

三島市介護予防ケアマネジメント実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、三島市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年4月1日施行。以下「総合事業実施要綱」という。）第3条に規定する介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 介護予防ケアマネジメントは、三島市に事業所を置く地域包括支援センター（以下「センター」という。）において実施する。

2 センターは、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の47第5項の規定に基づき、介護予防ケアマネジメントの一部を法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者（以下「居宅介護支援事業者」という。）に委託することができる。

3 前項の規定に関わらず、第7条第1項第2号に規定するケアマネジメントCについては委託することができないものとする。

(基本方針)

第3条 介護予防ケアマネジメントは、センターがアセスメントを行い、居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。以下同じ。）の状況を踏まえた目標を設定し、居宅要支援被保険者等がその達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援するものとする。また、利用者自身が地域での活動を継続し、自立支援に資するよう心身機能、活動、参加の視点を踏まえて利用者の多様な選択を支援していくものとする。

2 介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等に対し、その介護予防や社会参加の推進を目的として、心身の状況、置かれている環境等に応じて、その選択に基づき、適切な保健医療サービス並びに訪問型サービス（法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業をいう。以下同じ。）、通所型サービス（同号ロに規定する第1号通所事業をいう。以下同じ。）及びその他生活支援サービス（同号ハに規定する第1号生活支援事業をいう。以下同じ。）並びに一般介護予防事業（法第115条の45第2項に規定する事業をいう。以下同じ。）、市町村の独自事業及び民間企業等の多様な主体により提供される総合事業（法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業をいう。以下同じ。）に該当しない生活支援サービス等の適切な事業（以下、「一般介護予防事業等の多様な事業」という。）が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものとする。

3 センターは、介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

- 4 センターは、事業の運営に当たっては、市、他のセンター、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 7 の 2 に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービス及び地域の予防活動等を含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- 5 センターは、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 6 センターは、介護予防ケアマネジメントを提供するに当たっては、法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。
- 7 センターは、自らが指定介護予防支援事業者として行う指定介護予防支援と緊密に連携しつつ、介護予防ケアマネジメントを実施しなければならない。

（対象者）

第 4 条 この事業の対象者は、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する居宅要支援被保険者等とする。

（手続き）

第 5 条 対象者は、総合事業を利用しようとするときは、別表第 2 に定める、「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」（以下「届出書」という。）により市に届出しなければならない。ただし、居宅要支援被保険者において、法第 58 条第 4 項に規定する届出を行っている場合は、この限りでない。

（事業の内容）

第 6 条 センターは、介護予防ケアマネジメントの実施において、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう専門的な視点から次に掲げる必要な業務を行う。

- (1) 利用者等の主訴の確認及び総合事業や一般介護予防事業等の説明
- (2) 基本チェックリスト、三島市版介護予防アセスメントシートの実施
- (3) 介護予防ケアマネジメント計画（介護予防サービス計画に類する計画）（以下「ケアプラン」という。）原案の作成
- (4) サービス担当者会議の開催
- (5) ケアプランの確定、交付
- (6) サービス提供事業者等との連絡調整
- (7) 訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業の提供状況の把握
- (8) モニタリング
- (9) 実績報告

(介護予防ケアマネジメントの類型)

第7条 介護予防ケアマネジメントは、対象者の状態、利用するサービス等を踏まえて次の3種類において行う。

- (1) ケアマネジメントA 原則的な介護予防ケアマネジメント
- (2) ケアマネジメントB 簡略化した介護予防ケアマネジメント
- (3) ケアマネジメントC 初回のみのケアマネジメント

(介護予防ケアマネジメント類型の適用)

第8条 前条第1項に規定する介護予防ケアマネジメントの類型は、別表第1に掲げるサービスの区分応じて適用するものとする。

(様式)

第9条 この事業で使用する帳票の様式は、別表2に定める。

(提供拒否の禁止)

第10条 センターは、正当な理由なく介護予防ケアマネジメントの提供を拒んではならない。

(受給資格等の確認)

第11条 センターは、介護予防ケアマネジメントの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、総合事業対象者の有無、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間を確かめるものとする。

(身分を証する書類の携行)

第12条 センターは、センターの担当職員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

(法定代理受領サービスに係る報告)

