

# 鯖江市介護予防・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5年5月 改定版)

### 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。）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者、および基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当したもの（以下、「事業対象者」という。）に対して、介護予防および日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）のほか一般介護予防事業等も含め、要支援認定者等の状況にあった適切なサービス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事業である。

### 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

### 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、事業対象者および要支援者のうち、総合事業におけるサービスのみを利用する人とする。要支援認定を受けている人が予防給付サービスを併用する場合は「介護予防支援」となり、介護予防ケアマネジメントの対象者とはならない。

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う。また、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る。

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、12 ページ以降に示したとおりとする。

6 介護予防ケアマネジメントの手順

介護予防ケアマネジメントは、以下の三つの類型に分けて行う。類型の選択について、要支援者は、利用するサービスにより決定し、事業対象者は、利用するサービスを基本としつつ状態に応じた選択を可能とする。但し、ケアマネジメントCは、B 型サービス利用時に限る。

なお、類型ごとの詳細なプロセス等については、(別紙1) のとおりとする。

類型		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
対象サービス		予防給付相当サービス 通所型サービスC (上記サービスとA 型・B型サービスの併 用)	A2型サービス (緩和した基準によ るサービス) ※シルバー人材サービス	B型サービス (住民主体の訪問型 生活支援サービス) ※でこぼこ(鯖江地区)
プ ロ セ ス	アセスメント	○	○	○
	ケアプラン原案作 成	○	○	— ケアマネジメント結果作成
	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	○	○	— ケアマネジメント結果交付
	モニタリング	○	△	—
	評価	○	○	—
	給付管理	○	○	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

※ ケアマネジメントCについては地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託不可

## 7 介護予防ケアマネジメントの実施

### ア アセスメント（課題分析）

- 利用者の自宅に訪問し、本人との面接による聴き取り等を通じて行う。
- ケアプラン原案を作成する上で、サービス利用の基準として「鯖江版アセスメントシート」（別表1）を活用する。
- 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4）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ある。
- プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人および家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。
- 末期がん・認知症（日常生活自立度Ⅱa以上）・難病（特定医療費受給者）・精神疾患・急性疾病のため、通所型サービスCが利用困難と思われるケース以外は、通所型サービスとリハビリテーション専門職派遣事業等を組み合わせ、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めなどに専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。

### イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- 目標の設定
  - ・ 生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例（別表2）」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。
  - ・ また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
- 利用するサービス内容の選択
  - ・ 利用するサービスを検討する際は、鯖江版アセスメントシート（別表1）で得られた情報を参考に組み立てる。
  - ・ 単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人とともに作成する。
  - ・ 利用回数および利用時間については、利用者の状況や環境等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。特に事業対象者については、その状態像によって要支援1相当、要支援2相当に分かれるため、「通所型サービスおよび訪問型サービスの利用回数に関する考え方の基準」（別表3）を活用し、適切なサービス利用となるよう心がけること。
  - ・ 短期集中予防サービスの利用にあたっては、心臓疾患、骨折等の傷病を有している者については、運動器関連のプログラムの実施により病状悪化のおそれがあることから、プログラム参加の適否について医師の判断を求める必要がある。医師の判断を求める基準、流れ（別表4）を活用し、必要に応じて主治医の判断を求めること。
  - ・ 短期集中予防サービス利用開始から 3 か月を経過した段階で、サービス担当者会議（評価会議）を開催し、今後のサービスの必要性の有無、今後の支援等についてカンファレンスを行い、

引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮する。また、本サービスの継続が生活行為の改善に効果的と判断された場合には、最大 24 回までサービスを継続することができる。

・ 利用者の怪我や疾病等により状態の変化が生じ、基本チェックリスト、ケアマネジメントの結果、事業対象者に該当し、再度、短期集中予防サービスの利用が望ましいと判断した場合には利用が可能。但し、1年に1回までの利用とする。

・ 給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用することも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。

一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、要支援1の限度額と同等とする。

・ 利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。また、その経過の中でケアマネジメント A、B、C のケアマネジメントの類型についても検討されていくものである。

#### **ウ サービス担当者会議**

○ ケアマネジメント A、B において実施する。

○ サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じてリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通しや効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。

