7 ケアプラン原案作成

利用する帳票 （データの掲載については本マニュアル P43,44に記載）	計画書（ケアプラン） サービス利用票・サービス利用票別表 経過記録 評価表 居宅（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中止届出書

（1） ケアプラン原案作成

目的	「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成します。 【支援を必要とする人等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態】 ・ 健康管理の支援が必要な場合 ・ 体力の向上に向けた支援が必要な場合 ・ ADLやIADLの向上に向けた支援が必要な場合 ・ 閉じこもりに対する支援が必要な場合 ・ 家族等の介護者への負担軽減が必要な場合 ※複数項目該当する場合も考えられます。

基本的な手法	（ア）「生活の目標」設定 期間：原則3～12か月を目途 内容：本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思うもの （イ）「目標」設定 期間：3～12か月を目途 内容：「生活の目標」を達成するための維持・改善するための取組 （ウ）「目標」を達成するためのケアプランを作成 【考慮すべき点】 ・ 「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択） ・ 「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択） ・ 「いつ頃までに」（期限）

【ケアプラン作成の留意点】

ケアプラン作成時には、本人・家族等の意向を確認すること。

- 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有すること。
- 専門用語の使用はできるだけ避け、十分に説明し理解を得るようにすること。
- 本人が自らのケアプランであると実感し、本人が主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できないことを説明すること、等が挙げられます。

（2） サービス担当者会議（ケアマネジメントＡのみ）

目的	① 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する ② さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する ③ケアプランに示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する

開催時期	① ケアプラン作成時 ② ケアプラン更新時 ③ 訪問型短期集中サポートサービス利用時についてはおおよそ1か月半毎に開催 ④ 臨時の開催 ア ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合 イ 本人の状況等に変化があり、ケアプランの変更が必要な場合
構成員	① 本人・家族 ② ケアプラン作成者 ③ サービス事業者 ④ 主治医 ⑤ インフォーマルサービスの提供者（地区福祉委員等も含む）など
ケアプラン担当者が説明する事項	① 本人の年齢や家族構成等の基本情報 ② 今回の相談、サポート事業利用に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、ケアプラン原案等
協議内容	① 本人の生活状況とケアプランの内容 ② サービス提供時の支援の順序や調整 ③ サービス提供時の配慮 ④ サービス利用から吹田市民はつらつ元気大作戦利用への移行の検討
記録の作成	サービス担当者会議で協議した内容を「経過記録」に記載します。

【留意事項】

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、必要に応じて主治医の見解の確認を必要とする場合があります。本人が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切です。

医師との日程調整が難しいことが少なくありませんが、受診時または医療・介護連携シート（大阪府医師会・介護支援専門員協会共同作成）等により情報を得る等工夫し、実施します。

（参考）https://www.osaka.med.or.jp/img/doctor/medical-care01.pdf

(3)ケアプランの説明・同意・交付

	ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＣ （本マニュアル P50 参照）
	必要	必要
本人へのケアプラン交付	ケアプラン担当者は、本人にケアプランの内容を十分に説明し、本人から、同意を得て交付します。	
サービス事業者、提供者へのケアプラン交付	サービス事業者にサービス提供開始を伝え交付します。	原則、サービス提供者には交付しなくてよいが、はつらつ体操教室にケアマネジメント C 対象者として参加する場合は、その旨を高齢福祉室介護予防担当者に伝え、ケアプランを教室開始までに提出します。

(4)モニタリング

目的	利用者の状態変化やケアプラン等に示された利用者等の取組、サービス・活動事業等の実行状況を把握すること。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組を支持し、促進する機会として活用することが重要。

		ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＣ
実施時期	電話等	毎月（訪問月を除く）	サービス開始から3か月後に1回
	訪　問	3か月に1回（＊）下記参照	－
	本人に著しい変化があった時、ケアプラン終了時		
記録の作成	「経過記録」に記載。		

※目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行います。

また、次へのステップアップのために、住民主体や吹田市民はつらつ元気大作戦などの集いの場等への移行を考慮します。

新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、アセスメントの結果に基づき、ケアプランを見直します。

なおモニタリングの結果、経過記録には次の4点（①利用者やその家族の意向・満足度等、②援助目標の達成度、③事業者との調整内容、④ケアプランの変更の必要性等についての結果）の記載を行います。

（＊）介護保険最新情報 Vol.1201 より抜粋

モニタリングは、サービス提供開始時、サービス評価期間終了月、対象者の状況に著しい変化があった時、3か月に1回及びその他必要時に、対象者の居宅を訪問の上、面接して実施します。対象者の居宅を訪問しない月においては、対象者の通所先を訪問する等の方法により対象者に面接するよう努めるとともに、面接できない場合は、電話等により対象者へ連絡を実施します。また、必要に応じて、サービスの実施状況に関する報告をサービス事業者から聴取することにより実施します。ただし、次に掲げる事項にいずれにも該当する場合であって、少なくとも6か月に1回、居宅に訪問し面接するときは、居宅を訪問しない月において、テレビ電話装置等を活用して対象者に面接できることとします。

(1)テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により対象者の同意を得ていること。

(2)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医、サービス事業者、その他の関係者の合意を得ていること。

ア 対象者の心身の状況が安定していること。

イ 対象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。

ウ 担当者が、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、サービス事業者から提供を受けること。

なお、ケアマネジメント C の場合においては実施を要しません。

(5)評価

目的	ケアプランに位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する

実施時期	①ケアプランに位置づけた期間の終了時。 ②モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合及び介護保険における区分変更申請が必要な場合。 ③ 「自立生活支援のための見守り的援助」を利用する場合は、3か月に1回。 ※「自立生活支援のための見守り的援助」を利用する場合は、ケアプランの目標を明確にし、6か月から1年を経過しても目的・目標が達成せずに効果が見られない場合は、支援内容の変更等、プランの見直しを行います。
記録の作成	「経過記録」に記載。 「評価表」の作成。

(6)ケアプラン更新

ア サポート事業の継続か、保険(介護・予防)給付が必要な状態か確認します。

イ サポート事業の継続であれば、心身状態の再アセスメントのため、基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画作成用)を実施します。(※)

ウ 保険(介護・予防)給付が必要であれば要介護等認定申請を行います。

基本チェックリスト該当者(事業対象者)については、介護保険被保険者証に有効期間が設定されていないため、被保険者証の書き替え等はありません。

(※)基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画作成用)の実施について

ケアプラン作成に伴う基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)実施は、ケアプラン作成者が行います。

基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)の該当項目を加味して、ケアプランを作成します。

(7)ケアプラン終了時の対応

ア　評価の結果、サポート事業の利用を終了する際は必ず基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)を実施します。

イ　サポート事業の利用終了時は、アセスメントシートの聞き取りは不要です。

ウ　サポート事業の利用終了時には必ず「居宅(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中止届出書」を介護保険グループに提出します。サポート事業の利用終了後、状態変化等により再度サポート事業の利用を希望する際は、新規申請者として基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)から対応します。

(8)　窓口相談から介護予防ケアマネジメント作成にあたって必要な書類

基本的な手順のため、順序が前後する場合があります。

ア　介護予防ケアマネジメントの種類別

介護予防支援とケアマネジメント A,C のプラン作成については同様の帳票を使用します。

以下の場所に、帳票のデータを掲載しています。

★マークについては、吹田市ホームページ　介護予防支援・介護予防ケアマネジメント様式集

❤マークについては、吹田市ケア倶楽部(介護支援専門員が吹田市で使用する様式一覧)

実施項目	書類等	ケアマネジメントA			ケアマネジメントC			データ掲載場所等
		センター新規	居宅への新規委託時	プラン更新時もしくはC→A	センター新規	居宅への新規委託時	プラン変更時A→C	
窓口相談	【利用者基本情報】	○	○		○	○		★❤
	【総合事業(サポート事業・吹田市民はつらつ元気大作戦)対象者確認票　】	必要に応じて使用						センターのみ使用
基本チェックリスト実施	【基本チェックリスト(サポート事業利用相談用)】	○	センターからコピーを渡す		○	センターからコピーを渡す		センターのみ使用

実施項目	書類等	ケアマネジメントＡ			ケアマネジメントＣ			
		センター新規	居宅への新規委託時	プラン更新時もしくはC→A	センター新規	居宅への新規委託時	プラン変更時A→C	データ掲載場所等
事業対象者に該当 ↓ 本人宅訪問アセスメント実施（課題分析）	【介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼書】	○	○		○	○		★
	【吹田市高齢者安心・自信サポート事業アセスメントシート】	○	○	○	○	○	○	★❤
	【吹田市基本チェックリスト（介護予防サービス・支援計画書作成用）】	必要に応じて使用		○	必要に応じて使用		○	★♥
	【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書】	○	○		○	○		センターから配付
	【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する重要事項説明書】	○	○		○	○		センターから配付
	【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する介護予防支援の実施方法等について】	○	○		○	○		センターから配付
	【個人情報使用同意書】	○	○		○	○		センターから配付

