

令和6年4月版
令和6年7月一部改訂

介護予防ケアマネジメント マニュアル



四條畷市

目 次

第1章 総論

- 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 2 介護予防の視点とは・・・・・・・・・・ 5
- 3 総合事業とは・・・・・・・・・・ 8
- 4 四條畷市の介護予防・生活支援サービス・・・・・・・・ 8
- 5 サービス類型と状態像・・・・・・・・ 9
- 6 **介護予防の推進**・・・・・・・・・・ 11
- 7 通所型サービスCにおけるケアマネジャーのかかわり・・・・ 12

第2章 介護予防・生活支援サービスの利用の流れ

- 1 相談受付・・・・・・・・・・ 14
- 2 基本チェックリストとは・・・・・・・・ 17
- 3 基本チェックリストの実施・・・・・・・・ 17
- 4 基本チェックリストの判定・・・・・・・・ 22
- 5 事業対象者となってからケアプラン作成まで・・・・ 27
- 6 事業対象者が要介護認定を受ける場合・・・・ 30
- 7 事業対象者がサービス利用を継続する場合・・・・ 31

第3章 介護予防ケアマネジメント

- 1 介護予防ケアマネジメントの概要・・・・・・・・ 32
- 2 介護予防ケアマネジメントのプロセス・・・・・・・・ 33
- 3 インテーク・・・・・・・・ 35
- 4 リハビリテーション的視点の重視・・・・・・・・ 35
- 5 地域リハビリテーション活動支援事業の活用・・・・ 36
- 6 リハビリテーション職によるケアマネジメント支援内容・・・・ 36
- 7 課題分析(アセスメント)・・・・ 38
- 8 生活機能評価・・・・・・・・ 40
- 9 ケアプラン作成・・・・・・・・ 44
- 10 従前相当サービス利用理由書について・・・・ 45
- 11 サービス担当者会議・・・・・・・・ 48
- 12 モニタリング・・・・・・・・ 49
- 13 評価・・・・・・・・ 50
- 14 ケアプランの委託・・・・・・・・ 50
- 15 区分支給限度額・・・・・・・・ 51
- 16 介護予防ケアマネジメント費・・・・・・・・ 54
- 17 記録の保管・・・・・・・・ 55
- 18 四條畷市のめざす総合事業・・・・・・・・ 55

第1章 総論

1 はじめに

(1) 介護保険法に基づく自立支援の重要性

介護保険法（一部抜粋）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第4条 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。

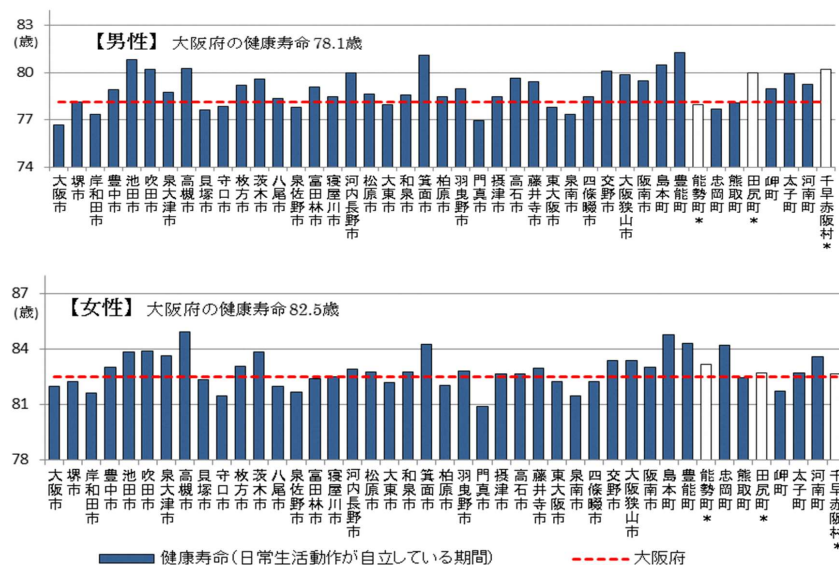
第1条は、要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険給付を行うと規定されています。

また、第2条で、保険給付は、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規定されています。保険給付は、被保険者の選択に基づき行われるものであり、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って、総合的かつ効率的に提供される必要があります。

加えて、第4条は、国民の努力（自助）や義務について定め、国民は自ら要介護状態となることを予防するため、常に健康の保持増進に努め、要介護状態になった場合においても、その有する能力の維持向上に努めると規定しています。

(2) 健康寿命（日常生活動作が自立している期間）

四條畷市の健康寿命は、男女とも概ね大阪府平均を下回っています。よって、健康寿命（日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間）を延ばし、いつまでも元気で、自分らしく生き生きとした生活が送れるよう、介護予防を推進しなければなりません。



大阪府調べ（厚生労働科学研究報告書に基づき、介護保険事業状況報告、人口動態統計、住民基本台帳に基づく推計出典人口等から算出）*人口1.2万人未満の市町村は参考値

※参考文献 第3次大阪府健康増進計画

(3) まとめ

このように、介護予防を推進し、できる限り在宅で、有する能力に応じ、自立した日常生活を行うとともに、状態像に応じた適切なサービスを受けることで改善若しくは悪化を防ぐことが介護保険制度のめざす姿です。

利用者の困り事だけに注意を払うのではなく、もとの暮らしぶり、やりたいこと、やってみたいことを丁寧に聞き取り、そのうえで改善の可能性やそのために必要なことをアセスメントに基づき分析することが必要です。

これらの分析をもとに、自立に向けた支援計画をたてるには高い専門性と多角的な視点からアセスメントするための幅広い知識が必要となります。

単に困りごとを補うためのサービスを当てはめることが目的化したケアプランから、「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよくアプローチすることで課題解決を図り、介護予防及び自立支援につながるケアプランへと進化する一助となるよう、本マニュアルを作成しました。

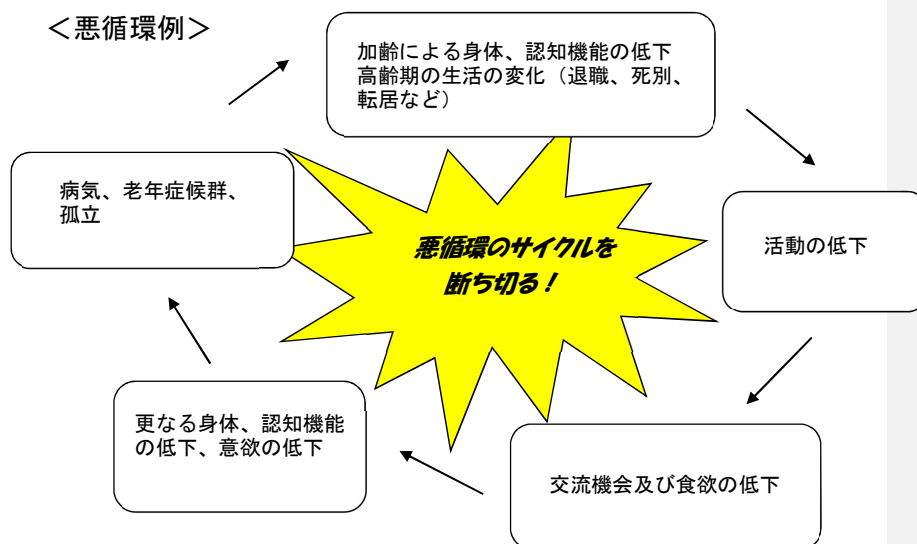
2 介護予防の視点とは

個人差はあるものの、誰もが年齢とともに身体や認知機能が低下していきます。また、高齢期には、本人または配偶者の退職、親族や友人などとの死別や離別、本人や家族の転居など多くの生活上の変化を体験します。

その結果、意識して活動を継続しないと、活動量が減少していきます。

活動量の減少は、食欲低下や他者との交流機会を減少させ、更なる心身機能の低下や意欲低下につながります。

病気や孤立が重なると、ますます身体、認知機能の低下が進み、活動量が減少していきます。



このような悪循環を早期に断ち切り、自分らしい尊厳ある生活を取り戻すことができるよう支援することが介護予防だと言えます。

つまり、介護予防とは、心身機能の改善や環境の調整を通じて、高齢者の生活機能の向上や地域社会活動への参加につなげることによって、生きがいのある生活の実現をめざすものです。

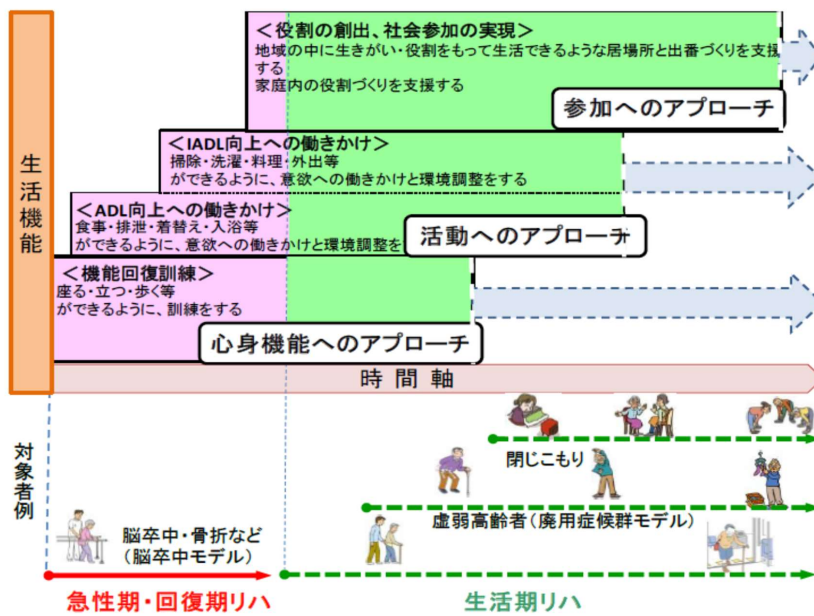
生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった身体機能の改善といった個々の課題に視点を置くだけでは根本的な解決にはつながりません。

介護予防及び自立支援を図るためには、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」の3要素にバランスよく働きかけ、生活課題を解決することで日常生活の活動性を高め、家庭や地域社会での役割を果たすなど、

一人ひとりの生きがいや自己実現を支援し、QOL の向上をめざすことが重要です。

※「生活機能」について

国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, disability and health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL、家事、職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から成るものとしている。



出典：国際機能分類を基に厚生労働省老健局老人保健課が作成した資料

介護予防ケアマネジメントのポイント

◇「心身機能」、「活動」、「参加」の三要素にバランスを意識すること！

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障がいのある人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものです。

◇目標と手段を混同しない！

運動機能向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上など個々のサービスは目標を達成するための手段に過ぎないということを認識しておくことが大切です。

◇ゴールの見える目標設定を！

目標設定が曖昧で、具体性がないといつまでもゴールが見えず、サービスを利用し続けることになります。利用者が、自立した日常生活を取り戻し、QOL向上を図るための手段として訓練やサービス利用をしていることを常に意識して取り組むことができるよう支援することが重要です。

◇利用者のやる気を引き出す！

介護予防効果を引き上げるには、利用者自身の主体的な取組みが欠かせません。支援者は、利用者の意識を高めるコミュニケーションに心がけるとともに、サービス利用による成果を利用者と共有することで、モチベーションを維持、向上させる支援が必要です。

◇状態像を見極めた支援を！

生活機能が改善してきたら、「心身機能」→「活動」→「参加」の方向に向け、アプローチの比重を変えていきましょう。「できることは自分です」「自分でできることを増やす」が自立支援の基本です。

◇行動変容につなげる支援を！

サービス利用期間は支援者がサポートしていますが、普段の暮らしぶりが変わらないことには、一旦改善しても支援がなくなると再び生活機能の低下を引き起こしかねません。

サービス利用期間中から利用者の行動変容やセルフマネジメント力向上を意識した支援を行うことが大切です。

◇健康管理との連動！

高齢者の多くは基礎疾患を抱えており、介護予防を推進していくうえで、健康管理は重要なポイントとなります。利用者の受診状況等を確認し、健康状態の把握に努めるとともに、必要に応じ主治医の意見等を求めましょう。

3 総合事業とは

平成26年度の介護保険法改正により、予防給付による訪問介護と通所介護は介護保険から切り離され、新しい介護予防・生活支援総合事業として地域支援事業に位置付けられました。

