

介護予防ケアマネジメント の手引き

令和8年9月

安来市介護保険課

1. 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 目的

安来市では、平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を実施しています。

近年、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者が増加しており、今後もその傾向が続くことが予想される中で、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる体制「地域包括ケアシステム」の推進が重要となっています。

総合事業は、認知症や障がいの有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

市町村が中心となって地域の実情に応じて地域の支え合いの体制づくりを推進する取り組みであり、高齢者が地域で社会参加できる機会を増やすことで介護予防につながることを期待されています。

(2) 内容

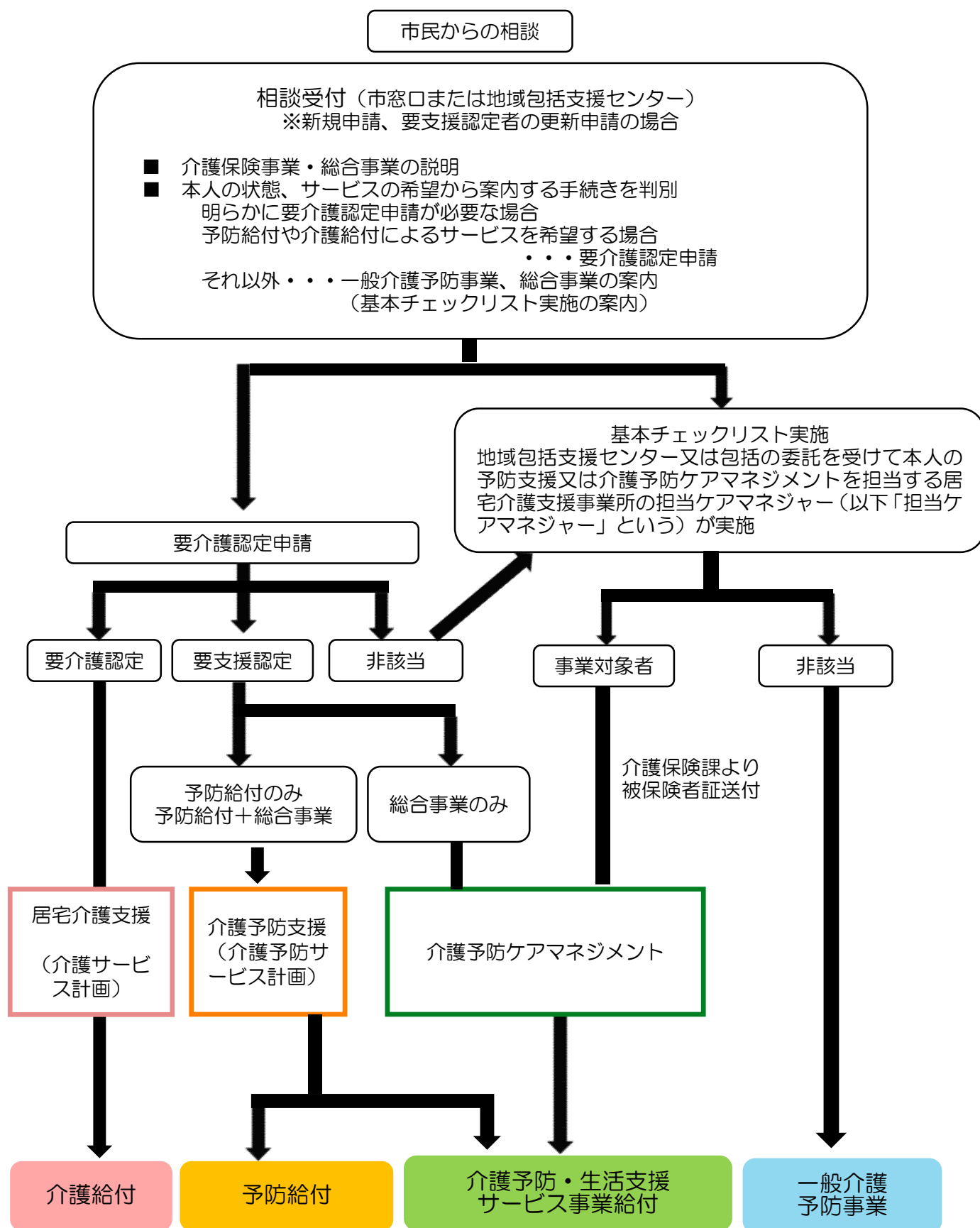
総合事業は、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体による支援等の「サービス・活動事業」と、身体機能の改善だけでなく高齢者の社会参加や生きがいにも働きかける「一般介護予防事業」で構成されます。