実施項目	書類等	ケアマネジメントA			ケアマネジメントC			
		センター新規	居宅への新規委託時	プラン更新時もしくはC→A	センター新規	居宅への新規委託時	プラン変更時A→C	データ掲載場所等
介護予防ケアマネジメント依頼の届出	【介護保険被保険者証】	○	○	※	○	○	※	市が発行
	【居宅(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】	○			○			★
ケアプラン原案作成	【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)】	○	○	○	○	○	○	★❤
	【吹田市高齢者安心・自信サポート事業(介護予防・生活支援サービス事業)に係る診療情報提供書】	必要に応じて使用						★
	【サービス利用票・利用票別表】	○	○	○				各社のシステムの様式
サービス担当者会議	【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)経過記録】	○	○	○				★❤

実施項目	書類等	ケアマネジメントA			ケアマネジメントC			データ掲載場所等
		センター新規	居宅への新規委託時	プラン更新時もしくはC→A	センター新規	居宅への新規委託時	プラン変更時A→C	
本人への説明・同意ケアプラン確定・交付	【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)】	○	○	○	本人のみに渡す	本人のみに渡す	本人のみに渡す	★❤
	【サービス利用票・利用票別表】	○	○	○				各社のシステムの様式
サービス利用提供	【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)経過記録】	○	○	○	○	○	○	★❤
モニタリング		毎月電話 3か月に1回訪問 (＊)36ページ参照			3か月後に状況把握のモニタリングを実施(提出書類等はなし)			★❤
	【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)経過記録】	○	○	○	○	○	○	★❤
給付管理/請求	給付管理表、サービス利用票・利用票別表(給付管理表のみデータでの提出可能	毎月給付管理			初回のみ請求			★❤

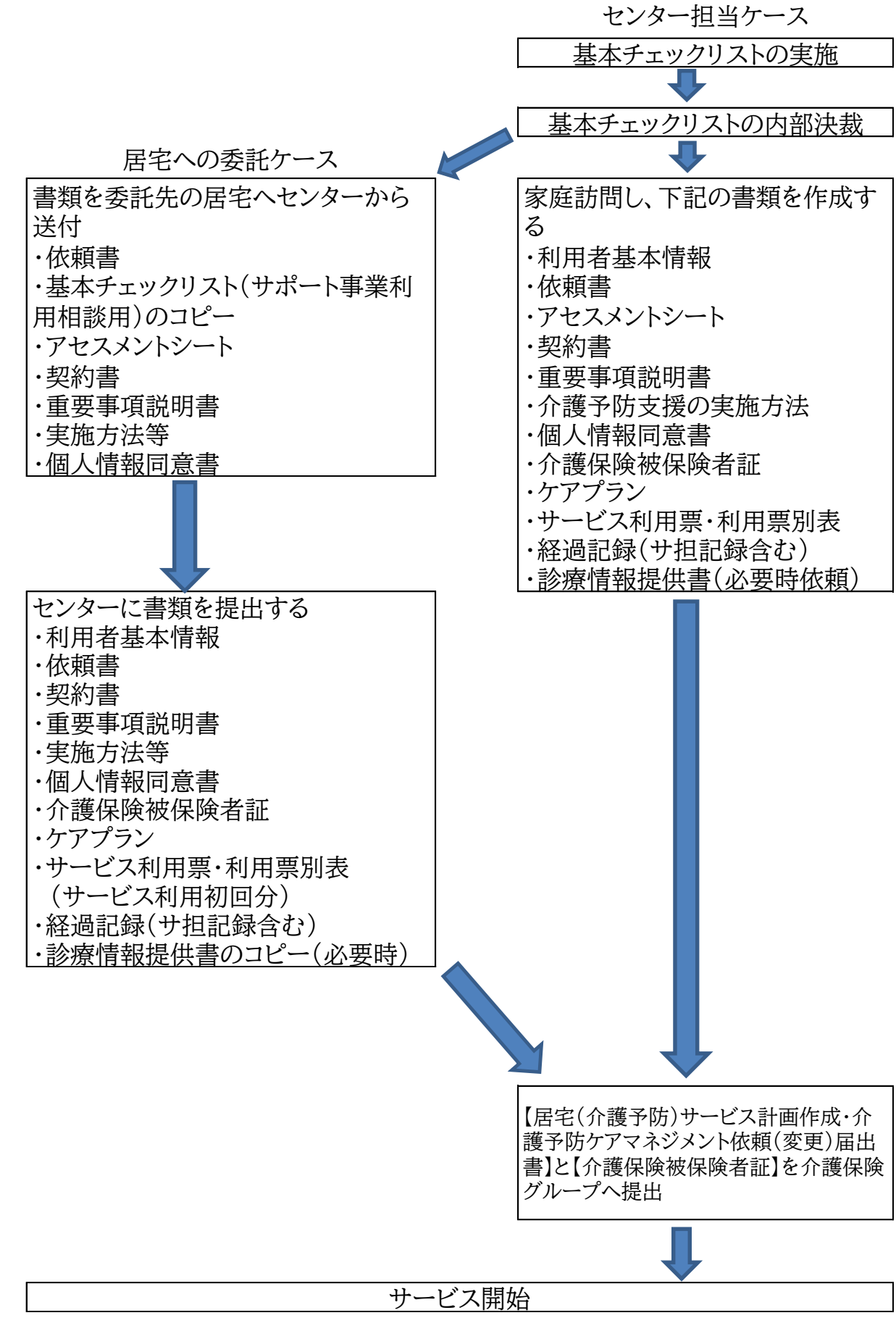
<table>
<tr><th rowspan="2">実施
項目</th><th rowspan="2">書類等</th><th colspan="3">ケアマネジメントＡ</th><th colspan="3">ケアマネジメントC</th><th></th></tr>
<tr><th>センター
新規</th><th>居宅
への
新規委託
時</th><th>プラン
更新時も
しくは
C→A</th><th>センター
新規</th><th>居宅
への
新規委託
時</th><th>プラン
変更時
A→C</th><th>データ
掲載
場所等</th></tr>
<tr><td rowspan="2">評価</td><td>【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】</td><td rowspan="2">○</td><td rowspan="2">○</td><td rowspan="2">○</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>★❤</td></tr>
<tr><td>【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)経過記録】</td><td>★❤</td></tr>
<tr><td rowspan="2">終了</td><td>【居宅(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中止届出書】</td><td colspan="3">サポートサービスの終了時に市に中止届が必要。</td><td colspan="3">ケアマネジメントＣの終了後、市に中止届が必要。</td><td>★</td></tr>
<tr><td>【吹田市基本チェックリスト(介護予防サービス・支援計画書作成用)】</td><td colspan="3">サポート事業の利用を終了する際は実施が必要。</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
</table>

※基本チェックリスト該当者から変更がなければ介護保険被保険者証は変更ありません。要介護等申請により要支援者等に認定されれば、新たな介護保被保険者証が本人に郵送されます。

★マークの帳票の掲載場所

❤マークの帳票の掲載場所

イ　居宅への委託、センター担当の場合別



8 介護予防ケアマネジメントA・C及び一般介護予防事業(吹田市民はつらつ元気大作戦)のメニュー

(1) ケアマネジメントAについて

ケアマネジメントAの内容及び詳細の流れについては、これまで記載の一連の流れに準ずる。

ア ケアマネジメントAの作成について

サポート事業(以下の表のサービス)のみを利用する場合には、ケアマネジメント A を作成します。

※要支援認定者のケアプラン期間については作成当初は認定有効期間にあわせますが、モニタリング時の本人の心身の状況や家族支援等の内容をふまえ、認定期間中であってもケアプラン内容の変更や、サービス利用の終了等を柔軟に検討します。

		ケアプランの期間	支給限度額	
			基本チェックリストまたは要支援1認定者	要支援2認定者
訪問型サービス	訪問型サポートサービス	要支援認定有効期間と同様 基本チェックリスト該当者については最長1年	要支援1相当 (5,032単位)	要支援2相当 (10,531単位)
	訪問型短期集中サポートサービス	原則3か月 最長6か月		
通所型サービス	通所型サポートサービス	要支援認定有効期間と同様 基本チェックリスト該当者については最長1年	要支援1相当 (5,032単位)	要支援2相当 (10,531単位)
	通所型入浴サポートサービス	要支援認定有効期間と同様 基本チェックリスト該当者については最長1年	要支援1相当 (5,032単位)	要支援2相当 (10,531単位)

イ ケアマネジメントAのプロセス(パターン別)(次ページ以降に流れ図を示しています。)

