

●平成24年4月 報酬改定●

○平成24年4月 報酬・基準の見直し内容 (共通事項)

1 介護職員の処遇改善等に関する見直し

介護職員の処遇改善に関する見直し

- 介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、平成27年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設。
- 平成27年4月1日以降については、次期介護報酬改定において、各サービスの基本サービス費において適切に評価を行う。

- ・ 介護職員処遇改善加算 (I) (新規) 所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数
- ・ 介護職員処遇改善加算 (II) (新規) 介護職員処遇改善加算 (I) の90/100
- ・ 介護職員処遇改善加算 (III) (新規) 介護職員処遇改善加算 (I) の80/100

※算定要件

介護職員処遇改善交付金の交付要件と同様の考え方による要件を設定

イ 介護職員処遇改善加算 (I)

- (1) 介護職員の賃金 (退職手当を除く。) の改善 (以下「賃金改善」という。) に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
 - (2) 介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。
 - (3) 当該事業者において、(1) の賃金改善に関する計画並びに当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、都道府県知事 (地域密着型サービスを実施している事業所にあつては市町村長) に届け出ていること。
 - (4) 当該事業所において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を都道府県知事 (地域密着型サービスを実施している事業所にあつては市町村長) に報告すること。
 - (5) 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。
 - (6) 当該事業者において、労働保険料の納付が適正に行われていること。
 - (7) 次に掲げる基準のいずれかの基準に適合すること。
 - ① 次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件 (介護職員の賃金に関するものを含む。) を定めていること。
 - b aの要件について、書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。
 - ② 次に掲げる要件の全てに適合すること。
 - a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
 - B aについて、全ての介護職員に周知していること。
 - (8) 平成20年10月から(3)の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容 (賃金改善に関するものを除く。) 及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての介護職員に周知していること。
- 介護職員処遇改善加算 (II) イ (1) から (6) までに掲げる基準のいずれにも適合し、かつ、イ (7) 又は (8) に掲げる基準のいずれかに適合すること。

ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）イ(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

※1 所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外する。

※2 (介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、(介護予防)福祉用具貸与並びに居宅介護支援及び介護予防支援は算定対象外とする。

<サービス別加算率>

サービス	加算率	サービス	加算率
(介護予防)訪問介護	4.0%	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	4.0%
(介護予防)訪問入浴介護	1.8%	夜間対応型訪問介護	4.0%
(介護予防)通所介護	1.9%	(介護予防)認知症対応型通所介護	2.9%
(介護予防)通所リハビリテーション	1.7%	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	4.2%
(介護予防)短期入所生活介護	2.5%	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	3.9%
(介護予防)短期入所療養介護(老健)	1.5%	地域密着型特定施設入居者生活介護	3.0%
(介護予防)短期入所療養介護(病院等)	1.1%	地域密着型介護老人福祉施設	2.5%
(介護予防)特定施設入居者生活介護	3.0%	複合型サービス	4.2%
介護老人福祉施設	2.5%		
介護老人保健施設	1.5%		
介護療養型医療施設	1.1%		

地域区分の見直し

- 国家公務員の地域手当に準じ、地域割りの区分を7区分に見直しとともに、適用地域、上乘せ割合について見直しを行う。
- 適用地域について、国の官署が所在しない地域等においては、診療報酬における地域加算の対象地域の設定の考え方を踏襲する見直しを行う。
- 介護事業経営実態調査の結果等を踏まえて、サービスごとの人件費割合についても見直しを行う。
- 報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、平成26年度末までの経過措置等を設定する。

人件費割合

		人件費割合	1級地(18%)	2級地(15%)	3級地(12%)	4級地(10%)	5級地(経過措置)	5級地(6%)	6級地(経過措置)	6級地(3%)	その他(0%)
施設サービス		45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.41	10.27	10.23	10.41	10.00
居宅サービス	訪問リハビリ、通所リハビリ	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.50	10.33	10.28	10.17	10.00
	短期入所生活介護、短期入所療養介護	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.41	10.27	10.23	10.41	10.00
	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.63	10.42	10.35	10.21	10.00
	通所介護、特定施設入居者生活介護	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.41	10.27	10.23	10.14	10.00
	居宅療養管理指導、福祉用具貸与	0%	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
地域密着型	地域密着型介護老人福祉施設	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.41	10.27	10.23	10.14	10.00
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護	70%	11.26	11.05	10.84	10.70	10.63	10.42	10.35	10.21	10.00
	認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス	55%	10.99	10.83	10.66	10.55	10.50	10.33	10.28	10.17	10.00
	認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護	45%	10.81	10.68	10.54	10.45	10.41	10.27	10.23	10.14	10.00

地域区分	区市町村への適用
1級地	特別区
2級地	多摩市、稲城市、西東京市
3級地	八王子市、立川市、武蔵野市、府中市、昭島市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、国立市、狛江市
4級地	三鷹市、小金井市、東村山市、東久留米市
5級地	青梅市、福生市、清瀬市、羽村市、あきる野市、日の出町
6級地	東大和市（上乘割合経過措置あり）、武蔵村山市（上乘割合経過措置あり）、瑞穂町、檜原村
その他	その他上記以外

2 同一建物で行う場合の評価の適正化

利用者と同一建物に所在する事業所に対する評価の適正化

サービス付き高齢者向け住宅等の建物と同一の建物に所在する事業所が、当該住宅等に居住する一定数以上の利用者に対し、サービスを提供する場合の評価を適正化する。

対象となるサービス	(介護予防) 訪問介護、(介護予防) 訪問入浴介護、(介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護及び(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
-----------	--

- ・同一建物に対する減算（新規） 所定単位数に 90 / 100 を乗じた単位数で算定

※算定要件

- ・利用者が居住する住宅と同一の建物（※1）に所在する事業所であって、当該住宅に居住する利用者に対して、前年度の月平均で30人以上（※2）にサービス提供を行っていること。
- ・当該住宅に居住する利用者に行ったサービスに対してのみ減算を行うこと。
- ※1 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、旧高齢者専用賃貸住宅
- ※2 小規模多機能型居宅介護の場合は、前年度の月平均で、登録定員の80%以上にサービスを提供していること。

対象となるサービス	(介護予防) 通所介護、(介護予防) 通所リハビリテーション及び(介護予防) 認知症対応型通所介護
-----------	---

- ・同一建物に対する減算（新規） 所定単位数から94単位/日を減じた単位数で算定

※算定要件

- ・上記対象サービス事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通い、通所系サービスを利用する者であること。
- ・傷病等により一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと。

居宅療養管理指導を同一建物居住者に行う場合の適正化

医療保険との整合性を図る観点から、居宅療養管理指導を行う職種や、居住の場所別の評価を適正化

《医師が行う場合》

- ・居宅療養管理指導費（Ⅰ）500 単位/月⇒ 同一建物居住者に行う場合 450 単位/月
- ・居宅療養管理指導費（Ⅱ）290 単位/月⇒ 同一建物居住者に行う場合 261 単位/月

《歯科医師が行う場合》

- ・居宅療養管理指導費 500 単位/月⇒同一建物居住者に行う場合 450 単位/月

《看護職員が行う場合》

- ・居宅療養管理指導費 400 単位/月⇒同一建物居住者に行う場合 360 単位/月

*薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等について同様の見直しを行う。

3 生活機能向上に資するサービスの重点化

訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進

利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、(介護予防)訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による(介護予防)訪問介護計画を作成することについて評価

【訪問介護・介護予防訪問介護】

- ・生活機能向上連携加算（新規） 100 単位/月

※算定要件

- ・サービス提供責任者が、(介護予防)訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）による(介護予防)訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき(介護予防)訪問介護計画を作成していること。
- ・当該理学療法士等と連携して(介護予防)訪問介護計画に基づくサービス提供を行っていること。
- ・当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から3ヶ月間、算定できる。

【訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション】

- ・(介護予防)訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算
(新規) 300 単位/回

※算定要件

- ・理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、(介護予防)訪問リハビリテーション実施時に訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該サービス提供責任者が(介護予防)訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言をしていること。
- ・3月に1回を限度として算定する。

複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価

(介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション加算)

利用者の自立を促すサービスを重点的かつ効果的に提供する観点から、生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせて実施した場合の評価を創設

- ・選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）（新規） 480 単位/月
- ・選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）（新規） 700 単位/月

※算定要件

- ・利用者が介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に必ず、いずれかの選択的サービスを実施していること。
- ・1月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。
- ・選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）については、選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）については、3種類実施した場合に算定。

事業所評価加算（介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション）

生活機能の維持、改善に効果の高いサービス提供を推進する観点から、事業所評価加算の評価及び算定要件の見直し

- ・事業所評価加算 100 単位/月 ⇒ 120 単位/月 （算定要件の見直し）

※算定要件（変更点のみ）

評価対象期間において、介護予防通所介護又は介護予防通所リハビリテーションを利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること。