(3) 対象者

「介護予防・生活支援サービス事業」の対象者は、65歳以上で基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当した人（事業対象者）と要支援1 要支援2の認定を受けた方です。一部事業では、要介護認定を受ける前から介護予防・生活支援サービスを利用していた方（継続利用要介護者）も対象となります。

「一般介護予防事業」は65歳以上の全ての方が利用することができます。

2. 相談からサービス利用までの流れ



（１）相談受付

総合事業の利用に関する相談は安来市役所（介護保険課・市民課・伯太地域センター）または地域包括支援センター、地域包括支援センターからケアマネジメントの委託を受けた居宅介護支援事業所で受け付けます。

新規申請の場合と要支援認定の更新対象者には介護保険と総合事業のサービスについて説明した上で、利用者の状態や利用したいサービスから案内する内容を判断します。

《総合事業》

- ・総合事業は、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化防止の推進を図る事業です。
- ・ケアマネジメントの中で本人が目標を立て、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んだ上で、目標達成の後はより自立へ向けたステップに移ります。
- ・基本チェックリストの活用で迅速なサービスの利用が開始できます。
- ・総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等の申請は可能です。

（２）基本チェックリスト

基本チェックリストは、地域包括支援センターの職員又は担当ケアマネジャーが、原則として本人に面談して行い、質問項目の趣旨を説明しながら本人または家族などに記入してもらいます。

地域包括支援センターが面談や基本チェックリストの実施から、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は要介護認定申請につなげます。

（３）事業対象者の認定有効期間及びプランの有効期間

基本チェックリストにより事業対象者となった人の認定期間の設定は原則としてありません。一旦事業対象者となれば基本的には無期限で総合事業のサービスを利用することができます。

区分	事業対象者の有効期間
事業対象者（新規）	基本チェックリスト実施日から無期限
要支援認定者から事業対象者へ移行	要支援認定の有効期限終了日の翌日から無期限
事業対象者から要支援認定に移行	申請日の前日まで

（４）区分支給限度額

事業対象者の区分支給限度額は要支援１と同じです。退院直後で集中的にサービスを利用する事が自立支援につながると考えられるようなケースでは要支援１の区分支給限度額を超えることも可能です。給付管理は指定事業者のサービスを利用する場合のみ行います。

3. 総合事業におけるサービスの選択

(1) 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、元気なうちから介護予防・健康増進に取り組む人を増やし、いきいきと夢を持って暮らせる地域の実現を目指すことを目的としています。運動を中心とした事業や、住民主体のサロンなどがあります。

事業名	内容	開催頻度
ほっとサロン	地域のボランティアが実施する通いの場。体操、茶話会、認知症予防、健康教室など各団体に様々な活動を行う	月1回程度
ふれあい講座	転倒防止、健康増進のための簡単な体操や調理実習、口腔ケア、趣味活動	月1回
いきいき健康教室	介護予防の講話と運動、どじょうすくい体操の実技など	週1回
こけないからだ体操	フレイル予防、介護予防の体操。集会所などで地域住民が主体となって実施。	週1回
運動器の機能向上支援事業	体操の実技と介護予防の学習をとおし生きがいや健康づくりのきっかけを支援	月2回
口腔機能向上支援事業	地区の集会等に歯科衛生士が出向き、口腔ケア、ブラッシング等の指導を行う	随時
リハビリテーション専門職派遣事業	地区の集会等にリハビリの専門職が出向き講義や実技指導を行う	随時

