討中	検討中

※ 各事業の名称は仮置き

注1 インフォーマル型は、事業主体の希望に応じて登録し、あんしんすこやかセンターにおいて紹介する。

#### 4. その他留意点等

##### ア 新しい総合事業への移行に伴うサービスコード等の変更

要支援者のうち、訪問介護又は通所介護を利用している方については、平成 29 年 3 月末以降の認定期限到来時に、順次新しい総合事業に移行する。

新しい総合事業に移行した方は、訪問介護・通所介護のサービスコード等が変更となる。

なお、認定更新等までは予防給付を受けることになるため、従前の予防給付のサービスコードを使用する。

##### イ 事業対象者の支給限度額

事業対象者の支給限度額は、予防給付の要支援 1 と同じ 5,003 単位とする。

##### ウ 利用者負担

介護給付の利用者負担割合（原則 1 割、一定以上所得者は 2 割）と同様の取扱いとなる。

また、給付における利用者負担額の軽減制度である高額介護予防サービス費や高額医療合算介護予防サービス費に相当する事業を実施する。

##### エ 住所地特例者の利用

住所地特例者については、施設所在地である市町村で基本チェックリストの実施及び総合事業のサービス利用を行う。

## 第4章 総合事業における介護予防ケアマネジメント

### 1. 相談からサービス利用までの流れ

#### ① あんしんすこやかセンターに相談

- ・相談者から相談の目的や本人の状態像を聴き取り、介護保険制度の説明を行う。
  - ※ 予防給付又は介護給付によるサービス等を必要としている場合など明らかに要介護・要支援認定が必要な場合や、希望している場合は、認定申請を案内。
  - ※ 基本チェックリストの実施の要否について確認
- ・一般介護予防事業、インフォーマルサービスの利用のみを希望している場合は、基本チェックリストの実施は不要。
- ・家族等が相談に来られた場合は、後日、本人と面談を行う段取りとする。やむを得ない事情がある場合には、あんしんすこやかセンター職員が相談者の自宅に訪問する等の対応を行う。

#### ② 事業対象者の判定・被保険者証等の交付

- ・基本チェックリストに該当した場合は、あんしんすこやかセンターから神戸市へ基本チェックリスト、被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書を送付する。市は判定確認後、事業対象者と記載された被保険者証及び負担割合証を本人宛に郵送にて交付する。
- ・基本チェックリストの結果、非該当の場合は、あんしんすこやかセンターにて結果説明を行い、一般介護予防事業やインフォーマルサービスなどを必要に応じて案内する。

#### ③ 介護予防ケアマネジメント

- ・あんしんすこやかセンター又は受託居宅介護支援事業所は、要支援者・事業対象者に対してアセスメントを行い、本人の自立支援に向けたケアプラン原案の作成、サービスの案内等を行う。
- ・利用するサービスの決定後、ケアマネジメント類型を決定する。
  - ※ 提供サービスの違いによって、ケアマネジメント類型が決まる。
  - ※ 従来型のケアマネジメントは、介護予防支援と同様の流れであるが、簡易型・セルフ型については、簡略化される。
  - ※ 要支援者で、予防給付サービス（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）を利用する場合は、従来の介護予防支援となる。

