

東大阪市介護予防ケアマネジメントガイドライン

—第3版— 令和7年1月

東大阪市福祉部高齢介護室
地域包括ケア推進課

本ガイドラインについて

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。

介 護 保 険 法

〔抜粋〕

第1条(目的)

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。

第4条第1項(国民の努力及び義務)

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。

- 目 次 -

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業

1. 東大阪市の介護予防・日常生活支援総合事業	1
(1)地域包括ケアシステムの構築に向けて	1
(2)本市の総合事業の構成	2
2. 介護予防・生活支援サービス事業	3
(1)介護予防・生活支援サービス事業の構成	3
(2)介護予防・生活支援サービス事業の対象者	3
(3)対象者が利用できるサービス	4
(4)サービス利用までの流れ	5

第2章 介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントの基本方針	6
2. 介護予防ケアマネジメントの類型	8
3. 介護予防ケアマネジメントの実施	9
(1)原則的なケアマネジメントの実施手順	9
(2)ケアマネジメント業務の一部委託	11
(3)介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意事項	12
4. 介護予防ケアマネジメント費	14
(1)介護予防ケアマネジメント費	14
(2)介護予防ケアマネジメント費に係る加算	14
5. 指定事業所による介護予防・生活支援サービスの報酬体系等	16
(1)各サービスの基本報酬体系	16
(2)月額包括報酬の日割り請求・1回あたり(回数)請求の考え方	16
6. 住民主体サービスについて	18
(1)訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービスの概要	18
(2)住民主体サービス利用の流れ	18
(3)継続利用要介護者について	21
7. 短期集中予防サービスについて	22
(1)短期集中予防サービスの概要	22
(2)サービスの対象者	22
(3)短期集中予防サービス対象者の抽出フロー	23

関係様式

関係様式	24
------	----

- 改版履歴 -

○第1版 令和4年3月

○第2版 令和6年8月

- ・「第1章 介護予防・日常生活支援総合事業」を新設
- ・「第2章 3-(3)介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意事項」を新設
- ・「第2章 4. 指定事業所による介護予防・生活支援サービスの報酬体系等」を新設
- ・「第2章 5. 住民主体サービスについて」を新設
- ・「第2章 6. 短期集中予防サービスについて」を新設
- ・参考資料編 参考資料8 厚生労働省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」資料 9（月額包括報酬の日割り請求にかかる適用）を追加

○第3版 令和7年 1 月

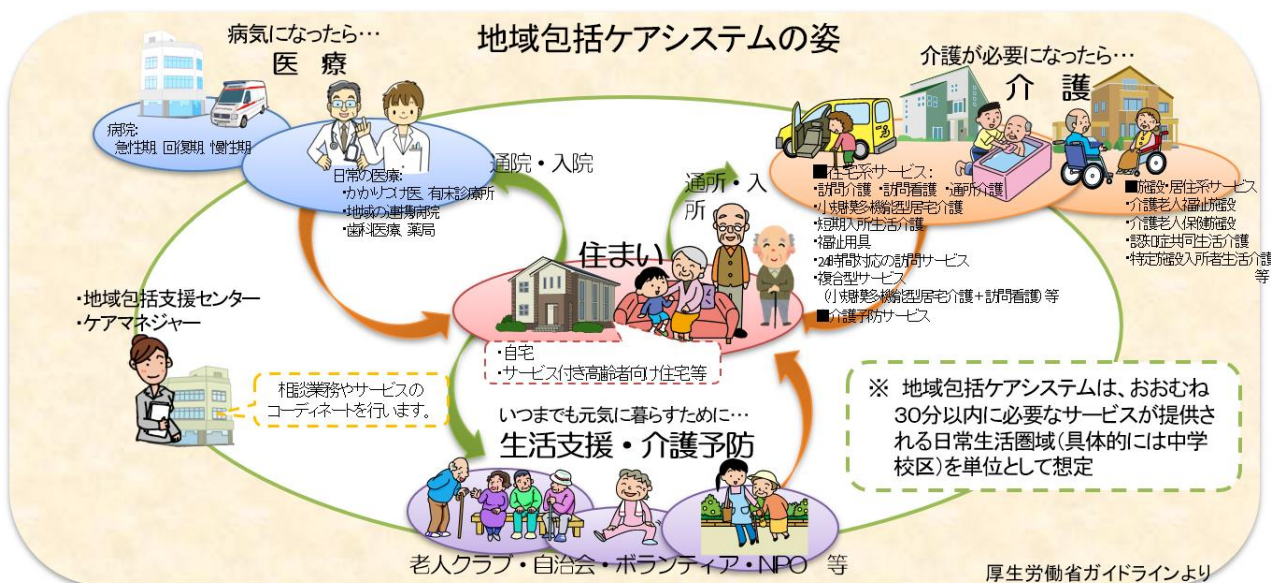
- ・「第2章 4. 介護予防ケアマネジメント費」を新設

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業

1. 東大阪市の介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 地域包括ケアシステムの構築に向けて

本市では、全ての団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい日常生活を営み続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいの5つのサービスを一体的に展開する「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。



介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」)は、市町村が中心となり、多様な主体による多様なサービスを拡充することにより、要支援者等に対する効率的かつ効果的な支援を可能とすることを目指して実施するものです。従来の介護予防訪問介護、介護予防通所介護を総合事業へ移行し、基準緩和したサービスや、住民主体のサービスを取り入れ、要支援者等の多様なニーズに対応するサービスを展開することで、高齢者がいつまでも元気に暮らしていくための支援体制を整備し、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