(ア) パターン1 新たにサービスを利用することになったケース

(イ) パターン2 予防給付、介護給付からサポート事業へ移行するケース

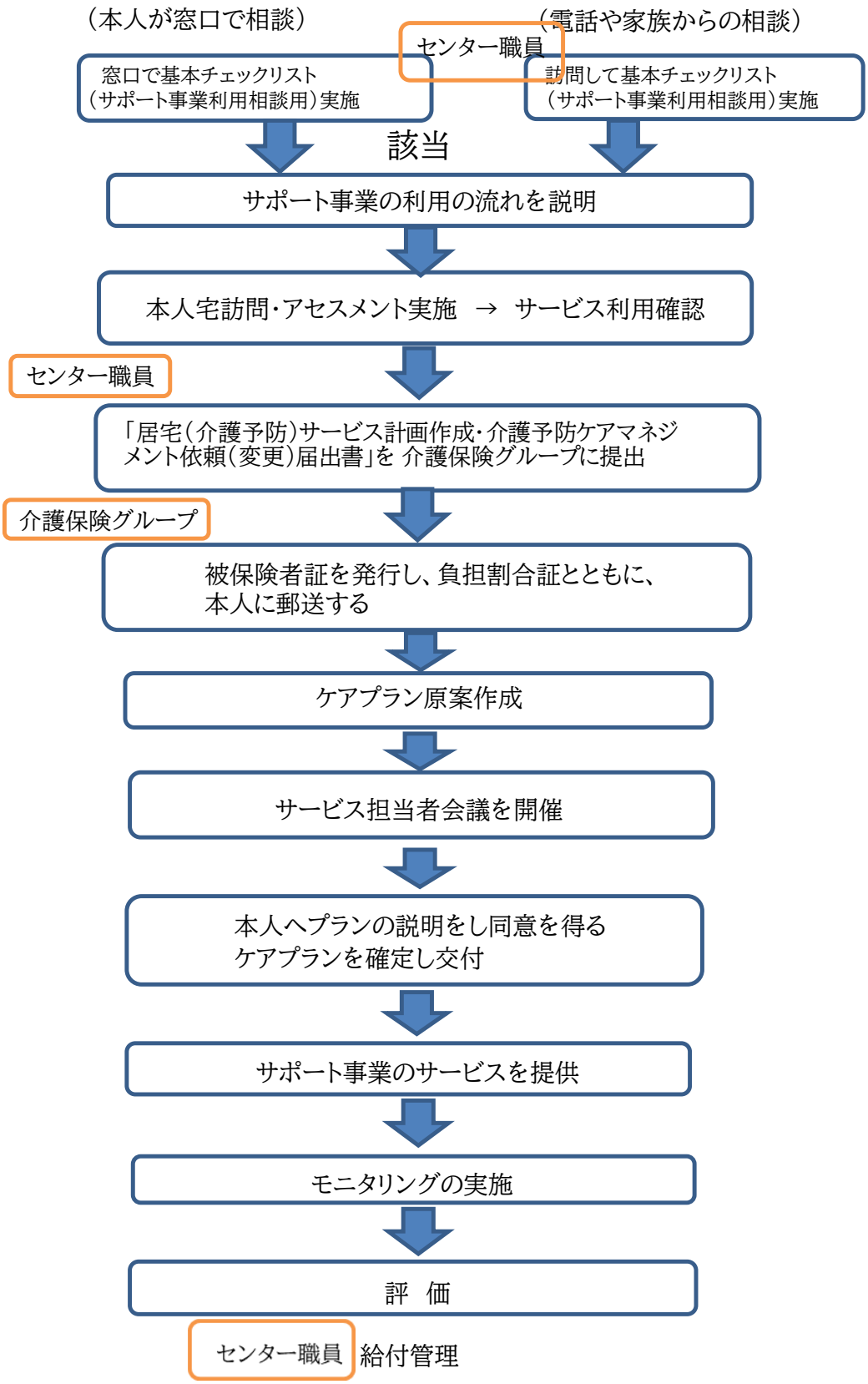
(ウ) パターン3 ケアプランを更新し、サポート事業を引き続き利用するケース

※いずれも事業対象者としてサービスを利用するプロセスを想定

（ア）

パターン1

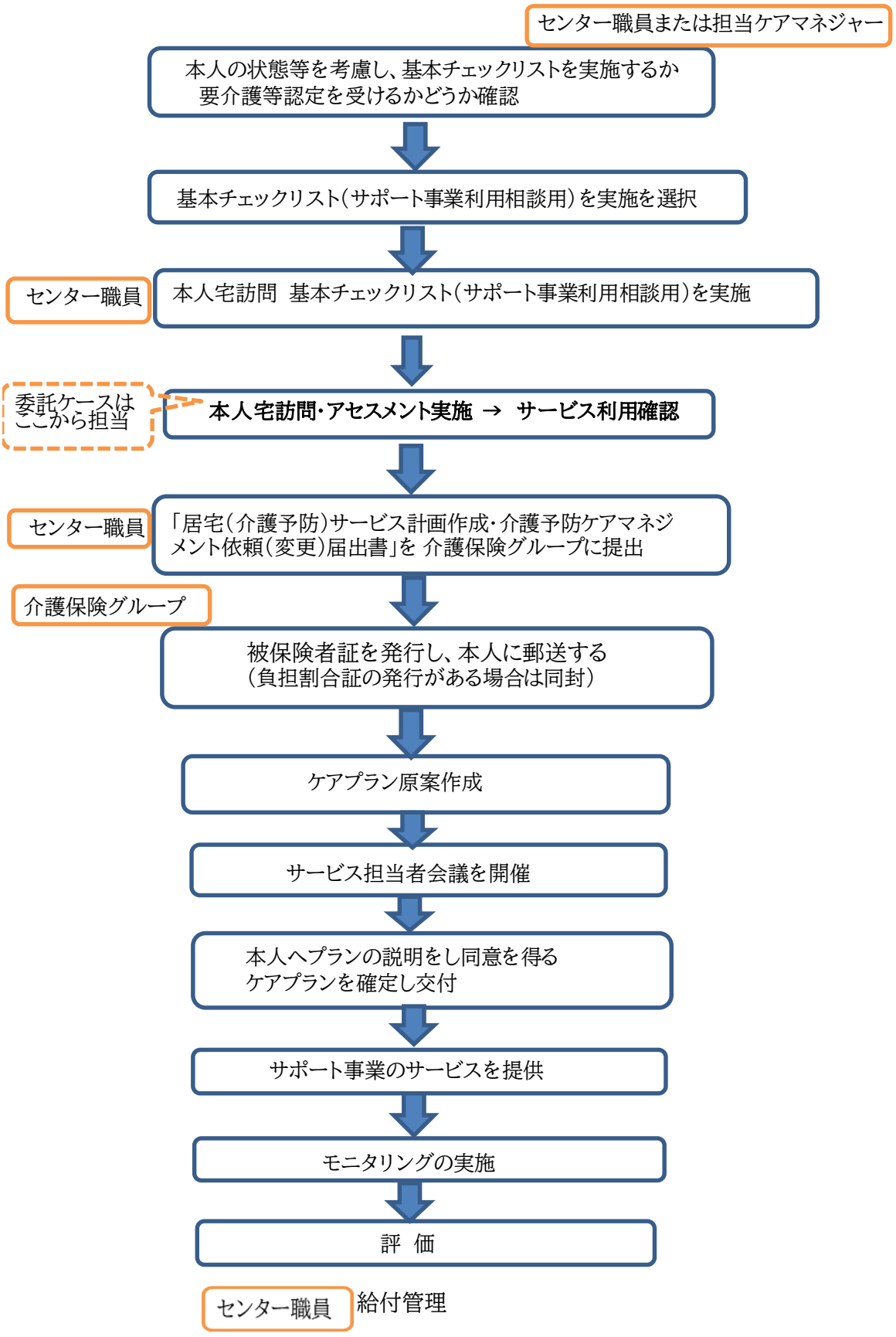
ケアマネジメントA　　（新たにサービスを利用することになったケース）



（イ）

パターン2

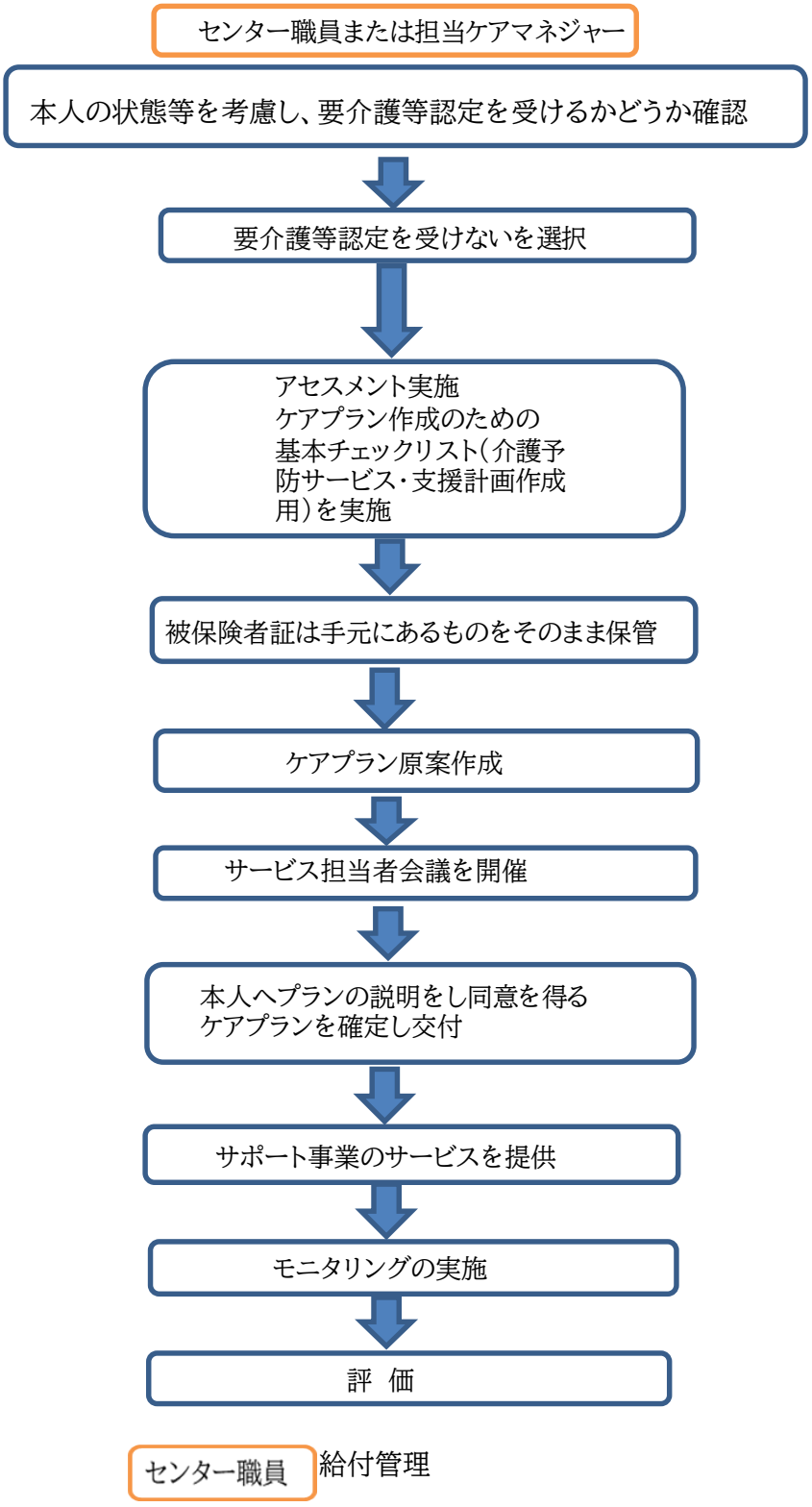
ケアマネジメントA　　（予防給付、介護給付からサポート事業へ移行）



（ウ）

パターン3

ケアマネジメントA　　（ケアプラン更新　サポート事業を引き続き利用 ）



(2)ケアマネジメントCについて

プラン作成	センターが担当もしくは、居宅介護支援事業所に委託してプランを作成します。

目的	介護予防・健康づくりに主体的に取り組んでもらうために行います。

対象	要支援1、2、基本チェックリスト該当者で、予防給付・サポート事業を利用していない、もしくは、サポート事業を利用していたがサービスを終了し、吹田市民はつらつ元気大作戦のメニューを週1回以上利用する者で、利用にあたり支援が必要で、計画作成を希望する者。 (対象例) ①介護予防の必要性の高い者 ②サポート事業の終了者 (対象像) ※地域活動の中で把握した介護予防の必要性のある者 ※総合的な課題があり介護予防の必要性のある者 ※閉じこもり、筋力低下、口腔機能低下、栄養不良のため改善の必要性のある者

内容	(1)ケアマネジメントCの算定要件 ア 「吹田市民はつらつ元気大作戦」のメニューを週 1 回以上(複数のメニューを組み合わせても可)3か月以上継続して利用する場合、1回の参加を確認した月に算定可能 (参考資料) 市報すいた、吹田市民はつらつ元気大作戦 A3リーフレット 吹田市ホームページ、吹田市民はつらつ元気大作戦年間計画 (ア)福祉部が、一般介護予防事業で実施する教室、講座 (イ)福祉部以外が、他事業で実施する教室、講座(体育館、公民館、成人保健課等) (ウ)住民主体の活動のうち、以下のいずれかに該当するもの。 (事業として実施されているものではなく、住民グループ等の任意の活動であるため、利用受け入れの可否が常に平等・公平に判断されるとは限らないことに留意) a 吹田市民はつらつ元気大作戦のうち、住民主体の介護予防活動として市やセンターが支援している体操実施グループ b 他、月1回以上、実施しているもの (例) ・「いきいき百歳体操」継続実施団体 ・「吹田はつらつ体操」継続実施団体 ・月1回以上実施している住民主体の集いの場 ・吹田市社会福祉協議会が発行している「吹田市高齢者生活サポートリスト『集いの場』編」に掲載の社会資源(吹田市社会福祉協議会ホームページに掲載。) (エ)その他、民間企業を含む多様な主体による活動、教室、講座