(2) 介護予防・生活支援サービス

介護予防、要介護状態等の軽減、重度化防止と住み慣れた地域での自立した日常生活を送るための支援を実施することにより、一ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることが出来るよう支援することを目的としています。従前の専門的なサービスに加え、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ます。

事業構成		事業内容
訪問事業 第1号	従前相当サービス	旧介護予防訪問介護に相当するサービス
	生活支援サービス	安来市シルバー人材センターによる生活支援サービス
	住民主体生活支援訪問サービス（※）	住民主体による地域の多様な困りごとに対応する生活支援サービス
第1号通所事業	従前相当サービス	旧介護予防通所介護に相当する通所型サービス
	ショッピングリハビリ（※）	買物を通じた機能改善とポール体操を組み合わせた通所型サービス
	通所型短期集中予防サービス	保健・医療の専門職が短期間において集中的に提供する通所型サービス

- 対象者は要支援認定者、事業対象者です（※は継続利用要介護者も可）。
- 住民主体生活支援訪問サービスは実施団体において対象者の範囲を拡大することができます。

4. 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは居宅要支援被保険者等に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、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、通所型サービス、その他生活支援サービスのほか、一般介護予防や市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業該当しない生活支援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す。

介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

◆在宅介護の重視、自立支援

介護予防ケアマネジメントは、その利用者が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して行われるものでなければならない。

◆利用者自身によるサービスの選択、保健、医療、福祉サービスの総合的かつ効率的な提供

介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

◆利用者本位、公正中立

介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

◆関連機関との連携

介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、市民による自発的な活動によるサービスを含めた地域におけるさまざまな取組を行う者等との連携に努めなければならない。また、医療サービスとの連携に十分配慮して行う。

（１）基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターの職員又は担当ケアマネジャーが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援します。また、利用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、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、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」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

これらのことから、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、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していきます。

（２）介護予防ケアマネジメント費の区分

利用するサービス	対 象 者	区 分
予防給付のみ	要支援認定者	介護予防支援
予防給付＋総合事業	要支援認定者	介護予防支援
総合事業のみ	継続要介護認定者・要支援認定者・事業対象者	介護予防ケアマネジメント

（３）介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントは居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、利用者の心身の状況、その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、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ものです。

次の３つの類型に分けて行います。

【類型】

◇ケアマネジメントＡ

- ・ 介護予防支援に相当するもの
- ・ モニタリングは①少なくとも３か月に１回②評価期間が終了する月③利用者の状況に著しい変化があったときに利用者本人の居宅を訪問して行う。

