松原市介護予防
ケアマネジメント
ガイドライン

２０２３年４月改正

松原市介護予防ケアマネジメントガイドライン

はじめに

本市においては、平成２９年４月より介護予防・日常生活支援総合事業を実施しております。団塊の世代の全てが 75 歳以上となっている 2025 年が近づく中、更に先を展望するといわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年に高齢者人口がピークを迎えます。地域包括ケアシステムの構築・推進のため、介護予防・日常生活支援総合事業の仕組み及び、質の高い、自立支援重度化防止に資するサービスの提供を推進していくことが必要となります。皆様が共通認識を持つことができ、円滑に業務が遂行できることのツールとしてガイドラインを改正いたしました。本書を活用することで総合事業の仕組みの理解や、業務上の疑問点の解消に役立てば幸いです。

１．　基本方針

高齢者等が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けていくことは、誰しも望むことです。高齢者等が要介護状態になることをできる限り予防し、住み慣れた地域で尊厳を保持した生活の実現を包括的に支援するのが平成２９年度より開始された介護予防・日常生活支援総合事業です。介護予防ケアマネジメントでは、地域の多様な資源を活用することで、より早い段階から生活の継続を目指す支援を展開します。これは、高齢者本人が加齢による自分の心身の変化等を自覚し、地域の様々なサービスを利用し活動に参加することによって、地域とのつながりを維持しながら主体的に生活することを支援していくものです。

このような、介護予防ケアマネジメントを適切に実施するためには、介護予防ケアマネジメントの目的や手順および留意点を習得する必要があります。それらを示したのが「松原市介護予防ケアマネジメントガイドライン」です。

《目　次》

１．　介護保険の理念、定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１

２．　地域包括ケアシステムの構築・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１

３．　介護予防の理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２

４．　松原市介護サービスの利用手続きについて・・・・・・・・Ｐ３

５．　松原市介護予防・日常生活支援総合事業・・・・・・・・・・Ｐ４

～利用手続きマニュアル～

６．　基本チェックリストについて・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ９

７．　介護予防ケアマネジメントについて・・・・・・・・・・・Ｐ１２

８．　介護予防生活支援事業のサービス内容について・・・・・・Ｐ２０

９．　松原市における予防給付・総合事業の

サービス併給関係について・・・Ｐ２１

１０．介護予防サービス・支援計画書について・・・・・・・・・Ｐ２２

１１．支給限度額の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２３

１２．月額報酬を算定するサービスの日割り請求・・・・・・・・Ｐ２３

１３．ケアプラン検討会議について・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２４

１４．介護予防手帳について・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２８

１５．松原市チャレンジ訪問について・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２９

１．介護保険の理念、定義

介護保険は、法第１条にあるとおり、「高齢者がその有する能力に応じた日常生活を営むこと」を目指し、第２条においては、必要な被保険者に対して、「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行わなければならない」とされています。

その中で、国民１人ひとりにおいても、法第４条で、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有している能力の維持向上に努めるものとする」と規定されています。

そして、この介護保険制度の実施主体である市町村は、法第５条において、「被保険者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」とその役割が明記されています。

２．地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムは、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法第２条において「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止を言う。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

これからの介護保険を取り巻く状況は特に都市部を中心に急速な高齢化が進行するとともに、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容する中で介護保険が目指す「高齢者の尊厳の保持」や「自立支援」をいかに実現し

ていくかが問われています。地域包括ケアシステムの目標は、「命の質」を重視するものに変化しています。高齢者１人ひとりが、自分らしい豊かな人生を送ることができるよう、介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に積極的に取り組んでいくことが必要です。

