令和６年度　大分市介護予防ケアマネジメント研修会

令和６年６月１２日（水）

オンライン（ZOOM）開催

— 次　第 —

１．介護保険の基本理念等

介護保険の基本理念と介護予防ケアマネジメントの考え方

ケアマネジメントプロセス

自立支援に向けたプラン作成のポイント

２．演習

生活機能評価表を作成して課題分析を行い、ケアプラン作成の思考過程を押さえる

３．運営基準等

介護予防支援業務について

一部委託（受託）について

４．総合事業について

介護予防支援業務の一部委託について

本市では、以下①～③のいずれかを受講した者を１名以上配置していることが、地域包括支援センターから介護予防支援業務の一部委託を受けることができる事業所の条件としています。

①大分市介護支援・サービス事業従事者合同基礎研修会（平成２４年度～２６年度）
②大分市介護予防ケアマネジメント新任者研修会（平成２７年度～令和１年度）
③大分市介護予防ケアマネジメント研修会（令和２年度～）

・上記①～③のいずれかの研修について受講、または事業所内で受講者より伝達を受けた介護支援専門員が、介護予防支援業務の一部委託を受けることができます。

・事業所内で介護予防支援業務に関する知識及び能力の向上に努めてください。

＜受講者アンケート二次元コード＞**回答期限：6月21日（金）**

https://ttzk.graffer.jp/city-oita/smart-apply/surveys/1174590510251329424

大分市長寿福祉課

1. 介護保険の基本理念と
介護予防ケアマネジメントの考え方について

＜参考資料＞
地域包括支援センター運営マニュアル3訂　Ｐ229～289

介護保険法①

（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、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

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

介護保険法②

（介護保険）

第二条　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できるように配慮されなければならない。**

（国民の努力義務）

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、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、**要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める**ものとする。

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。

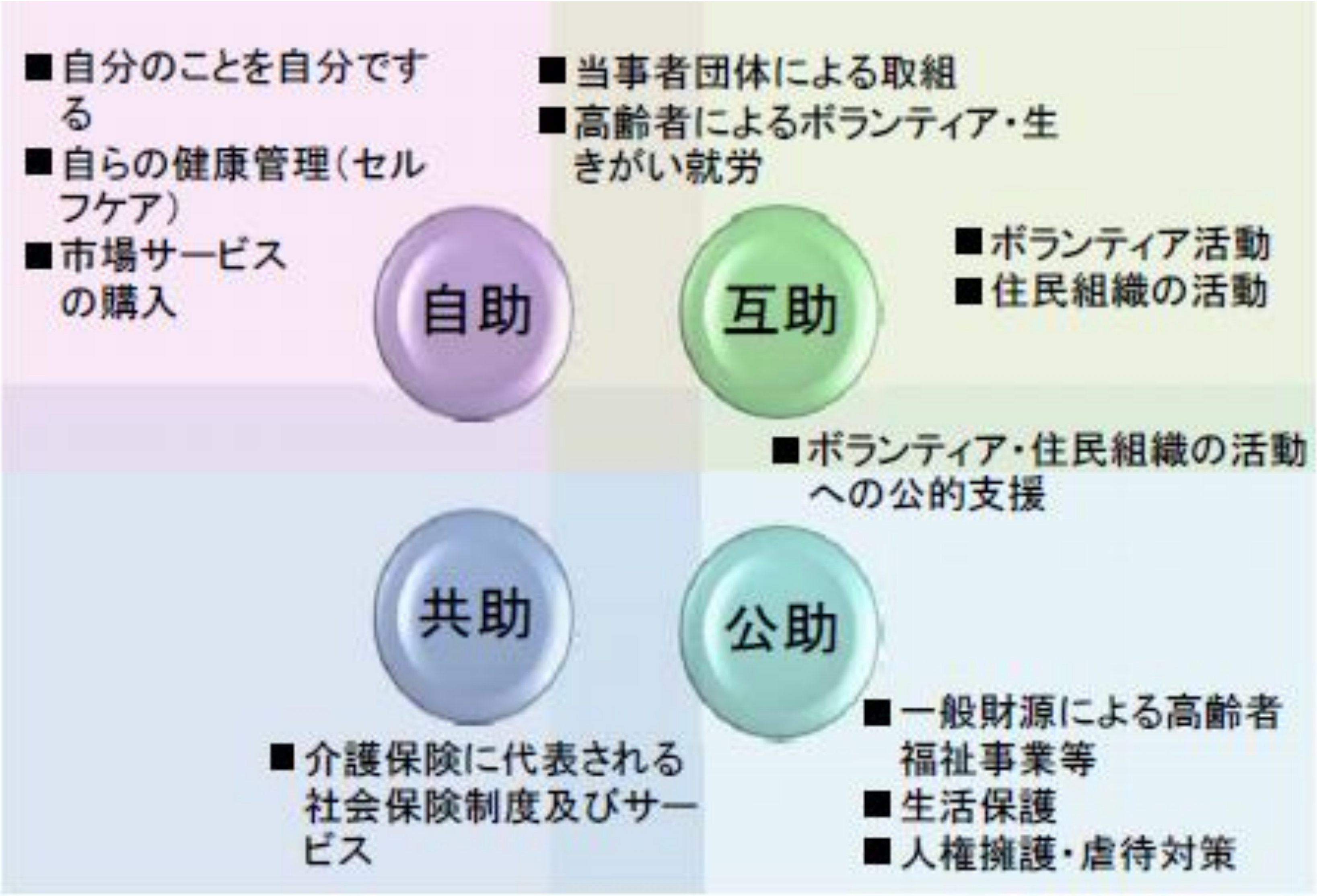
介護保険制度における「介護予防」とは

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がそれ以上悪化しないようにすること
（改善・維持・悪化の遅延を図ること）

介護予防とは、心身機能の改善や環境調整などを通して、一人ひとりの高齢者が<u>できる限り要介護状態にならずに、自立した日常生活を送ることができるように支援すること</u>を目的に行われるもの。

「自助･互助･共助･公助」



＜平成２５年３月地域包括ケア研究会報告書より＞

「自立支援」の考え方

「自立ができたら社会に参加するのではない。自立のあり方は多面的であるが、自立は個人で完結するものではなく、社会への参加を通して自立が促されることは共通している。他者とのつながりの中で自立していくためのつながりの再構築こそが求められている」

＜地域力強化検討会の最終とりまとめ（平成29年9月12日）より＞

「本人の自己選択、自己決定を基本に、経済的自立のみならず日常生活自立や社会生活自立など本人の状態に応じた自立を支援する」

＜生活困窮者自立支援制度より＞

「固有の尊厳、個人の自立（自ら選択する自由を含む。）及び個人の自立の尊重」

＜障害者の権利に関する条約より＞

軽度認定者の特性①

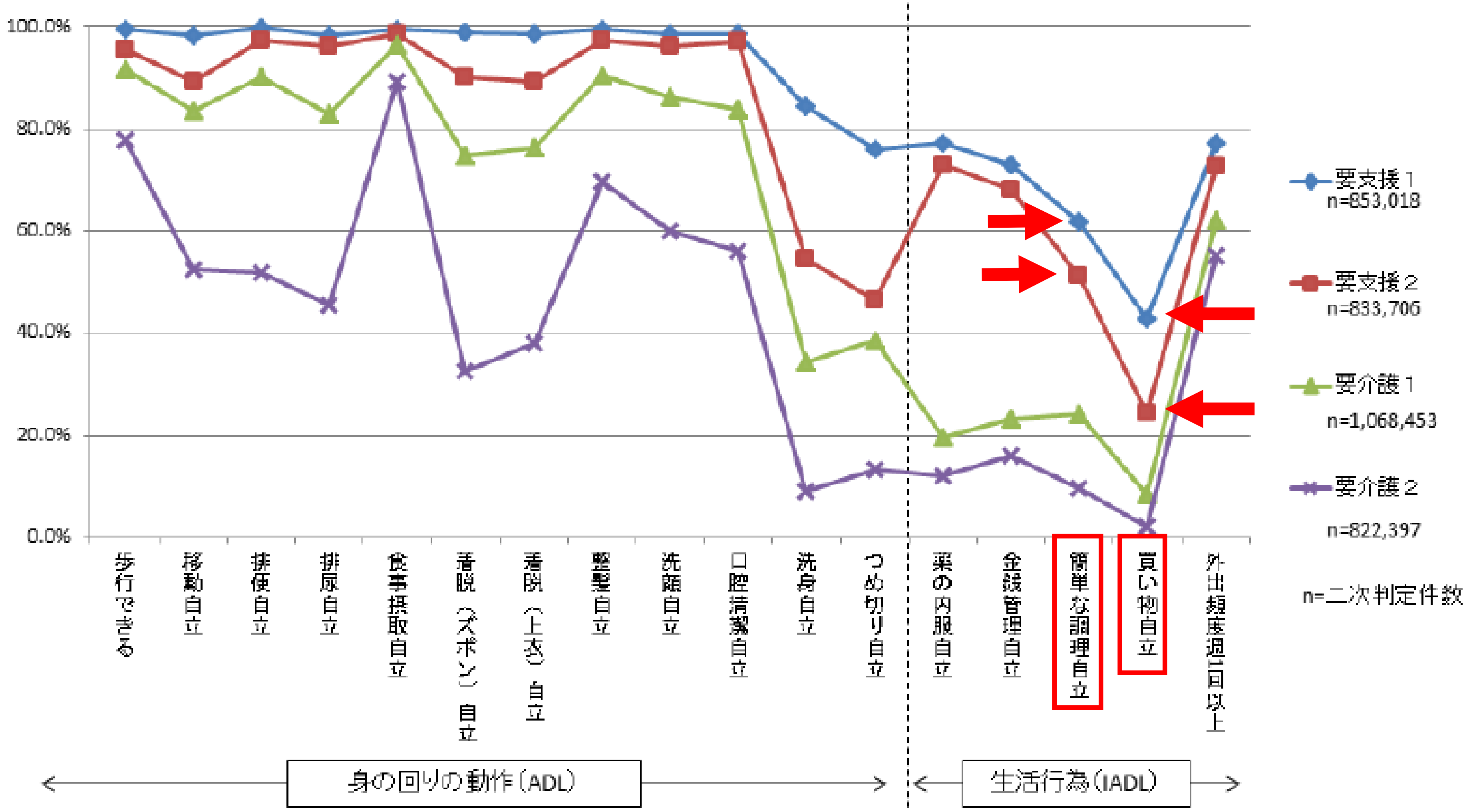
●脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、変形性股関節症や膝関節症など<u>痛みやしびれ</u>を伴う整形外科的疾患が多い

●安静にしすぎてしまい、廃用（筋力低下）につながることも

⇒◆安静によるリスクの説明
◆医師の指示を踏まえ、できる動作をふやすようなケアマネジメント

要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

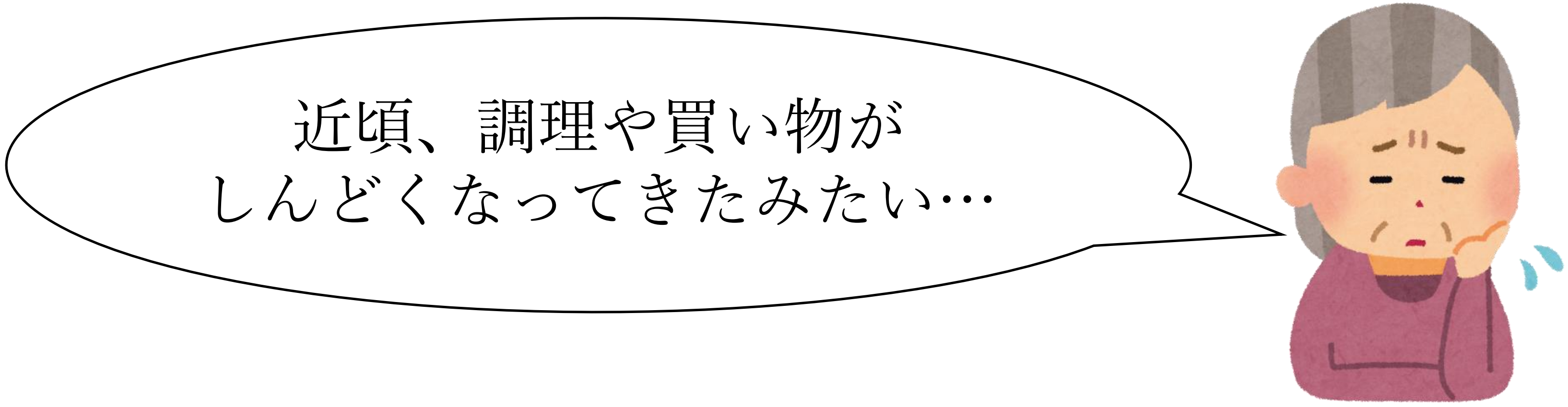


※1　「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
※2　平成28年度要介護認定における認定調査結果（出典:介護保険総合データベース（平成30年1月15日集計時点））