◇ケアマネジメントＢ

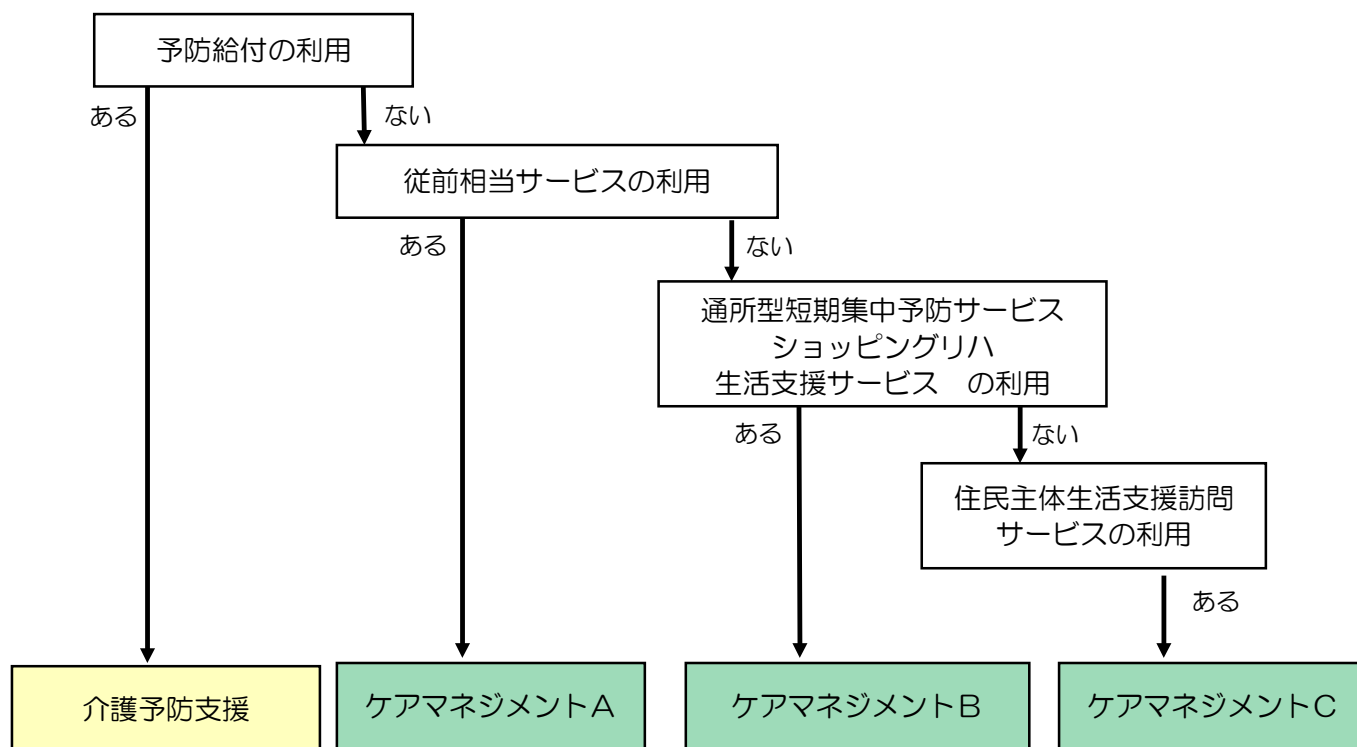
- ・ 簡略化した介護予防ケアマネジメント
- ・ ケアプランは「介護予防サービス・支援計画書」の項目を一部省略して作成することとする。

- ・ サービス担当者会議の開催、又は事業実施者等との連絡調整や打ち合わせなどをサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図る。
- ・ モニタリングは①少なくとも6か月（通所型短期集中予防サービスは3か月）に1回②評価期間が終了する月③利用者の状況に著しい変化があったときに居宅等に訪問するなどして実施。または、サービス・活動事業の実施者と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。