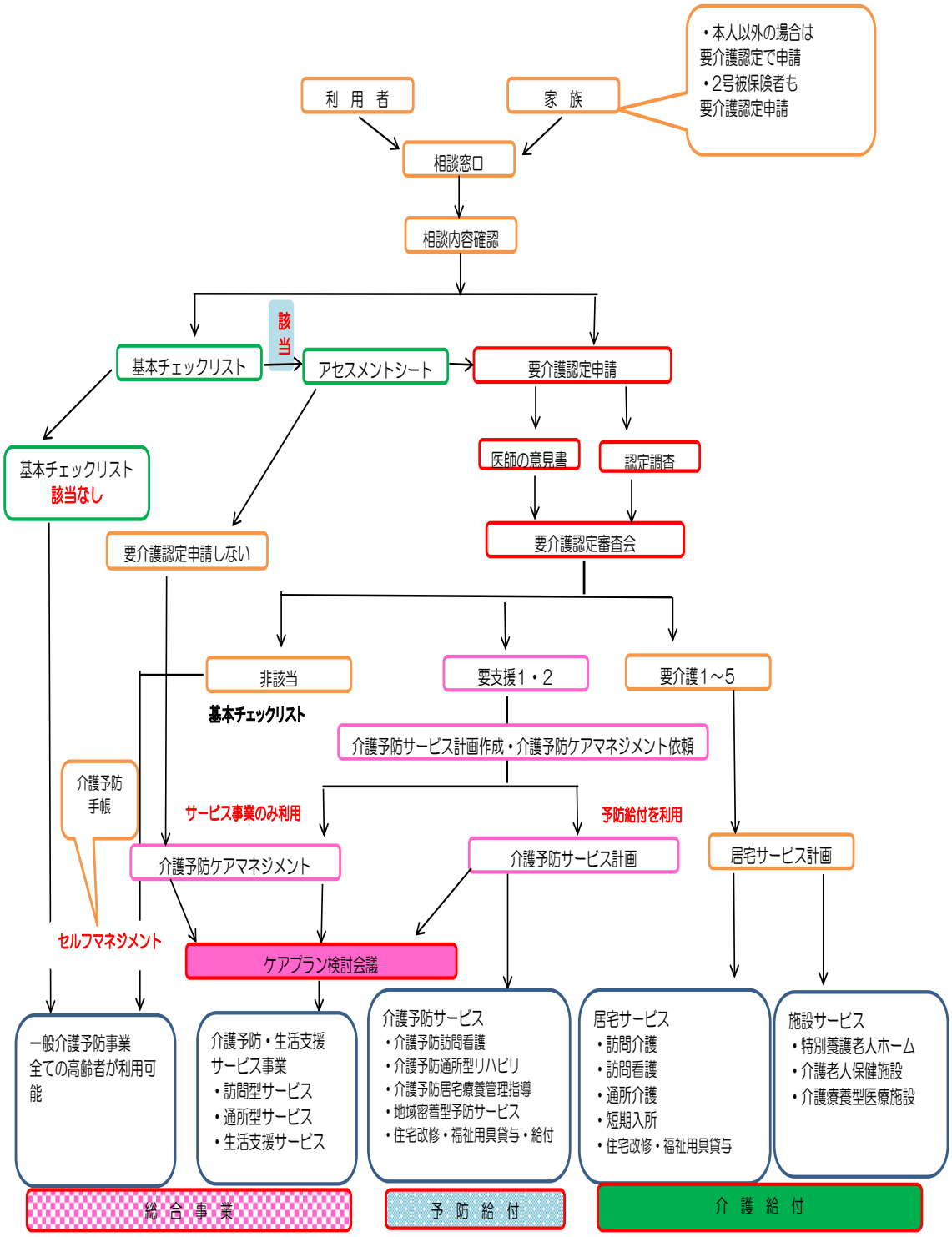
３．介護予防の理念

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」を目的としています。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と想定されているところです。

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、個人として行うADLやIADLといった「活動」、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものでもなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して生活の質（QOL）の向上を目指すものです。

４．松原市介護サービスの利用手続きについて



５．松原市介護予防・日常生活支援総合事業～利用手続きマニュアル～

１ 介護予防・生活支援サービス事業の概要

（１）事業内容

介護予防・生活支援サービス事業は、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（総合事業）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」、「その他の生活支援サービス」及び「介護予防ケアマネジメント」から構成されます。

「介護予防・生活支援サービス事業 」

事　業	内　容
訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスA/B）	要支援者等に対し、「掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供」
通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス・通所サービスA）	要支援者等に対し、「機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供」
介護予防ケアマネジメントA 介護予防ケアマネジメントB 介護予防ケアマネジメントC	要支援者等に対し、「総合事業サービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを実施 」

（２）対象者

介護予防・生活支援サービス事業対象者の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（以下「チェックリスト」という。）を用いた簡易な形で対象者を判断し、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・生活支援サービス事業対象者（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、チェックリストを用いることで、要介護認定等を省略して、迅速にサービス事業の利用開始につなげることができます。

2 総合事業対象者とは

６５歳以上で次の項目に該当する人。

① 新規の相談で、チェックリストにおいて、「総合事業対象者に該当する基準」（以下、「基準」という。）に該当する人。
② 要介護認定（要支援認定も含む）の更新をしないで、有効期間終了前にチェックリストにおいて、基準に該当する人。
③ 要介護認定等の申請を行った結果、「非該当」と認定された後チェックリストにおいて、基準に該当した人。
④ 総合事業対象者として決定して、おおむね２年間介護予防・生活支援事業サービスの利用がない場合に、改めてサービス事業の利用希望がなされ、チェックリストにおいて、基準に該当する人。

3 総合事業対象者の有効期間

市は総合事業対象者に有効期間を設定することとします。原則２年間。

4 窓口での相談受付

（１） 相談窓口は、市高齢介護課、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（※）とします。総合事業サービス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、他市居住者、外出に支障がある等）場合は、要介護認定申請への手続きとします。

※原則、チェックリストは直接面接聞き取りしながらの実施となります。
（P11.基本チェックリストの考え方参照）

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等でチェックリストを実施した場合は、すみやかに代行提出して下さい。

（２） 相談においては、受付シート（上方：アセスメント、下方：状況調査連絡記入欄）と基本チェックリストを活用します。

（３） 要支援者の更新申請においても、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） 相談手順

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、要介護認定申請を行い、介護サービスや介護予防サービスを勧めます。

