

総合事業窓口対応マニュアル

介護予防ケアマネジメントマニュアル



目次

はじめに	3
糸魚川市における介護予防・日常生活支援総合事業	4
総合事業窓口対応マニュアル	6
1 受付窓口の心得	6
2 申請の流れ	7
【更新用】要支援認定者の更新申請必要性判定チャート	7
事業対象者決定までの流れ	8
【事業対象者決定後の流れ】(新規の場合)	9
4 事業対象者の有効期間について	10
介護予防・日常生活総合事業の利用に係る留意事項	10
5 ケアマネジメント作成依頼届について	13
6 事業対象者のサービス利用が不要となった場合	13
介護保険窓口受付フローチャート	14
基本チェックリスト(総合事業サービス利用希望者用 新規・更新)	15
介護予防ケアマネジメントマニュアル	20
1 事業内容	21
2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	22
3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	23
4 実施主体(実施担当者)	23
5 実施の手順	24
ケアマネジメント A～C の手順	24
6 留意事項	26
7 興味関心チェックシートの活用	27
質問が持つ 4 つの力を使いこなす	31
8 ケアマネジメント報酬(単価・加算)	32
9 基準緩和型サービスについて	33

(1) 基準緩和型訪問サービスの内容	33
(2) 基準緩和型通所サービスの内容	33
(3) 現行相当サービスとの組合せ	34
(4) 現行相当サービスから基準緩和型サービスへの移行について	34
(5) サービス報酬について(指定)	34
(6) 訪問型サービスの現行相当サービスと基準緩和型サービスの違いについて	34
10 短期集中予防サービスについて(ケアマネジメント B)	35
11 地域リハビリテーション活動支援事業について	37
12 請求までの流れ	38

はじめに

地域包括支援センターをはじめとした、「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)」に関わるみなさんが適切に事業を実施するためにあたり、制度理解の助けとなるよう本マニュアルを作成しました。

介護保険法(抄)

第百十五条の四十五

市町村は、被保険者(当該市町村が行う介護保険の住所地特例適用被保険者を除き、当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしている住所地特例適用被保険者を含む。第三項第三号及び第百十五条の四十九を除き、以下この章において同じ。)の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のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業(以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。)を行うものとする。

- 一 居宅要支援被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下「居宅要支援被保険者等」という。)に対して、次に掲げる事業を行う事業(以下「第一号事業」という。)
- イ 居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、当該居宅要支援被保険者等の居宅において、厚生労働省令で定める基準に従って、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援を行う事業(以下この項において「第一号訪問事業」という。)
- ロ 居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める施設において、厚生労働省令で定める基準に従って、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援又は機能訓練を行う事業(以下この項において「第一号通所事業」という。)
- ハ 厚生労働省令で定める基準に従って、介護予防サービス事業若しくは地域密着型介護予防サービス事業又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業と一体的に行われる場合に効果があると認められる居宅要支援被保険者等の地域における自立した日常生活の支援として厚生労働省令で定めるものを行う事業(二において、「第一号生活支援事業」という。)
- ニ 居宅要支援被保険者等(指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。)の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第一号訪問事業、第一号通所事業所又は第一号生活支援事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業(以下「第一号介護予防支援事業」という。)



介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)

＝要支援者に対し、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を実施

糸魚川市における介護予防・日常生活支援総合事業

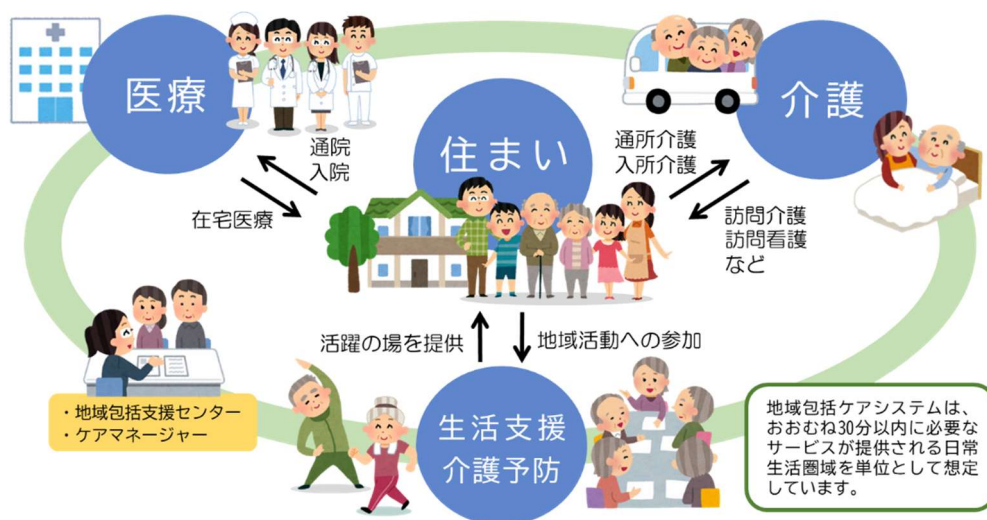
(1) 糸魚川市の考え方

令和7年(2025年)には全ての団塊世代が75歳以上に、令和22年(2040年)には90歳以上となって介護ニーズの増加が見込まれるほか、団塊ジュニア世代も65歳の高齢期に到達することから、介護保険制度を中心とした高齢者の生活を支える仕組みを安定的に継続することが求められます。

そのためには、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう、限りある社会資源を活用し、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を更に深化・推進していく必要があります。

それは、高齢者を「支援を必要とする人」として画一的に位置付けるのではなく、地域社会を「支える参加者」として様々な社会参加の機会と環境をつくり、高齢者を含めた全ての世代が持てる力を出し合いともに支え合う「地域共生社会」の実現を図っていくことでもあります。

地域包括ケアシステムの姿



【背景】

団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025年)に向け、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯、認知症高齢者世帯の増加が予測される中、介護費用の増大や介護人材の不足が見込まれることから、介護保険制度を持続可能な制度とする必要があります。

【目的】

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、多様な主体による多様なサービスを充実することで、要支援者等に対する効率的な支援等を可能とすることを目指します。

要支援認定者と要介護認定者の大きな違いは、口腔機能の低下とIADLの低下であると分析しました。介護予防・日常生活支援総合事業では、口腔機能の維持・向上、IADLの低下は認知症に起因するものとし認知症予防を掲げ、事業利用者の状態の維持、改善を目的とします。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業の制度構成

要支援者自身の能力を最大限に生かしつつ、利用者の状態やニーズに応じて適切なサービスを提供できるよう訪問型・通所型のサービスの多様化を図ります。

また、介護予防事業については、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、住民主体の体操、運動等の通いの場を充実させること等を通じて介護予防活動の取り組みを推進します。

介護保険制度による介護サービス等

保険給付	介護給付		要介護 1～5	全国一律 の制度
	予防給付		要支援 1～2	
地域支援事業	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 （訪問型・通所型）	基本チェック リスト対象者	市町村ごとの 地域支援事業
		一般介護予防事業	※ケアマネージャーは、市町村ごとの制度の違いに対応した手続き・プラン作成が必要 ※サービス提供事業者は、市町村ごとの制度の違いに対応した手引き（市町村ごとの事業者指定など）、サービス提供が必要	
	包括的支援事業	地域包括支援センターの運営 在宅医療・介護連携体制整備事業		
	任意事業	認知症施策推進事業 生活支援体制整備事業		