4 医療機関と共同した退院支援の評価

退院時共同指導加算

(訪問看護、介護予防訪問看護、定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス)

医療機関からの退院後に円滑に訪問看護が提供できるよう、入院中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関と共同し在宅での療養上必要な指導を行った場合の評価

- ・退院時共同指導加算（新規） ⇒ 600 単位/回

※算定要件

- ・病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。
- ・退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1回（特別な管理を要する者である場合、2回）に限り算定できること。

(注) 医療保険において算定する場合や初回加算を算定する場合は、算定できない。

5 特定入所者介護サービス費に係る居住費の負担限度額の見直し

(施設系サービス・短期入所系サービス)

ユニット型個室の第3段階の利用者負担を軽減することにより、ユニット型個室の更なる整備推進を図る。

・第3段階・ユニット型個室 1640円/日 ⇒ 1310円/日

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、(介護予防)短期入所生活介護及び(介護予防)短期入所療養介護の居住費・滞在費

訪問介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 生活機能向上連携加算, 特定事業所加算
介護予防訪問介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 生活機能向上連携加算
(介護予防) 訪問入浴介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算
訪問看護	同一建物に対する減算, 退院時共同指導加算, 看護・介護連携強化加算, ターミナルケア加算
介護予防訪問看護	同一建物に対する減算, 退院時共同指導加算
(介護予防) 訪問リハビリテーション	同一建物に対する減算, (介護予防) 訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算
通所介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算
介護予防通所介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 選択的サービス複数実施加算, 事業所評価加算
通所リハビリテーション	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算
介護予防通所リハビリテーション	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 選択的サービス複数実施加算, 事業所評価加算
短期入所生活介護	介護職員処遇改善加算, 緊急短期入所体制確保加算, 緊急短期入所受入加算
介護予防短期入所生活介護	介護職員処遇改善加算
短期入所療養介護	介護職員処遇改善加算, 緊急短期入所受入加算
介護予防短期入所療養介護	介護職員処遇改善加算
特定施設入居者生活介護	介護職員処遇改善加算, 看取り介護加算
介護予防特定入居者生活介護	介護職員処遇改善加算
介護老人福祉施設	介護職員処遇改善加算, 認知症行動・心理症状緊急対応加算, 日常生活継続支援加算, 看取り介護加算, 経口移行加算, 経口維持加算, 口腔機能維持管理体制加算, 口腔機能維持管理加算
介護老人保健施設	介護職員処遇改善加算, 認知症行動・心理症状緊急対応加算, ターミナルケア加算, 経口移行加算, 口腔機能維持管理体制加算, 口腔機能維持管理加算
介護療養型老人保健施設	介護職員処遇改善加算, 認知症行動・心理症状緊急対応加算, ターミナルケア加算, 経口移行加算, 口腔機能維持管理体制加算, 口腔機能維持管理加算
介護療養型医療施設	介護職員処遇改善加算, 認知症行動・心理症状緊急対応加算, 経口移行加算, 口腔機能維持管理体制加算, 口腔機能維持管理加算
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護職員処遇改善加算, 退院時共同指導加算, 市町村独自報酬
夜間対応型訪問介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 市町村独自報酬
(介護予防) 認知症対応型通所介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算
小規模多機能型居宅介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算, 市町村独自報酬
介護予防小規模多機能型居宅介護	介護職員処遇改善加算, 同一建物に対する減算
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護	介護職員処遇改善加算, 看取り介護加算
地域密着型特定施設入居者生活介護	介護職員処遇改善加算, 看取り介護加算
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	介護職員処遇改善加算, 認知症行動・心理症状緊急対応加算, 日常生活継続支援加算, 看取り介護加算, 経口移行加算, 経口維持加算, 口腔機能維持管理体制加算, 口腔機能維持管理加算
複合型サービス	介護職員処遇改善加算, 退院時共同指導加算, 市町村独自報酬, ターミナルケア加算

6 福祉用具・住宅改修

保険給付の対象となる福祉用具・住宅改修の追加

次の福祉用具及び住宅改修について、新たに保険給付の対象とする。

●福祉用具貸与

追加となる用具	概要	備考
介助用ベルト	「特殊寝台付属品」の対象の拡充	入浴介助用以外のもの
自動排泄処理装置	福祉用具の貸与種目に追加	次の要件を全て満たすもの・尿又は便が自動的に吸引されるもの ・尿と便の経路となる部分を分割することが可能な構造を有するもの ・要介護者又はその介護を行う者が容易に使用出来るもの

●福祉用具購入

追加となる用具	概要	備考
便座の底上げ部材	「腰掛便座」の対象の拡充	—
自動排泄処理装置の交換可能部品	「特殊尿器」の改正	次の要件を全て満たすもの ・レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路となるもの ・要介護者又はその介護を行う者が容易に交換出来るもの

●住宅改修

追加となる用具	概要	備考
通路等の傾斜の解消	「段差の解消」の対象の拡充	—
扉の撤去	「扉の取り替え」の対象の拡充	—
転落防止柵の設置	「段差解消に付帯して必要となる工事」の対象の拡充	スロープの設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置

7 支給限度額・地域区分

●介護報酬における地域区分

地域区分	区市町村への適用
1級地	特別区
2級地	多摩市、稲城市、西東京市
3級地	八王子市、立川市、武蔵野市、府中市、昭島市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、国立市、狛江市
4級地	三鷹市、小金井市、東村山市、東久留米市
5級地	青梅市、福生市、清瀬市、羽村市、あきる野市、日の出町
6級地	東大和市（上乘割合経過措置あり）、武蔵村山市（上乘割合経過措置あり）、瑞穂町、檜原村
その他	上記以外

●サービス種類への地域区分の適用率

サービス種類 *（含介護予防）	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地 （経過措置）	5級地	6級地 （経過措置）	6級地	その他
居宅療養管理指導*	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
福祉用具貸与*	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000
通所介護*									
短期入所生活介護*									
短期入所療養介護*									
特定施設入居者生活介護*									
認知症対応型 共同生活介護*	1,081	1,068	1,054	1,045	1,041	1,027	1,023	1,014	1,000
地域密着型 特定施設入居者生活介護	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000
地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護									
介護保険施設									
訪問リハビリテーション*									
通所リハビリテーション*									
認知症対応型通所介護*	1,099	1,083	1,066	1,055	1,050	1,033	1,028	1,017	1,000
小規模多機能型居宅介護*	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000
複合型サービス									
訪問介護*									
訪問入浴介護*									
訪問看護*									
居宅介護支援・介護予防支援	1,126	1,105	1,084	1,070	1,063	1,042	1,035	1,021	1,000
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000	/1,000
夜間対応型訪問介護									

●支給限度額

要介護1	16,580 単位 / 月
要介護2	19,480 単位 / 月
要介護3	26,750 単位 / 月
要介護4	30,600 単位 / 月
要介護5	35,830 単位 / 月

要支援1	4,970 単位 / 月
要支援2	10,400 単位 / 月

○在宅サービス

1) 介護予防訪問介護

●報酬体系

- ・介護予防訪問介護費（Ⅰ） 1,220 単位／月
- ・介護予防訪問介護費（Ⅱ） 2,440 単位／月
- ・介護予防訪問介護費（Ⅲ） 3,870 単位／月

●生活機能向上連携加算（新規） 100 単位／月

※算定要件

介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス

提供責任者がリハビリテーション専門職と同時に利用者宅を訪問し、身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、リハビリテーション専門職と連携して介護予防訪問介護を行ったときは、初回の当該指定介護予防訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。

●サービス提供責任者配置減算（新規）

所定単位数に 90 / 100 を乗じた単位数で算定

2級訪問介護員（平成25年4月以降は介護職員初任者研修修了者）のサービス提供責任者を配置していること。

（注）平成25年3月31日までは、

- ・平成24年3月31日時点で現にサービス提供責任者として従事している2級訪問介護員が4月1日以降も継続して従事している場合であって、
- ・当該サービス提供責任者が、平成25年3月31日までに介護福祉士の資格取得若しくは実務者研修、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員1級課程の修了が確実に見込まれるとして都道府県知事に届け出ている場合に、本減算は適用しないこととする、経過措置を設けること。

2) 介護予防訪問看護

●報酬体系

【訪問看護ステーションの場合】

- イ 20分未満 316 単位
- ロ 30分未満 472 単位
- ハ 30分以上1時間未満 830 単位
- ニ 1時間以上1時間30分未満 1138 単位
- ホ 理学療法士等による訪問の場合（1回あたり20分） 316 単位

【病院又は診療所の場合】

- イ 20分未満 255 単位
- ロ 30分未満 381 単位
- ハ 30分以上1時間未満 550 単位
- ニ 1時間以上1時間30分未満 811 単位

※算定要件

(20分未満)

- ・利用者に対し、週に1回以上20分以上の介護予防訪問看護を実施していること。
- ・利用者からの連絡に応じて、介護予防訪問看護を24時間行える体制であること。
(ホ、理学療法士等による訪問の場合)
- ・1日に2回を超えて介護予防訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。
- ・1週間に6回が限度。