② 介護保険証の確認を行います。これは、介護保険サービスを利用している場合に、並行して総合事業サービスを利用することを避けるためです。

③ 「受付シート（表面）・基本チェックリスト（裏面）」の太枠内はできるだけ本人に記入していただきます。

④ 受付シートの質問項目を尋ねます。質問１，２とも色付の項目に該当する場合は介護認定の申請へと進めていきます。

④ チェックリストの質問項目の趣旨を説明しながら、本人より聞き取り形式でします。

基準に照らし合わせて、該当した点数を記入します。

基準点以上の場合はその数を〇で囲んで下さい。

【基準】

B. 運動器の機能低下（3 点以上）

C. 低栄養（2 点）

D. 口腔機能の低下（2 点以上）

E. 閉じこもり傾向（No.16 に該当）

F. 物忘れ傾向（1 点以上）

G. 生活機能全般の低下（10 点以上）

H. うつ傾向（2 点以上）

●B～H のいずれか１つでも該当

総合事業対象者となります。その場合、受付シートの氏名欄と情報提供同意の署名欄の記入を必ずしてもらいます。また、状況調査連絡記入欄も記入できる範囲で聞き取ります。

●基準に一つも該当しない

総合事業対象者になりません。一般介護予防事業・まつばらテラス（輝）活用事業等を勧めます。

5 総合事業対象者への対応

【相談窓口が市高齢介護課の場合】

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、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。 特記事項には、希望するサービス等を具体的に記載します。
2．地域包括支援センターへは、必要な情報〔基本チェックリスト・受付シート（上方：アセスメント、下方：状況調査連絡記入欄）、の写しを提出し、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．訪問日時を調整するために、（受付シートの氏名欄と情報提供同意のチェックを必ずしてもらいます。また、状況調査連絡記入欄の特記事項に希望するサービスを具体的に記載します。（代筆可）

３．地域包括支援センターは、市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}　・受付シート（上方：アセスメント、下方：状況調査連絡記入欄）・基本チェックリスト・介護保険被保険者証

（１）　市は、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、被保険者証を発行します。

（２）　総合事業対象者が、２４か月以上総合事業サービスの利用を行っていない場合は、再度チェックリストを行ってから、総合事業サービスの利用再開をするものとします。

（３）　認定結果が出る前に総合事業サービスを利用した場合、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を開始した日以前のサービス事業利用分は総合事業より支給されます。（変更）

（４）要介護等認定の申請と同時に基本チェックリストによる総合事業対象者の申請はできません。

６．基本チェックリストについて

表面

受付シート

（ 新規 ・ 更新 ）

記入日	年　　月　　日
事業所名	
受付者氏名	

被保険者番号（　　）　黒い太枠内は本人が記入します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正 昭和　年　月　日（　　歳）
氏 名					
住 所	松原市			電話番号	

①生活状況について該当する方をチェックしてください。

日常生活に支障のある物忘れがあるかどうかを尋ねてください。

火の始末や戸締りはできますか	□ はい	□ いいえ
お薬の管理はできますか	□ はい	□ いいえ

やろうとおもえばできるのなら「はい」になります。

ひとりで外出できますか	□ はい	□ いいえ
ひとりでお風呂に入ることができますか	□ はい	□ いいえ
ひとりで着替えができますか	□ はい	□ いいえ

②これまで下記のサービスを利用したことがありますか？

□ 市の介護予防教室や通いの場
□ まつばらテラス（輝）、体育館などの各講座
□ 民間事業所の通いの場
□ 住民主体のサークルやサロン
□ 老人クラブ
□ 給食サービス
□ きらり活動員などのボランティア活動
□ その他

③希望するサービスはありますか？

□ 訪問リハビリ	□ 通所リハビリ	□ 通所リハビリ	□ 住宅改修	□ 短期入所	□ 福祉用具
□ 訪問介護（希望事業所：　　）		□ 通所介護（希望事業所：　　）		□ その他（　　）	

④状況調査連絡記入欄 （上記の色付部分に該当がない場合に記入します。）

状況調査日時	□ 希望は特にない			
	□ 曜日の希望あり：□月曜日・□火曜日・□水曜日・□木曜日・□金曜日			
	□ 時間の希望あり：午前・午後　　時ごろ			
連絡先	氏名		本人との関係	
	電話番号			
受診状況	医療機関名		主治医氏名	
	病名		服薬	
特記事項（希望するサービスや生活環境及び健康状態で気になることを記入してください。）				

裏面

基本チェックリスト（日常生活自立度チェック）

記入例

以下の質問は聞き取り形式で行ってください。※12番[illegible]してください。BMIは聞き取りした者が計算します。
回答欄の合計点数が判定基準に該当する場合はその[illegible]

		No.	質問	回答（いずれかを○で囲む）		
G	A	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	
	B	6	階段を手すりや壁をつたわら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分くらい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
	C	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（ 153 cm）・体重（ 55 kg） BMI（ 23.5 ） 《BMI＝体重（Kg）÷身長（m）÷身長（m）》		1. 18.5未満	0. 18.5以上
	D	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
	E	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
	F	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言われますか		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
H		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で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

A	No. 1～No. 5	生活機能をみます。	1	7
B	No. 6～No. 10	運動器の機能をみます。	③ 3点以上	
C	No. 11～No. 12	必要な栄養がとれているかどうかをみます。	0 2点	
D	No. 13～No. 15	噛んだり飲み込んだりする口の機能をみます。	② 2点以上	
E	No. 16～No. 17	閉じこもり気味かどうかをみます。	1 No.16に該当	
F	No. 18～No. 20	もの忘れの可能性がないかどうかをみます。	0 1点以上	
G	No. 1～No. 20	生活機能全般をみます。	A～F の合計点 10点以上	
H	No. 21～No. 25	うつの可能性がないかどうかをみます	③ 2点以上	

☑ 下記の事項について同意します。（□に✓してください。）

松原市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント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、この受付シートと基本チェックリストを市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