○ サービス担当者会議は、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。また、短期集中予防サービスの目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職等から、

①終了後も継続して取り組むとよい体操

②疾患からみた心身機能の特徴と関わり方

③生活行為の仕方や考えられるリスク

などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効である。

#### **エ 利用者への説明・同意**

○ サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて本人および家族に説明し、同意をとる。

#### **オ ケアプランの確定・交付（ケアマネジメント結果交付）**

○ ケアプランを利用者に交付するとともに、地域包括支援センターよりサービス事業者にも交付する。

○ ケアマネジメント C の場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス事業者には利用者の同意を得て、地域包括支援センターから送付する。

#### **カ サービス利用開始**

○ サービス事業提供者に対し、ケアプランに基づき、適切にサービスが提供されるように連絡調整等を行う。

## キ モニタリング（給付管理）

○ ケアマネジメント A は、介護予防支援と同様に、少なくとも3カ月に1回およびサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先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、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

○ ケアマネジメント B の場合は、少なくとも6カ月に1回およびサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

○ ケアマネジメント B の該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から担当者へ情報が入る体制を日頃から作っておく。

※ 状況変化を見逃さない仕組みづくりの例

・ サービス提供者とケアマネの間で、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。

・ 定期的に活動の場を巡回し、参加状況を確認する。

## ク 評価（ケアマネジメント C の場合を除く）

○ ケアマネジメント A については、設定したケアプランの実施期間が6か月以上の場合、中間と終了時評価を実施。ケアマネジメント B に関しては、評価時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

## 8 事業対象者の見直しと登録解除について

(1) ケアマネジメントを開始した後、下記の時期には基本チェックリストの実施により、事業対象者に該当するかを確認する。

(確認時期)

- ・ 利用者の状態に変化があり、ケアプランの変更が必要な時。
- ・ 年に1回は確認する。

(2) 下記に該当する場合は、「業対象者の取り扱いフロー」（別表5）に基づき、「事業対象者有効期間終了届（様式17）」の提出により事業対象者の登録を解除する。

- ・ 基本チェックリストの実施により、事業対象者の基準に該当しなくなった場合、基本チェックリストを実施した月の末日
- ・ 要介護認定申請を行い「要支援」「要介護」と認定された場合、認定有効期間開始日。
- ・ 要介護認定申請を行い「非該当（自立）」と判定された場合、認定日。
- ・ 事業対象者に該当する場合は 本人の希望により登録を解除する場合、本人が希望する日。

## 9 介護予防ケアマネジメントの留意事項

(1) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定される。その場合は、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サービス事業のサービスを利用することができる。

- (2) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。
- (3) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者およびその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。
- (4) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。
- (5) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン「第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～」も参考にしながら、取り組んでいただきたい。

## 10 報酬（単価、加算）、支払

### (1) ケアマネジメントの単価

	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	1月あたり 438 単位	1月あたり 213 単位	1月あたり 149 単位 (初回月のみ)

※1単位 10円

### (2) 加算

#### ○ 初回加算 単価：300 単位（1 単位 10 円）

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

- ・ 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2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を含む)

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費	支給限度額
事業対象者	事業のみ (訪問型、通所型、短期集中予防)	介護予防ケアマネジメント費	5,032 単位
要支援1	給付のみ	介護予防支援費	5,032 単位
	給付 + 事業 (訪問型、通所型、短期集中予防)		
要支援2	事業のみ (訪問型、通所型、短期集中予防)	介護予防ケアマネジメント費	10,531 単位
	給付のみ	介護予防支援費	
	給付 + 事業 (訪問型、通所型、短期集中予防)	介護予防支援費	
	事業のみ (訪問型、通所型、短期集中予防)	介護予防ケアマネジメント費	

- ・ 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス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。ただし、予防給付サービスを受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

○ 委託連携加算

単価：300 単位（1 単位 10 円）

- ・ 介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者 1 人につき 1 回を限度として所定単位数を加算する。

(3) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

- ・ 要支援 1・2 で予防給付サービスの利用があれば、「介護予防支援」として国保連合会に報酬を請求し、支払いを受ける。
- ・ 要支援認定を受けていない事業対象者、要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあつては、「介護予防ケアマネジメント」として国保連合会に報酬を請求し、支払いを受ける。

