

飯能市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

(令和6年10月改定)

1 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

(1) 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、要支援者等の様々な生活ニーズに対応するため、介護予防訪問等のサービスに加え、住民主体の支援等を含め、多様なサービスを制度の対象として支援します。

この事業は、「訪問型サービス」、「通所型サービス」、及び「介護予防ケアマネジメント」等から構成されます。

《訪問型》

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

出典：厚生労働省

《通所型》

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス 種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス 内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動な ど、自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や栄養改 善等のプログラム
対象者と サービス提 供の考え 方	○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 ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に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 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進してい くことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多 様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた 支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の 最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス 提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

出典：厚生労働省

《介護予防ケアマネジメント(出典：厚生労働省)》

ケアマネジメントA（介護予防支援と同様のケアマネジメント）	
・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合 ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用する場合 ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》 →サービス利用開始 →モニタリング《給付管理》
ケアマネジメントB（サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント）	
・ ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》 →サービス利用開始 （→モニタリング【間隔をあけて必要時時期を設定】）
ケアマネジメントC（サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント）	
・ ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始 （利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行）

2 総合事業対象者

総合事業の対象者は、要支援者に相当する方とします。サービス利用に至る流れとしては、要支援認定を受けて介護予防ケアマネジメントを受ける流れの他に、基本チェックリストを用いた簡易な形で対象者を判定し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れがあります。前者を要支援者、後者を介護予防・日常生活支援総合事業対象者（以下「総合事業対象者」という。）とします。

総合事業によるサービスのみを利用する場合には、基本チェックリストを用いることで、要介護認定等を受けることなく、迅速に総合事業の利用開始につなげることができます。

65歳以上で次の項目に該当する方。

- ① 新規の相談の方で、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ② 要介護認定（要支援認定も含む）の更新をしないで、有効期間終了前に基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ③ 要介護認定等の申請を行った結果、「非該当」と認定され基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。
- ④ 総合事業対象者として決定して、おおむね3か月間総合事業の利用がない場合に、改めて総合事業の利用希望がなされ、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する方。

※40歳～64歳の第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることによりサービス事業を受けることができます。

受付時状況確認票、基本チェックリスト実施の有無

		受付時状況確認票、基本チェックリストの実施場所	受付時状況確認票	基本チェックリスト
新規		相談窓口	○	○
介護保険更新申請	要支援	包括・居宅が自宅訪問	○	○
	要介護	居宅が自宅訪問	○	○
介護保険区分変更	要支援	—	×（要介護認定）	
	要介護	—	×（要介護認定）	
要介護認定で非該当		介護福祉課が自宅訪問	○	○
総合事業対象者で、一般介護予防事業へ移行、または総合事業を利用せず3か月空いた。		相談窓口	○	○

※包括＝居住圏域の地域包括支援センター ※居宅＝居宅介護支援事業所

※相談窓口とは、介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のこと。

3 窓口での相談受付

以下、「図1 飯能市介護サービスの利用手続き」フローチャートと照らし合わせながら読みすすめます。

- (1) 相談窓口(A)は、介護福祉課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所(※)とします。

総合事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に来庁・来所していただき行うものとします。

ただし、本人が来所できない(入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等)場合は、電話や家族の来所による相談もしくは訪問に基づき、本人の状況や相談の目的を聴き取るものとします。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明を行い、適切なサービス利用につなげるものとします。

※居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可としますが、本人が来所できない場合と同様の扱いとします。

- (2) 介護福祉課窓口においては、必ずしも専門職である必要はありません。
- (3) 相談においては、受付時状況確認票と基本チェックリストを活用します。
- (4) 要支援・要介護者の介護保険更新申請においても、受付時状況確認票と基本チェックリストを活用し、新規相談者と同様に行います。

4 受付時状況確認票【様式1】の活用と実施

＜受付時状況確認票の目的＞

総合事業あるいはそれ以外のサービスを勧めるにあたっての根拠と、相談を受ける者の相談技術の力量の統一を図るためのものです。

相談者のニーズに対して、基本チェックリストまたは要介護認定申請に振り分けます。

＜受付時状況確認票の手順＞

窓口担当者は、本人や家族から相談の目的や希望するサービス内容について聴き取りを行います。受付時状況確認票の記入は窓口担当者が行います。

1. 年齢を確認します。

年齢が40～64歳の第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病が申請の前提となっているために、要介護認定申請（②）を行うものとします。