2021_4

基本チェックリストの考え方

No.	質 問 項 目	質 問 項 目 の 趣 旨
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外出しているかどうかを尋ねています。 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を尋ねています。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	本人の判断により金銭管理を行っている場合には「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	電話による交流は含みません。また、家族や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	面談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	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	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	時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分くらい続けて歩いていますか	屋内、屋外等の場所は問いません。
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	転倒にたいする不安は大きいですか	本人の主観に基づき回答してください。
11	6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6ヶ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、BMI＝18．5未満	整数で記載。体重は1ヶ月以内の値、身長は過去の測定値でもかまいません。
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年以上前から固いものが食べにくく、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	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	
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ヵ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	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言われますか	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	誰かに電話番号を尋ねて電話をかけたり、誰かにダイヤルをしてもらい、会話だけする場合は「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	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	（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。
22	（ここ2週間）これまで楽しんでことがやれていた楽しめなくなった	
23	（ここ2週間）以前は楽にでき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	

７．介護予防ケアマネジメントについて

１　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る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かかわ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。

２　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事業を受ける方とします。

３　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。

４　介護予防ケアマネジメントにおける様式（現在利用している様式でも可能）

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、基本チェックリスト・アセスメントシート（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

・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）

・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

・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

・サービス利用票、別表

5　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類型

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です。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ヶ月ごとに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ケ月に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。

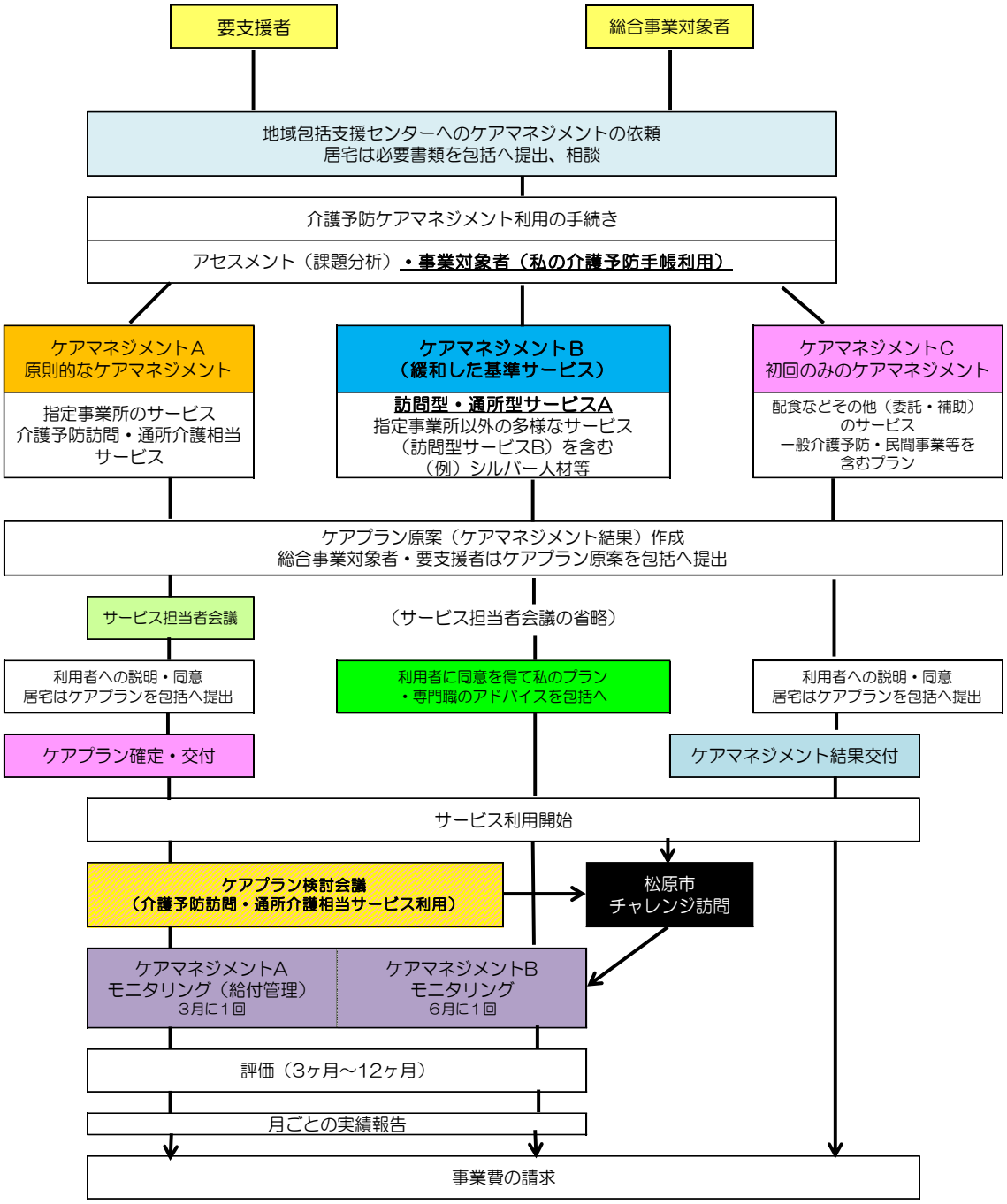
・ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメント）

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」等を記載し、利用者に説明、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、モニタリング等は行いません。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、サービス事業によるケアマネジメント費が支払われます。

（2） 介護予防ケアマネジメント実施の手順



６　介護予防ケアマネジメントの実際

（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。

② １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します。

③ 本人にあった目標設定に向けて、本人の意向等を聞き取りながら「～できない」と言う課題から、「～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） ケアプランの原案（ケアマネジメント結果）作成

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。

（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。

（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は地域包括支援センターの立会いにより必要な指導を受けることができ、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ます。

