

吉川市介護予防・日常生活支援サービス事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

第1版 平成29年3月策定
第2版 平成29年8月改訂
第3版 平成30年7月改訂
第4版 令和6年6月改訂
第5版 令和8年1月改訂

内容

I 介護予防ケアマネジメントの概要.....	2
1 介護予防ケアマネジメントの目的.....	2
2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方.....	2
3 介護予防ケアマネジメントの対象者.....	2
4 介護予防ケアマネジメントの実施主体.....	3
5 介護予防ケアマネジメントにおける様式.....	3
II 介護予防ケアマネジメントの手順.....	4
1 介護予防ケアマネジメントの類型.....	4
2 受付・介護予防ケアマネジメント実施の手順.....	6
(1)相談の流れ.....	7
(2)介護予防ケアマネジメントの手続き.....	11
III 介護予防ケアマネジメントの実施.....	12
1 アセスメント（課題分析）.....	12
2 ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成.....	12
3 サービス担当者会議.....	12
4 利用者への説明・同意.....	12
5 ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）.....	12
6 サービス利用開始.....	13
7 モニタリング.....	13
8 評価.....	13
IV 予防給付とサービス事業を併用する場合.....	13
V 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.....	13
VI 報酬（加算、減算）、その他留意事項.....	13
VII その他留意事項：短期集中サービスとその他サービスの組み合わせ.....	14

I 介護予防ケアマネジメントの概要

1 介護予防ケアマネジメントの目的

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

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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

3 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者※または要支援者のうち**予防給付を受けず、総合事業のサービス利用を受ける方**とします。

(1) 事業対象者の要件

事業対象者とは、65歳以上のうち「基本チェックリスト」の実施により、心身の状況、その置かれている環境、その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると判定した方が対象となります。事業対象者は、介護予防ケアマネジメントに基づいてサービスを利用することとなります。
※基本チェックリスト25項目のうち次の項目に該当する方が事業対象者となります。

No.	心身の状態	事業対象者として該当する項目数
1	生活機能全般	No. 1～20までの項目のうち10項目以上に該当
2	運動機能の低下	No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
3	低栄養状態	No. 11～12の2項目すべてに該当
4	口腔機能の低下	No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
5	閉じこもり	No. 16～17までの2項目のうちNo. 16に該当
6	認知機能の低下	No. 18～20までの3項目のうち1項目以上に該当
7	うつ病の可能性	No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(2) 住所地特例該当者について

吉川市内の施設に入所する他市町村の住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在の地域包括支援センター（居宅介護支援事業所に再委託が可能）が行うこととなるため、本市において基本チェックリストを実施する対象となる。

(3) 基本チェックリストの再実施

本人の状態の変化に応じて、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、必要に応じて再度基本チェックリストを実施します。

4 介護予防ケアマネジメントの実施主体

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

5 介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、相談票、基本チェックリストの他に以下の様式を用います。

- ・利用者基本情報（様式1）
- ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（様式2）
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
（サービス担当者会議の要点を含む）（様式3）
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表（様式4）
- ・二次アセスメントシート
- ・生活行為チェックシート

II 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

- (1) 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、ケアマネジメントAにより行います。それ以外のケアマネジメントについては、多様な主体によるサービスの提供の開始と合わせ実施していきます。

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）

（対象）

指定事業所のサービス、短期集中訪問型サービス・短期集中通所型サービスを含むプラン

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。
モニタリングについては3か月ごとに1回以上行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

（対象）

指定事業所以外の多様な主体の提供するサービス（訪問型A・通所型A）を含むプラン

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

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）

（対象）

住民主体の提供するサービス（訪問型B・通所型B）に、一般介護予防事業、生活支援事業のみの複数のサービスを位置付けるプラン

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」「その課題の解決への具体的対策」

「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解してもらった上で、利用者自身のセルフマネジメントによって住民主体の支援等につなげるものとし、その後は、モニタリング等を行いません。

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。

※ケアマネジメントCにおける留意事項

① 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とします。

② 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜、サロン等のサービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作るようにします。