●退院時共同指導加算(新規) 600単位/回

※算定要件

- ・病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。
- ・退院又は退所後の初回の介護予防訪問看護の際に、1回(特別な管理を要する者である場合、2回)に限り算定できること。
(注) 医療保険において算定する場合や初回加算を算定する場合は、算定できない。

●初回加算(新規) 300単位/月

※算定要件

- ・新規に介護予防訪問看護計画を作成した利用者に対して、介護予防訪問看護を提供した場合。
- ・初回の介護予防訪問看護を行った月に算定する。
(注) 退院時共同指導加算を算定する場合は、算定できない。

●特別管理加算 ※区分支給限度額の算定対象外

(I) 500単位/月 (II) 250単位/月

※算定要件

特別管理加算(I) 在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること。

特別管理加算(II) 在宅酸素療養法指導管理等を受けている状態や、真皮を超える褥瘡の状態であること。

(注) 医療保険において算定する場合は、算定出来ない。

3) 介護予防訪問リハビリテーション

●医師の診察頻度の見直し

<算定要件の見直し>

指示を行う医師の診療の日から「3月以内」

●介護老人保健施設からの介護予防訪問リハビリテーション

<算定要件の見直し>

「介護老人保健施設の医師においては、入所者の退所時又は当該介護老人保健施設で行っていた通所リハビリテーションを最後に利用した日あるいはその直近に行った診療の日から1月以内に行われた場合」としていた要件を見直し、介護老人保健施設の医師が診察を行った場合においても、病院又は診療所の医師が診察を行った場合と同様に、3月ごとに診察を行った場合に、継続的に介護予防訪問リハビリテーションを実施できるようにすること。

●介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者と連携した場合の加算（新規）

300 単位/回

※算定要件

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護予防訪問リハビリテーション実施時に、介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者と共に利用者宅を訪問し、当該利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、当該サービス提供責任者が介護予防訪問介護計画を作成する上で、必要な指導及び助言を行った場合に所定単位数に加算する。

(注) 3月に1回を限度として算定する。

●一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある場合（新設）

※算定要件

指定介護予防訪問リハビリテーションを利用しようとする者の主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く。）が、当該者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションを行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、その指示の日から14日間に限って、介護予防訪問リハビリテーション費は算定しない。

4) 介護予防居宅療養管理指導

●報酬体系

【医師が行う場合】

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合
(I) 500 単位/月 (II) 290 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合
(I) 450 単位/月 (II) 261 単位/月

【歯科医師が行う場合】

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 500 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 450 単位/月

【薬剤師が行う場合】

病院又は診療所の薬剤師が行う場合

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 550 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 385 単位/月

薬局の薬剤師が行う場合

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 500 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 350 単位/月

【管理栄養士が行う場合】

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 530 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 450 単位/月

【歯科衛生士等が行う場合】

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 350 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 300 単位/月

【看護職員が行う場合】

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合 400 単位/月
- ・同一建物居住者に対して行う場合 360 単位/月

※算定要件（変更点のみ）

【医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員が行う場合】

介護予防支援専門員等に対し、介護予防サービス計画の策定等に必要な情報提供を行っていること。

【看護職員が行う場合】

新規の要支援認定又は要支援認定の更新もしくは区分変更の認定に伴い、サービスが開始された日から起算して6月間に2回を限度として算定することを可能とする。

5) 介護予防通所介護

●報酬体系

介護予防通所介護費

- ・要支援1 2,099 単位/月
- ・要支援2 4,205 単位/月

●アクティビティ実施加算 廃止

●生活機能向上グループ活動加算（新規） 1000 単位/月

利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合に所定単位数を加算する

※算定要件

- ・機能訓練指導員等の介護予防通所介護従事者が共同して、利用者に対し生活機能の改善等の目的を設定した介護予防通所介護計画を作成していること。
- ・複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスを準備し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが実施されていること。（少人数のグループを構成して実施する。）

- ・生活機能向上グループ活動サービスを1週間に1回以上実施していること。

●選択的サービス複数実施加算（新規）

生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ実施した場合の評価を創設する。

(I) 480 単位/月 (II) 700 単位/月

※算定要件

- ・利用者が介護予防通所介護の提供を受ける日に、必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。
 - ・1ヶ月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。
- なお、選択的サービス複数実施加算（II）については、3種類実施した場合に算定する。

●事業所評価加算 120 単位/月

※算定要件（変更点のみ）

評価対象期間において、介護予防通所介護を利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること。

6) 介護予防通所リハビリテーション

●報酬体系

介護予防通所リハビリテーション費

・要支援1 2,412 単位/月 ・要支援2 4,828 単位/月

●選択的サービス複数実施加算（新規） (I) 480 単位/月 (II) 700 単位/月

生活機能の向上に資する選択的サービス（運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービス）のうち、複数のプログラムを組み合わせ実施した場合の評価を創設する。

※算定要件

- ・利用者が介護予防通所リハビリテーションの提供を受ける日に必ずいずれかの選択的サービスを実施していること。
- ・1ヶ月につき、いずれかの選択的サービスを複数回実施していること。
- ・なお、選択的サービス複数実施加算（I）については、選択的サービスのうち2種類、選択的サービス複数実施加算（II）については、3種類実施した場合に算定する。

●事業所評価加算 120 単位/月

※算定要件（変更点のみ）

評価対象期間において、介護予防通所リハビリテーションを利用した実人員数のうち、60%以上に選択的サービスを実施していること

7) 介護予防短期入所生活介護

●介護予防短期入所生活介護費 (1日につき)

	単独型		併設型		単独型 ユニット	併設型 ユニット
	従来型 個室	多床室	従来型	多床室	ユニット型 個室 (準個室)	ユニット型 個室 (準個室)
要支援1	483 単位	521 単位	455 単位	499 単位	564 単位	533 単位
要支援2	600 単位	648 単位	566 単位	614 単位	686 単位	662 単位

8) 介護予防短期入所療養介護

●介護予防短期入所療養介護費

(例) 介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護費 (I) (1日につき)

1日につき	介護老人保健施設短期入所療養介護費			
	(i) 従来型個室	(ii) 従来型個室	(iii) 多床室	(iv) 多床室
要支援1	576 単位	605 単位	612 単位	645 単位
要支援2	716 単位	745 単位	766 単位	799 単位

○施設サービス

介護予防特定施設入所者生活介護

●特定施設入居者生活介護費 (1日につき)

要支援1	196 単位
要支援2	453 単位

●外部サービス利用型特定施設入居者生活介護

○基本部分 58 単位 (1日につき)

○各サービス部分 厚生労働省告示に定められた基準により利用サービスごとに算定した単位

○限度額 (基本部分+出来高部分)

要支援1	要支援2
4,970 単位	10,400 単位

○ 地域密着型サービス

1) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

●報酬体系

・認知症対応型通所介護費 (I)

1日につき	単独型			併設型		
	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満
要支援1	515 単位	782 単位	890 単位	465 単位	703 単位	800 単位
要支援2	570 単位	873 単位	995 単位	516 単位	785 単位	893 単位
要介護1	589 単位	904 単位	1,030 単位	533 単位	813 単位	924 単位
要介護2	648 単位	1,001 単位	1,141 単位	586 単位	899 単位	1,024 単位
要介護3	708 単位	1,097 単位	1,253 単位	639 単位	986 単位	1,124 単位
要介護4	768 単位	1,194 単位	1,365 単位	693 単位	1,072 単位	1,224 単位
要介護5	827 単位	1,291 単位	1,477 単位	746 単位	1,159 単位	1,324 単位

・認知症対応型通所介護費 (II)

1日につき	共用型		
	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満
要支援1	249 単位	404 単位	466 単位
要支援2	263 単位	427 単位	493 単位
要介護1	268 単位	436 単位	503 単位
要介護2	278 単位	451 単位	521 単位
要介護3	287 単位	467 単位	539 単位
要介護4	297 単位	483 単位	557 単位
要介護5	307 単位	499 単位	575 単位

●延長加算

- ・ 9時間以上 10時間未満 50 単位/日
- ・ 10時間以上 11時間未満 100 単位/日
- ・ 11時間以上 12時間未満 150 単位/日

●短時間のサービス利用

※算定要件 (変更点のみ)

3時間以上5時間未満の所定単位数の 100分の63 に相当する単位数を算定する。

2) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

●事業開始時支援加算 500単位/月

事業開始時支援加算については平成24年3月末までの時限措置としていたが、事業開始時支援加算(Ⅱ)の廃止等の所要の見直しを行った上で平成27年3月末まで継続

※算定要件(変更点のみ)

