

南魚沼市
介護予防ケアマネジメントマニュアル



令和6年4月 南魚沼市介護保険課

目次

介護予防ケアマネジメントマニュアルについて	2
第1章 介護予防の基本的考え方	2
1. 介護保険制度における介護予防の位置づけ	2
2. 介護予防の基本的視点	4
第2章 南魚沼市における健康課題と介護予防の方向性	5
1. 南魚沼市の介護予防の取組の背景	5
2. 南魚沼市における要介護認定者の分析と介護予防の方向性	7
3. 高齢者の保健事業（健康づくり）と介護予防の一体的な実施	12
第3章 介護予防・日常生活支援総合事業	12
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の全体像	12
2. 南魚沼市の介護予防・日常生活支援事業（総合事業）	19
第4章 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	21
1. アセスメントの基本となるポイント	21
2. 介護予防ケアマネジメントの対象サービス・事業について	24
3. 介護予防ケアマネジメントの概要	24
第5章 介護予防ケアマネジメントの実際	28
1. 相談受付と介護予防ケアマネジメント対象者の決定	28
2. 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）対象者の有効期限	28
3. 基本チェックリスト該当で第1号事業（通所型サービスA）の対象者になった場合	28
4. 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）の実際	28
5. 介護予防サービス・支援計画書の作成ポイント	32
6. 介護予防ケアマネジメント関連様式について	36
第6章 報酬請求・支払い（給付管理）	48
1. ケアプラン別作成費単価	48
2. 給付管理	48
3. 請求と支払い	49
4. よくある問い合わせ	49
5. 月額包括報酬の日割り請求	50
6. 住所地、居住地、保険者が異なる場合の取り扱い	52

介護予防ケアマネジメントマニュアルについて

このマニュアルは、介護予防の基本的な考え方、市が行う介護予防・日常生活支援総合事業（通称：総合事業）のしくみ、介護予防ケアマネジメントの具体的な方法について、地域包括支援センター職員や委託先の居宅介護支援事業所の介護支援専門員の手引き、介護サービス事業所のより良い業務の参考となるように作成しています。

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的としています。そのためには、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を図るだけでなく、日常生活の活動を高め、家庭・社会への参加を促すことが重要です。また、高齢者本人へのアプローチだけではなく、活動的な状態を維持するための多様な通いの場の創出、住民主体の活動の促進など、地域づくりの視点で介護予防を推進することも重要です。したがって、地域の実情をよく把握し、地域づくりの取組を推進していくことが必要です。

市の健康課題や介護予防の取り組みの背景などを理解するとともに、介護予防ケアマネジメントの質の向上を目指し、その実務をすすめていく一助として活用していただきたいと考えます。

第1章 介護予防の基本的考え方

1. 介護保険制度における介護予防の位置づけ

a) 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態の軽減や悪化防止に資するよう、医療との連携に十分配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。また、国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力維持向上に努めると明文化されています。

図表1 介護保険制度の基本理念

第一章 総則

(目的)

第一条 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)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態または要支援状態（以下「要介助状態等」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、医療との関係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)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

b)介護保険制度における介護予防とは

介護予防の目的は次の2つのポイントに集約されます。

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと
- ②要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。

②では、生活上のさまざま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、改善を図るものです。

c)介護予防を重視する背景

要支援1・2等の軽度者の原疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとした閉じこもり等が引き金となって、要支援状態となる、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する方が半数を占めます。しかし、これまでの介護予防の取り組み方法は、心身機能改善を目指す取組を中心に行われ、その後の取組が希薄だったこともあり、活動性の維持・向上につながりにくかった、という評価がなされました。また、我が国は、少子高齢化、要介護認定者の増加、単独及び高齢者夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加、医療人材・介護の担い手不足、生活困窮・貧困の方の増加など、人口問題をもとにした課題が大きくなってきています。

こうした経緯をもとに、平成26年に地域包括ケアシステム構築を目指して介護保険法が改正され、平成29年には地域包括ケアシステム構築の深化・推進、要介護状態の重度化防止、それに向けた保険者機能の強化等の取組の推進、そして地域共生社会の実現を目指してさらなる介護保険法改正が行われました。

これらの改正の経過の中で、介護予防の考え方は、高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できる居場所づくりと出番づくり等、地域リハビリテーション等の理念へと変遷しています。

地域リハビリテーションの理念・ICF（国際生活機能分類）の理念をふまえ、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それが介護保険法第1条に規定する「尊厳の保持」の追求の出発点になることを認識する必要があります。

d)高齢者の機能レベルと介護予防

高齢者がセルフケアできるように啓発や環境を整えるとともに、本人の興味・関心に基づいて地域の活動に参加できるように、地域に多様な活動機会を設けることが必要です。これは、支え手の不足が考えられる状況において、誰もが自分の強みを活かして支え合える地域をつくることにつながると考えられます。

また、高齢者自身や家族・周囲の人々が「生活機能の低下」の目安を早く知ることや、一旦低下した機能も早期に発見・対応できれば維持・改善につながることを知る必要があります。

そのための相談支援体制の充実や多様なサービスが必要です。

なお、特に加齢に伴う心身の状態の変化は、役割や活動が減少していくことによってもたらされる影響が大きく、気持ちの落ち込みが重なることで、さらに機能低下が加速する傾向にあることを理解し、個々の楽しみを見いだせるような関りや対応の視点も併せ持つことが重要です。

2. 介護予防の基本的視点

a)高齢者の主体性を引き出す工夫

介護予防の実践にあたっては、何よりも高齢者の主体的な取り組みが不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関係する専門職は高齢者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取り組みが必要なのか」を明確に、高齢者が理解しやすい言葉や視覚的にわかりやすい形を工夫して、介護予防の取り組み方法を紹介する等も必要です。そのためにはコミュニケーションのとり方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行うことが求められます。

b)改善・維持・悪化の可能性を見極める視点と洞察力が必要

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、できる能力はあるが、する意欲が持てない結果、「できない」のか、行為としてただ「していない」だけなのか、今は痛みがあるから「できない」だけなのか、事実を確認していくことが大切です。単に要望に沿ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスの依存も生み出していく場合があります。「高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、「できない」部分をサポートしながら、「できるようになる」ために必要なことを考え、高齢者の行動変容に繋がる動機づけへの支援を常に考えることが必要です。

そのためには、現病歴や既往歴の理解、健康管理の方法、家庭・地域内の環境、利用者の生活状況や生活史、興味や関心ごと、性格、価値観、経済面などさまざまな情報をキャッチし、整理しながらアセスメントを行っていくことが求められます。

c)支える側に回れる支援

虚弱な高齢者に対して単に支えられる側として支援を受けるのみでなく、支える側に回れるよう支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出すよう支援することが大切です。加齢に伴う心身機能の低下を「もう年だから」と安易に諦めるのではなく、幅広い年齢層や状態像の高齢者が社会参加できるよう固定観念にとらわれない発想で多くの方の社会参加を促進できる方法を考えていくことが求められています。

d)高齢者のニーズ把握の方法

効果的な介護予防に関する取組を実施していくためには、一人ひとりの高齢者のみならず、その地域全体の高齢者の課題を常に認識している必要があります。

そのためには、総合的に地域の課題や特徴等の実態を把握し、地域課題の分析を行うことが重要です。

e)地域の实情に応じた介護予防の展開が地域づくりの鍵となる

地域診断・地域マネジメントを行うことで、地域の实情に応じたサービスや事業、通いの場の創出につながる根拠が生まれ、地域づくりへと発展していくものです。地域包括支援センターは、担当する圏域のニーズをキャッチし、介護予防に資するどのような取組が必要かは市町村および関係者や関係機関等に対し、意見・提案していくことも重要です。

f)潜在的対象者の把握と介護予防事業への参加の勧奨

できるだけ早期に介護予防の取組を必要としている潜在的ニーズの保有者と出会い、必要なサービスや事業、地域の通いの場、セルフケア等への実践につながるよう、生活機能の維持・向上に向けた取組を実践できる環境整備が重要です。

そのためには、介護予防の効果について、地域の核となる関係団体や医療・介護・福祉関係者等を含め、広く住民が知る機会を意図的に増やしていくことが必要となります。

そうした地道な取組を重ねることにより、潜在的対象者の把握がスムーズになり、適切な時期に介護予防への参加を促すことができるようになります。

第2章 南魚沼市における健康課題と介護予防の方向性

1. 南魚沼市の介護予防の取組の背景

南魚沼市は介護保険制度開始以前から、地域づくり活動に立脚した健康づくりと介護予防にとりくみ、そこから高齢者サロンや筋力づくり教室といった、住民同士で支え合う介護予防も盛んに行われてきました。そして、健康な高齢者が増えたという変化があります。

これからは、いわゆる支え手の人口が減って行く時代になっていくことで、高齢者のみならずできる能力を生かして支え合う地域共生社会の実現をめざす取組とともに、介護予防に取組んでいくことが求められていると捉えています。

また、地域医療、保健医療福祉の統合、住民による健康な地域づくり活動などに地道に取り組んできた歴史があります。現在、南魚沼市の地域づくりの一例として地域づくり協議会という特徴的な自治活動があり、市内旧3町地域に4か所ずつ計12か所に設置されています。健康づくり、介護予防、認知症問題、交通弱者問題、子育てなど、縦割りになりがちな課題を、生活を分断せずに束ねることが可能な仕組みがあり、健康づくり、防災等をはじめとする様々な独自の活動を展開しています。地域づくり協議会の存在は、住民組織が本当に機能していくためのプラットフォーム（活動基盤）になり得る強みであると考えます。

地域包括支援センターは、地域づくり活動として、医療・介護関係者、介護の経験者等と検討を重ね、介護について広く知ってもらうために、**図表 2「介護期あんしんガイド」**を作成しました。このガイドは、介護をする側と介護を受ける側の両方の立場で構成されていて、介護で揺れ動く思いなどについて本人を取り巻く心構えのありように着目しています。日頃の介護予防ケアマネジメントの参考になると思います。

2. 南魚沼市における要介護認定者の分析と介護予防の方向性

南魚沼市における介護予防ケアマネジメントの在り方を確実なものにするためには、要介護認定者全体に関連する状況を知る必要があります。

要介護認定の新規申請者の状況について、平成 29 年度～令和 2 年度分（一部、令和 3 年度分含む）の申請件数・診断名*などを分析してみると以下の状況でした。（**図表 3**）

- ①申請者数は、大和地域・六日町地域・塩沢地域の 3 つの地域ごとに年齢別にみると、どの地域でも 85～89 歳の区分が多い。次は 80～84 歳の区分が多い。
- ②主治医意見書における診断名を男女別・年齢区分別にみると、65～69 歳では、男女とも悪性新生物が最も多く、女性は関節疾患、認知症、骨折と続き、男性は脳血管疾患、認知症が続く。70 歳以降では、女性は認知症と関節疾患の割合が高く、男性は認知症、脳血管疾患、悪性新生物の割合が高くなる。80～89 歳は 70～79 歳とほぼ同じ傾向だが女性の骨折の割合が増える。また、40～64 歳の年齢区分では、脳血管疾患が 50%を占め、60～69 歳でもこの疾患が高い割合である。以降の年齢では、認知症の割合が増加していく。
- ③認定区分別に医師意見書の診断名をみると、要支援 1 は関節疾患が 23%を占め、要支援 2 は要支援 1 と大きく変わらないが骨折の割合の増加が目立つ。要介護 1 では、認知症が圧倒的に多くを占める。要介護 2 では認知症が最も多い。要介護 3・4・5 になるほど脳血管疾患の割合が増加する。また要介護 3・4 では、骨折と悪性新生物の割合が増加する。
- ④平成 29 年度～令和 3 年度の 40～64 歳における診断名は脳血管疾患が 50%を占める。

