

はじめに

◆本マニュアルの意義について□□□

我が国の介護保険制度は、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創設されたもの（介護保険法第1条）です。また、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なければならない（同法第2条第2項）、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ができるように配慮されなければならないこととされています（同条第4項）。さらに、介護保険法では、国民の責務として、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されています（同法第5条）。

藤枝市では「いくつになっても笑顔で♥藤枝♥」をスローガンに、できる限り住み慣れた地域で人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる地域包括ケアシステムの実現を目指しているところです。この実現には介護保険制度の基本的な考え方を踏まえ、介護保険制度の利用者が適切な情報提供を受けつつ、マネジメントの担い手が適切な提案・助言を行うことで、利用者の状態に合った適切なサービスにつないでいく介護予防マネジメントの実践が不可欠な要素の一つであると言えます。

本マニュアルは、本市が目指す地域包括ケアシステムの実現・強化に資する適切な介護予防マネジメントの実践に向けた指針となるよう作成したものです。本マニュアルが、マネジメントの担い手にとって今一度、地域包括ケアシステムを支える介護保険制度の基本的な考え方に立ち返って介護予防ケアマネジメントに向き合うための一助となれば幸いです。

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業

1. 介護予防・日常生活支援総合事業

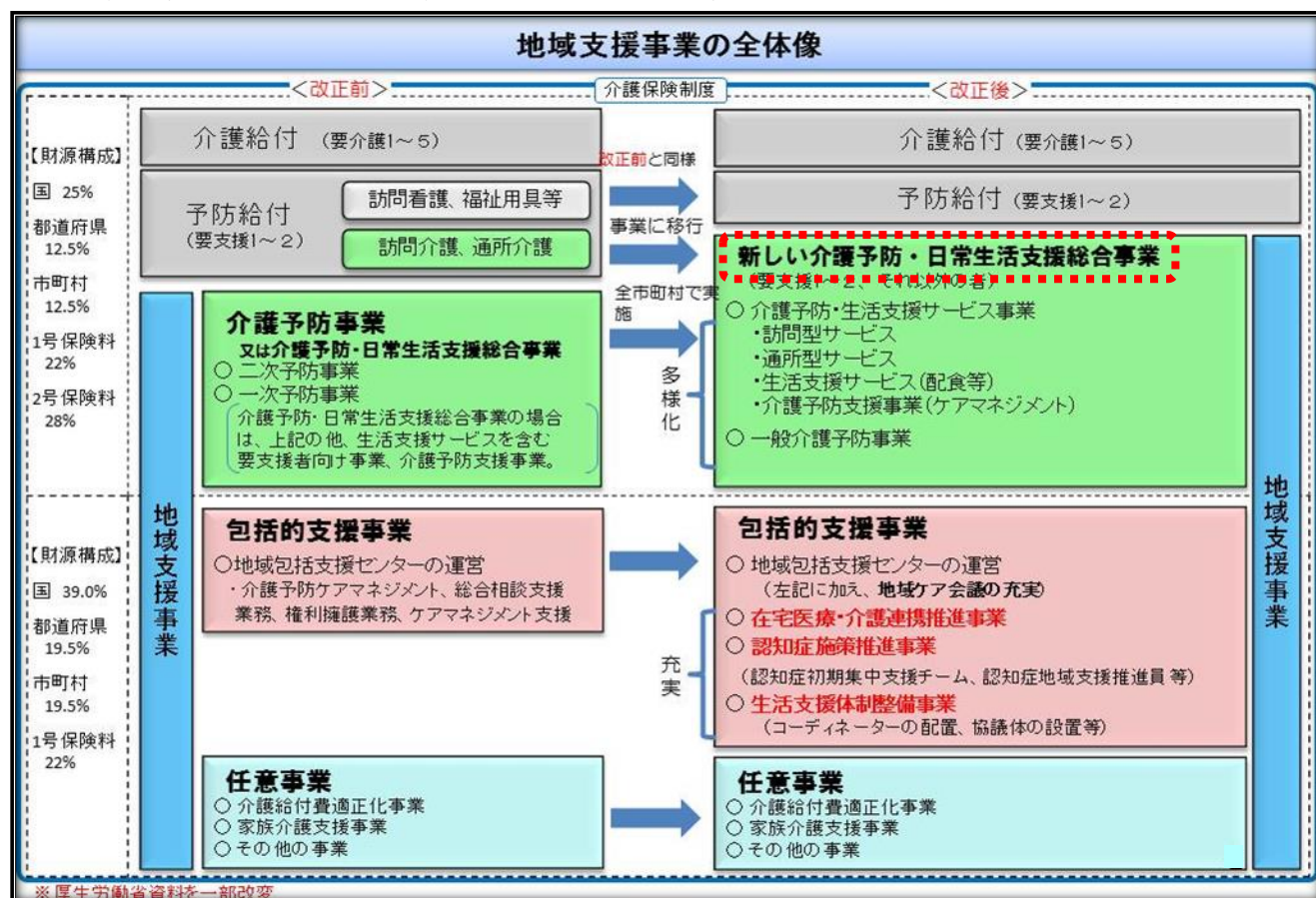
◆介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。