第13条 センターは、毎月、市町村（法第115条の45の3第6項の規定による審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会）に対し、ケアプランにおいて位置付けられているサービス等のうち法定代理受領サービス（法第115条の45の3第3項の規定により第1号事業支給費が利用者に代わり当該指定事業者を支払われる場合の当該第1号事業支給費に係る指定第1号事業をいう。）として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。

(利用者に関する市町村への通知)

第14条 センターは、介護予防ケアマネジメントを受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市長に通知しなければならない。

- (1) 正当な理由なしにサービスの利用に関する指示に従わないこと等により、心身の状況を悪化させたと認められるとき。

(2) 偽りその他不正の行為によって総合事業サービス（総合事業に基づき提供されるサービスをいう。以下同じ。）を利用し、又は利用しようとしたとき。

（運営規程）

第 15 条 センターは、センターごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）として次に掲げる事項を定めるものとする。

- 1 事業の目的及び運営の方針
- 2 職員の職種、員数及び職務内容
- 3 営業日及び営業時間
- 4 介護予防ケアマネジメントの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
- 5 虐待の防止のための措置に関する事項
- 6 その他運営に関する重要事項

（勤務体制の確保）

第 16 条 センターは、利用者に対し適切な介護予防ケアマネジメントを提供できるよう、センターごとに担当職員その他の従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

- 2 センターは、センターごとに、当該センターの担当職員によって介護予防ケアマネジメントの業務を提供しなければならない。ただし、担当職員の補助の業務についてはこの限りでない。
- 3 センターは、担当職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
- 4 センターは、適切な介護予防ケアマネジメントの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

（業務継続計画の策定等）

第 17 条 センターは、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

- 2 センターは、担当職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施しなければならない。
- 3 センターは、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（設備及び備品等）

第 18 条 センターは、事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、介護予防ケアマネジメントの提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

（従業者の健康管理）

第 19 条 センターは、担当職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

(感染症の予防及びまん延の防止のための措置)

第 20 条 センターは、当該センターにおいて感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該センターにおける感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。）をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ること。
- 2 当該センターにおける感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該センターにおいて、担当職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

(掲示)

第 21 条 センターは、当該センターの見やすい場所に、運営規程の概要、担当職員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項（以下この条において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。

- 2 センターは、重要事項を記載した書面を当該センターに備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。
- 3 センターは、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(秘密保持)

第 22 条 センターの担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

- 2 センターは、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。
- 3 センターは、サービス担当者会議（第 30 条第 3 号ア(ウ) 及びイ(ウ)に規定するサービス担当者会議をいう。）等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

(広告)

第 23 条 センターは、センターについて広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

(サービスの実施者からの利益収受の禁止等)

第 24 条 センター及びセンターの管理責任者は、ケアプランの作成又は変更に関し、当該センターの担当職員に対して特定のサービスの実施者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

- 2 センターの担当職員は、ケアプランの作成又は変更に関し、利用者に対して特定のサービスの実施者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。
- 3 センター及びその従業者は、ケアプランの作成又は変更に関し、利用者に対して特定のサービスの実施者等によるサービスを利用させることの対償として、当該サービスの実施者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(苦情処理)

第 25 条 センターは、自ら提供した介護予防ケアマネジメント又は自らがケアプランに位置付けた訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業（以下、「介護予防ケアマネジメント関連サービス」という。）に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

- 2 センターは、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 センターは、自ら提供した介護予防ケアマネジメントに関し、利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 4 センターは、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市に報告しなければならない。
- 5 センターは、自らがケアプランに位置付けた指定事業者が提供するサービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

(事故発生時の対応)

第 26 条 センターは、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 センターは、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 3 センターは、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(虐待の防止)

第 27 条 センターは、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該センターにおける虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ること。
- 2 当該センターにおける虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該センターにおいて、担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する

こと。

4 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

(記録の整備)

第28条 センターは、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 センターは、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

(1) 第30条第3号ア(ク)及びイ(ク)及びウ(オ)に規定する保健医療サービス並びに訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業の実施者(以下「サービス実施者」という。)との連絡調整に関する記録

