

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル 敦賀市

(令和8年4月)

## 1 介護予防ケアマネジメントの概要

### (1) 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防ケアマネジメントは、単に運動機能や栄養状態等の特定の機能改善だけを目指すものではなく、生活上の様々な課題に対して、専門的な視点から必要で適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防や改善、重症化の予防を図り、自立支援という理念の実現を目指すものである。

### (2) 基本的な考え方

- ① 住み慣れた自宅等での生活が継続できるように、要介護状態となることをできる限り予防するためのケアマネジメントであること。
- ② 本人ができることは、できる限り本人が行うように支援する。
- ③ 本人の生活機能向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるよう支援する。
- ④ ③を踏まえて具体的な日常生活における行為について、目標を明確にし、行動変容及び介護予防のための行動が実行できるよう導くことが重要である。
- ⑤ サービスの利用は、本人自らの意志と選択に基づくものであること。
- ⑥ 本人の現状把握、アセスメント、目標設定ののち、セルフケア、インフォーマル、公的サービス、介護保険サービスを適切に利用するプランの作成、その達成状況の評価、必要に応じたプランの見直しという、介護予防ケアマネジメントの一連の流れが必要である。

### (3) 介護予防ケアマネジメントの対象者

- ① 要支援1・要支援2の認定者で、サービス・活動事業のみを利用する者
- ② 生活機能チェックリストの該当者（事業対象者）で、サービス・活動事業を利用する者

### (4) 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行う。  
その業務の一部を、居宅介護支援事業所に委託することができる。  
※地域包括支援センターとの委託契約が必要



## 2 介護予防ケアマネジメントの手順

介護予防ケアマネジメントのプロセスは、利用者の状態、生活機能チェックリストの結果等により、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うえで、以下の3つの類型に分けて行う。敦賀市では、ケアマネジメントA・B・Cを実施する。

なお、要支援1・2及び事業対象者への相談等から、一般の介護予防事業のみ・民間サービスのみを利用する場合等に行う事業所の紹介・調整等は、地域包括支援センターの通常業務として実施するものとする。

### (1) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

#### ① 具体的な介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

| 類型      | ㉠ ケアマネジメントA<br>(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<br>(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<br>(初回のみ介護予防ケアマネジメント)   |
|---------|--|---|---|
| 利用サービス等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・㉠または㉢以外のケースでケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の事業所が実施する多様なサービスを利用する場合)</li> <li>・サービス・活動Cを利用する場合</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントの結果、サービスB(住民主体等補助や助成のサービス)やその他の生活支援サービスを利用する場合</li> </ul> ※一般介護予防事業単独利用は、該当せず |
| 対象事業    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行相当サービス</li> <li>・サービス・活動A<br/>(訪問型・通所型)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定事業所以外の事業所が実施する多様なサービス<br/>(訪問型・通所型)</li> <li>・サービス・活動C<br/>(訪問型・通所型)</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス・活動B<br/>(訪問型・通所型)</li> <li>・その他の生活支援サービス</li> </ul>                              |
| プロセス    | アセスメント<br>→ケアプラン原案作成<br>→サービス担当者会議<br>→利用者への説明・同意<br>→サービスの決定<br>[ケアプランの確定・交付]<br>→サービス利用開始<br>→モニタリング【給付管理】<br>※3か月に1回以上行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとる。<br>(→ケアプランの修正)<br>※( )内は必要に応じて実施 | アセスメント<br>→ケアプラン原案作成<br>(→サービス担当者会議)<br>→利用者への説明・同意<br>→サービスの決定<br>→サービス利用開始<br>(→モニタリング(適宜))<br>※( )内は必要に応じて実施                             | アセスメント<br>→ケアマネジメント結果案作成<br>→利用者と一緒に目標を設定<br>→利用するサービス提供者等への説明・送付<br>→サービス利用開始  |

## ② 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防を目的としたケアマネジメントの結果、適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し納得する必要がある。

そのため、地域包括支援センター（委託を受けた指定居宅介護支援事業所も同様）は、以下の点に留意しサービスを提供する。

- ① 利用者本人や家族の意向を的確に把握
- ② 専門的視点からサービスを検討
- ③ 自立支援や介護予防に向けて必要なサービス等をケアプランに位置づけ
- ④ サービスの利用等ケアプラン内容を実施することによりどのような効果を期待しているか等を丁寧に説明
- ⑤ ③・④に対して十分な理解・同意を得る

## （２） 介護予防ケアマネジメントの実施の手順

### ① 介護予防ケアマネジメント対象要件の確認

総合事業の利用希望者に対して、要支援認定結果の有無または生活機能チェックリストの記入内容が以下の①または②に該当するかどうかを確認する。

- ① 要支援１・２の認定者で、訪問介護・通所介護サービスのみの利用希望者（医療サービス、福祉用具貸与等希望者は、介護予防サービス計画へ）
- ② 事業対象者  
生活機能チェックリスト実施→該当→事業対象者確認申請→認定

### ② 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- ・地域包括支援センターが運営規程等を説明し、利用者の同意を得る。（契約）
- ・市へ介護予防ケアマネジメント依頼届出の提出

### ③ 介護予防ケアマネジメント

※ 介護予防ケアマネジメントの過程は、予防給付における介護予防マネジメントと同様

#### ① アセスメント（課題分析）

- ◆ 本人の自宅を訪問し、本人（家族含む）と面接による聞き取りを実施
- ◆ 「興味・関心チェックシート」、「アセスメントシート」等を利用し、本人の趣味活動、生活歴等も聞きとりながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」という本人に合った目標を設定する。
- ◆ アセスメントのプロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等の自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出す。
- ◆ この段階から、本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

#### ② ケアプラン原案(ケアマネジメントCの場合は介護予防ケアマネジメント結果)作成

- ◆ 目標の設定
  - ・生活の目標は、心身機能の改善だけを指すものではなく、心身機能の改善、

環境調整などを通じて、「生活の質の向上」を目指すものであること。

- ・利用者本人が、自分の目標として意識できる内容・表現とすること。
- ・計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われる、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすること。

◆ 利用するサービス内容の選択

- ・利用するサービスを検討する際は、単にサービス・活動事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集し、家族や地域の支援、民間サービス等も位置付けた、本人の自立支援を支えるケアプラン原案であること。
- ・ケアプラン原案は、本人とともに作成すること。
- ・利用回数及び利用時間は、限度額の範囲内で、本人の状況や環境、希望等を勘案して、必要で適切な利用回数、利用時間を設定すること。

◆ ケアプランの実施期間等

- ・ケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔等については、本人の状況に応じて設定すること。
- ・抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案の内容を検討していく中で、本人の意向も踏まえながら、目標の設定、その達成に向けての取り組み、利用するサービス、事業者、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（介護予防ケアマネジメント結果）全体を作成する。

- ◆ 地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案作成後、委託元の地域包括支援センターの承認を受けること。

③ サービス担当者会議 ※ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCを除く

- ◆ 利用する各サービスの担当者に出席依頼を行い、開催すること。
- ◆ ケアマネジメントBの場合は、必ずしもサービス担当者会議の開催の必要はないが、事業所との連絡調整や打ち合わせ等をとおして情報を共有しておくことが重要である。

④ 利用者への説明と同意

- ◆ サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、本人及び家族に説明し、同意を得る。

⑤ ケアプランの確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

- ◆ ④により同意を得たケアプランを利用者に交付する。
- ◆ 本人の同意のもと、ケアプランを、地域包括支援センターより各サービス事業者にも交付する。
- ◆ ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、地域包括支援センターから送付する。

⑥ サービス利用開始

- ◆ サービス事業者に対し、ケアプランに基づき、適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行う。
- ※ サービス事業者は、サービスの開始にあたり、サービスの具体的内容、苦情等の対応先等の事業の概要等について説明し同意を得た上で、サービスを提供

する。

**㉔ モニタリング(給付管理)** ※ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCを除く

- ◆ ケアマネジメントA の場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回以上及びサービスの評価期間の終了月、本人の状況に著しい変化があったときには、自宅を訪問し面接すること。ただし、以下の要件(※)を満たしている場合はテレビ電話装置等を活用したオンラインによるモニタリングを可能とする。

訪問での面接を実施しない月(ただし、電話装置等を活用したオンラインによる面接を実施した月は除く)は、可能な限り、通所先等への訪問等で面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により本人との連絡をとり、状況把握を行うこと。

要件(※)

- ・利用者の同意が得られていること
- ・サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
  - ① 利用者の状態が安定していること。
  - ② 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)。
  - ③ テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- ・少なくとも6月に1回は利用者の自宅を訪問すること。

- ◆ ケアマネジメントBの場合は、必要に応じて、自宅を訪問し面接すること。訪問での面接を実施しない月は、可能な限り、通所先等への訪問等で面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により本人との連絡をとり、状況把握を行うこと。
- ◆ 本人の状態に変化があった場合は、必要に応じて、サービス内容等のケアプランの見直し、要介護・要支援認定申請への援助等を行う。
- ◆ ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておくこと。