##### <介護予防ケアマネジメントの考え方>

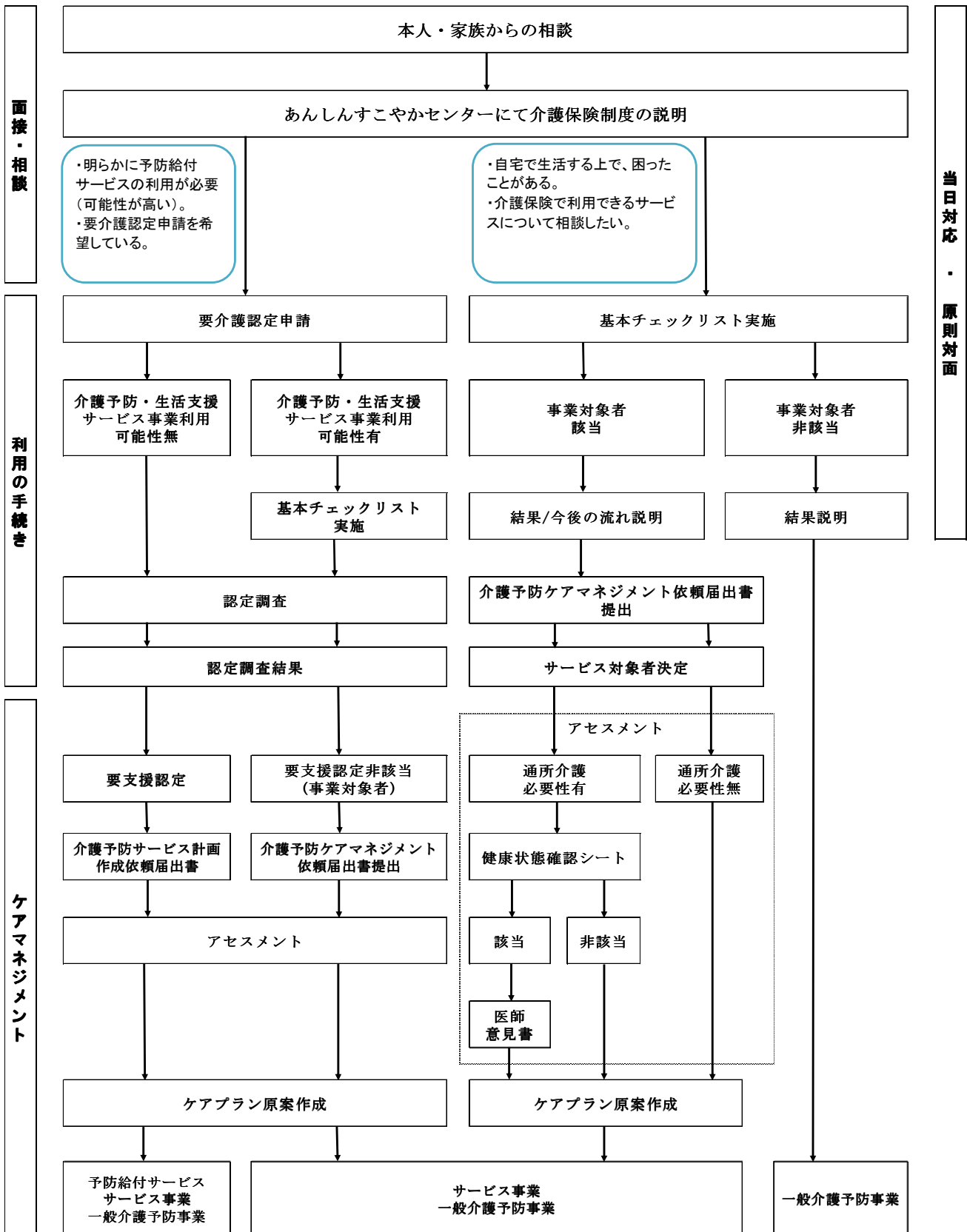
- ・介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることのできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するもの。
- ・総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、高齢者自身が自分の課題として認識できるよう支援し、利用者の自立支援につながるよう、「心身機能」「活動」「参加」にバランス良くアプローチしていくことが重要である。
- ・さらに、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が必要である。