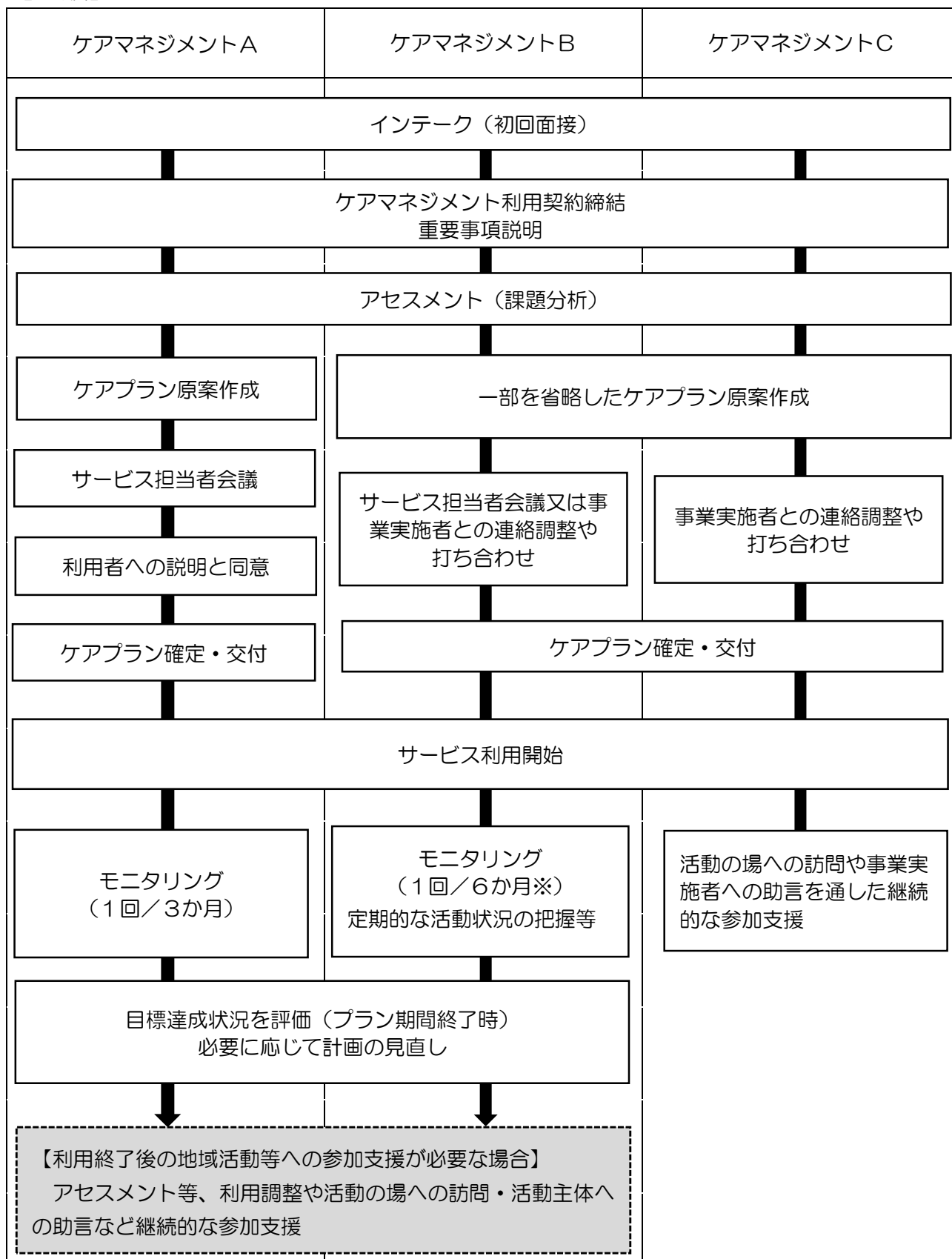
◇ケアマネジメントC

- ・ 初回のみ介護予防ケアマネジメント
- ・ ケアプランは「介護予防サービス・支援計画書」の項目を一部省略して作成することとする。
- ・ 事業実施者等との連絡調整や打ち合わせなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図る。
- ・ モニタリングは、事業の実施者と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。

【類型の区別】



【手順】



※通所型短期集中予防サービスの場合は3か月

注) 以下の手順において「使用する様式」はそれぞれ項目が網羅されていれば別の書式を使用してもかまいません

①インテーク

使用する様式	基本チェックリスト（様式１）
--------	----------------

被保険者証、負担割合証を確認し、介護認定の状況の確認と必要に応じて基本チェックリストによる事業対象者の判定を行います。

②ケアマネジメント利用契約締結

使用する様式	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書、契約書、重要事項説明同意書、個人情報使用同意書、 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（様式２）
--------	---

介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、重要事項と個人情報の取扱いについて利用者に説明を行い、同意が得られた場合は契約の内容を説明し、「契約書」「重要事項説明同意書」「個人情報使用同意書」それぞれ２部に署名押印を受け、それぞれ１部を利用者に交付します。

「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」に署名をもらい、利用者に代わり、介護保険課に提出することを説明します。

③アセスメント

使用する様式	利用者基本情報（様式３）、興味関心チェックシート（参考様式）
--------	--------------------------------

利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。

《アセスメントのポイント》

利用者本人の望む生活と現状の生活との差について、アセスメント項目に基づく情報の収集から差が生じている要因や背景を分析し、利用者本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにします。

アセスメントを行う際は、国際生活機能分類（ＩＣＦ）の考え方も踏まえ、利用者本人の「生活機能」（「心身機能」、「活動」、「参加」）に対して、「健康状態」だけでなく「背景因子」（「個人因子」、「環境因子」）からも影響を受けていることも踏まえてアセスメントを行うことが重要です。

