

東大阪市介護予防ケアマネジメントガイドライン

—第1版— 令和4年3月

東大阪市福祉部高齢介護室
地域包括ケア推進課

- 目次 -

1. 本ガイドライン策定の趣旨	p.1
2. 介護予防ケアマネジメントの基本方針	p.1
3. 介護予防ケアマネジメントの種類	p.2
4. 介護予防ケアマネジメントの実施手順	p.4
5. 関係様式	p.8

- 改版履歴 -

○第1版 令和4年3月

1. 本ガイドライン策定の趣旨

介護予防ケアマネジメントは、介護保険法の理念に基づき、高齢者が要介護状態となることを防止するとともに、可能な限りその地域において、自立した日常生活を営むことが出来るように配慮して行われるべきものです。その基本理念に基づく介護予防ケアマネジメントの基本方針や実施手順等を整理し、介護支援専門員や地域包括支援センター職員と共有することで、東大阪市の介護予防ケアマネジメントの質の向上を図るため、本ガイドラインを策定します。

2. 介護予防ケアマネジメントの基本方針

本市においては、「東大阪市ケアマネジメント基本方針」において、介護予防ケアマネジメントの基本方針を以下の通り定めています。

- 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、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなくてはならない。

Point

高齢者が住み慣れた居宅や地域での生活を続けていくため、「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状態がそれ以上悪化しないようにする」ための支援を基本とし、ケアマネジメントを実施する必要があります。

- 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並びに地域の予防活動等(地域における予防活動、就業、ボランティア、趣味活動等)の場が、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くてはならない。

Point

単に利用者の生活上の困りごとにサービスをあてはめるだけではなく、利用者及びその家族の選択や目標を尊重しながら、利用者が地域の中での生きがいや何らかの役割を持って生活していくための居場所に通うなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチし、利用者のQOLを高めていくことが重要です。

- 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サービスが特定の種類又は特定の指定事業者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。

Point

利用者の特性や生活スタイルに応じて、必要とするサービスや活用可能な社会資源を的確に見極め、ケアプランに盛り込んでいくことが重要です。また、その際には特定のサービス種別や事業者に限らず、公正中立な視点でサービスの選択肢を利用者へ提示できるようにすることが必要です。

- 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、指定介護予防支援事業者、指定事業者、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービス及び地域の予防活動等を含めた地域における様々な取り組みを行う者等との連携に努めなければならない。

Point

既存の介護事業者・施設等に加え、地域で取り組まれている介護予防の活動や、住民主体のボランティア活動などの社会資源を十分に把握し、必要に応じて連携できる体制を整えておくことが重要です。

3. 介護予防ケアマネジメントの類型

本市における介護予防ケアマネジメントの類型は、以下の通りです。

介護予防ケアマネジメント A 介護予防支援に相当するもの

介護予防ケアマネジメント B 介護予防ケアマネジメント A を簡略化し、サービス担当者会議及びモニタリングを省略したもの

介護予防ケアマネジメント C 介護予防ケアマネジメント A を簡略化し、訪問型助け合いサービス及び通所型つどいサービスの利用開始時にのみ実施するもの

参考1 総合事業のサービス種別について

東大阪市の総合事業においては、以下のサービスが利用できます。

訪問型サービス				
類型	訪問型 介護予防サービス	訪問型 生活援助サービス	訪問型 助け合いサービス	訪問型 短期集中予防サービス
概要	訪問介護員による身 体介護、生活援助	研修受講者による調 理、掃除、買い物、洗 濯等の生活援助	市民ボランティア等 による声かけ見守り訪 問、ごみ出し等	専門職の訪問による 短期集中型の運動機 能向上プログラム
提供 主体	指定事業者	指定事業者	住民ボランティア等	委託事業者

通所型サービス				
類型	通所型 介護予防サービス	通所型 短時間サービス	通所型 つどいサービス	通所型 短期集中予防サービス
概要	身体・生活機能向上の ための機能訓練	生活機能向上のため の機能訓練 (食事・入浴なし)	生活機能向上のため の簡単な運動やレクリ エーション	通所による短期集中 型の運動機能向上プ ログラム
提供 主体	指定事業者	指定事業者	住民ボランティア等	委託事業者

※短期集中予防サービスについては、募集時期を定め、期間限定で開催

※各サービスの詳細については、【参考資料1】「介護予防・生活支援サービス事業の詳細」を参照

参考2 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントについて

介護予防支援による介護報酬と介護予防ケアマネジメント費のどちらを適用するかについては、以下の表を参考としてください。

区分	利用調整対象サービス
介護予防支援	指定介護予防サービスを利用する場合
介護予防 ケアマネジメント A	総合事業における訪問型介護予防サービス、訪問型生活援助サービス、通所型介護予防サービス、通所型短時間サービス(以下「指定事業者による第1号事業」という。)を利用する場合
介護予防 ケアマネジメント B	総合事業における短期集中予防サービスのみを利用する場合
介護予防 ケアマネジメント C	総合事業における訪問型助け合いサービス、通所型つどいサービスのみを利用する場合