#### ④ 総合事業サービスの利用開始

要支援者・事業対象者は、ケアプランに同意したうえで、サービス提供事業者との契約を締結し、サービスの利用を開始する。



# 相談からサービス利用までの流れ



## 2. 介護予防ケアマネジメントの類型

ケアマネジメント類型	介護予防支援	ケアマネジメント従来型	ケアマネジメント簡易型	ケアマネジメントセルフ型
対象者	要支援者	要支援者・事業対象者		
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防給付サービス</li> <li>介護予防訪問看護・介護予防福祉用具貸与等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型(現行相当)</li> <li>・通所型(現行相当*)</li> </ul> <p>※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、または障害高齢者の日常生活自立度A以上</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型 A(緩和基準)</li> <li>・通所型(現行相当*)</li> <li>・通所型 C(短期集中集団型)</li> <li>・通所型 C(短期集中個別型)</li> </ul> <p>※認知症高齢者の日常生活自立度が自立またはI、かつ障害高齢者の日常生活自立度が自立またはJ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型 B(地域主体型)</li> <li>・一般介護予防事業</li> </ul>
ケアマネジメントの基準	サービスを組み合わせるときは、より決め細やかに関わるケアマネジメントを採用(例) 訪問型(現行相当)と通所型C(短期集中個別型)を利用する場合、「ケアマネジメント従来型」			
実施機関	指定介護予防支援事業所(あんしんすこやかセンター) ※居宅介護支援事業所への一部委託可	あんしんすこやかセンター ※居宅介護支援事業所への一部委託可 <b>■ただし、通所型Cを利用する場合は委託不可</b>		あんしんすこやかセンター ※居宅介護支援事業所への一部委託不可
アセスメントシート	必須			
ケアプラン様式	マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表) 1・2表			マイ・ケアプラン1表
ケアプラン期間	最長1年間(必要に応じて適宜見直す)			初回のみ
サービス担当者会議	ケアプラン作成時・変更時などこれまでと同様	(訪問型) 左記に同	(通所型) 必要時	原則不要 必要時
モニタリング	これまでと同様	間隔を空けて実施		原則不要
評価	必要			原則不要
報酬(案)	現行と同額 ○基本報酬 430単位 ○初回加算 300単位	介護予防支援と同額 ○基本報酬 430単位 ○初回加算 300単位	介護予防支援の8割相当 ○基本報酬 344単位 <b>※29年度に限り430単位とする</b> ○初回加算 300単位	介護予防支援の5割相当 ○基本報酬 215単位 ○初回加算 300単位
請求/支払	国保連へ請求、支払い	市へ請求し、国保連経由で支払		
支払い対象月	毎月			ケアマネジメント開始月のみ

### 3. 介護予防ケアマネジメントの実施

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、これまでの要支援者に対する介護予防支援の考え方・方法と大きく異なるものではない。

以下に、異なる点・留意点について記載する。

#### (1) アセスメント

対象者へのアセスメントにおいては、本人の体調、生活状況を十分に把握するため、神戸市の『生活状況を把握するためのアセスメントシート』を用いて、本人へ必要事項の聞き取りや確認を行い、課題の抽出を行うことを必須とする。

『ケアマネジメント従来型』に属するサービスと、その他の訪問型サービスを利用される場合は、居宅への訪問を行い、対象者の生活状況を確認し、アセスメントを行う。

その他のサービスを利用する際にも、居宅へ訪問してアセスメントを実施することが原則だが、あんしんすこやかセンターの窓口で実施することも可とする。ただし、利用者基本情報や生活状況を把握するためのアセスメントシート、健康状態確認シート等を用いて、本人の健康状態や生活状況、居住環境や家族の状況などの把握に努めるとともに、根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにするなど、アセスメントの目的を十分果たすことが必要である。

#### (2) マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）の作成

今般の制度改正に伴い、介護予防ケアプラン様式の、タイトル、項目、文言等の修正をした。介護予防支援と介護予防ケアマネジメントはともに、新しいケアプラン様式\*に統一する。

(1) のアセスメントにより導き出された課題等をもとに、利用者自身とともにマイ・ケアプランを作成する。

※新しいケアプラン様式は別紙参照（詳細は、介護予防ケアマネジメント研修にて説明する。）

##### ① ケアマネジメント従来型およびケアマネジメント簡易型

⇒マイ・ケアプラン（1）（2）を作成する。

##### ② ケアマネジメントセルフ型

⇒マイ・ケアプラン（1）のみの作成となる。

体調や生活の課題を踏まえ、今後の生活について利用者と一緒にアセスメントの結果を確認し、記載する。利用者自身が記載することも可とする。

#### (3) サービス担当者会議

##### ① ケアマネジメント従来型および、ケアマネジメント簡易型（訪問型）

現在の介護予防支援における介護予防ケアマネジメントと同じである。

ケアプラン作成時（再作成時を含む）及び計画どおりの効果が果たせていないと考えられる場合や、利用者の状態に変化があり、ケアプランの見直しが必要な場合にも臨時的に開催する。

##### ② ケアマネジメント簡易型（通所型）および、ケアマネジメントセルフ型

原則不要。本人同意のうえ、サービス事業提供者等へ情報提供や連携等、必要に応じて行う。

#### (4) ケアプラン確定・交付

##### ①従来型および簡易型のケアマネジメント

現在の介護予防支援における介護予防ケアマネジメントと同じである。適切なアセスメントに基づきマイ・ケアプラン（1）（2）を作成し、利用者に交付する。

##### ②セルフ型のケアマネジメント

マイ・ケアプラン（1）（ケアマネジメントの結果）のみを作成し、利用者に交付する。

#### (5) モニタリング

##### ①従来型のケアマネジメント

現在の介護予防支援における介護予防ケアマネジメントと同じである。

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三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月ならびに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接する。利用者の居宅を訪問しない月は、本人との電話や面接にて実施。