（総合事業を利用する場合は、要支援の認定を受けることが必要となります。）

2. 相談に来られた理由、生活状況及びサービスの希望を確認します。

要介護認定の申請が必要であるか判断するためのものです。

3. 受付時状況確認票の回答内容を確認します。

4 現在の生活状況についての回答がすべてアンダーライン項目のみ該当の場合は基本チェックリストを、回答が1つでも前述の項目に該当する場合は要介護認定申請（②）を勧めます。

※原則として受付時状況確認票は実施するものですが、寝たきり状態にある、または認知機能の低下や問題行動により目が離せない状況にあるような明らかに要介護認定が必要な場合にはその限りではありません。

※窓口に来られる方は、生活の困りごとがあって相談に来られています。傾聴の姿勢を基本とし、受付時状況確認票を用いた聴き取りが事務的にならないように留意します。

5 基本チェックリスト【様式2】の活用と実施

＜基本チェックリストの目的＞

被保険者に対して、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、総合事業）の振り分けを行います。

＜基本チェックリストの手順＞

基本チェックリストの質問項目及び基準については、「表1 基本チェックリストについての考え方」及び「表2 総合事業対象者に該当する基準」で示されたものとします。

1. 表1に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に記入してもらいます。
2. 窓口担当者が、それぞれの質問事項ごとに、網かけに該当する数を記入します。
3. 「表2 総合事業対象者に該当する基準」（以下、「基準」という。）に照らし合わせて、該当項目に○をつけ、判定を記入します。

基準に一つでも該当

総合事業対象者（B）となり、総合事業を勧めます。

基準に一つも該当しない

一般介護予防事業（G）を勧めます。

基準に多数該当

受付時状況確認票を用いて聴き取った内容も考え併せ、明らかに要介護認定が必要（要介護1以上と判断できる）の場合には要介護認定申請（②）を勧めます。

- （1）窓口担当者は、基本チェックリストを実施し、総合事業へと振り分けを行った場合は次の事を十分に説明します。

1. この事業は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかるものであること。
2. 介護予防ケアマネジメントにおいては、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は自立に向けた次のステップに移行していくこと。
3. 総合事業対象者となった後や、総合事業のサービスを利用し始めた後も、必要な時にはいつでも要介護認定申請が可能であること。

4. 総合事業における医療・保健の専門職（保健師、リハビリ専門職等）が関与する訪問型サービス（短期集中予防サービス）、通所型サービス（短期集中予防サービス）については、介護予防ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）を明確にするとともに、課題（目標）が達成できた場合は、一般介護予防事業を行っている地域の場合等へ移行することについて理解を得ること。

- （２） 基本チェックリストを居宅介護支援事業所が行うことは可としますが、その結果については必ず地域包括支援センターに相談してその後の対応を行うことにします。総合事業を利用するに際しては、必要な書類を添えて窓口に提出します。

【必要な書類】

- ・ 受付時状況確認票【様式１】
- ・ 基本チェックリスト【様式２】
- ・ 介護保険被保険者証（紛失した場合には、再発行依頼書を提出）
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書※【様式３】

※介護予防ケアマネジメント依頼届出書

用紙は「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届出書【様式３】」という名称で、介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼届出書として使用できるものとなっています。

6 総合事業対象者への対応

相談窓口が介護福祉課の場合

1. 総合事業対象者に、介護予防ケアマネジメントを居住圏域の地域包括支援センターで行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。
2. 地域包括支援センターへは、必要な情報〔受付時状況確認票、基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕の写しを送付し、対応を依頼します。依頼を受けた地域包括支援センターは、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

相談窓口が地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）の場合

1. 総合事業対象者に、介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、アセスメントの際に地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）職員が訪問させていただくことを説明します。居宅介護支援事業所が受けた新規相談については、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち合うことを原則としますが、更新の相談の場合には立ち合いは行いません。