総合事業窓口対応マニュアル



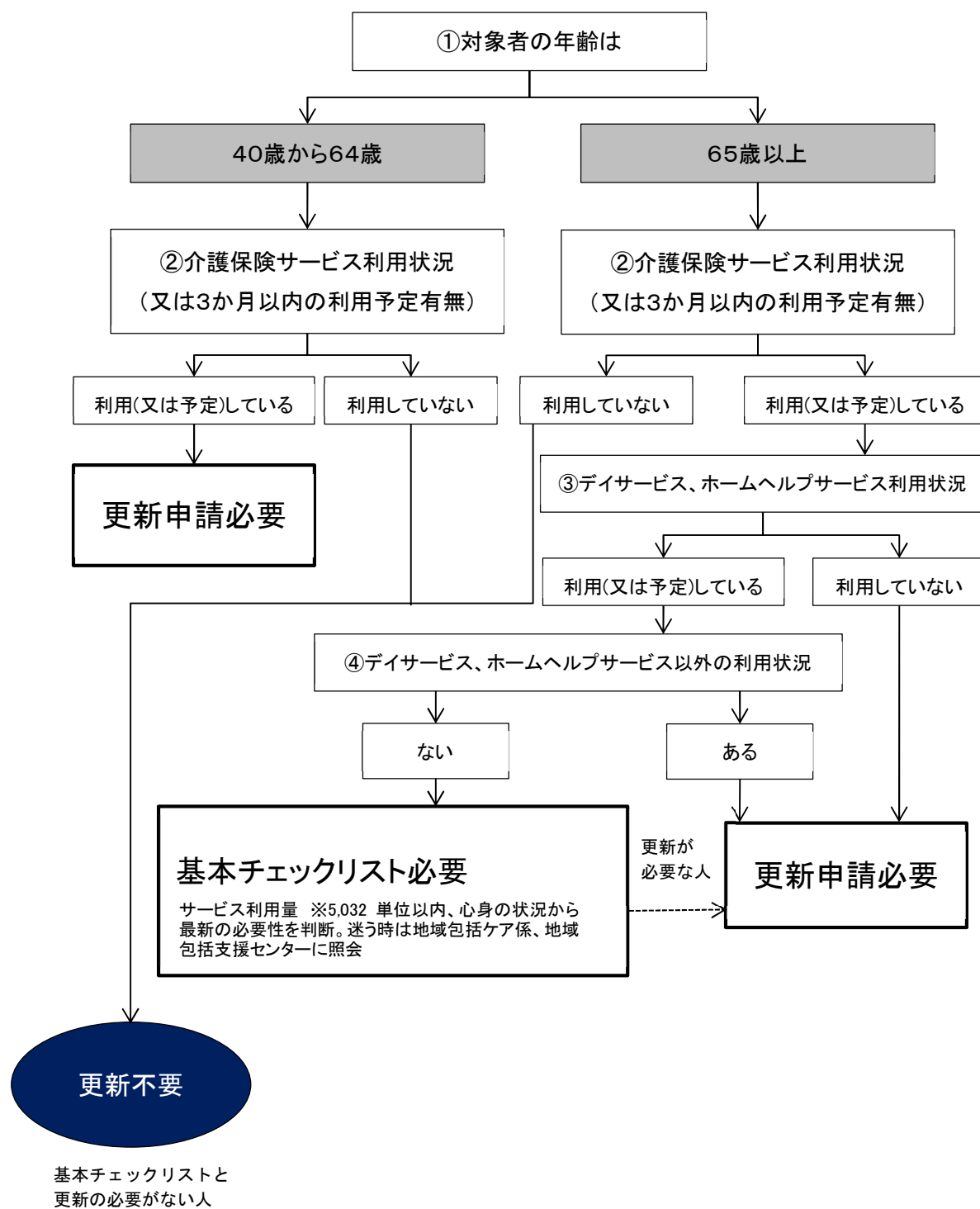
1 受付窓口の心得

- ・受付では、対象者のサービス意向と身体状況に合わせて、介護保険の申請か総合事業の申請(基本チェックリストの実施)かを判断します。
- ・介護保険の利用は、あくまでも本人の自立のための利用であることを理解し、申請の必要性について、ご判断ください。
- ・総合事業利用について、対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。
- ・判断に迷う場合は、福祉事務所地域包括ケア係に照会ください。

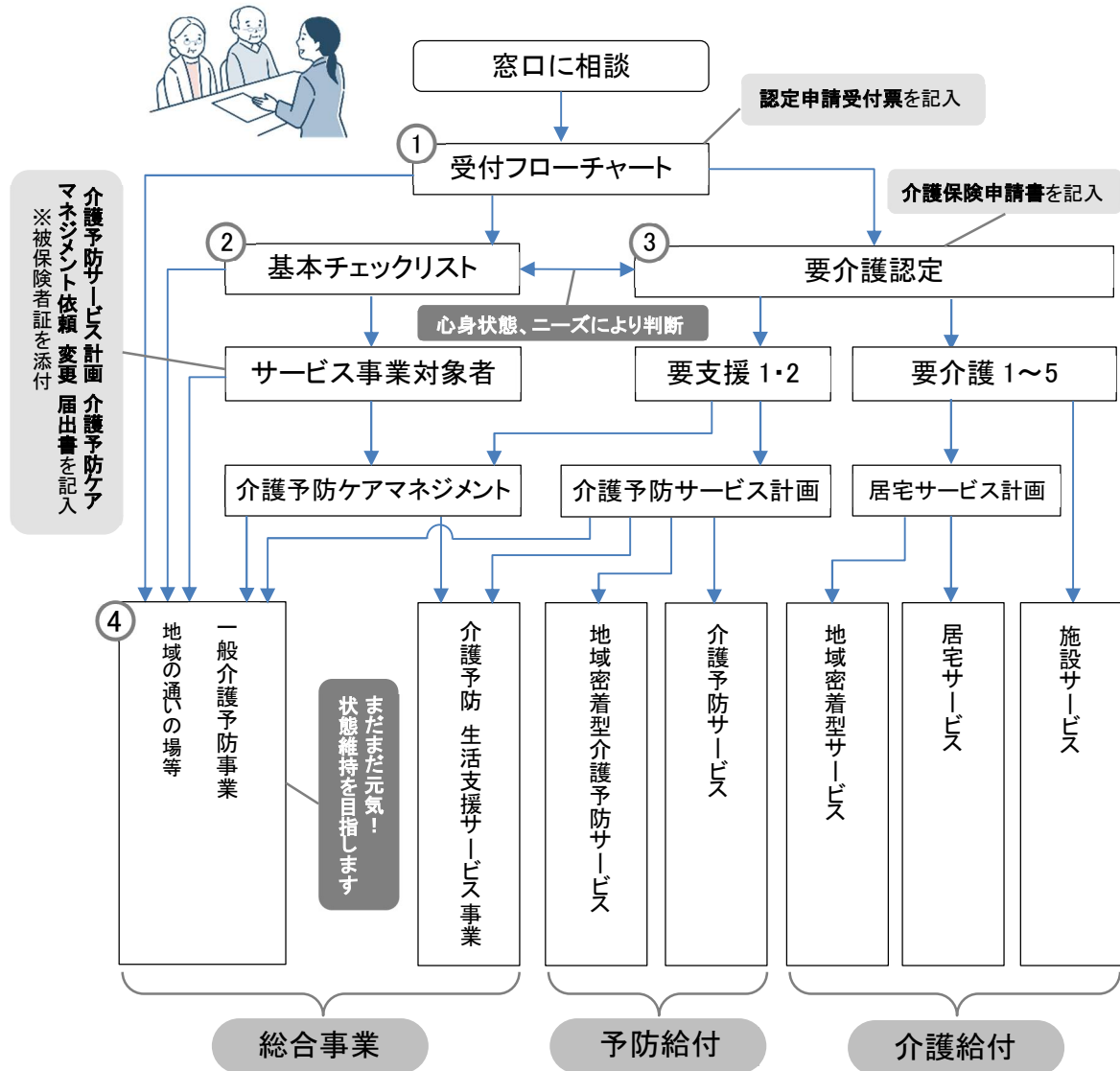
2 申請の流れ

【更新用】要支援認定者の更新申請必要性判定チャート

※第2号被保険者は総合事業の利用、予防給付の利用のいずれの場合も要支援認定が必要です。チェックリストで判断することはできません。



事業対象者決定までの流れ



- ① 受付フローチャート(P11)を使い状態とニーズの聞き取りを行う。要介護認定申請か、一般介護予防事業等か、あるいはサービス事業対象者かの判断をする。
- ② 窓口に来られた方の同意を得ながら、基本チェックリストを実施する。その際、「お薬手帳」の提示を求め、記入時参考にする。

本人が来所できない場合は、電話や家族より相談内容を聞き取る。また、家族に基本チェックリストを渡し、後日地域包括支援センターに届ける方法でも可。同様に居宅介護支援事業所等の代行による提出も可。

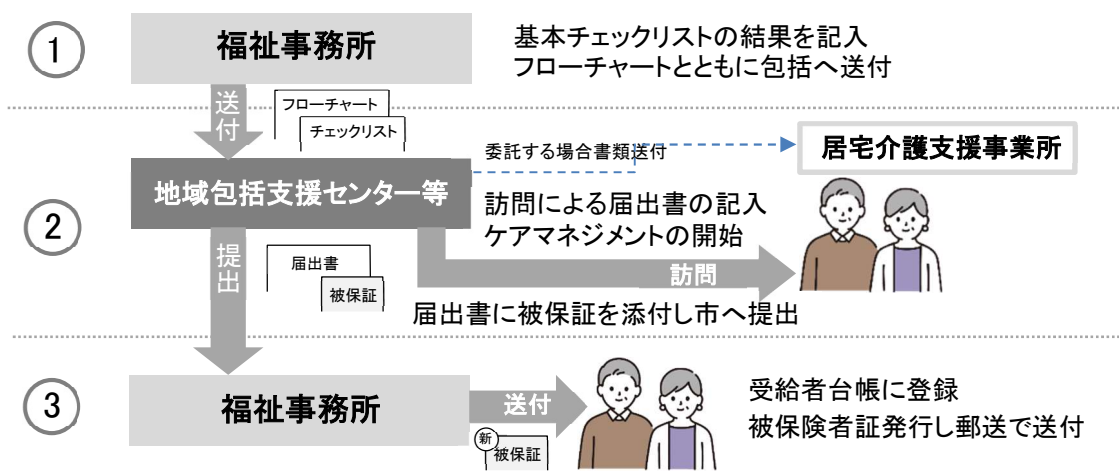
基本チェックリストの活用

介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認すると共に事業内容を説明し、適切なサービス利用につなげる。

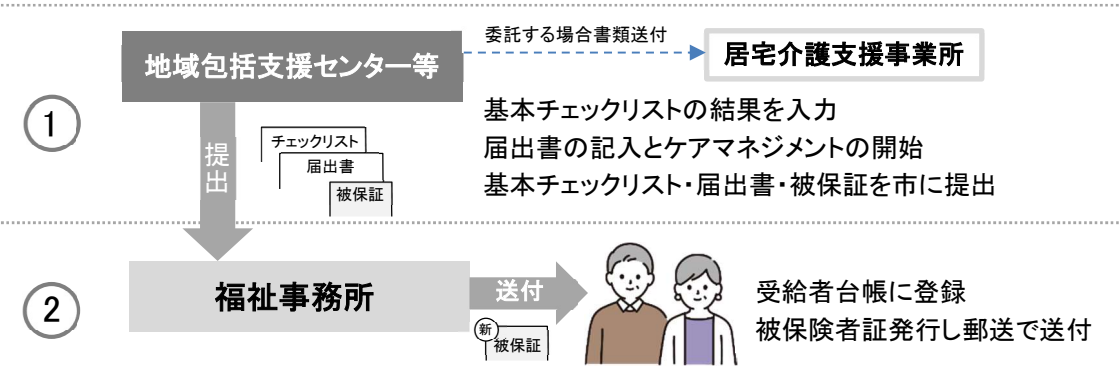
- ③ 明らかに要介護認定が必要、あるいは要介護認定が望ましい場合は、申請を案内する。※非該当の場合、状態により基本チェックリストを実施する
- ④ 明らかに心身機能が元気な方には、一般介護予防事業や地域の通いの場などを案内する。事業の担い手になっていただく(ボランティアセンター等紹介)ことを勧める場合もある。

【事業対象者決定後の流れ】(新規の場合)