少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録する必要がある。

##### ②簡易型のケアマネジメント

間隔をあけて必要に応じて実施する。少なくともケアプラン期間(1年間)中に、訪問2回と面接または電話によるモニタリングを4回行い、支援経過記録に経過を残す。

実施の時期は、サービス開始直後、サービス利用期間中、評価時など、本人の状況、利用するサービスに応じて適宜実施すること。

支援計画が順調に進行した場合にはサービス事業を終了するが、終了後も高齢者がセルフケア行動を継続できるよう、一般介護予防事業に積極的に案内するなどの対応が重要である。

##### ③セルフ型のケアマネジメント

原則として不要。地域活動等での関わりを通じ、セルフケア行動を継続できるよう支援を行う。また、体調の悪化時など、何らかの支援が必要になった際に、あんしんすこやかセンターに相談ができるよう、本人への情報提供および関係機関との連携を十分に行う必要がある。

#### ○通所型 C（短期集中型 集団・個別）サービスを含む場合

通所型 C(短期集中型 集団・個別)は1クール(3か月間)でサービス事業を終了とし、継続利用は不可とする。

ケアプランを作成する際に、利用者とともにサービス終了後の生活をイメージし、マイ・ケアプランに反映する必要がある。

最終利用回が終了する前に、利用者的目標達成状況と終了後の生活について訪問にて確認を行い、サービス利用開始時とのギャップが大きい場合は、ケアプランの変更が必要となる。

サービス終了後も高齢者がセルフケア行動を継続できるよう、一般介護予防事業に積極的に案内するなどの対応が重要である。

#### (6) 評価

##### ①従来型および簡易型のケアマネジメント

現在の介護予防支援における介護予防ケアマネジメントと同じである。

ケアプラン評価月に、利用者の居宅に訪問し、目標の達成状況等の評価を行う。

##### ②セルフ型のケアマネジメント

原則として不要。

## (7) 居宅介護支援事業所への委託

従来型および簡易型（通所型 C 短期集中型を除く）のケアマネジメントについては、居宅介護支援事業所へ業務の一部委託を可とする。

あんしんすこやかセンターで基本チェックリストを実施し、面接を行っていることから、初回の介護予防ケアマネジメントは、あんしんすこやかセンターで実施することが望ましいが、居宅介護支援事業所へ業務の一部を委託することは可能とする。（制度移行時に介護予防支援の原案作成委託を行っている場合はこの限りではない。）

あんしんすこやかセンターと居宅介護支援事業所との委託契約書等については別途示す。

## (8) 健康状態の確認および医師の意見書

事業対象者は、要介護・要支援認定における『主治医意見書』にあたるものがないことから、通所型サービスを利用する事業対象者には、必要時※『医師の意見書（事業対象者用）』を活用し、サービス利用の可否を判断する。

※『健康状態確認シート』に該当し、医師による判断が必要と判定された者。

（詳細は、介護予防ケアマネジメント研修にて説明する。）

## (9) サービス併用の可否

自立支援の視点を踏まえ、適切なサービス計画を作成する。

訪問型サービス	現行相当	訪問型 A	訪問型 B
現行相当		×	○
訪問型 A	×		○
訪問型 B	○	○	

通所型サービス	現行相当	通所型 C（集団）	通所型 C（個別）
現行相当		×	×
通所型 C（集団）	×		×
通所型 C（個別）	×	×	

※一般介護予防事業については、全てのサービスと併用可能

## 第5章 総合事業にかかる指定申請について

### 1. 指定の手続き

#### (1) 現行相当について

- ①平成 27 年 3 月 31 日以前に「介護予防訪問介護」または「介護予防通所介護」の指定を受け、総合事業のみなし指定を受けた事業者は、新たに指定申請を行う必要はない。みなし指定の効力は平成 30 年 3 月 31 日までのため、それまでに更新手続きが必要。
- ②平成 27 年 4 月 1 日以降に「介護予防訪問介護」または「介護予防通所介護」の指定を受けた事業者が移行するには、指定申請が必要。
- ③これまでに「介護予防訪問介護」または「介護予防通所介護」の指定を受けていない新規事業者は、事前相談の上、窓口にて申請。