【状況悪化を見逃ごさない仕組みづくりの例】

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

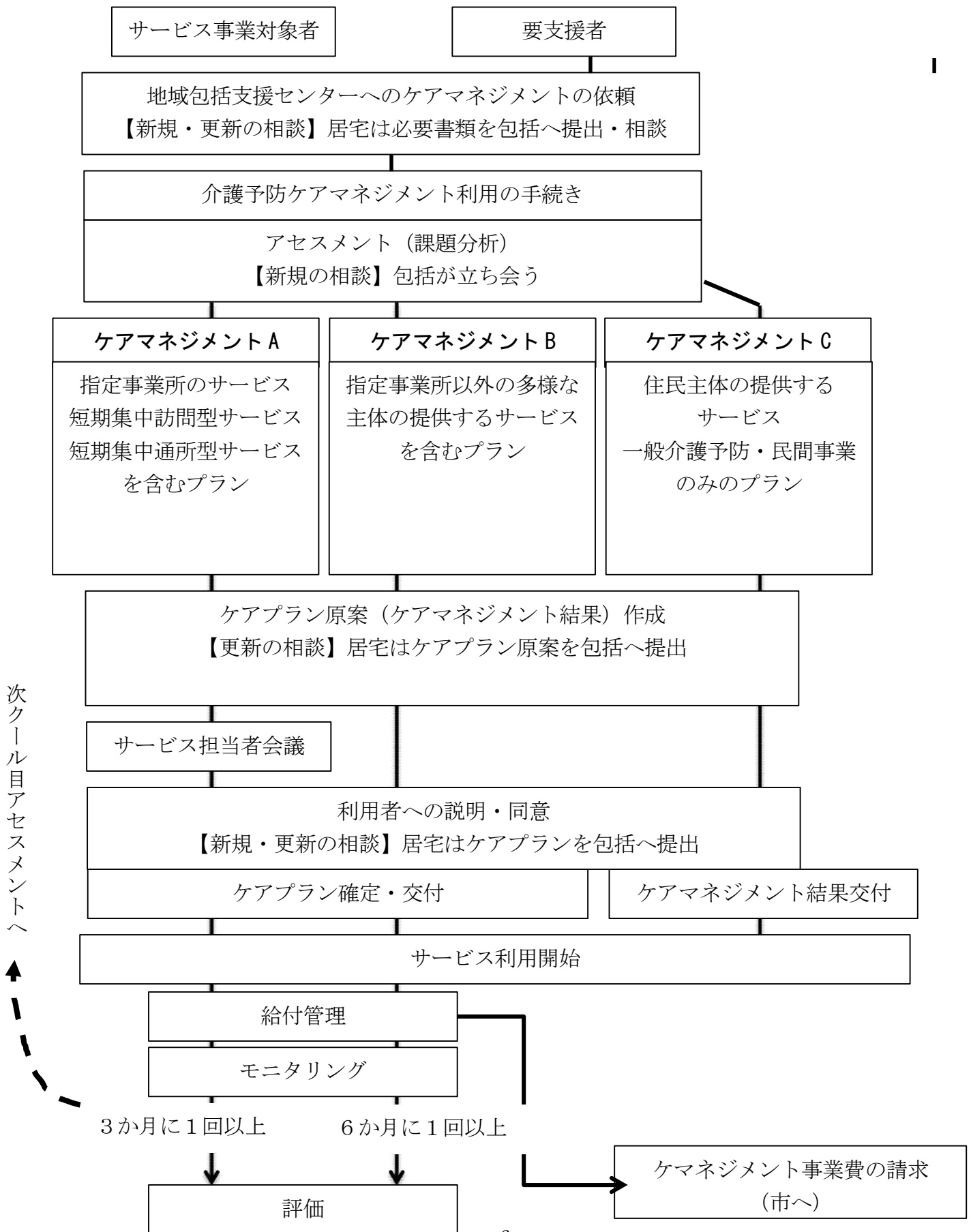
(2) 市(地域包括支援センター)の判断により、介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更することができます。