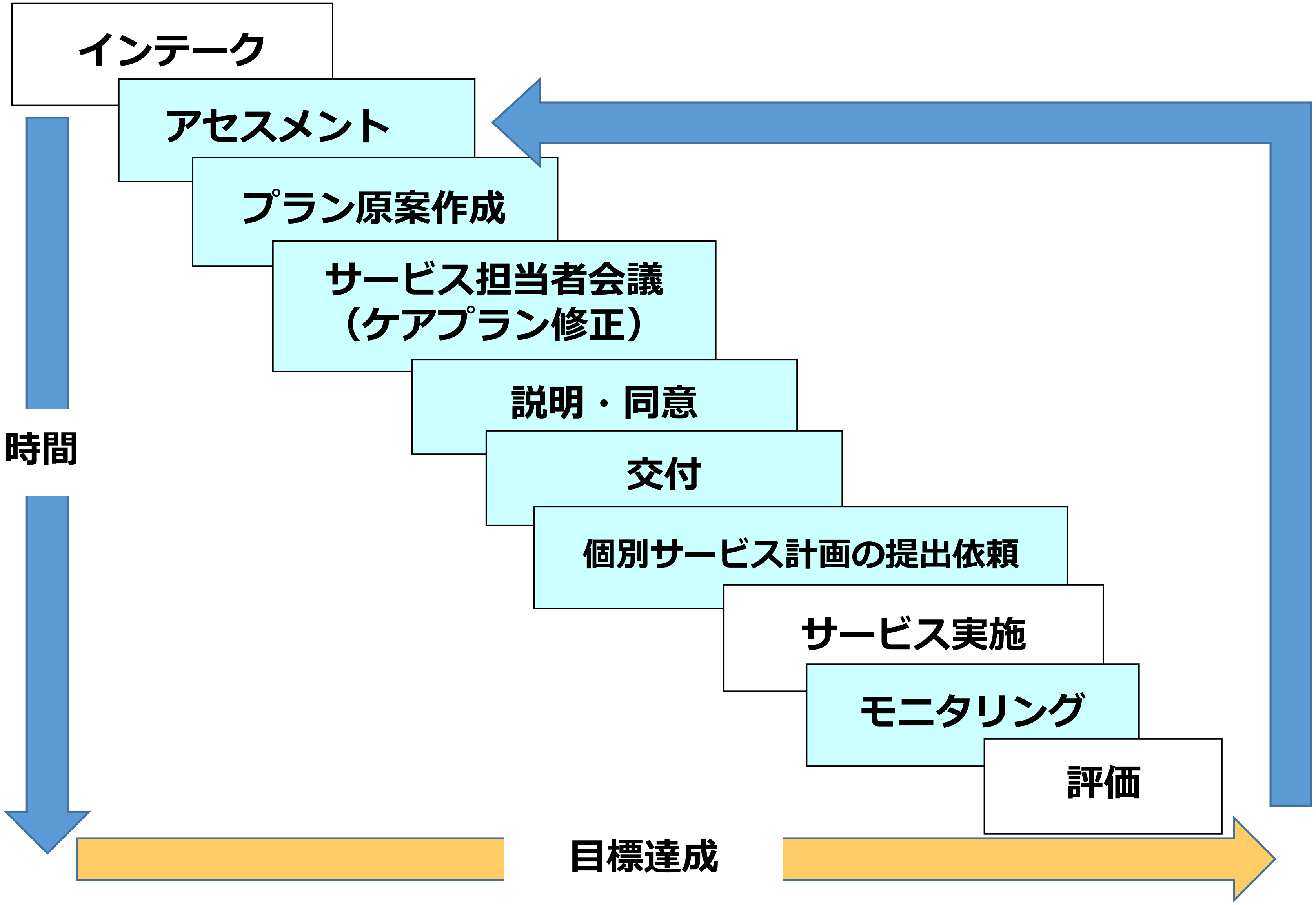
軽度認定者の特性②

●ＡＤＬ（身の回りの動作）はほぼ自立しているが、
　ＩＡＤＬ（生活行為）の一部ができにくくなっている。

⇒◆アセスメントが重要
　できなくなった要因は？本人？環境？
　再度できるようになるためには？



ケアマネジメントのプロセス



インテーク･アセスメント

【情報把握】

●利用者基本情報
●基本チェックリスト
●生活機能評価表
※大分市では要支援者の新規ケアプラン作成時（変更も含む）、
生活機能評価表を作成することとしている

＊各様式・記載要領等については、**『介護予防サービス・支援計画表等作成の手引き』**を参照

生活機能評価表

氏名		性別		調査日	年　月　日

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
IADL	掃除			
	洗濯			
	買物			
	調理			
	整理			
	ごみ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
	社会参加			

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

生活機能評価表＜参考：埼玉県和光市＞

- 日常生活のどこに困っているのか、客観的に状況を把握するツール
- 誰にでも分かるように、○△×で表現
- 共通認識をもつことで共通化をはかる

自立度	自立		一部介助		全介助	
			改善の可能性が		改善の可能性が	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	高い	低い	高い	低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

- 生活機能評価表を活用し、どの生活行為を向上させるのか見通しをたてること
- 生活機能評価表とケアプランは連動させること

生活機能評価表＜記入例＞

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行	○2	○1	壁や家具等を伝いながら歩く。
	屋外歩行	△1	○1	杖歩行。５分ほど歩くと疲れる。
	外出頻度	×１		病院受診以外、外出しない。
	排泄	○2		自立だが、尿もれが気になるようになってきた。
	食事	○2		自立だが、水分摂取時に時々むせる。すべて自歯。
	入浴	○2	○1	ひとりで入浴しているが、浴槽のまたぎが難しく、シャワーのみ使用。
	着脱衣	○1		自立。
	掃除	×１		かがむ時に腰痛があるため、自分ではしていない。
	洗濯	×１		腰痛のため、自分ではしていない。
	買物	×１		入院前は自分でしていたが、骨折後は人に頼んで必要な物を買ってきてもらっている。

事前の欄はすべて記載し、事後（予測）はケアプランの期間で改善させたい項目のみを記載する。

アセスメントの視点

アセスメント＝情報収集＋課題分析

できる、できないのチェックは単なる情報収集

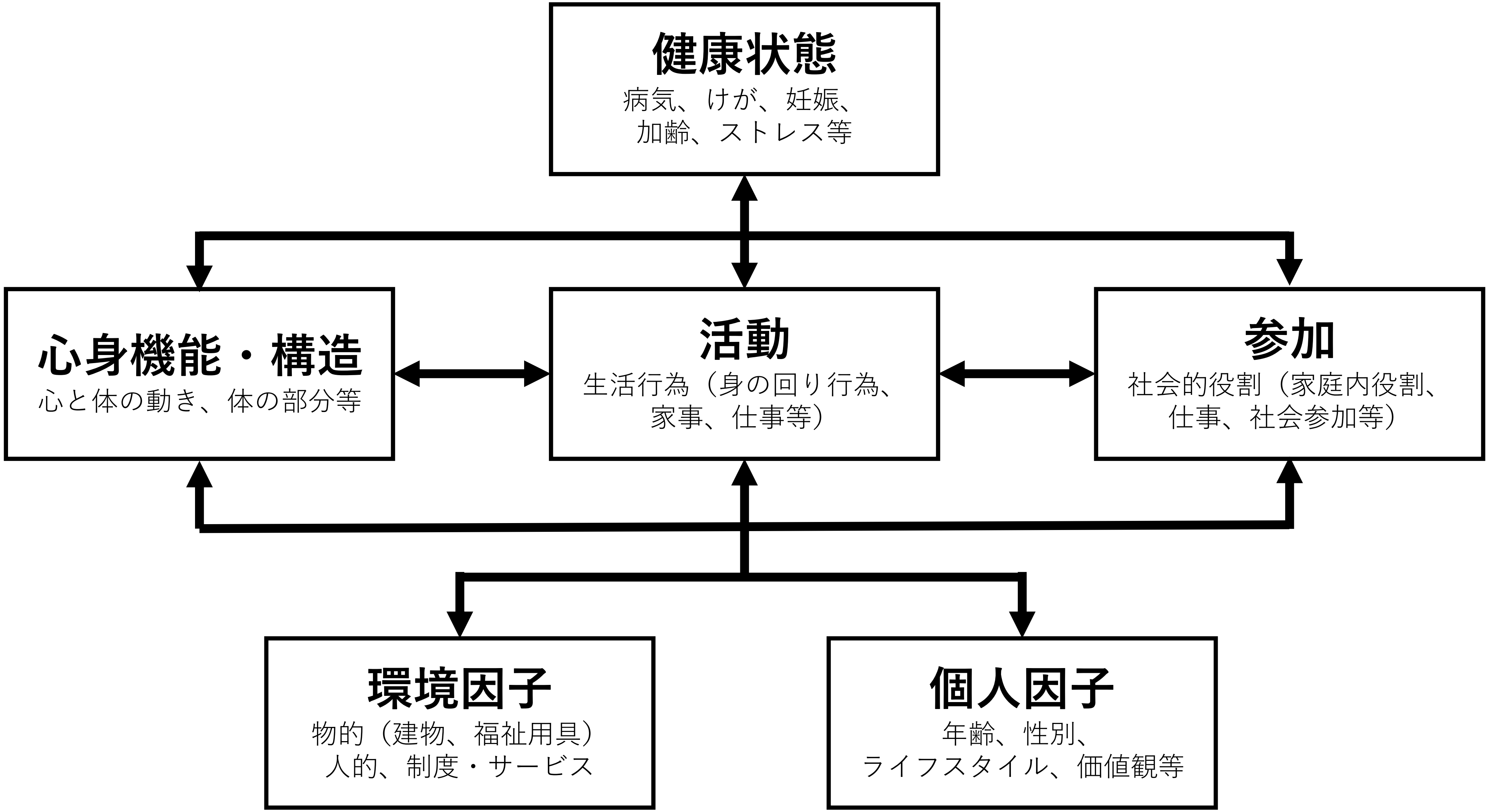
「○○ができない」（例：ひとりで入浴できない）

⇒・なぜできないのか
・できないのはどの部分（行為）なのか
・どうしたらできるようになるのか

★工程分析を行っていくことが重要

【参考】
●自立支援型通所サービス生活機能向上支援マニュアル（令和５年３月改訂）
●自立支援ヘルパー実務マニュアル（令和６年３月改訂）
<主な内容>
・アセスメント　・自立支援におけるポイント
・効果的なサービス提供プログラム（運動・栄養・口腔の一体的実施）

国際生活機能分類（ICF）



＜第１回社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会 参考資料（大川）＞

「因子分解」手法による課題分析

～「○○ができない」の原因を探す（課題分析）～

・個人因子と環境因子に分けて分析
・解決すべき課題を明確にしていく

自立支援型ケアプラン例

総合的な課題	目標
自宅では入浴できないため 清潔を保持する必要がある。	通所介護を利用し、入浴できる。

これは手段！
この目標では自立支援にはならない。

自立支援型の
ケアプランにすると…

総合的な課題	目標
生活不活発病や膝痛のため、 下肢筋力が低下。 浴槽のまたぎが難しくなってきて おり、自宅での入浴に不安がある。	浴槽のまたぎ動作が楽にできる ようになる。