#### (2) 緩和基準型（訪問型A）について

緩和基準型は、みなし指定の対象ではないため、実施する場合は、指定申請が必要。

	みなし指定の有無	総合事業指定申請の必要性	
		訪問型（現行相当） 通所型（現行相当）	緩和基準型（訪問型A）
平成 27 年 3 月 31 日までに指定を受けた事業者	有	不要	要
平成 27 年 4 月 1 日以降に指定を受けた事業者	無	要	要

\*他市町村の利用者がある場合は、他市町村の担当部署にお問合せください。

### 2. 指定期間

6年

\*ただし、「訪問介護」または「通所介護」の指定を受けている場合、指定有効期間の満了日を次のとおりとする予定。

- (1) みなし指定を受けた事業者が現行相当の指定更新を受ける場合および緩和基準型の指定を受ける場合の指定有効期間は、「訪問介護」または「通所介護」の指定有効期間の満了日までとする。
- (2) 平成 27 年 4 月 1 日以降に「介護予防訪問介護」または「介護予防通所介護」の指定を受けた事業者が現行相当および緩和基準型の指定を受ける場合の指定有効期間は、「訪問介護」または「通所介護」の指定有効期間の満了日までとする。

### 3. 定款等の変更について

#### (1) 法人の定款 等

介護予防・日常生活支援総合事業を行う旨を定款等に定める必要がある。サービス名及び引用する条文を変更する必要があるが、その変更のみをもって変更届の提出は不要。

例) 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業  
介護保険法に基づく第1号事業  
介護保険法に基づく第1号訪問事業  
介護保険法に基づく第1号通所事業 等

《注意》介護予防・日常生活支援総合事業への移行は平成30年3月31日までに漸次行われるので、完全に移行するまで「介護予防訪問介護」「介護予防通所介護」も必要。

#### (2) 運営規程・重要事項説明書 等

サービス名及び引用する条文を追加する必要があるが、その変更のみをもって変更届の提出は不要。利用者及びその家族へは、説明を行うこと。

### 4. 申請書類様式について

平成29年初頭に、神戸ケアネットからダウンロードできるよう、準備予定

### 5. 申請期限について

平成29年4月1日指定の申請	<u>平成29年1月31日(火)まで</u>
平成29年5月1日以降の指定の申請	30営業日前まで
(例：平成29年5月1日指定希望の場合)	平成29年3月17日(金)まで

\* 新規申請の場合には、事前相談が必要(電話予約してください)

平成29年4月1日指定の申請	<u>平成29年1月27日(金)まで</u>
平成29年5月1日以降の指定の申請	事業開始予定の前々月の1日までに予約

## 第6章 広報・スケジュール

### 1. 広報

#### ① 市民への周知

総合事業のパンフレットの作成・配布や、神戸市ホームページへの掲載など

#### ② 事業者への周知

事業者説明会（9月）、介護予防ケアマネジメント研修（従事者全員。14回予定）の実施（これ以外も検討中）

#### ③ 利用者への周知

現在、介護予防訪問介護や介護予防通所介護を利用されている要支援者に対しては、あんしんすこやかセンター職員や委託を受けた居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーが説明

### 2. 今後のスケジュール（予定）

時期	事項
平成 28 年 9 月	事業者説明会（訪問介護事業所、通所介護事業所、ケアマネジャー、あんしんすこやかセンター職員対象）
11 月～3 月	介護予防ケアマネジメント研修 14 回予定（ケアマネジャー、あんしんすこやかセンター職員対象）
平成 29 年 1 月	事業者の指定申請受付 開始
1 月	訪問型 B 事業者公募
3 月	訪問型 B 事業者決定 通所型 C、一般介護予防事業 事業者公募
4 月～	総合事業の実施 （訪問型・通所型現行相当サービス、訪問型 A、訪問型 B の開始）
4 月	通所型 C、一般介護予防事業 事業者決定
6 月	一般介護予防事業 助成開始
7 月	通所型 C の開始

※一般介護予防事業等については、平成 29 年 4 月以降も、順次募集予定



# 第7章 その他

様式等 (案)

現在検討中の案であり、今後変更の可能性あり

## 神戸市基本チェックリスト

(事業対象者)