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

(4) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

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

2 受付・介護予防ケアマネジメント実施の手順



(1) 相談の流れ

●相談窓口が長寿支援課の場合

【新規の相談】

手順1 相談受付～認定申請又はチェックリストの振分け

- ①相談受付。総合事業の概要を説明。**(相談の結果、総合事業に移行せず、認定審査を経た更新手続きも可能とする。)**
- ②担当者は、「相談票」を用いて、「要支援認定申請」又は「チェックリスト」のどちらかで事務手続きを進めるか判断する。
※相談票は必ず記入する必要はない。「認定申請」又は「チェックリスト」のいずれかの手続きに進むかを判断するためのツールとして使用するもので、対象者に記入してもらうものではない。
- ③チェックリストにより総合事業の対象者として判断した場合は、本人（家族）に再度、利用を希望するサービスが**総合事業の「訪問型サービス」、「通所型サービス」**のみであることを確認する。
- ④以下について説明したうえで、事業対象者としての手続きを進めることに同意を得る。

- 介護予防・日常生活支援総合事業が適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、その有する能力に応じて自立の促進を図ることを目的とした事業であること。
- 「訪問型サービス」及び「通所型サービス」と、「介護予防訪問介護」及び「介護予防通所介護」のサービス内容に違いはないこと。
- 基本チェックリストを用いて事業対象者となることで、迅速なサービス利用が可能となること。
- 事業対象者となり、サービスを利用した後も、必要時には要支援・要介護認定申請が可能であること。
- 基本チェックリストの判定が、非該当となった場合は、一般介護予防事業は利用できないこと。

手順2 基本チェックリストの実施

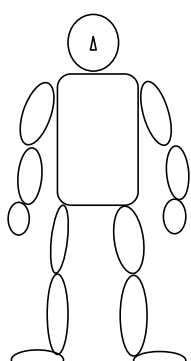
基本チェックリストの作成にあたっては、「基本チェックリストの考え方」を参考にすること。

- ①基本チェックリストを**原則本人**に実施してもらう。
- ②担当者が採点を行い「事業対象者」、「非該当者」を確認する。
【事業対象者の場合】 ③へ
【非該当者の場合】 総合事業の利用はできないことを伝え、一般介護予防事業や高齢福祉サービスを案内する。
- ③基本チェックリストの同意欄に署名、日付欄を記入してもらう（個人情報等の利用について同意をもらう）。

要介護認定に関する相談票

相談日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口() <input type="checkbox"/> 代行()
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更(現在の介護度)
	<input type="checkbox"/> 支援(支援1・2)・総合事業からの変更

被保険者	年齢(才)	相談者	続柄()
	住所 吉川市		住所
所在	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり)	家族状況	【日中の連絡先】
	<input type="checkbox"/> 別世帯の家族宅等 ()		
	<input type="checkbox"/> 入院:病院名 () 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 施設:施設名 () 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
概況		困りごと	
<input type="checkbox"/> 総合事業対象該当 → 基本チェックリスト実施			

日常生活	移動	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける	<input type="checkbox"/> 介助が必要	身体状況 診断名: 治療・処置等: 右  左
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまって歩く	<input type="checkbox"/> 車いす	
		<input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用		
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 介助が必要	
			<input type="checkbox"/> 点滴等	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴できる	<input type="checkbox"/> 洗身や入浴に手伝いが必要	
			<input type="checkbox"/> 清拭のみ	
排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> オムツ・尿器・ポータブルトイレを使用		
		<input type="checkbox"/> トイレで介助が必要		
更衣	<input type="checkbox"/> 自分で着替える	<input type="checkbox"/> 介助が必要		
物忘れ等	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 常時、見守りが必要		
	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他			
会話	<input type="checkbox"/> 人の声が聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 言葉が出にくい			

サービス	【認定後に利用したいサービスや今後の希望】	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入()
	<input type="checkbox"/> 訪問介護() <input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 住宅改修()
		<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(訪問して指導・助言)
		<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 未定	(医師・歯科医師・管理栄養士・歯科衛生士など)
	【高齢福祉サービス等】	<input type="checkbox"/> 現在利用している <input type="checkbox"/> 利用の意向あり <input type="checkbox"/> 利用の意向なし <input type="checkbox"/> 未定		
	<input type="checkbox"/> 日常生活サポートサービス(※) <input type="checkbox"/> ふれあいデイサービス(※) <input type="checkbox"/> 買い物支援サービス(※) <input type="checkbox"/> 生活あんしんヘルプサービス(※)			
	<input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 位置情報提供サービス <input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付・貸与 <input type="checkbox"/> 介護用品支給 <input type="checkbox"/> 外出支援サービス			
	<input type="checkbox"/> その他() 注:(※)のサービスは、介護認定を受けていない方が対象			