2. 地域包括支援センターは、介護福祉課へ必要な書類を添えて提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

【必要な書類】

- ・ 受付時状況確認票【様式 1】
- ・ 基本チェックリスト【様式 2】
- ・ 介護保険被保険者証（紛失した場合には、再発行依頼書を提出）
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書【様式 3】

- （1） 介護福祉課は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出を受けたら受給者台帳に登録し、図 2 被保険者証を発行します。
- （2） 総合事業対象者が、3 か月以上総合事業の利用を行っていない場合は、再度基本チェックリストを行ってから、総合事業の利用再開をするものとします。
- （3） 総合事業対象者が、要介護認定申請（②）を行い暫定プランを利用する場合は、介護保険でのケアマネジメントに移行することになり、暫定プランを利用しない場合は、認定結果が出るまでは総合事業対象者として扱うものとします。（ただし、暫定プランによる介護保険サービスを利用している場合は、平行して総合事業を利用することはできません。）

7 介護保険要支援認定者への対応

- (1) 介護福祉課より要支援者へ認定結果通知の際に被保険者証を送付し、居住圏域の地域包括支援センターを案内します。地域包括支援センター職員が要支援者の自宅を訪問し、総合事業と予防給付について説明します。要支援者に、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届出書を提出してもらいます。
- (2) 総合事業のみ利用(D)の場合は、介護予防ケアマネジメント(J)を実施後、総合事業利用開始となります。
- 予防給付を利用(E)の場合は、介護予防サービス計画作成後、介護予防サービスの利用となります。

要支援認定の有無と利用サービスによるケアマネジメントの違い

	総合事業のみ利用	予防給付と 総合事業を利用	予防給付のみ利用
要支援認定者	総合事業による介護予防 ケアマネジメント	予防給付による介護予防ケアマネジメント	
総合事業対象者 (基本チェックリスト該当者)		—	—

8 介護保険非該当と認定された方への対応

- (1) 要介護認定を受けていた方が、更新申請により非該当(C)となった場合、新規申請により非該当(C)となった場合ともに、基本チェックリストの実施が必要です。
- (2) 介護福祉課より認定結果通知と被保険者証を送付するとともに、専門職等が訪問し適宜、総合事業の説明と基本チェックリストを行い必要な事業につなげます。

9 介護予防ケアマネジメントからサービス利用まで

一般介護予防事業のみを利用する場合を除き、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメント(J)を実施したうえでサービス利用開始となります。(自立支援にむけた課題の抽出、目標設定を行い必要なサービスにつなげます)。