これらは単に制度の位置づけが変わっただけではなく、介護保険の理念である自立支援促進に向け、地域の実情に応じた取組みを推進するための制度改革であり、その成果は将来の住民生活のQOLや保険料の水準にも影響を及ぼすことになります。総合事業は、「介護予防・生活支援サービス」と「一般介護予防事業」に区分されます。

「介護予防・生活支援サービス」を受けられる対象者は要支援者及び基本チェックリスト判定により事業対象者となった人に限ります。

「介護予防・生活支援サービス」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、介護予防ケアマネジメントがあり、市ではその他の生活支援サービス以外はすべて実施しています。

「一般介護予防事業」は地域に住むすべての高齢者を対象とする事業であり、介護認定の有無を問いません。

支援計画を立てるうえで、利用者の状態に応じ、可能な限り介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業を組み合わせることで、地域とのつながりを保ち、自立支援を促進することが大切です。

4 四條畷市の介護予防・生活支援サービス

四條畷市ではくすのき広域連合のもと平成29年より総合事業を開始し、介護予防を推進するため多様なサービスの利用促進を図ってきました。令和6年3月の広域連合解散に伴い介護保険の実施主体が市になりますが、引き続き介護予防の推進、自立支援重度化防止に向けた多様なサービスの利用を推進します。

サービス利用にあたっては、「できることは自分ですること」、「サービスを利用しながらできないことを減らしていくこと」、「できることが増えてきたらサービス内容の見直しを随時行うこと」などをあらかじめ利用者や家族に説明し、サービス提供者を含めた関係者間で共通理解を図っておくことが大切です。

状態像に合わないサービスやできないことを補うだけのサービス利用は介護予防が推進されないだけでなく、却って自立を阻害し、心身機能の低下からサービスへの依存につながることを支援者自身が認識したうえで、利用者にも理解していただけるよう、サービス導入前に丁寧に説明します。

サービス種類ごとに標準的な状態像を示しますので、参考のうえ適切なサービス選定をしてください。なお、標準的な状態像の要件に該当しないケースで相当サービスが必要と判断した場合には、別途理由書の提出が必要となります。（詳細はP49を参照）

市では自立支援につながるサービスとして、通所型サービスC（短期集中型）を推奨しています。利用者の状態像から通所型サービスCを勧めてよいか迷う場合等は、地域リハビリテーション活動支援事業としてリハビリテーション職による同行訪問によりケアマネジメント支援を行っています。利用申請手続きについて、地域包括支援センターまたは市の高齢福祉課に問い合わせてください。

5 サービス類型と状態像

サービスの類型	サービスの内容	標準的な状態など
介護予防訪問介護相当サービス	従前の訪問介護と同様 訪問介護員による身体介護、生活援助を提供	身体介護が必要な人、 がん末期、難病、認知症Ⅱ以上、その他精神疾患等により、専門職による中長期的なサポートが必要な人
訪問型サービスA （緩和型）	掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供 ※身体介護は含まれない	介護予防訪問介護相当サービスの対象以外で日常的に家事援助が必要な人
訪問型サービスB （住民主体型）	家事や見守り等、ボランティアによる生活援助 ※身体介護は含まれない	地域の助け合いによる生活援助により介護予防が図れる人
介護予防通所介護相当サービス	従前の通所介護と同様 中長期的な生活機能向上のための専門職による機能訓練等	がん末期、難病、認知症Ⅱ以上、その他精神疾患等により、専門職による関りが必要な状態で、中長期的なサポートが必要な人
通所型サービスA （緩和型）	通いの場等一般介護予防事業へのつなぎとして体操、レクリエーションを通じ、社会参加を促進	介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスCの対象とならない人
通所型サービスB （住民ボランティア型）	ボランティア等の運営による交流や介護予防に資する取組み	地域住民の助け合いの場で主体的な参加により介護予防が図れる人
通所型サービスC （短期集中型）	生活機能を改善するために運動プログラム等を短期集中的に提供	介護予防通所介護相当サービスの対象以外で医師から運動制限のない人

※新規利用者については通所型サービスCの対象となるか検討してください。

<サービスの種類ごとの組み合わせ>

利用者によっては、複数のサービスを組み合わせることが必要な場合があります。アセスメントにより、利用者の状態像を見極めたうえで、適正なサービスを選択してください。サービスごとの組み合わせについては、下表をご参照ください。

サービス類型		通所型				訪問型		
		従来相当	A緩和型	Bボランティア型	C短期集中型	従来相当	A緩和型	Bボランティア型
通所型	従来相当		×	○	×	○	○	○
	A緩和型	×		○	△	○	○	○
	Bボランティア型	○	○		○	○	○	○
	C短期集中型	×	△	○		○	○	○
訪問型	従来相当	○	○	○	○		×	○
	A緩和型	○	○	○	○	×		○
	Bボランティア型	○	○	○	○	○	○	

（ご注意）

相当サービスは、包括的単位でサービス提供を行うため、同類のサービスを重複して受けることはできません。

サービス利用ごとの出来高払いで提供されるサービスについては、アセスメントにより、必要なサービスにつなぎましょう。

通所型サービスCと併用する場合は、ゴールを決め、目標到達後はサービスを終了できるよう、あらかじめ利用者と話し合っておきましょう。

なお、通所型サービスC（短期集中型）の利用者で入浴課題のある方は、通所型サービスA（緩和型）を同時併用することを可能とします。

6 介護予防の推進

市では、総合事業における通所型サービスC（短期集中型）を主軸として、フレイル状態の早期改善を図り、自立した日常生活を取り戻していただくとともに、再び社会的役割を担っていただけるよう支援していきます。

<通所型サービスC（短期集中型）とは>

通所型サービスCはリハビリテーション職を含めた多様な専門職の関わりによる目標志向型アプローチです。

サービス提供前に事業所のリハビリテーション職が居宅訪問し、具体的な生活課題を把握したうえで、具体的な目標設定を行い課題解決に向けたプログラムを作成します。また、自宅でも行えるプログラムを提供することで、生活全体を活発化し、セルフマネジメント力を育むことで、サービス終了後もフレイル状態になりにくい生活スタイルの獲得をサポートし、サービス終了後のモニタリングも事業に位置付けて行います。

特に初めてサービスを利用する人には、介護予防を正しく理解していただくためにも通所型サービスC利用について優先して検討しましょう。

四條畷市の 介護予防・日常生活支援総合事業の考え方

【導入期】
0か月

【集中介入期】
1～3か月

【生活期】
4か月以降

通所型サービスC
（短期集中型）
からスタート

通所型サービスC
（運動口腔栄養
プログラム）

一般介護予防（通いの場等）
などの地域活動等への参加

目標

“地域から離れず、給付サービスに頼らず

日常生活が送れる仕組み“をつくる！

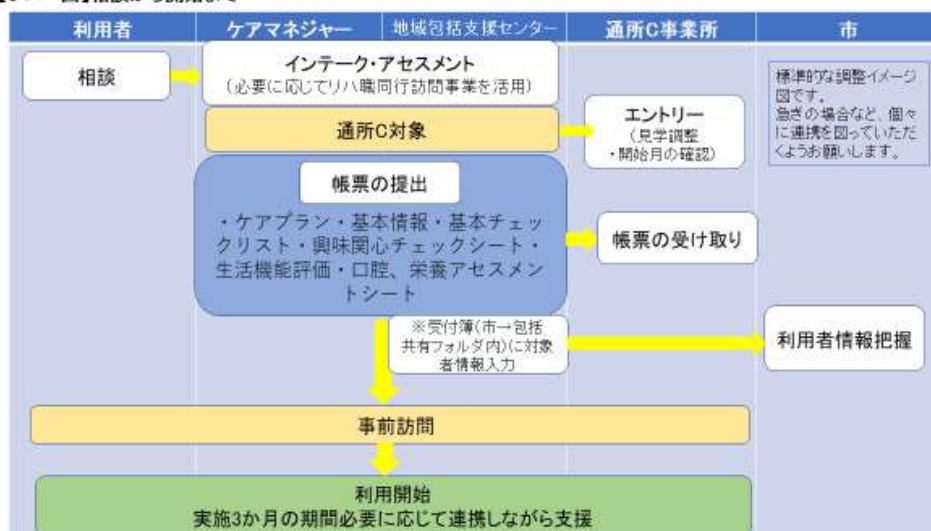
7 通所型サービスCにおけるケアマネジャーのかかわり

通所型サービスCは短期間に自立に向けた支援を行い、利用者の行動変容に向けた動機づけを行う事業であるため、サービス利用前後に専門職がそれぞれの専門性を発揮し、相互連携のもと支援にあたります。

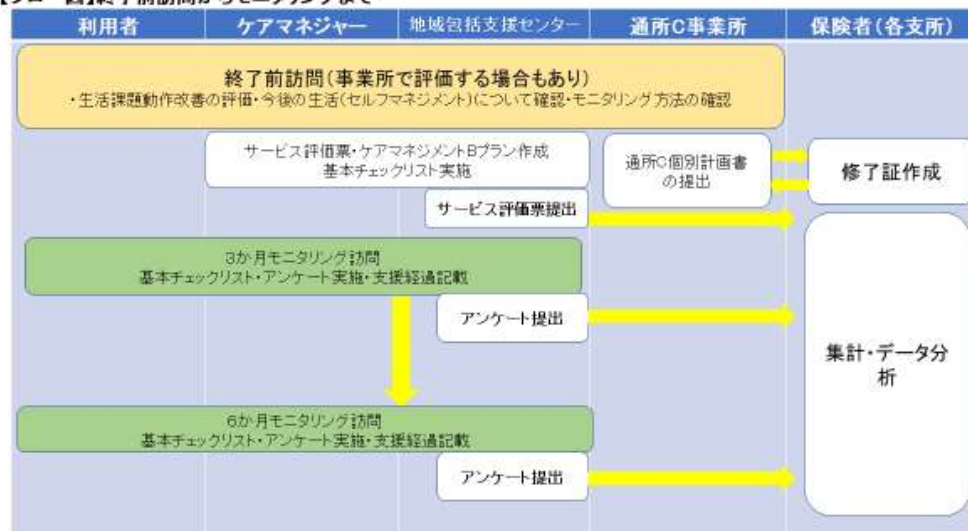
特にサービス利用中は利用者の状態の変化を丁寧に把握し、期間内に目標到達が行えるかの評価を行い、必要に応じてプランの変更を行います。

	趣 旨	内 容
1	アセスメントの実施	アセスメント帳票を活用し、生活課題の把握や要因分析を行い、目標設定と解決に向けたサービスを選定。 (リハビリテーション職同行訪問事業の活用)
2	訪問の同行 目標の合意形成	通所型サービスC事業所のリハ職の事前訪問に同行し、アセスメント結果と目標について、合意形成する。 (サービス担当者会議の実施)
3	サービス提供	3か月間の利用中、対象者の変化や効果について確認し、目標達成に向けて適宜事業所と連携する。
4	サービス終了時	通所型サービスC事業所のリハ職の終了前訪問に同行し、生活課題改善の確認、目標達成の確認を行う。 ※事業所にて評価する場合は可能な限り立ち会う。 (基本チェックリストの実施、サービス評価票記載)
5	終了後のモニタリング	終了後3か月及び6か月目に訪問し、目標達成状況が維持されているか確認する (基本チェックリストの実施、アンケートの実施)

【フロー図】相談から開始まで



【フロー図】終了前訪問からモニタリングまで



第2章 介護予防・生活支援サービスの利用の流れ

1 相談受付

(1) 新規の場合

介護予防・生活支援サービス利用に至るには、要支援認定を受けるか基本チェックリストの判定により事業対象者となるかいずれかが必要です。窓口対応にあたる職員は相談者の困りごとを丁寧に聞き取り、「四條畷市 窓口相談シート」（P15 参照）を活用して要介護認定申請の必要性について検討します。

相談シートは要介護認定の必要な人を見逃さないためのツールであると同時に介護予防の対象者を地域包括支援センターにつなぎ、適切なサービス及び事業等につなぐ役割も有しています。またサービスを利用することによって、めざす状態像について入口部分で合意形成を行うツールとしても活用します。

窓口相談シートは主に市の相談窓口において活用するものであり、地域包括支援センターやケアマネジャー等につきましては記載の必要はありません。

新規に相談に来られた方に介護予防の流れについて説明する際にご活用ください。

四條畷市窓口相談シート

日々の生活のなかで、難しくなってきた動作の「早期改善を図る」ことが、いつまでも元気にいきいきと生活するために大切です。生活の状況から、適切なサービス等につなぐ流れをご紹介します。以下あてはまる□に✓してみましょう。