事業開始後1年未満であって、登録定員に占める登録者数の割合が70%を下回る事業所であること。

●事業開始時支援加算(Ⅱ) 廃止

3) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

●報酬体系

1日につき	認知症対応型共同生活介護費		短期利用共同生活介護費	
	(Ⅰ)1ユニット	(Ⅱ)2ユニット	(Ⅰ)1ユニット	(Ⅱ)2ユニット
要支援2	798単位	785単位	828単位	815単位
要介護1	802単位	789単位	832単位	819単位
要介護2	840単位	827単位	870単位	857単位
要介護3	865単位	852単位	895単位	882単位
要介護4	882単位	869単位	912単位	899単位
要介護5	900単位	886単位	930単位	916単位

●夜間ケア加算 (Ⅰ) 50単位/日 (Ⅱ) 25単位/日

※算定要件

・夜間及び深夜の時間帯を通じて介護職員を1ユニット1名配置することに加えて、夜勤を行う介護職員を1名以上配置すること。

(注) 夜間ケア加算(Ⅰ)は1ユニットの場合、夜間ケア加算(Ⅱ)は2ユニット以上の場合に算定する。

●看取り介護加算(認知症対応型共同生活介護のみ)

死亡日以前4～30日	80単位/日
死亡日前日及び前々日	680単位/日
死亡日	1,280単位/日

※算定要件

- ・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- ・利用者又は家族の同意を得て、利用者の介護に係る計画が作成されていること。
- ・医師、看護師（当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所又は訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員等が共同して、利用者の状態や家族の求めに応じ、随時、本人又は家族への説明を行い、同意を得て、介護が行われていること。
- ・医療連携体制加算を算定していること。

（注）短期利用共同生活介護費を算定している場合、当該加算は算定しない

○介護予防ケアマネジメント関連様式

1 介護予防ケアマネジメント標準様式

(1) 様式作成に当たっての考え方

介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者の生活機能の維持・改善を図る観点から、現在の状況や具体的な目標を明らかにし、利用者の主体的な取り組みを支援していくことが重要になります。このため、厚生労働省から、「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」（平成18年3月31日老振発第0331009号）により、以下の点を考慮した様式例が示されました。

- ①利用者主体のケアマネジメントプロセスの確立
- ②「生活主体」のケアマネジメントの確立
- ③利用者本人の可能性を最大限に引き出す積極的ケアマネジメントの実現
- ④地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現
- ⑤明確な目標設定と事後の評価の実施

(2) 様式の種類

- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書
- 介護予防支援経過記録
- 介護予防サービス・支援評価表

(3) 介護予防ケアマネジメント標準様式の特徴

- ① 標準書式例
厚生労働省から示された様式は、標準書式例です。当該様式に記載する情報を基本としつつ、新たな様式や項目の追加、紙面の構成や大きさを変更するなど創意工夫を行うことは差し支えありません。
- ② 予防給付と介護予防事業の様式の一体化
予防給付と二次予防事業施策に係るケアマネジメントについては、利用者が生活機能の変化により両制度を行き来する可能性があること、介護予防ケアマネジメントにおける情報の一貫性・連続性の確保、地域包括支援センターにおける両制度の一体的運営への配慮等の理由から共通の様式となっています。

2 東京都推奨様式

(1) 様式提案の背景

標準様式については、区市町村が地域の実情に応じて変更することができるとされていますが、区市町村が個々に様式変更の検討を行った場合、レイアウトが大幅に異なり複数の区市町村から同時に業務を受託する居宅介護支援事業所には大きな負担となってしまう可能性があります。このため、「東京都推奨様式」を提案することにより様式の標準化を図ることとしました。

なお、当該マニュアルでは、以下東京都推奨様式に基づいて、介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法等について記載しています。

(2) 東京都様式の位置づけ

東京都が提案した様式は、推奨様式です。当該様式の使用又は変更は、各区市町村が地域の実情に応じて判断することになります。介護予防支援業務委託を受ける指定居宅介護支援事業所は、委託契約締結の際に、使用する様式について確認する必要があります。

(3) 様式の主な変更点

- ①各表の左上に、**A表**、**B表**……を追加
- ②セルフケア、インフォーマルサービス等利用者になじみのない表現を修正
- ③「介護予防サービス・支援計画表」は、A3版1枚をA4版3枚に分割し、様式をA4版に統一
- ④介護予防週間支援計画表の様式を追加
- ⑤サービス担当者会議の要点を別様式に記載してもよいこととし、別様式「サービス担当者会議の要点」を追加

(4) 様式の目的

- A表** 介護予防サービス・支援計画表（1／3）
介護予防サービス・支援計画表全体の方向性を示すものです。
- B表** 介護予防サービス・支援計画表（2／3）
アセスメントを領域毎に整理して総合的課題を分析し、課題に対する目標や本人・家族の意向を踏まえ支援方針を導き出します。
- C表** 介護予防サービス・支援計画表（3／3）
B表で導き出した支援方針に基づき、具体的な目標及び支援計画を記載します。
- D表** 介護予防週間支援計画表
介護予防サービス・支援計画表に基づいたサービスを週単位で表したものです。
- E表** 介護予防支援経過記録 **E表（別紙）** サービス担当者会議の要点
介護予防支援の経過を時系列に記録します。なお、サービス担当者会議の記録については、E表（別紙）を使用してサービス担当者会議の要点をまとめても差し支えありません。
- F表** 介護予防サービス・支援評価表
サービス利用後の目標の達成状況を評価し、今後の支援方針を決定します。

(5) 東京都推奨様式

P 91～97 参照

介護予防支援においては、月に1回介護予防サービス事業者から報告を徴することにより、利用実績等を把握することになります。その内容の確認にあたり給付管理業務を行う上で作成されるサービス利用票については、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企29号）において規定する第7表「サービス利用票」、第8表「サービス利用別表」を適宜簡略化して使用して差し支えないとされています。

A表

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
----------	---------	-----------	--------

No.

介護予防サービス・支援計画表(1/3)

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：
担当地域包括支援センター

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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活	1日、1週間、 または1月
	1年
総合的な方針 (生活の不活発化の改善 ・予防のポイント)	

【地域包括支援センター記入欄】

名称	確認印
担当地域 包括支援 センター 意見	

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。	年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ 印	

B表

No. _____

利用者名 _____ 様

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

--

【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
日常生活(家庭生活)について		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
その他の事項について		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

C表

No. _____

利用者名 _____ 様

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

計画作成(変更)日 年 月 日

目標	支 援 計 画						
	目標についての 支援のポイント ()	具体的な支援の内容 本人の取組 家族・地域の 支援、民間 サービス等 介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間
()		本人の取組					
		家族・地域の 支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
()		本人の取組					
		家族・地域の 支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
()		本人の取組					
		家族・地域の 支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は、○をつける。

【本来自ら実施できない場合は、当面の方針】

--

D表

No. _____

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービスの

サービ担当学生会議の要点

利用者名 _____ 様 _____ 作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

[F表]

No.

介護予防サービス・支援評価表

評価日 年 月 日

利用者名

様

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	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
地域包括支援センター意見						
総合的な方針						<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
						<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了

○ 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

I 介護予防サービス・支援計画表（A表～C表）

1 様式の目的

利用者の状況についてアセスメント領域毎に分析し、総合的な課題や利用者及び家族の意向を明確化しながら、利用者が意欲的に取り組むことができる目標を設定し、目標の実現に向けた具体的な支援計画をたてるものです。

2 介護予防サービス・支援計画表の作成の手順

(1) 介護予防サービス・支援計画表の作成は、まず、アセスメントにおいて利用者の状況を十分に把握することから始まります。アセスメントに当たっては、下記の帳票等を活用して、利用者との面接により、利用者の生活の現状や意向等に関する情報を漏れのないように収集し、その情報を専門職としての立場から分析し、課題や支援ニーズを導きだします。

- ① 主治医意見書及び認定調査結果
- ② 利用者基本情報（例）〔P 5 4 参照〕
利用者の基本情報について確認を行います。
- ③ 基本チェックリスト〔P 5 9 参照〕
利用者に記入してもらい、内容を確認します。
- ④ アセスメント用情報収集シート（例）〔P 6 0 参照〕
利用者の現在の状況について、必要な事項を確認します。

(2) 利用者が主体的に取り組むことができるような目標を設定し、具体的な支援計画を作成します。原案を作成した時点で、サービス担当者会議を開催し、専門的意見を聴取するとともに、地域包括支援センターの確認を得ます。

(3) 利用者・家族に介護予防サービス・支援計画表の内容を説明し、同意を得ます。

3 介護予防サービス・支援計画表の様式

A表 介護予防サービス・支援計画表（1／3）

・介護予防サービス計画表全体の方向性を示します。

B表 介護予防サービス・支援計画表（2／3）

・アセスメントを領域毎に整理して総合的課題を導き出し、さらに課題に対する目標や本人・家族の意向を整理して、支援方針を導き出します。

C表 介護予防サービス・支援計画表（3／3）

・支援方針に基づき、具体的な目標及び支援計画を記載します。

4 介護予防サービス・支援計画表の記入の仕方

A表: 介護予防サービス・支援計画表 (1/3)