目標設定と具体策のポイント①

【目標設定】

●本人の興味や関心のあるものを中心に
（“興味・関心チェックシート”の活用等）

●本人らしく、わかりやすい表現（専門用語は使用しない）

●ケアプランの期間に達成可能なもの（スモールステップ）

●評価しやすい、具体的なもの

●支援者側の目標にしない

●サービス利用自体を目標にしない

「○○できるようになりたい」「○○に挑戦する」など、**本人が自主的で具体的な目標設定をイメージできるように支援**する。

興味・関心チェックシート

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

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

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

目標設定と具体策のポイント②

【具体策】

●課題（生活機能低下の原因）を解決する具体策

●セルフケアや家族の支援等、介護保険サービス以外を意識

●地域や家庭での役割が再獲得できるような働きかけ

＜例＞

【目標】（６か月後には）ひとりで○○まで歩いて行けるようになる。
【具体策】①▼▼を利用して△△を行う
②□□に意識して取組む（セルフケア）
③誰々が◇◇を行う　　など

ケアマネジメントに必要なこと

〇

【自立支援型・介護予防型の介護】

●解決すべき課題の抽出とその原因の分析
（「生活機能評価表」等の様式の活用）

●改善や自立の意欲を引き出す説明（合意形成）

●利用者や家族、ケアマネジャー、サービス提供事業所等の関係者での課題や目標の共通認識
（サービス担当者会議等の活用）

⇒ **利用者の生活機能やＱＯＬの維持・向上**

×

これまでの【お世話型の介護】
（例）利用者の残存能力等を考慮しない援助
　　　利用者や家族の要望通りの援助　等

⇒ **利用者の生活機能やＱＯＬの低下**

3. 運営基準等

「介護予防支援業務について」

◆介護予防支援業務マニュアル
ダウンロード･･･大分市HP＞健康・福祉・医療＞介護・障がい者・福祉＞介護保険＞事業者の方へ＞介護サービス計画作成担当者の方へ＞介護予防支援業務マニュアルと自己チェックリストを改定しました

介護予防支援業務について

「大分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等を定める条例」

↓

- 介護予防支援事業者に必要な最低限度の基準を定めたもの
- 事業者は基準を満たすだけでなく、常にその業務の運営の向上に努めなければならない
- 条例を遵守した上で、適切なケアマネジメント業務の遂行に努めること

※条例は大分市ホームページに掲載

基本方針

※第4条の５は省略

第４条
指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるれるものでなければならない。

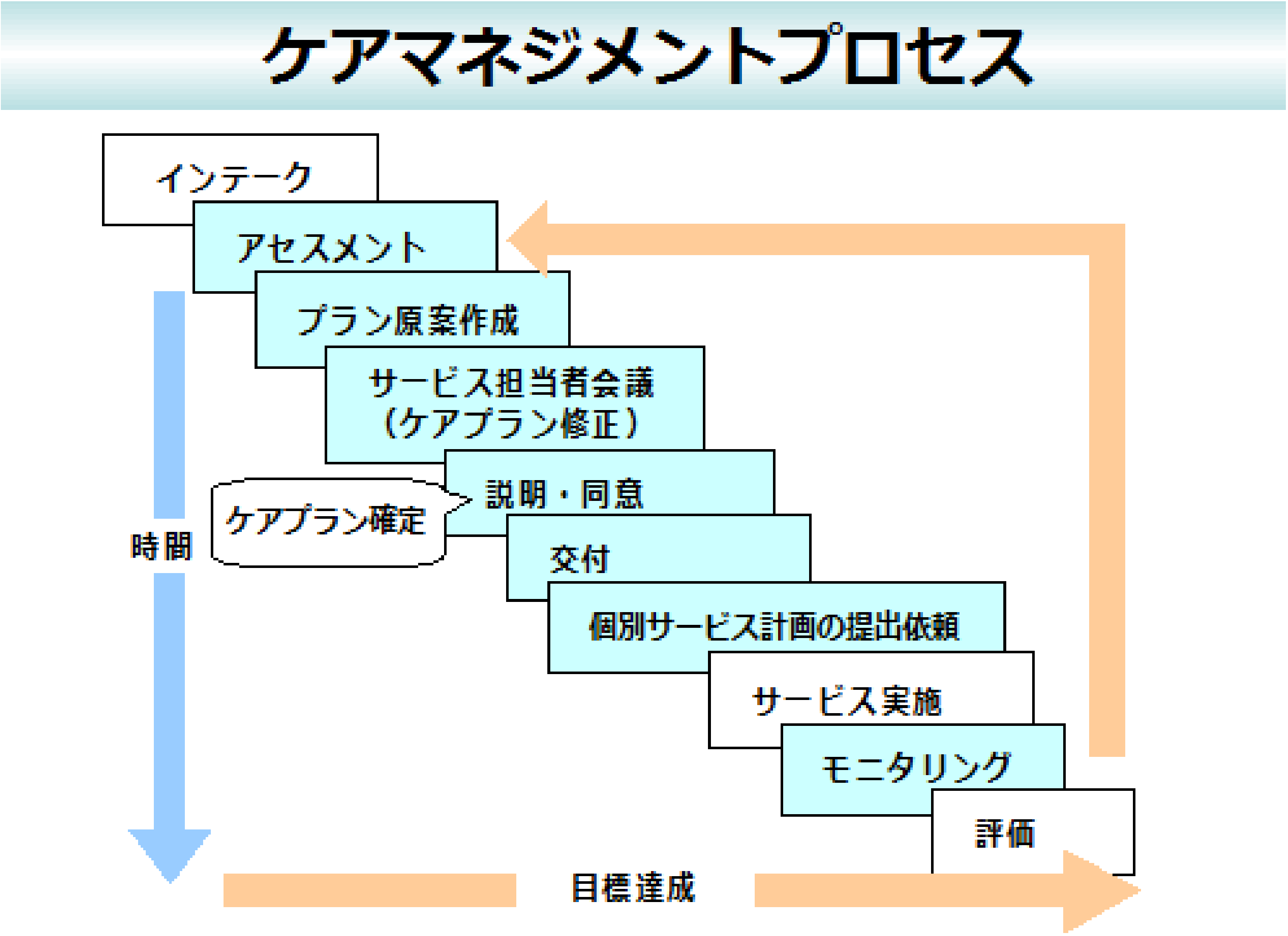
２
指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

３
指定介護予防支援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介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

４
事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、（略）居宅介護支援事業者、他の介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者総合支援法に規定する指定特定相談支援事業者、（略）地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

※「大分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等を定める条例」より抜粋

ケアマネジメントの一連の流れ



インテーク

※マニュアルP.1

利用開始時の説明・同意	・運営規定の概要や重要事項等を記した文書を交付・説明、同意を得なければいけない。 （介護報酬改定、利用者負担額変更時も含む） ・複数の介護予防サービス事業者等の紹介を求めることが可能であることについて、理解を得なければならない。
個人情報に関する同意	あらかじめ文書により得なければならない。
入院時の情報提供	担当職員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるよう求めなければならない。
総合的な介護予防サービス計画の作成	・利用者本人の取り組み、家族が行う支援、地域住民による自発的な活動によるサービス利用も含めて、総合的かつ目標指向的な計画となるよう努める。

インテーク → アセスメント → プラン原案作成

アセスメント

※マニュアルP.1

課題分析	・適切な方法により、課題を把握する。
把握が抜けやすい項目	・趣味、嗜好、生活歴等。家族関係、地域とのつながり。 ・既往歴、現在の治療状況。 ・×「自立」「全介助」のみ 　○「どのような支援があればできる」など状態像の把握。 ・利用者の望む暮らし。
留意点	・物理的な理由がある場合を除き、<u>必ず利用者宅を訪問し</u>、利用者及び家族に面接して実施。 ・ケアプランを新規で作成する場合や見直しをする場合等に実施。

インテーク → **アセスメント** → プラン原案作成

ケアプラン原案の作成

※マニュアルP. 2

利用するサービスはケアプランに位置付ける	ケアプランには給付を受けるサービスを全て位置付けなければならない。
不適切なサービス提供をしない	・利用者ができることは利用者が行い、できないことは家族、地域住民による支援、他のサービスなど総合的効率的に提供。給付の対象以外のサービスもケアプランに位置付ける。
複数の介護予防事業者等の紹介	・利用者からケアプランの作成にあたって複数の介護予防サービス事業者等の紹介の求めがあった場合には、誠実に対応する。 ・ケアプラン原案を利用者に提示する際には、利用者が居住する地域のサービス事業者、サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。

インテーク → アセスメント → **プラン原案作成**

ケアプラン原案の作成

※マニュアルP. 2

記載方法	開始日と終了日を年月日で記載する。
期間設定	・認定の有効期間を考慮して設定。 ・大分市では3か月～6か月を目安としている。
福祉用具貸与のみの場合	・期間を1年以内として良い。 ・その期間の中間（～6か月）で利用者の状態等を確認した上で、福祉用具事業者と連携して継続の必要性について検証し、その旨を支援経過に記載すること。※介護予防支援のみ。

インテーク → アセスメント → プラン原案作成

サービスを位置づける時の留意点

※マニュアルP. 2

医療サービス	・主治の医師等の指示を確認、指示内容は記録。 ・利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、作成したケアプランは**主治の医師等に交付。**
福祉用具貸与	・ケアプランに貸与が必要な理由を記載、サービス担当者会議で貸与を受ける必要性を検証。 ・継続して貸与を受ける必要性をサービ担当者会議で検証、必要な場合はその理由をケアプランに記載。
特定福祉用具販売	利用の妥当性を検討、ケアプランに必要な理由を記載。

インテーク → アセスメント → **プラン原案作成**

サービスを位置づける時の留意点

※マニュアルP. 2

対象福祉用具	福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供すること。 【品目】 ・固定用スロープ ・歩行器（歩行車を除く） ・単点杖（松葉杖を除く） ・多点杖

インテーク → アセスメント → **プラン原案作成**

訪問型サービス	・利用者が<u>可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮する</u>とともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他のサービスの利用の可能性についても考慮したうえで位置づけること。 ・利用者が１人暮らしであるか又は家族等の障害、疾病の有無に限定されるものではなく、適切なアセスメントに基づき、個々の利用者の状況に応じて判断する。 ※本人の代行的なサービス（介護給付でいう生活援助）を位置づける場合は以下の点を必ず確認すること。 ・特に家族の支援、他のサービスの利用を検討すること。 ・支援を要する状態が解消された場合は本人自身が行うことを前提とすること。 ・サービス担当者会議で代行的なサービスを位置づけることが適切と判断されたとき。
通所系サービスの各種機能向上加算	・基本チェックリストの結果等により、機能向上サービスが必要であると判断される場合。 ・機能向上計画に定める実施期間終了後はその結果の報告を受けなければならない。

インテーク → アセスメント → **プラン原案作成**

対象福祉用具販売・特定福祉用具販売・住宅改修について

※マニュアルP. 3 -4

対象福祉用具販売 特定福祉用具販売 住宅改修	・対象福祉用具、特定福祉用具販売や住宅改修のためだけのケアプラン作成は不要。 ・対象福祉用具、特定福祉用具販売または住宅改修が必要である理由を記した支給申請書（理由書）を作成すること。 ※福祉用具貸与のみの場合は、ケアプラン作成が必要なため注意。

インテーク → アセスメント → **プラン原案作成**

サービス担当者会議

※マニュアルP. 3 - 4

○利用者及びその家族の参加を基本とし、ケアプラン原案に位置付けたサービス担当者を**招集**して行う会議

開催時期	開催目的
新規ケアプラン作成時	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有。 ・ケアプラン原案の内容について、専門的な見地から意見を求める。
要介護更新認定時 要介護状態の区分変更の認定時	・ケアプランの変更の必要性について専門的な見地から意見を求める。
ケアプラン変更時（ケアプラン期間終了時も含む）	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・次期のケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。

サービス担当者会議 → 説明・同意 → 交付

サービス担当者会議

※マニュアルP. 3 - 4

出席者	・利用者及びその家族 ・ケアプラン原案に位置づけた全てのサービス担当者 ・その他ケアマネが必要と考える者
記録の整備	・サービス担当者会議の要点（独自様式可）または支援経過に記録する。 ・検討した項目、検討内容、結論、残された課題について、内容を簡潔に記載すること。 ・記録は５年保存。

※テレビ電話装置等を活用して開催する場合については事前に同意を得た上で
その旨を支援経過記録等に記載すること。

サービス担当者会議 → 説明･同意 → 交付

サービス担当者会議

※マニュアルP.3- 4

・日程調整をした結果、一部のサービス事業者の出席が望めない場合に限り、事前に照会をかけ、状況の報告を受けるとともに専門的な見地から意見を求める。

・ケアプランの変更時、利用者に大きな変化が見られない場合は、利用している全ての事業者に照会をかけ、状況の報告を受け、専門的な見地から意見を求め、内容を記録に残すことでサービス担当者会議の開催に代えることができる。（※介護予防支援のみ）

・上記の方法で対応した場合でも、少なくとも1年に1回はサービス担当者会議を開催すること。

ケアプランの説明と同意

※マニュアルP. 4

- 利用者または家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、支援経過に記録。
- 大分市では、同意年月日、署名があることで文書により同意を得ていると判断する。

ケアプランの説明と同意

※マニュアルP. 4

- 同意署名は利用者本人から得ることが原則。
- 本人から得られない場合は、以下の方法で得て、署名方法の根拠（判断能力や記載能力の有無）を記録しておく

本人の判断能力	本人の記載能力	同意方法	署名方法
有	有	利用者が同意	本人名：署名（＋押印）
有	無	利用者が同意し、家族が本人名を代筆	本人名：記名（＋押印） 代筆者名：署名（＋押印）・続柄
無	—	家族に一任されているとみなし、家族が同意する	代筆者名：署名（＋押印）・続柄

サービス担当者会議 → **説明・同意** → 交付

ケアプランの交付

※マニュアルP. 5

- 同意を得たケアプランを利用者及びサービス担当者に交付すること。

- 支援経過に記録すること。

※電磁的方法（電子メール）によるケアプランの説明と同意に関しては、介護予防支援業務マニュアルを参照

サービス担当者会議 → 説明・同意 → 交付

個別サービス計画の提出依頼

※マニュアルP. 5

- サービス担当者にケアプランを交付した時は、担当者に個別サービス計画の提出を求める。
  その旨を支援経過に記録すること。

- ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認すること。

- 個別サービス計画がケアプランに沿って作成されるよう必要な援助を行うこと。

報告の聴取

※マニュアルP. 5

- サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも１月に１回、聴取しなければならない。（※介護予防支援のみ）

  方法：事業所への訪問、電話、ＦＡＸ等

- 支援経過に記録すること。

サービス実施 → モニタリング → 評価

モニタリング

※マニュアルP. 5 – 6

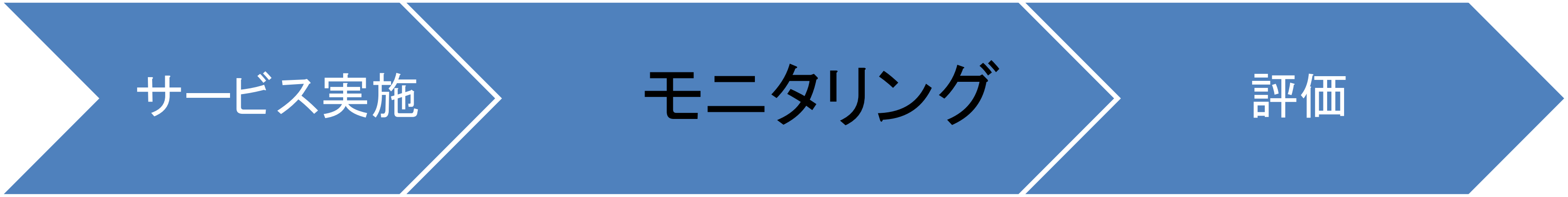
- ケアプランの実施状況を把握、必要に応じてケアプランの変更、サービス事業所との連絡調整等を行う。
- 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して、３月に１回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接。
  ※利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問して確認を行うこと。
- 居宅を訪問しない月はサービス事業所への訪問や利用者への電話等により、利用者自身に実施状況について確認。
- サービス提供した月から少なくとも１月に1回モニタリングの記録を残す。

サービス実施 → **モニタリング** → 評価

モニタリング

※マニュアルP. 5 – 6

次のいずれにも該当する場合、利用者の居宅を訪問しない期間はテレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。その場合であっても、少なくともサービス提供を開始する月の翌月から起算して、連続する6月に1回利用者の居宅を訪問し利用者に面接すること。



モニタリング

※マニュアルP. 5 – 6

1. テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ている。
2. サービス担当者会議等で下記の事項について、主治の医師、サービス担当者、その他の関係者の合意を得ている。
   - ・利用者の心身の状況が安定している。
   - ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができる。

・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス担当者から提供を受けること。

※サービス担当者へ情報提供を依頼する際は、「情報連携シート」を参考にすること。

サービス実施 → **モニタリング** → 評価

モニタリング

※マニュアルP. 5 - 6

【留意点】

- 利用者本人と意思疎通できない場合も、本人と面接し、家族等から状況の聞き取りを行う。
- 特段の事情で面接できない場合は、具体的な内容を記録しておく。

特段の事情とは、利用者の事情により、居宅を訪問して面接できない場合を指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

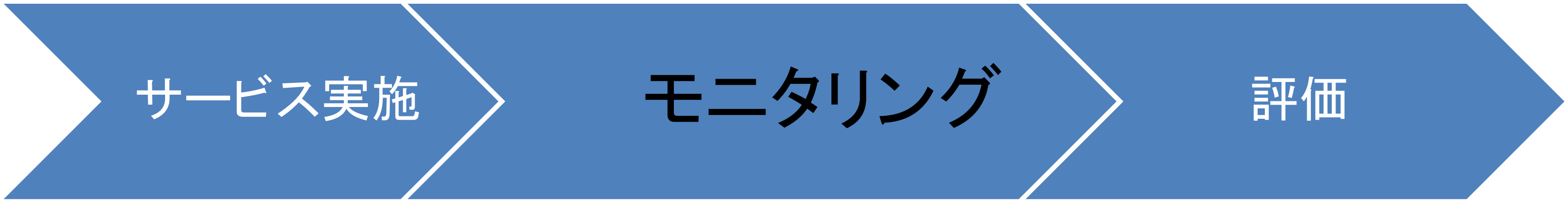
- 利用者の解決すべき課題の変化は、直接サービスを提供するサービス事業者により把握されることも多いので、サービス担当者と緊密に連携を図ること。

サービス実施 → モニタリング → 評価

モニタリング

※マニュアルP. 5 - 6

- サービス事業者等から利用者に関する情報の提供を受けた時、その他必要と認める時は、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身または生活の状況に関する情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師や歯科医師または薬剤師に提供すること。



モニタリング

※マニュアルP. 6

【モニタリングの視点】

□ケアプランどおりにサービス提供がされているか
□サービス提供が適切か否か
□個々の課題に対する目標が達成されているか
□総合的な援助方針どおりにケアプランの効果が上がっているか
□ケアプランの内容を修正する必要があるかどうか判断する。
□セルフケア・インフォーマルサービスが実施されているか

サービス実施 → モニタリング → 評価

評価の実施

※マニュアルP. 7

- ケアプランの期間終了時や状態に変化のある時は、目標の達成状況の評価を行い、評価の結果により、必要に応じてケアプランの見直しを行う。

- ケアプランを変更する場合は、一連の業務を行い作成すること。

支援経過記録

※マニュアルP. 6

- 介護支援専門員が条例を遵守し、適切にケアマネジメント業務を遂行している根拠となるもの。
- もれなく記載し、行為目的と内容を簡潔かつ明瞭に記載すること。（5W1Hで記載）
- 介護予防支援に伴う諸記録を整備し、その完結の日（介護予防支援を提供した日）から５年間保存しておくこと。

暫定ケアプラン

※マニュアルP. 9 -12

暫定ケアプランとは	認定申請後、介護度が確定するまでサービス利用が待てない状況の際に、遅延なくサービスが受けられるよう作成するケアプラン。
暫定ケアプラン作成者	明らかに要介護（支援）である場合を除き、居宅・包括が連携の上でどちらかの職員が作成。
自己作成扱いについて	居宅・包括が連携の上で作成するものであるが、想定外の認定結果で連携がとれていなかった場合、自己作成扱いとして市が給付管理する。 ※要支援を想定し、介護予防・生活支援サービス（総合事業）を暫定ケアプランに位置付け、認定結果が要介護であった場合、利用していたサービスが「従前相当サービス」であれば介護給付で請求できるが、「緩和型サービス」「短期集中予防サービス」は請求できない。

ケアマネジメントの一連の流れにおいての留意点
※令和５年度介護予防支援事業所ケアプランチェックの指導事項抜粋

（１）運営基準　◎は指導が多かった箇所

契約等	・指定介護予防支援の提供に際し、本人または家族に重要事項、個人情報保護、契約書について説明を行い、同意を得て交付をしたことが支援経過記録から確認できない。 ・入院先に担当職員の氏名および連絡先を伝えることを依頼していない。または、依頼したことが支援経過記録等から確認できない。
原案の作成	・ケアプランの同意署名がサービス提供開始後になっていた（あらかじめ口頭で同意を得た理由等を支援経過記録に記載すること）。
サービス担当者会議	・サービス担当者会議に家族の参加がない（参加不可の理由についても支援経過記録から確認できない）。
モニタリング	◎やむを得ない場合に該当しないにも関わらず、モニタリングを実施していない。または、モニタリングを実施できなかった理由が支援経過記録から確認できない。 ・モニタリングの視点が不足。ケアプランの目標達成状況などに関する情報が記載されていない。 ・居宅を訪問しない月においても漏れなく記載すること。
支援経過	◎（実施しているにもかかわらず）アセスメントやモニタリングの実施記録が漏れている。 ・サービス提供事業所の選定やサービス開始時期の決定に至った経緯について記載がない。 ・５ＷＩＨでの記載がされていない（誰と面接をしたか分からない、どこでモニタリングをしたか分からない等）。 ・医療サービスをケアプランに位置付ける際に、主治の医師等に意見聴取をおこなっているが、ケアプランの交付を行っていない。または、交付したことが支援経過記録から確認できない。 ・個別サービス計画の提出を求めたことについての記載がない。 ・サービス提供事業所からの報告内容に関する記載がない。 ・記載間違えや記載漏れあり。

ケアマネジメントの一連の流れにおいての留意点

※令和５年度介護予防支援事業所ケアプランチェックの指導事項抜粋

（２）ケアプラン内容等　◎は指導が多かった箇所

アセスメント（課題分析）	◎利用者基本情報の把握不足や記載漏れがある（作成日、障害等認定、同居家族範囲、１日の生活・過ごし方、趣味・楽しみ・特技、友達・地域との関係、現病歴・既往歴、服薬状況、現在利用しているサービス等）。 ◎生活機能評価における具体的な聞き取りや評価等のアセスメントが不足しており、利用者の生活状況や能力（できていること、できないこと等）が十分に把握できていない。 ・課題における背景や原因、今後予測される課題などの課題分析が不十分。
プラン内容	◎目標が何をどのくらい行うのかなど、表現が抽象的で評価しづらい。 ◎食事、睡眠のみの記載で、生活の様子が見えにくい。 ・セルフケアや家族支援の記載がない。 ・課題の抽出に至っていない。 ・家族の意向を確認していない。

3. 運営基準等

「一部委託（受託）について」

一部委託（受託）とは

- 地域包括支援センターが行う介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務のうち、ケアプラン作成に係る一連の業務を居宅介護支援事業所に委託すること。

＜委託業務の内容＞
(1)アセスメント
(2)介護予防サービス・支援計画書原案の作成
(3)サービス担当者会議の開催
(4)介護予防サービス・支援計画書の交付
(5)サービスの提供
(6)モニタリング
(7)評価
(8)給付管理（※請求業務は地域包括支援センター）

※一部委託をしても、その責任主体は地域包括支援センターにある。

- 一部委託の根拠法令

♦介護保険法…第115条の23、47

♦介護保険法施行規則…第140条の35、70

♦大分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等を定める条例…第15条

一部委託（受託）とは

＜委託可能な居宅介護支援事業所＞

1.下記①～③のいずれかの研修受講者

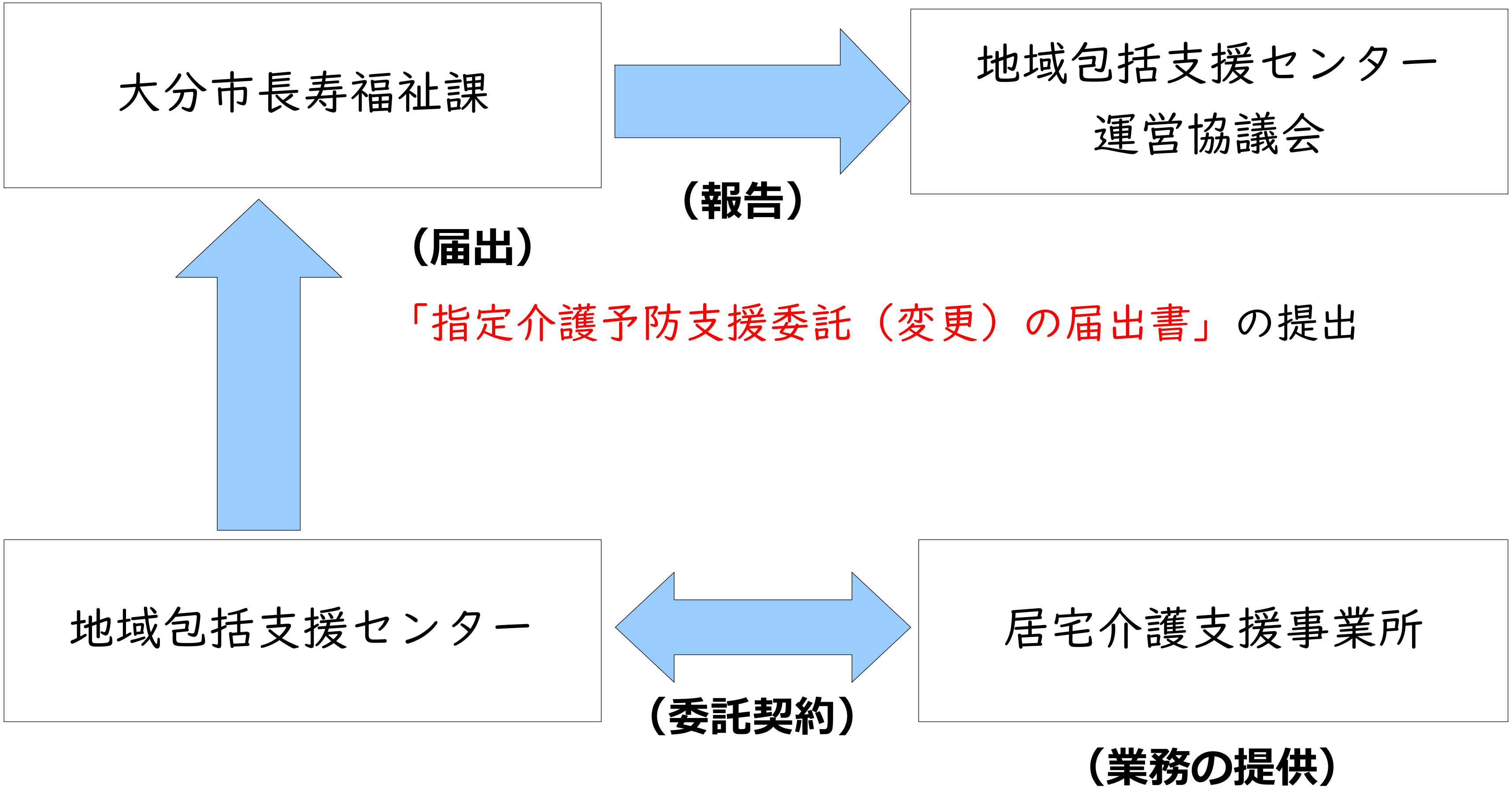
2.事業所内で受講者より伝達を受けた介護支援専門員

①大分市介護支援・サービス事業従事者合同基礎研修会
②大分市介護予防ケアマネジメント新任者研修会
③大分市介護予防ケアマネジメント研修会

＜委託料（大分市の基準金額）＞

	介護予防支援 ケアマネジメントA			ケアマネジメントB		
	1件あたり	初回加算 または 委託連携加算 あり	初回加算 および 委託連携加算 あり	1件あたり	初回加算 または 委託連携加算 あり	初回加算 および 委託連携加算 あり
居宅介護支援 事業所	3，978円	6，678円	9，378円	3，330円	6，030円	8，730円
地域包括支援センター	442円	742円	1，042円	370円	670円	970円

一部委託（受託）の流れ（事務）



一部委託（受託）業務の流れ（例）

居宅
- 担当の利用者が要支援認定を受けた場合、「要支援者等連絡票」と「被保険者証の写し」を包括へ送付

包括
- 「要支援者等連絡票」と「被保険者証の写し」受理
- 利用者に委託の意向確認　　※包括から一部委託を依頼する場合はここから
- 包括と利用者で契約締結（居宅と同行訪問）
- 包括と居宅で業務委託契約締結

居宅
- 「居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届」または「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」、利用者から預かった被保険者証を市に提出

包括
- 市・国保連へ委託届出書等の書類提出
  ※委託届出書は、年度途中で新たに委託する居宅のみ記載。

居宅

・市より「主治医意見書」「認定調査結果」「被保険者証」を受理
・包括名が記載された被保険者証を利用者へ返却
　※認定結果が出ていない場合は、後日市より利用者へ送付
・ケアマネジメントプロセス（アセスメント、ケアプラン（原案）作成）実施

包括

・居宅が作成したケアプラン（原案）確認
※ケアプラン変更の場合は、サービス評価表とケアプラン（変更原案）の確認

居宅

・ケアマネジメントプロセス（サービス担当者会議、説明・同意、個別サービス計画の提出依頼、交付）実施
・ケアプランの写しを包括へ提出
・ケアマネジメントプロセス（サービスの提供、モニタリング）実施
・「介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）に係る請求対象者一覧表」作成、給付実績が分かる書類とともに包括へ提出

包括

・介護報酬の請求

居宅

・ケアマネジメントプロセス（評価）実施、サービス評価表の作成

※ケアプランの期間が終了する時、利用者の状態変化等によりケアプランの変更が必要な時は、一連の業務を行い、ケアプランを作成すること。

初回加算

介護予防サービス計画を新たに作成するにあたり、新たなアセスメント等を要することを評価する加算。

状況	算定可否	補足説明
委託元(地域包括支援センター)の変更はないが、委託先(居宅介護支援事業所)が変更した場合	算定不可	委託元の地域支援センターは初めてその利用者を担当するわけではないため
要介護⇒要支援になった利用者。要介護の時からの担当していた居宅介護支援事業者が引き続き担当する場合	算定可能	要支援⇒要介護になった場合も同様の取扱い
契約関係のみ存在していた利用者の給付管理を初めて行う場合。	算定可能	過去2月以上、給付管理を行っていない場合も算定可能

委託連携加算

地域包括支援センターが介護予防支援を外部の居宅介護支援事業者に委託する際の情報連携などを評価する加算

※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回を限度とする。

状況	算定可否
一部委託先の居宅介護支援事業所が変更になる場合、委託連携加算を算定できるか。	算定可能
委託元の地域包括支援センターが変更になる場合、委託連携加算を算定できるか？	算定可能

委託契約について

〇利用者が転居することが判明した場合

➡ 居宅介護支援事業所は現在の委託元の地域包括支援センターへ連絡。

※委託元の地域包括支援センターが変更する可能性があるため。

〇委託を受けた利用者を、他居宅介護支援事業所へ引き継ぐ場合

➡ 引き継ぐ前に、必ず地域包括支援センターへ連絡。

※地域包括支援センターと引き継ぎ先の居宅介護支援事業所とで委託契約が必要（利用者を含めた契約が必要な可能性もあり）なため。

4.総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）について

令和６年６月１２日

大分市長寿福祉課

◆介護予防ケアマネジメントマニュアル（令和6年4月改定）
ダウンロード･･･大分市HP＞健康・福祉・医療＞介護・障がい者・福祉＞介護保険＞総合事業＞大分市介護予防・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マニュアルを改定しました