1

- ☐ 物につかまっても寝返り、立ち座りができない
- ☐ 歩行器や杖を使ってもひとりで歩くことができない
- ☐ 入浴や着替え、食事、排せつの後始末が一人ではできない
- ☐ 進行性の疾患がある（がん、認知症、難病等）
- ☐ 65歳未満で特定疾病に該当する

日常生活の動作が
困難になっている

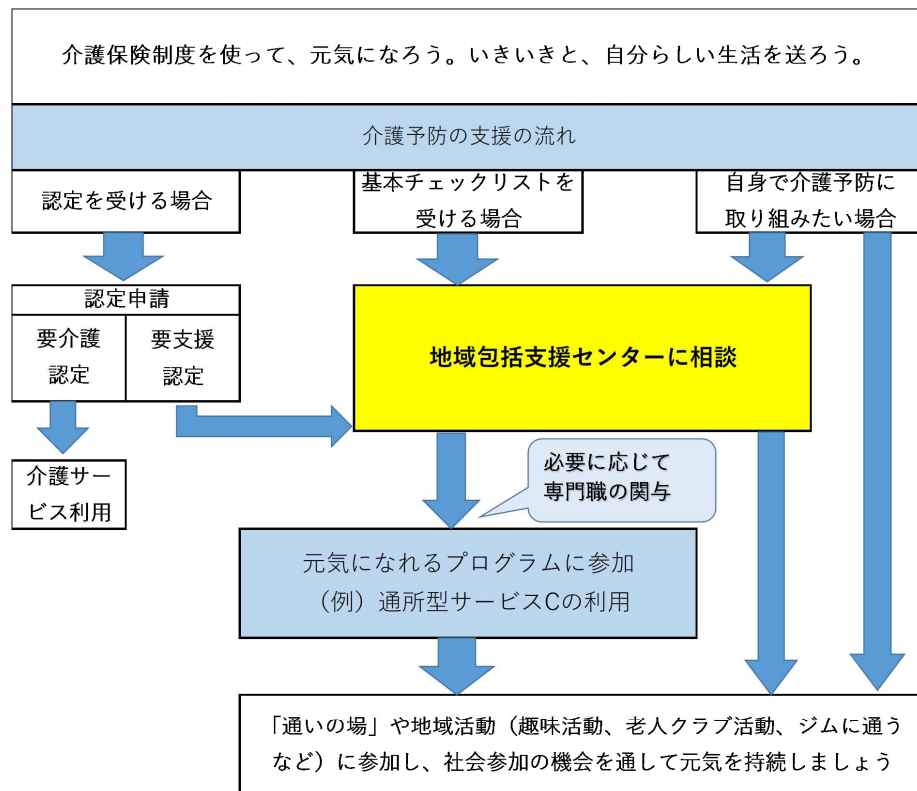
支援が必要な状態です。
早期に認定申請を行いましょう

2

- ☐ 足腰が弱ってきて、よくつまずく
- ☐ 入浴（浴槽のまたぎなど）がひとりでしづらくなっている
- ☐ 掃除機を出して掃除することが億劫になってきた
- ☐ 買い物や料理することが大変になってきた
- ☐ 疲れやすく、何をするのも億劫に感じる

フレイルかも…

認定申請を急ぐ必要はありませんが、早期に介護予防に取り組むことが重要です。すでに生活に支障があり、支援を必要とする方、介護予防の取り組み方がわからない方は地域包括支援センターに相談しましょう



<日常生活で困り事のある方へ>

老化や疾病などにより心身の機能が低下すると、今までできていたことができなくなり日常生活に支障を来すようになります。

そのような健康な状態と要介護状態の中間に位置する状態をフレイル（虚弱状態）と呼び、近年、フレイル対策が提唱されています。

そのようなとき、「もう年だから・・・」「どうせ変わらない・・・」などとあきらめていませんか？

リハビリテーション職等の専門職による適切なプログラムを行うことで、高齢になっても生活機能が改善することが実証されています。

まずは、担当圏域の地域包括支援センターにご相談ください。

(2) 要介護等認定申請更新の場合

要介護認定又は要支援認定の有効期間満了後も継続して介護サービス等の利用が必要な場合は、要介護認定更新申請を行います。認定を受けている人の中には、サービスを利用するためではなく、万が一必要となったときの備えとして認定を受けたいといった意向の人がいますが、認定を受けただけでは介護予防を図るこ

とはできません。

要介護認定は介護予防、重度化防止を図るため、必要な支援につなぐために行うものであり、放置しておくとフレイルが進み、要介護状態につながる可能性があることを丁寧に説明し、相談者に理解してもらいます。生活機能の低下状況について相談シートの活用により把握し、相談シート1又は2に該当する場合は、地域包括支援センターにつなぎます。

相談シート1又は2に該当せず、生活の困り事がない場合は、健康維持を図るため、「通いの場」などの一般介護予防事業を紹介しましょう。

2 基本チェックリストとは

基本チェックリストは25項目の質問により、生活機能の低下等を判定し、総合事業対象者とすることで迅速にサービスにつなぐツールです。

65歳以上の被保険者が対象であり、**第2号被保険者は基本チェックリストの対象とはなりません**ので、要介護等認定申請を促します。

事業対象者は第1号事業と呼ばれる訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントのみ利用でき、予防給付によるサービスが必要な場合は要支援認定を受ける必要があります。

現に要支援認定を受けている人で、訪問型サービス又は通所型サービスのみが必要な人については、要介護等認定更新をせず、基本チェックリストの判定により総合事業対象者になることで、サービス利用を継続することができます。

基本チェックリストを実施する場合は相談者に基本チェックリストの判定及び事業対象者のサービス利用等について丁寧に説明を行い、同意を得たうえで進めましょう。

総合事業対象者としてサービスを利用中に状態像の変化があった場合は、途中で要介護等認定申請が可能となっており、認定結果が出るまでの間は総合事業サービスを受け続けることができます。

3 基本チェックリストの実施

相談者の困り事を聞き取り、総合事業の説明を行ったうえで利用者の同意が得られた場合、基本チェックリストによる判定を行います。

次ページに基本チェックリスト実施に係る説明書を掲載していますので参考にしてください。

多くの要支援認定者は、ADLが概ね維持されており、生活援助等を受けるために訪問型サービス又は閉じこもり予防や運動、交流を図るために通所型サービスなどの介護予防・生活支援サービス事業を利用している状況にあります。

基本チェックリスト実施後、すぐに判定できるため、介護予防・生活支援サービス事業のみを必要としている人には、迅速にサービス利用につながるというメリットがあります。

反面、利用できるサービスが訪問型サービス又は通所型サービスに限定されるため、基礎疾患等があり医学的管理が必要な場合、主治医意見書が作成されないため、医療情報の把握が難しいといったデメリットがあります。

下記に該当する場合や相談者の同意が得られない場合は、要介護認定の説明を行ったうえで申請を促しましょう。

＜要介護認定申請が必要なケース＞

- ・ADL 低下がみられる
- ・予防給付の必要性が高い(住宅改修、福祉用具も含む)
- ・医学的管理の必要性が高い
- ・認知症（Ⅱa 以上）や精神疾患等により介護予防事業の理解が困難
- ・がんや難病等により状態像が急に悪化する可能性が高い

基本チェックリストの記入は、相談者自身が行います。

本人が記載できない場合は、家族等が本人に聞き取り、代筆します。

質問内容25項目すべてを記入する必要があり、無回答の場合は判定ができませんので、記載漏れがないかチェックしましょう。

本人同意のサインは基本チェックリスト実施について理解し、同意されたことを確認するためのものでもあります。記載漏れがないよう、確認してください。

基本チェックリストはアセスメントツールとしても活用できます。基本チェックリストのチェックポイントを参考にケアプラン作成に役立てましょう。

基本チェックリストによる判定を受けられる方へ

四條畷市では、健康寿命の延伸をめざし、介護予防・重度化防止を推進しており、そのための総合事業における多様なサービスを実施しています。

総合事業サービスを受けるためには、基本チェックリストによる判定を受けるか、要介護認定申請により、要支援認定を受ける必要があります。

基本チェックリストによる判定では、すぐに結果が出るため、総合事業対象者となった場合は、迅速にサービス利用につながります。総合事業対象者が利用できるサービスは訪問型サービスと通所型サービスに限定されているため、福祉用具貸与などの予防給付サービスが必要になられた場合は、いつでも要介護認定等の申請が可能です。

事業についてご理解いただいたうえで、基本チェックリストの判定を受けてください。

＜元気で長生き、健康寿命を伸ばすには＞

近年、加齢や疾患がきっかけとなり、身体機能や認知機能の低下した状態を



示すフレイルへの対策が提唱されています。フレイルは健康な状態と要介護状態の間に位置した虚弱な状態であり、この段階で適切な予防を行うことが重要です。

四條畷市では、フレイル状態の人が自立した生活を取り戻せるよう、短期集中的に訓練プログラムを実施する通所型サービスCを推奨しています。

科学的根拠の基づいた適切なプログラムを行うことで、高齢になっても機能が回復することが実証されています。地域包括支援センターで通所型サービスC（短期集中型）を進められた人は、このチャンスを逃さず、ぜひ、チャレンジしましょう。

※サービスの提供期間は3か月を基本としており、その間、多様な専門職がしっかりと寄り添いサポートいたしますので、ご安心ください。

介護予防基本チェックリスト

	No.	質 問 項 目	回答（いずれかに ○）	
暮らしぶり	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ
運動器関係	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	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	はい	いいえ
	8	15分間位続けて歩いていますか	はい	いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
栄養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	はい	いいえ
	12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重()kg÷身長()m÷身長()m)	はい	いいえ
口腔機能	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
	15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
認知機能	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言われますか	はい	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	はい	いいえ
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
こころ(うつ)	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

●No.12の身長、体重の設問は該当の有無だけでなく、数値を記載してください。

●記載の不備は、結果通知の遅れにつながりますので十分確認しましょう。

●非該当者は、その旨を相談者に伝え、一般介護予防事業への参加を促しましょう。

基本チェックリストについての考え方

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、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、必要な物品を間違いなく購入しているか）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。銀行等窓口での対応も含め、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	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ずに昇っていますか	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りますか	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分間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。
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。

No.	質 問 項 目	質問項目の趣旨
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	6 ヶ月間で2～3 kg以上の 体重減少はありましたか	6 ヶ月間で2～3 Kg以上の体重減少があったかどうかを 尋ねています。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	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重() kg÷身長 () m÷身長() m)	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1 カ月以内 の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありま 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	半年前に比べて固いもの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	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	口の中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	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 カ月の状態 を平均して下さい。
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 事を聞く」などの物忘れが あると言われますか	本人は物忘れがあると思っていても、周りの人からいわ 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。

No.	質 問 項 目	質問項目の趣旨
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	

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらう。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質問の趣旨を理解したうえで、原則聞き取りをする。
- 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う。
- 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う。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりで地域の実情に応じ、適宜解釈することは可能だが、質問の表現は変えないこと。