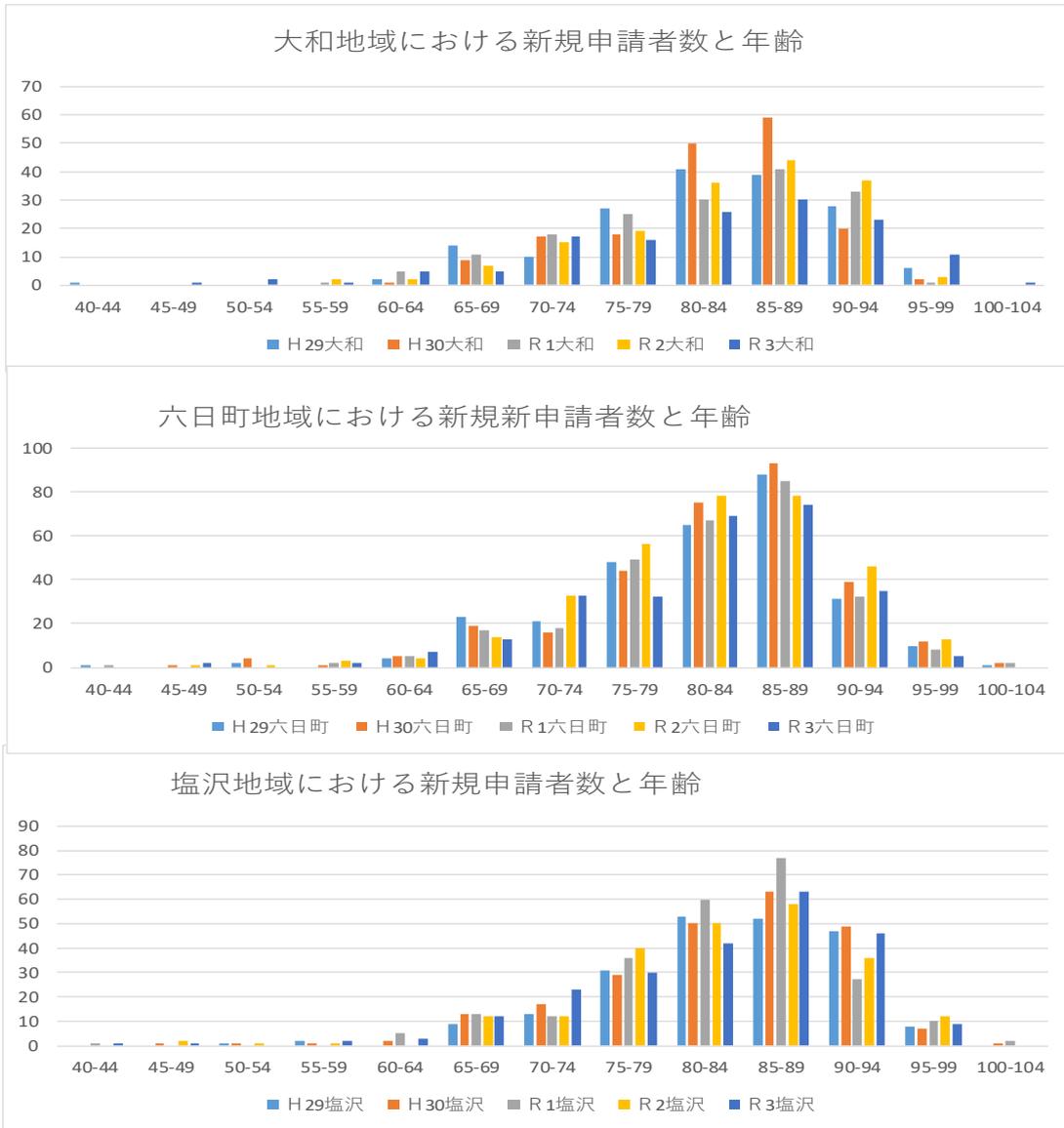
以上のことから、70～79 歳の区分から認知症の割合が増加することを踏まえると、どの年代も介護予防を複合的にまんべんなく取り組み、認知症の重症化防止に努めることが重要と言えます。また、40～64 歳の認定に至る疾患は圧倒的に脳血管疾患が多く、このことは、認知症の増加にも影響するため、当市における健康づくりと介護予防を一体的に実施する方向性は、若い年代のうちからの血管を健やかに保つ健康づくりが重要であると言えます。

（*ここでの診断名は、医師意見書の“診断名 1”である。）

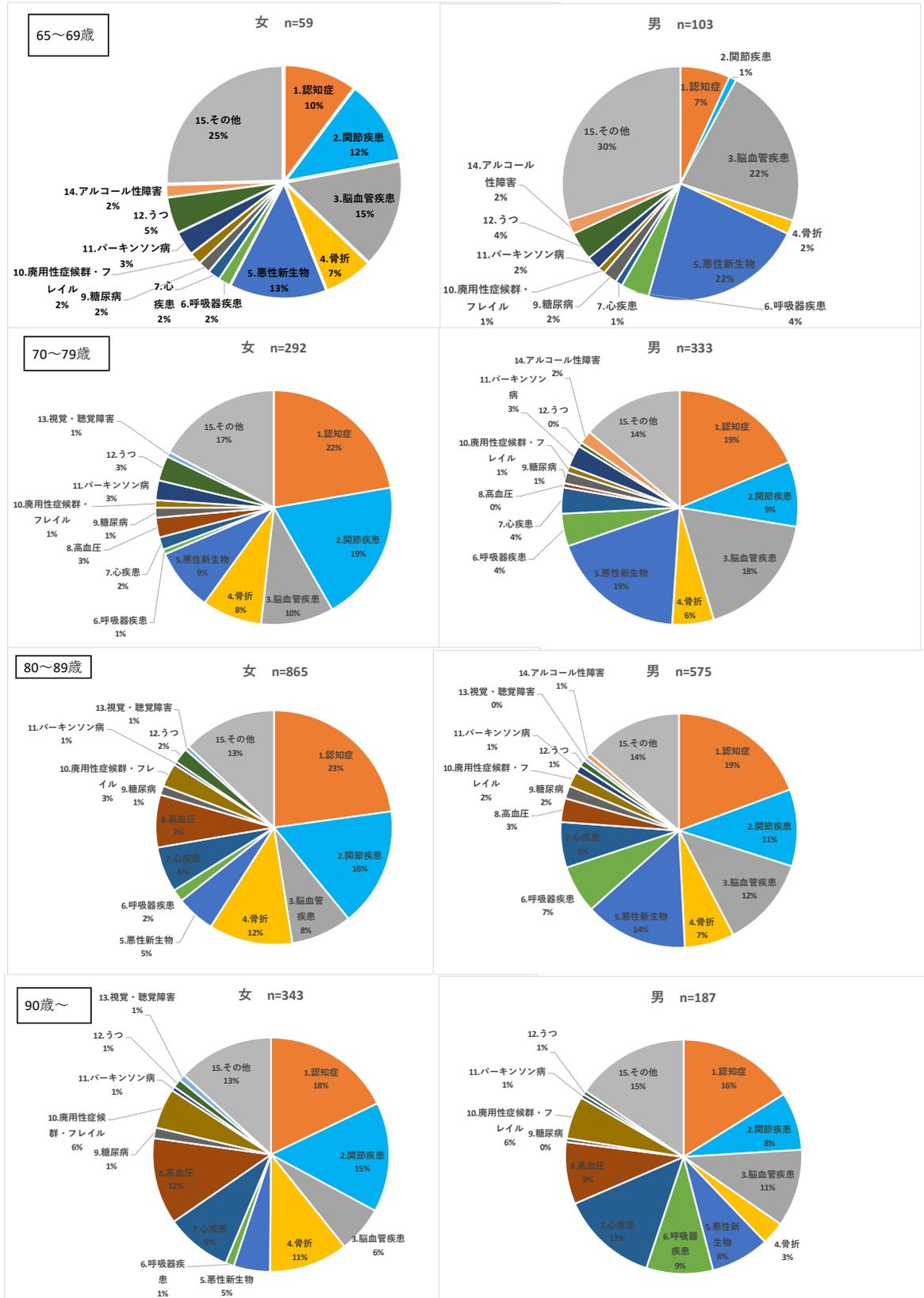
図表3 要介護認定の新規申請者の状況グラフ

要介護認定の新規申請者の状況

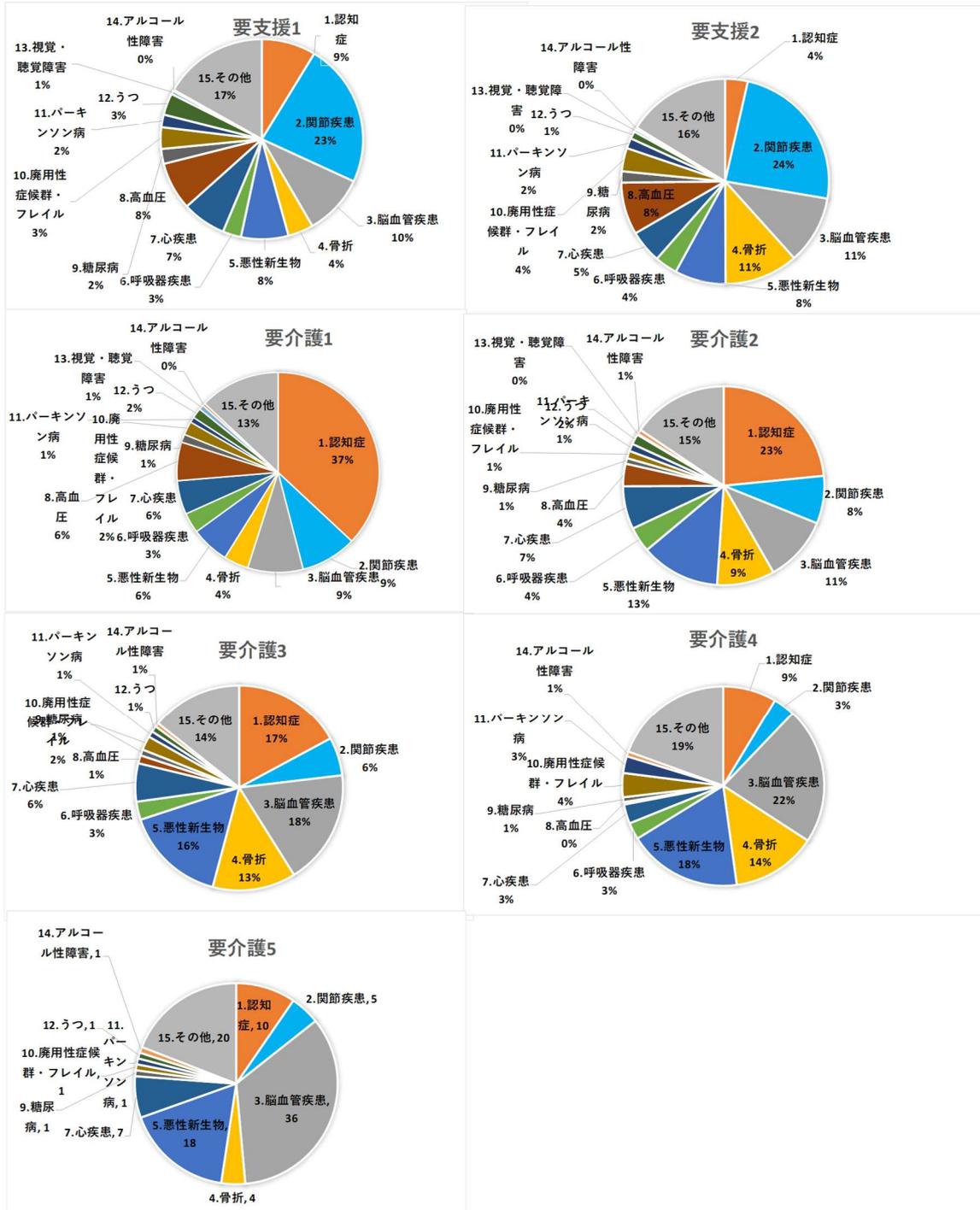
1. 3地域別の申請の状況(平成29年度～令和3年度)