目　次

１.大分市における総合事業の概要

２.訪問型・通所型サービスの内容、単価等

３.事業対象者確認申請

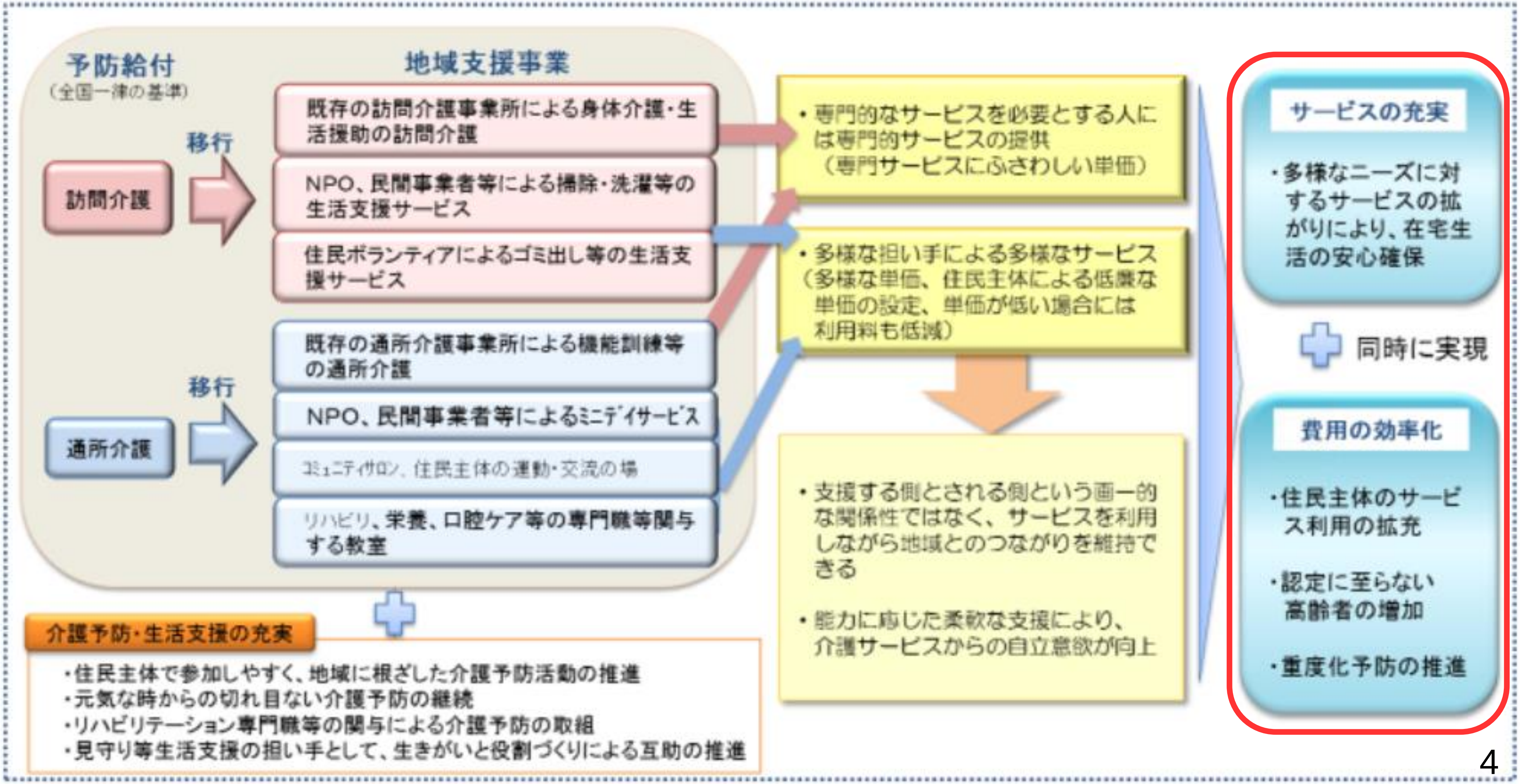
４.介護予防ケアマネジメント

１.大分市における総合事業の概要

総合事業の目的について

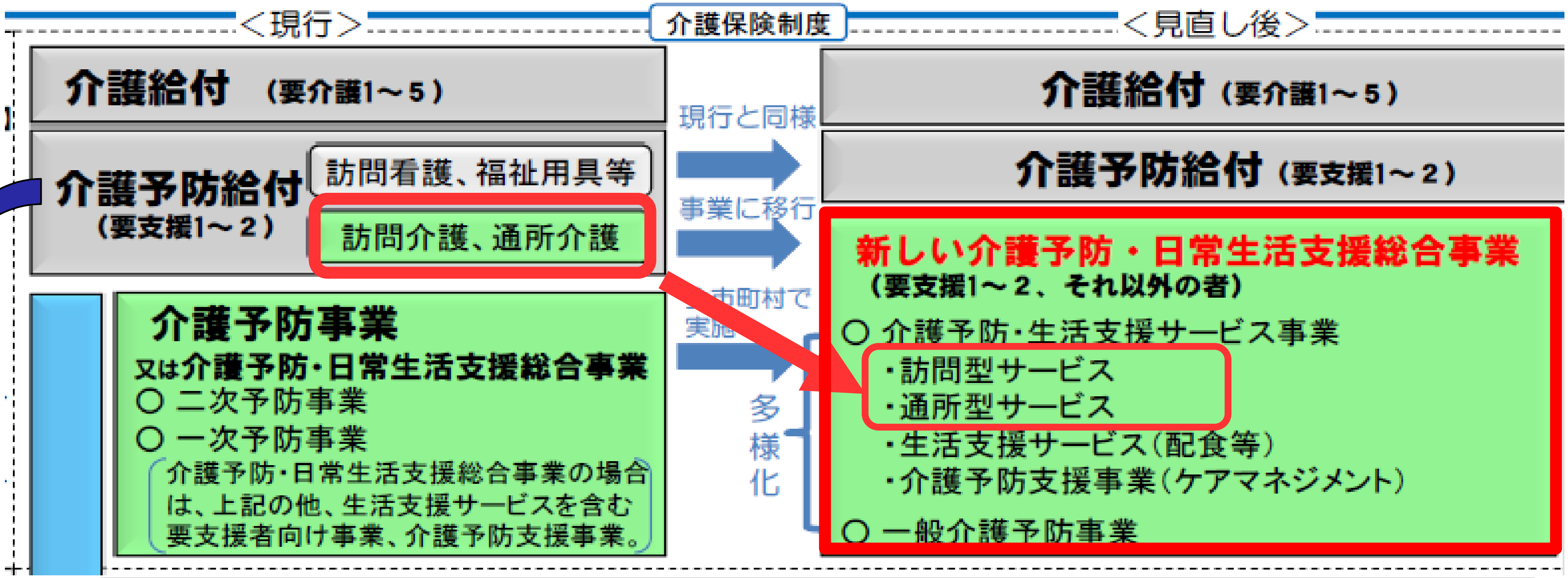
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業の構成①

※マニュアルP.2



介護予防給付（要支援１・２）

- 訪問介護
- 通所介護

→

総合事業サービス（要支援１・２、事業対象者）

- 訪問型サービス
- 通所型サービス

- 福祉用具貸与
- 訪問看護
- 通所リハビリテーション
- 短期入所生活介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 訪問入浴介護
- 住宅改修　　など

従来どおり
介護予防給付で行う

※福祉用具貸与、訪問看護等については、これまで通り介護予防給付の中で提供し、訪問型・通所型サービスと併せて利用することができます。

総合事業の構成②

※マニュアルP.4

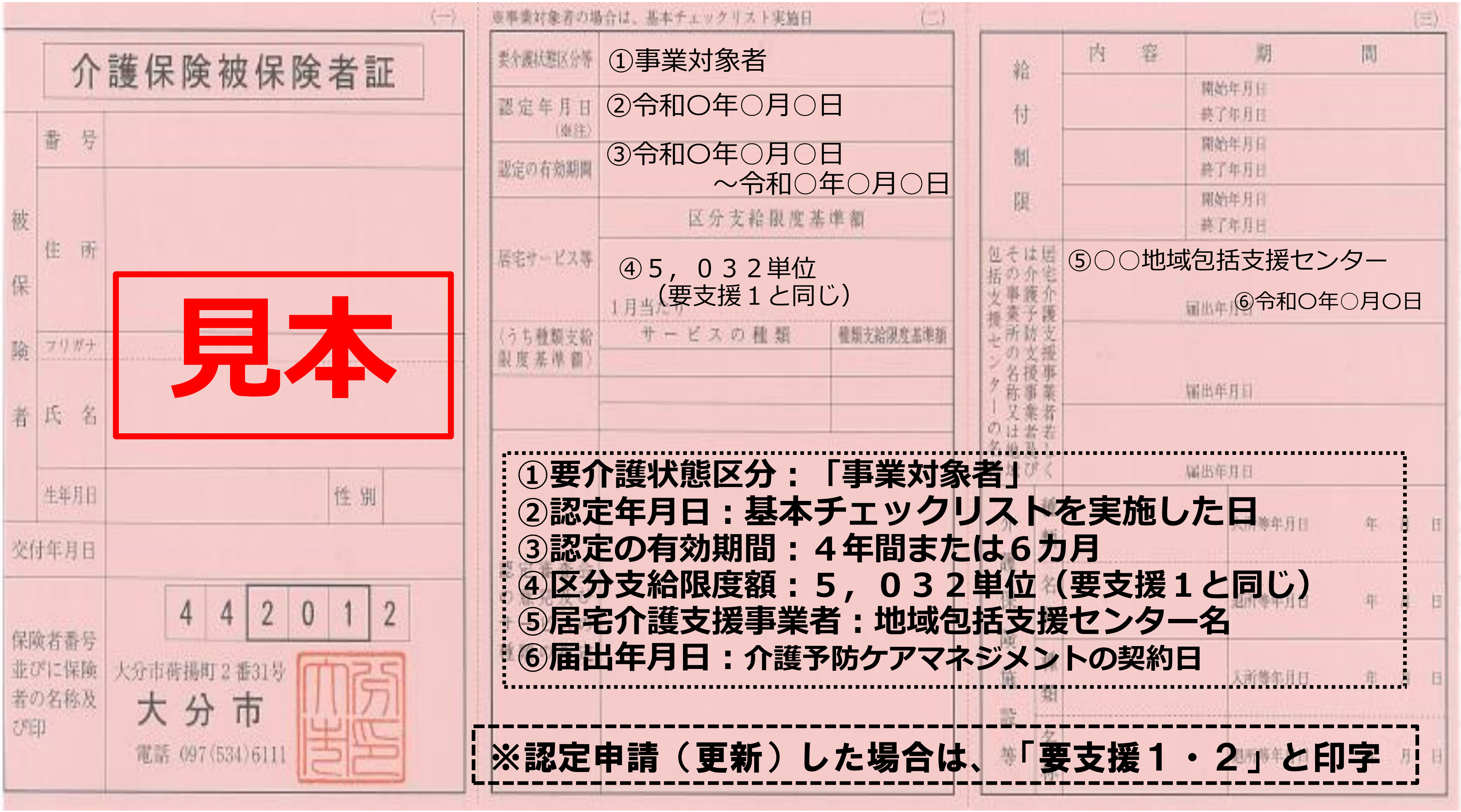
- **介護予防・日常生活支援総合事業**
  - **介護予防・生活支援サービス事業**
    （従来の要支援者）
    ・要支援認定を受けた者（要支援者）
    ・基本チェックリスト該当者（介護予防・生活支援サービス対象事業者）
    - **訪問型サービス（第1号訪問事業）**
      - 従前の訪問介護相当
        - ①訪問介護
      - 多様なサービス
        - ②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
        - ③訪問型サービスB（住民主体による支援）
        - ④訪問型サービスC（短期集中予防サービス
        - ⑤訪問型サービスD（移動支援）
    - **通所型サービス（第１号通所事業）**
      - 従前の通所介護相当
        - ①通所介護
      - 多様なサービス
        - ②通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
        - ③通所型サービスB（住民主体による支援）
        - ④通所型サービスC（短期集中予防サービス）
    - その他の生活支援サービス（第１号生活支援事業）
      - ①栄養改善の目的とした配食
      - ②住民ボランティア等が行う見守り
      - ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）
    - **介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）**
  - **一般介護予防事業**
    ・第１号被保険者の全ての者
    ・その支援のための活動に関わる者

※大分市が総合事業で実施しているもの（赤枠）

介護予防・生活支援サービス事業の対象者

①要支援１・２の認定を受けた人

②基本チェックリストで生活機能の低下がみられた人（事業対象者）



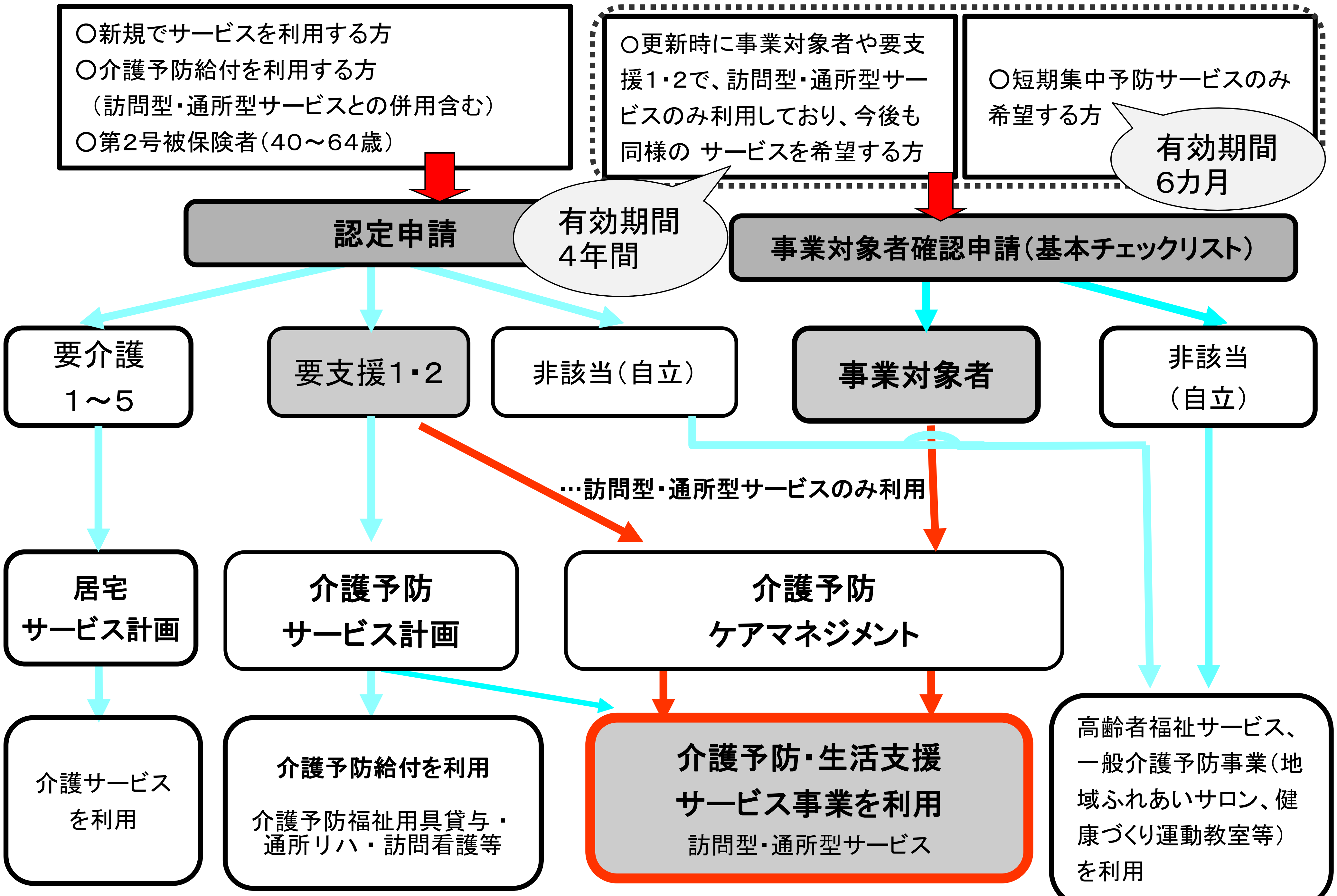
事業対象者に該当する基準（基本チェックリスト）

基本チェックリストにおいて，次の機能や症状についてチェックを行い、
①～⑦のいずれかに該当すれば事業対象者となる。

No.	質 問 項 目	回答		該当する基準	
1	バスや電車で一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ		①複数の項目に支障 10項目以上に該当
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らずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	②運動機能の低下 3項目以上に該当	
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か	1.はい	0.いいえ	③低栄養状態 2項目以上に該当	
12	BMIが18.5未満である　身長　　cm　体重　　kg（BMI　　）	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	④口腔機能の低下 2項目以上に該当	
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		
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	⑤閉じこもり No.16に該当	
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		
18	周りの人から｢いつも同じことを聞く｣などの物忘れがある言われますか	1.はい	0.いいえ	⑥認知機能の低下 1項目以上に該当	
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	⑦うつ病の可能性 2項目以上に該当	
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		