< 「NO.」 欄 >

地域包括支援センターで付番された利用者の整理番号を記載する。

< 「初回・紹介・継続」 欄 >

当該利用者が、当該指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防事業及び予防給付を受ける人は「初回」に○印を付ける。

介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるよう紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防事業を受けるよう紹介された場合は「紹介」に○印を付ける。

介護予防事業を受けており、今後も介護予防事業を受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○印を付ける。

< 「認定済・申請中」 欄 >

新規申請中（前回非該当となり再度申請している場合を含む。）、区分変更申請中、更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は、「認定済」に○を付す。

< 「要支援1・要支援2」 欄 > < 「域支援事業」 欄 >

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは事業名に○を付す。

< 「利用者名」 欄 >

利用者の氏名を記載する。

< 「認定年月日」 欄 >

要支援認定の結果を受けた日を記載する。

< 「認定の有効期間」 欄 >

認定の有効期間を日付で記載する。

< 「計画作成者氏名」 欄 >

当該介護予防サービス計画作成者の氏名を記載する。

< 「計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」 欄 >

計画作成を行う事業所名と住所、連絡先電話番号を記載する。

< 「委託の場合：担当地域包括支援センター」 欄 >

予防給付ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託している場合には、担当の地域包括支援センター名を記載する。

< 「計画作成（変更）日（初回作成日）」 欄 >

介護予防支援事業者又は委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防

サービス計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合は、初回の計画作成日もあわせて記載する。

<目標とする生活>

利用者が「目標とする生活」のイメージについて、「1日、1週間、または1月」及び「1年」の単位で記載する。ただし、利用者が短期的又は長期的な生活の両方をイメージできない場合は、必ずしも両方を記載しなければならないものではない。利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。この欄には、計画担当者が必要に応じて支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初と取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

なお、計画の全体像を把握した段階で、目標とする生活について、再度利用者とは修正することは差し支えない。

○1日、1週間、または1月

比較的短かい期間の単位の望ましい生活のイメージを記載する。大きな目標にたどり着くための段階的な目標や、健康管理能力や生活行為の拡大、環境改善などについて、対象者が達成感を得られるような内容を具体的に記載することが望ましい。

なお、ここでは利用者が目標を立てやすい期間を選択して差し支えない。

○1年

利用者とともに生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。この際、あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能なものとする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者に改善後の生活を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すように努める。

<「総合的な方針（生活の不活発化の改善・予防のポイント）」欄>

「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、サービス担当者が生活の不活発化の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で取り組むことなどを記載する。

<「地域包括支援センターの記入欄」>

介護予防支援業務の一部を居宅介護支援事業所等に委託した場合に、最終的な責任主体である地域包括支援センターが、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認するために使用する。

居宅介護支援事業所の計画作成担当者が介護予防サービス計画原案を作成した後、地域包括支援センターの担当者が介護予防サービス計画書を確認し、計画に対する意見、担当者名を記載・押印する。なお、地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加した場合には、サービス担当者会議の終了時に当該確認を行っても差し支えない。

計画作成担当者は、この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画の説明を行い、同意を得る。

< 「利用者記入欄」 >

介護予防サービス計画原案の内容を利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に記名・押印をしてもらう。

なお、利用者名を記入した原本は、計画作成を担当した事業所において保管する。

B表：介護予防サービス・支援計画表（2／3）

< 「NO.」欄 > < 「利用者名」欄 >

利用者の整理番号及び利用者氏名を記載する。

< 「計画作成（変更）日」欄 >

当該介護予防サービス・支援計画表を作成または変更した日を記載する。

< 「健康状態について：主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点」欄 >

「主治医意見書」「生活機能評価」「利用者基本情報」等を踏まえ、介護予防サービス計画を作成する上で留意すべき健康状態の情報について記載する。

< 「必要な事業プログラム」欄 >

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、介護予防特定高齢者施策では、その判断基準から参加することが望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付ける。

< 「現在の状況」欄 >

アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

主治医意見書、認定調査結果、利用者基本情報、アセスメント用情報収集シート等を踏まえ、利用者との面接の中で明らかになった利用者の現在の状況について具体的に記載する。

【アセスメントにおける留意点】

- ① アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴き取る。アセスメントは基本チェックリストの回答状況、主治医意見書等を加味して行う。
- ② 利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。
- ③ 利用者や家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。
この場合は計画作成者の観察状況として前項と区別して分かりやすく記載する。
- ④ アセスメントに際しては、利用者の生活全般を把握して分析する。
- ⑤ 初回面接において完璧に情報収集しようとするあまり、利用者から強引に聞き出すなど、利用者を不快にさせないよう留意する。

●運動・移動について

歩く、走る、昇降する、乗り物を操作する、様々な交通を用いて移動する等、運動機能や移動の状況について確認する。

●日常生活（家庭生活）について

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）、住居・経済の管理、花木やペットの世話などの日常生活上の行為の状況を確認する。

●社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

家族、友人、近隣の人との対人関係、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状況、家族内や近隣における役割の有無などの社会参加の状況、状況に見合った適切な方法で人々と交流しているかどうか等を確認する。

●健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診の状況、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われることを確認する。特に、高齢者の体調に影響する食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

●その他の事項について

経済や住宅の状況、家族の状況等、上記4項目に該当しない項目で、必要と思われることについて確認する。

<「本人・家族の意欲・意向」欄>

アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識についてそれぞれ記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等について、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」等と記載し、その理由についても記載する。

※利用者^と家族の意向が異なる場合

利用者と家族の意向が異なる場合は、発言者を明記して、それぞれ記載する。

双方がその違いを認識して、計画作成者にそれぞれの意向を伝えている場合にはそのまま記載するようにする。また、双方の意向が異なってはいるものの、相手への配慮から一致した意向を伝えてきている場合には、当面一致した内容を記載し、個別の意向についてはE表の介護予防支援経過に明記し、一致点を見出すべく働きかけていく。

※否定的・消極的意向の場合

否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、直ちに介護予防サービス計画をたてるのではなく、消極的・否定的になっている理由を明らかにすることが大切である。その上で、具体策の検討において、利用者の主体的な取り組みを引き出すように働きかけるようにする。

<「背景・原因」欄>

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を、本人・家族の意欲・意向や、面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、利用者を取り巻く物的・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。

現在課題となっていることやその状態であると将来的に起こる課題を予測して記載し、結果として、その領域に課題があると考えた場合に「有」にチェックを付ける。

<「総合的課題」欄>

各領域における課題を踏まえ、利用者の生活全体の課題を総合的に判断し、間接的な背景・原因も探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙し、課題とした根拠を記載する。

例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。個々には、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

なお、ここであげる総合的課題については、これ以降の介護予防支援のプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

<「課題に対する目標と具体策の提案」欄>

「総合的課題」に対する目標と具体策を記載する。その際、総合的課題に対応した番号を記入しておく。

計画作成者は、アセスメントに基づき専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

この目標は、利用者や家族に対して専門職として示す提案であり、適切にアセスメントがされたかどうかはこの項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できる。地域包括支援センターでの確認においてはこの項目を一つの評価指標とすることが考えられるため、目標は評価可能で具体的なものとし、具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考えるようにする。

なお、具体策については、予防給付サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身の取り組みや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

提案に際しては利用者の意欲が減退したり、押し付けられていると感じたりしないように十分に配慮することが大切である。

<「具体策についての本人・家族の意向」欄>

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門職としての提案と利用者の意向の相違点が確認できる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載し、合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載しておく。

この具体策に対する本人・家族の意向が、最終的な「目標」の設定をする上での足がかりとなるので、できるだけ、その理由や根拠を記載する。

C表：介護予防サービス・支援計画表（3／3）

< 「NO.」欄 > < 「利用者名」欄 >

利用者の整理番号及び利用者氏名を記載する。

< 「計画作成（変更）日」欄 >

当該介護予防サービス・支援計画表を作成または変更した日を記載する。

< 「目標」欄 >

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、そのまま転記する。

< 「目標についての支援のポイント」欄 >

目標に対して、具体的な支援を考える上での留意点を記入する。ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサポートの役割分担など、様々な次元の項目について、具体的に記載する。

< 具体的な支援の内容 >

具体的な支援内容について、記載する。

利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。専門職として提案した具体策について合意できなかった場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族と合意できた内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として記載する。ただし、その場合は、「本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針」欄に、理由や経緯等を記載する。

● 「本人の取組」欄

本人が自ら取り組むことを本人と相談しながら具体的に記載する。

● 「家族・地域の支援、民間サービス等」欄

家族や近隣などから支援されること、ボランティアや民間のサービスを利用すること等について記載する。

● 「介護保険サービス・地域支援事業・区市町村サービス」

予防給付、地域支援事業のサービス、区市町村サービスで対応する支援の内容を記載する。

< 「本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針」欄 >

専門職として提案した具体策について合意できなかったり、地域に適切なサービスがなかったりして、本来行うべき支援が実施できない場合に記載する。

- ① 利用者や家族と合意ができなかった場合は、その理由や根拠とともに、本来の支援を行うために働きかける具体的な手順や方針等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。
- ② 本来必要な社会資源が地域にない場合には、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