申請区分	1.新規	2.更新	認定	<input type="checkbox"/> 認定申請中	住所地特例	保険者( )
被保険者番号						
フリガナ 氏名				生年 月日	明治 大正 昭和	年 月 日
住所 (居所)	〒 - 電話番号 ( )					
※居所が住民登録地と異なる場合に記入してください(住民登録地: )						

No.	質問項目	【いずれかに○をお付けください】		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0:はい	1:いいえ	No.1~20 /20
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	No.6~10 /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	
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	No.11,12
12	肥満度(BMI)は、18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg (BMI= )	1:はい	0:いいえ	/2
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	No.13~15 /3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1:はい	0:いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1:はい	0:いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0:はい	1:いいえ	No.16,17
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	/2
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1:はい	0:いいえ	No.18~20 /3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0:はい	1:いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1:はい	0:いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1:はい	0:いいえ	No.21~25 /5
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	

実施あんしんすこやかセンター名:	実施者名:
チェックリスト実施日 平成 年 月 日	事業対象者 該当・非該当

同意欄

上記の記載内容に相違ありません。介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、神戸市、あんしんすこやかセンター及び事業所その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名(本人署名) \_\_\_\_\_

神戸市記入欄	
受理日: 平成 年 月 日	入力日: 平成 年 月 日 担当者:

現在検討中の案であり、今後変更の可能性あり

**提出先: 介護保険課(郵送)**

事業対象者

介護保険被保険者証(ピンク色)と基本チェックリストを添付してください。

**介護予防ケアマネジメント依頼届出書**

申請区分	1.新規 2.更新 3.センター変更		
被保険者番号			
フリガナ 被保険者氏名			生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
住所 (住民登録地)	〒 -		電話番号 ( )
介護予防ケアマネジメントを依頼する あんしんすこやかセンターの所在地・名称	〒 -		センター番号                                     電話番号 ( )
開始(変更) 年月日	平成 年 月 日		※上記のあんしんすこやかセンターから 介護予防ケアマネジメントを受け始める日
<p>神戸市長 宛</p> <p>上記のあんしんすこやかセンターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者 氏名 印 (本人自署の場合は、押印不要です。)</p> <p>上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人</p>			
届出人の 住所・氏名	*届出人が本人以外の場合に記入してください。		
	住所 氏名	電話番号 ( )	
被保険者との関係 家族・センター・その他( )			

- 新規の場合: この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する際、速やかに、開始年月日を記入のうえ、提出してください。
- 更新・センター変更の場合: 介護予防ケアマネジメントの更新や、介護予防ケアマネジメントを依頼するセンターを変更するとき、およびセンター番号が変更になったときは、変更年月日を記入のうえ、提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 提出方法: 介護保険被保険者証と基本チェックリストを添付して、あんしんすこやかセンターに提出してください。

神戸市記入欄	市 受 付	入 力 担 当
--------	-------------	------------------



通所型サービス（現行相当）に関する計画書（案）

年度

事業所名

計画作成者氏名

作成 年 月 日

目標

	前年度		当年度	
	目標	実績	目標	実績
改善	%	%	人	%
維持	%	%	人	%
悪化		%	人	
計			人	

この計画書の作成は、介護予防通所介護の目的である「利用者が可能な限りその居室において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す」を達成するため、事業所において自ら利用者の状態の維持改善に関する目標を設定し、サービス提供後に目標が達成されたか、内容が適切であったかを自己分析し、翌年度の取組内容を改善することを目的としています。

前年度の目標達成状況に関する要因分析

○目標の達成状況

○上記について、考えられる要因を記載してください  
【悪化の要因について】

【維持、改善の要因について】

【その他】

当年度の目標達成に向けて力を入れて取り組むこと

○前年度の実績や要因分析を受けた、今年度の目標設定の考え方を記載してください

○前年度の実績や要因分析を受けた、今年度の目標達成に向けた取組内容について、具体的に記載してください。  
(例 特に力を入れる項目、特色のある新たな取り組み など)