	イ　利用に必要な問合せ・手続き・見学等をサポートする。（対象者の状況に合わせて必要なサポートを行います。） （2）ケアマネジメントCの内容 ・アセスメントの実施 ・ケアプラン作成 ・本人への説明・同意 ・ケアプラン交付 ・1回の参加を確認し、介護予防ケアマネジメント費を請求。 （ケアプラン作成後、結果としてメニューの利用が1回であったとしても算定可能ですが、継続参加の働きかけを行います。） ・3か月後、モニタリングを実施（訪問あるいは電話）した後、「居宅（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中止届出書」を介護保険グループに提出します。 ・モニタリングの結果、必要であれば総合相談やケアマネジメントAにつなぎます。 ※本人のセルフケアマネジメントを推進する観点から、はつらつ元気手帳（本マニュアル P18参照）を活用し、記載促しや内容の確認等は行います。 ※参加状況について、主催先等に確認を行う必要はありません。 （3）介護予防ケアマネジメント費の支払い ケアマネジメント C はケアプラン作成後、「吹田市民はつらつ元気大作戦」のメニューへの参加を確認した月に、当該月分として請求します。（請求は1回のみ）詳しくは、「11　給付管理」を御確認下さい。 ・国保連合会経由で審査・支払い （4）医療情報の質問項目に該当がある場合 基本チェックリスト（サポート事業利用相談用）に該当し、ケアマネジメントCを算定し、運動メニュー（※1）を利用する場合で、下記の質問項目に1つ以上該当する場合は、本人から主治医に参加してもいいか相談します。（医療情報提供書作成依頼までは必要ありません。） ア　この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか イ　かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか ウ　この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか エ　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 オ　糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか カ　この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか

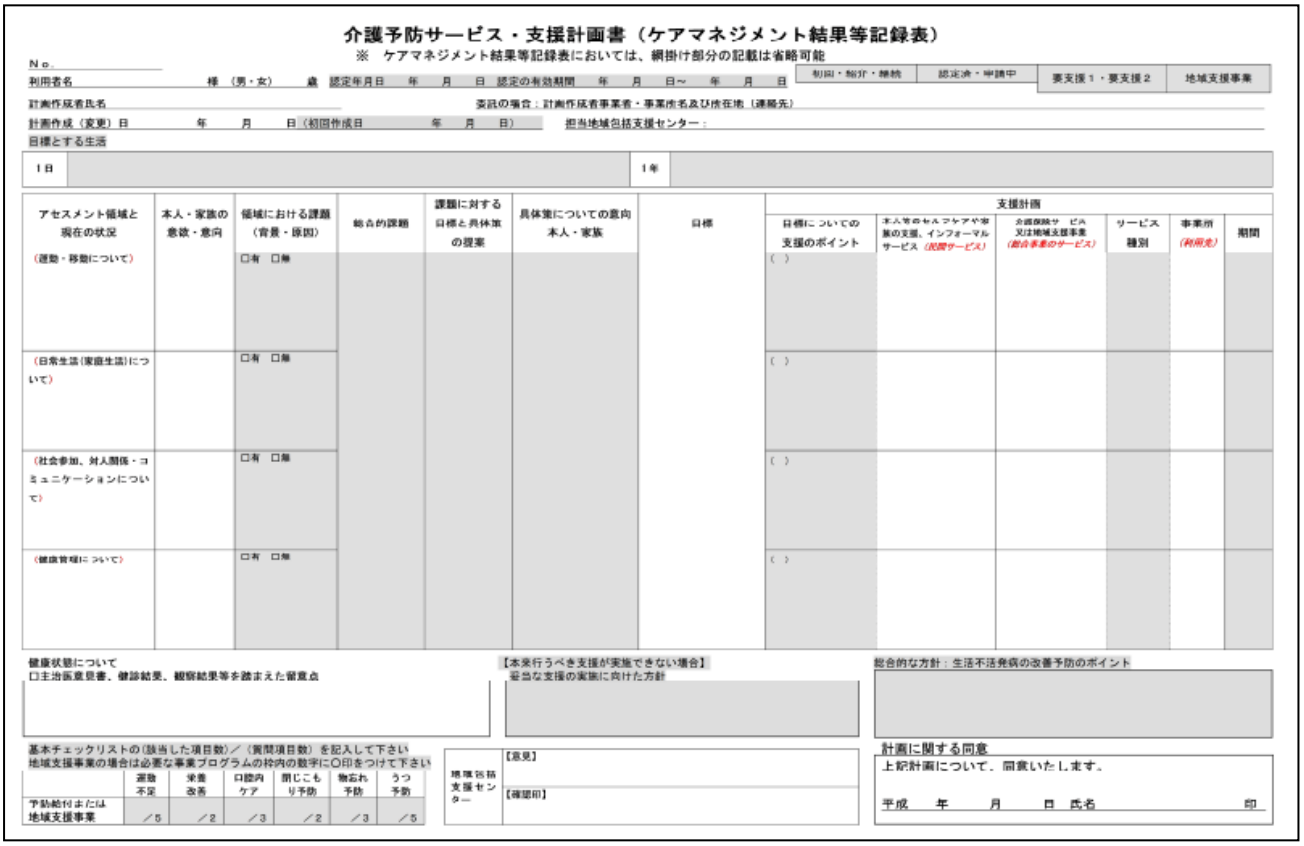
※1　吹田市民はつらつ元気大作戦メニューのうち①②③④⑩⑪⑫⑯⑰を利用する場合（本マニュアル P56 参照）