サービス利用までの流れ

※マニュアルP.7



※認定申請と同時または申請中に、事業対象者確認申請を行うことはできません。

２.訪問型・通所型サービスの内容、単価等

訪問型サービス①（相当・緩和）

※マニュアルP.8

サービス種別	**介護予防ホームヘルプサービス** （介護予防訪問介護相当サービス）	**生活サポートホームヘルプサービス** （緩和した基準によるサービス）
対象者	事業対象者、要支援1・2	
サービスコード	A２	A ３
実施方法	事業者指定	事業者指定
内容	従前の介護予防訪問介護と同様のサービス (訪問介護員による身体介護、生活援助等)	従事者等による生活援助中心型のサービス（身体介護は行わない） ※旧ヘルパー3級以上または、市が実施する研修受講修了者
単価設定の単位	1月あたり	1回あたり
サービス単価	①週1回程度：11,760円 （事業対象者、要支援1・2） ②週2回程度：23,490円 （事業対象者、要支援1・2） ③週2回を超える程度：37,270円 （要支援2）	①20分以上45分未満：2,060円 ②45分以上60分程度：2,420円

訪問型サービス②（相当・緩和）

※マニュアルP.8

サービス種別	**介護予防ホームヘルプサービス** （介護予防訪問介護相当サービス）	**生活サポートホームヘルプサービス** （緩和した基準によるサービス）
想定する対象者	①身体介護が必要な人 ②退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人 ③心疾患や呼吸器疾患等により日常生活に支障がある人 ④認知機能の低下が見込まれ、日常生活に支障が生じる可能性がある人 ⑤その他従前相当サービスの利用が必要な人 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	身体介護は必要ないが、家事等の生活援助が必要な人
サービスの利用回数	週1回程度：事業対象者、要支援1・2 週2回程度：事業対象者、要支援1・2 週2回超過：要支援2	週2回以内：事業対象者、要支援1・ 2 週3回以内：要支援2
利用者負担	1割（一定の所得以上の利用者2～3割）	
給付制限	なし	
限度額管理	あり	
事業所への支払い方法	国保連経由で審査、支払	

通所型サービス①（相当・緩和）

※マニュアルP.9

サービス種別	**介護予防デイサービス** （介護予防通所介護相当サービス）	**元気サポートデイサービス** （緩和した基準によるサービス）
対象者	事業対象者、要支援1・2	
サービスコード	A 6	A 7
実施方法	事業者指定	事業者指定
内容	従前の通所介護と同様のサービス 身体的機能や生活機能向上のための機能訓練	閉じこもり予防及び参加者同士の交流を図るための運動やレクリエーションを行う
単価設定の単位	1月当たり	1回当たり
サービス単価	①週1回程度：17,980円 （事業対象者、要支援1） ②週2回程度：36,210円 （要支援2） ※食事代などの実費は対象外 （利用者負担）	3時間以上：3,740円 ※食事代などの実費は対象外 （利用者負担）

通所型サービス②（相当・緩和）

※マニュアルP.9

サービス種別	**介護予防デイサービス** （介護予防通所介護相当サービス）	**元気サポートデイサービス** （緩和した基準によるサービス）
想定する対象者	①食事・排泄・入浴移動時等に状況確認や助言が必要な人 ②退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人 ③心疾患や呼吸器疾患等により、日常生活に支障がある人 ④認知機能の低下が見込まれ、日常生活に支障を生じる可能性がある人 ⑤その他従前相当サービスの利用が必要な人 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要	閉じこもり等で社会的交流が必要な人
サービス利用回数	週1回程度：事業対象者、要支援1 週2回程度：要支援2	週1回：事業対象者、要支援1・2 週2回以内：要支援2
利用者負担	1割（一定所得以上の利用者2～3割）	
給付制限	なし	
限度額管理	あり	
事業所への支払い方法	国保連経由で審査、支払	

パワーアップ教室①（短期集中）

※マニュアルP.18

日常生活の自立を目的に、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士が、運動・口腔機能の改善や栄養改善のプログラムを３カ月間（週１回）実施し、自宅でも続けられるよう支援する。

サービス種別	通所型パワーアップ教室（短期集中予防サービス）	訪問型パワーアップ教室（短期集中予防サービス）
対象者	事業対象者、要支援1・2	
実施方法	委託	
内容	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、下記のプログラムを複合的に実施 ・運動機能の向上 ・口腔機能の向上 ・栄養改善　等	リハビリ職による訪問指導 ※通所型パワーアップ教室と組み合わせて実施
単価設定の単位	1回当たり	1回当たり
サービス単価	５，６７０円／回	２，９８０円／回

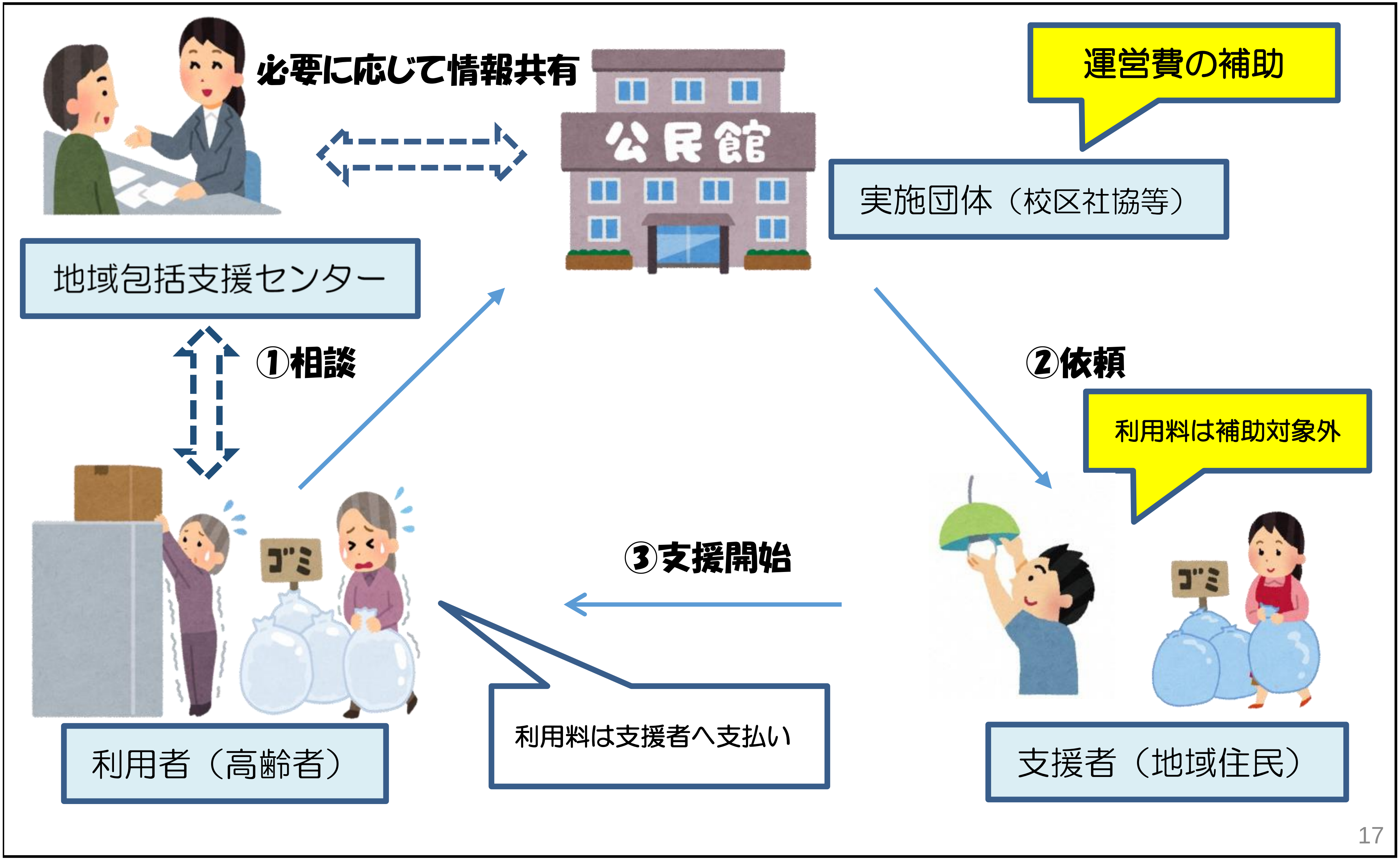
パワーアップ教室②（短期集中）

※マニュアルP.18

サービス種別	通所型パワーアップ教室 （短期集中予防サービス）	訪問型パワーアップ教室 （短期集中予防サービス）
想定する対象者	①ADL やIADL の改善に向けた支援が必要な人 ②体力の改善に向けた支援が必要な人	リハビリ職による訪問指導 ※通所型パワーアップ教室と組み合わせて実施
サービス利用回数	３カ月間（最大６カ月）、週１回（２時間程度）	通所型パワーアップ教室利用中、３回限度
利用者負担	５００円／月	利用者負担なし
給付制限	なし	
限度額管理	なし	
事業所への支払い方法	事業所に直接支払	

地域お互いさま活動事業①（住民主体）

（参考）活動のイメージ



地域お互いさま活動事業②（住民主体）

実施団体（訪問型サービスＢ補助金交付団体）の事業内容

①生活援助等の支援の提供
※実施する内容については、医療関連行為等法令に抵触するものや事業の趣旨に反するもの以外は、実施の最終判断は実施団体が行う。

②利用者の介護度の把握
※利用者が要支援者または事業対象者であれば、地域包括支援センターに連絡する。

③地域包括支援センター（一部委託の居宅を含む）との連携
※利用者が定期的に支援を受ける際の、ケアプランの作成等に協力する。（担当者会議への出席や情報提供等）
※専門職介入が必要な利用者の情報共有など。

地域お互いさま活動事業③（住民主体）

※マニュアルP.21

　支援が必要とする高齢者等が地域とのつながりを維持しながら、自立した暮らしを継続できる地域づくりを目的として、高齢者等の生活援助を行う地域住民等のボランティアが主体となって構成された団体（以下、実施団体）に対し、立上げや継続にかかる運営経費にあてるための補助金を交付する。
※支援内容や利用者負担等は、実施団体によって異なることに留意。

	地域お互いさま活動事業
対象者	実施団体が設定（要支援認定者、事業対象者に限定されない）
実施方法	補助金事業
内容	日常生活における多様な困りごとに対する軽度な生活援助等の支援（具体的な支援内容は実施団体が設定） ※買い物代行、草取り、電球、電灯の交換など、訪問介護における生活援助（老計第１０号）で規定されていない行為も対象となります。
利用料	実施団体が設定（利用料に対する保険給付なし）

地域お互いさま活動事業④（住民主体）

※マニュアルP.21

	地域お互いさま活動事業
想定する対象者	軽度な生活援助が必要な人
サービス利用回数	実施団体が設定（利用者の希望や支援内容による）
利用者負担	利用料と同じ（利用料への保険給付なし）
給付制限	なし
限度額管理	なし
支援者への支払い方法	実施団体が設定（実施団体または利用者が直接支払）