**㉕ 評価** ※ケアマネジメントCを除く

- ◆ 設定したケアプランの実施期間の終了時には、自宅を訪問し、プランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、本人と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。
- ◆ サービスを利用しない場合は終了とする。 ※3(3)参照

【ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施】

|            | 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  | ○         | ○         | ケアマネジメント<br>結果等記録表の作成 |
| 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<br>結果等記録表の交付 |
| サービス利用開始   | ○         | ○         | ○                     |
| モニタリング     | ○         | △         | —                     |

(○：実施、△：必要に応じて実施、—：不要)

**3 介護予防ケアマネジメントの留意事項**

(1) 予防給付とサービス・活動事業を併用する場合

予防給付によるケアマネジメントを実施（介護予防サービス計画を作成）

(2) 要介護（支援）認定を申請し、サービス・活動事業を暫定利用する場合

- ① サービス・活動事業を暫定利用する場合は、必ず地域包括支援センター職員が生活機能チェックリストを実施し該当であることを確認し、事業対象者確認申請及び介護予防マネジメント依頼届出をしておくこと。
- ③ 認定結果が「要介護1以上」となった場合は、介護給付によるサービスの利用開始までは、総合事業によるサービス・活動事業の利用を継続できるものとする。

(3) 事業対象者の再確認と登録解除について

- ① ケアマネジメントを開始した後、下記の時期には担当の地域包括支援センターが、生活機能チェックリストを実施し、事業対象者に該当するかを確認する。その結果が「該当」であれば、引き続き事業対象者として、再アセスメントを行い、ケアプランを作成すること。  
(確認時期)・年に1回は確認する。  
・利用者の状態に変化があり、ケアプランの変更が必要な時。
- ② 下記に該当する場合は、「事業対象者の取り扱いフロー」(別紙10)に基づき、「事業対象者終了届(様式4)」の提出により事業対象者の登録を解除する。  
・生活機能チェックリストの実施により、事業対象者の基準に該当しなくなった場合  
(終了日：生活機能チェックリストを実施した月の末日)  
・1年以上サービスの利用等がない場合(終了日：終了する月の末日)  
・本人の希望により登録を解除する場合(終了日：終了する月の末日)
- ③ ②で登録を解除することになった場合は、一般介護予防事業の紹介等を行うこと。

#### (4) その他の留意事項

- ◆ 利用者に対し、複数の介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者等を紹介するよう求めることができることについて説明を行い、理解を得ること。
- ◆ 介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、利用者及びその家族に対して、入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先等を入院先医療機関に情報提供するように依頼すること。
- ◆ サービス担当者会議は、利用者及び家族の参加を基本とすること。
- ◆ 介護予防・日常生活総合支援事業指定事業者等から受けた、利用者の服薬状況、口腔機能等の情報や担当職員が把握した利用者の心身又は生活状況等の必要な情報について、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師、薬剤師に提供すること。
- ◆ 障害福祉サービスを利用していた者の介護予防ケアマネジメントにおいては、支援を行っていた相談支援専門員や事業所と連携する等、制度間のサービス継続が円滑に行われるよう留意すること。
- ◆ 複数介護している世帯の場合等には、こころの気づきシート等を活用し介護者負担軽減に努め介護予防サービス・支援計画に反映させること。

#### 4 事業対象者、要支援1、要支援2の支給限度基準単位

| 利用者区分       | サービス利用パターン例   | ケアマネジメント費等の区分 | 区分支給限度<br>基準単位 |
|-------------|---------------|---------------|----------------|
| 事業対象者       | 訪問介護のみ        | 介護予防ケアマネジメント費 | 5,032単位        |
|             | 通所介護のみ        |               |                |
|             | 通所介護と訪問介護     |               |                |
| 要支援1        | 予防給付のみ        | 介護予防支援費       | 5,032単位        |
|             | 予防給付と         |               |                |
|             |               | 通所介護          |                |
| 訪問介護と通所介護のみ | 介護予防ケアマネジメント費 |               |                |
| 要支援2        | 予防給付のみ        | 介護予防支援費       | 10,531<br>単位   |
|             | 予防給付と         |               |                |
|             |               | 通所介護          |                |
| 訪問介護と通所介護のみ | 介護予防ケアマネジメント費 |               |                |