窓口対応	<input type="checkbox"/> 相談のみ聴取【今回は申請しない、後日相談予定、申請書渡し済み(□本人・家族と検討 □後日提出予定)】
	<input type="checkbox"/> 「非該当」の判定についての説明 <input type="checkbox"/> 高齢福祉係に相談内容を伝達 <input type="checkbox"/> 第 地域包括支援センターを案内
	<input type="checkbox"/> その他(相談者に説明したこと又は調査時の注意点等)
	相談者の反応・印象等() 対応者・記入者:

基本チェックリスト

被保険者番号() 記入日： 年 月 日

ふりがな 対象者氏名	男・女 (年 月 日生)	年齢	電話番号	()
住 所			代 理	(続柄)
No.	質問項目	回 答 いずれかに○をつけて下さい		事業対象者に該当する基準
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	3/5以上該当 運動機能低下
2	日用品の買物をしていますか	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	
6	階段を手すりや壁をつたわ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なに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	
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありました	1. はい	0. いいえ	すべてに該当 低栄養状態
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注) BMIが18.5未満である	1. はい	0. いいえ	／2
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	2/3以上該当 口腔機能低下
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	／3
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
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	1/3以上該当 認知機能低下
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	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	
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	2/5以上該当 うつ状態の可能性
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は思えない	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	

10項目以上に該当
複数の項目に支障

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

総合事業 該当 非該当

【個人情報提供同意欄】

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントの内容を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

年 月 日 (氏名)

手順3 基本チェックリスト等の提供に係る同意

- ① **【相談票、基本チェックリスト】**の写しを地域包括支援センターに提供することについて、同意を得る。

手順4 今後の流れの説明

- ①地域包括支援センターの職員が訪問し、身体状況・生活状況・家族環境などを聞き取りし、身体の状況によっては、要介護認定の申請や一般介護予防事業の適応など、介護サービスの利用について再度検討が必要であることを説明。
- ②市から地域包括支援センターに連絡し、本人宛、地域包括支援センターから連絡が来ることを説明する。

手順5 書類の送付

- ① **【相談票、基本チェックリスト】**の写しを随時、担当の地域包括支援センターに送付（又は窓口にて提供）する。

手順6 地域包括支援センターは、訪問後、**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**（ケアマネジメント届）を市に提出する。

手順7 介護保険被保険者証の交付

- ①市は、**介護保険被保険者証（黄色）**（介護保険資格者証は、更新の場合のみ交付、負担割合証は新規の場合のみ交付）を本人宛、**郵送で交付する**。

被保険者証の有効期間開始日は、新規申請の場合「チェックリスト実施日」。

●相談窓口が地域包括支援センターの場合

【新規の相談】【更新の相談】

手順1から手順3は、長寿支援課が相談受付した場合と同様。

手順4 今後の流れの説明

- ①「介護予防・日常生活支援総合事業利用の手引き」を参考に今後の流れを説明する。
- ②利用者へは、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターが行うことや、アセスメントの際に地域包括支援センター職員が訪問させていただくことを説明する。

手順5 書類の提出

- ①利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、市へ必要な書類**【基本チェックリスト、介護保険被保険者証（ピンク色）、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】**を提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始する。

※相談票の提出は不要。

手順6 介護保険被保険者証の交付

- ①市は、基本チェックリストに該当していることを確認し、介護保険被保険証を用意す

る。利用者に郵送せず、地域包括支援センターの職員を経由して交付する方法とする。

- ②利用者の**介護保険被保険者証・介護保険資格者証（更新のみ）・負担割合証（新規のみ）**を各地域包括支援センターごとのファイルに入れて保管する。受付した翌日以降、地域包括支援センターの職員が来所した際に渡し、地域包括支援センターの職員から利用者に交付する。

●相談窓口が居宅介護支援事業所の場合

【更新の相談（既に要介護・要支援認定を受け、総合事業に変更する場合）】

手順1 から3は、長寿支援課が相談受付した場合と同様。

手順4 今後の流れの説明

- ①「介護予防・日常生活支援総合事業利用の手引き」を参考に今後の流れを説明する。
②利用者へは、介護予防ケアマネジメントを居宅支援事業所が行うことや、アセスメントの際に職員が訪問させていただくことを説明する。