地域包括ケアシステムの捉え方

地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。

植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役目を果たすものと考えられます。



(2) 本市の総合事業の構成

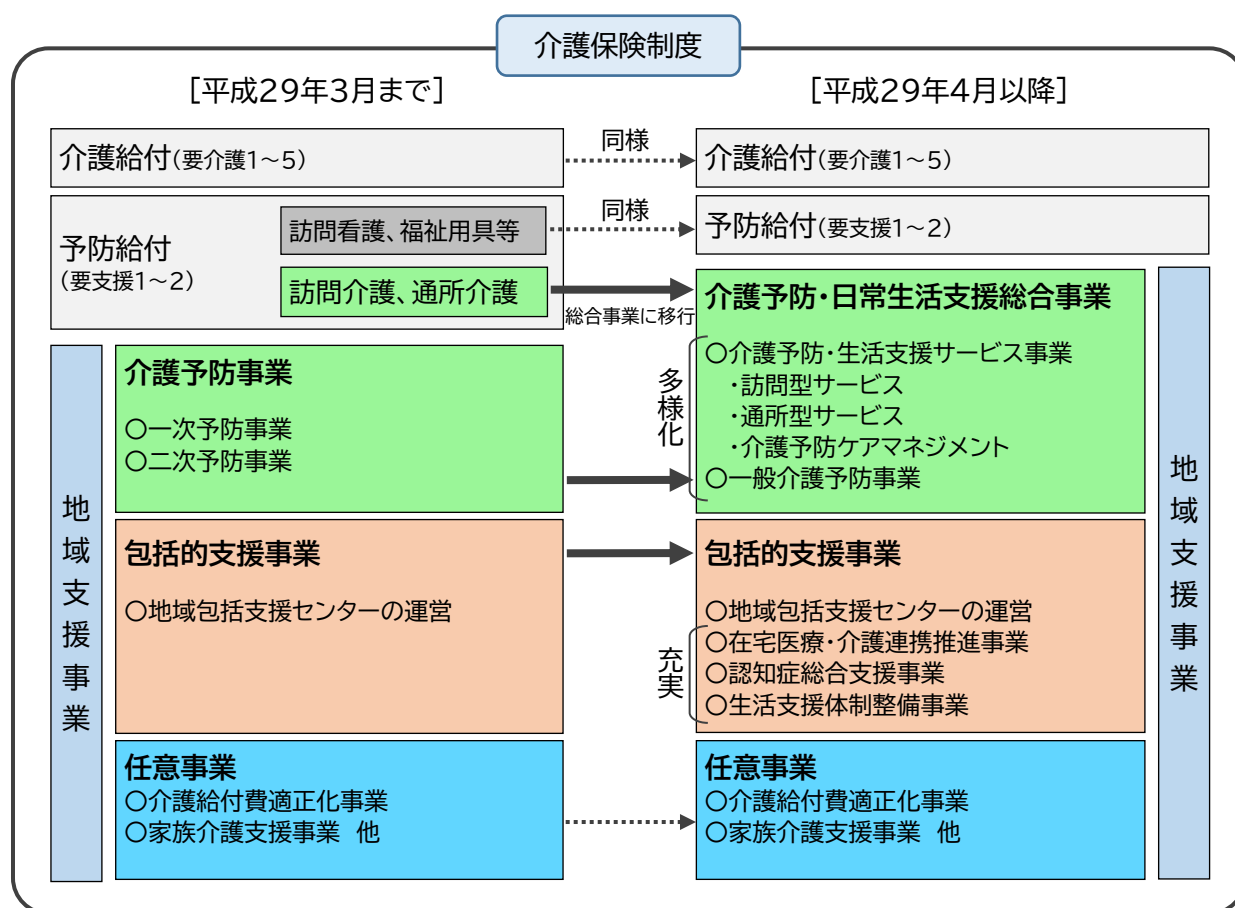
東大阪市では、平成29年4月より新たな総合事業を開始しています。

要介護者に対する介護給付は制度改正前と同様、全国一律のサービスとして運用を継続しています。

また、要支援者に対する訪問看護や訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションや福祉用具貸与等のサービスも同様に、予防給付のサービスとして継続しています。

要支援者の訪問介護、通所介護(旧介護予防訪問介護、旧介護予防通所介護)については、本市が主体となって実施する総合事業の介護予防・生活支援サービス事業に移行し、要支援者の状態像に応じた適切なサービスが選択できるよう、従前相当のサービスに加え、基準緩和したサービスや、住民主体サービス、短期集中予防サービス等を取り入れ、サービスの多様化を図っています。

また、介護予防事業については、地域づくりと一体となった介護予防の取り組みにより、高齢者の自主的な社会参加を促し、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止といった介護保険制度の理念を踏まえた取り組みを進めています。また、フレイルに対する理解の促進と行動変容を促す取り組みを強化しています。



⇒ 介護給付・予防給付は全国一律の制度として運営を継続、新しい総合事業は市町村ごとの地域支援事業として実施。

⇒ 予防給付のうち、旧介護予防訪問介護・旧介護予防通所介護を総合事業へ移行し、介護予防・生活支援サービス事業として再編。

2. 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の構成

本市の介護予防・生活支援サービス事業は、訪問型サービス、通所型サービスの2種類で構成されます。また、それぞれに従前相当サービス、緩和型サービス、住民主体サービス、短期集中予防サービスの4類型があり、計8つのサービス類型の中から、対象者の状態像に適したサービスを選択し、対象者の介護予防・自立支援の促進を図ります。各サービスの詳細については、下表のほか、参考資料1「介護予防・生活支援サービス事業の詳細」を参照してください。

訪問型サービス				
類型	[従前相当] 訪問型 介護予防サービス	[緩和型] 訪問型 生活援助サービス	[住民主体] 訪問型 助け合いサービス	[短期集中]※2 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※1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 による声かけや見守 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	[従前相当] 通所型 介護予防サービス	[緩和型] 通所型 短時間サービス	[住民主体] 通所型 つどいサービス	[短期集中]※2 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 型の運動器機能向上 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