○ 区分支給限度額とケアマネジメント費

- ・ サービス事業に関する費用の支払は要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護 1 以上であっても、介護給付によるサービス利用開始以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。
- ・ 事業対象者としてサービス事業者からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあつては事業対象者として取り扱う。

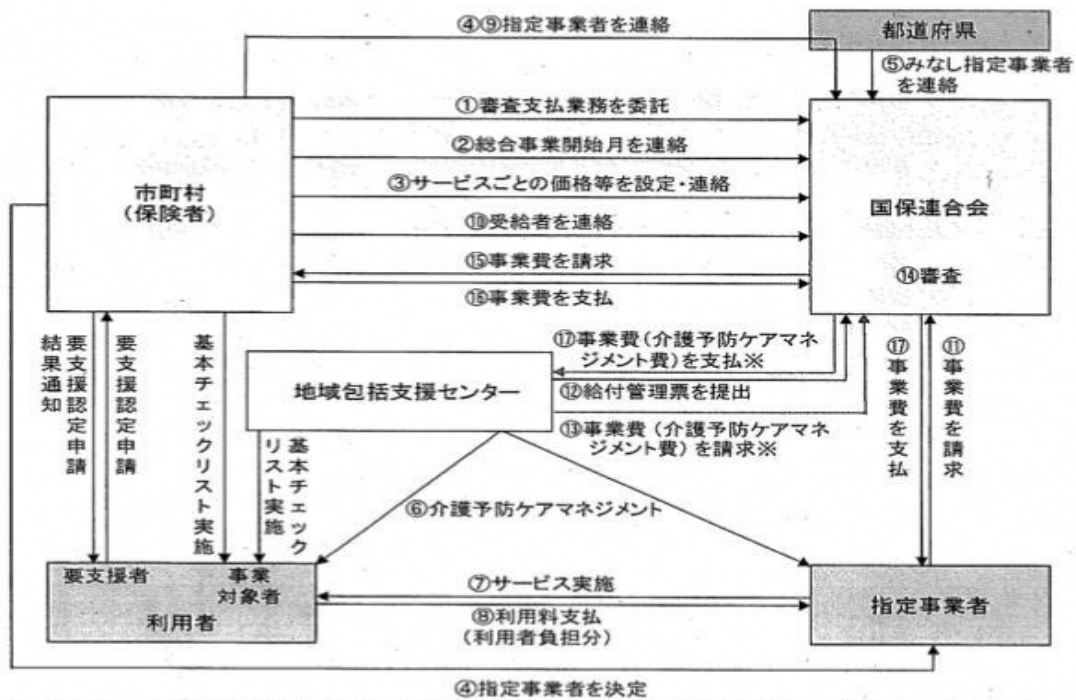
○ 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ 利用	給付と総合事業を利用	総合事業のみ利用
非該当・事 業対象者	全額自己負 担	・ 給付分は全額自己負担 ・ 事業分（ケアマネジメント含む）は事業より支給	事業より支給（ケア マネジメント含む）
要支援認定	予防給付よ り支給	・ 給付分（ケアマネジメント含む）は予防給付 ・ 事業分は事業より支給	事業より支給（ケア マネジメント含む）
要介護認定	介護給付よ り支給	・ 給付分（ケアマネジメント含む）は介護給付 ・ 事業分は介護給付サービス利用開始までの提供分を 事業により支給	介護給付サービス利 用開始までの提供分 を事業により支給

(4) 請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求は地域包括支援センターから国保連合会へ行い、委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告・請求を行う。

【事務処理の流れ】



※⑪、⑬の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は、要支援者は平成27年4月サービス分より、また事業対象者は平成29年4月サービス分より国保連合会を経由した支払が可能である。  
 なお、国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。