③ 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、チェックリストにて確認し提出する。

（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」を利用者に説明します。

（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） ケアプラン検討会議

ケアプラン検討会議は、**利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的とする**ものであり、介護支援専門員の視点だけでなく多職種協働による検討を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の再検討を促すものです。

（８） モニタリング（給付管理）

サービス開始後の状況、問題、意欲等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の状況を聴取。　ケアプラン検討会議の結果も含めて、サービスを検討して下さい。

（９） 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類型変更も含めて、今後の方針を決定します。

７　予防給付とサービス事業を併用する場合

（１）　予防給付とサービス事業によるサービスをもと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、予防給付とサービス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、サービス事業によるケアマネジメント費を支給しないものとする。

8　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、迅速にサービス事業のサービスを利用するこができるものとし、その後「要介護認定１以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスを利用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、並行してサービス事業を利用することは出来ません。

9　報酬（単価、加算）請求・支払について

（１）介護予防ケアマネジメント費について

	ケアマネジメントＡ （原則的なケアマネジメント） ケアプラン作成あり	ケアマネジメントＢ （簡略化したケアマネジメント） ケアプラン作成あり	ケアマネジメントＣ （初回のみのケアマネジメント） ケアマネジメント結果の通知
単価等	１月あたり 431 単位	１月あたり 300 単位	１月あたり 431 単位

初回加算：300 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ヶ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

※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サービス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出来ません。

委託連携加算：300 単位

介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する加算です。

利用者１人につき指定介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。

※当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当加算を勘案した委託費の設定等をおこなう。

８．介護予防・生活支援事業サービスの内容について

訪問型サービス

	国の基準による 訪問型サービス	市の緩和した基準による 訪問型サービス
提供する人	●事業所の訪問介護員	●事業所の登録会員 ●シルバー人材センターの登録会員
内　容	＜生活援助＞ ●掃除や整理整頓 ●生活必需品の買い物 ●食事の下ごしらえや調理	●布団干し ●衣類の洗濯や補修 ●薬の受け取り ●その他日常的な生活支援　など
	＜身体介護＞ ●入浴の介助（見守り） ●着替えの介助 ●服薬確認　など	＜身体介護＞ なし
	※自分で行うことが難しい生活上の支援を受けられます。 ※家族のための家事や日常的な家事の範囲をこえることは対象になりません。	
提供時間	45分程度/回（シルバー人材センターは60分程度/回）	
費用のめやす （１割負担の場合）	＜月毎の定額の利用料＞ 週1回　1，431円/月 週2回　2，858円/月 週3回　4，535円/月	＜利用回数に応じた利用料＞ 週2回まで　242円/回 （シルバー人材センターは200円/回）

通所型サービス

	国の基準による 通所型サービス	市の緩和した基準による 通所型サービス
提供する人	●指定事業所（現行相当）	●指定事業所（新しい基準）
内　容	●バイタルサインのチェック（健康管理） ●レクリエーション ●運動（生活機能の維持、向上） ●食事、水分補給 ●入浴　など	
提供時間	平均3時間以上9時間未満/回	平均3時間以上/回
費用のめやす （１割負担の場合）	＜月毎の定額の利用料＞ 週1回　1，851円/月 週2回　3，794円/月	＜利用回数に応じた利用料＞ 週2回まで　337円/回（送迎なし） 週2回まで　381円/回（送迎あり）

9．松原市における予防給付・総合事業のサービス併給関係について

（R5.4.改正）

サービス種別																							事業対象者																自立
予防給付（※1）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																												
現行相当（介護予防訪問介護）	○	○	○	○								○	○	○	○								○	○	○	○													
現行相当（介護予防通所介護）	○				○	○						○				○	○						○				○	○					○						
訪問型サービスA					○		○	○	○							○		○	○	○							○		○	○	○								
通所型サービスA		○					○			○			○					○			○			○					○			○		○					
訪問型サービスB																																	○	○	○	○			
一般介護予防事業の予防教室				○					○						○					○						○					○					○		○	○
介護予防サービス計画	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																												
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																																						○	

■予防給付（※1）は予防給付デイケア及び介護予防訪問介護、介護予防通所介護は含みません。
■予防給付でデイケアを利用している場合は、一般介護予防事業の予防教室の利用はできません。

１０．介護予防サービス・支援計画書について

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）

Ｎｏ．

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援１・要支援２	事業対象者

利用者名　　様　認定年月日　年　月　日　認定の有効期間　年　月　日～　年　月　日

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（良関サービス）	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、検査結果、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】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

年　月　日　氏名

１１．支給限度額の考え方

※総合事業対象者について給付管理を行う場合は、予防給付の要支援１の限度額を目安とします。

介護予防給付		総合事業
要支援１	要支援２	総合事業対象者
５，０３２単位	１０，５３１単位	原則　５，０３２単位 （※利用者の状態によっては、上限を１０，５３１単位に変更することは可能。しかし、事前協議が必要）

１２．月額報酬を算定するサービスの日割り請求

※利用者との契約開始又は契約解除については、契約日（サービス事業者と利用者が契約を締結した日）又は契約解除日を起算日として日割りとして算定します。

また、月途中で利用者が死亡した場合は、契約解除の取扱いに準じ、死亡日を起算日として日割りを行ってください。

なお、区分変更（要支援１⇔要支援２）は変更日から、区分変更（要介護→要支援）は契約日から日割りで算定するのは、従来の予防給付と同様です。

１３．ケアプラン検討会議について

１．目　的

利用者本人の能力に応じた自立した生活を支援する適切なケアプランとなっているかを確認し、介護支援専門員に「自立支援に資するケアマネジメント」とは何か「気づき」を促す。また、専門職の視点から支援内容を検討し、課題解決に向けて助言・提案を行い、検討結果を踏まえたケアプランの作成へ反映できるように支援する。