評価用子チェックリスト結果一覧表

年度  
事業所名

項目	番号	確認内容	評価尺度	小計		Aさん		Bさん		Cさん		Dさん	
				事前	事後	事前	事後	事前	事後	事前	事後	事前	事後
生活機能	1	バスや電車で一人で外出していますか	0: はい 1: いいえ										
	2	日用品の買い物をしていますか	0: はい 1: いいえ										
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい 1: いいえ										
	4	友人の家を訪ねていますか	0: はい 1: いいえ										
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい 1: いいえ										
運動機能	生活機能 小計												
	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい 1: いいえ										
	7	椅子に座った状態から何に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分くらい続けて歩いていますか	0: はい 1: いいえ										
	9	この一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											
栄養改善	運動機能 小計												
	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい 0: いいえ										
口腔機能	12	事前   身長 cm   体重 kg   BMI											
		事後   身長 cm   体重 kg   BMI											
	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1: はい 0: いいえ										
	14	お茶や汁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										
閉じこもり	16	週に一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										
認知機能	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										
うつ	認知機能 小計												
	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りました	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で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											
合計(得点)													
差分(事後-事前)													
判定													

## 通所型サービス（現行相当）における レポート提出について(案)

### 1. 趣旨

このレポート提出は、介護予防通所介護の目的である「利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す」を達成するため、事業所において自ら利用者の状態の維持改善に関する目標を設定し、サービス提供後に目標が達成されたか、内容が適切であったかを自己分析し、翌年度の取組内容を改善することを目的としている。

### 2. 概要

#### ① 年度目標の設定

- ・前年度の実績や要因分析を受けて、事業所全体での、利用者の状態の維持改善に関する目標を設定し、その目標と目標達成に向けた取組を、計画書に記載する。

#### ② 利用者に対する評価の実施

- ・利用者に対して、サービス利用開始時と年度末に評価用チェックリスト（25項目）を実施し、採点する。
  - ※ 複数年度利用者は、毎年度末に評価用チェックリストを実施する。
- ・評価は対面で実施する。実施後、本人に署名をもらう（利用者1人につき1枚。市への提出は不要）。

#### ③ 目標に対する実績の要因分析

- ・評価対象者は、年度末時点で在籍している利用者とする。
- ・年度末時点で在籍している利用者ごとに、事前・事後の点数比較により、「改善」、「維持」、「悪化」の判定を行い（点数の変化に基づく判定基準は別途検討）、計画書の「前年度」の「実績」欄に、それぞれの人数と割合を記載する。
- ・目標達成状況の要因を分析し、分析結果を計画書に記載する。

#### ④ 計画書の市への提出

- ・計画書と、利用者全員のチェックリスト結果の一覧表（別紙2）を、毎年度5月末までに市に提出する。

### 3. 実施時期

平成29年4月～

具体的な事務

(平成29年度評価分)

平成29年4月当初	<ul style="list-style-type: none"><li>• 年度当初に在籍している全利用者（要支援者及び事業対象者。以下同じ。）に対して、評価用チェックリストを対面で実施する（介護予防通所介護としてサービスを利用されている方も含む）。</li><li>• 29年度の事業所全体での利用者の状態の維持改善に関する目標を設定し、その目標と目標達成に向けた取組を計画書に記載する。</li></ul>
平成29年4月～平成30年3月	<ul style="list-style-type: none"><li>• 新規利用者に対して、その都度、評価用チェックリストを対面で実施する。</li></ul>
平成30年3月末	<ul style="list-style-type: none"><li>• 年度末に在籍している全利用者に対して、評価用チェックリストを対面で実施する。</li></ul>
平成30年5月末まで	<ul style="list-style-type: none"><li>• 29年度の実績と要因分析、30年度目標、目標達成に向けた取組を計画書に記載し、チェックリスト結果の一覧表とあわせて市に提出。</li></ul>

## 生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名：

様

現在検討中の案であり、今後変更の可能性あり

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	初 回（黒）：平成 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）：平成 年 月 日 記入者：
		3回目（青）：平成 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴・意向	

**A 活動面について：**自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	
立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歩行状況 (歩行レベル)	
室内： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
屋外： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転倒傾向	
転倒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： )	
つまずき <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： )	
移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外も可
移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車（ 運転・同乗 ） <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）

**B 日常生活について：**家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
買い物	
<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他（ ） 状況（ ）	
調理	
<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他（ ） 状況（ ）	
洗濯・洗濯物干し	
<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他（ ） 状況（ ）	
掃除	
<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他（ ） 状況（ ）	
整理整頓・ごみ捨て	
<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） 状況（ ）	
金銭管理（家計の管理）	
<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> その他（ ）	