◆実施団体の確認･･･大分市HP＞健康・福祉・医療＞介護・障がい者・福祉＞介護保険＞総合事業＞高齢者の方へ＞生活支援サービス＞大分市地域お互いさま活動事業（訪問型サービスB）を実施しています

サービスの組み合わせの可否

※マニュアルP.10

・訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせての利用は可能であるが、
同種別サービスの利用は不可。
※たとえば、介護予防ホームヘルプサービス（訪問型）と生活サポートホームヘルプサービス（訪問型）の併用など。
・パワーアップ教室は、他の通所型サービスと併用不可。
・訪問型パワーアップ教室は、他の訪問型サービスとの併用可。

	総合事業				予防給付	
	訪問型		通所型		訪問型	通所型
	介護予防ホームヘルプサービス(介護予防訪問介護相当サービス)	生活サポートホームヘルプサービス(緩和型サービス)	介護予防デイサービス(介護予防通所介護相当サービス)	元気サポートデイサービス(緩和型サービス)	介護予防訪問リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
パワーアップ教室	○	○	×	×	×	×
地域お互い様活動事業	○	○	○	○	○	○

㊟パワーアップ教室は高齢者福祉サービスの「生活支援ホームヘルプサービス事業」や「生きがい対応デイサービス事業」とも併用不可

３．事業対象者確認申請

事業対象者確認申請をする場合と有効期間 ※マニュアルP.11

事業対象者確認申請する場合	事業対象者確認申請後の有効期間
①事業対象者または要支援者の有効期間が満了した後において、引き続き確認を受け、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用希望する場合	事業対象者または要支援認定有効期間終了日の翌日から４年間
②パワーアップ教室のみを利用希望する場合（事業対象者確認の有効期間満了後も、パワーアップ教室のみ利用希望するため、引き続き確認を受けたい場合も含む）	事業対象者確認申請書提出日から６カ月
③やむを得ない事情により、緊急にサービスの利用が必要な場合	事業対象者確認申請書提出日から６カ月

※事業対象者が認定申請を行なった場合は、認定申請日の前日で事業対象者の有効期間が終了します。

事業対象者確認申請の実施手順①

※マニュアルP.12

新規利用者	要支援者の場合
● パワーアップ教室（訪問・通所型サービスC）のみ希望する場合 ● やむを得ない事情により、緊急にサービスの利用が必要な場合	● 更新時に要支援者で、訪問型・通所型サービスのみ希望する場合
①相談 本人等が窓口（地域包括支援センター、長寿福祉課）に相談 ※やむを得ない事情とは…「対象者が傷病等の理由により、「一時的に身体機能が低下し、日常生活が困難である場合（１～２カ月間で改善が見込める場合）」、「同居家族の傷病や事故等により、対象者・家族が日常生活が困難である場合」「虐待等の理由により、避難先でサービス利用の必要がある場合」などを想定しています。やむを得ない事情に該当するかは、申請する前に地域支援担当班へ相談してください。	**①聴き取り** 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所は、認定の更新申請時期に、本人等の必要なサービスを聴き取る。 以下の全てに該当するか確認 □６５歳以上 □利用するサービスが要支援１相当以内 □当面の間、介護予防給付を利用する見込みがない □基本チェックリストによる手続きを希望

事業対象者確認申請の実施手順②③

※マニュアルP.12

新規利用者	要支援者の場合
②聴き取り ・本人等より、相談の目的や必要と考えているサービスを聴き取る。 ・窓口担当者は、総合事業サービス、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について、説明を行い、本人等の希望に応じて、事業対象者確認申請を案内する。（長寿福祉課が聴き取りを行った場合は、地域包括支援センターを案内する）	**②説明** 利用できないサービス（介護予防サービス）があること、必要な時はいつでも認定申請ができることを説明

③基本チェックリストの実施

・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が実施

・一部委託している場合は、地域包括支援センターの立ち会いのもと、居宅介護支援事業所が実施（立ち合いは初回のみ必須）

・「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の主旨を説明しながら本人が実施する。基準に該当する場合には、本人の状況やサービス利用の意向を聴き取る

事業対象者確認申請の実施手順④⑤

※マニュアルP.12

新規利用者	要支援者の場合

④事業対象者確認申請

申請日前日に「事業対象者確認申請一覧表」をＦＡＸの上、申請日に以下のア～ウの書類を市に提出し、手続きを行う。（基本チェックリスト実施後、１カ月以内に事業対象者確認申請を行うこと）

ア　大分市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書
イ　介護保険被保険者証
ウ　介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※介護保険被保険者証を紛失している場合は、以下の書類も併せて提出すること。

エ　介護保険被保険者証再交付申請書
オ　（再交付申請書の提出に関する）委任状

⑤確認結果通知書等の送付

市で書類確認の上、確認結果通知書及び介護保険被保険者証を本人宅へ郵送。

事業対象者の留意点（再確認）

○事業対象者が利用できるサービスは、総合事業のみ
（福祉用具等の介護予防給付は、利用できない）

⇒　介護予防給付を利用する場合は、認定申請が必要

○６か月事業対象者は、パワーアップ教室のみ利用可

⇒ヘルパーやデイサービスを利用したい場合は認定申請が必要

○事業対象者とは、６５歳以上の者で「要支援１」に相当する状態の者

⇒「第２号被保険者（４０～６４歳）」は、認定申請が必要

⇒　支給限度基準額は、要支援１と同じ（５，０３２単位）

事業対象者の転入・転出

※マニュアルP.14

○転入の場合

- 前住所地において「事業対象者」であった場合、要支援（要介護）認定と異なり、「事業対象者」の認定は引き継ぐことができない。
- 本人等により事業対象者の申請希望があった場合には、前市町村の被保険者証の写し等で事業対象者であったことが確認できれば、基本チェックリストを実施できる。

○転出の場合

- 「事業対象者」が他市町村に転出するときは、要支援（要介護）認定と異なり、「事業対象者」としての認定は引き継がれない。改めて転入先の市町村が定めたルールでの手続きが必要となる。

状態区分の変更と届出書の関係

※マニュアルP.15

　介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたっては、届出により、事業対象者として登録するため、以下のように状態区分の変更に応じて、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出が必要。

　なお、要支援者が介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに切り替わる場合は、届出の提出は不要。

状態の区分	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書
一般高齢者・要支援（介護）者 ⇒ **事業対象者**	○	×
事業対象者 ⇒**要支援（介護）者**	×	○

４．介護予防ケアマネジメント

ケアマネジメントの種類

	要支援１・２	事業対象者
介護予防給付のみ	介護予防支援	
介護予防給付 ＋ 総合事業	介護予防支援	
総合事業 （介護予防・生活支援サービス事業）	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントとは

要支援者及び事業対象者が、**総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）のみ**を利用をする場合に実施。

介護予防ケアマネジメントの実施担当者

（１）地域包括支援センター

（２）地域包括支援センターより、一部委託を受けた
　　居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントの一部委託不可の利用者

※マニュアルP.16

一部委託不可	
	• パワーアップ教室のみ希望し、事業対象者となった人（包括において、一部委託が適当と判断する人を除く） • 要支援者または事業対象者で地域お互いさま活動事業のみ希望する人（ケアマネジメントＣ対象者） • やむを得ない事情により緊急にサービスが必要な方で、事業対象者となった人

介護予防ケアマネジメントの類型

※マニュアルP.14

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等に応じ、以下のように類型される。
※ケアマネジメントAは介護予防支援業務に準じて実施する
※ケアマネジメントCは一部委託不可

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>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）</th><th>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）</th><th>ケアマネジメントC
（初回のみの予防ケアマネジメント）</th></tr>
<tr><td colspan="2">利用サービス</td><td>右記以外の介護予防・生活支援サービス事業を利用する
※パワーアップ教室を３か月利用後、再度利用する場合</td><td>通所型パワーアップ教室のみ利用する
※必要と判断する場合は、ケアマネジメントAの実施も可</td><td>地域お互いさま活動事業のみ利用する
※月１回以上の定期利用をする見込みがある場合のみ</td></tr>
<tr><td rowspan="5">プロセス</td><td>アセスメント</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>ケアプラン原案作成</td><td>○</td><td>○</td><td>簡素化した様式</td></tr>
<tr><td>サービス担当者会議</td><td>○</td><td>簡略化</td><td>不要</td></tr>
<tr><td>利用者への説明・同意・交付</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>モニタリング</td><td>○</td><td>省略可</td><td>概ね１２か月ごと</td></tr>
</table>

パワーアップ教室のケアマネジメント ※マニュアルP.20～21

	内容
インテーク	パワーアップ教室について説明した後、以下の書類を作成する。 ・利用申出書（1） ・パワーアップ教室の利用に関する同意書（2） （医師の診断書が必要な場合あり）
アセスメント	基本チェックリスト（3）、生活機能評価表（4）を使用し、アセスメントする。
ケアプランの原案作成	パワーアップ教室が必要な理由が分かるようケアプラン（5）に記載する。
サービス担当者会議（※カンファレンス）	利用者、提供事業所と目的を共有し、３ヶ月後の生活や見通しまで検討する。（※ケアマネジメントＢの場合は、提供事業所との二者で行う。）
説明・同意・交付	ケアプラン原案の内容について利用者に説明し、同意を得て、利用者と提供事業所に交付する。（一部委託を受けた居宅は包括にも交付。）
申出書等の提出	毎月25日までに（１）～（５）の書類を市（地域支援担当班）に提出。
サービス開始	パワーアップ教室を３ヶ月間実施する。
モニタリング	課題に対する目標が達成されているか毎月確認する。 （※ケアマネジメントＢの場合は、省略することができる。）
評価カンファレンス	終了前に提供事業所との二者で開催し、利用者の評価を行う。 ※評価の結果は後日利用者とも共有する。 ※必要があればさらに３ヶ月実施することができる。
終了	評価表を作成する。包括は市へ評価一覧表を提出する。

地域お互いさま活動事業を他の介護予防・生活支援サービス等と併用する場合①

※マニュアルP.23

ケアプランの位置づけについて

- 通常のケアマネジメントプロセスに沿って、地域お互いさま活動事業をケアプランへ位置づける。
  ※月１回以上の定期利用が見込まれる場合のみ。

- 支援開始後の内容変更は、支援経過に記録することで臨時的に対応し、次回のケアプラン更新時に反映させることができる。

- 現在支援が開始されているケアプランに、地域お互いさま活動事業を途中追加する場合も、支援経過に支援が必要な理由や支援内容を記録しておき、次回のケアプラン更新時に反映させることができる。

  ※ケアプランに位置づけずに支援を受けることがあるが、地域お互いさま活動事業は例外として取り扱う。（地域お互いさま活動事業は個々の支援に対して介護保険給付を行わず、運営側へ経費を補助する仕組みであるため、他のサービスとは扱いが異なる。）

【補足：要介護者が地域お互いさま活動事業を利用したいとき】

- インフォーマルサービスとしての利用となるため、ケアプランの位置付けに関する規定はない。

地域お互いさま活動事業を他の介護予防・生活支援サービス等と併用する場合②

※マニュアルP.23

サービス担当者会議への招集について

- 地域お互いさま活動事業の実施団体についても、サービス担当者会議に原則召集する。

- ただし、実施団体の体制上の理由などにより、出席が難しい場合は、実施団体の調整役と協議の上、柔軟な対応（※）を行うことができる。

  ※例：はじめから電話照会を行い、招集は行わない。
  実施団体からの直近の電話・FAX等による情報提供をもって、照会に代える。など

  ※一部委託の場合は、各事業所ごとに実施団体と協議を行わず、まず包括へ確認すること。

ケアプランの交付について

- 利用者に交付して説明した後、利用者の同意が得られた場合は、実施団体の調整役にも交付する。
- 調整役は必要な範囲で支援者に伝えます。

介護予防ケアマネジメントの報酬

※マニュアルP.24

	報酬	初回加算	委託連携加算
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）	４４２単位	３００単位	３００単位
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）	３７０単位	３００単位	３００単位
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）	５２３単位		

※初回加算および委託連携加算については、現行の介護予防支援における基準に準じて算定できる。

※ただし、要支援者⇔事業対象者で移行するとき、介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメントで移行するときは、初回加算および委託連携加算の算定を行うことはできない。