２．構成メンバー

市役所・地域包括支援センター・理学療法士等・管理栄養士・看護師・薬剤師

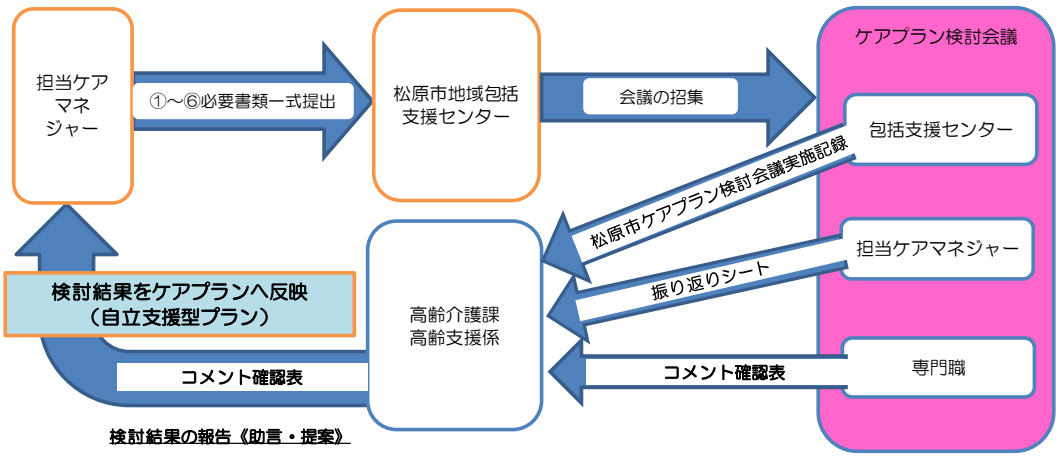
３．検討の主な着眼点

①自立支援や状態の改善がケアプランの中で実現できるようになっているか。
②一連のケアマネジメントの手順を踏まえ、ニーズを明確にしたケアプランとなっているか。
　※一連のケアマネジメントの手順とは、
　　アセスメントにより利用者をよく知る
　　ニーズを的確に把握し明確な目標を設定する
　　ニーズを解決するにふさわしいサービスを組み込んでいる。
③「基本調査表・アセスメント表」の評価については、ケアプランに必要な情報がきちんと記載されているか。
④利用者の生活機能向上に対する意欲を引き出す配慮がなされているか。
⑤本人が読んでも理解しやすように落とし込めているか。

４．必要書類一式について

①介護予防サービス・支援計画書
②基本チェックリスト
③サービス利用表（直近のもの）
④サービス担当者会議の要点
⑤基本情報（内服薬の情報は必須）
⑥アセスメントシート

５．全体的な流れ



記入日:　　年　　月　　日

アセスメントシート

運動・移動について	1　身体状況	痛み	1)あり(部位　　)　2)なし	課題・特記
		関節の動きにくさ	1)あり(部位　　)　2)なし	
	2　(イスからの)立ち上がり		1)できる　2)つかまればできる　3)できない	
	3　屋外の移動	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる　2)つかまればできる　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)何とかできる　3)できない	
	4　片足立ち(1秒)		1)できる　2)つかまればできる　3)できない	
	5　外出手段	日用品を買うときは	1)行ける(手段　　)　2)行けない	
		病院等に行くときは	1)行ける(手段　　)　2)行けない	
	6　屋内の移動		1)できる　2)つかまればできる　3)できない	

日常生活について	7　食事回数	(　　)食/日	課題・特記
	8　調理	1)できる　2)一部できる　3)できない	
	9　掃除	1)できる　2)一部できる　3)できない	
	10　洗濯	1)できる　2)一部できる　3)できない	
	11　入浴	1)できる　2)一部できる　3)できない	
	12　ごみ出し	1)できる　2)一部できる　3)できない	
	13　買い物	1)できる　2)一部できる　3)できない	

社会参加等	14　1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等　2)ほとんど一人で過ごす	課題・特記
	15　外出する頻度(通院以外)	1)　回/週　2)ほとんど外出しない	
	16　親戚・友人と会う・連絡を取る	1)　回/週　2)ほとんどない	
	17　地域・近隣との交流	1)ある　2)ほとんどない	
	18　趣味・楽しみ	1)ある　2)ない	

健康管理について	19　医師からの運動制限	1)ない　2)運動を制限されている	課題・特記
	20　定期受診	1)している　2)していない	
	21　現在の健康状態	1)よい　2)あまりよくない　3)よくない	
	22　睡眠の状態	1)よく眠れる　2)眠れないことがある(服用　有　・　無　)	
	23　服薬管理の状況	1)指示通り飲める　2)指示通り飲めない	
	24　口腔機能の状況	1)よい　2)あまりよくない　3)よくない	
	25　歯の手入れ(義歯含む)	頻度(　回/日　・　週　・　月　)方法(　　)	

精神状態	26　物忘れが気になる	1)はい　2)いいえ	課題・特記
	27　うつ傾向	1)ある　2)ない	

その他特記

コメント確認表

事業者名：　　氏名：

実施日：　　年　　月　　日

提出期限：　年　　月　　日

※１W以内に提出をお願いします。

《確認ポイント》
※それぞれの項目に対してきになるところやアドバイスを記入して下さい。
（一番下のコメント欄も必ずご記入ください。）

☆アセスメント

・利用者の課題

・利用者の強み

・利用者の弱み

☆改善の可能性

☆目標設定

☆サービス内容・頻度

☆モニタリングの視点

《コメント》必ずご記入ください。

松原市ケアプラン検討会議

ケアプラン検討会議振り返りシート（　事例①　・　事例②　）

日　付	提出者	経験年数
		年

※居宅での経験年数を記載して下さい。

このシートは１事例ごとにご記入ください。

	項　目	自己評価（評価指標）（前）	自己評価（評価指標）（後）	今後、何をどのようにしていきたいか？具体策など（すべての項目に対してご記入ください。）
アセスメント	・利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題抽出が必要です。ご本人の能力・病状等の医療情報、環境等十分な情報収集ができていましたか。			
	・解決すべき課題を抽出するには、生活上の障害や支障を拾い上げ、その要因・背景の整理ができていますか。			
	・ケアマネジャーとして、判断も必要ですが、改善の可能性、悪化のリスク、維持の必要性など判断し、ケアマネジャーとして本人の望む生活に近づける課題を抽出できていますか。			
	・ニーズが最終的に解決の方向性を示しながら、合意を得た上でのニーズにあった実現可能な目標になっていますか。			
ケアプラン	・ご本人がどのような状態になれば望む生活に近づくのが目標です。ご本人のニーズにあった実現可能な目標になっていますか。			
	・目標を達成するには、課題の要因や背景の解決が必要になります。それを、参考に目標達成のためのサービス内容が盛り込まれていますか。			
	・サービス種別を位置づけ、すべてのニーズを勘案して、サービス選定できていますか。			
	・ニーズ解決には、セルフケア・インフォーマルサポートを意識して位置づけていますか。			
	・利用者の生活スケジュールを配慮したサービス導入になっていますか。			
全体	・専門用語や抽象的な言語は使用せず、わかりやすい言葉を用い、適正な表現ができていますか。			
	・利用者が自らの生活を意欲的に取り組める、楽しみのある生活が送れるプランになっていますか。			
	・プランがチームで取り組めるものであり、個別サービス計画と連動したものになっていますか。また、担当者間で情報共有ができる手立てが明確になっていますか。			
	・プランは介護保険法に位置づけされたものです。基準等に準じた内容・記載になっていますか。			
総合評価（合計点数）				

【評価指標】　7点：十分できている９０％以上　6点：できている７０％
5点：もう少し学びが必要である　4点：かなり努力が必要である50％

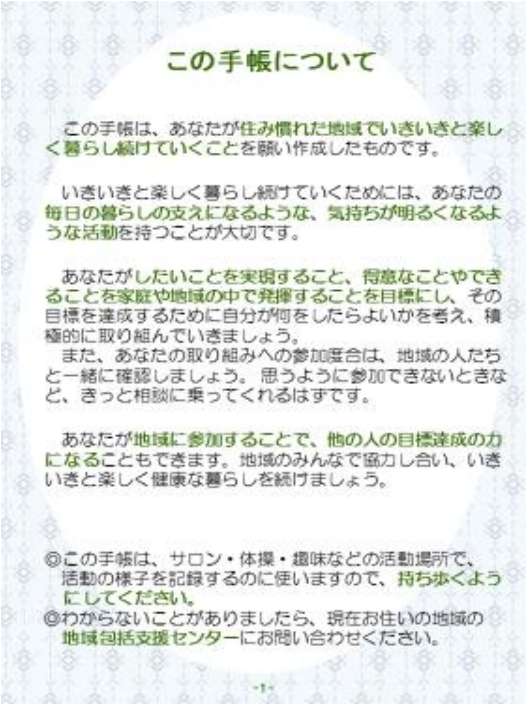
【総合評価】

	点数
A	90点以上
B	70点以上
C	60点以上
D	50点以上

※提出日　　年　　月　　日まで

※２W以内に高齢介護課高齢支援係まで提出をお願い致します。

１４．介護予防手帳について



介護予防手帳の活用

「していることや興味の確保」

「私のプラン」

「活動記録」等の記載を促し、

自立支援に繋げてください！！

１５．自主グループ支援活動について

住民運営の集いの場に、リハビリテーション専門職の関与の機会を設けることで、効果的な介護予防及び介護保険サービスの充実を目指すものです。リハビリテーション専門職を地域に派遣し、介護予防の取組を強化します。

【利用対象者】

６５歳以上の市民、かつ概ね１０人以上で構成され、介護予防に資する活動を定期的に実施している自主グループ

【支援者】

理学療法士または作業療法士

【開催日時】

自主グループの代表者と支援者が連絡を取り、日時を決定する。

【実施時間】

１回あたり１時間以上

【開催場所】

自主グループの活動場所

【申込み】

地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書

【申込み先】

高齢介護課高齢支援係

１６．チャレンジ訪問について

地域リハビリテーション活動支援事業

『 松原市チャレンジ訪問 』とは

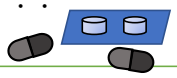
総合事業対象者～要支援１・２の認定を持つ高齢者の自立支援を促進するため、ケアマネジャーと一緒に専門職（理学療法士等・管理栄養士・看護師・薬剤師）が自宅などに同行します。

高齢者及びその家族に対し、専門職の視点から日常生活課題の解決や改善に向けて気づきを与えたり、意欲の向上へと働きかけることを目的とした事業です。

具体例

食事の偏りがありそうで痩せてきているのが心配・・・
栄養士さんのアドバイスがもらえたら・・・

薬の管理や理解が難しい人がいるけど、薬剤師さんから詳しく説明してもらえたら・・・



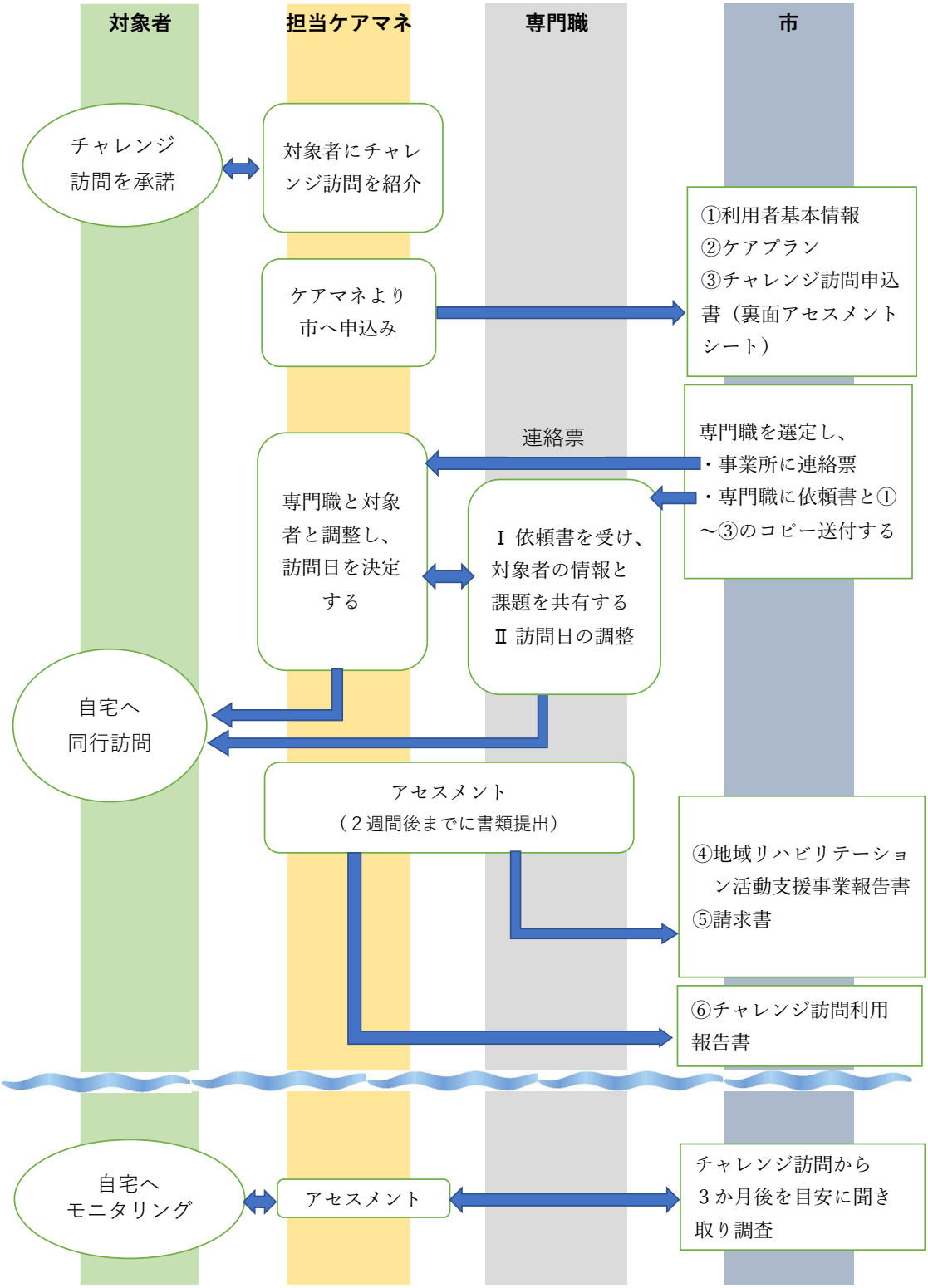
家の環境整備でもっと過ごしやすくなりそうなので、リハビリ職の方に一度見てほしい・・・

外を歩く時間が短くなって筋力が落ちてきている気がする・・・
何かいいアドバイスはないだろうか・・・

医療に詳しくないので、訪問看護師さんと一緒に訪問してもらって意見を参考にできたら・・・

最近、閉じこもりがちで運動量が減っているケースに自宅でできるトレーニングを教えてもらうことができたら・・・

松原市チャレンジ訪問フローチャート



参考：・平成 27 年度厚生労働省地域包括推進事業

介護予防ケアマネジメント実務者研修資料

・平成 28 年度厚生労働省

介護予防ケアマネジメント実務者研修資料

・平成 30 年度厚生労働省

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（一部改正）資料

・令和４年４月１日改正

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン

協力：・松原市地域包括支援センター社会福祉協議会

・松原市地域包括支援センター徳洲会

発行：・松原市健康部高齢介護課

発行年月日：２０２３年４月

住所：〒580-8501 松原市阿保１丁目１番１号

TEL：072-334-1550

FAX：072-337-3052