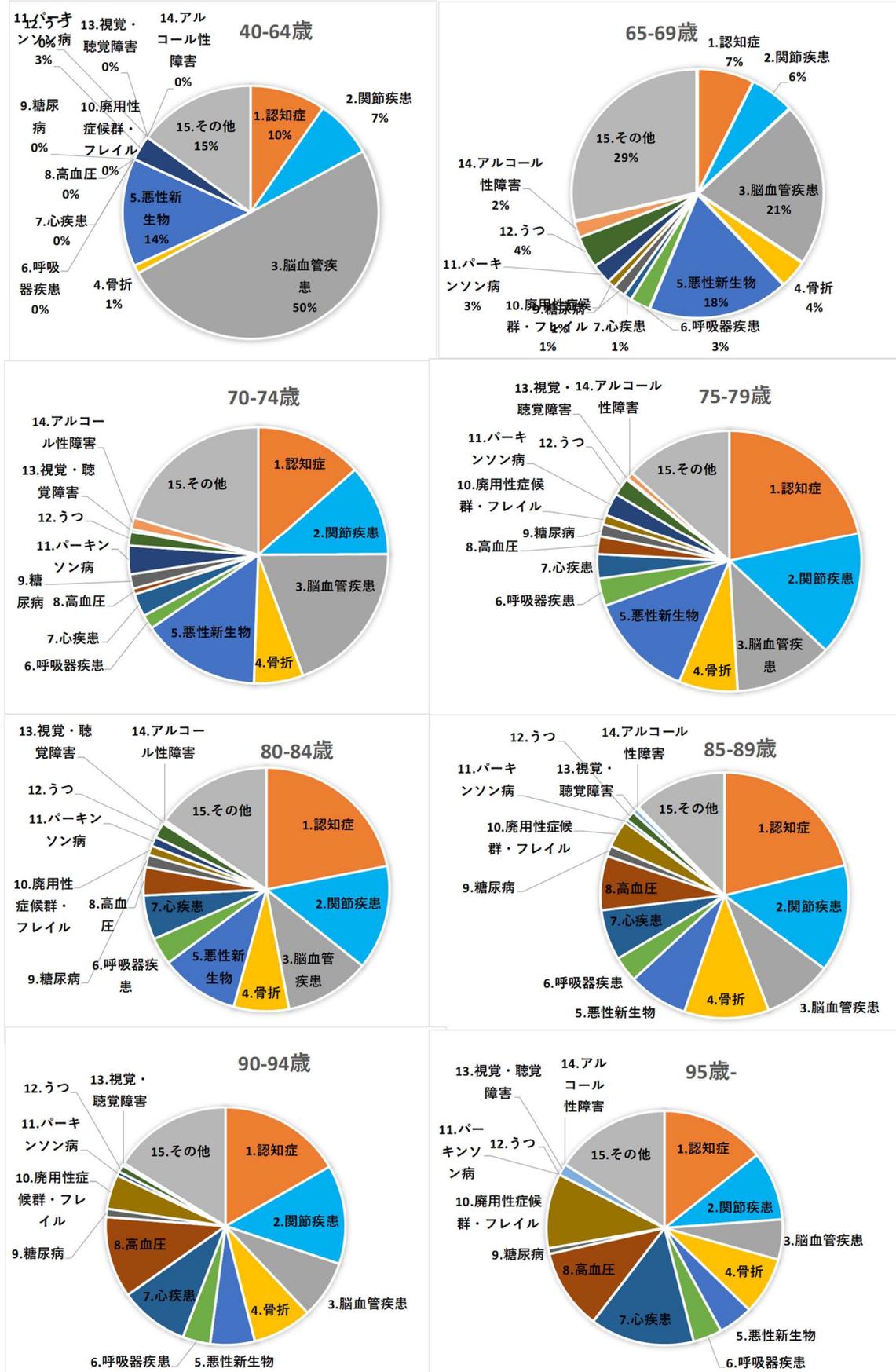
2. 医師意見書の診断名1の割合(男女別・年齢区分別 平成29年度～令和2年度)



3. 医師意見書の診断名1の割合(認定区分別 平成29年度～令和2年度)



4. 医師意見書の診断名1の割合(年齢区分別 平成29年度～令和3年度)



3. 高齢者の保健事業(健康づくり)と介護予防の一体的な実施

高齢者の自立支援をめざすには、高齢になる前からの健康づくりと介護予防が連続した一体的な取組が必要です。南魚沼市では、健康づくり政策部署である保健課、国保・後期高齢者医療保険を担当する市民課、介護保険課の3つの部署とともに、高齢者をとりまく地域の健康課題について整理・分析を行い、高齢者の健康づくりと介護予防の取組の方向性を下記のように表わしました。

<地域の健康課題の整理・分析>

- ・後期高齢者医療保険における、総医療費、一人当たり医療費はともに年々増加傾向にある。後期高齢者医療の被保険者の約7割が生活習慣病に罹患しており、特に高血圧の割合が高く増加傾向であることから、生活習慣病の重症化予防が重要である。
- ・住民健診の状況を見ると、新潟県平均および県内の人口同規模の市町村と比較すると、住民健診受診率が低く、県平均より健康状態が不明なものの割合が多く、血圧が受診勧奨判定値にある者の割合、また、CKD（慢性腎臓病）のリスクが高い者が年々増加傾向にある。
- ・人工透析をしている者のうち、糖尿病の割合より高血圧の割合が高く、高血圧の重症化予防が重要である。また住民健診受診者のうち、医療未受診で受診勧奨判定値にある者の割合が高い。
- ・後期高齢者質問票（住民健診時の問診票）をみると、運動習慣に関する回答が、国平均・県平均・県内の人口同規模市町村に比べ低い。

<取組の方向性>

- ・ハイリスクアプローチとしては、後期高齢者のCKD重症化予防に取り組む。また、健康状態未把握者に対する実態把握を行い、必要な医療サービスにつなげる。
- ・ポピュレーションアプローチとしては、通いの場においてフレイル予防の取組を行い、その後、自主的な取組につながることを目指す。

第3章 介護予防・日常生活支援総合事業

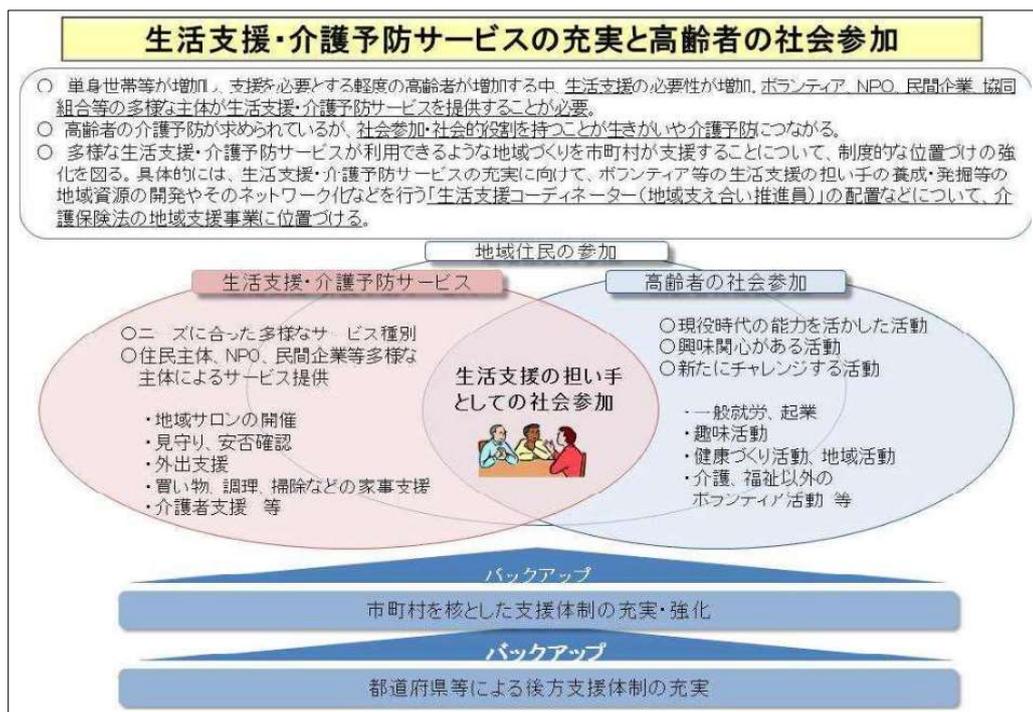
1. 介護予防・日常生活支援総合事業の全体像

1-1. 介護予防・日常生活支援総合事業が生まれた背景

社会構造が大きく変化して少子高齢化が進み、ニーズや暮らし方も大きく変化していく中で、高齢者を支えられる人ととらえるのではなく、高齢者が社会参加し活動を続けられる地域をつくることで、支援の担い手にもなり得ることが重要です。このような社会参加は高齢者自身の介護予防にもつながります。

図表4は、総合事業の考え方を示したもので、ニーズに応じた多様な生活支援・介護予防サービスを多様な主体が提供する地域を構築する必要があることを表しています。高齢者の社会参加を促進することが自身の介護予防につながり、その一部が生活支援の担い手になり得ることを表しています。

図表 4



総合事業においては、介護予防を推進するだけでなく、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくりの視点も重要です。総合事業に関する総則的な事項は以下のとおりです。

(1) 総合事業の主旨

総合事業は、市町村が中心となって、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で、地域の支え合い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ことを目指すものです。

(2) 背景・基本的考え方

イ 多様な生活支援の充実

・住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進め、併せてサービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

・高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

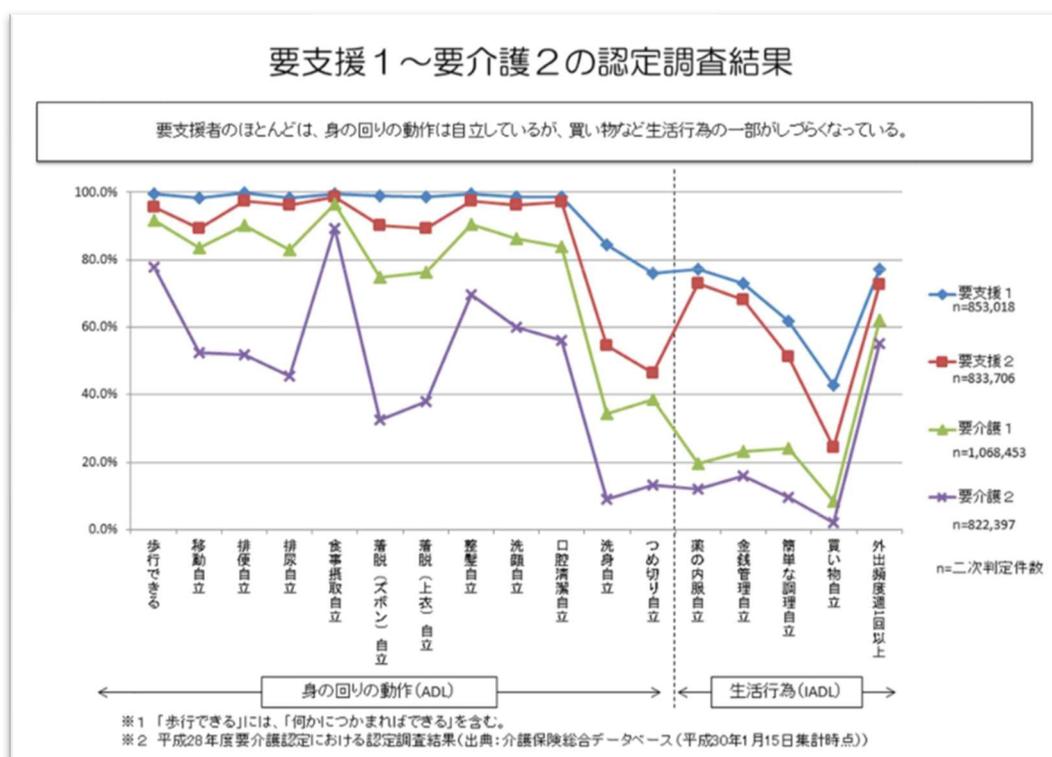
・別の調査では、安否確認の声かけ、話し相手や相談相手、ちょっとした買い物やゴミ出しなどの支援を実施したいという高齢者が 80%を超えているというものもあり、地域における支え合いの力は可能性がある。

ハ 介護予防の推進

・生活機能が低下した高齢者に対しては、「心身機能」「活動」「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はなく、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みを支援して、生活の質の向上を目指すものである。

- ・一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランスよく維持するための活動や社会参加を促す取り組みが必ずしも十分でなかったという課題があった。
- ・生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現をめざす。
- ・要支援者は、ADLは自立しているがIADLの一部が行いにくくなっているものが多いが、日常生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立することが期待できる。
- ・要支援者を含め私たちの生活は、ADLやIADL、社会との交流などさまざまな生活行為の連続で成り立っている。このような当たり前の生活が、病気による体調の不良や、加齢に伴う視力や張力の低下などをきっかけに生活がうまくできなくなり、その結果生活意欲が低下し、閉じこもり状態に至ることもある。また、親しい友人や配偶者との死別をきっかけに、孤独感から意欲が低下したり、一人暮らし高齢者が家族との同居をきっかけに、家事などの家庭内の役割を喪失し、できないとふさぎ込むこともある。
- ・高齢者自身が役割や生きがいを持って生活できると思うことができるよう、地域の力を借りながら新たな仲間づくりや楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあて、生活の意欲を高める働きかけが求められる。

図表 5 要支援者の状態



二 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

- ・地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によ

るケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

- ・ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

へ 共生社会の推進

- ・地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人とのかかわりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障がい者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要である。

1-2.介護予防・日常生活支援事業(総合事業)の構成

総合事業は、以下の2つの事業で構成されています。

- ①介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)(介護保険法第115条の45条第1項第1号)
- ②一般介護予防事業(介護保険法第115条の45条第1項第2号)

この2つの事業を対象者のニーズから整理すると**図表12**のように、「**本人の活動を促す事業**」と「**生活上の問題の解決を促す事業**」に分類されます。総合事業を理解するヒントは、“総合事業は「給付」ではなく、地域の課題を解決する「事業」であり、多様な主体と協働しサービスをつくっていくこと”というイメージです(**図表9**も参照)。

1-3.介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)の概要

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等に対して、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及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人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できるように支援することを目的として実施します。また、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、旧介護予防訪問介護等により提供されていた専門的なニーズ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、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し、地域の支え合いの体制づくりを推進することが目的です。

この事業は**図表6**のように4つのサービスにより構成されます。南魚沼市で実際にどのような事業を実施しているのかを **3.南魚沼の介護予防・日常生活支援事業(総合事業)** で確認してください。

図表6 介護予防・生活支援サービス事業の内容

事業	内容
訪問型サービス(第1号訪問事業) (法第115条の45台1項第1号イ)	居宅要支援被保険者に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス(第1号通所事業) (同号ロ)	居宅要支援被保険者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)(同号ハ)	居宅要支援被保険者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)(同号ニ)	居宅要支援被保険者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

①介護予防・生活支援サービス事業の対象者

予防給付で提供されるサービス（介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションや介護予防福祉用具貸与など）を利用する場合には、要支援認定を経て、要支援1・2と認定されることが必要です。

介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合においては、基本チェックリスト(様式1)により判断することができるため、要支援認定が省略され、事業対象者として迅速なサービス利用が可能です。

令和3年度の介護保険制度改正で、補助(助成)により実施されるサービス(住民主体のサービス)については、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能にする観点から、介護給付による居宅介護サービス等を受ける前から継続的に利用する要介護者も対象になりました。

図表7 介護予防ケアマネジメントで利用可能なサービス・事業

	要支援1・2	事業対象者	一般高齢者	継続利用要介護者
①予防給付	○	×	×	×
②介護予防・生活支援サービス事業	○	○	×	○(一部、補助(助成)事業のみ)
③一般介護予防事業	○	○	○	○

②事業対象者決定までの流れ(図表9)

(A) 市役所の窓口での対応

相談者の主訴を聞き取り、明らかに要介護認定申請が必要か、それとも一般の介護予防事業での対応が必要か、あるいは、サービス事業の対象者かの判断をします。明らかに要介護認定が必要な人の場合や認定を受けておいた方が望ましいと判断した場合には、要介護認定の申請を案内します。

一方、要介護認定の必要性が低いと判断したが、サービス事業等の利用が望ましいののではないと思われる場合には、相談者の同意を得て基本チェックリスト(様式1)を実施し、サービス事業対象者かを判断します。その場合、明らかに心身機能に低下が認められず、一般介護予防事業への参加が可能な場合は、一般介護予防事業の案内をします。

(B) 介護予防ケアマネジメントの開始と、要介護認定の必要性の再確認

基本チェックリストを実施し、「介護予防ケアマネジメント」を通して介護予防・生活支援サービス事業の利用を開始した後、住宅改修が必要、福祉用具貸与が必要といったニーズが出てきた場合等は、あらためて要介護認定の申請を案内します。

このほか、基本チェックリストの回答で、事業対象者の候補者選定にも該当しない場合については、一般介護予防事業の参加や、事業の担い手になっていただくことを勧める場合もあります。

③基本チェックリストの活用

基本チェックリストは、市や地域包括支援センターに相談があった方に対して、支援が必要かどうかを簡便に判断するために用いられるものです。相談窓口において必ずしも要介護認定を受けなくても、スムーズに必要なサービスが利用できるよう本人の状況を確認するツールとして活用します。

1-4.一般介護予防事業

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーションに関する専門的知見を有する者を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、介護予防を推進することを目的としています。

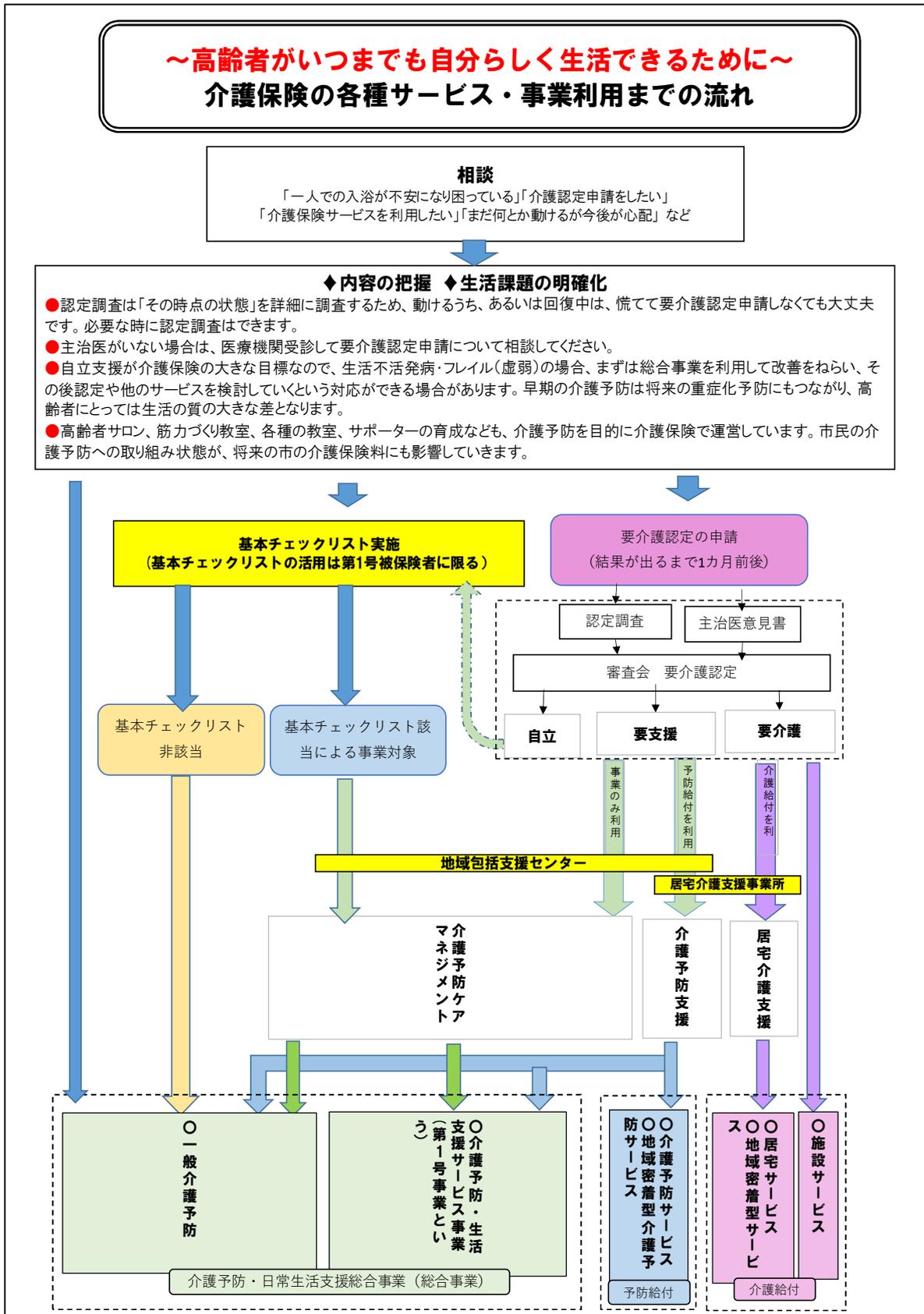
一般介護予防事業は、介護予防・生活支援サービス事業と連動しながら組み立てられます。事業の対象者はすべて65歳以上の高齢者です。この事業は、**図表8**のように5つの事業で構成されていますが、地域の実情に応じた事業の実施をする必要があるため、変化していくことが多い事業です。他にも、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取り組みも踏まえ、対応していくことが求められます。

南魚沼市で実際にどのような事業を実施しているのかを、**2.南魚沼市の介護予防・日常生活支援事業（総合事業）**で確認してください。

図表8 一般介護予防事業の内容

事業	内容
介護予防把握事業	地域実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を必要とする者を把握し、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	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
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の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

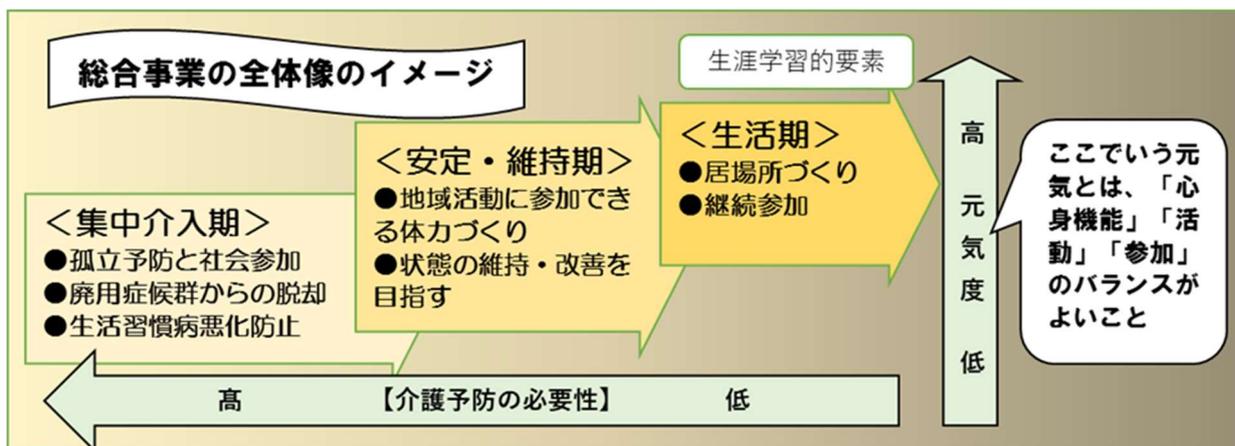
図表 9 事業対象者決定までの流れ



2. 南魚沼市の介護予防・日常生活支援事業(総合事業)

南魚沼市は、平成 27 年度から通所型サービス A を開始し、実施事業所を増やしてきました。訪問型サービス C、訪問型サービス B の創出も行ってきました。また、早い年齢から介護予防に取り組む元気な高齢者を増やすために、一般介護予防事業の充実に力を入れています。

図表 10 南魚沼市の総合事業の全体像のイメージ



図表 11 南魚沼市の介護予防・日常生活支援事業(総合事業)の概要 令和 5 年 1 月現在

地域支援事業の分類	事業のねらい	事業名	委託状況等		
介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型サービス(第1号訪問事業)	従前相当	訪問介護事業所		
		住民主体による支援	訪問型サービスB シルバー人材センターに委託		
		短期集中予防サービス	訪問型サービスC(心の健康訪問) 五日町病院、訪問看護ステーションに委託 訪問型サービスC(お口の健康訪問) 歯科衛生士担当		
	通所型サービス(第1号通所支援)	従前相当	通所介護相当 通所介護事業所		
		緩和した基準サービス	通所型サービスA(筋力アップ教室) 萌気園通所リハビリセンター浦佐に委託 きたえるーむ南魚沼に委託 まちトレ南魚沼に委託 みなみ園デイサービスセンターに委託 総合施設ゆきつばきに委託 心と体の機能回復センターまこトレに委託		
		その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)	栄養改善を目的とした配食 食の自立支援事業	弁当配食業者に委託	
		介護予防普及啓発事業	地域の実情に応じて	お口の健康訪問・教室	
			効果的かつ効率的に実施する教室等の介護予防の取組み	筋力づくり教室 水中運動教室 まめでいきいき倶楽部	筋力づくりサポーターの会に委託 ディスポートに委託
	地域介護予防活動支援事業		誰もが一緒に参加できる介護予防の地域展開	筋力づくりサポーター養成講座 高齢者ふれあいサロン 出張講座 介護ボランティア制度	社会福祉協議会に委託 社会福祉協議会に委託

図表 12 ニーズから見た南魚沼市の総合事業等一覧(介護保険外事業含む)*太字が総合事業

本人のニーズ	事業の名称	集中介入期	安定・維持期	生活期	ねらい	実施期間など	送迎	地域支援事業の種別	委託先等	ケアマネジメント類型
本人の活動を促す事業 ↑ 高 心身機能・活動・参加 ↓ 低	水中運動教室	○	○	○	・しっかり有酸素運動で生活習慣病悪化防止 ・地域参加の準備として体力づくり	全10回コース		一般介護予防事業	ディスポート	
	筋力づくり教室		○	○	・いつでもどこでもだれでも手軽に筋力づくり体操	地域で約80か所、月1~4回		一般介護予防事業	筋力づくりサポーターの会	
	ふれあい・いきいきサロン		○	○	・地域のお茶の間サロン ・ボランティアが支え	地域の状況によるが、ほぼ通年月1回		一般介護予防事業	社会福祉協議会	
	認知症カフェ		○	○	・認知症の人や家族と、地域や専門家の相互交流と情報交換	地域の介護事業所等でまたは出張開催		包括的支援事業		
	お口の健康訪問・教室	○	○	○	・すべての健康づくりはお口からスタート	個別ケア、集団ケア		一般介護予防事業		
	まめでいきいき倶楽部		○		・体と頭の機能維持	大和・六日町・塩沢 6か月間月1回		一般介護予防事業		
	筋力アップ教室(通所型A)	○	○	○	・専門の指導者による機能回復をめざす	介護予防サービス計画書による目標達成期間	○	介護予防・生活支援サービス事業	通所介護事業所	ケアマネジメントA
	介護予防通所介護相当サービス		○	○	・通所介護サービス	介護予防サービス計画書による目標達成期間	○	介護予防・生活支援サービス事業	通所介護事業所	ケアマネジメントA
生活上の問題の解決を促す事業 ↑ 高 元気度 ↓ 低	シルバー人材	○	○	○				介護保険外	シルバー人材センター	
	なじよもねっと	○	○	○	・低額有償ボランティアによる困りごと支援			介護保険外	社会福祉協議会	
	訪問型サービスB	○	○	○	・掃除、買い物、調理、ゴミ出し等の生活援助	週2回 1時間		介護予防・生活支援サービス事業	シルバー人材センター	
	食の自立支援事業	○	○	○	・調理や買い物が困難な一人暮らしや高齢者のみ世帯に、低栄養改善のために昼食配達	月~金・昼食上限5回		介護予防・生活支援サービス事業		
	介護予防訪問介護相当サービス	○	○	○	・身体介護サービス	介護予防サービス計画書による目標達成期間		介護予防・生活支援サービス事業		ケアマネジメントA
	お口の健康訪問(訪問型C)	○	○	○	・口腔機能が低下している人に歯科衛生士が訪問指導	全4回		介護予防・生活支援サービス事業		
	こころの健康訪問(訪問型C)	○	○	○	・不安や気持ちの落ち込みの改善をめざす ・思考の整理	6か月間		介護予防・生活支援サービス事業	・訪問看護ステーション ・五日町病院	

※各事業については、「地域支援事業利用マニュアル」を参照してください。

第4章 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

1. アセスメントの基本となるポイント

a) ICF(国際生活機能分類)の視点

高齢者の日常生活は、ADLやIADL、社会との交流など、さまざまな生活行為の関係性のうえに成り立っています。そうした関連性に配慮しながら、自立を促すには、個々の特性を理解したうえで、課題を整理し、「活動や参加」につなげられるように、対象者の健康状態、「心身機能・構造・活動・参加」といった生活機能に加え、物的環境（支援機器や住宅環境等）、人的資源（家族や支援者、社会の意識・態度等）、制度的環境（法制度や公的サービス等）といった環境因子、性や年齢、民族、ライフスタイルといった個人因子等を相対的に情報収集し、課題を分析することが必要です。

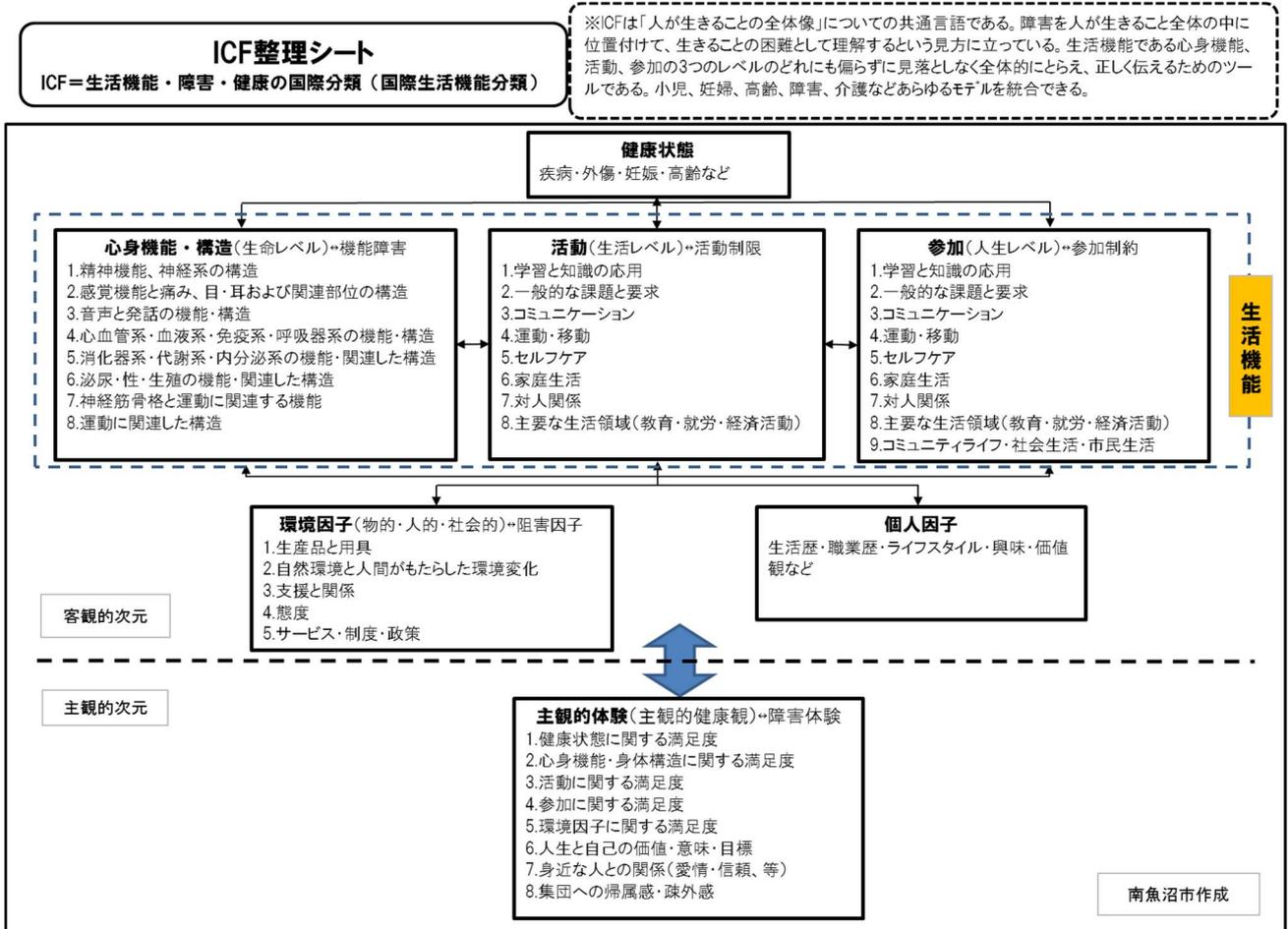
それらを分類したものがICF（国際生活機能分類）であり、さまざまな要因を統合して考えていくプロセスにおいて、大変理解しやすいツールです。人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の動きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の、3つの構成要素から成っています。

ICFは「人が生きることの全体像」についての国際的な共通言語です。障害を人が生きること全体の中に位置付けて、生きることの困難として理解するという見方に立っています。生活機能である心身機能、活動、参加の3つのレベルのどれにも偏らずに見落としなく全体的にとらえ、正しく伝えるためのツールであり、高齢者のみならず、小児、妊婦、認知症、障害、などあらゆるモデルを統合できるのです。

介護予防ケアマネジメントの展開においては、こうしたICFの構成要素の視点からアセスメントを行うことが重要であり、南魚沼市では理解を促すために**図表13「ICF整理シート」**を作成しました。このICFの思考を基礎にした**様式5「南魚沼市版題整理総括表」**を用いることで、生活全般について総合的にアセスメントすることができます。

他にも、**様式3「興味・関心チェックシート」**や、**様式4「南魚沼市 簡易口腔アセスメント」**なども活用することで、ICFの理論につなげていき、個別性の高いケアマネジメントを実施することができます。なお、これらの様式については、状況により変更する場合があります。

図表 13 ICF 整理シート



b)健康管理と疾病管理の必要性

高齢者は、加齢に伴い様々な機能が低下していきませんが、ライフスタイルや健康管理の方法などによって大きな差を生じます。

したがって、要支援や要介護状態になることをできる限り防ぐには、高齢者自身が疾病管理や健康の保持増進に向けた取組に関心を高く持ち、生活機能の低下を招かない日々の暮らし方はどのようなものかを具体的にイメージできることも大切です。そうしたイメージが抱けない高齢者については、なぜそのイメージがもてないかについてその背景・要因を探り、現状把握から課題の整理、具体的な目標設定から取り組む内容まで個々人に応じた支援ができるよう、ケアマネジメントに関する技量を高めておく必要があります。

介護予防ケアマネジメントを実施するうえで、生活習慣病の悪化防止や新たな疾病の発生子防のために必要なことの一例として、以下があげられます。

- ①適切な食生活を送ること（タンパク質摂取不足等による低栄養等の課題はないか）
- ②適度な運動を行うこと（散歩や自宅内外での軽体操の習慣と家事動作を含めた1日の活動量）
- ③適切な水分摂取を行うこと（脱水傾向の有無、1日に必要な水分摂取量の確保の有無）
- ④適切な排泄が行われていること（①～③との関連性を考慮、日中・夜間の排泄状況）
- ⑤適度な睡眠を得ること（睡眠状態の確認、不眠傾向の有無、睡眠薬の使用状況等）

⑥現病歴に関する病識を持つこと（現病歴に関する認識、内服・通院等の状況等）

⑦疾病管理を行うこと（疾病の悪化防止のために取り組むべき事項の実効性等）

以上のようなことについて確認し、必要に応じて主治医等とも連携し、心身機能の悪化防止に努めていくよう助言していくことも重要です。

c)適切なケアマネジメント手法の取り込み

健康寿命が延び、地域の高齢者の状況や生活のありようが多様化し、ケアマネジメントにおいて取り扱う社会資源の範囲がより広がっていて、幅広く情報収集・分析しケアマネジメントを推進していくことが求められます。同時に、たとえ初任段階であっても、利用者が必要とするケアマネジメントを一定以上の水準で提供することも求められます。

介護保険制度設立 20 年が経ち、ケアマネジメントの質のばらつきが大きくなっているという指摘もあり、介護支援専門員が一人で全ての領域の知見を身につけるのは現実的ではありません。そこで、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見を体系化した※「**適切なケアマネジメント手法**」の調査研究が進められました。この手法では、根拠に基づいた仮説を持ち、想定される支援内容を体系化しています。どの利用者に対しても、一定以上の水準のケアマネジメントを提要できるようになり、多職種と連携する際の共通言語として活用することが期待されています。

経験豊富な介護支援専門員は、網羅的な情報収集の前に、インタビューで得られた情報から「どのような支援が必要そうか」、「何を詳しく確認すべきか」の“あたり”をつけています。これらの「～かも？」は単なる思いつきではなく、知識や技術、長年の経験に裏付けられた専門職として効率よく情報収集と整理を行っている意味のある“あたり”です。「適切なケアマネジメント手法」により、必要性が想定される支援（仮説）の引き出しを増やし、“あたり”の精度を高められるようにするための基本的知識の体系として活用していくことが期待されます。

「適切なケアマネジメント手法」は、「**基本ケア**」と「**疾患別ケア**」の 2 階建て構造になっています。「基本ケア」は、本人の生活の継続を支援する基盤となる支援内容であり、高齢者の生理機能を踏まえたケアです。本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメントやその前提となる多職種との情報共有において必要な視点と想定される支援内容が整理されています。

「疾患別ケア」は、疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容が整理されています。疾患によっては期別（退院後 3 カ月、退院後 4 カ月目以降など）の視点が盛り込まれています。こうした疾患では、時期によって本人の状況やその時に必要な支援内容、医療との連携における留意点が大きく変わることから、タイミングを見計らった支援内容の見直しが求められます。「疾患別ケア」としては、現在、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防の 5 つが体系化されています。

疾患に着目している理由は、どのような支援を検討しておくかと将来の再発や重度化のリスクを小さくすることができるかという知見が、疾患ごとにエビデンスがありすでに整理されていて、多職種協働の必要性が大きいからです。アセスメントに基づく生活の将来予測を行い、リスクを見極め、先回りしてケアを調整することができ、結果として本人や家族の QOL の維持・向上を図りやすくなります。

適切なケアマネジメント手法では、想定される支援を幅広く押さえて構造化されていま

すが、そのまま全てケアプランに入るわけではない点の注意が必要です。どのケアが必要かの判断は一人ひとりの状況で異なり、本人の生活を総合的に捉え、個別化してケアマネジメントを推進することが重要です。

※「適切なケアマネジメント手法」については、介護保険最新情報 Vol.1079 令和4年5月27日厚生労働省老健局を確認してください。

2. 介護予防ケアマネジメントの対象サービス・事業について

図表 14 介護予防ケアマネジメントの対象サービス・事業

<p><予防給付></p> <ul style="list-style-type: none">○介護予防サービス 介護予防訪問入浴介護/介護予防訪問看護/介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅介護療養管理指導/介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護/介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入所生活介護/介護予防福祉用具貸与/特定介護予防福祉用具販売○地域密着型介護予防サービス 介護予防認知症対応型通所介護/介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 <p><地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)></p> <ul style="list-style-type: none">○介護予防・生活支援サービス事業 訪問型サービス(第1号訪問事業)/通所型サービス(第1号通所事業)/その他生活支援サービス(第1号生活支援事業)○一般介護予防事業 介護予防把握事業/介護予防普及啓発事業/地域介護予防活動支援事業 一般介護予防事業評価事業/地域リハビリテーション活動支援事業

*総合事業については、市町村ごとにサービスの種類や内容・単価が一部異なります。

3. 介護予防ケアマネジメントの概要

a)介護予防ケアマネジメントの2つの種類

要支援認定者が、予防給付によるサービスのみを利用する場合と、予防給付によるサービスと総合事業によるサービスの両方を利用する場合に、『**介護予防支援**』を実施します。

ただし、要支援認定者であっても、介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合や、介護予防・生活支援サービス事業対象者(以下、事業対象者)でかつ総合事業のみを利用する場合には、『**介護予防ケアマネジメント**』を実施します。

b)介護予防ケアマネジメントの実施体制

『介護予防支援』及び『介護予防ケアマネジメント』は、利用者が居住する地域包括支援センターが実施することが基本ですが、指定居宅介護支援事業所に対して委託することが可能です。

c)介護予防ケアマネジメントのプロセスの確認

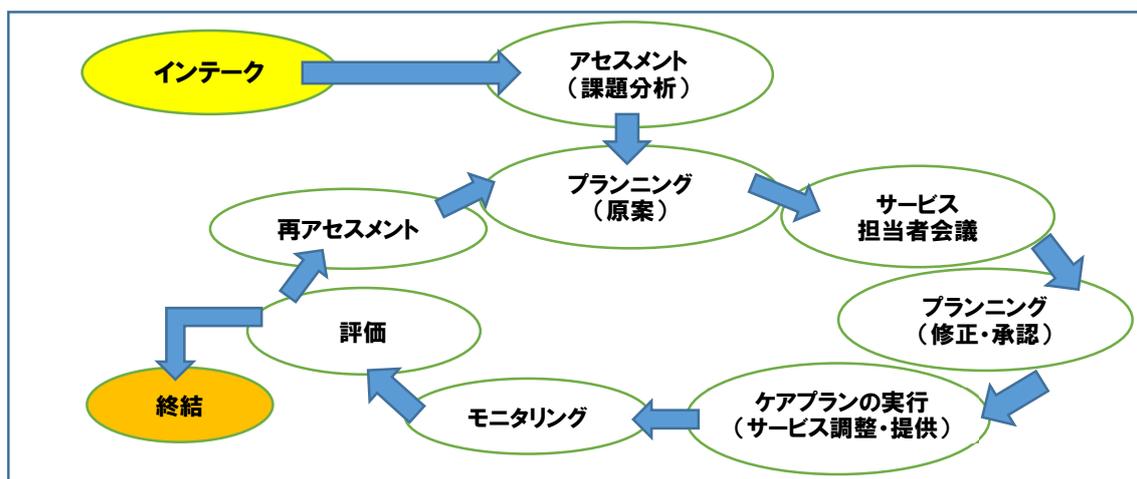
ケアマネジメントの基本的な概念を図表15のようにおさえます。『介護予防支援』も『介護予防ケアマネジメント』も基本的な考え方や流れは同じです。

インタビューから、アセスメント(課題分析)、プランニング(原案)作成を行い、サービス担当者会議を開き、関与する人々の意見を聴取し、プランニングの修正や承認を得て、ケアプランの実行に移ることで初めてサービスが提供できる体制が整います。サービス提供後も心身

の状態像の変化に応じて適宜サービスの見直しを行います。また、サービスの終結や介護給付への移行等もあり得ますので、適切にモニタリングを行いながらサービス調整等に努める必要があります。

居宅介護支援では月に一回、必ず居宅において実施するモニタリングが義務付けられていますが、介護予防支援においては、居宅においてのモニタリングは3か月に一度の規定となっています。訪問しない月であっても、月に1回は電話やファックス、事業所内での面談等を通じて状況を把握し、介護予防経過記録にモニタリング結果を記録しておくことが必要です。

図表 15 介護予防ケアマネジメントのプロセスの確認



d)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

1: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)

- ・ サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・ サービス事業のうち「訪問型サービスC」、「通所型サービスC」を利用する場合
- ・ その他、地域包括支援センターが必要と判断した場合

これらについては、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少なくとも3か月ごとに行い、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です。

2: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)

- ・ 1 (介護予防ケアマネジメントA) または 3 (介護予防ケアマネジメントC) 以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 (指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)

アセスメント (課題分析) からケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA) と同様ですが、利用者の状態等に応じてサービス担当者会議を省略したり、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定するなど、簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。

3: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)

- ・ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食等のその他の生活支援サービスの利用につなげる場合

利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、セルフケアマネジメントに基づき住民

主体のサービス等を利用する場合に実施します。地域包括支援センターは初回のみ、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」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらったうえで、住民主体の支援等につなげます。

その後は、定期的なモニタリング等を行いませんが、介護予防手帳などを活用し、心身の機能低下や環境変化による意識低下等、状態像の悪化を招きかねない危惧を感じた時点で、地域包括支援センターに連絡が入るよう、住民主体のサービスのリーダーや本人に連絡・報告・相談がスムーズにできる関係をつくっておくことが大切です。

※暫定プランに基づいた介護予防・生活支援サービス事業利用者における注意点

要介護者は「介護予防・生活支援サービス事業」を利用することはできません。要介護認定については、その申請日に遡り認定有効期間が開始されますので注意が必要です。

このことから、「介護予防・生活支援サービス事業」を利用していた事業対象者が要介護認定に認定された場合に、その利用した費用の全額が自己負担となることを避けるために、介護給付の利用を開始するまでの間は「介護予防・生活支援サービス事業」の利用を継続することが制度上可能になっています。

※事業対象者が要介護になった場合（厚生労働省の Q&A より）

Q：基本チェックリストによりサービス事業者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

A：要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

①要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問型サービス利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。

②事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

参考：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についての Q&A

【平成 27 年 3 月 31 日版】

②介護予防支援

予防給付における介護予防ケアマネジメントの対象は、要支援認定が必ず必要となります。総合事業における介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する対象者は、介護予防支援の対象ではありません。

※介護予防支援の提供にあたっての留意点

「指定介護支援等の事業の人員及び運営並びに指定会議予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）

第 31 条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限発揮できるように掲げる事項に留意しなければならない。

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意識を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業（法第 115 条の 45 に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第 18 条第 1 号に規定する介護給付をいう。）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

第5章 介護予防ケアマネジメントの実際

1. 相談受付と介護予防ケアマネジメント対象者の決定

図表8の流れのように、基本チェックリストまたは要支援認定により介護予防ケアマネジメントの対象者が決定します。

相談の結果、対象者の状態によっては要支援認定を受けなくても、基本チェックリストの活用で迅速に介護予防・生活支援サービス事業を利用できる場合があります。介護予防は複合的な取組が効果的であり、ICFの理論である「心身機能」「活動」「参加」の3つの構成要素から成る生活機能全体を回復することが重要であるため、様式1の基本チェックリストを活用する場合、介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）対象基準はチェックが一つ以上とします。

基本チェックリストの実施により第1号事業の対象になった場合、利用できるサービスは、図表12のように本人の活動を促す事業として通所型サービスAとします。

2. 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)対象者の有効期限

基本チェックリスト該当で第1号事業対象者になった場合の有効期限は6か月とします。

要支援認定で第1号事業対象者になった場合は、介護保険証に記載された有効期限です。

3. 基本チェックリスト該当で第1号事業(通所型サービスA)の対象者になった場合

対象者の状態に応じて基本チェックリストの回答状況は変化するため、一定期間サービス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や、一般介護予防へ移行した後など、再度基本チェックリストを実施し再アセスメントを行う必要があります。

また、対象者の希望や状況の変化があった場合、必要に応じて要支援・要介護認定を行います。

4. 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)の実際

図表16 介護予防ケアマネジメントのプロセスと手順の概要

プロセス	使用様式
1. アセスメント・課題分析	様式1.2.3.4.5.6
2. ケアプラン原案の作成	様式7
3. 地域リハビリテーション会議（必要時）	様式1.3.4.5.6.7
4. サービス担当者会議	様式7
5. ケアプランの本人同意と交付	
6. サービス・事業提供	
7. モニタリングと評価	様式9

＜1. 利用者との契約について＞

利用者と契約書類を取り交わし、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届の原本を市へ提出する。個人情報取り扱いについて同意を得る。利用者が引き続き予防給付のサービスを利用し、介護予防支援サービス計画でケアマネジメントを実施する場合は、現在の契約が有効である。なお、利用者と契約が必要なのは、ケアマネジメントAのみである。

＜2. アセスメント＞

第4節 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方を参照。

- ①基本チェックリストや利用者基本情報、各種のアセスメントシートを活用して状況を把握する。認定調査項目、主治医意見書等も活用する。
- ②利用者及び家族と面談しながら、生活機能低下の背景・原因・支援ニーズを特定し課題を分析する。

＜3. ケアプラン原案の作成＞

第5節 3.介護予防サービス・支援計画作成のポイントを参照。

- ①対象者及び家族と面接しながら、対象者にとって実現可能な「目標、具体策」を決定する。
- ②総合事業のサービスのみならず、広く社会資源の情報収集を行い、一般介護予防、インフォーマルサービスも含めて検討する。
- ②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る。

＜4. 地域リハビリテーション会議(通称:リハビリ個別ケース会議、位置付け:地域ケア個別会議)の活用＞

＜地域リハビリテーションの定義＞

「地域リハビリテーション」は、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々の機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動の全てを言う。

＜地域リハビリテーション会議の目的＞

- ①ICFの理論及び地域リハビリテーションの定義をふまえ、リハビリテーション等の専門職の助言を得て、対象者のQOL向上と、自立支援のための介護予防ケアマネジメントの質の向上を図る。通所型サービスAを利用する場合、利用開始前、中間評価、最終評価等のタイミングで必要に応じて会議を実施する。地域リハビリテーション会議を経なければ通所型サービスAを利用できないという原則はない。
- ②通所型サービスA以外の総合事業を利用する場合、①と同様に必要と考えられる対象者について実施する。単発の検討も可能である。

＜会議の構成員＞

- ①リハビリテーション等の専門職
- ②介護予防サービス・支援計画作成担当者
- ③地域包括支援センター
- ④その他必要と考えられる者

＜4. サービス担当者会議＞

＜目的＞

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- ②地域のフォーマルサービス・インフォーマルサービス等について情報共有と役割を理解する
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画長を協議する
- ④ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を理解する

＜開催時期＞

- ①ケアプラン作成時、更新申請時、区分変更時
- ②臨時の開催
 - ・ケアプラン通りの効果を果たしていないと考えられる場合
 - ・サービスや事業の利用中断がある場合
 - ・利用者の状況に変化があり、介護予防プランの変更が必要な場合

＜会議の構成員＞

- ①利用者、家族
- ②ケアマネージャー
- ③サービス事業担当者
- ④主治医
- ⑤インフォーマルサービスの提供者 など

＜協議内容＞

- ①利用者の生活状況とケアプランの内容
- ②サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ③各サービス・支援の計画作成のための二次アセスメント

＜5. モニタリング＞

＜目的＞

利用者自身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、介護予防サービス計画通りに実行できているかを把握する。モニタリングの結果を評価につなげ、ケアプランの修正や、改めてアセスメントを行うかどうかの判断材料とする。

＜モニタリングの視点＞

- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるか
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- ⑤その他、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

＜頻度＞

モニタリングは、3カ月に1回訪問を実施する。訪問しない月であっても、介護予防サービス事業所等への訪問や利用者への電話やファックス等の方法により状況を確認したモニタリングを行い、少なくとも1ヶ月に1回はその結果を記録し、状況に応じて計画変更する。

《6. 評価》

＜評価の目的・視点＞

地域包括支援センターは、サービス事業者からの報告をもとに、一定期間後に各利用者の状態を評価する。評価の目的は、ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直すことにある。

サービス事業者が行うアセスメント、モニタリングの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化等を把握し、これらを集約して利用者の生活機能全体を評価する。その際、ICFの視点で「心身機能」「活動」「参加」のバランスを確認することが重要である。委託された居宅介護支援事業所の介護支援専門員は同様に評価を行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、地域包括支援センターが今後の方針を決定する。

評価をもとに、利用者にとってより適切なケアプランへと見直しを行う。

また適宜、地域ケア会議等を活用して、個別事例について多職種で検討し、個別課題の解決や政策形成、地域づくり・資源開発、介護支援専門員の力量形成等につなげていく視点も必要である。

＜評価の反映＞

評価後の流れとしては、予防給付、介護予防・生活支援サービス事業のそれぞれについて以下の可能性が考えられる。

図表 17 効果の評価

	予防給付	介護予防・生活支援サービス事業
改善	要支援 2→要支援 1へ変更申請	一般介護予防事業へ移行
	介護予防・生活支援サービス事業へ移行	セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了
	一般介護予防事業へ移行	
	セルフケアで日常生活が成立するため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了	
維持	予防給付の利用を継続	介護予防事業の利用を継続
悪化	変更申請等 (要支援 1→要支援 2へ変更申請) (要支援 2→要介護へ新規申請)	要支援・要介護認定を申請

＜評価に伴う留意点＞

サービス利用等の判定は、利用者の生活機能の変化に応じて評価・判定されるが、その際、利用者や家族の意向に配慮するとともに、利用者の生活の自立を支援する観点から評価・判定することが大切である。利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、予防給付と介護予防・生活支援サービス事業という両制度間でのサービス移行があり得ることをあらかじめ説明しておくことが、両制度の円滑な利用にあたって大切である。

＜評価から次のステップへ＞

評価の内容は、介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用することができる。

予防給付や介護予防・生活支援サービス事業により、自立した生活を送れるようになった人は、介護予防・生活支援サービス事業にボランティアとして参加することで、自らの経験を活

かし参加者の意欲を高める等、地域の高齢者を支える側となることが期待できる。さらに、ボランティアとして参加することで、社会における役割の拡大につながり、利用者自身の生きがいになるなど、社会参加による介護予防が期待できる。

5. 介護予防サービス・支援計画書の作成ポイント

介護予防ケアマネジメント A で共通して使用する**様式 7 介護予防サービス・支援計画書**に基づき解説します。

はじめに、要支援 1・2 や事業対象者となっている心身の状態像に関する事実のみを「アセスメント領域と現在の状況」の欄に記載のある 4 つの領域（運動・移動について、日常生活（家庭生活）について、社会参加、対人関係・コミュニケーションについて、健康管理について）に落とし込みます。この欄は、要支援状態に至っている事実のみを記載するのであって、そうになっている背景や原因を記載する欄ではありません。

そのような記載をしてしまうと「本人・家族の意欲・意向」を聞き取り記載した後の欄である「領域における課題（背景・原因）」の記載事項と重なり、同じことを何度も記載するように誤ってとらえられ、何度も同じ文言が並ぶという混乱が生じます。

あくまでもこの介護予防サービス・支援計画書では、要支援状態となった現況をとらえ、なぜ、そうなったかを振り返り、複数の課題を整理・統合し、今の状況から改善に向かうために必要な取り組みを整理し、サービスや事業利用してもらおうためのものです。

以下に、介護予防支援や介護予防ケアマネジメント A 等で記載が必要となる主なポイントを記載します。

*「アセスメント領域と現在の状況」欄

現在の状況がいつ頃から、どのようなことをきっかけに起こってきたのかについて、その背景や生活上の問題となっていることについて原因を明らかにしていきます。

①「運動・移動について」欄

自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要があります。

②「日常生活（家庭生活）について」欄

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話等を行っているかについて確認します。誰かに支援を受けている場合は、誰にどの部分を助けてもらっているか、自身ではどこまでが可能かを記載します。

例えば認知症状による記憶障害や実行機能障害、意欲の消失等があれば、IADL の行程を分割してどの部分を難しいかをおさえることで、支援の道筋が見えやすくなります。

③「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄

状況に見合った適切な方法で人々と交流しているか。家族・近隣の人々との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事等への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要があります。こういったことなら興味や関心があるのか、家族や友人、地域との関係性等について現況を押し

さえます。

④「健康管理について」欄

清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診が行えているかどうか。飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントします。特に高齢者の体調に影響する、食事・水分、排せつの状況についても確認する必要があります。

*「健康状態について」欄

「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画を立てるうえで留意すべき情報について記載します。

*「基本チェックリスト結果記載」欄

利用者自身に基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容等も踏まえて、アセスメント領域と現在の状況等に反映します。当該項目数から、生活機能低下の項目に該当した項目数を分子に、その数字を運動機能であれば、「3/5」のように枠内に記入します。

*「本人・家族の意欲・意向」欄

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載します。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○したい」と記載し、その理由についても確認します。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載します。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援では大切です。これは具体策を検討する際に参考情報となります。

*「領域における課題(背景・原因)」欄

各アセスメント領域において生活上の問題となっていることおよびその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し分析します。その際、基本チェックリストの結果についても考慮します。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことが起こるかなど課題を予測し記載します。結果として、その領域に問題があると考えた場合に「□有」にチェックします。

*「総合的課題」欄

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景を見つけ出します。そして利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙します。また、課題とした根拠を記載します。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記載したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題になります。ここには、支援を必要とすることを明確にするための課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しません。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援プロセスを展開するため、優先

度の高い順に1から番号を付します。

***「課題に対する目標と具体策の提案」欄**

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載します。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案です。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が表れる部分です。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目を一つの評価指標とすることができます。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとします。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や工場につながる対策等、さまざまな角度から具体策を考えます。

具体的な支援サービスは、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載します。

***「具体策についての意向 本人・家族」欄**

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載します。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意するうえでの足がかりとなります。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行う」等と記載します。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載します。

***「目標」欄**

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載します。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよいでしょう。

***「目標についても支援のポイント」欄**

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記入します。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、さまざまな次元の項目が書かれることがあります。

***「本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」欄**

本人自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載します。誰が、何をするのか具体的に記載します。

***「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄**

予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するのかわかるように○印で囲みます。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりを行う地域の代替サービスを当面の支援としてかっこ書きで、サービス内容を記載します。本来の支援のもとに、当面の支援を記載します。

＊「サービス種別」欄

「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」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載します。

＊「事業所等」欄

具体的な「サービス種別」および当該サービス提供を行う「事業所名」を記載します。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分について明記します。

＊「期間」欄

「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかどうかを記載します。（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載します）。また、「期間」の設定においては、「認定の有効期間」も考慮します。また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載します。

＊「地域包括支援センターの意見・確認印」欄

予防給付の場合で、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用します。この場合、その介護予防支援の最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画書が適切に作成されているかを確認する必要があります。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があります。その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその使命を記載します（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議終了時に介護予防サービス計画原案の確認を行っても差し支えありません）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることになります。

＊「計画に関する同意」欄

介護予防サービス原案の内容を当該利用者・家族に説明を行ったうえで、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらいます。この場合、利用者名を記入した原本は事業所において保管します。

以上、ケアマネジメントを実施していくにあたっては、そのプロセスの理解はもちろん、情報収集・アセスメント・課題分析等が重要です。**第1節 3.介護予防ケアマネジメントの全体像**を再度確認してケアマネジメントに取り組みましょう。

6. 介護予防ケアマネジメント関連様式について

介護予防ケアマネジメントに関する帳票については、**様式 1～様式 9** として掲載します。記載時に留意が必要な内容について書き加えていますので参考にしてください。**様式 6～様式 9** については必ず使用する必要がありますが、**様式 1～様式 5** については、ケアマネジメントを効果的に行うために活用するものです。

- 様式 1 総合事業利用のための「基本チェックリスト」
- 様式 2 生活状況を把握するためのアセスメントシート
- 様式 3 興味・関心チェックシート
- 様式 4 南魚沼市 簡易口腔アセスメント
- 様式 5 南魚沼市版 課題整理総括表
- 様式 6 利用者基本情報
- 様式 7 介護予防サービス・支援計画書
- 様式 8 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
- 様式 9 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

様式 1

総合事業利用のための「基本チェックリスト」(南魚沼市)												
氏名		生年月日	明大昭 年 月 日 (満 歳)	記入日	R 年 月 日							
住所	南魚沼市		電話番号									
No.	質問項目	※最近の状況について、いずれかに○をつけて下さい			第1号事業対象基準							
0	現在の健康状態はいかがですか。 1. よい 2. まあよい 3. 普通 4. あまりよくない 5. よくない				チェック	種別						
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	<input type="checkbox"/> <small>NO.1~20の項目の1が10個以上</small>		生活機能低下						
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ									
3	預貯金のお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	<input type="checkbox"/> <small>1が3つ以上</small>		運動機能低下						
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分位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カ月で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ	<input type="checkbox"/> <small>1が2つ該当</small>		低栄養						
12	あなたの身長・体重を書いてください BMIが18.5未満である 身長 cm 体重 kg (BMI=) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1. はい	0. いいえ									
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	<input type="checkbox"/> <small>1が2つ以上</small>		口腔機能低下						
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1. はい	0. いいえ									
15	口のかわきが気になりますか	1. はい	0. いいえ									
16	週に1度以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	<input type="checkbox"/> <small>1が1つ以上</small>		閉じこもり						
17	去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									
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	<input type="checkbox"/> <small>1が1つ以上</small>		認知機能低下						
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	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	<input type="checkbox"/> <small>1が2つ以上</small>		うつ傾向						
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) 自分は役にた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									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">第1号事業対象(口のチェックが1つ以上)</td> <td style="width: 33%;">64歳以下</td> <td style="width: 33%;">介護認定</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> <td></td> </tr> </table>					第1号事業対象(口のチェックが1つ以上)	64歳以下	介護認定	有	無			
第1号事業対象(口のチェックが1つ以上)	64歳以下	介護認定										
有	無											