業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者	提出物	
			地域包括支援センター	市
①介護予防ケアマネジメント対象者要件確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談、受付等</li> <li>・総合事業の認定および介護保険被保険者証の発行手続き</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代行申請（介護保険、総合事業）</li> <li>・基本チェックリスト兼事業対象者確認申請書</li> <li>・聞き取りシート</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（様式1）基本チェックリスト兼事業対象者確認申請書</li> <li>・（様式2）聞き取りシート</li> <li>・介護保険被保険証</li> </ul>	
②契約等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険被保険者証を確認</li> <li>・契約書（2部を押印し1部を返却）</li> <li>・「個人情報同意書」を受け取る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（新規委託の場合、事業者は地域包括支援センターとの契約を締結）</li> <li>・利用者との契約を締結</li> <li>・契約書（2部）を地域包括支援センターに提出</li> <li>・押印後の契約書（1部）を利用者に渡す</li> <li>・「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」と「個人情報同意書」の署名か押印を利用者に依頼し提出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各地域包括支援センターの契約書</li> <li>・個人情報同意書</li> <li>・委託料支払い手続き用紙等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（様式3）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</li> </ul>
③アセスメント		<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の収集</li> <li>・必要時、診療情報提供書（写）等を取り寄せる（申請書が必要）</li> <li>・アセスメントの実施（鯖江版アセスメントシート（別表1））利用</li> <li>・プラン原案について方向性を確認</li> </ul>		
④ケアプラン原案の作成		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と調整し合意した結果に基づきケアプラン原案を作成</li> </ul>		
⑤サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時に出席</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議等により専門的意見を聴取（目標の共有、役割分担等を話し合う）</li> <li>・サービス担当者会議等の意見を反映しケアプラン修正</li> </ul>		
⑥ケアプランの説明・同意		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランを利用者、家族に説明し同意を得る</li> <li>・利用者の自署</li> <li>・代筆の場合⇒続柄・氏名を記載</li> </ul>		

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者	提出物
			地域包括支援センター
⑦ケアプラン表の提出	・ケアプラン表（原本）を確認し包括印を押印。保管分を複写し返却	・ケアプラン表（原本）を提出 ・ケアプラン表を受け取り、複写分を利用者、サービス事業所等に渡す	・（様式6-1）利用者基本情報 ・（様式7-1）介護予防サービス・支援計画書 要支援認定者は基本チェックリスト 【初回のみ】 ・サービス利用票 ・介護保険被保険証（写） ・負担割合証（写）
⑧サービス利用表		・サービス利用表、別表を作成 ・利用者（および家族）に説明し確認印を受ける	
⑨サービス提供表		・サービス提供表をサービス提供事業者へ渡す	
⑩サービスの利用		・サービス利用状況の確認、調整	
⑪サービス実績の確認・処理	・委託料請求明細書(実績報告書)、請求書を受け取り確認 ・給付管理票、介護給付明細書を作成し国保連へ提出	・サービス実績を確認し、実績を記入したサービス利用票、別表、委託料請求明細書(実績報告書)、請求書を作成し提出	・（様式12）介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務結果提出表 ・実績を記入したサービス利用票、別表 ・（様式13.15）委託料請求明細（実績報告書） ・（様式14.16）請求書
⑫委託料請求	・委託料の請求書を確認し支払いを行う		
⑬モニタリング		・モニタリングの実施（毎月）	
⑭評価	・サービス評価表の確認 ・サービス評価表（写）を保管し、サービス評価表（原本）を居宅へ返却する	・評価の実施 ・サービス評価表を提出する	・（様式9）サービス評価表（中間評価、期間終了時評価）
⑮評価後のプランの作成		・ケアプランの見直し ・ケアプランの作成 ※以降、手順⑥以降を繰り返す	・基本チェックリスト ・（様式7-1）介護予防サービス・支援計画書 ・利用票（変更の場合）

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業者	提出物	
			地域包括支援センター	市
事業対象者→介護保険新規申請	・介護保険申請を相談する	・事業対象者有効期間終了届 ・代行申請	【暫定利用の場合】 ・暫定プラン一式 ・(様式 10-3) 事業対象者⇒介護保険申請理由書(写)	・(様式 17) 事業対象者有効期間終了届 ・介護認定申請書 ・(様式 10-3) 事業対象者⇒介護保険申請理由書 ・介護保険被保険者証
更新申請時				・介護、要支援認定更新申請書 ・(様式 10-1) 介護保険(要支援)⇒介護保険更新申請理由書 ・介護保険被保険者証
要支援→介護保険要介護認定申請	・介護保険申請を報告する	・代行申請 ・居宅介護支援事業所重要事項説明同意の署名 ・個人情報使用同意書	・介護認定申請書(写)	・介護認定申請書 ・(様式 10-2) 介護保険(要支援)⇒介護保険更新申請理由書 ・介護保険被保険者証 【暫定利用の場合】 ・居宅サービス計画依頼届

別紙1

1 ケアマネジメントの類型について

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ふまえて以下の3パターンを設定する。

- ・ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント） ・ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント） ・ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）
- ・要支援者は、利用するサービス毎の類型とし、事業対象者は、利用するサービスを基本としつつ、利用者の状態等により、ケアマネジメントの類型を判断し実施する。

2 介護予防ケアマネジメントのプロセスについて（6ヵ月を1クールとした場合で、短期集中予防サービスCについては、1クール3ヵ月とする。）

類型	利用するサービス	給付管理	ケアプラン	種別	サービス提供開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	備考	
ケアマネジメントA	【要支援者】 ・訪問型サービス（相当サービス） ・通所型サービス（相当サービス） ・上記サービスと（A2型）（B型）サービスの併用	必要	必要	サービス担当者会議	○	×	×	×	×	×	△※1	【サービス担当者会議について】 ・新規利用の場合 ・利用者の状況変化によりプランの変更が必要なとき ※1 認定を受けている人は認定期間更新時 ※2 短期集中予防サービス（C型）については、サービス利用開始から3か月が経過した時点で今後のサービスの必要性および支援等について利用者、介護サービス事業所等と共有できていればサービス担当者会議の形式に限らず、電話等の方法も可。） 【モニタリングについて】 （利用者の居宅を訪問する時期） ・サービスの期間終了月 ・サービス提供した翌月から起算して3ヵ月に1回 ・利用者の状況に変化があるとき ※3 ※2のサービス担当者会議において、短期集中予防サービスの継続が望ましいと判断した場合に実施する。（利用者の居宅を訪問しない月） ・サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接。 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 ・月に1回はモニタリング結果を記録する 【報酬】基本報酬 438単位（現行の介護予防ケアマネジメント費と同額） 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 【期間と評価】 ○新規利用 プラン有効期間 3～6ヵ月 ※この場合の「新規」とは、①事業対象者・要支援認定による初回サービス計画書作成（要介護認定から要支援認定となった場合を含む）、②短期集中型サービスを利用する場合。 ○継続利用 プラン有効期間 3～12ヵ月 ※利用者の状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合 ○評価は有効期間6ヵ月以上の場合、中間と終了時評価を実施。12ヵ月の期間の場合、6ヵ月・12ヵ月に実施	
	モニタリング			—	○	○	○	○	○	○	○		○
	738単位			438単位	438単位	438単位	438単位	438単位	438単位	438単位	438単位		438単位
	サービス担当者会議			○	×	×	△※2	×	×	×	×		×
ケアマネジメントB	・訪問型サービス（A2型）	必要	必要	サービス担当者会議	△※1	×	×	△※2	×	×	△※3	【サービス担当者会議について】 ※1 新規利用の場合や利用者の状況変化によりプランの変更が必要なときとするが、利用者の状態等を勘案し、利用者、介護サービス事業所等とケアプランの内容等を共有していれば省略が可能。 ※2 事業対象者でケアマネジメントAからBに変更になる場合、今後のサービスの必要性および支援等について利用者、介護サービス事業所等と共有できていればサービス担当者会議の形式に限らず、電話等の方法も可。 ※3 認定を受けている人は認定期間更新時 【モニタリングについて】 （利用者の居宅を訪問する時期） ・サービスの期間終了月 ・サービス提供した翌月から起算して6ヵ月に1回 ・利用者の状況に変化があるとき （利用者の居宅を訪問しない月） ・利用者の状況変化等があった際にサービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく ・モニタリングを実施した場合には、モニタリング結果を記録する 【報酬】基本報酬213単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位	
	モニタリング			—	×	×	×	×	×	×	○		○
	報酬			513単位	213単位	213単位	213単位	213単位	213単位	213単位	213単位		213単位
ケアマネジメントC	住民主体のサービス（B型）のみ利用	不要	介護予防手帳 私（様式7-2）のプラン	サービス担当者会議	×	×	×	×	×	×	×	利用者の状況をアセスメントし、ケアマネジメント結果「私のプラン」（様式7-2）の中にある「私の生活目標」「目標を達成するために取り組むこと」等）について利用者で作成し、住民主体の支援等につなげる。またケアマネジメントの結果については、利用者の同意を得た上で、サービス提供者へ送付するか、利用者本人に持参してもらう。 【報酬】基本報酬149単位 初回加算300単位	
	モニタリング			—	×	×	×	×	×	×	×		
	報酬			449単位	×	×	×	×	×	×	×		