※指定介護予防サービスと総合事業のサービスを併用する場合は介護予防支援を適用

※指定事業者による第1号事業と短期集中予防サービス、訪問型助け合いサービスまたは通所型つどいサービスを併用する場合は、介護予防ケアマネジメント A を適用

4. 介護予防ケアマネジメントの実施手順

(1) ケアマネジメントの実施手順

① 利用者からの相談～契約締結

- ・利用者へ重要事項説明書を交付し、内容説明のうえ同意を得る
- ・利用者との契約を締結する
- ・必要に応じて(様式1)「基本チェックリスト」を実施する(【参考資料2】「基本チェックリストの考え方」)
- ・利用者から基本情報の聞き取りを行い、(様式2)「利用者基本情報」を作成する
- ・サービスの利用を前提として、要介護認定を申請するか、チェックリストを実施するか判断の目安については、【参考資料4】「基本チェックリスト実施前の確認事項」を参照

② アセスメント

- ・利用者宅を訪問し、本人との面接による聞き取り等を通じてアセスメントを行う
 - ・相談時に基本チェックリストを実施していない場合は、チェックリストを実施する
 - ・(様式3)「介護予防・支援計画書」を活用し、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等を聞き取りながら、本人の心身機能の状態や生活課題を把握し、「〇〇できない」という課題から、「〇〇したい」「〇〇できるようになりたい」といった目標を設定するためのアセスメントを実施する
 - ・利用者本人の介護予防に対する意欲を高めるため、本人及び家族とのコミュニケーションを深めるなど、信頼関係の構築に努める
- ※アセスメントにあたっては、【参考資料5】「興味・関心チェックシート」の活用も有効

③ ケアプラン原案作成

○目標の設定

- ・利用者の心身機能の改善を目指すだけでなく、心身機能や生活環境の改善を通じて、利用者の生活の質の向上を目指すものとする
- ・利用者が、自身の目標として意識しやすい内容や、表現となるよう工夫する

○利用サービスの選択

- ・従前相当サービスの利用だけでなく、緩和型サービスや住民主体サービス、短期集中予防サービス等の多様なサービスに加え、家族や地域住民からの支援や一般介護予防事業、住民主体の通いの場、民間企業によるサービスなど、本人の自立支援を支えるための多様な手段の活用を検討する
- ・従前相当サービスについては、そのサービスの必要性・妥当性についてよく検討し、サービスを利用する場合は、「訪問型介護予防サービス・通所型介護予防サービス利用報告書」(様式6)を作成し、市へ提出する

○期間の設定

- ・設定した目標や利用するサービスに応じた適切な期間を設定する

○多職種の視点

- ・利用者のケアプランを検討するにあたり、多職種の専門的な知見を得るため、自立支援型地域ケア個別会議等の活用を積極的に検討する
- ※【参考資料6】「介護予防サービス・支援計画書記載のポイント」を参照

④ サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議を開催し、ケアプラン原案の内容が適切なものとなっているか検討し、原案に修正が必要であれば修正を加える

⑤ ケアプラン同意・交付

- ・サービス担当者会議を経たケアプラン原案の内容を利用者及び家族に説明し、同意を得る（同意欄に記名）
- ・利用者及びサービス事業所に確定したケアプランを交付する

サービス利用調整・サービス提供・給付管理業務

⑥ モニタリング・評価

- ・ケアプランの実施状況を確認し、作成したケアプランが利用者の自立支援に向けて有効であったかを検証するため、定期的に評価を実施する
- ・(様式4)「サービス評価表」を活用し、設定した目標に対する評価を実施する
※【参考資料7】「サービス評価表記載のポイント」を参照
- ・ケアプランにおいて設定した目標の達成度を確認し、PDCA サイクルを意識したモニタリングを行う
- ・モニタリングの結果、再アセスメントを行う必要性について判断し、必要に応じてケアプランの修正を行う
- ・少なくとも3か月に1回は利用者の居宅を訪問してモニタリングを行う
- ・計画期間中、利用者の状況に著しい変化があった場合は、速やかに訪問による面談を行う
- ・その他の月については、可能な限り利用者の通所先を訪問する等の方法により、利用者との面談を行うよう努め、面談できない場合は電話等によるモニタリングを行う

適宜ケアプランの修正

○留意事項

- ・上記の利用者への説明、同意、交付、サービス調整等の支援経過を適宜記録しておくこと。(様式5)「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予支援事業)経過記録」を活用すること。

(2)ケアマネジメント業務の一部委託

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント業務の一部を、指定居宅介護支援事業者に委託することができます。

各業務フェーズごとに地域包括支援センター(本項番において以下「地域包括」という。)と、業務を受託した居宅介護支援事業者(本項番において以下「委託事業所」という。)との役割分担について、以下の通り整理します。