< 「※1」欄 >

予防給付対象サービス又は二次予防事業の場合に、○印を付ける。

< 「サービス種別」欄 >

支援の内容に適したサービス種別や事業名等を具体的に記載する。

< 「サービス提供者（事業所）」欄 >

サービスの提供者を記載する。サービス提供事業者の場合は事業所名を、また、家族、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分については、誰が行うのかを明記する。

< 「頻度」欄 >

「支援内容」に掲げたサービスや支援の頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）を記載する。

< 「期間」欄 >

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。（「○か月」、「○月○日～○月○日」など）

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。

Ⅱ 介護予防週間支援計画表 (D表)

1 様式の目的

介護予防サービス・支援計画表に基づいたサービスを週単位で表します。利用者に、週単位の支援計画を理解してもらうために交付します。

2 記載の仕方

D表 介護予防週間支援計画表 (D表)

<「NO.」欄>

利用者の整理番号を記載する。

<「利用者名」欄>

利用者の氏名を記載する。

<週間支援計画>

週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載し、利用者の生活活動とサービス提供状況を分かりやすく記載する。

<主な日常生活上の活動>

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載する。本人の生活パターンを把握し、支援の提供時間の適正さや、配慮すべき留意点を確認する。

<週単位以外のサービス>

週単位以外の支援を記載する。福祉用具貸与や短期入所の利用などの他、隔週や月単位で提供される支援について記載する。医療・保健サービス、ボランティアな支援、近隣の支援なども書いておくようにする。

Ⅲ 介護予防支援経過記録 (E表)

1 様式の目的

介護予防支援の経過を記録します。具体的には、時系列的に支援内容、訪問の際の観察、サービス担当者会議の内容、本人・家族の意向、専門職の判断等を記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかどうかを記録します。

なお、サービス担当者会議の要点については、E表(別紙)を使用してサービス担当者会議要点をまとめても差し支えありません。

2 記載の仕方

E表：介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

< 「利用者氏名」欄 >

利用者の氏名を記載する。

< 「計画作成者氏名」欄 >

本計画作成者の氏名を記載する。

< 「年月日」欄 >

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合、その年月日を記載する。

< 「対応方法」欄 >

訪問、電話、来所、サービス担当者会議など支援経過記載内容を把握した手段・方法を区別して記載する。

< 「内容」欄 >

相談や会議内容、決定事項等の内容を時系列に記載する。サービス提供事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。また、支援経過の記録は、事実の記載だけでなく、計画の修正が必要と考えられた場合などの判断についても、記録しておく。

なお、支援経過記録は、計画作成者の個人メモではないので、公的記録として責任を持って記録するようにする。

E表（別紙）：サービス担当者会議の要点

< 「利用者名」欄 > < 「作成担当者」欄 >

利用者の氏名、計画作成者の氏名を記載する。

< 「作成年月日」欄 >

記録作成年月日を記載する。

< 「開催日」欄 > < 「開催場所」欄 > < 「開催時間」欄 > < 「開催回数」欄 >

会議の開催日、開催場所、開催時間、開催回数を記載する。

< 「会議出席者」欄 >

会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。

なお、本人や家族、インフォーマルな支援者等については、「所属（職種）」欄に本人との続柄や関係を記載する。

< 「検討した項目」欄 >

会議で検討した項目について、検討項目に番号をつけるなどして簡潔に分かりやすく記載する。

< 「検討内容」欄 >

会議の検討内容について、検討した項目の番号に対応して記載する。また、それぞれの機関や事業者が実施するサービス内容だけでなく、サービスの提供方法や留意点なども検討し、記載しておく。

< 「結論」欄 >

当該会議における結論について、検討項目番号に対応して記載する。

結論は、誰が、いつまでに、何をするかを具体的に明記するとともに、話し合った要点をわかりやすくまとめておく。

< 「残された課題」(次回の開催時期等) >

本人の希望等により本来行うべき支援を利用しなかった場合や必要な社会資源が地域にない場合など、必要な支援を実施していくための課題について記載する。また、次回の開催時期・方針等についても記載する。

IV 介護予防サービス・支援評価表 (F表)

1 様式の目的

サービス利用の結果、目標の達成状況等を評価し、今後の支援方針を決定します。当該評価は、介護予防サービス計画で定めた期間の終了時に実施します。

なお、居宅介護支援事業所等が予防給付ケアマネジメントを実施している場合は、介護予防サービス・支援評価表について、最終的に地域包括支援センターの確認を受け、今後の方針を決定します。

2 記載の仕方

F表：介護予防サービス・支援評価表

< 「NO.」欄 >

利用者の整理番号を記載する。

< 「利用者名」欄 > < 「計画作成者氏名」欄 >

利用者の氏名、計画作成者の氏名を記載する。

< 「評価日」欄 >

当該評価を行った日を記載する。

< 「目標」欄 >

「介護予防サービス・支援計画表 (3/3)」(C表) から目標を転記する。

< 「評価期間」欄 >

「介護予防サービス・支援計画表 (3/3)」(C表) の「期間」欄から期間を転記する。

< 「目標達成状況」欄 >

評価期間内に目標がどの程度達成できたか、具体的に記載する。評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画を見直す。

< 「目標達成 / 未達成」欄 >

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。

< 「目標達成状況に対する評価」 >

●本人・家族の意見

目標を達成した場合の感想や満足度、あるいは目標を達成しなかった場合、達成されなかった原因や目標の妥当性等について、利用者・家族の認識を確認して記載する。

●計画作成者の評価

目標設定の妥当性や目標が達成されなかった原因等について、計画作成者の評価を記入する。

< 「今後の方針」欄 >

目標達成状況や目標達成状況に対する評価から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

< 「総合的な方針」欄 >

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

< 「地域包括支援センター意見」欄 >

介護予防サービス計画に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託された計画作成者の方針の統一を図る。また、地域包括支援センターとして今後の方針で該当するものにレ印を付ける。

○ 関係帳票〔参考例〕

I 利用者基本情報（例）

1 目的と使用方法

利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートといわれるものであり、利用者のおかれている状態の全体を客観的な情報を中心にして簡易に把握するための項目をとりまとめたものです。

利用者基本情報は、利用者が地域包括支援センターに初回に関わった時点で作成されます。

なお、この利用者基本情報は介護予防ケアマネジメントだけでなく、総合相談や権利擁護など地域包括支援センターにおける他事業においても共用されます。

2 利用者基本情報作成上の留意点

基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識の実態、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めることが大切です。利用者との面接時、基本チェックリストや生活機能評価で一度利用者に聞いたことは、再度聞く必要はなく、聴取結果を踏まえて、利用者基本情報に記入します。

また、介護予防サービス計画を作成するには、その後、この情報がサービス提供事業所などの関係者へ必要時に提供されることについて利用者から同意を得ておく必要があります。

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報 (表面)

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所			Tel ()	
			Fax ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・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・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人(女性) ◻=本人(男性) ○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
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（裏面）

例

〈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・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係	

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

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

平成 年 月 日 氏名

印

3 利用者基本情報の記入の仕方

〈作成担当者〉 利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

〈基本情報〉

相談日	初回の相談日で、この利用者基本情報を作成した年月日を記載する。 相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。 初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。
本人の現況	利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。
本人氏名	利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認して、利用者の生年月日と年齢を記載する。
住所	利用者の現在居住している居住地を記載する。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所とする。
電話番号	利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。
日常生活度自立度	利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付ける。
認定情報	利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の要介護度を記載する。
障害者等認定	障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば記載する。
本人の住居環境	該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。
経済状況	利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。
来所者(相談者)	来所者または相談者について、氏名を記載する。
住所・連絡先・続柄	来所者または相談者の住所、連絡先、本人との続柄を記載する。
緊急連絡先	緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。 高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡が取れる電話番号を記載する。
家族構成	利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載し、現在利用者と同じく同居している家族は○で囲む。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。 なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

《介護予防に関する事項》

今までの生活	利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。	
現在の生活状況	一日の生活・過ごし方	起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物、仕事や日課にしていることなど1日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。 のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。
	趣味や楽しみ特技	以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技を聞き取り記載する。
	友人や地域との関係	友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

《現病歴・既往歴と経過》

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付ける。

《現在利用しているサービス》

利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

《個人情報の第三者提供に関する同意》

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定にかかる調査内容、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ついて、本人の同意を得る。

II 基本チェックリスト

予防給付対象者の場合も、アセスメントに先立って利用者に記入してもらいます。

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を 付けてください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とします。

■介護予防プログラムと基本チェックリストの項目の関係は、以下のとおり

運動器の機能向上	(6)～(10)	栄養改善	(11)、(12) (BMI (身長、体重から算出))
口腔機能の向上	(13)～(15)	閉じこもり予防・支援	(16)、(17)
認知症予防・支援	(18)～(20)	うつ予防・支援	(21)～(25)

Ⅲ アセスメント用情報収集シート（東京都参考例）

1 目的と使用方法

アセスメント用情報収集シートはアセスメント（課題分析）を行うにあたって、領域ごとに利用者に基本的に確認すべき代表的な事項を示したチェックシートです。B表の現在の状況に対応するものですが、このシートの項目を確認することは、あくまでもアセスメントのための情報収集の一環です。このシートで得られた情報をはじめ、利用者基本情報、基本チェックリスト、主治医意見書、認定調査結果等踏まえて利用者の状況を把握し、アセスメントを実施し、B表を作成していきます。

なお、アセスメント用情報収集シートは、基本的に確認すべき代表的な事項を示したもので、領域ごとに必要と思われる項目を追加する等して使用してください。

2 アセスメント用情報収集シート使用上の留意点

利用者と面接する際には、シートに記載されている内容を淡々とチェックしていくのではなく、利用者の状況を見ながら、今後の改善への意欲等を引き出すように、言葉の説明や言い換えなどをしながら聞き取っていきます。また、必ずしも領域を順序どおり聞き取る必要はなく聞きやすいところから始めていく方がお互いのコミュニケーションが円滑に進みます。

なお、このシートを使用する際には、チェック項目についての詳しい状況や、原因や背景、その状態に対しての利用者や家族の困りごとなどを確認し、自由記載欄に記載するようにします。

① 運動・移動について

この領域はB表の現在の状況の運動・移動についてアセスメントする際、基本的な項目を確認します。自由記載欄に介助が必要な状態の場合はどの程度の介助が必要なのかを具体的に聞くことが大切です。

② 日常生活（家庭生活）について

B表の日常生活（家庭生活）の領域部分に対応するものです。この項目においても手伝ってもらっているのは具体的にどの部分を手伝ってもらっているのかを具体的に聞き取ることが大切です。

③ 社会参加・対人関係・コミュニケーション

B表の社会参加・対人関係・コミュニケーションの領域部分に対応するものです。この項目では利用者の地域での生きがいや利用者が支援を受けるときのインフォーマルサポートとしての社会資源を見出すのに活用できることを意識して聞き取ると良いでしょう。

④ 健康管理について

B表の健康管理の領域部分に対応するものです。各項目の回答部分でも具体的にどのような状況かを深めていく姿勢が必要です。

⑤ その他の事項について

この項目はB表の「その他の事項について」に対応します。先の4領域以外にアセスメントする必要があると思われる項目について記載したものです。必要と思われる項目を追加して使用してください。

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男・女 _____ 年 月 日

1.運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりでできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		その他
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	

2.日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	本人・家族の意向
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	

※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男・女 _____ 年 月 日

3. 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて			
テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		考えられる原因
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容	
家族と良く話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		留意点
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
仕事を続けていますか（自営業や簡単な作業）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	本人・家族の意向
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	参加の状況	
家庭や地域での役割を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割	その他

4. 健康管理について			
健康であると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況	考えられる原因
運動をしたり休養をとったりしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
定期的を受診していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	留意点
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
喫煙・飲酒の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量	本人・家族の意向
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない		
よく眠れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間	
薬を飲み忘れず管理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人	その他
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

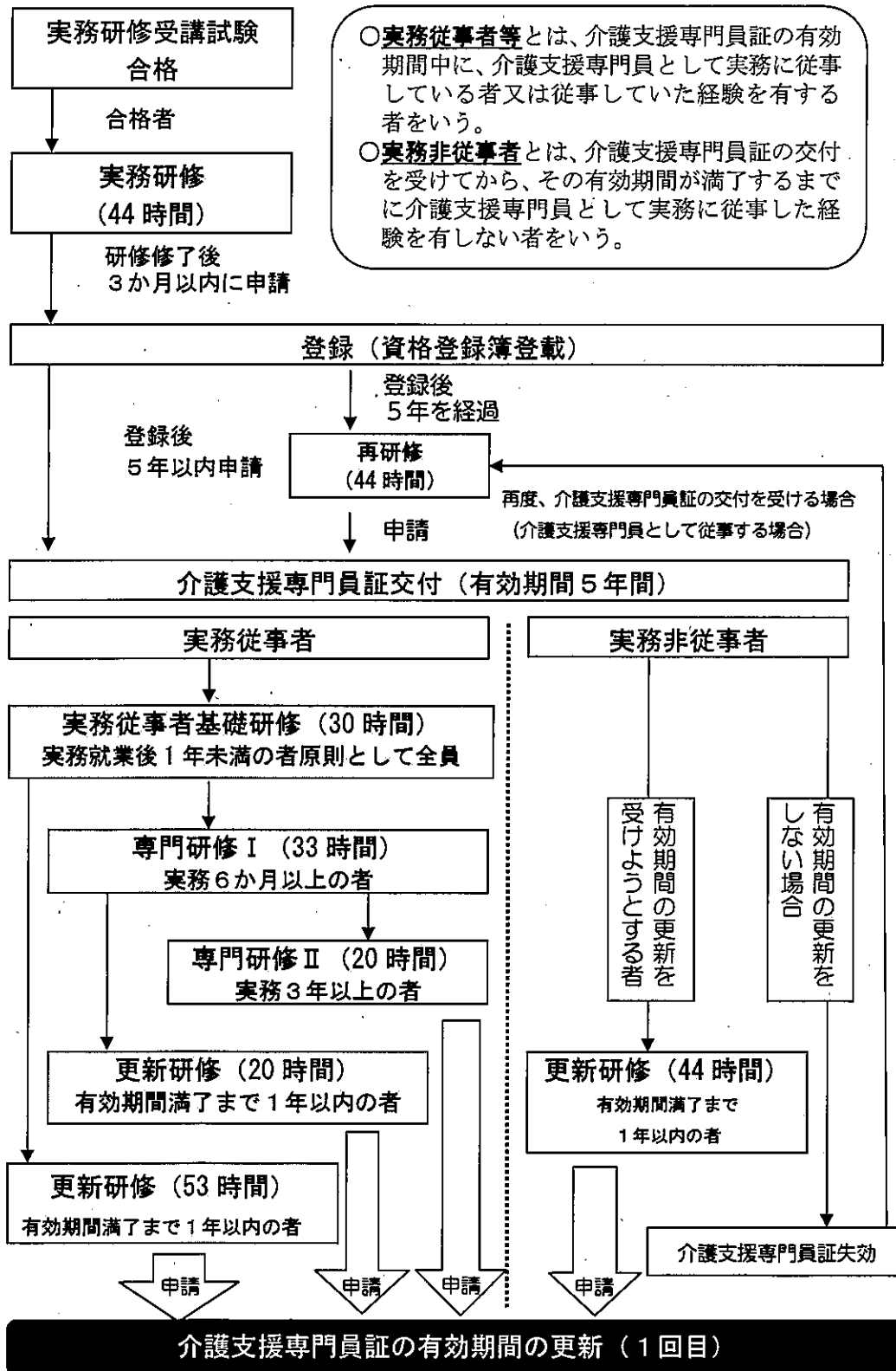
氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男・女 年 月 日