鯖江版アセスメントシート

別表 1

受付日(令和 年 月 日) 本人氏名( 年齢 才 ) 担当ケアマネ ( ) 受付者( )

			対象者判定基準	想定されるサービスや活動	特記・課題等
運動・移動について	1	椅子からの立ちあがり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	<b>身体介護の必要性が高い</b> □項目 1.2.3.23.24 のいずれかが「3」である。 □項目 24 が「2」または「3」である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中予防サービス(医師の判断必要)(個別・健幸アップ教室)</li> <li>・予防給付相当訪問サービス</li> <li>・予防給付相当通所サービス</li> <li>・介護予防教室への参加</li> <li>・介護認定による介護サービスの判断</li> </ul>
	2	何もつかまらずに5m歩く	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない		
		信号が変わる前に横断歩道を渡りきる	1)できる 2)なんとかできる 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	<b>機能訓練の可能性が高い</b> 項目 1.2.3.23 のうち 2 項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中予防サービス(個別・健幸アップ教室)</li> <li>・予防給付相当通所サービス</li> </ul>
4	外出手段	日用品を買う店まで 1)行ける(手段 ) 2)誰かに頼む 3)行けない			
		病院等に行くときは	1)行ける(手段 ) 2)誰かに頼む 3)行けない		
日常生活(家庭生活)について	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他( 食/日)	<b>生活援助の必要性が高い</b>  以下のいずれにも該当する。 □利用者が単身である。または同居の家族に障害、疾病その他やむを得ない理由があつて、家事の実施が困難である。  □項目 6~10 のうち 2 項目以上が「3」または「4」である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基準緩和型(A1,A2型)の訪問サービス</li> <li>・住民主体型サービス</li> <li>・配食、宅配弁当</li> <li>・有料サービス等社会資源の活用</li> <li>・短期集中予防サービス(個別・健幸アップ教室)</li> <li>・地域での活動</li> <li>・趣味活動</li> </ul>
	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・コミュニケーションについて	12	1日誰と過ごす事が多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	<b>閉じこもり予防の必要性が高い</b>  項目 12.13.14 のうち 1 項目以上が「2」である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での活動</li> <li>・介護予防教室への参加(健康寿命ふれあいサロン・いきいき講座・歌楽人(からっと)体操教室・プラスいきいきDAY・おしゃべりカフェ等)</li> <li>・趣味活動</li> </ul>
	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・連絡との頻度	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	<b>うつ予防の必要性が高い</b> 項目 16.17 のうち 1 項目以上が「2」である	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での活動</li> <li>・受診の必要性の判断や専門相談の紹介(心の相談会、心の健康相談等)</li> <li>・認知症カフェ</li> </ul>
	16	情緒が不安定になる事への有無	1)ない 2)情緒が不安定になることがある		
	17	一人きりになる事への不安	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)運動を制限されている	<b>健康管理の必要性が高い</b>  項目 18 のうち 1 項目が「2」である  項目 22 が「2」または「3」の場合  ※生活習慣病(特に高血圧、脂質異常、肥満)がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中予防サービス(医師の判断必要)(個別・健幸アップ教室)</li> <li>・予防給付相当訪問サービス</li> <li>・予防給付相当通所サービス</li> <li>・必要に応じて介護認定</li> </ul>
		その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている		
		この3ヵ月で1週間以上の入院	1)ない 2)ある(病名 )		
	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	1人で洗身	1)できない 2)何とかできる 3)できない		
	24	1人で浴槽をまたぐ	1)できない 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)	頻度( 回/日・週・月 )・方法( )			
もの忘れ等について	27	会話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	<b>認知症予防の必要性が高い</b>  以下の項目のうち 2 項目以上に該当する 項目 11 が「3」または「4」である。 項目 15.22.27.28.29.30 が「2」以上である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診の必要性の判断や専門相談の紹介</li> <li>・もの忘れ検診</li> <li>・認知症サポート医の相談会</li> <li>・脳の健康度テスト</li> <li>・介護認定の判断</li> </ul>
	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)心配はない 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		