(2) 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した介護予防ケアマネジメント台帳

ア ケアプラン

イ 第30条第2号イに規定するアセスメントの結果の記録

ウ 第30条第3号ア(ウ)及びイ(ウ)に規定するサービス担当者会議等の記録

エ 第30条第3号ア(ク)及びイ(ク)に規定するモニタリングの結果の記録

オ 第30条第3号ア(コ)及びイ(コ)に規定する評価の結果の記録

(3) 第14条に規定する市町村への通知に係る記録

(4) 第25条第2項に規定する苦情の内容等の記録

(5) 第26条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(6) 第30条第1号エの規定による身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(同条第1号ウ及び第2号エにおいて「身体的拘束等」という。)の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

(介護予防ケアマネジメントの基本取扱方針)

第29条 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。

2 センターは、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型のケアプランを策定しなければならない。

3 センターは、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(介護予防ケアマネジメントの具体的取扱方針)

第30条 介護予防ケアマネジメントの方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(1) 通則

ア センターの管理責任者は、担当職員にケアプランの作成に関する業務を担当させるものとする。

- イ 介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法、地域の予防活動等への参加方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ウ 介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- エ 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- オ 担当職員は、ケアプランの作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に保健医療サービス、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業の利用が行われるようにしなければならない。
- カ 担当職員は、ケアプランの作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、一般介護予防事業等の多様な事業への参加も含めてケアプラン上に位置付けるよう努めなければならない。
- キ 担当職員は、ケアプランの作成の開始に当たっては、利用者によるサービス又は活動の選択に資するよう、当該地域における訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業の内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- ク オからキまでの規定は、第3号ア(ク)及びイ(ク)に規定するケアプランの変更について準用する。

(2) アセスメント

ア 担当職員は、ケアプランの作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

(ア) 運動及び移動

(イ) 家庭生活を含む日常生活

(ウ) 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

(エ) 健康管理

イ 担当職員は、アに規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

ウ ア及びイの規定は、第3号ア(ウ)及びイ(ウ)に規定するケアプランの変更について準用する。

(3) ケアプランの作成、モニタリング、評価等

次に掲げる介護予防ケアマネジメントの類型に応じて、ケアプランを作成する。

ア ケアマネジメントA

(ア) ケアマネジメントAにおいては、介護予防支援に準じた形で、ケアプラン（ウ(ア)で規定するケアマネジメントCケアプランを除く。以下このア及びイにおいて同じ。）の作成、モニタリング、評価等を行う。

(イ) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、サービス実施者が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載したケアプランの原案を作成しなければならない。

(ウ) 担当職員は、サービス担当者会議（担当職員がケアプランの作成のために利用者及びその家族の参加を基本としつつケアプランの原案に位置付けた訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業等の多様な事業の担当者（以下「サービス担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者とは共有するとともに、当該ケアプランの原案の内容についてサービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

(エ) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント関連サービスについて、サービス事業支給費の対象となるかどうかを区分した上で、当該ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

(オ) 担当職員は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを利用者及びサービス等担当者に交付しなければならない。

(カ) 担当職員は、ケアプランに位置付けた総合事業サービスの指定事業者に対して、三島市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業の人員、設備及び運営並びに三島市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要領（以下「三島市総合事業第1号事業運営等基準」という。）において作成するものとされている個別サービス計画の提出

を求めるものとする。

- (キ) 担当職員は、総合事業サービスの指定事業者に対して、ケアプランに基づき、三島市総合事業第 1 号事業運営等基準において位置づけられている個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも 1 月に 1 回、聴取しなければならない。
- (ク) 担当職員は、ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス実施者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (ケ) 担当職員は、サービス実施者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔(くう)機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- (コ) 担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するとき、当該ケアプランの目標の達成状況について評価しなければならない。
- (サ) 担当職員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、サービス実施者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
 - a 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 月に 1 回利用者に面接すること。
 - b a の規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して 3 月ごとの期間（以下この号において単に「期間」という。）について、少なくとも連続する 2 期間に 1 回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。
 - (a) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
 - (b) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師等、サービス担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - (i) 利用者の心身の状況が安定していること。
 - (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - (iii) 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス担当者から提供を受けること。
 - c サービスの評価期間が終了する月及び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、利用者に面接すること。