なお、ケアマネジメント C の様式については、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年1月9日版】第4サービスの流れ（問9）を参考に作成します。

（問9）の答

> 3　なお、「初回のみのケアマネジメント」を行った際のケアマネジメント結果の様式としては、例えば、介護予防サービス・支援計画書を活用し、①アセスメント領域と現在の状況（現行の４つの領域に限らず課題分析標準項目を参考に実施）、②本人・家族の意欲・意向、③目標、④本人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）を追加）、⑤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）を追加）、⑥事業所（（利用先）を追加）といった項目についてのみ記載して使用する他、市町村において任意の様式を使用することも想定している。（様式例　次頁）

ケアマネジメントCについては、ケアプラン作成において、ケアマネジメントAと同じ様式を使用しますが、網掛け部分については記入を必須としません。



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）

※　ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

Ｎｏ.

利用者名　　様（男・女）　歳　認定年月日　年　月　日　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

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

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

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

目標とする生活

１日		１年	

アセスメント領域と現在の状況	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　□無					（　）					
（日常生活（家庭生活）について）		□有　□無					（　）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		□有　□無					（　）					
（健康管理について）		□有　□無					（　）					

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
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】

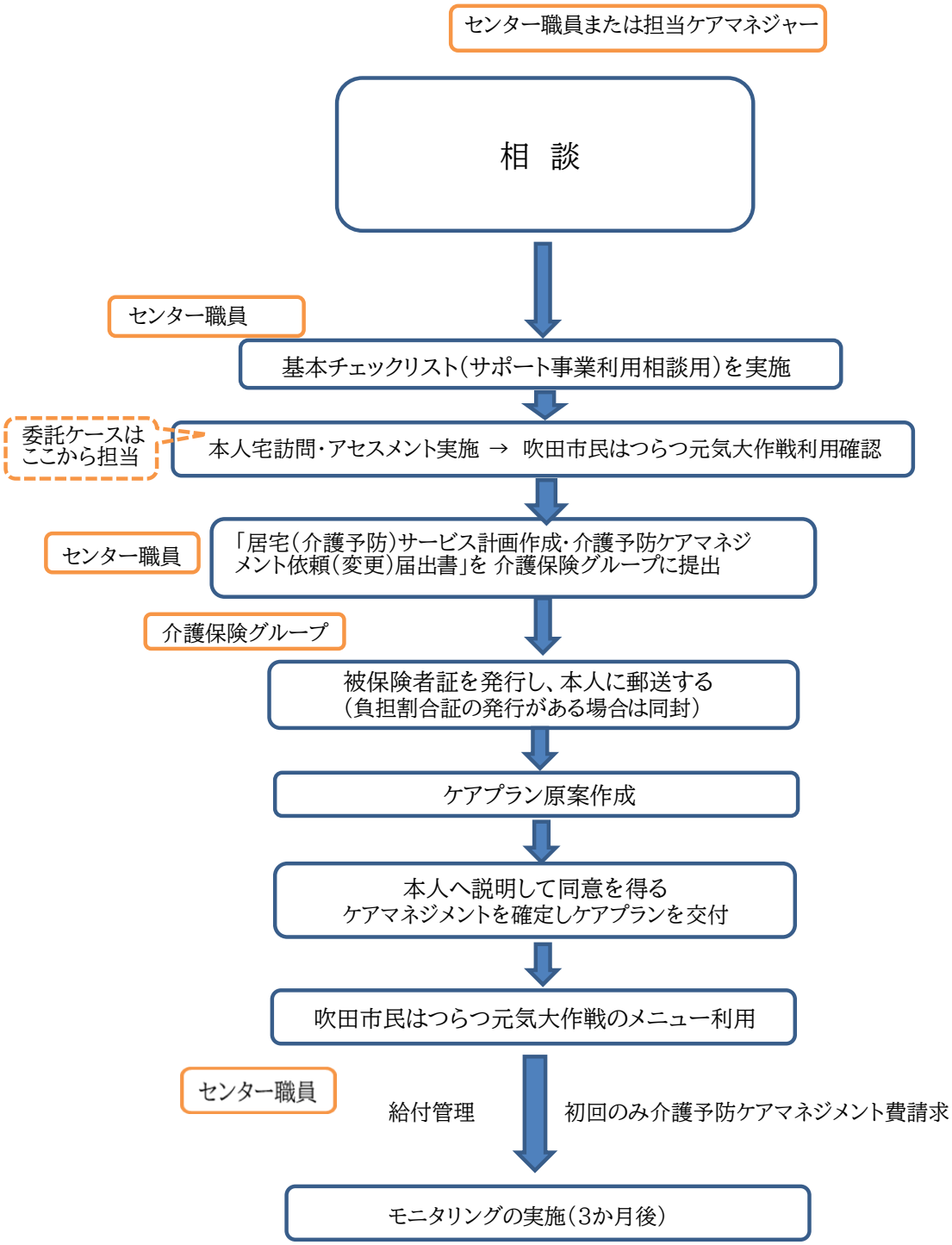
計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
平成　年　月　日　氏名　印