4 基本チェックリストの判定

＜総合事業対象者に該当する基準＞

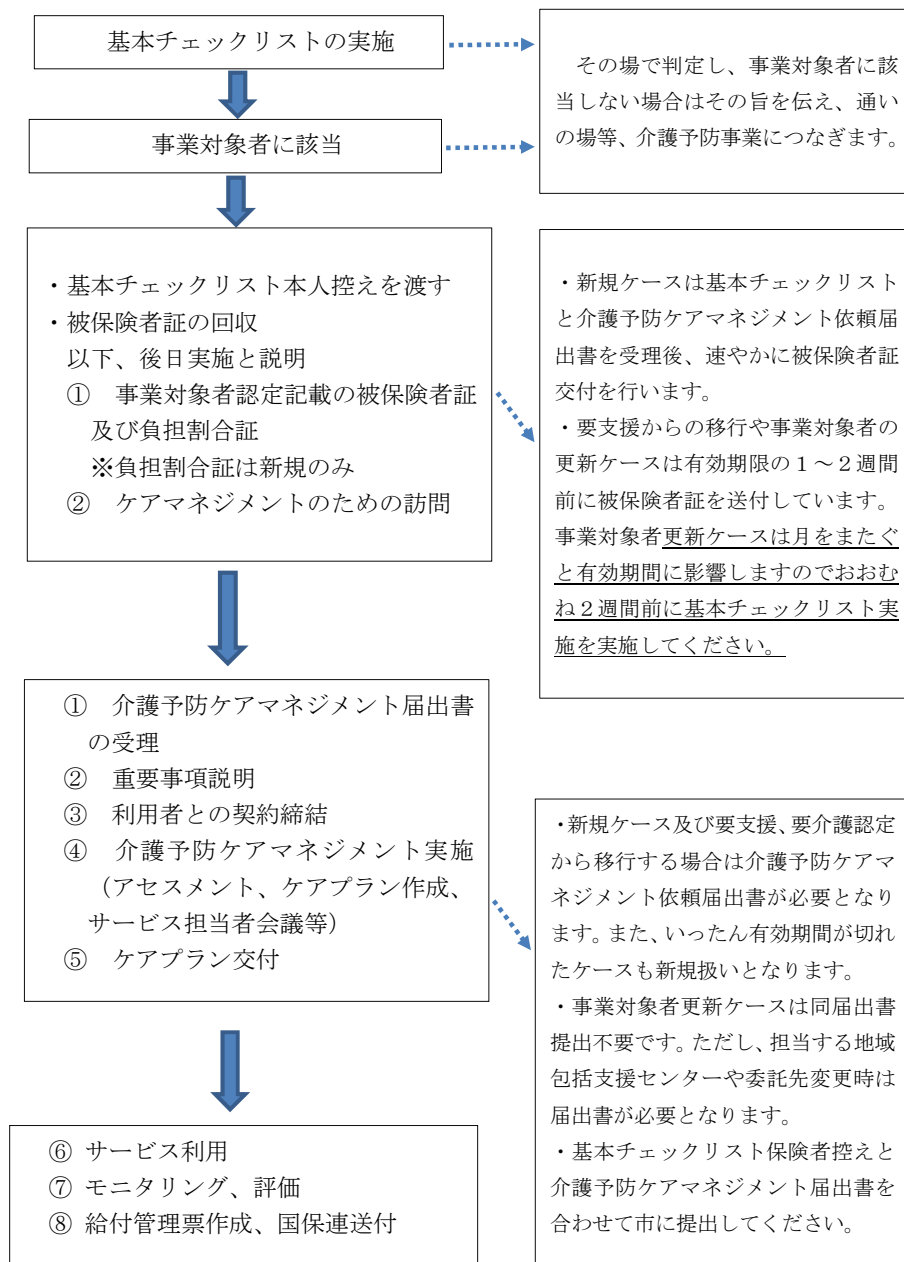
基本チェックリスト25項目のうち、下記の項目に該当する場合、総合事業対象者となります

No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	・・・ 複数項目該当
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
No. 11～12 の 2 項目に該当	・・・ 低栄養状態
No. 13～15 の 3 項目のうち 2 項目以上に該当	・・・ 口腔機能の低下
No. 16～17 の 2 項目のうち No. 16 に該当	・・・ 閉じこもり
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
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

判定はその場で行い、基本チェックリスト複写(被保険者用)を渡します。

基本チェックリスト判定結果が非該当の場合はその場で結果を伝え、通いの場等、健康維持に資する一般介護予防事業をご案内ください。

<総合事業（サービス事業）利用の流れ>



基本チェックリストのチェックポイント

	No.	質 問 項 目	回答	チェックポイント
日常生活	1	バスや電車で1人で外出していますか	いいえ	・運動機能低下(移動ができない) ・認知機能低下(切符が買えない、場所がわからない) ・こころ(うつ)の影響(外出意欲がない) ・環境(駅まで遠い)、生活歴(今まで使ったことがない)の影響も考慮
	2	日用品の買い物をしていますか	いいえ	・運動機能低下(店まで移動ができない、準備ができない) ・認知機能低下(支払いができない、場所がわからない) ・こころ(うつ)の影響(する気がしない、億劫) ・環境(店までの距離など)の影響も考慮
	3	預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	・運動機能低下(銀行や郵便局まで行けない) ・認知機能低下(金銭管理が難しい、機械操作ができないなど)
	4	友人の家を訪ねていますか	いいえ	・運動機能低下(移動ができない) ・認知機能低下(周囲の位置関係が理解できない) ・こころ(うつ)の影響(引っ越してから友人がいない、閉じこもりなど)
	5	家族や友人の相談にのっていますか	いいえ	・認知機能低下(コミュニケーション力低下、電話が使えないなど) ※意欲低下、聴力低下の影響も考慮
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	・筋力低下、疼痛、バランス、股関節や膝関節の柔軟性の低下 ・環境の確認(家屋構造)
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がりますか	いいえ	・筋力低下、疼痛、バランス、股関節や膝関節の柔軟性の低下 ・環境の確認(家屋構造)
	8	15分間位続けて歩いていますか	いいえ	・心肺機能、筋持久力の低下、疼痛の確認
	9	この1年間に転んだことがありますか	はい	・転倒機序(予防できるか、できないか)確認 ・いつ、どこで、どのように転倒したか
	10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	・再転倒の危険性

	No.	質 問 項 目	回答	チェックポイント
栄 養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	はい	・食事摂取回数は減っていないか ・食事摂取量は減っていないか
	12	BMIが18.5未満ですか (BMI=体重()kg÷身長()m÷身長()m)	はい	・BMI20以下(BMIが正常でも食事量低下で低栄養になることがある)※が目標とするBMI ※50～69歳20.0～24.9、70歳以上21.5～24.9
口 腔 機 能	13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	はい	・かむ力が落ちている、・かみ合わせが悪い ・入れ歯に不具合がある
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	・飲み込む力が落ちている ・むせが続くと食欲が低下する
	15	口の渇きが気になりますか	はい	・唾液(つば)が出にくくなっている ・食べ物のとおりが悪くなっている
閉 じ こ も り	16	週に1回以上は外出していますか	いいえ	・運動機能の低下、認知機能、こころ(うつ)との関連
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	・運動機能の低下、認知機能、こころ(うつ)との関連
認 知 機 能	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	はい	・記憶力の低下
	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	いいえ	・手順を踏んで段取りすることができない
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	・自分が置かれている状況を認識する能力の低下、記憶力の低下
う つ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	老年期うつ病の症状 ・抑うつ気分 ・意欲減退 ・自信喪失 ・制止症状(思考、判断、記憶力の低下など)
	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	はい	
	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	はい	
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい	

5 事業対象者となってからケアプラン作成まで

(1) 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出

新規に事業対象者になった場合は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出が必要です。必ず、基本チェックリスト(保険者控)と合わせホッチキス留めをして、市に提出してください。

事業対象者情報と合わせて台帳登録し、国保連合会に報告することで、受領委任払いの対象となります。(提出がないと請求が通りません)

事業対象者になる前に、要支援(要介護)者として届出をしている場合も介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出が必要となります。(総合事業を更新継続する場合は届出不要)。事業対象者から、要支援(要介護)者になった場合も届出書の提出が必要となります。地域包括支援センターを変更するとき又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは変更年月日を記入し、介護予防ケアマネジメント依頼届出書を提出してください。(様式の欄外に注意事項として記載していますのでご確認ください。)

(2) 被保険者証の交付

(1)の手続きをされた後、新規ケースでは1週間から10日程度で、市から被保険者に結果通知と被保険者証、負担割合証を交付します。

要支援認定又は要介護認定から総合事業対象者に移行される場合は、認定有効期間満了の翌日から総合事業対象者となるため、有効期間満了日の10日前を目途に被保険者証交付を行っています。これは、証交付後に状態像変化による取消しを避けるためであり、状態像を反映した基本チェックリスト判定を行うためにも認定有効期間満了の1か月以上前に基本チェックリストを行うことは避けてください。

(3) 事業対象者の有効期間

市では、定期的な評価により自立支援を促進するため、事業対象者に有効期間を設定しています。

新規の場合又は事業対象者継続の場合は、基本チェックリスト実施日を開始日とし、翌月から起算して24月(2年)の有効期間を一律に設定します。

要支援、要介護認定から移行する場合は、有する認定の有効期間満了日の翌日から起算して24月(2年)の有効期間を一律に設定します。

事業対象者や要介護等認定を有する人で、継続してサービス利用が必要な場合は、有効期間満了日の前日までに基本チェックリストを実施するようにしてください。

(4) 住所地特例の場合

住所地特例者の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは平成29年4月以降、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者(地域包括支援センター)が行うことになっています。

サービス利用については、施設所在地の基準で行い、住所地特例対象者の保険

者が費用負担を行うことになります。

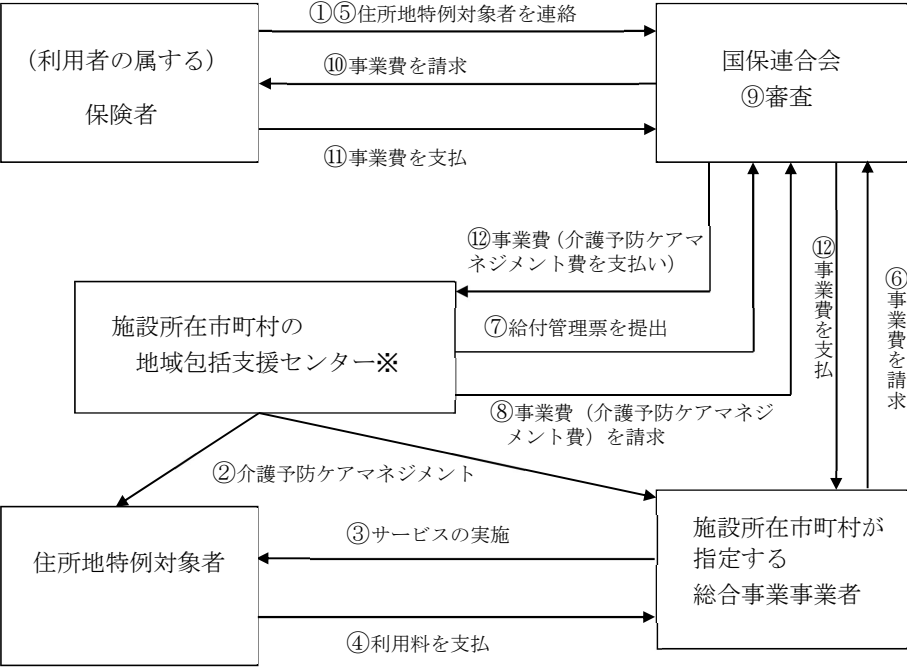
住民票を異動させず、住所地特例に該当しない施設等にお住いの場合(子どもの家に住んでいる等)は対象とはなりません。

被保険者証等により住所地特例対象者であるかを確認してください。

詳細については下表の「住所地特例者の審査支払の流れ」及び「対象者の所在と担当する地域包括支援センターの関係について(住所地と居住地が異なる場合)」をご参照ください。

介護予防ケアマネジメント依頼届出書は、各事業者から、住所地特例対象者の属する保険者へ送付してください。

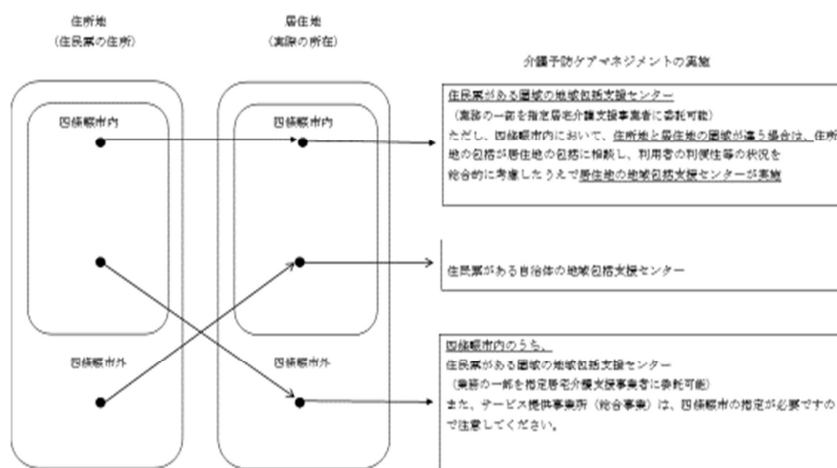
＜住所地特例者の審査支払の流れ＞



※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業者へ委託することも可能です。

※対象者の所在と担当する地域包括支援センターの関係(住所地と居住地が異なる場合)については、以下をご参照ください。

対象者の所在と担当する地域包括支援センターの関係について
(住所地と居住地が異なる場合)