- d 利用者の居宅を訪問しない月(bただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。)においては、可能な限り、通所型サービスに係る事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
 - e 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
 - (シ) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、ケアプランの変更の必要性について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
 - a 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2に規定する要支援更新認定を受けた場合
 - b 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合
 - (ス) (イ)から(キ)までの規定は、(ク)に規定するケアプランの変更について準用する。
- イ ケアマネジメントB
- (ア) ケアマネジメントBにおいては、原則としてサービス担当者会議を省略できるとともに、間隔をあけてモニタリング時期を設定することによって、ケアプランの作成、モニタリング、評価等を行う。
 - (イ) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、サービス実施者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載したケアプランの原案を作成しなければならない。
 - (ウ) 担当職員は、サービス担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者と共有するとともに、当該ケアプランの原案の内容について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、必要があると認める場合については、サービス担当者会議の開催により意見を求めることができるものとする。
 - (エ) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント関連サービスについて、サービス事業支給費の対象となるかどうかを区分した上で、当該ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
 - (オ) 担当職員は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを利用者及びサービス等担当者に交付しなければならない。
 - (カ) 担当職員は、ケアプランに位置付けた指定事業者等に対して、三島市総合事業第1号事業運営等基準において位置付けられている個別サービス計画の提出を求

めるものとする。

- (キ) 担当職員は、指定事業者等に対して、ケアプランに基づき、三島市総合事業第 1 号事業運営等基準において位置付けられている個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも 1 月に 1 回、聴取しなければならない。
- (ク) 担当職員は、ケアプランの作成後、モニタリングを行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス実施者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (ケ) 担当職員は、サービス実施者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- (コ) 担当職員は、ケアプランに位置づけた期間が終了するときは、当該ケアプランの目標の達成状況について評価しなければならない。
- (サ) 担当職員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、サービス実施者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
 - a 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 6 月に 1 回、利用者に面接すること。
 - b a の規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。
 - c サービスの評価期間が終了する月及び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、利用者に面接すること。
 - d 利用者の居宅を訪問しない月においては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
 - e 少なくとも 1 月に 1 回、モニタリングの結果を記録すること。
- (シ) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者に対する照会等により、ケアプランの変更の必要性について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、必要があると認める場合については、サービス担当者会議の開催により意見を求めることができるものとする。
 - a 要支援認定を受けている利用者が法第 33 条の 2 に規定する要支援更新認定を受けた場合
 - b 要支援認定を受けている利用者が法第 33 条の 2 第 1 項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合
- (ス) (イ) から (キ) までの規定は、(ク) に規定するケアプランの変更について準用する。

ウ ケアマネジメント C

- (ア) ケアマネジメント C においては、簡略化されたケアプラン（以下「ケアマネジ

メントCケアプラン」という。)を作成するとともに、原則として、モニタリングや評価は行わない。

- (イ) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、具体的な目標、本人、サービス実施者が目標を達成するために行うべき支援内容等を記載したケアマネジメントCケアプランの原案を作成しなければならない。
- (ロ) 担当職員は、サービス担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者と共有するとともに、当該ケアマネジメントCケアプランの原案の内容について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- (エ) 担当職員は、当該ケアマネジメントCケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- (オ) 担当職員は、ケアマネジメントCケアプランの内容に基づき、利用者が継続的かつ主体的に、訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、一般介護予防事業等の多様な事業へ参加できるよう、サービス担当者と調整を行うなど、必要な支援を行うものとする。
- (カ) 担当職員は、ケアマネジメントCケアプランを作成した際には、当該ケアマネジメントCケアプランを利用者に交付するとともに、必要に応じてサービス担当者に交付できるものとする。
- (キ) センターは、利用者が保健医療サービス、訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、一般介護予防事業等の多様な事業の参加につながった後であって、利用者の心身の状況に変化があった場合その他必要な場合には、支援を再開できる体制を構築するものとする。

(4) 他の事業者等との連携等

ア 担当職員は、適切な保健医療サービス、訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、一般介護予防事業等の多様な事業が総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

イ 担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者又は事業対象者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、ケアプランの作成等の援助を行うものとする。

ウ 担当職員は、利用者に管理すべき疾患があつて、サービスの利用等に当たって医師又は歯科医師の判断が必要と考えられる場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めなければならない。

エ 前号の場合において、担当職員は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプラン

を主治の医師等に交付しなければならない。

オ 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、法第 73 条第 2 項に規定する認定審査会意見についての記載がある場合には、利用者にその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿ってケアプランを作成しなければならない。