5. その他の確認事項について

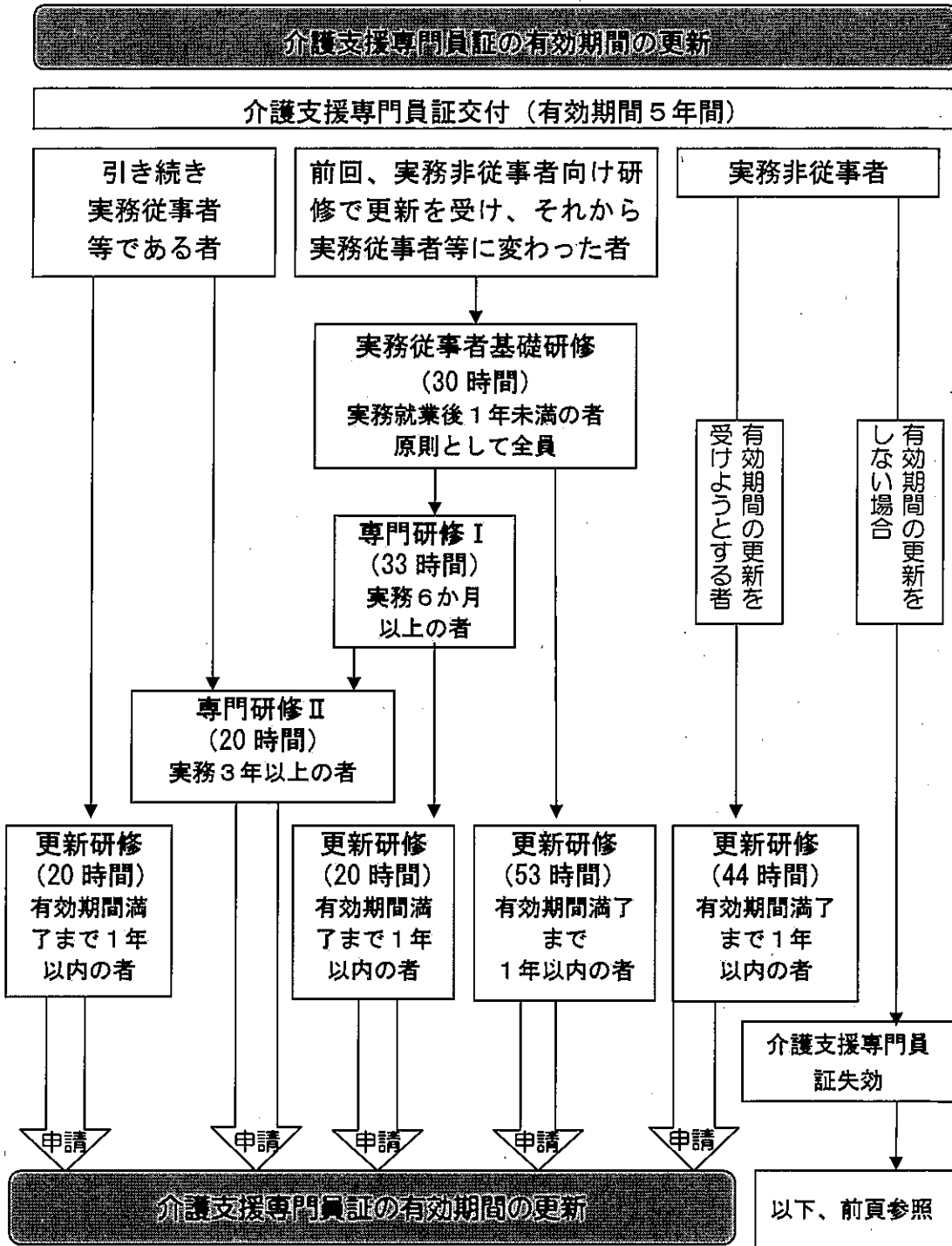
自分のことは自分で決めていますか <input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	主な決定者	
住まいのことで何か問題がありますか <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
経済的な状況はどうですか <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか <input type="checkbox"/> 現在受けている <input type="checkbox"/> 現在は受けていないが受けることはできる <input type="checkbox"/> 受けられない	受けられない理由	

※ 各項目のチェック欄の右欄に具体的な状況等の特記事項を記入する。

介護支援専門員の登録・研修



○ 2回目以降の更新手続



※自ら更新の手続を行わないと、介護支援専門員証は更新されません。

※研修実施機関については、巻末「問い合わせ先一覧」を参照のこと。

○その他の研修（平成25年4月現在）

◆主任介護支援専門員養成研修（64時間）

地域の中核となり、他の介護支援専門員に対する指導・助言を行い、ケアマネジメントの質の向上を図ること目的とした研修。

◆在宅医療サポート介護支援専門員研修（39時間）

医療系資格を有しない介護支援専門員に対する医療に関する知識を深める研修。

○登録に関する関係法令

1 介護支援専門員とは（介護保険法第7条第5項）

法第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。法第69条の7第1項：法第69条の2第1項（実務経験を有する者で、試験に合格しかつ実務研修を修了したものが当該知事の登録を受けることができる）の登録を受けている者は、都道府県知事に対して証の交付を申請することができる。

2 登録事項（氏名・住所等）の変更届（介護保険法第69条の4）

法第69条の2第1項の登録を受けている者は、当該登録に係る氏名その他厚生労働省令で定める事項（介護保険法施行規則（以下「施行規則」という。）第113条の12：届出事項は住所）について変更があったときは、遅滞なく、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

3 介護支援専門員証の有効期間の更新（介護保険法第69条の8第1項）

介護支援専門員証の有効期間は、申請により更新する。

2 介護支援専門員証の更新を受けようとする者は、都道府県知事が厚生労働省令（施行規則第113条の18）で定めるところにより行う研修（以下「更新研修」という。）を受けなければならない。ただし、現に介護支援専門員の業務に従事しており、かつ、更新研修の課程に相当するものとして都道府県知事が厚生労働省令（施行規則第113条の19）で定めるところにより指定する研修の課程を修了した者については、この限りではない。

3 前条第3項の規定（有効期間は5年とする。）は、更新後の介護支援専門員証の有効期間について準用する。

4 介護支援専門員証の交付等（介護保険法第69条の7）

法第69条の2第1項の登録を受けている者は、都道府県知事に対し、介護支援専門員証の交付を申請することができる。

5 有効期間が切れ証の交付がされていない者が業務を行った場合（介護保険法第69条の39第3項）

介護支援専門員の登録を受けている者で介護支援専門員証の交付を受けていないものが次の各号のいずれかに該当する場合には、当該登録をしている都道府県知事は、当該登録を削除しなければならない。

1（省略）

2（省略）

3 介護支援専門員としての業務を行った場合

6 介護支援専門員の登録（介護保険法第69条の2）

試験に合格し、かつ介護支援専門員実務研修を修了したものは、登録を受けることができる。ただし、次のいずれかに該当するものは、この限りではない。

1から5まで（省略）

6 法第69条の39の規定による登録の消除を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者

○介護支援専門員の義務等

1 介護支援専門員の義務

担当する要介護者等の人格を尊重し、常に要介護者の立場に立って、提供するサービスが特定の種類又は特定の事業者・施設に不当に偏することのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。また、厚生労働省令で定める基準に従って介護支援専門員の業務を行わなければならない。

2 名義貸しの禁止等

介護支援専門員証を不正に使用し、又はその名義を他人に介護支援専門員業務のため使用させてはならない。

3 信用失墜行為の禁止

介護支援専門員の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

4 秘密保持義務

介護支援専門員は正当な理由なしに、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。介護支援専門員でなくなった後も同様である。

5 処分等

都道府県知事は、介護支援専門員の業務の適正な遂行を確保するため必要があると認めるときは、介護支援専門員に報告を求め、必要な指示又は研修受講の命令をすることができる。また、介護支援専門員が指示や命令に従わない場合、義務に違反した場合等は、業務の禁止や登録の消除を行うことができる。

うっかりミスが大変なことに！

Aさんは、念願の介護支援専門員になって、ひとり居宅介護支援事業所を開設し、忙しい中も管理者そして介護支援専門員の業務と充実した毎日を過ごしていました。研修も、熱心に受講しました。通勤時間の短縮のため、自宅も事業所近くに引っ越すこととしました。「同じ市内だし、一段落したら、住所変更の手続きをしよう。」そう思ううち、住所変更の手続きをすっかり忘れてしまいました。同じ市内の介護支援専門員の仲間Bさんと会うと介護支援専門員証の更新の話となりました。Aさんは、ふと自分の介護支援専門員証の有効期間をみると、なんと期間から3か月が過ぎようとしているではありませんか！Aさんは不安でいっぱいになりました。

- 「今のご利用者さんはどうなるの？」
- 「有効期間が切れた後に行った保険請求はどうなるの？」
- 「介護支援専門員として働けなくなってしまうの？」
- 「居宅介護支援事業所はどうなるの？」

お問い合わせ先一覧（平成 25 年 4 月現在）

1 試験・研修

○実務研修受講試験

公益財団法人東京都福祉保健財団
人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ試験担当
〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ 14 階
電話 03-5206-8735

○実務研修・再研修・更新研修

公益財団法人東京都福祉保健財団
人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ担当
〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ 14 階
電話 03-5206-8735

○実務従事者基礎研修・主任研修・在宅医療サポート介護支援専門員研修

特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会
〒102-0072 千代田区飯田橋2-9-3 かすがビル 10 階
電話 03-3263-5636

○専門研修Ⅰ・Ⅱ

公益財団法人総合健康推進財団関東支部
〒141-0031 品川区西五反田8-9-5 ポーラ第3五反田ビル 10 階
電話 03-6417-9371

※実施団体は変更となる場合があります。

2 登録等

○新規交付の申請（登録と介護支援専門員証の交付を同時に申請する場合）

○有効期間更新による交付申請

公益財団法人東京都福祉保健財団
人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ担当
〒162-0823 新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ 14 階
電話 03-5206-8735

○登録移転による交付申請 ○住所・氏名の変更申請 ○再交付申請

○新規交付（登録と介護支援専門員証の交付を同時に申請する場合以外）

東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課介護支援専門員登録担当
〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1
電話 03-5320-4279

登録に関する詳細は、下記のサイトを御確認ください。様式のダウンロードもできます。

【公益財団法人東京都福祉保健財団】

http://www.fukushizaidan.jp/htm/005kaigo/05care_7.html

【東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課】

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/touroku.html

※検索バーに、「東京都福祉保健局 介護支援専門員」を入力しても検索できます。