（3） ケアマネジメントＣのプロセス

（ア）

パターン1

ケアマネジメントC　　（新たにサービスを利用することになったケース）



＊ケアマネジメントCを終了後、サービス利用が必要と判断される場合は、センターに報告のうえ、ケアマネジメントAもしくは介護予防支援に移行することができます。

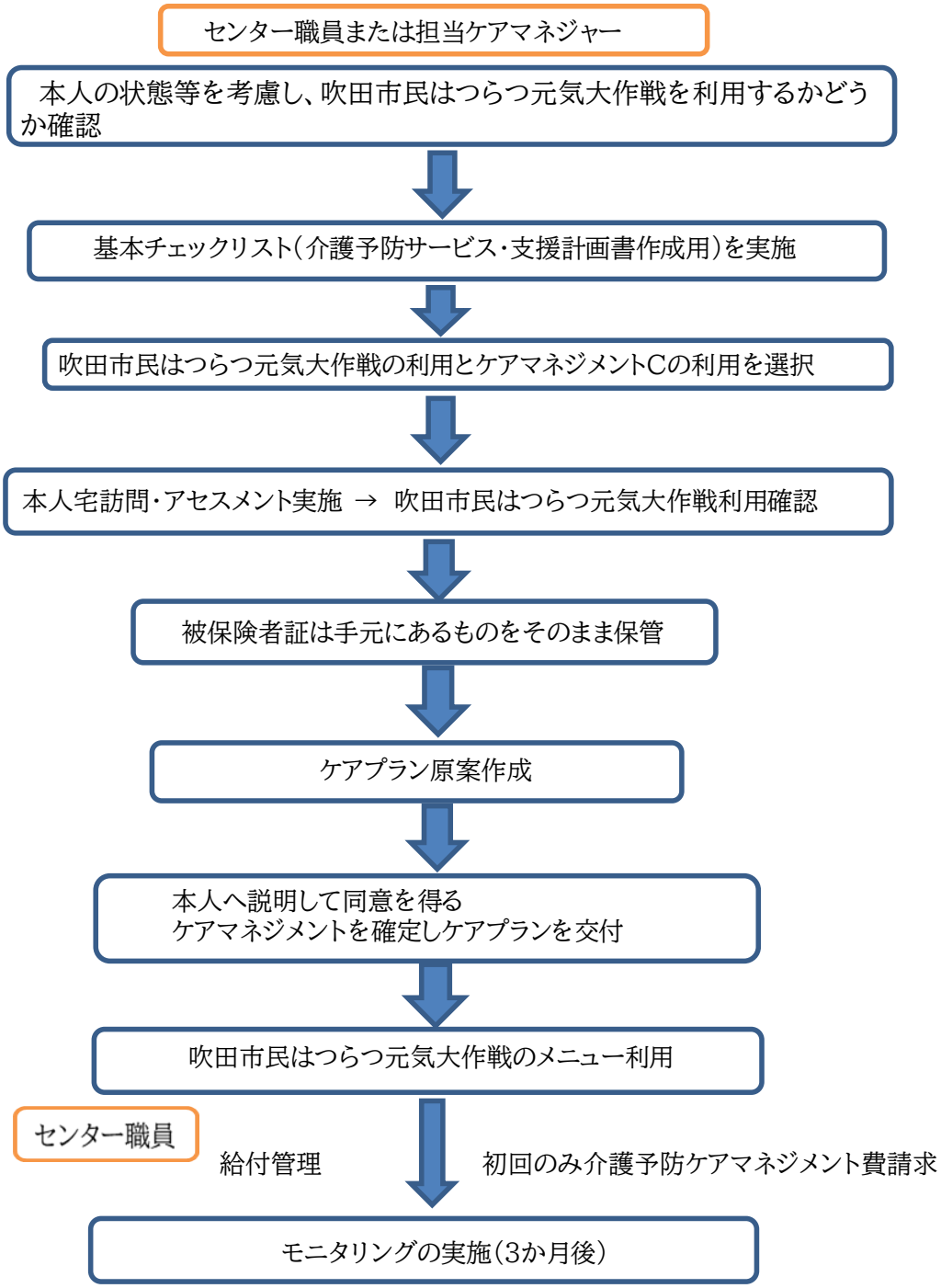
＊ケアプラン作成しなくても、吹田市民はつらつ元気大作戦の利用は可能。

（イ）

パターン2

ケアマネジメントC

（サポート事業等の利用を終了し、ケアマネジャーが支援して吹田市民はつらつ元気大作戦のみの利用へ移行するケース ）



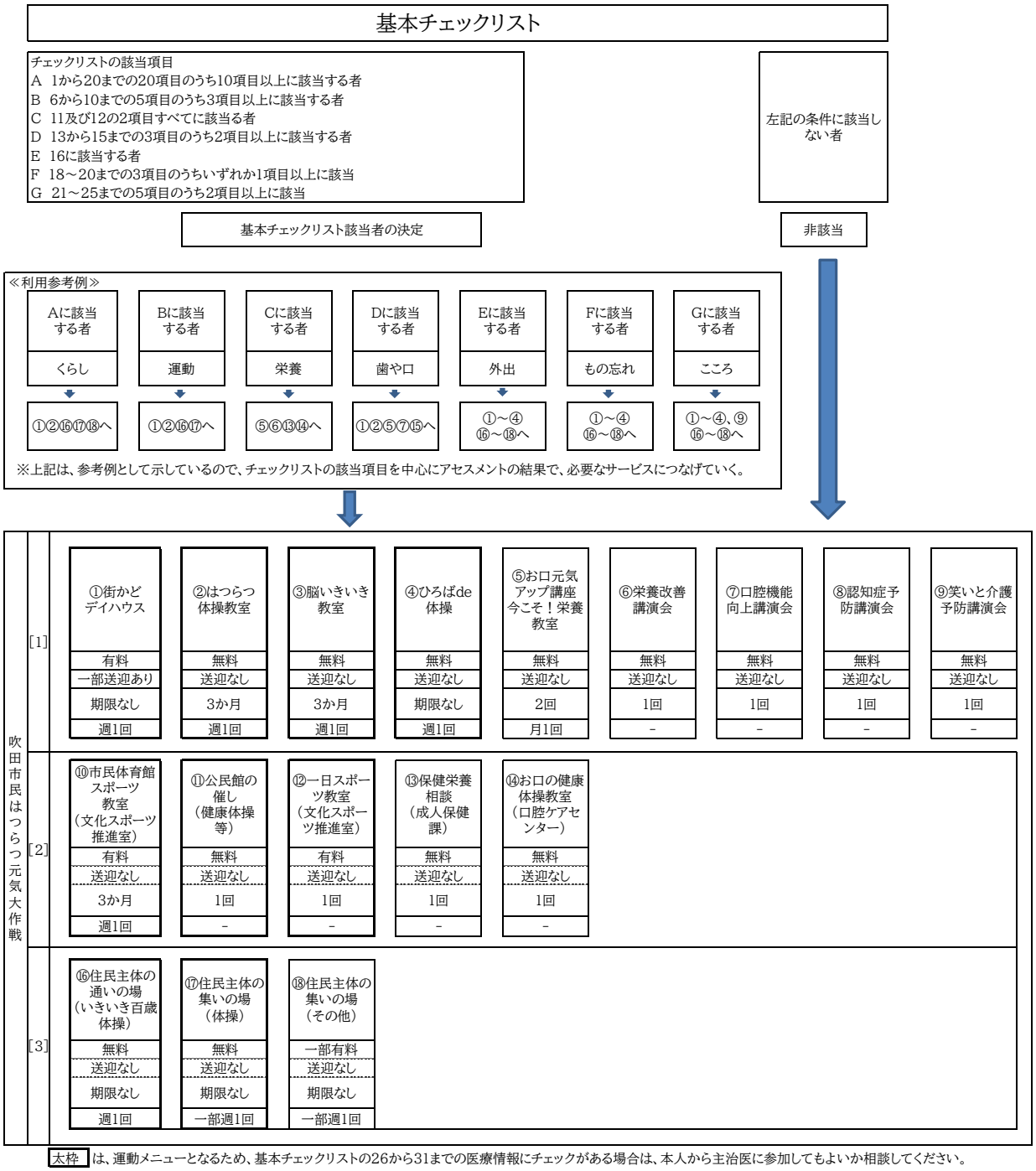
＊ケアマネジメントCを終了後、サービス利用が必要と判断される場合は、センターに報告のうえ、ケアマネジメントAもしくは介護予防支援に移行することができます。

＊ケアプラン作成しなくても、吹田市民はつらつ元気大作戦の利用は可能。

(4)吹田市民はつらつ元気大作戦(一般介護予防事業)の主な内容

項目	実施方法	内容
介護予防把握事業	一般介護予防事業の利用支援、はつらつ元気シート(基本チェックリスト)の活用	閉じこもり等の何らかの支援を要する高齢者を早期に把握し、住民主体の介護予防活動へつなげることを目的とする。本人、家族などからの相談から把握する。また、民生委員、コミュニティソーシャルワーカー(CSW)、医療機関などと連携し、把握する。
介護予防普及啓発活動	既存の講座、教室	・講演会(認知症予防、口腔機能向上、笑いと介護予防、栄養改善) ・脳いきいき教室 ・はつらつ体操教室　お口元気アップ教室　今こそ！栄養教室 ・出前講座(転倒予防等) ・ひろばde体操 ・介護予防手帳「はつらつ元気手帳」の普及、啓発
地域介護予防活動支援事業	住民主体の通いの場「いきいき百歳体操」の普及	・いきいき百歳体操普及(おためし講座)
		・いきいき百歳体操実施グループ支援講座(フォロー講座・ステップアップ講座)
	介護予防に関するボランティアの育成	・介護予防推進員養成 ・介護予防推進員活動支援 ・はつらつ教室OB会活動支援 ・介護支援サポーター事業 ・街かどデイハウス
地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーションに関する専門知識を有する者が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する。	・住民への介護予防に関する技術的助言(住民主体の通いの場への医療等専門職派遣) ・介護職員等への介護予防に関する技術的助言(研修会等の開催) ・自立支援型ケアマネジメント会議におけるケアマネジメント支援

(5)基本チェックリストの該当項目による吹田市民はつらつ元気大作戦のメニュー選択のガイドライン



太枠は、運動メニューとなるため、基本チェックリストの26から31までの医療情報にチェックがある場合は、本人から主治医に参加してもよいか相談してください。

（6） 保険（予防）給付、サポート事業、吹田市民はつらつ元気大作戦の利用の可否とケアプランの種類

<table>
<tr><td colspan="2">認定状況
サービス</td><td>要介護</td><td>要支援</td><td>基本チェックリスト該当者</td><td>非該当</td></tr>
<tr><td rowspan="2">①保険（予防）給付</td><td>サービス利用</td><td>○</td><td>○</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>ケアプラン</td><td>居宅介護支援</td><td>介護予防支援</td></tr>
<tr><td rowspan="2">②サポート事業</td><td>サービス利用</td><td rowspan="2"></td><td>○</td><td>○</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>ケアプラン</td><td>①のサービスがなければケアマネジメントA</td><td>ケアマネジメントA</td></tr>
<tr><td rowspan="3">③吹田市民はつらつ元気大作戦</td><td>メニュー利用</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ケアプラン</td><td colspan="3">ケアマネジメントCを経なくても利用可能</td></tr>
<tr><td></td><td>①②のサービス利用がなければケアマネジメントCの算定が可能</td><td>①②のサービス利用がなければケアマネジメントCの算定が可能</td><td></td></tr>
</table>