## 5 報酬（単価・加算）、請求

### （1）単価

| 類型        | 利用サービス  | 報酬    |
|-----------|---|-------|
| ケアマネジメントA | ・現行相当サービス（訪問型・通所型）<br>・サービス・活動A（訪問型・通所型）                    | 442単位 |
| ケアマネジメントB | ・指定事業所以外の事業所が実施する<br>多様なサービス（訪問型・通所型）<br>・サービス・活動C（訪問型・通所型） | 215単位 |
| ケアマネジメントC | ・サービス・活動B（訪問型・通所型）  | 150単位 |

1単位10円

### （2）加算

#### ① 初回加算 300単位

※ 指定介護予防支援における基準に準じ、次の場合に算定可能

- ・新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- ・介護ケアマネジメントの実施が終了し、2か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- ・要介護認定者が更新後要支援1又は要支援2となり、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ 総合事業移行前に要支援認定を受けていた者が、要支援認定の有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによる事業対象者として、総合事業のサービスを利用した場合は、総合事業の開始月に初回加算の算定を行うことはできない。

#### ② 委託連携加算 300単位

※ 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、ケアプラン作成等に協力した場合、委託を開始した日の属する月のみ算定できる。

#### ③ サービス担当者会議実施加算 20単位

※ ケアマネジメントBにおいて、サービス担当者会議を実施した場合、実施月のみ算定できる。

#### ④ モニタリング実施加算 200単位

※ ケアマネジメントBにおいて、自宅訪問によるモニタリングを実施した場合、実施月のみ算定できる。

### （3）減算

#### ① 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1

※ 以下の措置が講じられていない場合

- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ・虐待の防止のための指針を整備する。
- ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- ・上記措置を適切に実施するための担当者を置く。

- ② 業務継続計画未策定減算 所定単位数の100分の1 ※令和7年4月1日から適用  
※ 以下の措置が講じられていない場合
- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施することや非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定する。
  - ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずる。

#### (4) 請求

- ◆ 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、翌月10日までに福井県国民健康保険団体連合会を通して請求する。
- ◆ 地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターに、介護予防ケアマネジメント委託料の請求を行う。

### 6 介護予防ケアマネジメント関係様式等

#### (1) 事業対象者確認・届出等

- ① 生活機能チェックリスト（様式1）
- ② 敦賀市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書（様式2）
- ③ 居宅（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（様式3）
- ④ 事業対象者終了届（様式4）

#### (2) 介護予防ケアマネジメントにおける様式（参考）

- ① 利用者基本情報Ⅰ・Ⅱ（様式5①・様式5②）
- ② 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントA）（様式6-1）
- ③ 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB）（様式6-2）
- ④ 介護予防サービス・支援計画書  
（ケアマネジメントC：ケアマネジメント結果等記録表）（様式6-3）
- ⑤ 介護予防・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式7）
- ⑥ 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（様式8）
- ⑦ 興味・関心チェックシート（様式9）
- ⑧ アセスメントシート（様式10）

#### (3) 介護予防ケアマネジメント関連確認シート等

- ① 総合事業利用の流れ（ケアマネジメント）（別紙1）
- ② 生活機能チェックリスト総合事業対象者該当基準（別紙2）
- ③ 生活機能チェックリストについての考え方（別紙3）
- ④ 要支援者・事業対象者について特に把握が必要なアセスメント項目（別紙4）
- ⑤ 運動器の機能向上プログラムの対象者から除外すべきもの（別紙5）
- ⑥ 通所型サービス・活動C利用の流れ（別紙6—1）
- ⑦ サービス・活動A利用の流れ（別紙6—2）
- ⑧ 敦賀市通所型サービス・活動Cのご案内チラシ（別紙7）
- ⑨ 利用申込書（別紙8）

- ⑩ こころの気づきシート（別紙 9）
- ⑪ 事業対象者の見直しにかかる取り扱いフロー（別紙 10）

## 7 介護予防ケアマネジメントマニュアル留意事項

- ◆ 本マニュアルは、地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、介護予防ケアマネジメントを行う際の手順・基本事項等をまとめたものである。新人職員の研修時や業務内容を再確認する際等に使用すること。
- ◆ 様式については、本マニュアルに提示の様式の利用を推奨するが、マニュアルに記載の様式の内容を十分網羅しているものであれば、各事業所で使用しているシステムに対応する様式の使用を妨げない。  
ただし、アセスメントの質の向上を図り、本人の身体的・精神的状況を十分に把握した自立支援に向けたケアプランとなるよう、「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 6）」を作成する際には、そのアセスメント根拠として、「アセスメントシート（様式 10）」を使用すること。  
また、本人の状況及び意識を多方面から把握し、より自立支援に向けたプランとするために、「興味・関心チェックシート（様式 9）」を活用することが望ましい。