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、本人及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てください。

※ 事業対象者には主治医意見書がないため、治療中の病気の有無、病名、処方薬等の内容も本人や家族から聞き取るとともに、必要に応じて主治医との連携もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聞き取っておくことも必要です。

④ケアマネジメント開始

利用者に代わり、「基本チェックリスト」「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を介護保険課に提出します。

⑤ケアプラン原案作成

使用する様式	介護予防サービス・支援計画書（様式4）
--------	---------------------

利用者の状況等に応じて利用するサービスの選択を支援します。

ケアプランが利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、目標志向型のケアプラン原案を作成してください。

事業対象者のケアプランの有効期間は最長で1年とします。

アセスメントの結果、利用者が目標とする生活などを踏まえ、具体的かつ実現可能な目標設定、目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間などを記載します。評価を行い得るようにすることも重要です。

効率化と利用者負担の軽減のため、インテークからアセスメント、ケアプラン原案作成までの工程を初回の相談及び契約のための訪問と併せて実施することは可能です。

《ケアプラン原案作成のポイント》

単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、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・表現となるよう設定します。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れます。

【ケアマネジメントB、Cの場合】

「介護予防サービス・支援計画書」の様式中、以下の項目を記載してください。

- ・「アセスメント領域と現在の状況」
- ・「目標」
- ・「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」
- ・「介護保険サービスまたは地域支援事業」「事業所」を記載

⑥サービス担当者会議

使用する様式	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式5）
--------	------------------------------

サービス担当者会議は利用者本人・家族の生活の意向・目標を共有すること、支援関係者の意見により多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策をさらに検討すること、ケアプラン原案で位置づけた取組や関係者の役割分担を決めて全員で共有することが重要です。

ケアプランに位置づけたサービス等の担当者を招集して行います。参加できない場合は照会などによ

り専門的見地からの意見を求めることでも差し支えありません。

会議の内容は経過記録に記録します。

【ケアマネジメントB、Cの場合】

サービス担当国会議に類するものとして、事業実施者等との連絡調整や打ち合わせなどで利用者の情報や援助の方針等について共有を図ることも可能です。

⑦利用者への説明と同意

使用する様式	介護予防サービス・支援計画書（様式4）
--------	---------------------

利用者の意向の反映の機会を保証するために、ケアプラン原案の内容を説明し、文書により利用者の同意を得る必要があります。

利用者が主体的に取り組めるよう、利用者、家族に対してわかりやすい言葉で説明してください。

⑧ケアプラン確定・交付

使用する様式	介護予防サービス・支援計画書（様式4）
--------	---------------------

利用者及びサービスの担当者に交付します。各サービスの担当者には個別サービス計画の提出を求め、必要に応じてケアプランとの連動性や整合性について確認し、意識の共有を図ることが重要です。

⑨サービス利用開始

⑩モニタリング（評価）

使用する様式	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式5） サービス評価表（様式6）
--------	--

利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、プラン通り実行できているか、新たな課題が生じていないかを確認します。

モニタリングの期間については、少なくとも3か月に1度及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときに居宅を訪問して行います。以下の要件を全て満たす場合は、利用者本人の状態に応じてその期間を設定できることとします。その場合は、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることがわかるよう経過記録に記載します。

- ① 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された
- ② モニタリング、アセスメントの訪問を行わない月もサービス事業所、通いの場等の訪問、電話、オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。

- ③ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ④ ケアプラン作成プロセスの簡素化について利用者への説明、合意がなされておりセンターとサービス事業者との間でも合意が得られている。ただし、次の場合は除く
- ・ 初回の介護予防ケアマネジメントにおけるモニタリングの場合
 - ・ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める方（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の方など）

実施期間の終了時には利用者宅を訪問してケアプランに位置づけたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標達成状況を評価し、利用者と共有しながら新たな目標の設定や利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。