カ 担当職員は、要支援認定等を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

キ センターは、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、同条第 1 項に規定する会議（以下「地域ケア会議」という。）から、同条第 2 項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

（その他）

第 31 条 この要領に定めるもののほか、介護予防ケアマネジメントの実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 30 年 7 月 1 日から施行する。ただし、第 13 条第 2 項の記録の保存期間に関する規定は、平成 30 年 9 月 1 日以降に介護予防ケアマネジメントの実施等について契約を締結した利用者について適用する。

附 則

（施行期日）

第 1 条 この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

（重要事項の掲示に係る経過措置）

第 2 条 この要領の施行の日から令和 7 年 3 月 31 日までの間は、第 21 条第 3 項の規定の適用については、「センターは、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。」とあるのは「削除」とする。

附 則

（施行期日）

この要領は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

別表第 1（第 8 条関係）

ケアマネジメント類型	サービスの区分
ケアマネジメント A	総合事業訪問介護 総合事業通所介護

	訪問型サービス・活動Aのうち指定事業者によるサービス
ケアマネジメントB	－
ケアマネジメントC	訪問型サービス・活動Aのうち短期生活援助 訪問型サービス・活動B その他市が独自に行う事業

別表第2（第9条関係）

様式番号	帳票名	関係条項
第1号様式	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	第5条
第2号様式	三島市版介護予防アセスメントシート	第6条
第3号様式	利用者基本情報	第6条
第4号様式	介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）	第6条第3号
第5号様式	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表	第6条第8号

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

										区 分	
										新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					生 年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名						介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒		
						電話番号					
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。											
居宅介護支援事業所名						居宅介護支援事業所の所在地			〒		
						電話番号					
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
三島市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。											
年 月 日											
住所											
被保険者氏名											
電話番号											
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

- （注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに三島市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず三島市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

三島市版介護予防アセスメントシート

氏名

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	3	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4	外出手段	日用品を買う店まで 病院等に行くときは	
			1)いける(手段は) 2)誰かに頼む 3)いけない 1)いける(手段は) 2)誰かに頼む 3)いけない	

日常生活(家庭生活)	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	

社会参加・対人関係等に	12	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡を取る頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15	身の回りの乱れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	
	16	情緒が不安定になることの有無	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	17	一人きりになることへの不安	1)ない 2)一人になることが不安である	

健康管理について	18	医師からの運動制限	1)ない 2)運動制限をされている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意をうけている	
	19	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	
	20	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	21	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有 ・ 無)	
	22	服薬管理の状況	1)指示通り飲める 2)指示があれば飲める 3)できない	
	23	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	24	一人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	25	口腔機能の状況	1)硬いものが食べにくい 2)よくむせる 3)口が渇く 4)義歯があわない	
	26	歯の手入れ(義歯を含む)	1)頻度(回/日・週・月) 2)方法()	

物忘れ等について	27	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	30	火の始末は心配ですか	1)心配ない 2)心配している 3)消し忘れの経験あり	
	31	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

《基本情報》

相談日	令和 年 月 日	来所・電話 その他（ ）	初回 再来（前 ）
本人の現況	在宅・入院又は入所中（ ）		
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日（ ）歳
住 所	411	Tel Fax	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
認定情報	非該当・事業対象者・要支援1・要支援2・経過的要介護・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期限： 令和 年 月 日～令和 年 月 日（前回の介護度 ） 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：		
障害等認定	身障（ ）、療育（ ）、精神（ ）、難病（ ）（ ）		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有（ ）階 無・住宅改修の有 無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		
来所者 （相談 者）			家族構成 ◎☐ = 本人、○ = 女性、□ = 男性 ●■ = 死亡、☆ = キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」
住所 連絡先		続柄	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
			家族関係等の状況

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

令和 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

第4号様式

NO _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 認定の有効期間 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (初回作成日 _____) 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 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケアや家族 の支援、インフォーマル サービス(民間サービス)	介護保険サービス又は 地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
運動・移動について		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
日常生活(家庭生活)について		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
社会参加、対人関係コミュニケーションについて		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										
健康管理について		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>										

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。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり 予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付 または 地域支援事業	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

地域包括支援 センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏名 _____ 印 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） サービス評価表

評価日 令和 年 月 日

利用者名 : 殿 計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の意見)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了