※1 市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業サービス従事者養成研修

※2 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

(2) 介護予防・生活支援サービス事業の対象者

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、以下の通りです。

区分	定義
要支援認定者	要支援1・2の認定を受けた方
事業対象者	65歳以上※で、基本チェックリストを実施し、介護予防・生活支援サービス事業の対象と判定された方(参考資料3「事業対象者に該当する基準」)
継続利用要介護者	要支援認定者又は事業対象者で、介護予防・生活支援サービス事業の住民主体サービス(訪問型助け合いサービス又は通所型つどいサービス)を利用していた方が要介護認定者となり、要介護認定後も継続して住民主体サービスの利用を希望する方

※65歳未満の第2号被保険者は基本チェックリストを実施しても事業対象者と認定されません。
要支援認定が必要です。

(3) 対象者が利用できるサービス

サービス		要支援認定者	事業対象者	継続利用要介護者
介護給付	訪問介護 通所介護 訪問看護 福祉用具貸与 等	×	×	○
予防給付	介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与 等	○	×	×
介護予防生活支援サービス事業	訪問型サービス	訪問型介護予防サービス(従前相当)	○	×
		訪問型生活援助サービス(緩和型)	○	×
		訪問型助け合いサービス(住民主体)	○	○
		訪問型短期集中予防サービス(短期集中)	○	×
	通所型サービス	通所型介護予防サービス(従前相当)	○	×
		通所型短時間サービス(緩和型)	○	×
		通所型つどいサービス(住民主体)	○	○
		通所型短期集中予防サービス(短期集中)	○	×

⇒事業対象者は、介護予防・生活支援サービス事業のサービスメニューのみ利用可能。介護予防福祉用具貸与等の予防給付サービスを利用、又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスと予防給付のサービスを併用する場合は、要支援認定が必要。

⇒継続利用要介護者はあくまでも住民主体サービスを利用していた方が対象であり、全ての要介護者が住民主体サービスを使えるわけではないことに留意。

参考1 サービスの併用関係について

各サービスの併用関係は以下の通りです。

		訪問型サービス				通所型サービス			
		介護予防	生活援助	助け合い	短期集中	介護予防	短時間	つどい	短期集中
訪問型サービス	介護予防		※1	×	○	○	○	○	○
	生活援助	※1		×	○	○	○	○	○
	助け合い	×	×		○	○	○	○	○
	短期集中	○	○	○		※2	※2	○	×
通所型サービス	介護予防	○	○	○	※2		※1	※3	※2
	短時間	○	○	○	※2	※1		※3	※2
	つどい	○	○	○	○	※3	※3		○
	短期集中	○	○	○	×	※2	※2	○	

※1 従前相当サービスと緩和型サービスを併用する場合、1月の計画上の頻度に応じた従前相当サービスの包括単位数を上限とし、当該サービスの実際の利用回数に応じ規定している回数単位を用いる。

※2 通所型介護予防サービスまたは通所型短時間サービスで運動器機能向上を含むプログラムを受けている場合、短期集中予防サービスの併用は不可。

※3 通所型サービス(従前相当、緩和型)を利用している方がつどいサービスを併用する場合、以下の例を参考にそれぞれのサービスの必要性を整理してください。

例 通所型サービス(従前相当、緩和型):運動器機能向上プログラムによる運動機能の維持・向上
通所型つどいサービス:地域との関わりや社会参加機会の確保

第2章 介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントの基本方針

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び基本チェックリストの事業対象者を対象として、介護予防・生活支援サービス事業を利用する対象者に対して実施するケアマネジメントです。

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、利用者の心身の状況や置かれている環境、その他の状況に応じ、利用者の選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、必要な援助を行います。マネジメントを行うサービスは、介護予防・生活支援サービス事業に限らず、一般介護予防事業や市が実施する他の施策、民間事業者の提供するサービス、地域団体や近隣住民の支援などの社会資源の活用を含め、利用者の希望や目標を実現するための支援を行います。

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。以下の方針に則り、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に実施する必要があります。

- 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は偏らず、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。

自立支援型のケアマネジメントについて

利用者の自立支援を考えるうえでは、利用者の望む生活（＝したい）と、現状の生活（＝うまくできていない）のギャップを探り、その要因を分析しながら、「したい」生活を取り戻すための目標設定を行うことがとても重要であり、その目標達成のための手段として、適切なサービスを選択して利用するという視点が必要です。

自宅でお風呂に入れなくなった、という利用者からの相談に対して、単にデイサービスでの入浴を提案するだけでなく、その原因を利用者のアセスメントを通して詳細に探ります。

例えば下肢筋力の低下により浴槽の跨ぎが困難なのであれば、本人の意欲を引き出しながら、「〇月までに、再び自身で入浴ができるようになる」などの具体的な目標を利用者と共有します。その目標達成のために適切な機能訓練が受けられるサービスを提案したり、浴室の環境改善を検討したりすることで、利用者の IADL を向上させていく視点が重要です。



2. 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。

[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)

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

3. 介護予防ケアマネジメントの実施

(1) 原則的な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の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評価のタイミング、認定の有効期間等を勘案し、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（ケアプランの作成から、概ね 12 か月以内を目途に評価を行う）
- ・（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) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意事項

令和6年6月より、指定居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受け、要支援者の介護予防サービス計画を直接担当することができることとなったことに伴い、以下の点に留意しながらケアマネジメントを実施してください。

①介護予防サービス計画(ケアマネジメント)作成(変更)届出について

介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が要支援者の介護予防支援を担当する場合、介護認定課へ「介護予防サービス計画(ケアマネジメント)作成(変更)届出書」(以下「旨の届出」という。)を提出してください。なお、地域包括支援センターから一部委託を受けていたケースを直接担当するにあたっては、旨の届出を提出する前に、地域包括支援センターとのケース引継ぎにかかる調整を済ませておいてください。

②介護予防支援と介護予防ケアマネジメントについて

要支援者のケアプランについては、介護予防サービスのみ又は介護予防サービスと総合事業サービスを位置付ける「介護予防支援」と、総合事業サービスのみを位置付ける「介護予防ケアマネジメント」があり、新規に指定を受けた介護予防支援事業者が取り扱える業務は、「介護予防支援」のみとなります。「介護予防ケアマネジメント」を直接担当することはできません。(P8.「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」を参照)

従って、以下のような場合においては注意が必要です。

ケース1

要支援者 A について、令和6年6月は介護予防福祉用具貸与と通所型介護予防サービスを利用しており、B 指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所として担当していたが、令和6年7月は介護予防福祉用具貸与の利用をキャンセルし、令和6年8月に再び介護予防福祉用具貸与を利用した場合

月	6 月	7 月	8 月
利用サービス	予防福祉用具貸与 通所型介護予防	通所型介護予防	予防福祉用具貸与 通所型介護予防
ケアプラン担当	B 事業所	地域包括	B 事業所
請求区分	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援

旨届け
B 事業所

旨届け
地域包括

旨届け
B 事業所

この場合、6月分・8月分は B 事業所が指定介護予防支援事業所として担当、請求することができますが、7月分は担当、請求することができません。

7月分は、地域包括支援センターが担当することになるため、この場合、6月分、7月分、8月分のそれぞれにおいて旨の届出及び利用者との契約が必要です。(B 事業所は6月分・8月分、地域包括支援センターは7月分について届出が必要です。7月のケアプランについて、地域包括支援センターから B 事業所に委託することは可能ですが、旨の届出を行うのはあくまでも地域包括支援センターになります。)

ケース2

要支援者 C について、令和6年6月は介護予防通所リハビリテーションと訪問型介護予防サービスを利用しており、D 指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所として担当していたが、7 月に介護予防通所リハビリテーションをまったく利用しなかったことが7月の末に発覚した場合

月	6 月	7 月	8 月
利用サービス	予防通所リハ 訪問型介護予防	訪問型介護予防	予防通所リハ 訪問型介護予防
ケアプラン担当	D 事業所	地域包括	D 事業所
請求区分	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援

旨届け
新規事業者

実績から、デイケアの利用なしと発覚。介護予防支援は適用できない。

地域包括支援センターから
旨の届が必要

この場合、7月分についてD事業所が担当、請求できないことはケース1と同様です。このような場合、担当地域包括支援センターと速やかに連携を取り、地域包括支援センターは7月分の旨の届を速やかに保険者へ提出してください。（特例として旨の届出を受け付けます。）

上記の場合において7月分の旨の届出を8月に入ってから行った場合、7月サービス提供分の費用は8月審査月では請求できず、月後れ請求となりますのでご注意ください。

なお、利用者の負担を軽減するため、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が要支援者の受け入れを行うにあたっては、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの三者において契約を行うことも可能です。（ただし、この場合でも、上記2つの例における7月分の地域包括支援センターの旨の届出は必要です）。

また、今までどおり、指定を受けずに介護予防支援と介護予防ケアマネジメント双方において委託を受けることも可能です。

③介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が担当できる要支援者について

居宅介護支援においては、被保険者の住所地に関わらず要介護者との契約を行うことができますが、介護予防支援においては、指定を受けた市町村の被保険者である要支援者としてしか契約を行うことができません。（ただし、住所地特例対象者として本市に居住する他市被保険者は、担当することができます。）

	東大阪市の被保険者	他市の被保険者
居宅介護支援	○	○
介護予防支援	○	×※

※他市の被保険者であっても、本市の住所地特例対象施設に入所している住所地特例対象者は契約可能

そのため、居宅介護支援事業所として他市の要介護者を担当する場合に、当該要介護者が、状態の改善などにより要支援者となった場合には、その月以降、担当することができなくなるため、注意が必要です。

なお、この場合は、当該利用者が居住する市町村の地域包括支援センターや、当該利用者が居住する

市町村から指定介護予防支援事業所の指定を受けた指定居宅介護支援事業所に対象者を引き継ぐこととなります。

④地域包括支援センターからの委託について

今回の改正をもって、地域包括支援センターからの介護予防支援に関する委託業務がなくなるものではありません。従来どおり、指定介護予防支援事業所としての指定を受けずに、委託の形で要支援者を担当することも可能であるとともに、介護予防支援の指定を受けた後も、地域包括支援センターからの委託を受けて業務を行うことも可能です。

また、総合事業のみの介護予防ケアマネジメントの委託の取り扱いについては、これまでと変更ありません。

4. 介護予防ケアマネジメント費

(1) 介護予防ケアマネジメント費

名称	算定単位	報酬単位(R6.4 改訂)
介護予防ケアマネジメントA	1月につき	442単位
介護予防ケアマネジメントB		216単位
介護予防ケアマネジメントC		442単位
初回加算		300単位
委託連携加算		300単位

高齢者虐待防止措置未実施減算、業務継続計画未策定減算は、介護予防ケアマネジメントA及びCについては4単位、Bについては2単位をそれぞれ所定単位数から減算する。

(2) 介護予防ケアマネジメントに係る加算

①初回加算 [300単位]

介護予防ケアマネジメント事業所(介護予防ケアマネジメントの事業を行う事業所をいう。以下同じ。)において、新規に介護予防ケアプラン(介護予防ケアマネジメント事業所が作成する介護予防サービス計画(法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいう。)に類するものをいう。以下同じ。)を作成する利用者に対し介護予防ケアマネジメントを行った場合については、初回加算として、1月につき所定単位数を加算する。

【参考Q&A】

厚生労働省 平成21年4月改定関係 Q&A(vol.1)

初回加算において、新規に居宅サービス計画を作成する場合の「新規」の考え方について示されたい。

契約の有無にかかわらず、当該利用者について、過去2月以上当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。なお、介護予防支援における初回加算についても、同様の取り扱いとする。

介護予防ケアマネジメントにおける初回加算についても、上記 Q&A と同様の取り扱いとします。

②委託連携加算 [300単位]

介護予防ケアマネジメント事業所が利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。)に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防ケアプランの作成等に協力した場合は、当該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回を限度として所定単位数を加算する。

【委託連携加算算定に係る Q & A】

質問	回答
1 委託先の居宅介護支援事業所を変更する場合、加算は算定できるか。	委託先を変更することにより、地域包括支援センターが新たな委託先居宅介護支援事業所への利用者の情報提供並びに新たなケアプラン作成への協力を行った場合、算定可能です。
2 利用者の転居により、担当地域包括支援センターが変更となり、委託先居宅介護支援事業所も変更となった場合、加算は算定できるか。 また、委託先居宅介護支援事業所に変更がない場合はどうか。	委託先が変更となるか否かに関わらず、新たに担当する地域包括支援センターが委託先居宅介護支援事業所への利用者の情報提供並びに新たなケアプラン作成への協力を行った場合、算定可能です。
3 以下の例のように居宅介護支援事業所から一部委託の受託を申し出られた場合、委託連携加算の算定は可能か。 例1) 夫(要介護3)と妻(自立)の世帯で、妻が要支援となったことに伴い、夫を支援している CM から妻の予防支援を担当したいと申し出があった場合 例2) 要介護1であった利用者が要支援になったことに伴い、引き続き介護予防支援を担当したいと申し出があった場合	委託の可否及び委託先を地域包括支援センターで判断するにあたっては、被保険者への電話、訪問等での聞き取りによる被保険者の状況把握が必要と考えます。状況把握を行った結果、地域包括支援センターが当該ケースを申し出があった居宅介護支援事業所に委託する場合において、委託連携加算の算定要件の通り、居宅介護支援事業所への情報提供及びケアプラン作成への協力を行うことで、加算は算定可能です。また、その場合においては被保険者からの聞き取り内容、委託する理由、居宅介護支援事業者へ行った情報提供の内容等を支援経過に記録しておくことが必要です。
4 算定要件における、「当該利用者に係る必要な情報」とは何か。 要介護から要支援になった利用者の場合など、委託先居宅介護支援事業者の方が、当該利用者に関する情報を持っていることも想定されるが、その取扱いについてどのように考えるか。	現在、厚生労働省より「当該利用者に係る必要な情報」に関する具体的な見解は示されていませんが、地域包括支援センターが保有している被保険者に関する情報であって、委託先居宅介護支援事業所がケアプランを作成するにあたって必要となる情報を提供する必要があります。 また、要介護から要支援になった被保険者などを委託する場合でも、利用契約の際などに地域包括支援センターが被保険者から聞き取った情報を元に居宅介護支援事業所と意見交換し、被保険者に対する支援方針に関する認識を揃え、介護予防・自立支援の観点からケアプラン作成にあたってのアドバイスを行うなど、情報提供とケアプラン作成への協力を行うことにより、加算の算定が可能です。 なお、意見交換やケアプラン作成にあたってのアドバイス等については、利用契約の同席時や、別途機会を設けるなど、その手法は問いません。

※厚生労働省から当該加算に関する具体的な見解が示された場合、取り扱いが変更になる場合があります。

5. 指定事業所による介護予防・生活支援サービスの報酬体系等

(1) 各サービスの基本報酬体系

サービスコード種類	サービス名称	基本となる報酬体系	報酬単位(R6.4 改訂)
A2	訪問型介護予防サービス	月額	・週 1 回 程 度 1,176 単位 ・週 2 回 程 度 2,349 単位 ・週2回を超える程度 3,727 単位
A3	訪問型生活援助サービス	1回あたり	・週 1 回 程 度 215単位 ・週 2 回 程 度 215単位 ・週2回を超える程度 215単位
A6	通所型介護予防サービス	月額	・要 支 援 1 1,798単位 ・要支援2(週1回程度) 1,798単位 ・要支援2(週2回程度) 3,621単位
A7	通所型短時間サービス	月額	・要 支 援 1 1,438単位 ・要支援2(週1回程度) 1,438単位 ・要支援2(週2回程度) 2,897単位

※月額包括報酬のサービスについては、別途日割り・一回あたり報酬設定あり

※サービスコードごとの詳細については、別途市が作成するサービスコード表を参照してください。

(2) 月額包括報酬の日割り請求・1回あたり(回数)請求の考え方

①日割り請求の考え方

上記サービスのうち、A2、A6、A7については月額包括報酬を採用していますが、日割りの事由(厚生労働省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」資料9)に該当する場合、報酬の日割り計算を行います。参考資料8「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」を参照してください。

②1回あたり(回数)請求の考え方

訪問型サービス及び通所サービスは、それぞれ従前相当サービスと緩和型サービスを組み合わせて併用することができ(A2 と A3 を併用又は A6 と A7 を併用)、その場合、1回あたりの単位数を使用します。その際の1月の上限は、1月に計画した当初の利用頻度(計画上の利用頻度)に応じた従前相当サービスの包括単位数となります。

また、契約の変更を伴わない入院等があることにより、当該月の計画上のサービス頻度よりも実際の利用回数が少なくなる場合、1回あたりの単位数を使用します。(入院等があった場合でも、計画上のサービス頻度に影響がない場合は、月額包括報酬を用います。)