9 訪問型短期集中サポートサービス

(1) サービスの内容

プラン作成	センターが担当もしくは、居宅介護支援事業所に委託してプランを作成します。

目的	日常生活に支障があり、生活行為(歩行、階段昇降、排泄、入浴等)が困難な方が、リハビリ専門職が考えたプログラムを集中的に取り組むことで自立支援を図ります。

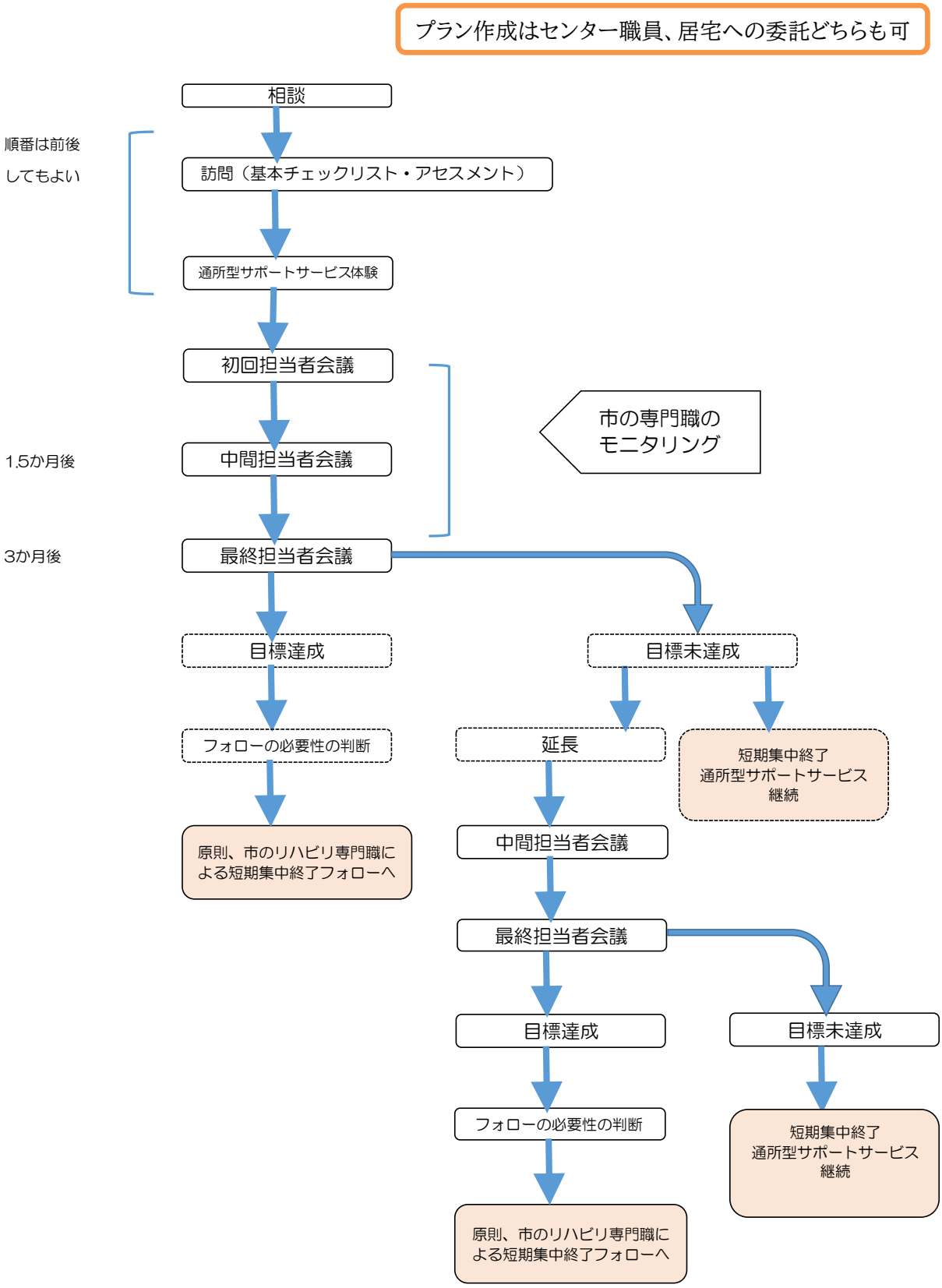
対象	日常生活に支障があり、集中的な取り組みが適当である者で以下に該当する者 (1)整形外科疾患がある者 (2)入院に伴う廃用性症候群がある者 (3)その他市長が必要と認める者
内容	本人に対して、日常生活に支障があり、不安・不便の軽減を図るための指導・助言を行うとともに、生活行為の回復・向上を図るプログラムを提供します。 通所型サポートサービスの利用が必須(登録事業所は「すいた年輪サポートなび」で検索可能)。
利用期間	基本3か月以内 市のリハビリ専門職が必要と認めるときは、最長6か月の範囲で延長
利用相談	センターに相談を行い、センター経由で訪問型短期集中サポートサービス相談票を市に提出します。 (訪問型短期集中サポートサービス相談票は、★吹田市ホームページ高齢福祉室支援グループ及び ♥吹田市ケア倶楽部に掲載)
利用申請	相談後、市のリハビリ専門職がセンターまたはケアマネジャーに同行し、初回アセスメントを実施します。センターまたはケアマネジャーが利用意向の確認後、支援グループに申請書等を提出します。 (訪問型短期集中サポートサービス申請書は、★吹田市ホームページ高齢福祉室支援グループ及び ♥吹田市ケア倶楽部に掲載)

すでにケアプラン作成をしている利用者が、ケアプランの期間途中であっても、訪問型短期集中サポートサービスの追加利用を必要とする場合は申請できます。

訪問型短期集中サポートサービスの利用が決まれば、市のリハビリ専門職のアセスメントシートを参考にケアプランを作成します。センターへのケアプランの提出は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントと同様です。

訪問型短期集中サポートサービスの利用により目標達成後にサービスが不要となった後であっても、身体機能の回復・向上が必要な場合は再相談及び再利用が可能です。

（2） 訪問型短期集中サポートサービスの利用の流れ



（3） 訪問型短期集中サポートサービスにおけるケアマネジャー（センターもしくは居宅介護支援事業所）と市の専門職の役割

基本の流れ	ケアマネジャーの手順	市の専門職の手順
１利用相談	・ケアマネジャーから委託元のセンターへ相談し、相談票を提出する。	・市の専門職が、ケアマネジャーと訪問の日程調整を行う。
２訪問（アセスメント）	・市の専門職のアセスメントにより利用が適当であり、且つ本人が希望する場合に短期集中の利用申請書及び個人情報使用同意書に記載してもらい、センターに提出する。	・ケアマネジャーと訪問し、アセスメントを行う ・短期集中アセスメントシートに記録し、ケアマネジャーに郵送する。 ・自主トレーニングメニュー等の指導、助言を行う。
３通所型サポートサービス体験	・本人と通所事業所（登録事業所）の選定、体験を実施する。 ・必要に応じて主治医との連携、診療情報提供書を依頼する。 ・ケアプラン原案作成後、必要書類をセンターに提出する。ケアプラン作成に伴う必要書類は介護予防支援・ケアマネジメントと同様 ・本人へケアプランの説明、同意を得て、交付する。	
４初回担当者会議	・担当者会議の開催場所は、自宅または通所事業所で行う。 ・本人、サービス事業所、市の専門職と3か月後の生活目標や、目標達成に必要な運動内容等を確認する。 ・本人、市の専門職と目標達成後の通いの場等の地域資源活用の検討を始める。	・3か月後の生活目標や目標達成に必要な運動内容等を確認し、助言を行う。 ・目標達成後の通いの場等の地域資源活用の検討と助言を行う。 ・中間担当者会議の日程を決める。 ・担当者会議記録を作成し、ケアマネジャーに郵送する。
市の専門職のモニタリング	・ケアマネジャーの同行可能	・目標達成に向けて、新たな課題や目標の変更の必要性等を客観的に判断するためモニタリングを行う（中間担当者会議までに実施）。
５中間担当者会議（1.5か月後）	・本人、サービス事業所、市の専門職と目標達成に必要な運動や身体機能を評価する。 ・中間担当者会議は市の専門職のみの出席でも可（ケアマネジャーの　同席可能）。	・中間時点で身体機能の評価と到達点を確認し、目標達成に必要な運動内容等を確認し、助言を行う。 ・中間の担当者会議、モニタリングは市の専門職のみの出席でも可。 ・市の専門職のみの場合は担当者会議を進行する。 ・担当者会議記録を作成し、ケアマネジャーに郵送する。
市の専門職のモニタリング	・ケアマネジャーの同行可能	・目標の達成状況についてモニタリングを行う。
６最終担当者会議（3か月後）	・本人、サービス事業所、市の専門職と目標達成状況の確認、　延長及びフォローの必要性を判断する。	・目標達成状況等の確認、延長及びフォローの必要性を判断する。 ・担当者会議記録を作成し、ケアマネジャーに郵送する。
3か月後		
７目標達成	・通所の利用終了とともに短期集中終了となる。 ・支援経過記録、評価票をセンターへ提出する。	・フォローが必要な場合は、市の専門職が行い、その結果をケアマネジャーに報告する。