【ケアマネジメントBの場合】

モニタリングは少なくとも6か月（通所型短期集中予防サービスの場合は3か月）に1度面接により行い、経過記録に記録します。

評価はサービス評価期間の終了月に居宅を訪問して行い、サービス評価表に記録します。

【ケアマネジメントCの場合】

事業者と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておきます。

（４）介護予防ケアマネジメントの実施体制

介護予防ケアマネジメントは利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて実施し、地域包括支援センターの3職種のほか、介護予防支援業務を行っている職員が実施します。地域包括支援センターは包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護専門員によって実施することもできます。

《予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の委託について》

1) ケアマネジメント業務

この項目において「ケアマネジメント業務」とは以下の①～⑬を指します。

- ①利用申込受付、重要事項説明及び契約締結業務
- ②ケアプラン作成のために必要な認定調査結果等の情報の収集業務
- ③アセスメント業務
- ④ケアプラン原案の作成業務
- ⑤ケアプラン原案に係るサービス担当者会議の開催等による専門的意見の聴取業務
- ⑥ケアプランの同意取得及び交付業務
- ⑦介護予防サービスなどの提供に係る連絡調整業務

⑧ケアプランの実施状況の把握業務

⑨ケアプランの達成状況に関する評価業務

⑩ケアプランの変更に係る上記③～⑥に掲げる業務

⑪利用実績確認

⑫給付管理業務

⑬その他業務遂行に必要な業務

事業対象者への移行に係る業務

要支援認定申請に係る援助

要介護者となった場合における居宅介護支援事業所への紹介、制度の説明等

介護保険施設入所を希望する場合における要介護認定申請支援、希望施設への連絡調整等

その他関係機関への連絡調整等、介護予防サービスの円滑利用に資すると認められる各業務

2) 委託

地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託して実施することも可能です。

委託して実施する場合は、地域包括支援センターが示すマニュアルに沿って実施し、ケアプラン原案を確定する前に、「基本チェックリスト」「利用者基本情報」「ケアプラン原案」を地域包括支援センターに提出し、確認を受けます。

ただし、介護予防ケアマネジメントCについては、地域資源の実情を十分に把握して利用者に情報提供することが必要なことから、地域包括支援センターで実施します。

3) 介護予防サービス計画（ケアプラン）の検証

令和5年改正法において介護予防支援の指定対象に指定居宅介護支援事業所が追加されるとともに、介護予防支援に関する地域包括支援センターの一定の関与を担保するため、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の内容に介護予防サービス計画の検証を追加し、必要と認める場合は介護予防サービス計画の実施状況に関する情報の提供を求めることができることとされました。安来市における「一定の関与」は以下の内容とします。

〇市の指定を受けて介護予防支援を実施する指定居宅介護支援事業者に対する地域包括支援センターの一定の関与について

◆利用者基本情報及びケアプランの提出

担当している被保険者の情報を地域包括支援センターに提出してください。

- 【提出の時期】
- ・ケアプランの新規作成時（作成から1か月以内）
 - ・契約終了時（非該当、要介護認定となった場合）

- 【提出するもの】
- 《新規》 基本チェックリスト・利用者基本情報・ケアプラン
- 《終了時》 ケアプラン・評価表

※上記以外にも地域包括支援センターがケアプランの検証のため一定のタイミングで提出を求めることがあります。

◆ケアプランの内容確認・修正等

地域包括支援センターは提出されたケアプラン等について要支援者の自立に資するプランになっているか確認を行い必要に応じて助言します。

指定居宅介護支援事業所は必要に応じてケアプラン等を修正します。

◆研修会・事例検討会等への参加

指定居宅介護支援事業所は地域包括支援センターが開催する予防プランの質的向上を目的とした研修会等に参加します。

その他地域包括支援センターは介護予防支援の質的向上のため、必要に応じ、指定居宅介護支援事業所から提出されたプランを地域ケア会議や事例検討会における事例として提出します。

(5) 単価

ケアマネジメント	報酬	
ケアマネジメントA ケアマネジメントB	基本単価	4,420 円
	初回加算	3,000 円
	委託連携加算	3,000 円
ケアマネジメントC	基本単価	4,420 円
	初回加算	3,000 円