【例1】

1月の計画予定回数が9回であった方が入院し、その月の利用回数が8回に変更になった場合

介護度：要支援2

計画上の利用頻度：週2回（火・金）

【考え方】

（通常月）A2 1211【訪問型介護予防サービス12】2,349単位

（入院月）A2 2411【訪問型介護予防サービス21】287単位×8回＝2,296単位

月額報酬 > 回数単価×8回 となるため 請求単位数は 2,296単位 となる。

日	月	火	水	木	金	土
	1	2 ○	3	4	5 ○	6
7	8 入院	9 入院	10 入院	11	12 ○	13
14	15	16 ○	17	18	19 ○	20
21	22	23 ○	24	25	26 ○	27
28	29	30 ○	31			

【例2】

1月の計画において通所型介護予防サービスの利用予定回数が5回、介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）を3日予定していた方が入院し、その月の通所型介護予防サービスの利用実績が3回になった場合

介護度：要支援1

計画上の利用頻度：週1回（水）

【考え方】

（通常月）A6 1112【通所型介護予防サービス11日割】59単位×28日＝1,652単位

（入院月）A6 1113【通所型介護予防サービス21回数】436単位×3回＝1,308単位

月額報酬（日割り有）> 回数単位×3回 となるため 請求単位数は 1,308単位 となる。

日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3 ○	4	5	6
7	8	9	10 ○	11	12	13
14	15	16	17 入院	18 入院	19 入院	20 入院
21 入院	22 入院	23 入院	24 入院	25 ショート	26 ショート	27 ショート
28	29	30	31 ○			

6. 住民主体サービスについて

(1) 訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービスの概要

訪問型助け合いサービス・通所型つどいサービスは、東大阪市の介護予防・日常生活支援総合事業において、主に住民ボランティアや NPO 法人等(以下、「担い手」という。)が主体となって提供するサービスです。東大阪市における担い手は、東大阪市内にその活動拠点及び活動対象地域があり、2人以上で構成される自立したグループです。これらの担い手が提供するサービスを総称して、「住民主体サービス」と呼びます。東大阪市で活動するグループの一覧は、東大阪市のウェブサイトで公表しています。

[公表サイト:<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/0000024429.html>]

訪問型助け合いサービスは、担い手が利用者の自宅を訪問し、声かけや見守り、玄関先で可能な生活支援(ゴミ出し等)を行います。通所型つどいサービスは、担い手が主催するサロンや体操教室などで、生活機能向上のための簡単な運動やレクリエーション等を行います。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」を参照してください。

住民主体サービスの利用にあたっては、通常のサービスと同様にケアプランの作成が必要であり、担い手は、ケアプランに基づく利用者を受け入れるにあたって、東大阪市に対し、東大阪市介護予防・生活支援サービス事業補助金を請求することができます。

(2) 住民主体サービス利用の流れ

①利用者との面談

利用者の希望に応じ、利用者の自宅又はグループのサービス実施時に訪問し、利用者と面談します。

- ・介護保険制度、総合事業の説明を行う
- ・要支援認定申請または基本チェックリストを実施する
- ・ケアプラン作成に係る契約を行う

※注意事項※

総合事業のサービスとして住民主体サービスを利用できるのは、作成したケアプランに記載するサービス利用開始日以降になります。

②アセスメントの実施

- ・利用者の興味や関心、趣味活動、社会的活動、生活歴等を聞き取りながら課題分析を行なう。
- ・利用するグループが実施するサービス内容がどのようなものか(体操、レクリエーション、地域交流、その他特定のメニューなど)の特性をあらかじめ確認しておく。

③ケアプラン原案作成

利用サービス	ケアマネジメント区分	プラン作成者
住民主体サービスのみ	介護予防ケアマネジメント C	地域包括支援センター(一部委託不可)
介護予防サービスと併用する場合	介護予防支援	地域包括支援センター又は介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所
住民主体サービス以外の介護予防・生活支援サービスと併用する場合	介護予防ケアマネジメント A	地域包括支援センター(一部委託可)

プラン作成にあたっての留意事項

通所型介護予防サービス(A6)又は通所型短時間サービス(A7)とつどいサービスを併用する場合

- ・ケアプランにおいて、それぞれのサービス利用の必要性を整理し、明記してください。
- ・目標や具体策、具体策についての本人の意向、支援ポイントを明確にして、本人や支援者と共有してください。
- ・特に A6、A7 の事業者とのサービス担当者会議、個別サービス計画の内容をよく確認してください。

介護予防通所リハビリテーションとつどいサービスを併用する場合(原則は併用不可)

- ・ケアプランにおいて、それぞれのサービス利用の必要性を整理し、明記してください。
- ・特につどいサービスの主なサービス内容が運動中心の場合は、医師、リハビリ専門職への確認に併せ、つどいサービスの従事者もサービス担当者会議に必ず同席してもらうようにしてください。

※なお、介護予防通所リハビリテーションと通所型介護予防サービス(A6)、通所型短時間サービス(A7)の併用は認められていません。

介護予防支援、介護予防ケアマネジメント A の業務を居宅介護支援事業所に一部委託している場合

- ・グループとのサービス利用調整は地域包括支援センターが担当してください。
- ・つどいサービスを利用開始する際のアセスメントには、地域包括支援センターが同席してください。

介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所がプランを作成する場合

- ・グループとのサービス利用調整、連携については、直接居宅介護支援事業所が担当してください。グループとの接点がない場合は、地域包括支援センターに相談してください。地域包括支援センターは、グループと居宅介護支援事業所との橋渡しを行ってください。

④サービス担当者会議

介護予防ケアマネジメント C の場合 ⇒ 原則開催しない

※利用者の状態に応じ必要であると判断される場合は、グループと調整を図り実施してください。

※注意事項※

1人の利用者が複数のグループのつどいサービスを利用する場合、1ヶ月の上限(月8回まで)を管理する必要があります。ケアマネジメント担当者は、必要に応じグループ間の調整を行なってください。

介護予防支援、介護予防ケアマネジメント A の場合 ⇒ 必ず実施する

※利用者の状態に応じて、つどいサービス従事者の参加を必要とする場合は、グループと調整を図ってください。

※上述の通り、介護予防通所リハビリテーションとつどいサービス(運動中心)を併用する場合は、つどいサービス従事者の参加を必須としてください。

※注意事項※

住民主体サービスは、大半は住民ボランティアの従事者で構成されたグループが提供するサービスです。よって、サービス担当者会議やその他介護予防ケアマネジメントにおいて必要な事項を、ケアマネジメント担当者がグループにわかりやすく説明し、十分な理解を得るようにしてください。

⑤利用者への説明・同意

- ・利用者へケアプランの内容を説明し、同意を得てください。

⑥ケアプラン確定・交付

- ・利用者、グループへ速やかにプランを交付してください。
- ・地域包括ケア推進課へプランの写しを提出してください。

※注意事項※

- ・地域包括支援センターが作成したケアプラン又は一部委託のケアプランについては、地域包括支援センターが地域包括ケア推進課へケアプランを提出してください。
- ・介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所がケアプランを作成した場合は、居宅介護支援事業所が地域包括ケア推進課へ直接プランを提出してください。

⑦サービス利用開始

- ・地域包括支援センターは、つどいサービス拠点への訪問時に利用者のサービス利用状況を確認してください。
- ・居宅介護支援事業所は、プランのモニタリングの際に、住民主体サービスの利用状況を聞き取るようにしてください。

⑧モニタリング・評価

- ・ケアプランで設定したサービスの実施期間が終了する際に利用者宅を訪問し、目標の達成状況进行评估してください。評価結果を利用者と共有し、新たな目標設定や、利用するサービスの見直し等を行ってください。

※特に通所型介護予防サービス(A6)、通所型短時間サービス(A7)又は介護予防通所リハビリテーションとつどいサービスを併用しているケアプランについては、併用の経過を踏まえ、次期プランの内容を十分検討してください。

※ケアマネジメントCのプランにおいて、サービス実施期間の終了日を設定していない場合、初回のケアプラン作成から6ヵ月後に利用者宅を訪問し、プランの実施状況等を評価してください。評価の結果、引き続き住民主体サービスのみを利用することとなった場合、次回からは1年ごとに利用者宅を訪問し、プランの実施状況等を評価してください。(6ヵ月後ないし1年後のタイミング以外での訪問を妨げる趣旨ではありません。グループと適宜連携し、必要に応じて利用者の状況把握に努めてください。)

※地域包括支援センターは、生活支援コーディネーターの活動において、つどいサービスの拠点訪問を通じ、各グループの状況把握に努めてください。介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が住民主体サービスを含むプランを取り扱うにあたっては、グループに関する情報提供を受けるなど、地域包括支援センターと適宜連携を図ってください。

(3) 継続利用要介護者について

令和3年4月の制度改正により、要介護認定を受けた利用者が、要介護認定を受ける以前から総合事業の住民主体サービスを利用していた場合、継続してそれらのサービスを利用することができます。この場合の利用者を「継続利用要介護者」と呼びます。

①継続利用要介護者のケアプランに関する考え方

i. 継続利用要介護者が、住民主体サービスのみを利用する場合

旨の届出：地域包括支援センター

ケアプラン作成：地域包括支援センター

請求区分：介護予防ケアマネジメントC

⇒地域包括支援センターは、ケアプランを作成し、地域包括ケア推進課へケアプランの写しを提出してください。提出するケアプランの右上余白に、要介護度と被保険者番号を朱書きしてください。

⇒ケアマネジメント費請求月に、利用者のサービス利用実績があるかどうかを確認してください。

⇒国保連へケアマネジメント費を請求してください。

ii. 継続利用要介護者が、住民主体サービスと介護サービスを併用する場合

旨の届出：居宅介護支援事業所

ケアプラン作成：居宅介護支援事業所

請求区分：居宅介護支援

⇒継続利用要介護者を担当するケアマネージャーは、地域包括支援センターと連携し、住民主体サービスの継続利用に関する必要性を検討し、継続利用する場合は、居宅サービス計画書に住民主体サービスを位置付けてください。

⇒ケアマネージャーは、居宅サービス計画書の写しを地域包括支援センターに提出してください。

⇒地域包括支援センターは、居宅サービス計画書の写しを地域包括ケア推進課に提出してください。

提出するケアプランの右上余白に、要介護度と被保険者番号を朱書きしてください。

②継続利用要介護者の住民主体サービス利用の終了時期に関する考え方

継続利用要介護者の状態像の変化等により、ケアプランの内容に変更が生じ、住民主体サービスがケアプランに位置付けられなくなったことをもって、住民主体サービスの利用が終了したとみなします。住民主体サービスの利用が終了した継続利用要介護者が、再度住民主体サービスを利用することはできません(一般利用を除く)。

7. 短期集中予防サービスについて

(1) 短期集中予防サービスの概要

短期集中予防サービスは、短期間に集中的な運動器機能向上等に係るプログラムを提供し、対象者の機能回復を図るサービスです。総合事業の対象となる要支援者や事業対象者は、フレイルが進行することにより、ADL は概ね自立しているが、掃除や洗濯等の一部ができなくなった、などの部分的な生活機能低下が見られる場合があります。

対象者の居宅生活における自立度の向上を目標として運動器機能の回復を図るとともに、介護予防に必要な知識を学び、実践することで、対象者が自身の能力に応じてできることを増やし、自立した居宅生活を続けていくため、ケアマネジメント介入における早期の段階から、本サービスを有効に活用することが望まれます。