手順5 書類の提出

- ①利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受けた場合は、市へ必要な書類**【基本チェックリスト、介護予防サービス計画作成・介護予防マネジメント依頼（変更）届出書、介護保険被保険者証（ピンク色）】**を提出し、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始する。

手順6 介護保険被保険者証の交付

- ①市は、基本チェックリストに該当していることを確認し、**介護保険被保険者証（黄色）**と**介護保険資格者証（更新の期限内）**を対象者に**郵送する**。

手順7 地域包括支援センターへの報告

- ①居宅支援事業所は、市に提出する**【基本チェックリストと介護予防サービス計画作成・介護予防マネジメント依頼（変更）届出書】**のコピーを担当包括に提出し、事業対象者へ変更したことを**報告**する。

(2) 介護予防ケアマネジメントの手続き

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

【必要書類】

- ・重要事項説明書（2通）、個人情報取扱書
- ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書（2通）

Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの実施

以下、1～2 は利用者宅で実施します。

1 アセスメント（課題分析）

- (1) 利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- (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するようにします。
- (3) より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。

2 ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

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

【新規の相談】

地域包括支援センターが作成します。

【更新の相談】

居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）を地域包括支援センターへ提出し、確認印をもらいます。

3 サービス担当者会議

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

4 利用者への説明・同意

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。

【新規の相談】

地域包括支援センターが実施します。

【更新の相談】

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

5 ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- (1) ケアプランを利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。
- (2) ケアマネジメント C については、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明します。ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得て、ケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらうようにします。

6 サービス利用開始

各サービス提供者よりサービス実施します。

7 モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

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

8 評価

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

IV 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ともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われるものとし、給付管理については、予防給付と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します。

V 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。**

VI 報酬（加算、減算）、その他留意事項

- (1) 加算

ア 初回加算

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

- ①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して3か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合）
- ②要介護者が要支援者を受け、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、基本チェックシー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できません。

イ 委託連携加算

委託連携加算については、利用者に提供する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情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、介護予防ケアプランの作成等に協力した場合に算定できます。
※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回を限度として委託連携加算の算定を行えます。

(2) 減算

ア 高齢者虐待防止措置未実施減算

高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合に算定します。

イ 業務継続計画未策定減算

業務継続計画未策定減算については、感染症若しくは、災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合に算定します。

Ⅶその他留意事項：短期集中サービスとその他サービスの組み合わせ

(1) 訪問型短期集中サービス

《併用可能》訪問介護（現行相当）

通所介護（現行相当）、通所型短期集中サービス

(2) 通所型短期集中サービス

《併用可能》訪問介護（現行相当）、訪問型短期集中サービス

《併用不可》通所介護（現行相当）

サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例（3か月1クールの場合）

ケアマネジメント	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)
ケアマネジメント A	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○(面接による) (※1)
			報酬	基本報酬+ 初回加算 (※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型Cの サービス	サービス 担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬+ 初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
ケアマネジメント B	その他(委 託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	△ 必要時実施	×	×	×	
		モニタリング等	—	×	×	△必要時実施	
		報酬	基本報酬- X-Y+ 初回加算 (※3)	基本報酬- X-Y	基本報酬- X-Y	基本報酬-X -Y	
ケアマネジメント C	作成なし	その他(委 託・補助) のサービス	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	基本報酬+ 初回加算 (※4)	×	×	×
		一般介護予 防・民間事 業のみ	サービス 担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	基本報酬+ 初回加算 (※4)	×	×	×

※1 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要。

※2 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

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

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

様式第237号の4（第419条、第427関係）

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

										区分	
										新規・変更	
被保険者氏名					被保険者番号						
フリガナ											
					個人番号						
					生年月日						
					年 月 日						
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地				〒			
				地域包括支援センターの所在地							
				電話番号							
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日						
					年 月 日						
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
介護予防支援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者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒			
				電話番号							
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
吉川市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。 年 月 日 被保険者 住所 電話番号 氏 名											
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに吉川市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しく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、変更年月日を記入のうえ、必ず吉川市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

参考

基本チェックリストについての考え方

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

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面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。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	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	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

	かまらずに立ち上がっていますか	どうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固い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・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1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。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」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も、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする	