

本庄市介護予防ケアマネジメント マニュアル（基本方針）



令和 8 年 6 月
本庄市福祉部高齢者福祉課

目次

本庄市介護予防ケアマネジメント基本方針	P 1
第 1 章 介護保険制度における介護予防の基本的な考え方	P 3
1 介護保険法の基本理念	P 3
2 介護予防の基本的視点	P 3
第 2 章 介護予防・日常生活支援総合事業	P 5
1 総合事業とは	P 5
2 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類	P 6
第 3 章 介護予防ケアマネジメントについて	P 9
1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	P 9
2 介護予防ケアマネジメントの対象者	P 9
3 介護予防ケアマネジメントの実施体制	P 10
4 介護予防ケアマネジメントの類型等	P 12
第 4 章 相談受付からケアマネジメント・サービス利用	P 14
1 対象者フローチャート	P 14
2 相談	P 15
3 介護予防ケアマネジメントの実施	P 15
4 認定申請中のサービス利用と費用の関係	P 26
5 請求・利用限度額管理	P 27
6 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託について	P 29

本庄市介護予防ケアマネジメント基本方針

本市では、高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質（ＱＯＬ）の向上に資する介護予防ケアマネジメントについて、その在り方を市、地域包括支援センター、介護支援専門員等とで共通認識を持つとともに、ケアマネジメントの質向上を図ることで、よりよい介護保険運営を目指すため、次のとおり基本方針を定めます。

【基本方針】

- ① 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ます。
- ② 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ます。
- ③ 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又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、公正中立に行います。
- ④ 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、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ます。

【基本的取扱方針】

- ① 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮すること。
- ② 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定すること。
- ③ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ること。

【具体的取扱方針】

「本庄市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防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等」で定める３３条を踏まえて行うこと。

【介護予防の基本的考え方】

介護保険制度は、介護保険法（以下「法」という。）の基本理念である「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活が営むことができる（法第1条）」こととしています。

そのために、「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（法第4条）」とされていることから、市としても「介護状態となることを予防すること」「その有する能力の維持向上に努めることへの取り組み」が必要不可欠であると考えます。

第1章 介護保険制度における介護予防の基本的な考え方

1 介護保険法の基本的理念

介護保険法第1条（目的）には、「（前略）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（後略）」と規定されていることから、介護保険制度は「尊厳の保持」「自立支援」を基本理念としています。

また、第2条（介護保険）では、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、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、可能な限り、居宅において、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配慮して行うものであると規定されています。

さらに、第4条（国民の努力及び義務）では、「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険医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されています。

2 介護予防の基本的視点

（1） 介護保険制度における介護予防のポイント

ア 介護予防、健康の維持・増進

高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと。

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となります。

イ 重症化の防止・改善

要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善・悪化の遅延を図る）こと。

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。

（2） 介護予防の目的

介護予防とは、心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならず自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものです。そして、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援し、生活の質の向上をもめざすものであり、その意味で運動機能の向上等の個々のサービスはあくまでも目標達成のための手段に過ぎません。

(3) 介護予防実践の留意点

ア 手段と目的の違い

これまでの介護予防関連事業では手段と目的が逆転してしまいがちで、訓練すること自体が目的になるという事態が生じていると言われていましたが、個々のサービスは、あくまでも自己目的化しないように留意する必要があります。

イ 利用者の主体的な取組への働きかけ

介護予防の実践にあたっては、何よりも利用者の主体的な取り組みが不可欠です。このため、介護予防に関する専門職は利用者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取組が、必要なのか」を明確に、利用者が理解しやすい言葉で介護予防事業を紹介するなど、工夫を行うことも必要です。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。

ウ 自立の可能性を引き出す支援

利用者ができないことを単に補う形での利用者の要望に沿ったサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存も生み出す場合があります。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、現にできない部分は適切にサポートしながら、利用者の行動変容につながる承認のスキルや自己効力感（※）を認識できるよう配慮が必要となります。

同時に目標の実現に向けた支援方法と具体的な支援内容（役割分担の明確化等）やモニタリングの徹底も重要となります。

※ 自己効力感とは、ある状況下で結果を出すために適切な行動を選択し、かつ遂行するための能力を自らが持っているかどうか認知するための言葉のことであり、端的に言うと「自信」のことを指す。

第2章 介護予防・日常生活支援総合事業

1 総合事業とは

(1) 総合事業の趣旨

介護保険法（平成9年法律第123号。）第115条の4第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、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、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、地域の実情に応じた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ことを旨とするものです。

(2) 基本的考え方

①住民主体の多様なサービス・活動の充実を図り、居宅要支援被保険者等の選択できる生活支援・介護予防サービスを充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、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予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指すものです。（厚生労働省老健局「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋）

2 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類（R8.4.1時点）

支援方法			事業対象者	要支援 1	要支援 2
介護保険外の市場サービス 地域の集まり・自主活動 家族の支援・自助努力			日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、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、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけます。		
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護予防事業	いきいき教室 公共施設 4 か所にて 月 1 回実施	元気に動ける体や食べる・飲み込む力を保つための体操等を行って日常の活動量を増やし、社会との交流を維持して、いつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
		はにぼん筋力トレーニング教室 市、自治会、サロン等団体の 主催により定期的に実施	椅子を使い、音楽に合わせて 10 種類の筋力トレーニングを行い、生活動作に必要な筋力を維持して、いつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
		あたまとからだの 健康教室 市主催にて週 1 回、全 8 回実施 (年間 3 クール× 2 会場)	頭を使ったゲームや簡単な運動（はにぼん筋力トレーニング）を行い、閉じこもりを防ぎ、生活機能を維持し、いつまでも自分らしくいきいきと過ごしていくことを目的とした教室。		
	介護予防出前講座	※ 65 歳以上の本庄市民が対象	お口のケアについて	歯周病や誤嚥性肺炎を予防するための口腔ケアについて。	
			食事・栄養について	からだに必要な栄養素や、高齢期に適した質の良い食事等について。	
			ウォーキング	正しい姿勢や歩き方のコツに関する講話と実技。	
			はにぼん筋力トレーニングの紹介（再確認）	介護予防のお話と、10 種類の筋力トレーニングの紹介（再確認）。	
			体力測定 ※はにとれ教室限定	自身の体力と運動を含めた生活習慣の確認のための体力測定を実施。	
			シナプソロジー	2 つのことを同時に行うなど、普段慣れない動きで脳を活性化させる。	
			フレイル予防教室 ＜ 1 回コース＞	要介護状態の一手手前であるフレイル（虚弱）を予防するための「運動」「栄養」「社会参加」に関する講話と実技。	
			フレイル予防教室 ＜ 3 回コース＞		

			長く食べ続けられるお口の の作り方～口は命の入り 口～	かむ力・飲み込む力を維持するための、口やのど の仕組み等の講話。		
			はにぼんお口の健康体操 の紹介	はにぼんお口の健康体操の紹介。		
			転倒・骨折について	リハビリ専門職による、転倒・骨折についての講 義と運動の実技。		
方 支 法 援				事業対象者	要支援 1	要支援 2
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	短期集中サポートサービス（通所 または訪問型サービス・活動 C）		リハビリ専門職と一緒に生活環境等を踏まえた効果 的な介護予防プログラムを作成し、通所及び訪問に よる支援を通して、プログラムの実践を支援する。 期間：3か月（原則延長なし） 訪問：最大3回まで 通所：週1回（全12回）		
		・生活力アップサポートサービス （訪問型サービス・活動 A） ・住民主体による介護予防・生活 支援サービス（訪問型サービス・ 活動 B） ・介護予防訪問介護相当サービス		総合事業につ いて利用限度 額（5,032 単 位）の範囲内 で給付管理	予防給付と総合 事業を一体的に 利用 限度額（5,032 単位）の範囲内 で給付管理	予防給付と総合 事業を一体的に 利用 限度額（10,531 単位）の範囲内で 給付管理
		・元気アップサポートサービス（通 所型サービス・活動 A） ・介護予防通所介護相当サービス				
予防給付	介護予防サービス	・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防居宅療養管理指導・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居者生活介護 ・介護予防福祉用具貸与 ・特定介護予防福祉用具購入 ・介護予防住宅改修		利用不可		

	地域密着型サービス	・介護予防認知症対応型共同生活介護 ※要支援 1 は利用不可 ・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			
--	-----------	--	--	--	--

第3章 介護予防ケアマネジメントについて

1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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あり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域包括支援センター等は適切なアセスメントを行い、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組みを生活の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるよう、また高齢者自身が、地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、心身機能。活動・参加の視点を踏まえて、多様な選択を支援していくことが重要です。

2 介護予防ケアマネジメントの対象者

(1) 要支援認定者（要支援1、要支援2）

要介護認定を経て、要支援1・2と認定された者については、総合事業における「サービス・活動事業」や、予防給付における「介護予防サービス」が提供されることになります。

(2) 事業対象者

事業対象者とは、相談時において基本チェックリストを実施した結果、何らかの支援が必要と判断された高齢者のことを言います。要介護認定において非該当となった場合においても、基本チェックリストを実施後、何らかの支援が必要と判断されれば事業対象者となります。事業対象者が「サービス・活動事業」を利用する場合に、介護予防ケアマネジメントを実施し、必要なサービスを検討します。

(3) 対象者とサービス、ケアマネジメントの組み合わせ

対象者	サービス	ケアマネジメント
要支援認定者	①予防給付のサービスのみを利用	予防給付による 介護予防ケアマネジメント (届出様式第27号)
	②予防給付のサービス＋介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」の利用	
	③予防給付のサービス＋介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」＋「一般介護予防事業」の利用	
	④予防給付のサービス＋一般介護予防事業の利用	
	⑤介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」のみを利用	
	⑥介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」＋「一般介護予防事業」の利用	

対象者	サービス	ケアマネジメント
事業対象者	①介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」のみを利用	事業による 介護予防ケアマネジメント (届出様式第5号)
	②介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」＋「一般介護予防事業」の利用	

※ 予防給付のサービス

介護予防サービス（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護等）＋地域密着型サービス（介護予防小規模多機能型居宅介護等）

※ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス・活動事業」

生活力アップサポートサービス・介護予防訪問介護相当サービス・短期集中サポートサービス等

※ 介護予防・日常生活支援総合事業における「一般介護予防事業」

各種教室（いきいき教室・はにとれ教室等）＋介護予防出前講座（シナプソロジー・運動機能の向上について等）

3 介護予防ケアマネジメントの実施体制

予防給付および事業による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が実施することが基本となります。その業務の一部を地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託をすることも可能です。

届出様式について（根拠法令）

本庄市介護保険条例施行規則

第34条

2 施行規則第95条の2第1項の規定による届書は、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書(様式第27号)によるものとする。ただし、介護予防小規模多機能型居宅介護の利用に係る届書は、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書(介護予防小規模多機能型居宅介護)(様式第28号)によるものとする。

介護保険法施行規則第95条の2第1項

法第58条第4項の規定により指定介護予防支援を受けることにつき市町村に届け出ようとする居宅要支援被保険者は、当該指定介護予防支援を行う指定介護予防支援事業者の名称並びに事業所の名称及び所在地を記載した届書に被保険者証を添付して届出を行わなければならない。

介護保険法第58条第4項

第五十八条

4 居宅要支援被保険者が指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援を受けたとき（当該居宅要支援被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、当該指定介護予防支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている場合に限る。）は、市町村は、当該居宅要支援被保険者が当該指定介護予防支援事業者に支払うべき当該指定介護予防支援に要した費用について、介護予防サービス計画費として当該居宅要支援被保険者に対し支給すべき額の限度において、当該居宅要支援被保険者に代わり、当該指定介護予防支援事業者を支払うことができる。

本庄市介護予防・日常生活総合支援事業実施要綱

第13条 居宅要支援被保険者等は、サービス事業を利用しようとするときは、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(様式第5号)を市長に届け出なければならない。

2 前項の届出は、居宅要支援被保険者等に代わって、当該者に対して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が行うことができる。

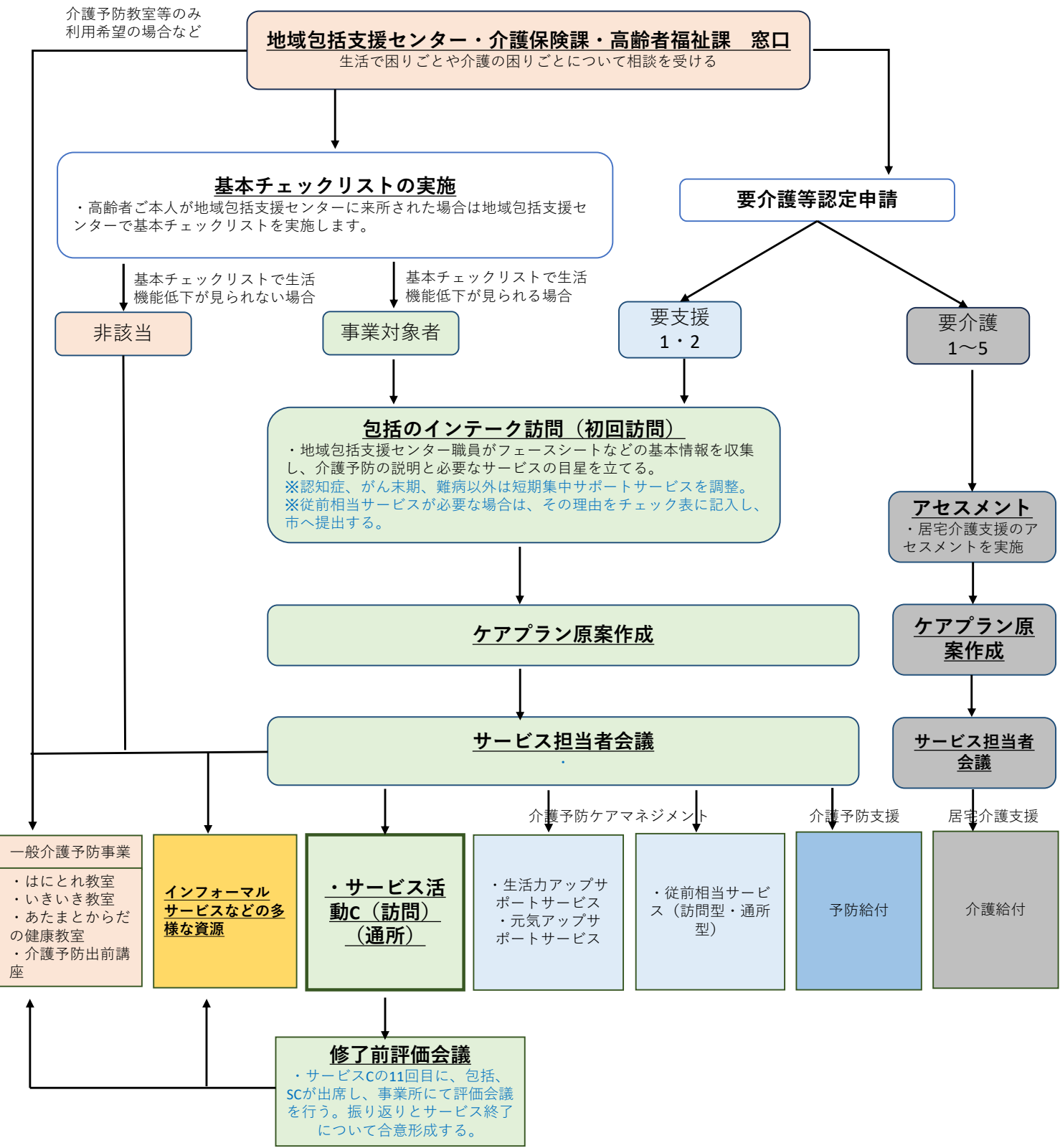
4 介護予防ケアマネジメントの類型等

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)	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)	ケアマネジメント C (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
介護予防・生活支援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等に実施	指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等に実施 ※シルバー人材センターによる生活力アップサポートサービスや訪問型サービス B・D のみを利用する場合	ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービスや配食などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 ※現在本市ではサービスなし
◇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 ⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成 ⇒サービス担当者会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 ⇒モニタリング【給付管理】 ⇒評価 ◇訪問面接によるモニタリングは、少なくとも3か月に1回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時に実施	◇サービス担当者会議を省略したケアプランの作成 ◇アセスメント ⇒介護予防サービス・支援計画書原案作成 (⇒サービス担当者会議) ⇒利用者への説明・同意 ⇒介護予防サービス・支援計画書の確定・交付【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 (⇒モニタリング【適宜】) ⇒評価 ◇利用者及び家族等との相談によって設定した時期に、本人の居宅等を訪問して面接する ◇利用者の状況変化等があった際に、サービス事業所から情報が入る体制を整えておく	◇ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービスや配食などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 ◇初回のみ、アセスメント ⇒ケアマネジメント結果案の作成 ⇒利用者への説明・同意 ⇒提供者への説明・送付 ◇モニタリング等を行わない ◇利用者の状況変化等があった際に、サービス事業所から情報が入る体制を整えておく

◇上記以外の月は、可能な限り利用者の通所先訪問等により面接するように努めるとともに、面談ができない場合は、電話等を実施 ◇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っておく ◇利用者の状態等に応じてモニタリング期間を設定する場合は、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すること		◇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をサービス提供者に送付または本人が持参（利用者の同意必要）
--	--	---

第4章 相談受付からケアマネジメント・サービス利用

1 対象者フローチャート



2 相談

(1) 主訴の確認

相談内容を聞き取る。

原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行うが、本人が来所できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聞き取る。

本人が来所できない場合の例

- ・ 入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある 等

以下の場合、要介護認定等の申請へ

- ・ 明らかに要介護認定が必要な場合
- ・ 予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスが望ましい場合等

(2) 説明

ア 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の説明

総合事業の目的や内容、手続き等について十分説明を行う。

- ・ 総合事業のサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること。
- ・ 事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も状態等が変化した場合は要介護認定等の申請が可能であること。

イ 総合事業の趣旨の説明

- ・ 地域包括支援センターが行う効果的な介護予防ケアマネジメント（ケアプラン等）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あること。
- ・ 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、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。

3 介護予防ケアマネジメントの実施

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」（老振発 0605 第1号平成 27 年 6 月 5 日厚生労働省老健局振興課長通知）を参照の上、実施してください。

(1) 介護予防ケアマネジメントの実施手順

プロセス	手 順												
1. アセスメント ●生活機能低下の背景・原因 および課題の分析	①基本チェックリストや利用者基本情報から情報把握 ・ 予防給付では、認定調査項目、主治医意見書等も活用可能 ・ 基本チェックリスト実施マニュアル（様式・資料2）参照 ②対象者および家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析												
2. 介護予防サービス・支援計画書の原案作成 3. サービス担当者会議の開催 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●家族やサービス提供担当者などと共通認識 4. 計画書確定・交付	①対象者および家族と面接しながら、介護予防サービス・支援計画書の対象となる「目標、具体策」を決定 ①サービス担当者会議を開催する。 （予防給付、ケアマネジメントAでは必ず開催） ②家族やサービス提供担当者などと共通認識を得る。 ・ 介護予防サービス・支援計画書の内容について共通認識を得る。 ①利用者及び家族に説明し、同意を得る。署名捺印をいただく。 ②計画を関係者に交付する。												
5. サービス提供事業所が作成する個別サービス・支援計画の内容確認 6. サービス事業提供	①介護予防サービス・支援計画書に基づき、個別サービス・支援計画の目標が設定されているか、目標は適切か、サービス担当者会議で話し合った内容が記載されているか等を確認する。												
7. モニタリングと評価	①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・支援計画書どおり実行できているかを把握する。 ②事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行い、その結果として、以下のように次のサービスや事業につなぐ。 <table><tr><td></td><td>予防給付</td><td>地域支援事業</td></tr><tr><td>改善</td><td>介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了</td><td>一般介護予防事業へ移行/利用を終了</td></tr><tr><td>維持</td><td>予防給付の利用を継続</td><td>介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続</td></tr><tr><td>悪化</td><td>サービスの見直し （変更申請・介護申請等）</td><td>サービスの見直し （要支援・介護認定を申請等）</td></tr></table>		予防給付	地域支援事業	改善	介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了	一般介護予防事業へ移行/利用を終了	維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続	悪化	サービスの見直し （変更申請・介護申請等）	サービスの見直し （要支援・介護認定を申請等）
	予防給付	地域支援事業											
改善	介護予防・日常生活支援総合事業へ移行/一般介護予防事業へ移行/変更申請/利用を終了	一般介護予防事業へ移行/利用を終了											
維持	予防給付の利用を継続	介護予防・日常生活支援総合事業の利用を継続											
悪化	サービスの見直し （変更申請・介護申請等）	サービスの見直し （要支援・介護認定を申請等）											

(2) アセスメント

ア 訪問日調整

利用者について、介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整します。

また、地域包括支援センターに来所した場合においても、訪問によるアセスメントを行います。

イ アセスメントの実施

(ア) アセスメントとは

アセスメントは、利用者や家族と介護予防サービス・支援計画書作成者との協働作業です。そのため、アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

アセスメントは、そのコミュニケーションの過程を通じて、利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、介護予防の考え方を説明したり、生活機能が低下していることを認識できるように支援したり、利用者の自立への意欲・家族への支援などを引き出していく貴重な機会でもあります。

(イ) 利用者の心情に配慮する

加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少による”あきらめ”、これ以上の機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態により、もたらされていることがあります。利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。例えば、基本チェックリスト21～25の項目を参照に、うつ症状が見られたら、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。またアセスメントの過程においては、コミュニケーションを大事にし、過度な負担やストレスを与えないように配慮する必要があります。

(ウ) 生活機能向上イメージ形成への支援

計画作成者は、利用者が介護予防・生活支援サービス事業や予防給付によるサービスなどを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標とする生活のイメージとして共有する必要があります。

かつて利用者が楽しみや生きがいにしてきたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が「またそのことができるようになりたい」と、主体的かつ積極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱くことができるようにすることが大切になります。

(エ) 初回面接における留意点

アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者像を把握し、面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能の低下の状態や状況

について理解することから始めることが大切です。初回面接では、完璧に情報を収集しようとして利用者やその家族から強引に聞き出し、利用者を不快にさせないように信頼関係を作りながら進めることが重要です。

しかし、一方で、専門的な視点による十分なアセスメントを行わず、利用者やその家族の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されてきましたので、適切な介護予防ケアマネジメントが行われるよう、介護予防の理念や概念を再認識するようにしましょう。

ポイント

- ①できていないことばかりに目を向けず、自分のできること、できそうなことを探す。
- ②能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為としていないものがあれば、なぜ、していないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえるように働きかける。
- ③本人や家族が目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ④家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取り組みが継続されることを活用し、環境づくりを行う。
- ⑤具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明を行う。
- ⑥コミュニケーションは言葉のみならず、非言語的コミュニケーション（態度や表情等）に関心を寄せることが大切。

（３） 目標と具体策のすり合わせ

ア 提案と合意形成に向けて

計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的視点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わることの情報を具体的に盛り込むように努めます。

イ 明確な目標設定

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聞きます。

１日及び１年単位の目標について、可能な限り両方記載します。

ウ 自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。特に介護予防を開始したときは、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効だと考えられます。

エ 可能性の考察

「できること」や「できそうなこと」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活がおくれるのか」といった具体的なイメージをもってもらい利用者と一緒に目標を立てることが重要です。

質問を工夫してみる方法の一つに、ありえない仮定をして尋ねる「ミラクルクエスト」があります。例えば膝痛がある方に「奇跡が起こって膝の痛みが無くなったらどうしてみたい」などと尋ねてみると本人の希望や思いが聞けるかもしれません。

(4) 介護予防サービス・支援計画書の原案作成

ア 基本的な考え方

利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となります。誰にでもわかる言葉でわかりやすく、個別性のある計画を作成することが重要です。

目指す暮らしのイメージ（目標）を明確に描き、それに近づくために有効な支援計画の原案を作成して、本人・家族に提案し、十分なコミュニケーションを図りながら相互の理解を深めることが基本です。

イ 支援計画に盛り込む内容

・ 利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組み等は介護予防の重要な取組のひとつです。

・ インフォーマルサービス

家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりの中にあるインフォーマルサポートや、民間企業等により提供される生活支援サービスや一般介護予防事業なども積極的に盛り込むことが大切です。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫等も必要に応じて改善策として盛り込みます。

・ 予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容

生活機能の低下を予防するために利用する介護予防・サービス事業や予防給付のサービス等を選択します。

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TP0 に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TP0 に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について(老振発0605第1号平成27年6月5日一部改正：老認発0313第3号令和8年3月13日)

ウ サービス選択にあたっての留意事項

(ア) サービスの選択について

要支援状態の多くは改善可能性のあるフレイルの状態と考えることができます。そのため、まずは短期集中サポートサービスやサービス活動・Aの利用の可能性を検討します。従前相当サービスが必要と判断した理由は、チェック表に記入し市に提出します。

「訪問型サービス」については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理など）がある利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求することが重要です。

(イ) 福祉用具について

予防給付における福祉用具の利用にあたっては、介護予防プランの根底となった生活目標の内容に照らし、利用の妥当性、適合性を精査することが大切です。

計画作成者は、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（（老高発 0802 号令和6年8月2日）」で使用が想定しにくい状態像及び使用が想定しにくい要介護度に該当する福祉用具をケアプランに位置づける場合は、サービス担当者会議その他の機会を通じて、福祉用具に関わる様々な専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが必要です。

要支援1・2及び要介護1の方（以下、「軽度者」という。）は、平成18年4月から、自立支援に十分な効果を上げる観点から、その状態像から見て利用が想定しにくい品目については、別に告示で定められた一定の例外となる者を除き保険給付の対象としないこととなりました。（「自動排泄処理装置」については、要介護2・3の方も軽度者の扱いとなります。）

しかし、別に告示で定められた一定の例外となる者（種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人）については、保険給付の対象として例外的に福祉用具貸与費を算定することができます。その妥当性については、原則として、要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとなります。

その後、利用実態等を踏まえ、その運用を一部見直すこととなり、平成19年4月から、認定調査票（基本調査）の活用による判定方法に加え、新しい判断基準が設けられました。

※ 例外給付の対象種目・対象要件等詳しくは、本庄市のホームページをご参照ください。

エ 事業所間の情報共有の必要性

介護予防サービスについては、個々のサービスが連動するという認識を持つことが必要です。例えば、通所型サービスと訪問型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を更に活

かす訪問型サービスやセルフケアの内容について変更していく必要があります。

(5) サービス担当者会議

ア 目的

サービス担当者会議は、原則として介護予防サービス・支援計画書作成・変更時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的見地からの意見を求めます。

目的

- ①利用者やその家族の生活への意向およびその課題や目標を共有すること
- ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有をし、その役割を理解すること
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを、専門職による専門的な見地や関係者の意見により検討すること
- ④介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するため、利用者や家族・サービス事業所等の役割を相互に理解し、参加者全員で共有すること

イ 会議の構成員

構成員としては、利用者や家族、介護予防サービス・支援計画書作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

介護予防サービス・支援計画書作成者が、課題の内容に従い、効果的な検討や今後の支援につなげられるように参加者を選定します。

ポイント

サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族に対する個人情報保護に留意が必要です。インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援担当者として会議に出席することも想定されますが、この場合には、インフォーマルサービスの支援者も守秘義務が求められます。

ウ 会議の開催時期と内容

(ア) 介護予防サービス・支援計画書作成時（再作成時を含む）

- ① 利用者の生活状況と介護予防サービス・支援計画書の内容
- ② サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③ サービス提供・支援の計画作成のための二次的アセスメント

(イ) 臨時的開催（目標・サービス内容変更等による介護予防サービス・支援計画変更時）

- ① 本人や家族・介護予防サービス・支援計画書作成者・サービス事業担当者・主治医等のいずれかにより、提供されているサービスが介護予防サービス・計画書どおりの効果を果たしていないと考えられる場合
- ② 利用者の状態に変化があり、介護予防サービス・支援計画の変更が必要な場合

エ 開催方法

介護予防サービス・支援計画書作成者は、サービス担当者会議の開催目的を利用者やその家族とサービス事業所等へ伝え、開催についての了解を得ます。

会議の場合は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、地域包括支援センター等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

サービス事業所等がやむをえずサービス担当者会議を欠席する場合は、事前に利用者の状況や課題などについて確認しておきます。

オ 会議の進め方

介護予防サービス・支援計画書作成者が提示した原案について各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防サービス・支援計画書を最終決定します。その際は利用者・家族、事業所など誰にでもわかる言葉で説明し、理解していただけるような配慮が必要です。

介護予防サービス・支援計画書の変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

留意点

疾患が理由で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。

目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえで介護予防サービス・支援計画書を作成することが大切です。

サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。

意見の確認方法として、受診時の同行や休診時間に主治医の意見照会を行ったり、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

カ 会議の記録

サービス担当者会議の内容や出席者、利用者、関係機関等との連絡や相談内容を「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

(6) モニタリングと評価

ア 目的

モニタリングは、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、支援が介護予防サービス・支援計画書どおり実行できているか、また支援そのものが適切であるのかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防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介護予防サービス・支援計画書の修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

介護予防サービス・支援計画書作成者はモニタリングやサービス事業所からの報告を基に、一定期間後に各利用者の状況を評価します。その目的は介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

モニタリングの視点と評価のポイント

①利用者の生活状況に変化がないか

②介護予防サービス・支援計画書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個々のサービス等の提供やその内容が、実施の結果適切であるかどうか
- ④利用しているサービスについて利用者は満足しているか
- ⑤その他、介護予防サービス・支援計画書の変更を必要とする新しい課題が生じていないか
- ⑥日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目した評価を行います
- ⑦目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して介護予防事業や地域のインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討します
- ⑧目標が達成されない場合は、目標設定の妥当性も含め利用者・家族間の認識を確認し原因を一緒に考えます
- ⑨利用者・家族と介護予防サービス・支援計画書作成者がともに評価し、利用者・家族間にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にします。

イ 実施方法

(ア) モニタリング

家庭訪問を行う以外にも定期的に日常生活に急激な変化が生じていないか状況確認（電話や事業所訪問など）を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。（第3章4「介護予防ケアマネジメントの類型等」参照）

利用者やその家族との日常的な連絡調整、サービス事業所からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報を収集します。これらの実施状況については「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（サービス担当者会議の要点を含む）」に随時内容を記載します。

- (イ) 評価評価を行う際には利用者の状況を適切に把握し、利用者や家族の意見を聴取する必要があるため、利用者宅を訪問して行う必要があります。

サービス事業所が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果からは、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握することができます。これらを集約し、利用者の生活全般に関する評価を行います。

ウ 評価の反映

評価の結果をもとに今後の方針を検討し、より利用者にとって適切なものとなるように介護予防ケアプランの見直しを行います。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します。評価を踏まえて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的に近づけていくことが必要です。

利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、要支援・要介護状態から自立までの状態変化に応じたサービス移行（介護給付や予防給付、介護予防・生活支援サービス事業、自立）がありえることをあらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

高齢者が住み慣れた地域に継続して住み続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立していくことが大切です。

(7) その他

ア 関係機関との連携

円滑かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、市、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関、地域のインフォーマルサービスなどとの連携が不可欠です。

イ サービス事業者との連携

介護予防サービス・支援計画書作成者は、対象者からの情報収集の重複を抑制するとともに、サービス事業者との情報の共有化を図り、支援を行うにあたっての共通の目標やそれぞれの役割を理解して活動できるようにする必要があります。

ウ 主治医の医師や歯科医師との連携

要介護認定等での主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防サービス・支援計画書作成からサービス提供への過程において、当該意見書を作成した主治医との連携は重要になります。特に、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などの医療系サービスを介護予防サービス・支援計画書に位置づける場合は、医師による指示が必要です。

高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、疾患によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認をとる場合があります。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動機能向上に関して専門的な意見を更に仰ぎたい場合は、当該意見書を作成した主治医と相談の上、治療中の整形外科医等に意見を聞くなどの連携も必要になることに留意する必要があります。

※ なお、本市においては、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の医師又は歯科医師の意見を求めなければなりません。

エ 市町村、保健・医療・福祉関係機関等との連携

居宅介護支援事業所が、事業の運営に当たって、上記の関係機関等との密接な連携が、より質の高いケアマネジメントの提供に必要な不可欠であるため、地域のインフォーマルサービスなど様々な社会資源や制度を必要に応じて活用することが必要です。

オ 地域ケア会議の活用について

本庄市では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自立した日常生活を営むことができる「地域包括ケアシステム」を実現する一つの手段として、地域ケア会議を開催しています。

これは、自立支援（本人の有する能力の維持・向上）と重度化防止を重視したケアプラン作成に向けて、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士などの専門職や民生委員等地域の関係者、ケアマネジャーが協働して支援内容について話し合うことにより、その人らしい生活の継続を支援していくものです。

「なりたい自分」に向けた高齢者の自己決定を支援するための、多職種の多様な視点に基づく選択肢が増えることや、地域の社会資源の発掘・開発も期待できること

から、地域ケア会議を積極的に活用しましょう。

4 認定申請期間中のサービス利用と費用の関係

◇事業対象者が認定申請し、結果が「非該当」または「要支援」となった場合

利用サービス	認定結果		非該当の場合	要支援の場合
	費用請求区分			
給付のみ	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費		事業	予防給付
給付と事業 併用	①	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
	②	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（サービス・活動A）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業
	②	事業費（サービス・活動A）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業

◇事業対象者が認定申請し、結果が「要介護」となった場合

利用サービス	要介護とする時期 費用請求区分		要介護の場合
給付のみ	給付サービス費		介護給付
	ケアマネジメント費		介護給付
給付と事業 併用	①	給付サービス費	介護給付
		事業費（介護予防相当サービス）	介護給付
		ケアマネジメント費	介護給付
	②	給付サービス費	介護給付
		事業費（サービス・活動A）	全額自己負担
		ケアマネジメント費	介護給付
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	介護給付
		ケアマネジメント費	介護給付
	②	事業費（サービス・活動A）	—
		ケアマネジメント費	—

5 請求・利用限度額管理

①限度額管理	◆本庄市が実施する総合事業のうち、給付管理の対象となるサービスは、指定事業者によるサービスとする。 ・介護予防相当サービス（訪問型・通所型） ・サービス・活動A（訪問型・通所型） ◆本庄市における事業対象者の支給限度額は、要支援1と同額となる。 ※要支援認定者が予防給付と事業を併用する場合、支給限度額の範囲内で予防給付と事業を一体的に給付管理する。												
②給付管理票	◆総合事業においても限度額管理対象サービスの利用がある場合、給付管理票の提出が必要となる。 ◆総合事業のサービスと予防給付のサービスを併用した場合も、限度額管理対象のすべてのサービスを1枚の給付管理票に記載する。 ◆事業対象者が月途中で認定申請した場合に、給付管理票に記載する区分は次のとおりとなる。 <table><tr><th>月途中の変更内容</th><th>記載する区分</th><th>給付管理者</th></tr><tr><td>事業対象者 → 要支援1</td><td>事業対象者</td><td>包括支援センター</td></tr><tr><td>事業対象者 → 要支援2</td><td>要支援2</td><td>包括支援センター</td></tr><tr><td>事業対象者 → 要介護1～5</td><td>要介護1～5</td><td>居宅介護事業所※1</td></tr></table> ※1：入院等で要介護認定後サービス利用がない場合の給付管理者は包括支援センターとなる。	月途中の変更内容	記載する区分	給付管理者	事業対象者 → 要支援1	事業対象者	包括支援センター	事業対象者 → 要支援2	要支援2	包括支援センター	事業対象者 → 要介護1～5	要介護1～5	居宅介護事業所※1
月途中の変更内容	記載する区分	給付管理者											
事業対象者 → 要支援1	事業対象者	包括支援センター											
事業対象者 → 要支援2	要支援2	包括支援センター											
事業対象者 → 要介護1～5	要介護1～5	居宅介護事業所※1											
③地域包括支援センターが行うケアマネジメント費の請求方法	介護予防支援費などと同様に、地域包括支援センターが毎月10日までに国民健康保険団体連合会へ請求する。												
④サービスの請求方法	◆本庄市が実施する総合事業のうち、指定事業者によるサービスについては、国民健康保険団体連合会へ請求する。 ※請求にあたっては、サービスコード表を参照すること。なお、最新のサービスコード表については本庄市のホームページからダウンロードができます。												

（1） 加算について

ア 初回加算の算定について

指定介護予防支援事業所が初めて介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援をする際、初回加算を算定できます。この他、次の場合にも算定できます。

- ・ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援費が過去2か月以上算定されていない場合で、再開にあたり改めてアセスメント、介護予防サービス・支援計画書を作成、サービス担当者会議を実施した場合。
- ・ 要介護者から要支援者に区分変更となり、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援を提供するため、改めてアセスメント、介護予防サービス・支援計画書を作成、サービス担当者会議を実施した場合。

※ 変更前に、指定介護予防支援事業所から委託していた指定居宅介護支援事業

所が、引き続き介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント支援を受託する場合には、初回加算を算定することはできません。

※ 指定介護予防支援事業所の変更なく、受託する指定居宅介護支援事業所が変更となる場合、初回加算を算定することはできません。また、指定居宅介護支援事業所内で担当が変わる場合も算定はできません。

イ 委託連携加算について

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて、指定介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、指定居宅介護支援事業者と情報連携をした場合に算定できます。ここでいう、情報連携等とは、契約の締結、介護予防サービス・支援計画書の作成、担当者会議の開催を意味します。利用者 1 人につき 1 回、当該委託を開始した日に属する月に算定可能です。

※ 担当者会議への地域包括支援センターの出席について、感染症等のやむを得ない事情等がある場合はその限りではありません。

- ・ 委託する際に初回加算が算定された場合。
- ・ 指定介護予防支援事業所の変更はなく、指定居宅介護支援事業所が変更になった場合。
- ・ サービスの利用が継続したまま指定介護予防支援事業所から指定居宅介護支援事業所に委託となった場合。

※ 指定居宅介護支援事業所内で担当が変わる場合は算定できません。

6 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託について
6-1

令和8年6月

業務の流れ	地域包括支援センター	受託居宅介護支援事業所	関係書類
業務委託契約 (新たに契約していただける事業所のみ)	●介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書により指定居宅介護支援事業所との業務委託契約の締結をします。	●業務委託 介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書2部それぞれに記名、押印と割印をしたものを、契約締結する地域包括支援センターに提出してください。代表者印を押印後、1部お返しします。 また受託される居宅介護支援事業所については、代理受領委任状の提出をお願いします。	●介護予防サービス・支援計画書作成委託契約書 ●代理受領委任状(2部)
利用申込みの受付	●新規利用の場合 原則的に、お住まいの地域の地域包括支援センターが担当します。 ●業務委託をする場合 申込者に希望の居宅介護支援事業所がある場合は、担当可能か事業所に確認し、文書または電話にて依頼します。	●要支援1・2の認定を受けている方や新規申請で要支援と認定される見込みのある方が、直接受託居宅介護支援事業所に相談に来た場合についての対応 <原則> お住まいの地域の地域包括支援センターを紹介してください。相談を受けたことを、地域包括支援センターから電話連絡する必要がある場合は、氏名や電話番号などの個人情報を伝えることについてご説明をお願いします。 ※業務委託の希望がある場合においても必ず、地域包括支援センターに電話連絡をお願いします。	
契約の締結	●お住いの担当地域包括支援センターが契約の締結を行い、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書の締結を行います。	●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書の説明と記名 2部に記名・押印をいただき、1部は利用者に交付し、1部は事業所で保管してください。 ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書(兼重要事項説明書)の説明と記名 2部に記名・押印をいただき、1部は利用者に交付し、1部は事業所で保管してください。 ●個人情報使用同意書の説明と記名 2部に記名・押印をいただき、1部は利用者に交付し、1部は事業所で保管してください。 ●契約の変更 ※更新の結果、ご担当の利用者が引き続き要支援認定を受けたことを機に、担当を終了する場合は、利用者がお住いの地域の地域包括支援センターに連絡し、引継ぎを行います。 ※契約期間中に担当を続ける事が困難である場合は、お住いの地域の地域包括支援センターに連絡し、引き継ぎを行います。	●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書 ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書(兼重要事項説明書) ●個人情報使用同意書 ●介護保険被保険者証 ●介護保険負担割合証
①介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント(変更)届出	●指定居宅介護支援事業所より、契約締結後速やかに介護保険課へ届出を行います。	指定居宅介護支援事業所が担当する場合、直接市役所介護保険課へ、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント(変更)届出書をお願い致します。 ※届け出は予防給付及び事業対象者の認定毎に行う必要があります。 【地域包括支援センターへの書類提出】 ●介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントサービス利用契約書へ記名・押印された頁の写し ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書(兼重要事項説明書)へ記名・押印された頁の写し ●個人情報使用同意書の説明と署名された写し ●介護保険被保険者証写しの提出 届出がされた利用者の介護保険被保険者証写しの提出 ●介護保険負担割合証写しの提出 介護保険負担割合が2割または3割に該当する利用者のみ、写しを提出	●介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント(変更)届出書 ●介護保険被保険者証 ●介護保険負担割合証

②アセスメントの実施	●初回アセスメント時には、地域包括支援センター職員が同行します。 ●指定居宅介護支援事業所が担当している場合においても、通所型・訪問型サービスを利用する際のチェック表に該当した際には、地域包括支援センターより高齢者福祉課へ届け出を行います。	●アセスメントは、基本チェックリスト、利用者基本情報、課題整理総括表の活用や、必要に応じて、主治医意見書、認定調査結果の開示を受けて実施します。 ●原則として介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際には、元気アップ・生活力アップサポートサービスの指定を受けている事業所を選定して頂きます。しかしながら通所型・訪問型サービスを利用する際のチェックに該当する方は、現行相当サービスを実施する事業所からの選定が可能です。 ※住所地利例施設を利用中の方は、市外の保険者の方でも本庄市の指定を受けた事業所を選定していただきます。	●介護認定審査に係る資料提供申請書（※主治医意見書や認定調査結果の開示を受けるための申請書） ●基本チェックリスト ●利用者基本情報 ●課題整理総括表 ●通所型・訪問型サービスを利用する際のチェック表
③介護予防サービス・支援計画原案の作成	●原則、サービス担当者会議には地域包括支援センターの職員が参加します。その上で、会議終了後に本案の確認を行います。	●原案の提出 介護予防サービス・支援計画書の原案を作成します。作成後、地域包括支援センターへ提出してください。 ●計画の期間設定 利用者が一定の期間に達成可能であること等を考慮して設定し、最長1年間とします。 ●新規作成時の提出書類 新規作成時には、利用者基本情報、基本チェックリストと利用開始月のサービス利用票の提出をお願いします。 ●更新された利用者の評価終了後の提出書類 評価期間終了後、新たな介護予防サービス・支援計画書の原案を提出の際には、利用者基本情報、基本チェックリストと更新された介護保険被保険者証写しの提出もお願いします。	●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) ●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●サービス利用票 ●介護保険被保険者証(更新されたもの)
④サービス担当者会議の開催	●やむを得ず参加できない場合には、提出して頂いた原案に電話等で地域包括支援センターの意見をお伝えします。確定した介護予防サービス・支援計画書をお持ち頂き、地域包括支援センターが意見を記入し確認欄に氏名を明記した後、原本を居宅介護支援事業所に速やかにお返しします。	●原則として介護予防サービス・支援計画書作成時と変更時に開催します。また初回、区分変更、更新の担当者会議には地域包括支援センターの職員が参加しますので、開催日の連絡をお願い致します。 担当者会議の内容は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記載します。 ●確定した介護予防サービス・支援計画書をお持ち頂く際には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録をお持ちください。	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
⑤介護予防サービス・支援計画書の説明・交付	●担当者会議終了時に確定した介護予防サービス・支援計画書の確認欄に確認者の氏名を明記します。	●原案の内容を利用者・家族ならびに会議の構成員に説明し、変更点があれば修正しつつ同意が得られたら介護予防サービス・支援計画書を交付します。利用者名を記入した原本は、事業所に保管し、写しを地域包括支援センターに提出してください。	
⑥サービス提供の連絡・調整、個別サービス計画の提出依頼		●介護予防サービス・支援計画書を基にサービス提供事業者サービスへの依頼等連絡・調整を行います。 ●介護予防サービス・支援計画書作成時と変更時には、サービス提供事業者から個別サービス計画書の提出を求めてください。	
⑦モニタリング		●実施時期 少なくとも、サービスの評価期間終了月及びサービス提供開始月の翌月から起算して3か月に1回は、利用者宅を訪問し、面接をします。利用者宅を訪問しない月は、特段の事情が無い限り、サービス提供事業所を訪問しての面接や電話等により利用者と接触し、モニタリングを実施します。なお、状況の変化があった場合等は、必ず利用者宅を直接訪問して面接を行います。その結果については、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入してください。 ●記録の提出 ケアプラン更新及び変更時に、前回提出以降の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録の写しを地域包括支援センターへ提出してください。	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
⑧評価	●地域包括支援センターは、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について確認し、意見を記入した後、原本を居宅介護支援事業所へ速やかにお返しします。	●評価の時期 評価の時期は、介護予防サービス・支援計画書に位置づけた期間が終了する前や、利用者の状態が変化し計画の見直しが必要になったとき等に行います。その結果を介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表に記入します。 ●評価表の提出 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は、地域包括支援センターへ提出してください。	●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

⑨日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整、要支援認定の申請に係る援助	●更新の確認 要支援認定の更新の申請が、遅くとも有効期間の満了日の３０日前には行われているか、必要に応じて居宅介護支援事業所に確認してください。 ●総合事業のみの利用者の更新の場合、申請が期限前に行われているかを居宅介護支援事業所に確認してください。	●経過記録 訪問・電話等での利用者との相談や、サービス提供事業者との連絡調整等を行った場合には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入します。 ●更新への援助 担当する利用者の、要支援認定の更新の申請が、遅くとも有効期間の満了日の３０日前には行われるよう、必要な援助を行ってください。 ●総合事業のみの利用者の更新の場合、包括からの確認を受けてください。	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ●介護保険（要介護認定・要支援認定 要介護更新申請・要支援更新申請）申請書
給付管理票の作成・委託料の請求		●サービス提供事業者からの実績を確認し、実績報告の写し（＊１原則。ただしデータ連携の場合は、利用票に実績を入力したもの）及び給付管理入力票または給付管理票、委託料請求依頼書（＊２、３）（介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて作成し、それぞれ別紙を添付）を作成します。作成後、毎月５日（５日が土曜日となる場合は４日、５日が日曜日となる場合は６日）までに地域包括支援センターに提出してください。 本庄市役所に提出の場合は、給付管理票については、毎月５日までを期限といたしますが、５日が土曜日となる場合は、４日金曜の１６：００まで、５日が日曜日となる場合は３日金曜の１６：００までといたします。 ●月遅れ請求に対しては、利用月の委託料請求依頼書（介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて作成し、それぞれ別紙を添付）を別に提出して下さい。	●実績報告の写し（＊１） ●給付管理入力票または給付管理票 ●介護予防支援委託料請求依頼書 ●介護予防支援請求書（県外の事業所）（＊２） ●別紙１ ●介護予防ケアマネジメント委託料請求依頼書 ●介護予防ケアマネジメント請求書（県外の事業所及び住所地特例施設入居者）（＊３） ●別紙２
予防給付費・総合事業費の請求	●利用実績・給付管理票から埼玉県国民健康保険連合会に予防給付費・総合事業費の請求をします。		
委託料の支払い	●介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費は、国保連からの代理受領方式によって支払います。（システム上により県外事業所及び住所地特例施設入所者については例外になります）	●システム対象外の利用者を担当している事業所には、国保連から包括に入金確認後の翌日１０日までに指定された金融機関へ入金致します。	
終了者に関する書類の提出	●提出された書類を確認し、受け取り証をお渡しします。	●支援の終了 更新等の結果により、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を終了した場合は、利用者に関する書類の原本を地域包括支援センターに提出してください。 また、委託先事業所を変更する場合は、個人の情報の提供に関する同意書に利用者の記名・押印をいただき、写しを地域包括支援センター、または、引き継ぐ事業所へ渡し、原本は、これまで受託していた事業所で保管してください。その後、重要事項説明書、個人情報の提供に関する同意書の原本を地域包括支援センターにお返し頂き、それ以外の書類は、新たに担当する事業所へ引き継いでください。その際、評価期間等により、評価表を提出して頂きます。なお、事業所内での担当変更に関しては、介護予防サービス・支援計画書の原本に担当者を見え消しをし、その横に新たな担当者の氏名と変更年月日を記載して、その内容を介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記入してください。	●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●個人情報の提供に関する同意書 ●【別紙】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書） ●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 ●個別サービス計画書 ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

6-2 介護予防ケアマネジメントにおける地域包括支援センターへの提出書類一覧

段階	資料 NO.	提出書類（写し）	新規	認定の更新	プランの更 新・変更	終了時
利用者との契約	6	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書（兼重要事項説明書）	○			○原本
	7	個人情報使用同意書	○			○原本
		介護保険被保険者証（届出済）	○	○		○
		介護保険負担割合証（2割・3割の方）	○			○
介護予防サービス・支援計画書 作成	1	基本チェックリスト	○	○	○	○原本
	2	利用者基本情報	○	○	△	○原本
	3	介護予防サービス・支援計画書	○	○	○	○原本
	5	サービス利用票	○	○	○	○原本
	12	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録 （担当者会議の記録・訪問記録）	○	○	○	○原本
	9	課題整理総括表	※	※	△	※
介護予防ケアマネジメントの終了	13	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		○	○	○原本
	17	個人情報の提供の同意書（委託先事業所を変更する場合）				○

※ 「課題整理総括表」任意ではあるが活用が望ましいもの
△ 記載内容等の変更があった場合、必要に応じて提出

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録は、ケアプラン更新及び変更時にも提出をお願いいたします。

本庄市介護予防ケアマネジメントマニュアル（基本方針）

初版 令和 3年 12月

第2版 令和 8年 6月

発行元：本庄市福祉部高齢者福祉課

監修：地域包括支援センター

〒367-8501 本庄市本庄3-5-3

電話：0495-25-1722