図1 飯能市介護サービスの利用手続き

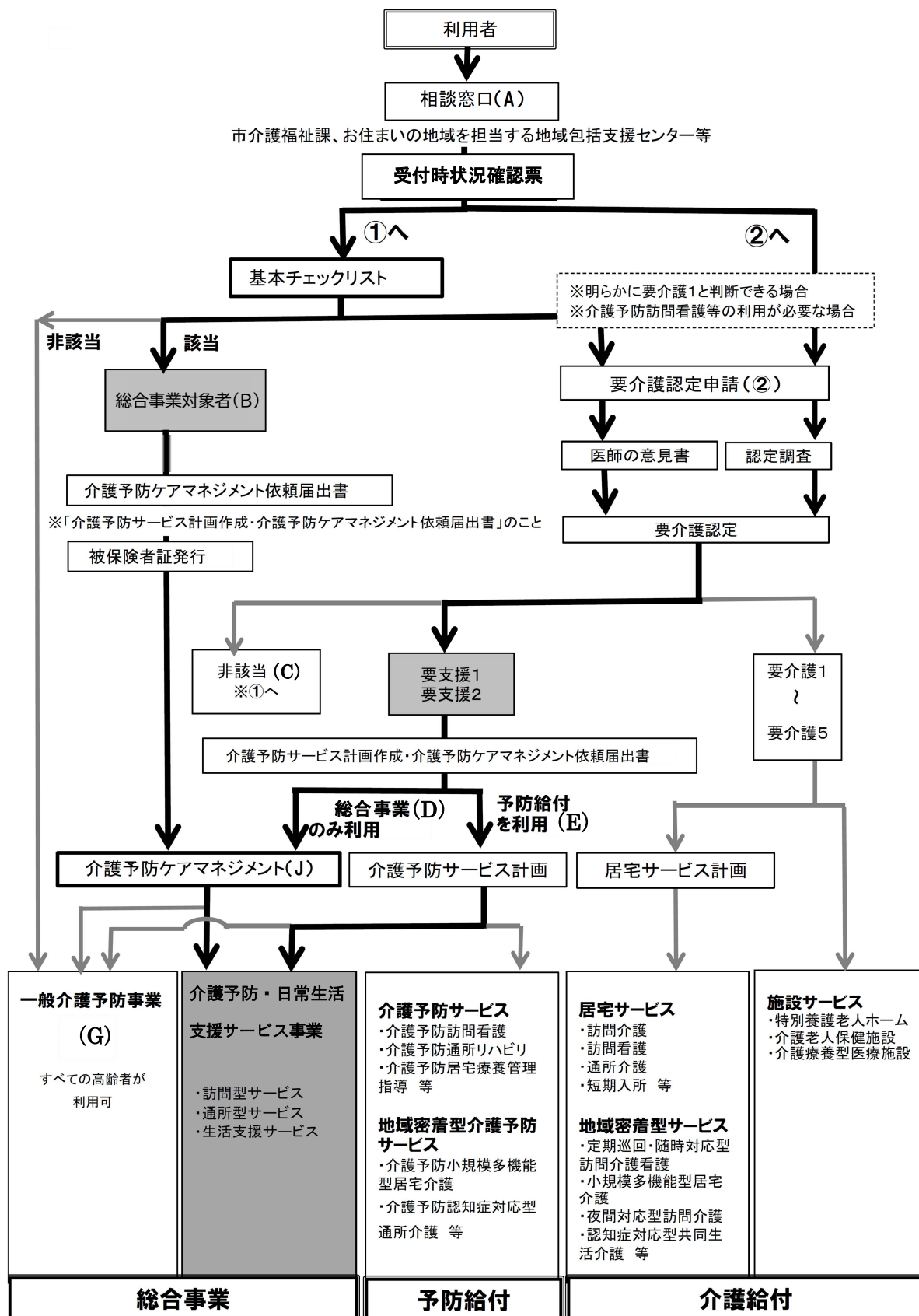


図2 総合事業対象者の介護保険被保険者証

平成28年3月1日から、介護保険被保険者証の要介護状態区分等の欄に、「要介護○」「要支援○」「事業対象者」のいずれかが表記されます。

※被保険者証に、(総合)事業対象者の『認定年月日』は記載されますが、『認定の有効期間』欄は記載されません。

介護保険被保険者証				要介護状態区分等	事業対象者	給付制限	内容	期間	
被 保 険 者	番号			認定年月日 (事業対象者の場合は、基本アエックリスト実施日)	平成28年 5月7日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
	住所	357-0021 飯能市双柳1-1		認定の有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
	フリガナ	ハンノウ タロウ		居宅サービス等	区分支給限度基準額 平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日	
	氏名	飯能 太郎		(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類		種類支給限度基準額	居宅介護支援事業者 若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	飯能地域包括支援センター 届出年月日 平成28年5月8日
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別		男 女				
交付年月日	平成 28年 〇 月 〇 日		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				届出年月日 平成 年 月 日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印			1 1 2 0 9 4		ケアマネジメント 依頼届出の日		届出年月日 平成 年 月 日		
						介護保険施設等	種類	入所年月日 平成 年 月 日	
						名称	退所年月日 平成 年 月 日		
						種類	入所年月日 平成 年 月 日		
						名称	退所年月日 平成 年 月 日		

表 1 基本チェックリスト【様式 2】についての考え方

【共通事項】		
①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。		
②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。		
③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。		
④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。		

No.	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面接せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわず昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
	質問項目	質問項目の趣旨

9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記入して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	半年前に比べて固い物が食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固い物が食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
	質問項目	質問項目の趣旨

22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

表2 総合事業対象者に該当する基準

①	No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No. 11～12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No. 16～17 の 2 項目のうち No. 16 に該当	(閉じこもり)
⑥	No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

10 介護予防ケアマネジメントの概要

1. 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけを目指すものではありません。生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援、要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図り、介護保険法第1条に規定する自立支援という理念を実現する手段のことを言います。

2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

- (1) 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには「本人ができることはできる限り本人が行うように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという支援が重要です。
- (2) 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケア、インフォーマルサービス、地域の公的サービスおよび介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連の流れが必要になります。

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者及び要支援者のうち予防給付を受けず、総合事業におけるサービス利用を受ける方とします。

4. 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行います。また、その業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

5. 介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、受付シート、基本チェックリスト（裏面：状況調査連絡シート）の他に以下の様式を用います。

- ・利用者基本情報（様式4）
- ・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）（様式5）
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（様式6）
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表（様式7）
- ・興味・関心チェックシート（様式8）

11 介護予防ケアマネジメントの手順

1. 介護予防ケアマネジメントの種類

- (1) 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の3つのパターンに分けて行います。

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）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

モニタリングについては3か月ごとに1回以上行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

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）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、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）と同様ですが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、6か月に1回以上のモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。※飯能市実施なし

ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

- ①ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。

- ②初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげるものとし、その後は、モニタリング等はいりません。

また、その方の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。

- ③ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われます。

※ケアマネジメントCにおける留意事項

- ① 初回のみの介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とします。
- ② 初回のみの介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜、サロン等のサービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作るようにします。

【状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例】

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める 等。

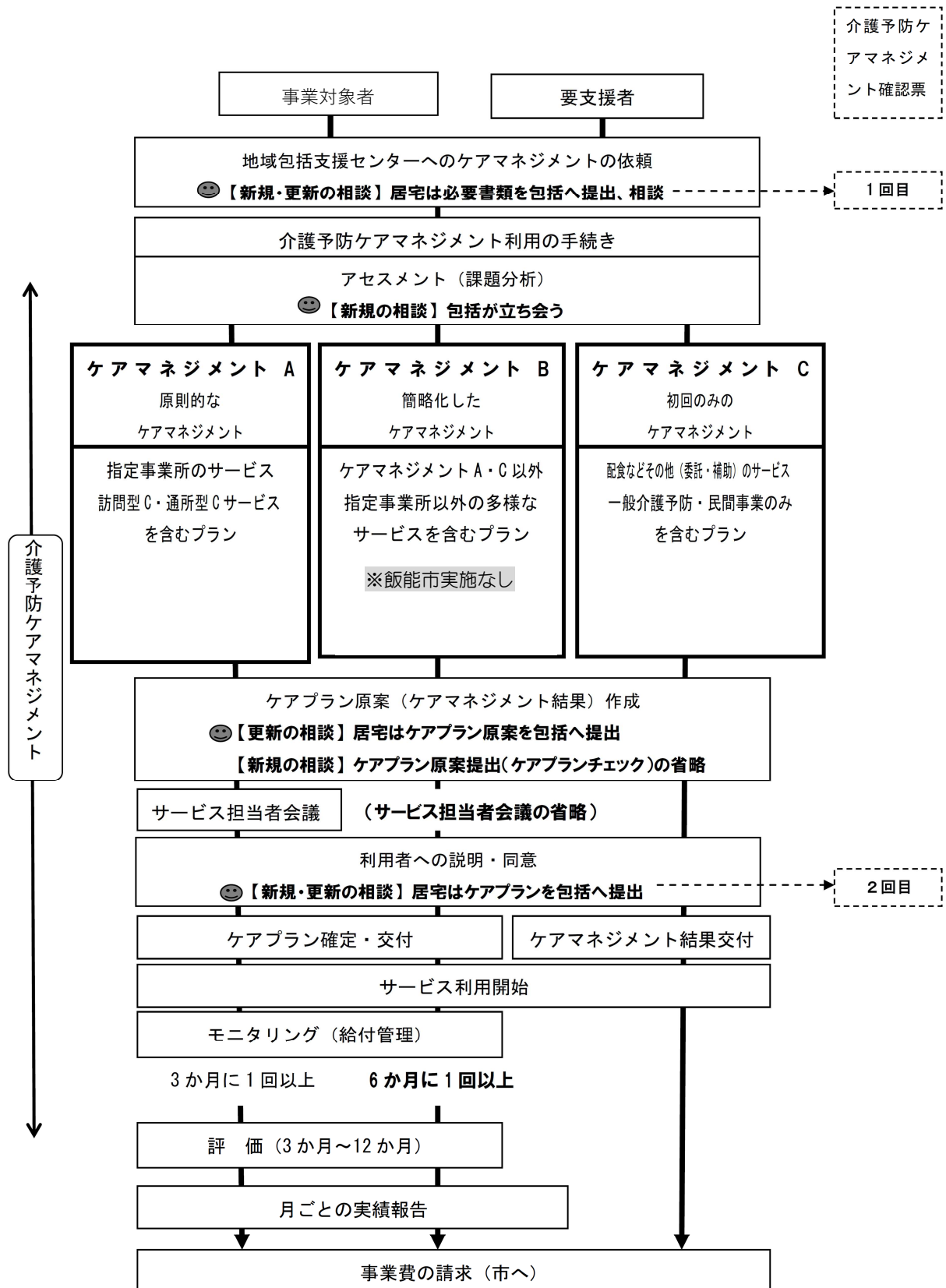
(2) 市（地域包括支援センター）の判断により、介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更することができます。

(3) ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始します。

(4) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要があります。そのため、地域包括支援センターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供します。

2. 介護予防ケアマネジメント実施の手順



(1) 地域包括支援センターへのケアマネジメントの依頼

相談窓口が介護福祉課の場合

【新規の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、居住圏域の地域包括支援センターへ必要な情報〔受付時状況確認票、基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼の届出書〕の写しを配布し、対応を依頼します（原本は市で保管します）。

- ①介護福祉課にある地域包括支援センター連絡棚に入れます。
- ②介護福祉課は、迅速に地域包括支援センターへ連絡を入れます。
- ③地域包括支援センター職員は、連絡棚から書類を受取ります。また、介護福祉課から連絡を受けたら、可能な限りその日のうちに、介護予防ケアマネジメント依頼を確かに受付けた事を利用者へ連絡します。
- ④市職員は、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。

相談窓口が地域包括支援センターの場合

【新規の相談】【更新の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、市へ必要な書類〔受付時状況確認票、基本チェックリスト、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕を提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

利用者へは、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明します。

相談窓口が居宅介護支援事業所の場合

【新規の相談】

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、居住圏域の地域包括支援センターへ必要な書類〔受付時状況確認票、基本チェックリスト、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼届出書〕を提出し、相談をしてからその後の対応を行うようにします。利用者へは、お預かりした必要な書類を地域包括支援センターに提出すること（代行）を伝え、介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、自宅を訪問させていただくことを説明します。居宅介護支援事業所が受けた事業対象者の新規相談については、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うことを原則とします。 地域包括支援センターの立ち会いにより、必要な指導を受けることができるため、今まで実施してきた地域包括支援センターによる新規相談のケアプランチェックは行いません。

また、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの日程等が会わず、やむを得ず立ち合いが実施できない場合には、ケアプラン策定期間内に、日にちをずらして立ち合いを行うか、自宅に限らず他の場所で面接を行うなどして、地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に委託している利用者についても状況を把握するよう努めます。

（２）介護予防ケアマネジメントの手続き

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

居宅介護支援事業所職員の訪問に地域包括支援センター職員が立ち会う場合

居宅介護支援事業者職員が、利用者宅へ訪問調整の連絡。または、訪問時に運営規定等の説明を行います。

介護予防ケアマネジメント（新規相談）の違いによるケアプランチェックの有無

	居宅介護支援事業所が受けた 新規相談のケアプランチェック	介護予防サービス・支援計画書
総合事業における 介護予防ケアマネジメント 【新規相談】	初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが <u>立ち会うことが原則</u> 。ケアプランチェックは実施しない。	地域包括支援センター欄 【意見】 <u>省略可能</u> 【確認印】サインでも可
予防給付による 介護予防ケアマネジメント 【新規相談】	今までどおり実施する	今までどおり

12 介護予防ケアマネジメントの実施

以下、1～2 は利用者宅で実施します。

1. アセスメント（課題分析）

- ①利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- ②1クール終了後のケアプランの継続、変更の時点以降は、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを行い、適宜、地域包括支援センターが関与するようにします。
- ③より本人にあった目標設定に向けて興味・関心チェックシート（様式8）なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

2. ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- ①利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

【新規の相談】

居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターの立ち会いにより、必要な指導を受けることができるため、地域包括支援センターへのケアプラン原案（ケアマネジメント結果）の提出は省略することができ、新規相談のケアプランチェックも行いません。

【更新の相談】

居宅介護支援事業所は、今までどおりケアプラン原案（ケアマネジメント結果）を地域包括支援センターへ提出し、確認印（サインでも可）をもらいます。

3. サービス担当者会議

ケアマネジメントA・Bにおいて実施しますが、ケアマネジメントBにおいてはサービス担当者会議の省略も可能です。ケアマネジメントCについても省略可。

4. 利用者への説明・同意

- ①サービス担当者会議を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し同意を得ます。
- ②居宅介護支援事業所が地域包括支援センターへケアプランを提出する際は、**介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント確認票**を活用します。

【新規の相談】

居宅介護支援事業所は、利用者の署名があるケアプランを地域包括支援センターへ提出し、地域包括支援センターの確認印（サインでも可）をもらいます。その場でコピーをし、居宅介護支援事業所が原本を、地域包括支援センターがコピーを所持します。

【更新の相談】

居宅介護支援事業所は、利用者の署名と地域包括支援センターの確認印のあるケアプランのコピーを地域包括支援センターへ提出します。居宅介護支援事業者が原本を所持します。

5. ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

①ケアプランを利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。

②ケアマネジメントCについては、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明します。

ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。

6. サービス利用開始

各サービス提供者よりサービス実施します。

7. モニタリング（給付管理）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントのタイプにより、その実施及び間隔が異なります。

8. 評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントのタイプ変更も含めて、今後の方針を決定します。

13 予防給付と総合事業を併用する場合

- (1) 予防給付と総合事業によるサービスをとともに利用する場合にあっては、**予防給付によるケアマネジメント**により介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われるものとし、給付管理については、予防給付と総合事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行います。
- (2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、総合事業によるケアマネジメント費を支給しないものとします。

14 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

- (1) 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、**要介護認定等の申請**を行うものとします。
- (2) 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速に総合事業のサービスを利用することができるものとし、その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業によるサービスの利用を継続することができるものとします。なお、**要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできません。**

15 報酬(単価、加算)、請求・支払

(1) 介護予防ケアマネジメント費については、表2、表3を参照のこと。

表2 ケアマネジメントの単価等

	ケアマネジメント A	ケアマネジメント B	ケアマネジメント C
単価等(支払頻度)	1月あたり 442 単位 4,605 円	実施なし	1月あたり 442 単位 4,605 円

※1 地域単価：10.42 円/単位

表3 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始の翌月から3か月を1クールとしたときの考え方)

ケアマネジメント プロセス	ケアプラン	利用する サービス		サービス提供 開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)
ケアマネジメント A 原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による)(※1)
			報酬	基本報酬+初回加算 (※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型C のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬+初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
ケアマネジメント B 簡略化した ケアマネジメント		その他 (委託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	△ (必要時実施)	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)
			報酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算(※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
ケアマネジメント C 初回のみ ケアマネジメント	作成なし (ケアマネ ジメント 結果の 通知)	その他 (委託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算) を踏まえた単価(※4)	×	×	×
		一般介護予防・ 民間事業のみ	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算) を踏まえた単価(※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要。

(※2) 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X：サービス担当者会議実施分相当の単価 Y：モニタリング実施分相当単価

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

(2) 加算

1. 初回加算

単価等： 300 単位、3,126 円

※地域単価：10.42 円/単位

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、下記の①②の場合に算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して3か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合)

②要介護者が要支援認定を受け、あるいは総合事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによる総合事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできません。

2. 委託連携加算

単価等： 300 単位、3,126 円

※地域単価：10.42 円/単位

地域包括支援センターが介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力すること。委託にあたって、委託連携加算を勘案した委託費の設定を行うことで、下記の①②の場合に算定できます。