## 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます 生きがい：畑・庭・花壇の手入れをして、野菜や花を育てる
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に 2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と 2 泊 3 日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

(介護予防マニュアル改訂委員会 (2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

## 通所型サービス及び訪問型サービスの利用回数に関する考え方の基準

※ 以下より導き出した基準をふまえ、介護予防ケアマネジメントにより利用回数を決める。

※ ただし、90歳以上の高齢、痛み、精神疾患・うつ傾向、医療的理由等による制限、進行性疾患、難病等による自立度への影響を考慮する。

※ 各項目の判定は、介護認定訪問調査項目の基準に準ずる。

		週1回程度の利用		週2回程度の利用	
★Ⅰ 以下の項目のうち、2項目が該当した利用回数を基準とする(1項目ずつ該当の場合は★Ⅱへ)					
1	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	自立	J1・J2	A1・A2・B1・B2・C1・C2	
2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
★Ⅱ ★Ⅰにて1項目ずつ該当の場合に選択 「週2回程度の利用」のいずれかの項目に該当した場合は「週2回程度の利用」を基準とする 「週2回程度の利用」に該当した項目がない場合は「週1回程度の利用」を基準とする					
1	1-1 麻痺等がありますか	1.ない		2.ある	
2	1-2 肩関節の拘縮がありますか	1.ない		2.ある	
3	1-12 視力はどうですか	1.普通(支障がない)	2.約1m離れた図が見える	3.目の前に置いた図が見える	4.ほとんど見えない
4	1-4 起き上がりはできますか	1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない	
5	2-1 移乗に介助は必要ですか	1.自立	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
6	2-2 移動に介助は必要ですか	1.自立	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
7	2-4 食事摂取に介助は必要ですか	1.自立	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
8	2-6 排便に介助は必要ですか	1.自立	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
9	2-10 上衣の着脱に介助は必要ですか	1.自立	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
10	2-12 外出頻度はどうですか	1.週1回以上	2.月1回以上	3.月1回未満	

(参考)

★Ⅰの基準は、介護認定審査会委員テキストから、日常生活自立度の組み合わせによる要介護度分布を参考に作成

★Ⅱの1～10の基準は、介護認定審査会委員テキストから、樹形モデル図(要介護認定等基準時間の推計方法)の上位項目を参考に作成。

医師の判断を求める基準、流れ

- 1 運動器プログラム参加に係るチェックシートの内容を情報収集する。
- 2 チェックシートにおいて、問 A 「はい」(理由が「その他」以外)、問 B 「はい」(理由が「その他」以外) 問 C-1 が「はい」のいずれかの場合は、医師の判断を求める。
- 3 2に該当せず、問 A 「はい」で理由が「その他」、問 B 「はい」で理由が「その他」、問 C-2~4 が「はい」もしくは「わからない」の、いずれかの場合は、地域包括支援センター等において、再度聞き取りを行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- 4 問 C-5~6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