**C 社会や人との関わりについて**：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
	視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
	聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
社会参加	<b>活動性</b> <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ、特技がある（ ） <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特にない	
	<b>外出頻度</b> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2～3回 <input type="checkbox"/> 殆ど外出しない	
	<b>主な外出の目的</b> <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ（ ） <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
対人関係	<b>家族・近隣 友人・知人 との交流</b> 状況	

**D 健康面について**：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
身長・体重	身長（ ）cm 体重（ ）kg	
病気について	病名（ ） 既往歴（ ） 病識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医(病院・医院名/担当医師名)(受診頻度) ①（ ）/ 先生（ ）回/週・月 ②（ ）/ 先生（ ）回/週・月 ③（ ）/ 先生（ ）回/週・月	
服薬管理	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の情報（種類・回数など） 服薬状況 <input type="checkbox"/> 忘れず飲む <input type="checkbox"/> よく忘れる <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 介助が必要 かかりつけ薬局（ ）	

口腔・嚥下	状態（ 歯科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医（ 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯） ケアの方法（ 嚥下 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり（状況
食生活・栄養状況	回数（ 状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 制限あり（ <input type="checkbox"/> その他（ 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他（
水分摂取状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない 一日摂取量【 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【制限量（ ml】 ） ml/日】
飲酒・喫煙状況	飲酒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 頻度（ 回/ 日・ 週） 量（ /回） 喫煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 量（ 本/日・週） 期間[ ]年間
適度な運動	<input type="checkbox"/> している（内容・頻度： <input type="checkbox"/> していない（理由： ）
適度な休息	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <input type="checkbox"/> 睡眠状況（起床： 時/就寝： 時）
排泄の状況	排便【 回/ 日】 / 排尿【 回/日】 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
入浴の状況	頻度（ 回/ 週 ・ 月） <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助が必要
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 食品・薬剤名等（ ）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 種類（ ）
物忘れの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）

E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
住居環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（ ）階（エレベーター 有・無）	
居住状況（屋内外）	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 ベッドの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： ） その他（ ）	
経済状況	収入（ 円/ 月・年）主な用途（ ） 介護保険負担割合（ ）割 心配なこと（ ） 年金（ 国民年金・厚生年金・障害年金・ ） 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護に費やせる予算（ ）円/月	
家族について	ジェノグラム： キーパーソン：☆	
家族の状況		
精神的な不安 意欲低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ）	

見守りの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 家族（            ） <input type="checkbox"/> 民生委員など（            ） <input type="checkbox"/> 隣人・知人（            ） <input type="checkbox"/> ICT見守り（            ） <input type="checkbox"/> その他（            ）
近隣の協力者	
緊急時のSOSの発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい
生活史 （生育歴、学歴、 職歴、嗜好など）	

1日の目標		1年の目標	
-------	--	-------	--

インフォーマルサービス 自ら取り組んでいること	
----------------------------	--

1日の過ごし方	<div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">6</span> <span style="margin-right: 100px;">9</span> <span style="margin-right: 100px;">12</span> <span style="margin-right: 100px;">15</span> <span style="margin-right: 100px;">18</span> <span style="margin-right: 100px;">21</span> <span>24</span> </div>
---------	--

主な週間予定	月	
	火	
	水	
	木	
	金	
	土	
	日	

備考欄	
-----	--

名前 \_\_\_\_\_ 様

記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

①今の生活や身体状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいことなど(ニーズ)
A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)		望む生活 -----
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)		④望む生活を実現するための目標
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地域、家族、趣味など)		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		
備考欄		担当者所属：  担当者名：

現在検討中の案であり、今後変更の可能性あり

### マイ・ケアプラン(2) (介護予防サービス・支援計画表)

名前 \_\_\_\_\_ 様

1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス 種別	事業者・支援機関・ 団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス				

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

初回作成日 平成 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日

認定有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

[ ] あんしんすこやかセンター (地域包括支援センター) 印  
平成 年 月 日

市記入欄 年 月 日 年 月 日 年 月 日

## 健康状態確認シート

記入日：平成 年 月 日 担当者名：

氏名：

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ (「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)	
( )	

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)	
( )	

C	以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける)			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？ 以下のご質問にお答え下さい。(「はい」または「いいえ」に○をつける)	
D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい  いいえ
D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい  いいえ
D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい  いいえ
D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい  いいえ
D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい  いいえ