本市の短期集中予防サービスには、通所型と訪問型の2類型があり、いずれも市より事業者へ委託することにより実施します。いずれのサービスについても、利用者の自己負担はありません。

通所型短期集中予防サービス

通所により、概ね週2回、全15回の機能回復プログラムを行います。理学療法士や健康運動指導士等による筋力向上トレーニングに加え、管理栄養士からの講義や歯科衛生士による口腔指導など、総合的な機能回復プログラムを実施します。年間 4 コース、各コース 20 名定員で実施します。

訪問型短期集中予防サービス

専門職が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態像に応じた機能回復プログラムを概ね週1回、全8回にわたって実施します。

両サービスの開催状況の詳細は、市のウェブサイトで公表しています。

[公表サイト：<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/0000036511.html>]

また、サービス利用者の募集は、毎年度、市より地域包括支援センターに別途通知するとともに、上記サイトで公表します。地域包括支援センターから一部委託を受けている居宅介護支援事業所がサービスの活用を検討される場合、委託元の地域包括支援センターにお問い合わせください。

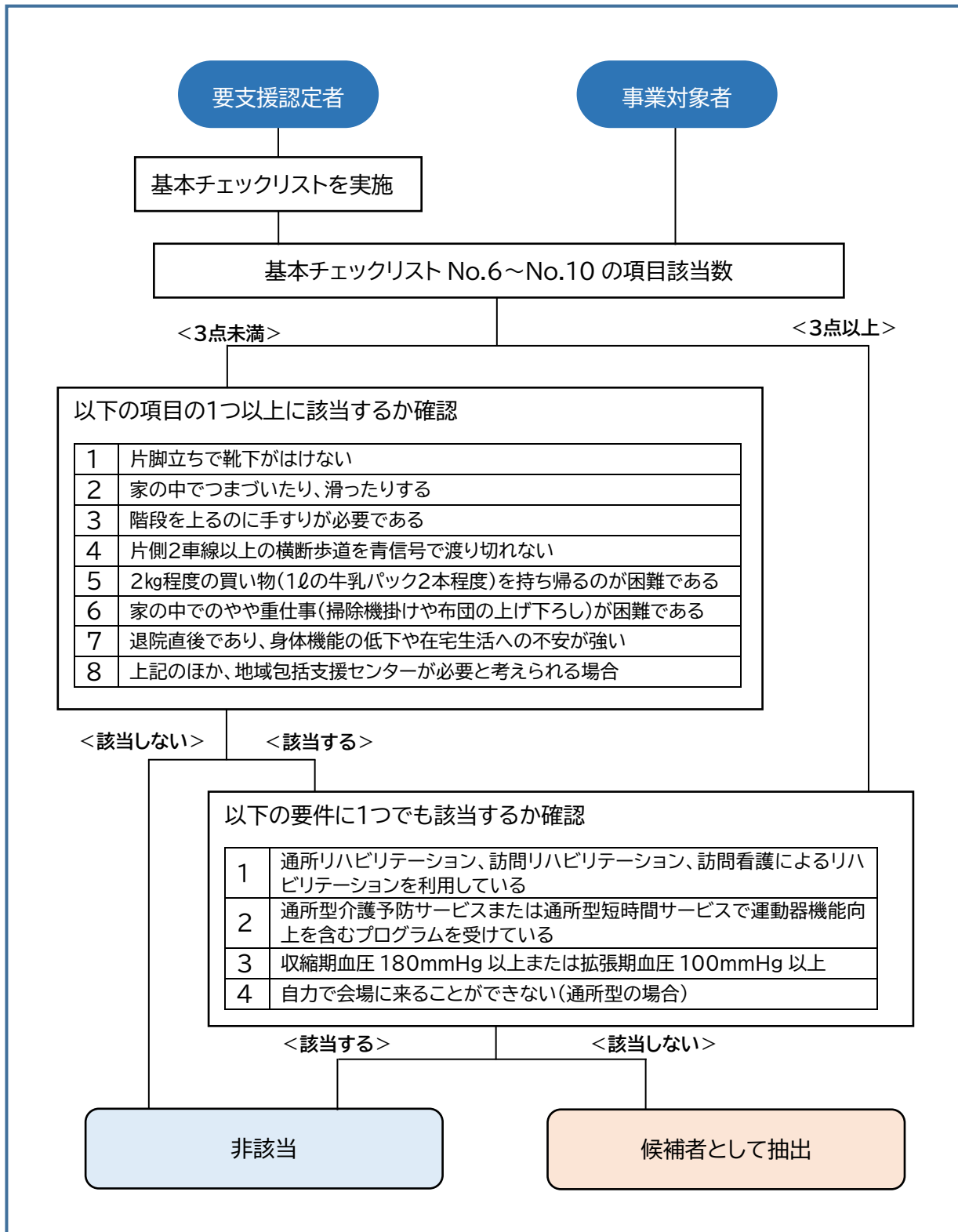
介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所がサービスの活用を検討される場合、地域包括ケア推進課へ直接お問い合わせください。

(2) サービスの対象者

本サービスは、要支援者又は事業対象者を対象とし、次頁のフローに沿って該当となるかを確認したうえで、参加勧奨を行います。

要支援認定を受けて間もないケースや、認定の有無にかかわらず、体の衰えが気になるといった相談があった場合などにおいて、積極的な活用を検討してください。

(3) 短期集中予防サービス対象者の抽出フロー



－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

東大阪市基本チェックリスト

被保険者番号				住所地特例		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言われますか					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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・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	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		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
日常生活(家庭生活)につい て		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
社会参加、対人関係・コミ ュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無					（ ）					
健康管理について		☐ 有 ☐ 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】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____ 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		
		☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 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。

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													

[illegible][illegible]

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。】 															
利用する 通所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3版-

令和7年 1 月発行

東大阪市福祉部高齢介護室

地域包括ケア推進課