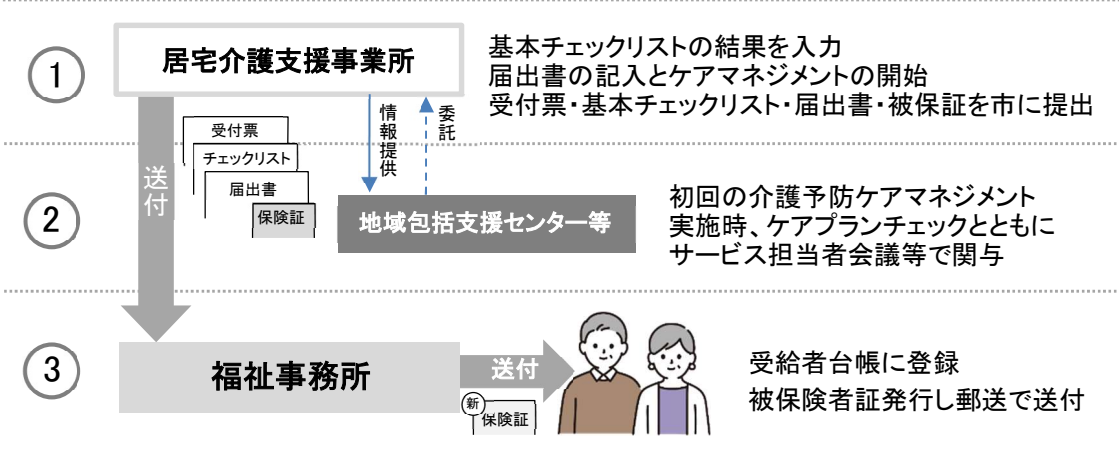
福祉事務所が受付の場合



地域包括支援センター等が受付の場合



居宅介護支援事業所が受付の場合



※必要な書類は全てコピーをとって保管し、原本は全て市に提出する。

※市にて被保険者証の交付に時間を要する場合は、資格者証を交付し、後日登録後の被保険者証を発行する。

4 事業対象者の有効期間について

平成29年度より有効期間を設けずに運用しています。なお、状態変化に伴い、適切なサービス量の確保、福祉用具等その他給付サービスを利用する場合は、要介護認定申請(新規申請)をご案内ください。

★ケアプランの期間は最大24か月として運用します。ただし、利用者の状態により期間を短縮しても差し支えありません。

介護予防・日常生活総合事業の利用に係る留意事項

1 事業対象者、要支援認定及び要介護認定の区分変更に伴う資格の取扱いについて

(1) 要介護(要支援)認定者が事業対象者としての認定を希望する場合

すでに要介護(要支援)認定を受けており、その有効期間にある場合は、要介護(要支援)認定を優先するため、事業対象者としての認定を受けることができません。現在の要介護(要支援)認定の有効期間終了後に事業対象者としての認定を受けることは可能です。その場合は、現在の有効期間終了日の概ね2か月前から基本チェックリストの実施が可能です。

基本チェックリストに該当する場合、要介護(要支援)の有効期間終了日の翌日から事業対象者としてサービス事業を利用できます。

(2) 事業対象者が要支援認定を受けた場合

要支援認定日に遡って、要支援認定の資格が発生します。

要支援認定申請日と基本チェックリスト実施日が同時申請(同日)の場合、認定が出る前に事業対象者としてサービス事業を利用している場合が多いと思いますが、認定申請日まで要支援認定の資格が発生するので、サービス事業費の請求の際は、要支援認定区分での請求となります。請求は認定結果が出た後に行ってください。認定の結果が非該当だった場合は、そのまま事業対象者としてサービス利用を継続できます。

(3) 事業対象者が要介護認定を受けた場合

事業対象者としてサービス事業を利用していた場合で、認定申請の結果、見込み違いで要介護1以上の認定がなされた場合は、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができるという特例があります。

この特例を適用する場合は、介護給付サービスの利用を開始するまでに利用したサービスを総合事業のサービス事業費として、認定区分は事業対象者として請求が可能です。

ただし、認定の資格としては、サービス事業としての請求を可能とするために、市のほうで国保連の受給者台帳を修正する必要があります。介護申請時に、介護給付開始予定日を市へお知らせください。また、要介護認定日以降に事業対象者終了届を市へご提供ください。

※要介護認定日以降もこの特例を適用する場合、利用者の混乱を避けるため、注意喚起文を封入します。

ただし、要介護認定を見込んだ暫定プランにより介護給付のサービスを利用する場合はこの特例は適用できません。

◎事業対象の延長は基本的に月末までとなります。月途中で介護保険に変更となる場合は地域包括ケア係にご相談ください。

2 報酬についての考え方

(1) 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定結果	介護(予防)給付によるサービスのみのみ	介護(予防)給付によるサービスと総合事業によるサービスを併用	総合事業によるサービスのみのみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担介護予防ケアマネジメントを含めた事業分は総合事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、総合事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 総合事業分は総合事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて総合事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は総合事業から支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は総合事業により支給

(2) 高額介護予防サービス費相当事業費の支給

総合事業においても、利用者負担が高額となり、上限額を超える場合は、高額介護予防サービス費に相当する「高額介護予防サービス費相当事業費」を支給します。

また、高額医療合算介護予防サービス費に相当する費用も総合事業で支給します。

算定の対象となるのは、給付管理の対象である現行相当サービス(A2、A6)と基準緩和サービス(A3、A7)の利用者負担です。

なお、総合事業のサービスのみのみで上限額に達することはないため、予防給付との合算または世帯合算の場合にのみ対象となります。

3 住民票登録地や保険者が居住市町村と異なる場合の取扱い

総合事業では、市外の事業所も利用できることとなっていますが、住所地特例対象者ではない糸魚川市の被保険者が市外のサービス事業所を利用する場合は、以下の点にご留意ください。

なお、住所地特例対象者については、扱いが異なりますので、「4 住所地特例対象者に対する総合事業の実施について」を参照してください。

(1) 糸魚川市の指定の有無(サービス事業所)

総合事業は市町村ごとの事業であり、サービス事業所の指定も市町村ごとに行います。そのため、糸魚川市の被保険者が市外に所在する事業所のサービスを利用する場合は、当該事業所が糸魚川市の指定を受けている必要があります。

(2) 報酬の請求について

総合事業では、サービス事業費等の報酬も市町村ごとに決定することとなっているため、他市町村とは報酬額が異なる場合があります。

総合事業の実施者は、住所地特例の場合を除き、利用者が住民登録を行っている市町村(保険者市町村)になることから、市外に所在する事業所を利用する場合であっても、保険者市町村の定めた報酬を適用することとなります。

以下に住所地特例を対象者との比較を表にしましたので、参考にしてください。

	総合事業の実施者	ケアマネジメントを実施する包括	適用する報酬
市外事業所利用者	利用者の保険者市町村	利用者の保険者市町村の包括	利用者の保管者市町村が定めた報酬 ※地域区分単価も同様
住所地特例対象者	施設所在市町村	施設所在市町村の包括	施設所在市町村が定めた報酬 ※地域区分単価も同様

4 住所地特例対象者に対する総合事業の実施について

(1) 住所地特例対象者に関するサービス事業費、介護予防ケアマネジメント費の請求

住所地特例対象者について、地域包括支援センターで相談を受け付けた場合は、被保険者証を預かり、基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント依頼(新規・変更・取消)等とともに糸魚川市役所福祉事務所へ提出します。

〈他市町村の住所地特例者の被保険者証のその後の流れ〉

地域包括ケア係から一式を保険者(他市町村)に送付します。保険者(他市町村)は、「事業対象者」が印字された被保険者証を住所地特例者に直接送付します。

※当市の被保険者ではないため、被保険者証は他市町村の様式になります。

サービス事業費、介護予防ケアマネジメント費は対市町村対の住所地特例対象者に係るものであっても、通常通り国保連に請求を行います。なお、住所地特例対象者に係る総合事業は、施設所在市町村が実施するため、サービス事業費、介護予防ケアマネジメント費ともに、施設所在地市町村の定める報酬が適用されます。

5 ケアマネジメント作成依頼届について

(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依頼届出書」「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」により、予防給付サービス、総合事業サービスを分けて対応していましたが、緊急でショートステイ等を利用する場合、再度提出しなければいけないといった事務手間が増えていることから、)平成29年度より「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届出書」のみの運用です。運用方法については、予防給付と同じです。

なお、個人番号の記載については、当市では総合事業では使用しないこととなっておりますので、記入しないようご注意ください。

(2) 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託について

委託の場合の地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の委託契約手続き、ケアマネジメントに際しての役割分担などは、基本的に介護予防支援を委託する場合に準じます。地域包括支援センターへお示ししている「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書」(記載例)を参考にしてください。

なお、居宅介護支援事業所の受託件数については、介護予防ケアマネジメントの場合は居宅介護支援事業費の逓減制の対象にはならないため、制限はありません。

6 事業対象者のサービス利用が不要となった場合

サービス利用が不要となった場合は、「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」の変更理由欄に「終了」と記載し、福祉事務所地域包括ケア係に提出してください。

※事業対象者としての資格が終了となったわけではありません。

●事業対象者がサービスを再度利用する場合

「事業対象者決定までの流れ」P8 を参照してください。

介護保険窓口受付フローチャート

介護保険の理念

要介護者が尊厳を持って、自立した生活を営めるようにサービスを給付
国民は、要介護状態となることを予防するための、健康増進、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。

フレイルや、急性疾患等、一時的な身体能力機能低下の場合は、自分
の能力向上のため、サービスを利用し、自分でできるようになること
を目指しましょう。

対象者

氏名 生年 月 日 年 月 日 (歳) 住所 糸魚川市

☎

相談者

氏名 続柄 住所

☎

相談したいこと（一番の困りごと、窓口に来た理由について教えてください。）

☐ 介護サービス導入について本人の同意を得ていない ☐ 今あまり困っていないが何かあったら心配 ▶ 担当包括を紹介する

家族状況 ジェノグラム

病歴

現在治療中または後遺症のある病気 ☐ なし ☐ あり () かかりつけ医 ☐ なし ☐ あり ()

同意

包括へ情報提供の同意 ☐ する ☐ しない

介護予防活動をしたほうがよい状態

介護保険申請をしたほうがよい状態

歩行	☐ 自立 ☐ すり足歩行 ☐ 杖歩行	☐ 転倒あり ☐ 手すりや壁につかまる ☐ 1人で歩けない	☐ その他 ()
排泄	☐ 1人でできる ☐ 尿とりパッド リハパン着用	☐ 付添いが必要 ☐ 失敗がある ☐ テープ式おむつ着用	☐ その他 ()
入浴	☐ 1人で入れる ☐ 見守りをしている	☐ 家族が手伝っている ☐ 浴槽がまたげない	☐ その他 ()
調理	☐ 自分で作る ☐ 家族が作る	☐ 調理できない ☐ 調理に失敗することが増えた	☐ その他 ()
買物	☐ 自分でできる ☐ 家族等が支援	☐ その他 ()	
認知症	☐ なし又は年相応のもの忘れ	☐ 日常生活に支障がある認知症状 ()	



☐ 65歳以上

入院中の方

退院の目的が立つなど状態が安定してから再相談

- 担当包括を紹介する
- 入院中は病院の医療相談室に相談

希望のサービス

- ☐ デイサービス
- ☐ ヘルパー
- または介護予防活動をしたほうがよい状態に☒ あり

- ☐ 訪問看護
- ☐ ショートステイ
- ☐ 住宅改修
- ☐ 福祉用具の購入またはレンタル

☐ 64歳以下で特定疾病の対象



老化が原因とされる、以下の病気が対象

- がん（医師が回復の見込みがない状態と判断したもの）● 関節リウマチ
- 脳血管疾患 ● 筋萎縮性側索硬化症 ● 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症 ● 初老期における認知症 ● 慢性閉塞性肺疾患
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症 ● 脊管狭窄症 ● 早老症 ● 多系統萎縮症
- 閉塞性動脈硬化 ● 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※末期がんの場合早急にサービスが必要になることが想定されるので、訪看や福祉用具について聞き取りを行う

ご本人が来庁している

いいえ

状況不明のため包括へ対応依頼地区担当包括へ情報提供



☐ おむつ券を希望
福祉サービス係へ

※事業対象者は排尿障害のお薬を処方されていることが要件

介護保険を申請

介護保険申請書にそって聞き取り、②「介護保険申請をされた方へ」の用紙を渡し、内容を説明する

☐ 主治医意見書が糸病外、あさひ総合病院 富山労災病院、丸川病院、黒部市民病院 → 問診表記入

希望のケアマネジャーを確認 → 家族から希望の居宅に連絡をしてもらう

基本チェックリストを実施

ひとつでも該当あり

介護予防・生活支援サービス事業の利用希望

①総合事業のパフレットで事業を紹介し、利用を希望するか聞き取り

ホームヘルパーや家事支援などの訪問型サービスや、デイサービスなどの通所型サービスを希望している

それぞれの事業を紹介

基本チェックリストの運動機能低下に☒ №6～10 閉じこもりに☒ №16～17

パワーリハビリテーション、訪問機能訓練の紹介

本人から直接包括へサービス利用したいことを伝えてもらう。市から担当包括にも情報提供し、チェックリストの写しを送付する。

障害者手帳を取得しているまたはその必要がある

はい

福祉サービス係へ 自己負担での家政婦など民間サービスの紹介

まだまだ元気！

今の状態を維持できるようにしていきましょう



一般介護予防事業の紹介

③介護予防手帳を用いて説明する

健康体教室	体力に自信がある方向け
地区運動教室	体力に自信があまりない方向け
通いの場	地域で行っている活動やサロンなど

受付日

対応者

基本チェックリスト(総合事業サービス利用希望者用 新規・更新)

チェックリスト実施日 R . .					
チェックリスト実施者:所属				氏名	
フリガナ				住 戸	性 別
氏 名				所	男・女
生年月日				年	歳 電話番号
被保険者証	住 所	戸	TEL		
の送付先	氏 名	続 柄			
希望するケアマネージャー(※希望がある場合のみ記入)					
前回の認定情報(※直近で認定をお持ちの方のみ)		要支援() 要介護() ※()に介護度を記載			
		有効期間 平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日			

※以下の質問項目について、該当する項目に○を付けてください。

1) 医師から次の病気にかかっているといわれ治療を受けたことがありますか？	
①脳卒中(脳梗塞・脳出血等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
②高血圧	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
③心臓病(心筋梗塞・心不全等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
④不整脈(心室性頻拍、発作性上室性頻拍等)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
⑤糖尿病	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
⑥その他(病名:)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
(病名:)	ある ・ なし ・ 治療中 病院名
2) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	
J 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。	1 交通機関を利用して外出する
	2 隣近所なら外出する
A 屋内の生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出しない。	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B 屋内での生活は何らかの介助を有し、日常もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	1 車いすに移乗し、食事排泄はベッド上から離れて行う
	2 介助により車いすに移乗する
C 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいても介助を要する。	1 自力で寝返りをうつ
	2 自力では寝返りもうたない

裏面へ



◎質問票の当てはまる方に○をつけ点数により事業対象者の判断をします

はい

いいえ

事業対象者

1	バスや電車で一人で外出していますか	0点	1点
2	日用品の買い物をしていますか	0点	1点
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点	1点
4	友人の家を訪ねていますか	0点	1点
5	家族や友人の相談に乗っていますか	0点	1点
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	0点	1点
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点	1点
8	15分くらい続けて歩いていますか	0点	1点
9	この1年間で転んだことはありますか	1点	0点
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点	0点
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点	0点
12	身長 cm 体重 kg ◎BMIが 18.5 未満ですか？ BMI=体重(kg)÷[(身長 m)÷(身長 m)]	1点	0点
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点	0点
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1点	0点
15	口の渇きが気になりますか	1点	0点
16	週に1回以上は外出していますか	0点	1点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点	0点
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といわれますか	1点	0点
19	自分で電話番号を調べてかけることをしていますか	0点	1点
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1点	0点
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1点	0点
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点	0点
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1点	0点
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1点	0点
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1点	0点

1～20 まで 点

10 点以上の人

①通いの場 ⑤一般介護予防事業

6～10 まで 点

↓【運動機能低下】

3 点以上の人②受診勧奨

⑤一般介護予防

11～12 まで 点

↓【低栄養】

2 点以上の人

④健康増進課栄養士へ

13～15 まで 点

↓【口腔機能低下】

2 点以上の人 ②受診勧奨

⑤口腔機能改善教室

16～17 まで 点

↓【閉じこもり】

No16 の人 ①通いの場

⑤一般介護予防事業

18～20 まで 点

↓【認知機能低下】

1 点以上の人 ③認知症地域支援推進員へ

21～25 まで 点

↓【うつ病の可能性】

2 点以上の人

④健康増進課 保健師へ

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、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 _____

1項目も該当しない人

↓

①通いの場

⑤一般介護予防事業

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

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

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。

9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上にかかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。

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

＜基本チェックリスト該当点数以上の場合＞

該当点数により右枠の内容に該当する場合は、希望される総合事業サービス以外でも、下記該当事業について紹介する等、ケアマネジメントに反映してください。

- ①通いの場(サロン・地区運動教室など) ②受診勧奨
 ③認知症地域支援推進員(福祉事務所) ④健康増進課
 ⑤一般介護予防事業

※③④の、市職員については、サービス担当者会議の参集や直接保健指導を依頼するなど、ケースに合わせた関与を依頼してください。→福祉事務所地域包括ケア係へ連絡を。

【総合事業サービス参加の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合】

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧 180mmhg 以上のものや 180mmhg 未満であっても状態等により見当が必要なもの
- 急性期の関節痛。関節炎・神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫など)で息切れ・呼吸困難があるもの
- 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- 認知機能低下により、プログラムの実施に支障をきたすもの
- その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

介護予防ケアマネジメントマニュアル



1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業一覧

訪問型サービス 利用者：要支援認定者・事業対象者

サービス名	提供者	内容
現行相当サービス （従来の予防訪問介護）	訪問介護員（有資格者）	身体介護 生活援助
基準緩和型サービス	非専門職（一定研修受講者）	自立支援のための 見守りの援助及び生活援助
	委託事業所に雇用されている 非専門職（一定研修受講者）	生活援助
訪問機能訓練	リハビリ等専門職	対象者宅を訪問して 必要な相談・指導等を実施

通所型サービス 利用者：要支援認定者・事業対象者

サービス名	内容
現行相当サービス （従来の予防通所介護）	通所介護と同様、それぞれのニーズに応じて 明確な目標持ちサービスを提供
基準緩和型サービス	短時間サービスを提供する 運動・交流等業所の特色を生かした内容で実施
パワーリハビリテーション事業	高齢者マシンによる運動を行い、運動器の機能向上を図る

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

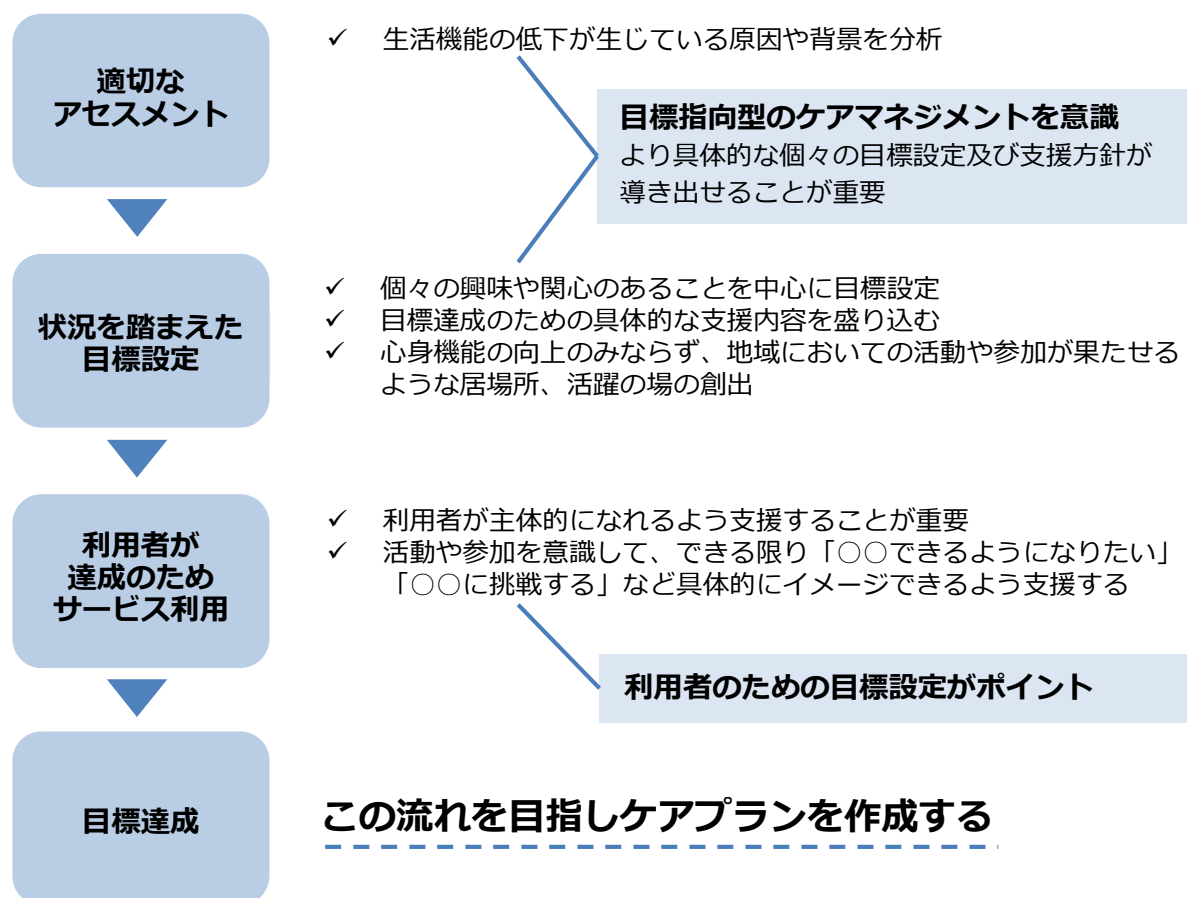
介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

介護予防の目的

- 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)
- 要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ

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

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

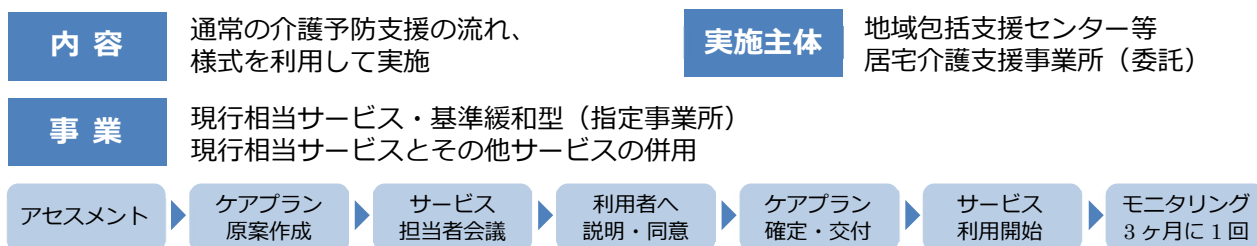


3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

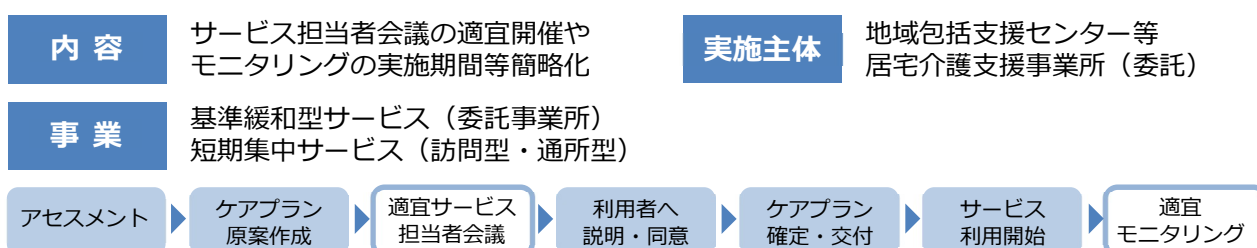
介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型を想定しています。

具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

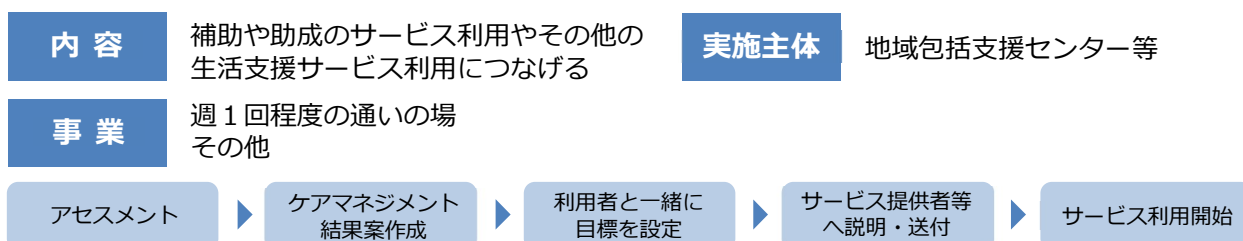
ケアマネジメントA ホームヘルプ・デイサービス 家事支援（指定）原則的な介護予防ケアマネジメント



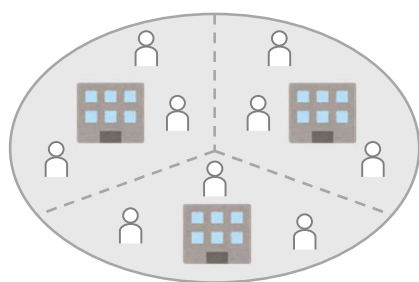
ケアマネジメントB 家事支援（委託）レク、専門職による指導 簡略化した介護予防ケアマネジメント



ケアマネジメントC 地域の通いの場、サロン等 初回のみの介護予防ケアマネジメント



4 実施主体（実施担当者）



利用者の住所地の包括・居宅が実施

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターや指定介護予防支援事業所において実施します。なお、地域包括支援センターは業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することができます。その場合、地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要です。

5 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること、又は事業対象者として市町村に登録されることが必要です。

ケアマネジメントA～Cの手順

1. 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（介護保険担当窓口で実施の場合）

① 意向を確認 → ② 事業の説明 → ③ 対象か確認 → ④ 届出を記入 → ⑤ 被保険者証の発行



困りごとや利用希望サービスについて聞き取る



総合事業や要介護認定について説明する



基本チェックリストで基準に該当、または要支援認定



包括の職員が訪問届出書を記入してもらう



事業対象者と記載された新しい被保険者証を対象者へ交付

2. 介護予防ケアマネジメント利用の手続き



現行相当サービス
ホームヘルプ・デイサービス

基準緩和型（指定）

家事支援
レクリエーション等

ケアマネジメント A

基準緩和型（委託）
家事支援

短期集中（訪問・通所）

専門職による訪問指導
高齢者用マシントレーニング

ケアマネジメント B

地域の通いの場
サロンや運動教室など

一般介護予防事業等の検討

ケアマネジメント C

① アセスメント

生活機能低下の背景と原因、課題を分析する



ポイント

- 利用者の自宅で、本人と面接して聞き取り等を通じて行う
- 利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出す
- 情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する
- 病気のことを、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する

② ケアプラン原案を作成する

アセスメントをふまえながら、利用者と目標を決め、具体策、利用サービスを決定する



ポイント

- **目標設定**
利用者が「自分の目標」として意識できるような内容・表現となるように設定し、「自分で評価」ができる、わかりやすく具体的な目標設定とする
- **サービス内容の選択**
各事業所の特徴を捉え、状態や意向、本人の選択に基づいたサービスを選択する。目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる
- **その他**
必ず本人の取組みを入れる

帳票

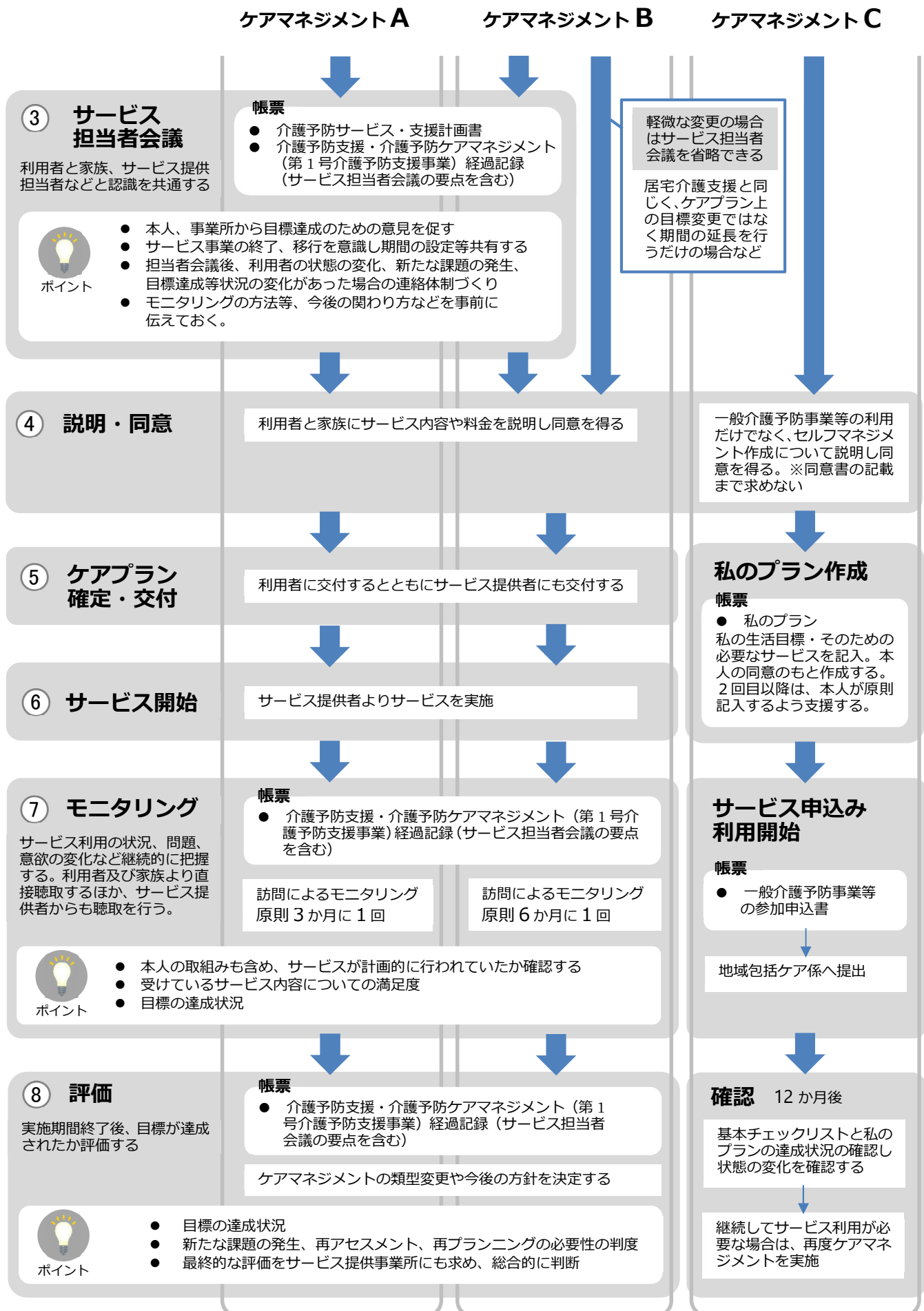
- 興味関心チェックシート
- 利用者基本情報
- 生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート

帳票

- 興味関心チェックシート
- 利用者基本情報

帳票

- 介護予防サービス・支援計画書



※ケアプランの有効期間最大24か月として評価を実施

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

(○:実施 △:必要に応じて実施 —:不要)

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○)(ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

ケアプランチェック提出資料

提出時	内容
初回時	●基本チェックリスト ●興味・関心チェックシート ●利用者基本情報 ●介護予防サービス・支援計画書
評価時	●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
更新時(プランの見直し)	●基本チェックリスト ●興味・関心チェックシート ●利用者基本情報 ●介護予防サービス・支援計画書

6 留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
- (2) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
- (3) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

7 興味関心チェックシートの活用

興味関心チェックシートは、その人らしさ、その人の好きなこと、楽しそうと感じることを表します。それらは生きがい、改善の意欲につながります。特に本人が関心のある生活行為について、聞き取りと質問を行い、気づきと意欲、モチベーションにつながるよう目指します。

関心を見える化し、
関連する質問をする
ことで気づきと動機
づけを目指す

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			

している、やりたい、
興味があるの他に、
かつてしていたか
どうかも聞き取り、
阻害要因を探る。

趣味、楽しみ
意欲を引き出す
チャンスとなる

身体を動かす
心身の機能改善
と意欲を引き出す

仕事
働くことが好きな人
には意欲を引き出
すきっかけとなる

旅行・温泉は
好きな人が多い。

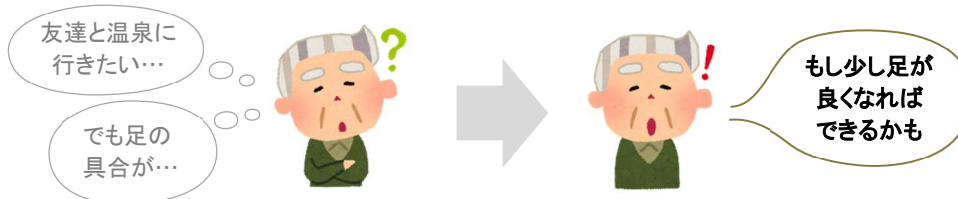
ADL・IADL
生活を支える
項目であり、
その理由を
聞き取る

役割や交流
人柄や暮らし方
を表す

空欄部分は本人の
興味をさらに引く
質問を記入

人は質問されると考えを巡らせます

さらに前向きな質問で気づきにつなげます



なぜしている(していない)のか、なぜしてみたい(興味がある)のか、その「状況」「原因」「希望」を明確にし、また、いつ、誰と、どこでしたいのか、具体的な状況と希望を「深める質問」で引き出し、「関連質問」につなげます。

深める
質問

しているに○

状況を確認します。「○○について、“している”にチェックしていますが、どのような状況なのか教えていただけますか？」など、具体的に、どのように、誰と、どこでしているのか聞き取り、不安に思うことはないかなどの質問で深めます。

「どのようにされているのか、聞かせていただけますか？」
「どのように工夫したり、周囲の方にお手伝いをしてもらっていますか？」
「やりづらいこと(時間帯、場所など)はありませんか？」
「この先やりづらくなりそうな心配(リスク要因)はありませんか？」

してみたいに○

できない原因を探ります。“かつてはしていた”、“なにかきっかけがあればできる”、“今はしていない事情”を聞き取ります。「○○について、“してみたい”にチェックしていますが、その理由を教えてくださいいただけますか？」など、聞き取り、改善点を探ります。

「していない理由はなぜなのか、聞かせていただけますか？」
「どのような条件(チャンス)があれば、やってみたいと思われますか？」
「この先やりづらくなりそうな心配(リスク要因)はありませんか？」
「どのように工夫したり、お手伝いがあればできそうですか？」
「いつまでにやれるようになりたいと思っていますか？」



興味があるに○

ポジティブな気持ちの表れです。「○○について”興味がある”にチェックしていますが、どのようなところに興味をもたれたのか理由を教えてくださいいただけますか？」など聞き取り、どんな支援があればやってみたいと思うのか質問を深め、前向きな気持ちを引き出します。

「○○に興味があるのはいいですね。その理由を教えてくださいいただけますか？」
「いつから○○に興味があるのですか？」
「○○ができるようになれば、次は何をしたいですか？」

関連
質問

不安要素、リスク、希望や「こうしたい」思いに本人や家族が気づくことで、改善達成への動機づけにつなげられるよう目指します。
質問することで浮き彫りになった不安要素や課題の改善に取り組むことで、生活や健康状態の改善、楽しみの実現を目指す動機づけにつなげます。

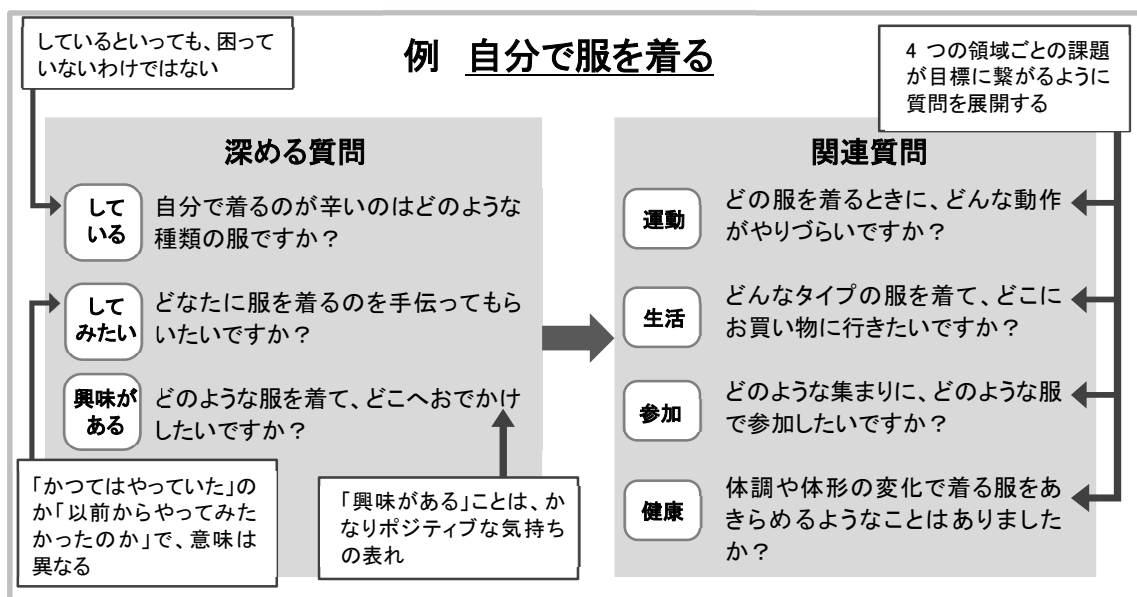
1 運動・移動

2 日常生活

3 社会参加

4 健康管理

ひとつの課題に取り組むことで、これら4つの領域が複合的に改善できる可能性がある



ADLに関する項目

自分で行うことで、どのように暮らしが充実するか、生活が広がるのかをイメージして改善への動機づけへ繋がります。

深める質問

している

自宅に限らず、「どこで」「誰と」「どのように」行っているのか、辛いところはないか聞き取ります。

してみたい

やりたい気持ちがあるにできない理由を聞き取ります。いつからできないのか、具体的に困っていること、できるようになったらどうしたいかを聞き取ります。

興味がある

どんな支援があればやってみたいと思えるのか、なぜ興味があるのか、やれたらどうしたいかを聞き取ります。

関連質問

運動

やりづらいときや動作はありますか？

生活

自分でしている工夫はどんなことですか？どんなふうになりたいと思っていますか？

参加

もし、〇〇ができるようになったらどこへ誰と行きたいですか？

健康

どのようなとき辛くなりますか？良いときはどうしていますか？

IADLに関する項目

好みやこだわりが表れます。充実した生活や楽しみを支える大切な項目です。

深める質問

している

この先不安に思うことはないか、辛い動作、工夫していることを聞き取ります。

してみたい

具体的に、どこを、どんなふうにしてみたいのか？身体のどこがよくなればできるようになると思うのか、できない原因などを聞き取ります。

興味がある

どういうふうにしたいか？いろいろなやり方があるが、どんなふうにやってみたいかを聞き取ります。

関連質問

運動

やりづらいときや動作はありますか？

生活

自分でしている工夫はどんなことですか？どんなふうになりたいと思っていますか？

楽しさ

もし、〇〇ができるようになったら誰を家に招きたいですか？

健康

どのようなとき辛くなりますか？良いときはどうしていますか？

外出に関する項目

自動車の運転や徒歩、公共交通機関を利用した外出は生活の足であり、その目的は買い物から社会参加まで多岐に及びます。

深める質問

している

この先不安に思うことはないか、辛い動作、ヒヤットすることはないか聞き取ります。

してみたい

いつからしていないのか、どこへ行きたいか、身体のどこがよくなれば外出できるようになると思うか聞き取ります。

興味がある

どのような条件が整えばできるようになると思うか聞き取ります。

関連質問

運動

やりづらいときや動作はありますか？

生活

どんなときに必要か、どんなふうにしたいと思っていますか？

参加

何かの集まりに参加するために必要ですか？

関係

誰とでかけたいですか？外出できなくなったら頼れる人はいますか？

役割に関する項目

孫や子供の世話、動物の世話など、役割は社会における居場所であり、自己肯定感に影響します。

深める質問

- している** お世話をする事で辛くなっていないか、不安に思うことはないですか？
- してみたい** 身体のどこが改善したら、どんなお世話がしたいか聞き取ります。
- 興味がある** 誰の(どんな動物の)お世話がしたいのか、どんなお世話がしたいのか聞き取ります。

関連質問

- 運動** 辛いことややりづらい動作はありますか？
- 生活** これまでどのようなお世話をしてきましたか？
- 参加** どんなイベントに一緒に出かけたいですか？
- 健康** 体調が悪くてお世話ができなかったことがありますか？

交流・社会貢献に関する項目

誰かとの関りや楽しい時間の共有、感謝の言葉をもらうことは、生きる活力につながります。質問をすることで本人の願いや意欲を引き出します。

深める質問

- している** どこで、どんなことをしているのか、どうやって行っているのか、何か不安に思うことはないか聞き取ります。
- してみたい** 以前はどのようにやっていたのか、何を工夫すればできるようになるか聞き取ります。
- 興味がある** どんなふうにやってみたいか、誰とどこへ行きたいのか聞き取ります。

関連質問

- 移動** どうやって出かけていますか？どこがよくなれば行けそうですか？
- 関係** 誰と、どんなふうに楽しみたいですか？
- 体調** 体調が悪くてあきらめたことはありますか？
- 健康** ○○で楽しむために、身体で良くなって欲しいところはありますか？

趣味に関する項目

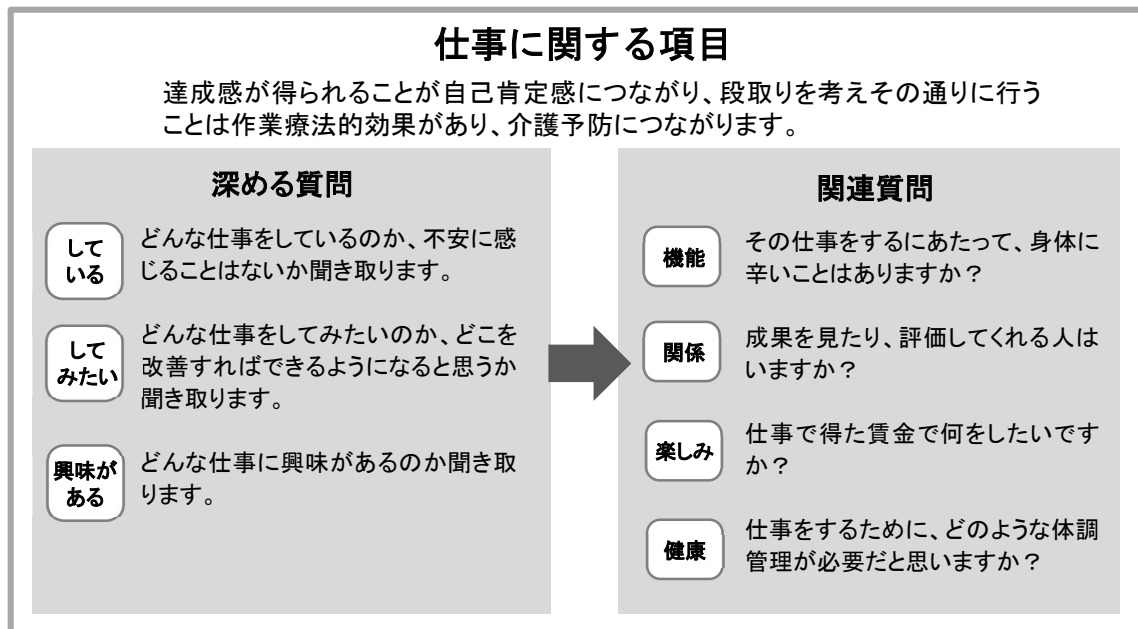
これらの質問により、ADL、IADL を改善することで人生をより楽しむことができるとの気づき、動機づけにつながります。「本人らしさ」を取り戻すことで、より充実した生活を送ることができます。

深める質問

- している** その趣味で、特に楽しいと感じるところはどんなところか、不安に感じることはないか聞き取ります。
- してみたい** なぜしてみたいと思うのか、どこを改善すればできるようになると思うか聞き取ります。
- 興味がある** どんな作品を作りたいと思うか、なぜその趣味に興味があるのか聞き取ります。

関連質問

- 移動** どこまで出かけていますか？辛いことはありますか？
- 関係** 一緒に楽しむ、楽しみたい友人はいますか？
- 体調** 体調が悪くてあきらめたことはありますか？
- 健康** ○○を楽しむために、どのような体調管理が必要だと思いますか？



質問が持つ4つの力を使いこなす

1 考える力

人は、質問されると「私は…」と考えを巡らす（答えを考える）習性があります。質問は釣り竿の先に付けたルアーのようなもの、ルアーに食いついてもらうためには、考えやすい質問をすることが大切です。

2 気づく力

私たちは、指摘されるよりも「……………ということがありましたか？」と示唆的に質問された方が、「実は…」と気づきが生まれる確率が飛躍的に上がります。

3 動機づける力

質問には仮設を前提とした質問方があります。「もし仮に…」と前向きな状況を踏まえて質問すれば、「そうなるなら〇〇はやってみたい」と返答する率はかなり上がります。未来志向の質問は人を動機づけます。

4 関係づくり力

信頼関係や人間関係の深まり具合が質問のやりとりレベルに表れます。アセスメントの質問軍はかなりナイーブな質問が多いので、「質問する理由」を説明するのは大切なエチケットです。

8 ケアマネジメント報酬(単価・加算)

単価及び加算(令和6年10月1日)

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	現行相当サービス	要支援認定者 事業対象者	442 単位
ケアマネジメントB	基準緩和型サービス 短期集中サービス	要支援認定者 事業対象者	307 単位
ケアマネジメントC	一般介護予防事業等 週1回程度の通いの場	要支援認定者 事業対象者	103 単位

○ 初回加算(ケアマネジメントA・ケアマネジメントB) 300 単位

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合。ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

○ 委託連携加算(ケアマネジメントA) 300 単位

地域包括支援センターが、指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

○ 集中支援加算(ケアマネジメントB) 200 単位

短期集中系サービスを利用する者に対して、利用最終月にモニタリング会議を開催した場合に所定単位数を加算する。

9 基準緩和型サービスについて

(1) 基準緩和型訪問サービスの内容

掃除	居室内、トイレ、卓上等の清掃 ゴミ出し 準備・後片付け	洗濯	洗濯機または手洗いで洗濯、洗濯物干し、取入れ、アイロンがけ、たたんで収納する
ベッドメイク	利用者不在のベッドでのシーツ交換 布団カバーの交換等		
調理と配膳	一般的な調理、配膳、後片付け	衣類の整理と補修	季節ごとの入れ替え ボタン付け、破れの補修等

生活支援型(指定)			生活支援型(委託)
概要	専門的支援が必要ない生活援助		介護事業所以外の事業所による生活援助
職種	介護福祉士、初任者研修修了者 自立生活サポーター(一定研修修了者)		自立生活サポーター(一定研修修了者)
単位	20分～45分未満 179円/回	45分未満 220円/回	45分未満 158円/回
利用申込	指定事業所と調整契約		申込書を地域包括ケア係へ提出し、シルバー人材センターへ連絡
個別計画	個別計画を作成		個別計画を作成

(2) 基準緩和型通所サービスの内容

短時間のデイサービス	主に運動・交流を基本とした、事業所ごとに異なる内容と提供時間を設定
------------	-----------------------------------

指定事業所		
概要	事業所の空きスペースを利用して提供	
単位	2～4時間 週1回 349円/回	2～4時間 週2回 358円/回
負担割合	1割・2割・3割	
利用申込	事業所ごとに調整契約	
個別計画	個別計画を作成	

委託型サービスの対象者

利用者による選択を基本としますが、専門職の関与が適している場合もあります。下記項目に全て該当する方を対象とします。希望対象者確認項目の記入が必要です。

有資格者からの支援でないことを理解できる

非専門職からの支援であることを基本とし、理解力の有無を確認する

コミュニケーション能力が保たれている

非専門職からの支援であることを基本とし、理解力の有無を確認する

転倒のリスクが低い

直近1か月程度で転倒していないか、また立ち上がり、歩行など転倒のリスクが低い状態かを確認する

精神、身体状況が安定している

進行性の病気等で身体状況が著しく変化がないか、認知症状も含め精神的に安定しているかを確認する

ケアプランに位置づけられた自分の役割を理解し実行できる

提供時間が現行相当よりも短い設定となっているため、利用者が自分自身の役割を更に明確にすることが重要であり、それを実行できることを確認する

(3) 現行相当サービスとの組合せ

適切なケアマネジメントのもと、現行相当サービスと基準緩和型サービスを組み合わせることも可能です。なお、その際は、ケアマネジメントAとして既存のケアプラン様式を使用し、ケアプランを作成してください。

留意事項 下記の上限を超えてのサービス利用はできません

介護度	訪問型	通所型
要支援1	2,349 単位(上限) A2(2111)	1,798 単位(上限) A6(1111)
要支援2、事業対象者	3,727 単位(上限) A2(1321)	3,621 単位(上限) A6(1121)

基準緩和型サービス委託型や短期集中サービスは、支給限度額外となります。

(4) 現行相当サービスから基準緩和型サービスへの移行について

基本的にプランの見直しのタイミングで移行します。ただし、介護保険制度の趣旨である「サービスの選択」の概念から、サービスの利用を希望される場合は、そのタイミングで適切なプラン関与のもと利用は可能です。なお、移行時にはサービス担当者会議を開催することを原則とします。

(5) サービス報酬について(指定)

月額包括報酬とされていた支給区分については、「サービス利用実績に応じた報酬設定」及び「多様なサービスとの併用」の観点から、1回当たりの単価設定を基本とします。ただし、1回当たりの単価設定では、国の基準を超えないために、その月の利用が所定回数を超える場合は、包括単価を設定します。

例 要支援1の利用者(通所・現行相当)に、サービスを提供) 月4回 ▶ 436 単位 × 4回
月5回 ▶ 1,798 単位

訪問は週3回以上で適用

(6) 訪問型サービスの現行相当サービスと基準緩和型サービスの違いについて

現行相当サービス ※専門的支援が必要な方	① 身体介助(排泄・食事・洗面・入浴・移動・服薬・通院)	
	② 60 分以上の支援が必要な生活援助(家事・買物・薬の受取り)	
	③ 認知機能の低下に伴う専門的支援	個々の判断を基本とする サービス検討の際は 地域包括ケア係に問合せ
	④ 障害に伴う専門的支援	
基準緩和型サービス	上記②、③、④に該当しない生活援助	

留意事項 提供期間について

事業対象者の場合、最大24か月のケアプランを可能としていますが、下記の内容の場合は、12か月間とします。

- ① 身体介助のうち、自立生活のための見守りの援助
- ② 障害に伴う専門的支援

10 短期集中予防サービスについて(ケアマネジメント B)

要支援認定者・事業対象者のうち、体力や健康の維持改善、ADL や IADL の改善支援、閉じこもり支援が必要な場合に、専門職が短期集中で利用者に関与し、生活機能・運動機能の向上を図るサービス。原則 3 か月を目処に「卒業」や「悪化予防」を目指す。

(1) 訪問機能訓練

状態	生活機能が低下	生活習慣病や低栄養
職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士等	管理栄養士 保健師(市職員)
内容	自宅を訪問して リハビリ等を指導	自宅を訪問して 栄養、健康を指導
期間	ケースに応じて回数を指定する 60 分/回 概ね 3 か月	適宜
自己負担	250 円/回	無料

(2) 短期集中通所リハビリテーション事業(パワーリハビリテーション)

対象	運動機器により、機能向上が図られる見込の方
内容	高齢者用マシンによる運動を行い、運動器の機能向上を図る
期間	概ね週2回 90 分/回 概ね 3 か月 ※一月のうち半数以上の参加がなかった(見込まれない)場合にはそこで中止とする
自己負担	2,537 円/月(1 割負担の場合)

※(1)、(2)とも支給限度額範囲外

※(1)及び(2)は、利用者の状況に合わせて併用可能

ケアマネジメントの流れ

1

アセスメント

利用者宅を訪問し、利用者及び家族と面談により実施する

帳票

● 利用者基本情報

- ☐ 心臓病（心筋梗塞、心不全）
- ☐ 不整脈（心室性頻拍、発作性上質性頻拍）
- ☐ チェックリスト 1) ③④に該当

● 服薬情報

☑あり

● 短期集中予防サービス意見書の記入を主治医へ依頼してもらう

※要支援認定者は主治医意見書で代用可
※文書料は利用者負担

- ☐ 短期集中予防サービスの利用が適切か判断に迷う
- ☐ どのメニューが適切か判断に迷う
- ☐ ケアマネジメントの過程でリハ職のアセスメントが必要と判断

☑あり

地域リハビリテーション事業
を利用しリハビリ専門職より
アセスメントをしてもらう
(P34 参照)

2

ケアプラン

ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）を作成

リハビリ専門職によるアセスメントを実施した場合はその意見を参考に作成

帳票

● 介護予防サービス・支援計画書

3

サービス 担当者会議

関係者と日程調整し実施

（必要に応じて地域包括ケア係職員も参加）

4

同意・説明

利用者と家族に内容と料金を説明し同意を得る

帳票

● 参加申込書 本人から記入してもらう

5

確定・交付

ケアプラン確定・交付（利用者、サービス提供者）

帳票一式を提出

基本情報・服薬情報・参加申込書

介護サービス支援計画書

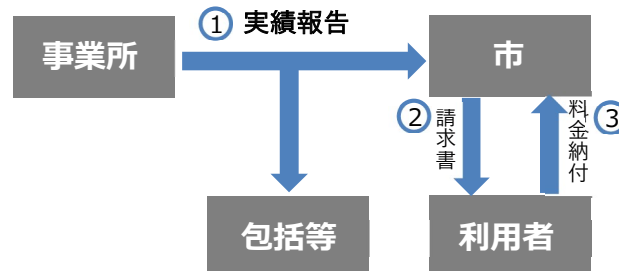
原本 ▶ 市 コピー ▶ 事業所

原本 ▶ ケアマネ コピー ▶ 市

6

利用開始

サービス利用開始



① 毎月利用実績を報告する

② 利用料の納付書を郵送

③ 郵便局か銀行で支払い

月途中からの開始の場合3か月後の
同日まで利用でき、その場合は
請求も3か月分となる。

7

評価

モニタリング・評価

事業所 3か月（もしくは6か月）終了日までに事業所が行い個別支援計画・評価表を包括と市へ提出

※カンファレンスはアセスメントしたリハ職の参加、
事業所での実施が可能

包括

目標が達成されたか評価し、再アセスメント・プランニングを検討
※ケアプラン変更の場合はサービス担当者会議が必要だが、軽微な変更の場合は省略可能

帳票

● 個別支援計画・評価表

原本 ▶ 市 コピー ▶ 事業所

再利用

市に相談

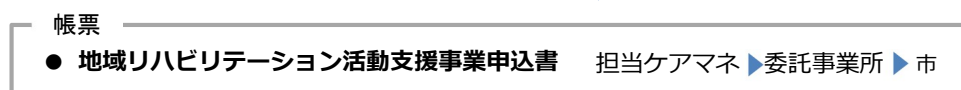
11 地域リハビリテーション活動支援事業について

(1) サービス種別

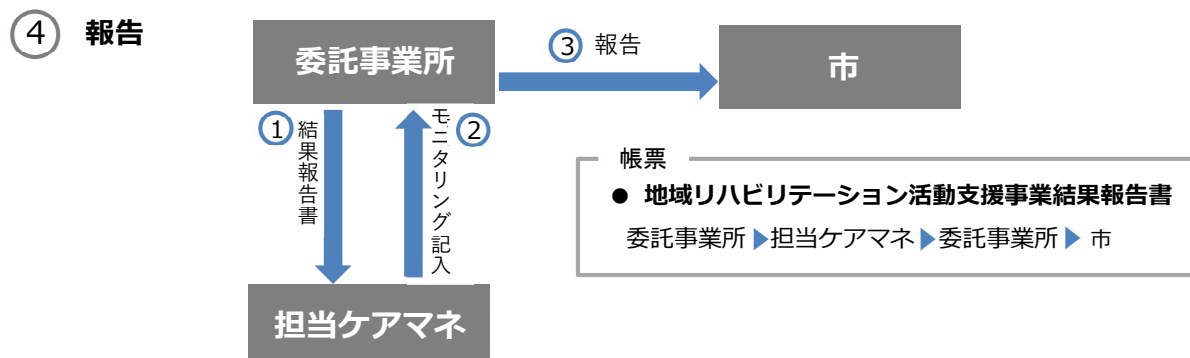
種別	リハビリ専門職の単発訪問指導
内容	リハビリ専門職が対象者の自宅を訪問し、高齢者の有する能力を評価し、改善の可能性を助言する(個人への指導ではなくケアマネジメント支援)
対象者	65歳以上の方
職種	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
自己負担	無料

(2) 利用の流れ

- ① **申込み** 担当ケアマネが申込書を作成 ➡ 委託事業所へ申込み
- ② **日程調整** 委託事業所と担当ケアマネで訪問の日程調整 ➡ 申込書を市へ提出



- ③ **訪問** 担当ケアマネとリハビリ専門職で訪問



地域リハビリテーション活動支援事業利用例

Aさん(70代) 支援2

短期集中(通所)を開始して3か月で状態の改善が見られ延長。4か月目に自宅で転倒後、歩行状態が悪くなり、痛みも伴うことから運動で負荷をかけて良いのかと事業所から相談を受ける。運動による筋肉痛も重なって痛みがあり、坐薬や痛み止めを使用しながら利用していた。痛みの状態と運動継続の可否について見極めてもらうために依頼。

筋肉痛と判断。事業所ともすぐ情報共有する。本人の状態は1段階落ちたところで維持しており、本人もリハ職に見てもらい、どういう動き方をすれば良いか教えてもらったことで守るようになった。

Cさん(80代) 支援2

多くの関節に変形があり装具も使用しているケース。運動中心の通所サービスを利用しているが通常の通所介護への移行も検討すべきか悩んでいたため依頼。

運動中心のサービス継続が望ましいとの助言があり、プラン作成の参考とする。また通所事業所にも運動実施方法の助言があり効果的な運動に取り組めるようになった。

12 請求までの流れ

項目	内 容
申請	要支援認定(更新)申請(認定調査・審査会)、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
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依頼(変更)届出書の提出 ⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施(アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等)
利用	ケアプラン交付・サービス利用
請求	給付管理票・請求書の提出(委託元地域包括支援センターへ) ※地域包括支援センター ○国保連に請求 国保連より支払 ○ケアマネジメント B・C を市に請求 市より支払

※請求事務の注意事項

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント費を市へ請求してください。