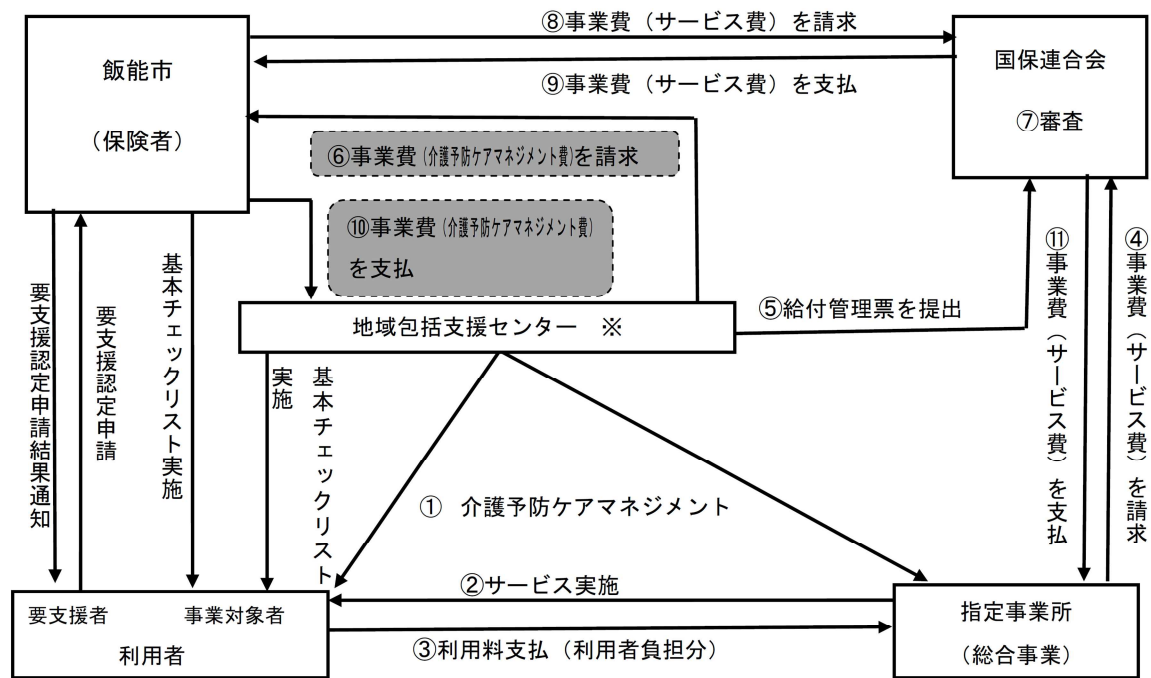
①委託を開始した日の属する月に限る

②利用者1人につき1回を限度とする

(3) 請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求、支払については、図1を参照のこと。
なお、その請求については、委託を受けた事業所が現行どおり地域包括支援センターへ行きます。また、地域包括支援センターは市へ請求を行います。

図3 利用者が総合事業（訪問・通所）のみを利用する場合



※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

区 分		事務処理内容	
サービス提供付前月		①介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターは、利用者・事業所と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。
サービス提供月		②サービス実施	事業者が利用者へサービスを実施
		③利用料支払（利用者負担分）	利用者は事業所へ利用料を支払う（利用者負担分）
サービス提供月翌月	10日まで	④事業費（サービス費）を請求	事業者は国保連合会へ請求明細書を提出し、事業費（サービス費）を請求する。
		⑤給付管理票を提出	地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。
		⑥事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求	地域包括支援センターは、市へ事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求する。
	}	⑦審査	国保連合会は審査を行う。
サービス提供月翌々月	20日まで	⑧事業費（サービス費）を請求	国保連合会は市へ事業費（サービス費）及び審査支払手数料を請求する。
	20日まで	⑨事業費（サービス費）を支払	市は国保連合会へ事業費（サービス費）及び審査支払手数料を支払う。
	月末まで	⑩事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払	市は地域包括支援センターへ事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払う。
	月末まで	⑪事業費（サービス費）を支払	国保連合会は事業所へ事業費（サービス費）を支払う。