様式 2

<生活状況を把握するためのアセスメントシート>

様

記入者：

日付： R 年 月 日

領域	視点	アセスメント項目
運動・移動について	自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。	運動機能(支えの必要性) 立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起き上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		痛み <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> その他)
		麻痺・拘縮・痺れ 麻痺： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 拘縮： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 痺れ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
		歩行状況(歩行レベル) 室内： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
		屋外： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()
		転倒傾向 転倒： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度、場所等() つまづき： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度、場所等()
		移動範囲 <input type="checkbox"/> 自宅内のみ <input type="checkbox"/> 敷地内のみ <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
		移動手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車
		買い物 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		調理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入 <input type="checkbox"/> 献立を考える <input type="checkbox"/> レンジで温める程度
日常生活・家庭生活について	家事(買い物・調理・掃除・選択・ごみ捨て等)や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。	食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない()
		洗濯 <input type="checkbox"/> 自分(頻度： 回/週) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他
		掃除 <input type="checkbox"/> 自分(頻度： 回/週) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓 <input type="checkbox"/> 自分(頻度： 回/週) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		ごみ捨て <input type="checkbox"/> 自分(頻度： 回/週) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い
		火の始末 <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある(<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> ストーブ <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> その他())
		電話の使用 <input type="checkbox"/> 受けることができる <input type="checkbox"/> 受けるが対応ができない/内容を忘れる <input type="checkbox"/> 電話に出ない <input type="checkbox"/> 自分でかけることができる <input type="checkbox"/> 自分でかけるが間違う <input type="checkbox"/> 番号を調べてもらう、番号を押してもらう <input type="checkbox"/> かけない
		金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> お金をなくすことがある <input type="checkbox"/> その他()
		役所や金融機関の手続き <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
社会参加・対人関係・コミュニケーション	状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。	活動性 <input type="checkbox"/> 外に出るのが好き <input type="checkbox"/> 以前は好きであったが最近は出かけない <input type="checkbox"/> 以前からあまり出かけない
		外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> ほとんどない
		外出目的 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 畑 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 地域活動・ボランティア <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> 老人会 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()
		家族との交流 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		近隣との交流 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		友人・知人との交流 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		コミュニケーション <input type="checkbox"/> 社会的・他者と関わるのが好き <input type="checkbox"/> 以前は社会的であった <input type="checkbox"/> 以前から他者との関わりは苦手、少ない <input type="checkbox"/> 自己の意志の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる <input type="checkbox"/> その他()
		受診の状況 <input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診 <input type="checkbox"/> 受診していない
		服薬管理の状況 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ・飲み間違いがある <input type="checkbox"/> 他者の指示があればできる <input type="checkbox"/> 自己管理できない <input type="checkbox"/> その他()
		健康診断の状況 <input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
健康管理について	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。	口腔機能 <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 固いものが噛みにくい <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> その他()
		整容 洗顔： <input type="checkbox"/> 毎日行う <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 行っていない 爪切り： <input type="checkbox"/> 自分で行う <input type="checkbox"/> 他者が行う <input type="checkbox"/> 行っていない 歯磨き： <input type="checkbox"/> 毎日行う(回/日) <input type="checkbox"/> 時々(回/週) <input type="checkbox"/> 行っていない
		食生活・栄養状態 食事回数(回/日) 状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 関心がない
		水分摂取の状況 摂取量(cc/日) 状況： <input type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない
		飲酒状況 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々(回/週) <input type="checkbox"/> 飲まない 量： <input type="checkbox"/> (/回) 種類： <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> その他()
		喫煙状況 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日(本/日) <input type="checkbox"/> 時々(回/週) <input type="checkbox"/> 本/回 <input type="checkbox"/> 吸わない
		適度な運動 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日(内容：) <input type="checkbox"/> 時々(内容：) <input type="checkbox"/> していない(理由：)
		適度な休養 <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無視してしまう <input type="checkbox"/> 無関心
		排泄状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿漏れ、尿失禁あり <input type="checkbox"/> 頻尿(日中： 回、夜間： 回) <input type="checkbox"/> 布パンツ着用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ着用 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> その他()
		入浴状況 頻度： <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々(回/週・月) <input type="checkbox"/> 入らない 方法： <input type="checkbox"/> 自宅で入浴 <input type="checkbox"/> DSなどで入浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭など
その他	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。	居住環境 室内： <input type="checkbox"/> 自室あり(階) <input type="checkbox"/> 段差あり <input type="checkbox"/> 手すりあり <input type="checkbox"/> 改修等の必要性() 屋外： <input type="checkbox"/> 段差あり <input type="checkbox"/> 改修等の必要性()
		経済状況 収入： <input type="checkbox"/> (円/月) <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()
		家族の状況 主な介護者(続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 仕事あり <input type="checkbox"/> 他の家族の介護や育児 <input type="checkbox"/> 自身の病気等 <input type="checkbox"/> 介護への不安 <input type="checkbox"/> 介護への不満・ストレス <input type="checkbox"/> その他の家族の協力あり <input type="checkbox"/> その他()
		家族の介護力 <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 少してあれば可能 <input type="checkbox"/> 期待できない()
		虐待の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要注意(理由：)
		精神的な不安・意欲低下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由：)
		見守り状況 頻度： <input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> 日中のみある <input type="checkbox"/> 夜間のみある <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住民・友人 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他()
		緊急時のSOS発信 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる(対応： <input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない)
		悪質商法への注意 <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある()
		価値観 大切にしたいこと： <input type="checkbox"/> 宗教・信仰() <input type="checkbox"/> その他() 嫌なこと： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容：)
本人の希望	目標とする一日の生活	
	目標とする一年後の生活	
家族の希望		

様式 3

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（ ） 記入日： _____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・子供の世話				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)				賞金を伴う仕事			
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)

様式 4

南魚沼市 簡易口腔アセスメント		
		記入者 _____ 年 ____ 月 ____ 日
お名前 _____ 様		_____ 歳 男 女
※当てはまるところに○をつけてください		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 右 左 </div>  <p style="text-align: center;">歯</p>	自分の歯がありますか？	ある [右上奥 上前歯 左上奥 右下奥 下前歯 左下奥]
	上下で噛みあう歯がありますか？	ある (右奥 前歯 左奥) ない
 <p style="text-align: center;">入れ歯</p>	入れ歯がありますか？	総入れ歯 部分入れ歯 右上奥 上前歯 左上奥 右下奥 下前歯 左下奥 ない
	入れ歯は合っていますか？	はい まあまあ いいえ 安定剤使用
	食事時に使っていますか？	毎回使用 時々使用 使用していない
	普段使っていますか？	常に使用 時々使用 使用していない
	外して寝ますか？	外す そのまま
	入れ歯は磨いていますか？	1日 () 回 時々 磨かない
洗浄剤を使用していますか？	毎日使用 時々使用 使用していない	
<p style="text-align: center;">口臭</p>	口臭は気になりますか？	いいえ 自分で感じる 周りから言われる
 <p style="text-align: center;">歯磨き</p>	歯磨きは1日何回していますか？	1日 () 回 時々 しない
	ハブラシは毛先が開いていませんか？	いる いない
	ハブラシ以外も使っていますか？	歯間ブラシ フロス タフトブラシ 洗口剤 電動歯ブラシ 使っていない
<p style="text-align: center;">歯科受診</p>	最近歯科医院に行ったのはいつですか？	() 前頃 忘れた
	歯科の定期健診、治療を希望しますか？	はい 手段があれば いいえ
<p style="text-align: center;">気になる事 困っている事 はありますか？</p>		

様式 6

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		

フリガナ 本人氏名		性別	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所			Tel	()	
			Fax	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日				
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・				
来所者 (相談者)			家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
			家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内 容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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

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）

N.○ _____

利用者名 _____ 性別 _____ 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 _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日） _____ 年 _____ 月 _____ 日 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（〒番号） _____

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	具休策についての意向 本人・家族	目標	目標についてのポイント	支援計画 介護保険サービス 又は地域包括支援 センターのサービス（総合的サービス）	サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						()				
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						()				
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						()				
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						()				

健康状態について
主治医見直し、健診結果、観察結果等を録入した留意点

【本米行うべき支援が実施できない場合】
 受当な支援の実施に向けた方針

総合的方針：生活不活発系の改善予防のポイント

【意見】

計画に関する調査
 上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

介護給付または地域支援事業

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

評価日

利用者名 殿 計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
				なぜ目標が達成されなかったのか、目標設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し原因を記載する。	なぜ目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。	目標達成状況や目標達成しない状況から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する
				<p>計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判断をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は詳細について意見交換を行い地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。地域包括支援センターの意見を参考に今後の方針で該当するものに印を付ける。</p>		

総合的な方針

利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方針について、専門的観点から記載する。

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

第 6 章 報酬請求・支払い(給付管理)

1. ケアプラン別作成費単価

	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	初回加算	委託連携加算
介護予防サービス計画 (介護予防支援)	438 単位 (4,380 円)		300 単位 (3,000 円)	300 単位 (3,000 円)
介護予防 ケアマネジメント A		438 単位 (4,380 円)	300 単位 (3,000 円)	300 単位 (3,000 円)

※現時点で介護予防ケアマネジメント B・C は実施していません。

加算

(1) 初回加算

新規に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定できます。

- ・過去 2 か月以上、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供していない場合で、新たに行った場合は算定可能。
- ・要介護者が要支援認定、あるいは事業対象者となって、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに移行した場合は算定可能。
- ・介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメントの移行は算定不可。
- ・転居等により地域包括支援センターが変更になった場合は算定可能。委託先は算定不可。

(2) 委託連携加算

地域包括支援センターが委託する利用者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所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、原則として委託を開始した月に 1 回のみ算定が可能
- ・委託先へ利用者に係る必要な情報を提供し、双方の事業所において支援経過記録等に提供年月日、提供者、提供内容を記録しておくこと。
- ・「介護予防サービス・支援計画書」の「地域包括支援センター意見欄」に記載があること
- ・委託先が変更になる場合など、同一利用者であっても要件を満たしていれば再度算定できるものとする。

2. 給付管理

給付によるサービスや、事業者指定で実施されるサービス（従前相当サービス、通所型サービス A）を利用の際は、給付管理が必要となります。従来の介護保険サービスと同様の方法です。

委託先事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実施の翌月 6 日頃までに、地域包括支援センターに「給付管理票」「利用者名簿」を提出します。（提出期限の詳細については別途連絡。）

包括支援センターは毎月 10 までに「給付管理表」を国保連へ提出します。

国保連は、包括支援センターから提出された給付管理票と、各サービス事業者から提出されたサービス明細書を突合して確認を行います。給付管理表に間違いがあり、サービス事業者が提出した明細書と内容が一致しなければ、サービス事業者側に落ち度はなくても差し戻し（返

戻)となります。

サービス事業者の明細書の単位数が給付管理票の単位数を超える場合は、給付管理票の単位数に合わせて減額されます。給付管理票に記載がない場合は0単位に減額されます。減額が行われたサービス事業者には、「介護保険審査増減単位数通知書」が送付されます。給付管理票が未提出または審査の結果が返戻となった場合、明細書は保留となります。

地域包括支援センターには、サービス事業者の保留や減額の結果は通知されないため、サービス事業者は必ず地域包括支援センターまたは委託先事業所に確認する必要があります。

区分変更等により月途中で居宅介護支援事業所等が変更になった場合、原則として変更後の事業所が給付管理を行います。変更後にサービス利用がない場合は変更前の事業所が給付管理を行います。

3. 請求と支払い

地域包括支援センターは、翌月10日までに国保連を「請求明細書」を提出して介護予防支援費を請求します。

国保連は提出された請求明細書の審査を行い、審査結果に基づいて地域包括支援センターへ介護予防支援費を支払います。

委託先事業所は「介護予防サービス計画書作成委託料請求書」「介護予防ケアマネジメント委託料請求書」を地域包括支援センターへ提出し委託料の支払いを受けますが、国保連の審査の結果が返戻等となった利用者分については委託料の請求ができません。

4. よくある問い合わせ

①請求明細書が返戻となった

返戻理由を確認し、修正したうえで翌月以降の給付管理で再請求する。

②すでに提出し、給付されている請求明細書が誤っていたため修正したい

すでに給付されている請求明細書を修正することはできないため、保険者へ過誤申立を行い、一度請求を取り下げる。その後に正しい内容で再請求を行う。

③提出済みの給付管理票が誤っていたため修正したい

正しい給付管理票を「修正」で提出する。

すでに請求が通っているサービス事業者の給付管理票を修正する場合、先にサービス事業者が過誤申立を行い、サービス事業者が請求を取り下げた後に給付管理票の修正を行う。

④サービス事業者から「減額」になったと連絡を受けた

正しい内容の給付管理票を「修正」で提出する。

給付管理票は提出されているが、給付管理票に記載された単位数が、サービス事業者のサービス実績より小さい、または給付管理票にサービス事業者が記載されていないことが原因。

⑤サービス事業者から「保留」になったと連絡を受けた

給付管理票を「新規」で提出する。

給付管理票が提出されていないか、提出した給付管理票が返戻となっていることが原因

⑥サービス事業者から内容を訂正したいと連絡を受けた

③の対応。

5. 月額包括報酬の日割り請求

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおりです。

・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。

・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。

月途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

【参考】月額包括報酬の日割り請求にかかる適用

(平成 27 年 3 月 31 日老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課/事務連絡・I 資料 9)

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(みなし) ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(みなし) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援1⇔要支援2) ・区分変更(事業対象者→要支援) 	変更日	
		開始	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除
	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約開始 		契約日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入所者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1) 		退去日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1) 		契約解除日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1) 		退所日の翌日
	<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間開始 		開始日
	<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更 (65歳以上になって被保険者資格を取得した場合) 	資格取得日	
	終了	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援1⇔要支援2) ・区分変更(事業対象者→要支援) 	変更日
		<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) 	契約解除日 (廃止・満了日)

		・事業所指定効力停止の開始	
		・利用者との契約解除	契約解除日
		・介護予防特定施設入所者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日
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費	-	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額地域包括支援センター報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。 	-
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	-	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。 	-

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とす

る。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

6. 住所地、居住地、保険者が異なる場合の取り扱い

住所地特例者に総合事業は、居住する施設が所在する市町村が行います。したがって、他市町村の保険者であっても、南魚沼市に施設がある住所地特例対象者については、南魚沼市の総合事業のサービスを提供します。

また、総合事業の基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント、介護予防支援については、施設が所在する市町村の地域包括支援センターが行います。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、被保険者証の住所欄を必ず確認してください。（他市町村の被保険者証であっても住所欄が南魚沼市であれば実施の対象となります。逆に、南魚沼市の被保険者証であっても住所欄が他市町村であれば、対象外となります。）

なお、要介護・要支援認定については、保険者市町村が行います。

保険者と住民票登録地が南魚沼市の場合で、総合事業サービス提供を行う事業所が南魚沼市以外の場合は、南魚沼市の指定を受ける必要があります。

引用・参考文献

- ・「地域包括支援センター運営マニュアル3訂」R4年4月
- ・「地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル」R3年3月
- ・「国際生活機能分類 ICF の理解と活用」上田敏著
- ・厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」