*住所地及び居住地が四條市内でも、保険者が他市町村の場合(※住所地特例)は、介護予防ケアマネジメントにかかる委託料の請求は、保険者市町村に対して行うことになりますので、対象者に対してどこの市町村(保険者)が介護保険者を発行しているかの注意が必要です。
*逆に、保険者が四條市で、住所地及び居住地が四條市外の住所地特例の場合は、他自治体の総合事業サービスを受けることになり、介護予防ケアマネジメントは住民票がある自治体の地域包括支援センターが実施し、四條市に対して請求を行います。

対象者の所在と担当する地域包括支援センターの関係について(簡易表)

事例	保険者	住所地(住民票)	居住地	介護予防ケアマネジメント	サービス(総合事業)	課税
① 通常パターン				四條市内包括(委託可)		
② 四條市内で転居した場合	四條市	四條市	四條市	四條市内包括(ただし、住所地と居住地が異なる場合は、居住地の包括が担当)	四條市指定事業所	四條市
③ 施設入所等に伴う住所地特例の場合(四條市⇒他自治体)	四條市(住所地特例)	四條市外他自治体	四條市外他自治体	他自治体包括	他自治体指定事業所	四條市
④ 施設入所等に伴う住所地特例の場合(他自治体⇒四條市)	四條市外他自治体(住所地特例)	四條市	四條市	四條市内包括(委託可)	四條市指定事業所	四條市外他自治体
⑤ 四條市に住民票を置いたまま他自治体へ移った等の場合	四條市	四條市	四條市外他自治体	四條市内包括(委託可)	四條市指定事業所	四條市
⑥ 他自治体に住民票を置いたまま四條市へ移った等の場合	四條市外他自治体	四條市外他自治体	四條市	他自治体包括	他自治体指定事業所	四條市外他自治体

支援対象者が遠隔地の場合の留意事項(四條市に住民票を置いたまま、一時的に他市に居住する支援対象者(上記表⑤)の場合)

1. 対象者に対し、四條市の総合事業の制度にもとづく支援内容となる説明をすること。
2. 担当ケアマネジャーは、四條市の総合事業の制度にもとづくケアマネジメントを行うこと。
3. 対象者の周囲に四條市指定の事業所が近い場合でも、その範囲でケアプランを作成すること。
4. 遠隔地のため、一部委託にかかる対象者面談が困難な場合は、電話等によって、本人の意向を確認すること。

6 事業対象者が要介護認定を受ける場合

事業対象者として介護予防・生活支援サービスを利用中に状態像が変化し、予防等給付によるサービスが必要になった場合は、いつでも要介護認定申請を行うことができます。

要介護認定の有効期間は認定申請日に遡及しますので、認定結果が要介護となった場合、それまで受けていた介護予防・生活支援サービスが全額自己負担となることを避けるため、介護給付サービスを利用するまでの間は介護予防・生活支援サービスを利用が認められるよう制度設計がなされています。

ただし、認定結果によっては認定申請中の暫定プランが全額自己負担となる場合もありますので、あらかじめ利用者に説明しておく必要があります。

<暫定サービス利用で自己負担が生じるケース>

- ① 事業対象者として訪問型サービスAを利用中に要介護認定の申請を行い、認定結果が要支援判定になると見込んで福祉用具貸与を暫定利用していたが結果が非該当であった場合

→ 介護予防福祉用具貸与は事業対象者のケアプランに位置付けることができません。福祉用具貸与は全額自己負担となります。一方訪問型サービスAは事業対象者として引き続き給付対象となります。

- ② 事業対象者として訪問型サービスAを利用中に要介護認定の申請を行い、認定結果が要支援判定になると見込んで福祉用具貸与を暫定利用していたが結果が要介護であった場合

→ (介護給付を優先する場合)

暫定利用している福祉用具貸与は介護給付となります。要介護認定は申請日に遡及するため福祉用具貸与をケアプランに位置付ける場合、総合事業サービスである訪問型サービスAは介護給付にはありませんので給付対象外となります。

→ (総合事業サービスを優先する場合)

暫定期間中に総合事業サービスを利用して、要介護認定判定を受けた場合に、総合事業の費用が全額自己負担になることを避けるため、認定申請日から介護給付のサービスを受けるまでに期間は事業対象者として取り扱い、総合事業サービスを利用することが可能になっています。

介護給付である福祉用具貸与を全額自己負担とすることで総合事業サービスである訪問型サービスAは給付対象として取り扱うことが可能となります。

7 事業対象者がサービス利用を継続する場合

事業対象者には24月(2年)の有効期間を設けていますが、サービスを継続して受ける必要がある場合は、改めて基本チェックリストによる判定を受ける必要があります。

基本チェックリストは本人の主観により記載するものですから、該当項目を一見しただけでは、その程度を推し量ることは困難です。しかし、事業対象者として目標に向かってサービス利用を行った結果、前回判定と同一項目にチェックがついている場合や、新たな項目にチェックがついている場合は、現行ケアプランの妥当性について再アセスメントする必要があります。

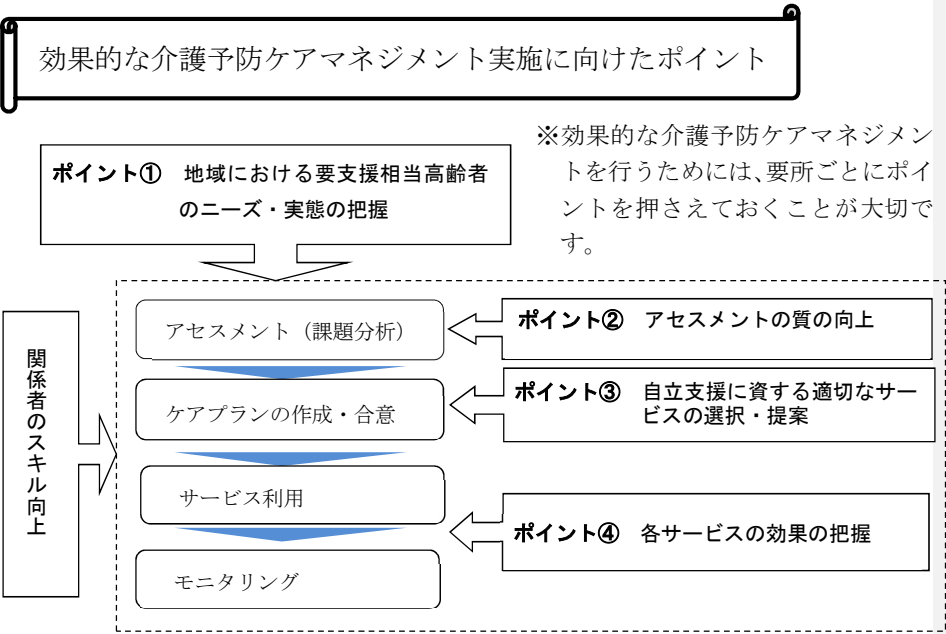
基本チェックリストの判定は迅速にサービス利用につなぐツールであるだけでなく、事業対象者の状態像を把握するアセスメントツールであることを認識し、有効活用しましょう。

第3章 介護予防ケアマネジメント

1 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の趣旨である「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、要介護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す。

総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、まず、適切なアセスメントに基づき、利用者の現状や生活課題及びニーズを把握したうえで、それらの状況を踏まえた目標を設定し、次に、目標達成のために利用者本人が主体的に取り組めるようなケアプランを作成していくことが求められます。



2 介護予防ケアマネジメントのプロセス

(1) 国の示す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は主に、①アセスメント、②ケアプランの作成、合意、③サービス利用、④モニタリングの順で実施されます。介護予防ケアマネジメントの類型としては、原則的なケアマネジメント（ケアマネジメントA）のほか、状態が比較的安定していると判断される場合に行う簡略化したケアマネジメント（ケアマネジメントB）や、一般介護予防事業や住民主体のサービスなどのインフォーマル・サービスにつなぐ場合に初回のみ行う介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）が国から示されています。

介護予防を推進していくうえで利用者自身が自立に向けた意欲をもつことが何よりも大切であり、利用者が自らマネジメントする力を育み、行動変容につながるよう、地域包括支援センター又はケアマネジャー（以下、「ケアマネジャー等」という。）は専門的視点から助言し、支援の必要度に応じ、濃淡をつけながら利用者に寄り添い、サポートします。

図表 1 介護予防ケアマネジメントのプロセス

	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
アセスメント (課題分析)	・アセスメントによる課題やニーズの把握	・アセスメントによる課題やニーズの把握	・アセスメントによる課題やニーズの把握
ケアプランの 作成・合意	・ケアプラン原案の作成 ・サービス担当者会議 ・利用者への説明 ・ケアプランの確定	・ケアプラン原案の作成 ・サービス担当者会議（適宜） ・利用者への説明 ・ケアプランの確定	・ケアマネジメントの結果を利用者に説明
サービス利用	・ケアプランに基づいたサービス利用	・ケアプランに基づいたサービス利用	・一般介護予防事業や住民主体のサービスの利用
モニタリング	・モニタリング（3か月ごと）	・モニタリング（適宜）	

※令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業「介護予防ケアマネジメントに関する課題別参考資料」より抜粋

(2) 四條畷市の介護予防ケアマネジメント

＜ケアマネジメントA＞

国が示す原則的な介護予防ケアマネジメントに準じたプロセスで実施します。

①アセスメント（課題分析）、②ケアプラン原案作成、③サービス担当者会議、④利用者への説明、同意、⑤ケアプラン確定、交付（利用者・提供者）、⑥プランの実行（サービス利用）、⑦モニタリングの流れで実施し、PDCAサイクルにより、利用者の自立支援を行います。

＜ケアマネジメントB＞

市では、通所型サービスC利用者の自立支援をサポートするため、サービス終了3か月目、6か月目にモニタリングを位置付けています。利用者の状況により請求コードが異なります。

＜ケアマネジメントC＞

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、一般介護予防事業を利用する場合に実施します。

ケアマネジメントCについては、今後検討を進めます。

類 型	ケアマネジメントのプロセス	利用するサービス
介護予防ケアマネジメントA	原則的なケアマネジメント ①アセスメント ②原案作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明 ⑤ケアプラン確定 ⑥モニタリング（3か月ごと）	指定による介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合
介護予防ケアマネジメントB	簡略化したケアマネジメント 通所型サービスC終了後 ①概ね3か月目 ②概ね6か月目	通所型サービスC修了者のモニタリング時に請求 ※利用者の該当状況により報酬が異なる
介護予防ケアマネジメントC	初回のみのケアマネジメント	一般介護予防事業等 ※現時点ではありませんが、運用について検討中です。

3 インテーク

利用者や家族から相談を受けたときに既に支援は始まっています。
コミュニケーション技術を駆使し、利用者や家族が抱える課題を聞き取り、情報収集に努めます。

利用者や家族からヒアリングによる言語的情報だけではなく、態度や話し方、利用者の様子、住環境などを観察し、非言語的情報も押さえておくことで問題提起につなげます。

インテークは、利用者との関係づくりの第一歩です。多くの利用者は介護の知識が十分ではなく、不安を抱えています。共感的な態度で傾聴することで、緊張を和らげ不安の軽減を図ります。

利用者や家族の中には介護の専門家であるケアマネジャー等支援者に過度の期待を寄せている場合があります。介護予防は「要介護状態への進行を防ぎ、能力に応じ、自立した日常生活をおくることができる」ように支援することが趣旨であり、利用者の能力を最大限引き出せるよう専門職としてサポートしていく旨を伝え、理解促進を図りましょう。

はじめは理解を得にくいかもしれませんが、利用者に関わる専門職が共通認識をもち、繰り返し伝えていくことが大切です。

本マニュアルP18の枠内「元気で長生き、健康寿命を延ばすには」を参考に時間をかけて話し合しましょう。

4 リハビリテーション的視点の重視

同じ生活課題を有していても、その要因は個別に異なります。

利用者の支援において「リハビリテーション的視点」で利用者の可能性を広げることが大切です。

< 4つの心構え >

◇利用者の「できること、できないこと」をキャッチする

生活課題を把握するうえで情報収集は欠かせませんが、困り事ばかりに焦点を当てると、その人の有する能力を見落としてしまいます。自立支援の観点では「できる（ようになる）こと」、つまり「残存能力」や「潜在能力」を意識し、それを維持、改善することが求められます。問題の要因を深く掘り下げ、その本質的な原因がどこにあるのかを「個人因子」、「環境因子」に分けて探求し、解決すべき課題を明確にすることが大切です。

◇「できないこと」の改善可能性を探る

課題を明確にしたら、「できないこと」の要因(阻害要因)を探ります。

次に「できないこと」が「今後も改善が難しいこと」であるのか、予後予測を立てます。

利用者の望む未来の姿を見据え、「今できていること」を維持、向上し、「今できないこと」を「将来できること」に変えていくために、リハビリテーション職等と連携し、具体的な支援策を検討していきましょう。

◇本人の "思い" とリハビリテーション職の "ゴール" をつなぐ

利用者は「元の状態に戻りたい」「〇〇だけは自分でやりたい」などの思いがあり、一方、リハビリテーション職は身体機能評価に基づいた見立てをもち、ケアマネジャーと共同で目標（ゴール）を提案します。

利用者の思いと、リハビリテーション職の提案するゴールがずれていると介護予防支援は円滑に運びません。

ケアマネジャー等は、利用者の思いとリハビリテーション職の見立てをつなぐ(統合する)という大切な役割を担っています。

達成可能な目標を段階的にケアプランに取り入れ、成功体験を積み重ねていくなど利用者本人、ケアマネジャー等、リハビリテーション職が三位一体となり介護予防に取り組むことで効果的な介護予防が図れます。

◇リハビリテーション職の専門性を理解し、積極的な情報提供を！

利用者の在宅生活を支え、介護予防を進めていくうえでリハビリテーション職の存在は欠かせません。一方、ケアマネジャー等は利用者にとって最も身近な専門職であり、本人の生活史や物事の考え方、こだわりなど、リハビリテーション職が支援を行ううえで、多くの重要な情報を有しており、これらの情報を共有することが大切です。リハビリテーション職の見立てをケアマネジャー等が十分に理解できていないと効果的な介護予防は図れないことを認識し、わからないことはその都度、質問する等により理解を深め、連携強化を図りましょう。

5 地域リハビリテーション活動支援事業の活用

市では介護予防及び重度化防止を推進しており、サービス選定においては自立支援を促す方法として、まず通所型サービスC利用が可能であるかを検討することとしています。通所型サービスCの対象者となるか判断に迷うケースは、地域リハビリテーション活動支援事業により、同行訪問によるケアマネジメント支援を行うためにリハビリテーション職の派遣（以下「リハビリテーション職同行訪問事業」）を行っています。他にも総合事業のサービス選定や改善可能性などの予後予測、アセスメントに専門職の助言を受けたい場合も事業の利用が可能です。

当該事業の申請は担当圏域の地域包括支援センター経由となりますので、個別にご相談ください。

6 リハビリテーション職によるケアマネジメント支援内容

リハビリテーション職の派遣については、当該事業申請後に担当圏域の地域包括支援センターが日程調整を行います。

同行訪問ではリハビリテーション職の視点による機能測定や医学的管理の必要性や活動性などを相対的に評価し、日常生活上の助言やサービスの提案等を行います。

利用者に基礎疾患がある場合は、あらかじめケアマネジャー等から主治医に確認し、訪問時に情報提供できるようにしておいてください。

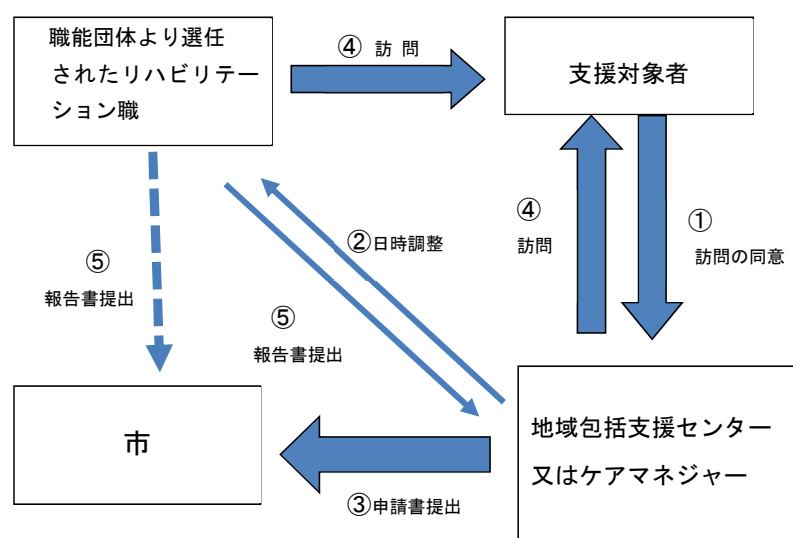
通所型サービスC利用による改善の可能性が期待できる場合は、利用者にその旨を伝え、サービスにつなぎましょう。

利用者の活動性が高く、セルフマネジメントが可能な場合はサービス利用を経ず、通いの場等の一般介護予防につなぐことも可能です。

個々の利用者に応じた自立支援を促進しましょう。

<リハビリテーション職同行訪問事業フロー図>

ケアマネジメント支援版



<事業の流れ>

- ① 訪問の同意：地域包括支援センター又は担当ケアマネジャーは、事前に支援対象者に対し、事業の説明を行い、同意を得ます。
- ② 利用申請書の提出：支援対象者から同意が得られたら、市に地域リハビリテーション活動支援事業利用申請書を提出します。(③と並行して進めてください)
- ③ 専門職との日程調整：圏域ごとに担当者が決まっていますので、それに従い地域包括支援センターと派遣専門職間で日程調整を行ってください。
- ④ 同行訪問によるケアマネジメント支援：リハビリテーション職等の専門職と同行訪問します。リハビリテーション職は支援対象者の評価に必要な情報収集を行うとともに、利用者や家族への助言も行います。
- ⑤ 報告書の受理：リハビリテーション職から直接、報告書が届きます。

※より詳細の流れについては、「リハビリテーション職同行訪問事業マニュアル」を参照ください。

7 課題分析（アセスメント）

利用者の心身機能の状況や本人、家族等の希望などの基本情報を把握し、課題を明確にしたうえで、めざす状態に向けた目標と達成時期を設定します。

目標はできる限り利用者にわかりやすい表現で具体的な内容にします。

誰にでも当てはまるような抽象的な表現にするとゴールが見えず、利用者が目標を見失うことになりかねません。目標設定にあたっては利用者自身が積極的にに関わり、できるだけ自分の言葉で目標を決めるように支援することが介護予防に向けた意欲の向上につながります。

アセスメントシート様式については、自立支援に資するケアマネジメントの実践のため、生活機能評価を基本として、栄養や口腔に関するシートを追加しています。現在は介護予防ケアマネジメント検討会議（自立支援型地域ケア会議）や通所型サービスC利用時の作成を必須としています。（参考 下表「介護予防ケアマネジメントにおける帳票整理表」）今後、介護予防対象者のアセスメントツールとして積極的に活用してください。

興味・関心チェックシートについては、利用者の人となりや暮らしぶりの理解に役立つだけでなく、本人自身が忘れていた潜在的な願望や新たな希望の発見により「機能訓練の手がかりを探す」ことにつながることから、活用してください。

チェックがあった項目について、いつ、どこで、誰と、どんなふうに、どの程度「しているのか」、「してみたい」のかなどを掘り下げて聞き取ることで目標設定に向けた、手がかりの発見につなげましょう。

										令和6年7月時点
介護予防ケアマネジメントにおける帳票整理表										
作成書類	作成タイミング									
	ケアマネジメントA（1クール）			ケアマネジメントB 請求は別						
	サービス利用前		サービス終了時 実施3か月目	サービス終了後 3か月目	サービス終了後 6か月目	ケア会議（検討会議）		リハ職同行		
	通所C	その他サービス	通所C	（通所C終了後）		通所C	その他サービス	ケアマネジメント支援		
1	利用者基本情報	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	
2	基本チェックリスト	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
3	生活機能評価票	✓	(✓)	✓ 事後評価	(✓)	(✓)	✓	✓	△	
4	基本動作チェックシート	✓	(✓)	-	-	-	✓	✓	△	
5	栄養・口腔アセスメントシート	✓	(✓)	-	-	-	✓	✓	△	
6	興味・関心チェックシート	✓	(✓)	-	-	-	✓	✓	△	
7	ICF/工程分析シート(包括のみ)	(✓)	(✓)	-	-	-	(✓)	(✓)	(✓)	
8	ケアプラン	✓	✓	-	-	-	✓	✓	✓	
9	ケアプラン2 (介護予防ケアマネジメントB)	-	-	✓	-	-	-	-	-	
10	サービス評価票	-	-	✓	✓	✓	-	-	-	
11	C型利用者の個別計画 (通所C事業所作成)	-	-	✓	-	-	-	-	-	
※（✓）については、現時点で必須としない										
※△については、リハ同行時に作成可										

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：____歳 性別（男・女）記入日：R ____年 ____月 ____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子どもの世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

※出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」 一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3）

8 生活機能評価

従前の予防支援は、生活の困り事に焦点をあて、それを補うサービスをあてはめる、いわゆる「お世話型プラン」が主流でした。その結果、給付サービスへの依存が進み、サービスがない状況での在宅生活継続が困難な状態となつてしまい、軽度認定者の増加につながっています。

高齢化社会が伸展し続けるなか、介護保険制度を維持するためには、積極的に生活機能改善を図り、自立支援を促進していくことが必要であり、健康寿命延伸の実現には欠かせません。利用者の真のニーズをキャッチし、具体化することはケアマネジャー等の重要な役割です。

例えば、「ひとりで入浴ができない」という生活課題がある人に対し、通所系サービスなどで入浴支援を行うことは、即効性もあり、利用者のニーズを満たしているようにも見えます。

しかし、利用者はサービスがないと入浴ができない状況になり、自立した生活には戻することは困難です。

生活の困り事の要因について明確にすることで、初めて根本的な課題解決に向けた検討が行えます。

「生活機能評価」では、身体機能の向上だけでなく、家事や外出といった生活機能が向上することも重視します。これは、身体機能が改善しても、生活機能が向上しなければ生活の質は上がらないためであり、ADLだけでなく、IADLにも焦点を当てます。

プラン作成者は、生活機能評価票を用い対象者の現状分析をし、介護予防サービスの提供によって向上が期待される生活課題を具体化します。

また、対象者と一緒に作業することで、プラン終了後の改善のイメージづくり（事後予測）をしていきます。

どの日常生活動作ができないのか、その日常生活動作にどのような課題があるのか、プラン終了後にどの程度まで改善できそうかをイメージしながら生活機能評価シートを作成します。

判定は誰が見てもわかるように、○△×で表現します。介護予防ケアマネジメント検討会議の場等で共通認識を持つことで統一化を図ることができます。

生活機能評価シートについては自立支援型ケアマネジメントを行ううえで有用であることから、今後アセスメントツールとしての定着を図っていきます。積極的に活用していきましょう。

＜判断基準＞

困難度と改善可能性	自 立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性		改善可能性	
			高い	低い	高い	低い
判 定	○ 1	○ 2	△ 1	△ 2	× 1	× 2
基準例	自立しており問題ない	自立しているが不十分、少し難しい	能力はあるが、少し手助け必要	何とか自分でやっているが、手伝いの方が多く割合を占めている		自分では実施できない
				前は自立、今は介助、再び出来そう		

コメントの追加 [1]:

○△×をつけながら「なぜその印をつけたのか、因子は何か？」という視点を忘れずに。

(例)「室内歩行○2」→因子「筋力低下」、「脳梗塞後遺症」など

生活機能評価票による現状評価と予後予測

* 事後予測は、この期間で改善・維持させたい部分

	生活機能	事前	事後予測	評価	備考
A D L	室内歩行	○ 1			右片麻痺により杖歩行
	屋外歩行	○ 2			右片麻痺により杖歩行
	外出頻度	△ 1 → ○ 2			デイサービス以外の外出は少ない
	排泄	○ 1			
	食事	○ 2 → ○ 1			塩辛いものが好き、 おかずにも醤油をかけてしまう
	入浴	△ 1 → ○ 2			デイサービスの入浴のみとなっている 能力はある
	着脱衣	○ 1			
	生活機能	事前	事後予測	評価	備考
I A D L	掃除	△ 1 → ○ 2		○ 2	重たい掃除機のため掃除機かけができない
	洗濯	○ 2			大物以外は自立
	買物	△ 1 → ○ 1		○ 1	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族。
	調理	△ 2 → ○ 2			レンジ温め程度はできる。
	整理	○ 1			
	ごみ出し	○ 1			
	通院	△ 1 → ○ 2		△ 1	家族が付き添う

参考：地域包括ケアに資するケアマネジメントの必要性と地域ケア会議（和光市 東内京一）

<事後予測と評価>

- ・期間の間でサービス等を導入すれば改善・維持させたい部分に記載する
- ・生活課題を因子分解し、自立を阻害する因子を出し、それに対しサービスを導入することでどのような変化をするかを考え記入する
- ・悪化する所もしっかりと記入する（血圧・疾患の再発等）
- ・モニタリング時に評価についても記載する。

生活機能評価の書き方参考例

ADL	備 考
室内歩行	自宅内での歩行状態を記入、杖使用の有無、伝い歩き、どのような介助を受けているか
屋外歩行	外歩きについて、杖・歩行器など使用している用具の記載、何分・何メートル歩くと疲れる、痺れが出る等本人の訴えも可
外出頻度	どの場所へ、週に何回外出しているかなど頻度を記載。公共機関の利用は？付き添いの有無など日常の様子。
排 泄	尿意便意有無、排尿・失禁頻度、便秘・下痢など整腸に関する内容もあり
食 事	食事形態、嚥下状況、嚥み合わせ、義歯の状態、食事メニューの内容、食事回数、間食、飲酒など
入 浴	洗身・洗髪・入浴回数・介助内容・自宅浴槽や浴室の環境状況、浴槽のまたぎの可・不可
着脱衣	着脱行為（可動域制限など）・服の選定・季節感など

IADL	備 考
掃 除	本人が使用している道具・掃除内容、家族が同居の場合は本人が何ができるのか、本人の部屋の状況、誰が掃除しているか
洗 濯	洗濯機の使い方、干す時の腕の上がりか？洗濯頻度、取り込み、たたみは誰がどのように？
買 物	買い物の頻度、場所（スーパー・宅配・生協等）手順、行為、誰と一緒に？行けない場合誰かに頼んでいるか？
調 理	調理行為が可・不可、好き・嫌い・意欲面の有無、使用器具状況、立位・座位、調理手順など
整 理	身の回りの整理整頓状況、主に本人の部屋等、財布・眼鏡・衣類・年金などの書類の管理状況
ごみ出し	分別状況、運搬方法、ごみ捨て場所・曜日の把握、誰が捨てに行くか等
通 院	誰と、移動手段、主治医からの内容をどの程度理解しているか
服 薬	飲み忘れの有無、管理方法、声かけ頻度、週に何回忘れているか
金銭管理	金融機関からの引き出し、金額の把握、管理状況
電 話	応対、伝言の可・不可、自分からかけることができるか
社会参加	家族以外の人との関わり状況、自治会、老人会、サークル活動等、友人知人との関係

※その行為を「しているか」「していないか（介助をうけている）」で判断します。

できる能力はあっても、していない場合は、その状況（本人の能力や家族等の支援の状況）を備考欄に記載します。

9 ケアプラン作成

(1) 目標設定

ケアプランは、「維持、改善すべき課題」を解決し、介護保険サービスからの自立をめざした支援をするうえで、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する。

生活目標については、利用者自身の意思、意欲を尊重し、望みと、利用者が介護予防へ主体的に関与できるように設定します。

漠然と「自立」が目標ではなく、具体的な目標を設定し、計画を立て、実行します。

(2) サービス

目標を達成するためのサービスを検討し、計画を立て、実行します。

この際、利用者には自分の意思でサービスを受けること、目標を達成したら、介護予防ケアマネジメントの主旨であることが大切で、

また、利用者自身ができることは自分で行うことを基本とし、今現在できないことについては、給付サービスだけに頼らず、家族、ボランティア等によるインフォーマル・サービスも含めた生活支援サービスが総合的効率的に提供されるようマネジメントし、自立支援を図ることが介護予防の趣旨であることを理解していただき、給付の対象以外のサービスも積極的に支援計画に位置付けます。

(3) 評価期間の設定

評価期間については、利用者の状況に応じ、個別に設定するものですが、介護予防の主旨に鑑み、3～6か月を「めやす」とします。福祉用具のみを利用する場合や、緩和型サービスのみを利用する場合については3～12か月を評価期間の「めやす」とします。

要支援者で予防給付を利用する場合は、介護予防ケアマネジメントではなく介護保険の介護予防支援を使うことになりますが、介護予防を重視する点では変わりありません。

給付においては、総合事業のみを利用する人が介護予防ケアマネジメントの対象となります。

【ADLの確認】

- ・基本情報の日常生活自立度等との整合性を確認しましょう。
- ・「室内歩行」が△で「屋外歩行」に○が付いている場合は、生活機能評価上の整合性も確認しましょう。
- ・「外出頻度」の「頻度」については1日、あるいは1週間に何回程度か、など具体的に確認する必要があります。基本チェックリストの結果とともに確認しましょう。
- ・全体として、残存機能がどの程度かを確認し、改善・維持・悪化防止の可能性について考えましょう。

対象者	利用するサービス	プランの種類
要支援者	予防給付のみ	介護予防支援
要支援者	予防給付と総合事業	介護予防支援
要支援者	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント
事業対象者	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント

10 従前相当サービス利用理由書について

各サービスの標準的状态などを参考に利用するサービスの選定を行います。アセスメントにより、相当サービスが必要と判断した場合は、理由書の提出が必要となります。

担当する地域包括支援センター又はケアマネジャーはサービス利用開始月の前月10日までに「(訪問介護・通所介護)相当サービス利用理由書」と必要書類を市に提出します。

なお、ケアプランの委託を受けているケアマネジャーは、必ず、地域包括支援センターと情報共有のうえ、理由書を作成してください。

市では、理由書を提出されたケアプランについて、保険者、地域包括支援センター及びアドバイザーが参画する介護予防ケアマネジメント検討会議を開催し、専門的かつ客観的視点により、多様なサービスの利用が可能であるかを検討し、結果について、理由を添えて理由書作成者にお返しします。理由書作成者は、検討結果を踏まえ、必要に応じアセスメントやプランの内容、目標設定を見直し、利用者、事業所と合意形成を行います。サービス開始以降はサービス利用による効果を測定、評価し、目標達成に向けて進捗を確認します。必要に応じて再度検討会議にかけることもできます。

〈理由書提出からサービス利用までの流れ〉

サービス利用予定 前月１０日まで	委託ケアマネジャー ↓ 地域包括支援センター	必要書類を担当の地域包括支援センターに提出、地域包括支援センターで内容を審査し、承認印として理由書に押印
	地域包括支援センター ↓ 市	担当の地域包括支援センター、もしくは委託ケアマネジャーが市に必要書類を提出
介護予防ケアマネジメント検討会議開催	市と包括の共同開催	多職種で自立支援・重度化に向けた検討を行う 必要に応じて担当ケアマネジャー、サービス事業所も出席
検討会議終了後	地域包括支援センター ↓ 委託ケアマネジャー	理由書に検討及び理由を記載し、担当の地域包括支援センターより理由書作成者に返却（理由を担当地域包括支援センターより説明する）
サービス利用前月まで	委託ケアマネジャー ↓ 利用者・事業所	検討結果を踏まえ、必要に応じアセスメントやプランの内容、目標設定を見直し、利用者、事業所と合意形成
サービス利用月から		サービス利用による効果を評価、目標達成にむけて連携する（必要に応じて検討会議にかけるとも可）

※（訪問介護・通所介護）相当サービス利用理由書の添付書類

①利用者基本情報、②ケアプラン、③生活機能評価（必要時）

今後、専門職の需要は、さらに増大することが見込まれており、限りある介護人材を確保していくとともに、介護のすそ野を広げていくことで、専門職依存に偏りがちなサービス利用から、自助や互助による生活支援へと移行することが地域から離れず、支え合いの中で自立した日常生活を維持うえで必要であり、その過程として、まずは多様なサービス利用の促進を趣旨に介護予防ケアマネジメント検討会議を再構築しています。

なお、本理由書についてはケアプラン更新ごとに必要となります。

(通所介護・訪問介護)相当サービス利用理由書										新規		継続		
被保険者番号		0	0							申請年月日	令和	年	月	日
フリガナ									年 齢		才	性 別	☐ 男	
氏 名												☐ 女		
担当圏域・担当者名		☐ にし ☐ なわて ☐ たわら		地域包括支援センター・()										
居宅介護(介護予防)支援事業者名・担当者名		()・()												
現在の介護度		☐ 事業対象者 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2		有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日								
サービス利用開始(予定)		年 月 日 ~												
前回結果ある場合		☐ リハ職同行訪問 (年 月) ☐ 介護予防ケアマネジメント検討会議(年 月)												
利用している、利用予定サービス 該当するものに☑ サービス種別に○を														
☐ あり ☐ 訪問介護 (相当サービス・基準緩和型 A・住民ポフティア型 B) ☐ 居宅療養管理指導 ☐ 通所介護 (相当サービス・基準緩和型 A・住民ポフティア型 B・短期集中型 C) ☐ 住宅改修 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 通所リハ ☐ 福祉用具貸与・購入 ☐ 利用なし														
必要なサービス 該当するものに○を		介護予防相当サービスの【 通所介護 / 訪問介護 】が必要である。												
通所介護相当サービスの利用が想定される理由 (該当番号に☑)														
☐ ①がん末期、難病、認知症、その他精神疾患により専門職の関与が必要な状態 ※添付書類不要、次回ケアプラン更新以降、理由書提出不要														
訪問介護相当サービスの利用が想定される理由 (該当番号に☑)														
☐ ①がん末期、難病、認知症、その他精神疾患により専門職の関与が必要な状態 ※①は添付書類不要、次回ケアプラン更新以降、理由書提出不要 ☐ ②身体介護を要する状態 (リハビリ専門職の関与 ☐ あり ※②でリハビリ専門職の関与☑あり: リハ職同行訪問をしている場合には、報告書のみ添付 ☐ なし ※②でリハビリ専門職の関与☑なし: 利用者基本情報・生活機能評価・ケアプランの添付が必要														
相当サービスが必要な理由(必須)														
(サービス事業所に求めるサービス内容も含め記載する)														
※介護予防(通所・訪問)相当サービス利用を希望する場合は、ケアプランの見直しの度に提出														
【地域包括支援センター確認欄】										【市確認欄】				
確認年月日	年 月 日		3要件その他精神疾患に該当		収受 確認印									
確認印	にし・なわて・たわら包括													
※地域包括から 原案作成の委託 を受けている場合			リハビリ専門職の関与											
				介護予防ケアマネジメント検討会議 対象										
↓														
以下検討会議後記載														
介護予防ケアマネジメント検討会議で議論した内容		開催日: 令和 年 月 日												
検討結果		☐ 専門的支援の必要性が高い						☐ 専門的支援の必要性が低い						
モニタリング														
(時期: か月後に再評価)														

(理由書作成の留意事項)

(1) 事業対象者又は要支援認定を受け、新規にサービス利用を行う場合

- ① 新規で相当サービスをケアプランに位置づける場合は理由書を提出してください。
がん末期、難病、認知症Ⅱ以上の３要件とその他精神疾患（以下、「３要件」という）のいずれかに該当する場合は対象要件にチェックを付けてください。いずれの場合も相当サービスを利用する理由欄に具体的に記載します。
- ② ３要件のいずれかに該当する場合は、原則１回目のみ理由書を提出します。
- ③ 市は地域包括支援センターおよびアドバイザーと連携のもと、毎月１回、介護予防ケアマネジメント検討会議を開催し、提出された理由書、ケアプラン、利用者基本情報、アセスメントシート等をもとにサービス利用後の改善状況を評価し、次のケアプランに向け適切なサービス選択や目標設定、支援の在り方にかかる意見を付し、結果を地域包括支援センター経由で返却します。※検討会議に出席の場合はその場で返却します。
- ⑦ 検討結果については、利用者・事業所と共有し、ケアプランの見直しや目標の再確認等サービス調整等ください。検討会議は同一事例を同じ理由で繰り返し協議することは想定していませんが、評価期間後も継続して相当サービス利用が必要な場合はモニタリング期間を示し、進捗確認を行います。

11 サービス担当者会議

原則的なプロセスで行うケアマネジメントAにおいて、サービス担当者会議の開催は必須です。

新規にケアプランを作成した際、認定の更新を行った際、認定の区分変更を行った際、ケアプランの変更時には、原則としてサービス担当者会議を行います。

また、利用者の状況が大きく変化した時、利用者の援助が困難な時にも新たにケアプランを作成する必要がある、このような場合にもサービス担当者会議を行います。

サービス担当者会議は介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解し、地域の公的サービスなどについて情報共有し、その役割を理解するために開催します。

会議の構成員は利用者本人、家族、ケアプラン作成者、サービス提供事業者、主治医、インフォーマル・サービスの提供者など利用者の支援に関わるさまざまな人が参加します。ケアマネジャー等は会議の趣旨を明確にしたうえで日程調整を行い、会議が効率的に運営されるよう、事前準備を整えます。主治医等がやむを得ず参加できない場合は、事前に意見を聴取しておき会議の場で伝えます。

会議には利用者のサービスに関わる多様な関係者が参加するため、会議で知りえた情報については守秘義務が課されていることを参加者間で確認しておくことが大切です。

ケアマネジャーは利用者の年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持若しくは改善すべき課題とそれに至る課題分析の過

程、計画の原案等を説明し、ケアプラン内容やサービス提供の調整、配慮すべき事項等について、サービス提供者間で協議を行います。

また、ケアプランの目標の妥当性・達成可能性も検討し、その目標に向かって本人・家族・事業所へはどのような取組みを行ってもらうかなど役割分担を行います。

疾病が要因となり生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。医師との日程調整が難しいことが少なくありませんが、受診時又は照会等により情報を得る工夫をしましょう。

サービス利用にあたり主治医に意見書をもらう必要がある場合は、利用者の自己負担になりますので、あらかじめ了解を得たうえで、受診を促しましょう。

会議後は協議の内容、サービス担当者会議の要点をまとめ、経過記録に記載します。

サービス担当者会議を経て支援計画案が固まったら、利用者の同意を得て支援計画を交付します。

12 モニタリング

モニタリングは、支援計画実施状況の把握及び、目標達成状況、支援内容の適否、新たな課題がないか等を確認し、次の支援計画に結び付けていくためにを行います。

モニタリングのタイミングについては、ケアマネジメントAの場合は3か月に1回、居宅を訪問し、目標の達成状況や新たな生活課題が生じていないか等を把握します。

目標達成が確認できれば、速やかに再アセスメントを行い、次のステップへの移行を進めます。目標到達が計画通り進んでいない場合や、新たな生活課題が発見された場合も再アセスメントを行い、支援計画に見直しを行います。

モニタリングの結果は介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録に記載するほか、ケアプラン変更の必要がある場合や介護申請が必要な場合は、「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」に記入します。

モニタリング訪問を行わない月でも、月に1回は利用者やサービス事業者への電話等による実施状況の確認を行い、「いつ」、「どこで」、「だれと」面接又は電話確認したかをモニタリングの視点で支援計画等へ記載しておきます。

利用者の解決すべき課題の変化は、直接サービスを提供する事業所から把握されることも多いため、サービス担当者と緊密な連携を図りましょう。

モニタリングの視点	☐ ケアプランに沿ってサービス提供がされているか ☐ サービス提供が適切か否か ☐ 個々の課題に対する目標が達成されているか ☐ 総合的な援助方針どおりにケアプランの効果が上がっているか ☐ ケアプランの内容を修正する必要があるか否か判断する
-----------	--

通所型サービスC（短期集中型）利用により、生活機能が向上しても、利用者の行動そのものが変化しないと、再び生活課題が生じてきます。

市では、通所型サービスC終了者へのモニタリングをケアマネジメントBに位置付け、サービス終了者への専門職の関わりを確実に実施し、専門職による視点で現状維持に向けた助言や動機づけを行うことで、自立した生活の継続に向けたサポートを行っています。

また、新たな生活課題が生じている場合には、早い段階で支援につなぐことで、介護予防促進を図ります。

モニタリングによるケアマネジメント費請求については、第16項「介護予防ケアマネジメント費」（P52）をご参照ください。

13 評価

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直します。運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善のプログラムを利用する場合は、3か月に1回、ケアプラン期間終了時にも実施します。

評価結果は、「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」に記載します。

14 ケアプランの委託

介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターの業務に位置付けられています。

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント業務を居宅介護支援事業者に委託することが可能です。委託する際も介護予防ケアマネジメントが適切に実施されるよう評価等を通じ、定期的に支援経過を確認し、支援について関与するようにしてください。

委託する場合、以下の手続きを行います。

(1) 居宅介護支援事業者との契約締結

利用者の居住地にある各地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が第1号介護予防支援事業委託契約を結びます。利用者ごとに介護予防支援業務委託契約を交わす必要はありません。

居宅介護支援事業者が変更となる場合、委託契約のない事業者は契約締結が必要です。

(2) ケアプラン作成者と地域包括支援センターとの連携

介護予防ケアマネジメントの委託は、自立支援型ケアマネジメントを普及する機会でもあります。利用者の支援を通して、介護予防の考え方を伝えていくため、委託先のケアマネジャーと緊密な連携を図ります。

居宅介護支援事業者より介護予防サービス・支援計画書の提出を受けたのち、目標が利用者の状態像に応じ、適正に設定されているか、その内容が具体的で到達可能な目標であるか、目標到達を可能とするサービス計画がなされているか、インフォーマル・サービスも適切に組み込まれているか、評価期間は適切に設定されているかなどを点検し、意見を付したうえで返却します。

委託プランであっても、利用者と契約している主体は地域包括支援センターであり、契約内容に責任を持ち、ケアプランの進捗管理を適切に行う必要があることを常に認識し、支援が開始された後も評価等を通じ、定期的に関与してください。

ケアプランの委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーは毎月5日までにサービス利用票（第6表）及びサービス利用票別表（第7表）を委託元の地域包括支援センターに提出し、自立支援の進捗状況を報告するとともに利用者の状態について随時情報連携を行います。

15 区分支給限度額

要支援1及び2の認定者はそれぞれ区分支給限度額が規定されており、その範囲内を越えて給付を行うことはできません。

事業対象者については要支援1と同様の区分支給限度額を適用します。

退院直後等により、一定期間集中的にサービス利用を行うことが自立支援に資すると認められる場合は、「事業対象者区分支給限度額上限の引き上げ理由書」の提出により、申請月から3か月以内において要支援2と同様の区分支給限度額まで引き上げることができます。

（参照 厚生労働省通知（老発第0609001号令和4年3月28日）「地域支援事業の実施について」別紙 地域支援事業要綱 別記1 総合事業（1）ア総則（ク）給付管理）

これは、あくまでも自立支援促進に向けた取り扱いであり、3か月を超過して区分支給限度額適用が必要な場合は、要介護等認定申請を促してください。

委託プランで事業対象者区分支給限度額上限の引き上げの申請を行う場合は、必ず委託元の地域包括支援センターを経由し、申請書を提出してください。

<要介護区分ごとの支給限度額>

要介護区分	支給限度額（単位）	備考
要支援 1	5, 0 3 2 単位	
要支援 2	1 0, 5 3 1 単位	
事業対象者	5, 0 3 2 単位	※「事業対象者区分支給限度額の引き上げ理由書」の提出により、最大 3 か月の延長が可能である

<対象となる総合事業サービスについて>

区分支給限度額の対象となるサービスは、介護予防訪問介護相当サービス、介護予防通所介護相当サービス、訪問型サービス A（緩和型）、通所型サービス A（緩和型）、通所型サービス C（短期集中型）

※介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、介護職員処遇改善加算等は、区分支給限度額に含まれません。

年 月 日

四條畷市長 あて

() 地域包括支援センター

事業対象者区分支給限度額上限の引き上げ理由書

サービス事業対象者に認定された下記の利用者について、自立支援を進めるうえで要支援1相当の区分支給限度額を超えるサービス利用が下記の期間において必要となるので、根拠資料を添えて報告します。なお、要支援1相当を超えた場合でも、要支援2相当の区分支給限度額の範囲で支援計画を作成することとします。

記

1 利用者情報

被保険者番号		利用者氏名	
住 所		生年月日	
認定有効 期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

2 区分支給限度額を超える理由

3 区分支給限度額を超える期間

年 月 日 ～ 年 月 日

4 添付書類

- ・サービス担当者会議の議事録
- ・支援計画書1
- ・地域ケア会議議事録（※実施した場合のみ）

四條畷市確認印

16 介護予防ケアマネジメント費

区分	請求コード		単位	サービス内容 略称	算定項目
	種類	項目			
介護予防 ケアマネ ジメント A	A F	1001	442単位	サービス事業 (訪問・通所介護)	ケアマネジメントA
		1002	742単位		ケアマネジメントA 初回
		1009	742単位	サービス事業 (訪問・通所介護)	ケアマネジメントA 委託連携
		1010	1042単位		ケアマネジメントA 初回・委託連携
介護予防 ケアマネ ジメント B	A F	1006	220単位	通所サービスC（終 了モニタリングⅠ）	ケアマネジメントB
		1007	50単位	通所サービスC（終 了モニタリングⅢ）	ケアマネジメントB
		1008	440単位	通所サービスC（終 了応援Ⅰ）	ケアマネジメントB
介護予防 ケアマネ ジメント C	A F	1005	442単位	一般介護予防事業等	ケアマネジメントC

◆初回加算（300単位）の取扱い（ケアマネジメントAのみ）

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①②の場合に算定できるものとします。

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）

②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

◆委託連携加算（300単位）（ケアマネジメントAのみ）

地域包括支援センターから居宅介護支援事業者にケアプランを委託する場合について、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所のケアマネジャー間で適切な情報連携を行うことを要件に算定可能

◆終了後モニタリングⅠ（ケアマネジメントB）

通所型サービスCのサービス終了後、3か月目に地域包括支援センターや委託先のケアマネジャーが利用者宅を訪問し、給付型サービスを使わずに地

域活動や社会参加している等の自立した生活が継続されているのが確認できた場合

◆終了後モニタリングⅢ（ケアマネジメントB）

通所型サービスCのサービス終了後、3か月目に地域包括支援センターや委託先のケアマネジャーが利用者宅を訪問し、当該報酬Ⅰ又は報酬Ⅱに該当しない状況（地域活動等にも参加していない場合、または給付型サービスを利用せず地域活動等にも参加していない、いわゆる生活不活発状態である場合）が確認できた場合

◆終了応援Ⅰ（ケアマネジメントB）

通所型サービスCのサービス終了後、6か月目に地域包括支援センターや委託のケアマネジャーが利用者宅を訪問し、給付型サービスを使わずに地域活動に参加している等の自立した生活が継続されているのが確認できた場合

※ ケアマネジメントBについては居宅介護支援費、介護予防支援費、介護予防ケアマネジメントAの請求をしている場合、当該請求はできません。

17 記録の保管

基本チェックリストの保存年限は、年度終了の翌年から5年間とします。介護予防ケアマネジメントによるサービス計画の保存年限は介護予防支援に準ずるものとします。

18 四條畷市のめざす総合事業

総合事業は、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とするため、市町村が中心となり行うものです。

四條畷市ではくすのき広域連合のもと平成29年より総合事業開始し、要支援認定者及び事業対象者を対象とする介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）である訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメントと高齢者全般とその支援に関わる人を対象とする一般介護予防事業を一体的に実施してきました。令和6年4月より市が保険者となり、引き続き介護予防の推進、自立支援重度化防止に向けた多様なサービスの利用を推進します。

年齢や生活背景にかかわらず、人は社会の中で暮らしていくものであり、地域に仲間がいることや、自分が誰かの役に立つと思えることは生活の張りとなり幸福感につながります。

介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター及びケアマネジャーは利用者がその能力に応じ、できるだけ元の生活に近い状態に戻るよう支援することを意識し、サービス利用中から通いの場など個々の利用者のニーズに合ったインフォーマル・サービスを積極的にケアプランに組み込み、自然の流れで自助、互助のサービスに移行できるようサポートしましょう。

＜一般介護予防事業＞

事業の種類	内容
介護予防把握事業	閉じこもり等、何らかの支援を要するものを把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及、啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の支援、育成を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するためにリハビリテーション職等による助言等を実施（地域ケア会議、通いの場等）