◎:主たる業務 ○:従たる業務

業務フェーズ	地域包括	委託事業所	留意事項
利用者からの相談～ 契約締結	◎		地域包括が作成した利用者基本情報を委託事業所へ提供する
アセスメント	○	◎	新規・介護度に変更があった際※のアセスメントには、地域包括職員が同席し、意見を述べる。 ※要介護⇒要支援、要介護又は要支援⇒事業対象者
ケアプラン原案作成	○	◎	委託事業所がアセスメントを元にケアプラン原案を作成し、地域包括に提出、確認を受ける。地域包括は原案確認後、意見があれば記入し、担当者名を記載、委託事業所へ返却する。
サービス担当者会議		◎	
ケアプラン同意・交付		◎	
サービス利用調整		◎	
サービス提供		◎	
給付管理業務	◎	○	委託事業所は翌月 5 日までに地域包括へ利用票、別表、給付管理票を提出し、地域包括は内容確認の後、10 日までに国保連請求を行う。
モニタリング・評価	○	◎	委託事業所が適宜実施する支援の経過については、必要に応じて地域包括へ報告する。 計画終期の評価については委託事業所が行い、その結果を地域包括へ報告する。 地域包括は評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行う。

(3)ケアマネジメント類型における各プロセスの実施

類型	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
内容	介護予防支援に相当する介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント A を簡略化し、サービス担当者会議及びモニタリングを省略したもの	介護予防ケアマネジメント A を簡略化し、訪問型助け合いサービス及び通所型つどいサービスの利用開始時にのみ実施するもの
利用サービス	訪問型介護予防サービス、訪問型生活援助サービス、通所型介護予防サービス、通所型短時間サービス	訪問型短期集中予防サービス、通所型短期集中予防サービス	訪問型助け合いサービス、通所型つどいサービス
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	△※	△※
ケアプラン同意・交付	○	○	○
給付管理	○	—	—
モニタリング・評価	○	△※	△※

※必要に応じて実施(省略可)

5. 関係様式

様式1 基本チェックリスト

様式2 利用者基本情報

様式3 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

様式4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス評価表

様式5 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録

様式6 訪問型介護予防サービス・通所型介護予防サービス利用報告書

被保険者番号		住所特例			保険者（ ）	
ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	大正 昭和	年 月 日（ 歳）	
住所				電話		
No.	質問項目				いずれかに○を お付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか				0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか				0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする				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
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
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか				1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1. はい	0. いいえ
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

同意欄

上記の記載内容に相違ありません。介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を東大阪市、地域包括支援センター及び事業所その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名(本人署名)

地域包括支援センター名：

実施者名：

チェックリスト実施日： 令和 年 月 日

事業対象者

該当・非該当

申請区分

1. 新規 2. 更新(介護度：)

認定

認定申請中

作成担当者：

《基本情報》

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

《介護予防に関する事項》

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____

様式 4

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

サービス評価表

評価日 _____

利用者氏名 _____

様

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

様式 5

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）

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年月日	内容	年月日	内容
※1 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）経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、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）や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。			
※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。			

訪問型介護予防サービス・通所型介護予防サービス利用報告書

地域包括支援センター名称		事業所番号	
居宅介護支援事業所名称		事業所番号	
プラン作成担当者の氏名		電話番号	

被保険者番号	被保険者氏名
--------	--------

訪問型介護予防サービスの利用が必要な理由（番号に○をつけてください。）			
1	要介護時から訪問介護を利用しており、事業所、職員が変わることで状態が不安定になると推測されるため。		
2	認知機能の低下があるため。		
3	身体介護が必要であるため。 (老計第10号1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助を含む)		
4	近隣地域に緩和型サービスを提供できる事業所がないため。 →受け入れ可能な緩和型サービス事業所が見つかった場合は変更できることを説明している。		
5	その他、有資格者によるサービス提供が必要と考えられる方等【下記（ ）に理由を記入ください。】 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>		
利用する 訪問型介護予防サービス 事業所名		事業所番号	

通所型介護予防サービスの利用が必要な理由（番号に○をつけてください。）			
1	要介護時から訪問介護を利用しており、事業所、職員が変わることで状態が不安定になると推測されるため。		
2	入浴や食事の提供が必要なため。		
3	個別的に実施される機能訓練を受け定期的な評価をすることで改善・維持が見込まれるため。 →モニタリング・評価で改善が見られた場合は状態に応じてケアプランを見直し、緩和型サービスに変更できることを説明している。		
4	近隣地域に緩和型サービスを提供できる事業所がないため。 →受け入れ可能な緩和型サービス事業所が見つかった場合は変更できることを説明している。		
5	その他、通所型短時間サービス・通所型つどいサービスの利用が難しい等【下記（ ）に理由を記入ください。】 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>		
利用する 訪問型介護予防サービス 事業所名		事業所番号	

東大阪市ケアマネジメントガイドライン

-第1版-

令和4年3月発行

東大阪市福祉部高齢介護室

地域包括ケア推進課