10　通所型入浴サポートサービス

(1) サービスの内容

目的	入浴行為は自立して行うことができるが、不安があるため、見守り程度の支援が必要な方に対して、デイサービス等の入浴設備を活用し、入浴の機会を確保します。

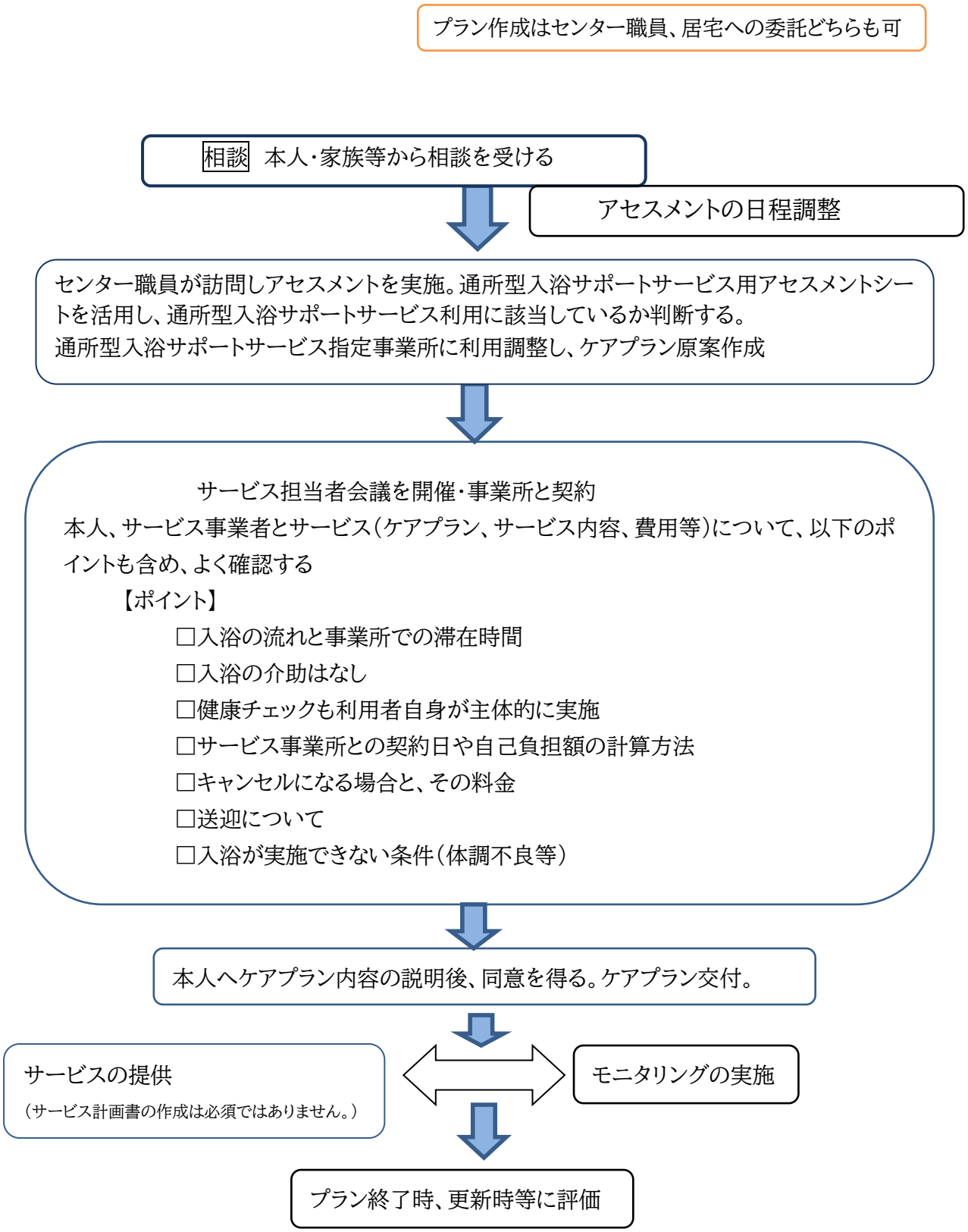
対象	基本チェックリスト該当者、要支援1・2（2号被保険者含む）のいずれかの認定の被保険者で、洗身等自立しており、入浴の見守りが必要な方、又は入浴に不安のある方。 入浴行為に伴う一連の動作は自立しているが、入浴の一部の動作に見守りが必要で、かつ、自宅の浴室事情により入浴できない方。 対象者の判断については、アセスメントシートを活用してください。
内容	デイサービス等の入浴設備を活用し、送迎と入浴サービスのみ実施します。 入浴前後の健康状態の把握も利用者が主体的に行います。（入浴を実施する事業ですが、事業所に看護師の配置を必須としていない。）
利用期間	ケアプランに設定した期間。モニタリング訪問は3か月に一度（＊）本マニュアル P36 参照
実施施設	A6指定を受けた通所型サポート事業実施事業所のうち、通所型入浴サポートサービス実施についても指定を受けた事業所において実施します。 吹田市ホームページに掲載。（随時更新）

基本チェックリスト該当者が通所型入浴サポートサービスの利用の際には、必要な医療情報を確認するために主治医に【診療情報提供書】の作成を依頼します。

【診療情報提供書】

対象者	基本チェックリストに該当し、「吹田市高齢者安心・自信サポート事業」を利用することになった65歳以上の介護保険被保険者のうち、 (1)通所型サポートサービスを利用する場合で、下記の質問項目に1つ以上該当する時（必須）。 ①この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか ②かかりつけ医等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか ③この6か月以内に心臓発作または脳卒中をおこしましたか ④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 ⑤糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能低下、あるいは低血糖などがあると指摘されていますか ⑥この1年間で心電図に運動を制限するような異常があるといわれましたか (2)その他、医師の判断が必要な場合。

（2） 通所型入浴サポートサービス利用の流れ



（3） 通所型入浴サポートサービス　アセスメントシート

通所型入浴サポートサービス　アセスメントシート

実施日　　年　　月　　日　被保険者名　　実施者

◎入浴に伴う動作に何らかの介助が必要ですか？

→ □はい ——→ 必要に応じて他のサービス（介護保険サービス、通所型サービス等）の利用を検討

→ □いいえ

↓

◎自宅等で支障なく入浴できますか？

→ □はい ——→ 自宅や銭湯等での入浴を継続

→ □いいえ

下記の設問に☑

Ⓐ□基本チェックリスト該当者もしくは要支援認定者である

Ⓑ 動作・心理の面での支障がある

□衣類の着脱
（つかまらないと不安、座ってでないと立ったままの着替えはつらい、ふらつくことが多く不安、など）

□浴室や脱衣室での移動
（つかまらないと不安、転倒が多く不安、など）

□洗身や洗髪
（シャワーと使わないと十分にできない、など）

□浴槽への出入り
（つかまらないと不安、ふらつくことが多く不安、など）

□入浴意欲
（セルフネグレクト、無気力、など）

Ⓒ 住環境の面での支障がある

□自宅に浴室がなく、日常的に利用できる銭湯等もない

□自宅の浴室が、本人が日常的に利用するには支障があり、改善も困難
（構造的・経済的な事情により、必要な改修や手すり設置等ができない、浴室の衛生面に問題がある、気温差が大きくヒートショックの不安がある、など）

Ⓐにチェックがあり、
ⒷとⒸにそれぞれ1つ以上チェックがある

→ **通所型入浴サポートサービス利用に該当**

11 給付管理

ケアマネジメントA

実績に基づき、給付管理を行います。

月額包括報酬、1回算定報酬、サービス利用契約日、解除日など日割り計算に間違いがないか注意します。

期日までに訪問型及び通所型サポートサービス事業所は、実績をケアプラン作成担当者へ提出し、ケアプラン作成担当者は給付管理票と実績をセンターへ集約し、センターは国保連合会へ提出します。

＜ケアプラン作成を委託している場合に必要な書類＞

・給付管理票（USBも可）、サービス利用票、サービス利用票別表

ケアマネジメントC

吹田市民はつらつ元気大作戦のメニューへの1回の参加を確認したうえで、当該月分として1回のみケアマネジメント費を請求。ケアプラン提出後、1回の参加確認をした旨をセンターへ報告し、センターは国保連合会へ提出します。ただし、委託の場合は、センターは高齢福祉室へ「委託先支援事業所情報」の提出も行い、高齢福祉室から国保連合会へ「委託先支援事業所情報」の提出を行います。

ただし、令和7年5月請求分以降は、国保連合会のシステムが標準システムに移行されるため、委託の場合、センターは「委託先支援事業所情報」提出の必要はなく、請求明細書の摘要欄1行目に「委託先の居宅介護支援事業所番号」を入力して国保連合会に提出します。