運動器プログラム参加に係るチェックシート

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

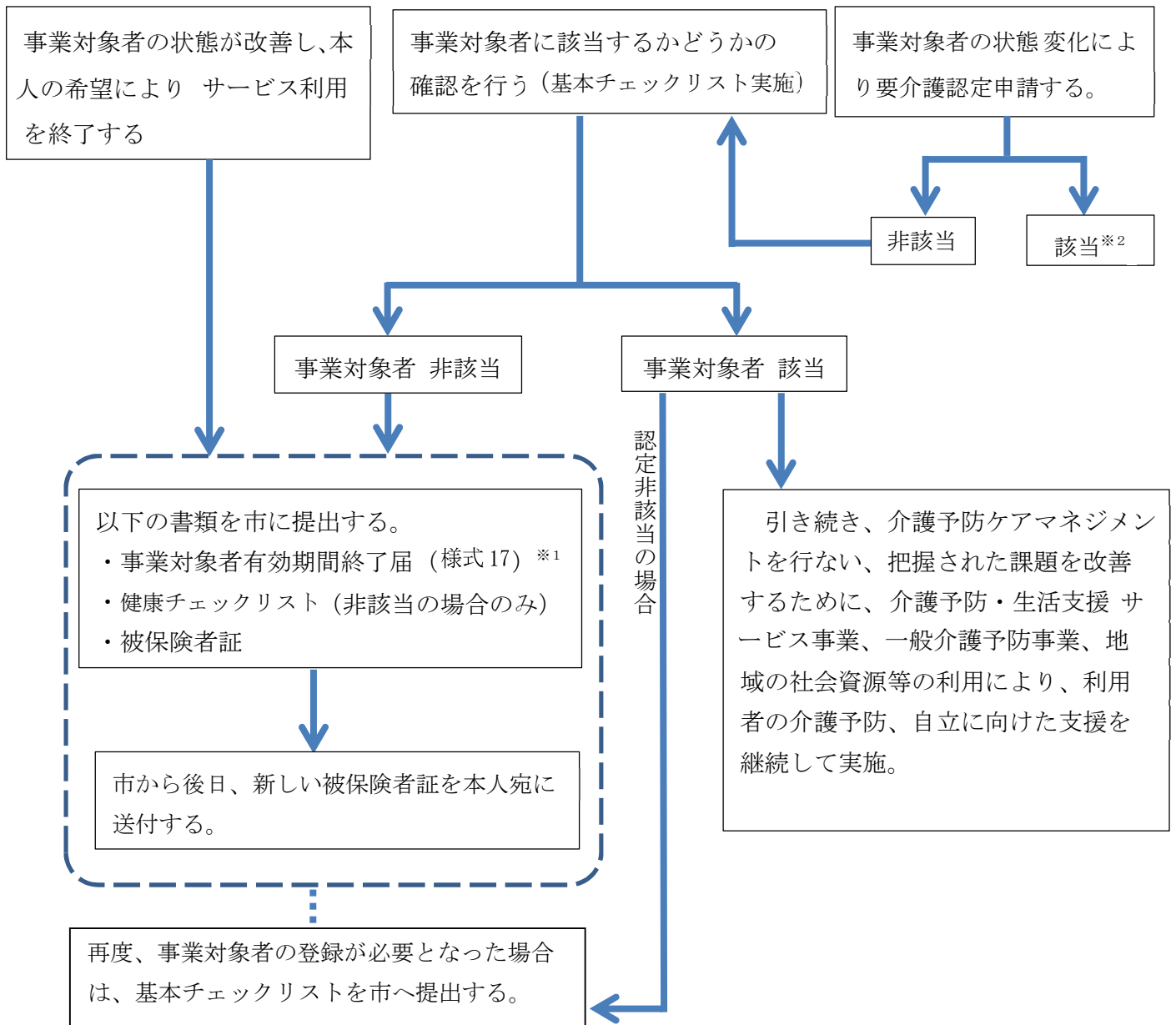
「はい」の場合、その理由は何ですか？(あてはまる理由に○をつける)	
<input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください) ( )	

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

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

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





※1 基本チェックリストの実施により事業対象者の基準に該当しなくなった場合、事業対象者の終了日は基本チェックリストを実施した月の末日とする。

※2 事業対象者が、要支援認定がついた場合は、要支援認定申請日に遡って事業対象者の資格は失効となる。(事業対象者有効期間終了の届出は不要。)

※3 事業対象者が、要介護認定がついた場合、事業対象者の資格は認定日に失効する。(事業対象者有効期間終了の届出は不要。) また、要介護認定申請日に事業対象者有効期間終了の届出が出ている場合、要介護認定がついた場合は、要介護認定申請日に遡って事業対象者の資格は失効となる。