総合事業では、

- ①住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。

●地域支援事業における介護予防・日常生活支援総合事業



2. 藤枝市の総合事業

ふじえだ介護・福祉ぷらん21のスローガンである「いくつになっても笑顔で♥藤枝♥」の実現に向け、総合事業が本市の地域包括ケアシステムをより確かなものにしていくことができるよう、実りある事業としていきます。

また、多様な主体の参加を可能にする総合事業では、元気な高齢者がいつまでも輝き続けるよう、地域住民が主体となって支援が必要な人を支える体制づくりや高齢者が活躍する場を創出し、地域において活躍し続ける高齢者「アクティブシニア」を支援していきます。

生活能力が衰えても再びその力をよみがえらせることができるよう専門職を活用したりハビリテーションの導入等を促進し、地域の特性を活かした多様なサービスの創出を図ります。

高齢者夫婦のみの世帯や高齢者単身世帯が年々増加傾向にある中、高齢者が皆、地域の支え合いの中で、地域で共に暮らす住民と生き生きと生活の続けながら要介護状態にならないようにするための効果的で効率的なサービスを提供していくことが必要になります。

様々な主体が参入し、その創意工夫による地域住民を支えるための地域の実情に合わせた多様なサービスの創出を推進していくとともに、元気な高齢者がその活力を地域で生かし、活躍し続けていける仕組みを作り、はつらつとしたシニアライフを過ごせる場を創出していきます。

藤枝市の総合事業の柱

地域で生き生き暮らすための介護予防と生活支援

(1) 生活支援のための体制整備とコーディネート推進

サロン、居場所などの「通いの場」や「支え合い」の仕組みなどの地域資源を掘り起し、それらの情報を「見える化」

(2) 介護予防と日常生活支援の充実

地域の元気な高齢者が「アクティブシニア」としてサービスを担う仕組みづくり
「アクティブシニア」として復活するサイクルの構築

(3) 高齢者になっても輝き続ける「アクティブシニア」のための仕組みづくり

アクティブシニアの介護予防・日常生活支援総合事業への参加の促進
アクティブシニアが参画する地域づくり活動の促進

3. 高齢者支援に関する五つの市民宣言

娯 の精神

1 私たちは、いくつになっても元気で楽しく生活できるまちづくりをめざします。

私たちは、いくつになっても健康で文化的な生活を送れるようなまちづくりをめざします。そのためには、高齢者の「健康の保持増進と介護予防」に力を注ぐことが大切です。また、「地域リハビリテーション」の考え方により高齢者の社会参加が促進されるまちづくりをめざします。

悟 の精神

1 私たちは、いくつになっても心のはりを持って生活できるまちづくりをめざします。

私たちは、自らの存在価値や役割を見出し、生きがいを持って生活できるような地域づくりをめざします。いくつになっても健康で生き生きとした日々を送るには、生きがいを持って、心のはりを持ち続けることが大切です。高齢者が、長年培ってきた知識や能力を活かして、就労や地域活動、生涯学習等に参加し満足できるような、参加の機会や情報の提供ができる仕組みのまちづくりをめざします。

吾 の精神

1 私たちは、いくつになっても心とからだが自立し、自分らしく生活できるまちづくりをめざします。

私たちは、高齢になっても自立し、生活の質を維持向上できるようなまちづくりをめざします。そして、万が一介護が必要になっても、自らの選択に基づき、誇りを持って生活するために、本人が主体的にかつ気軽に介護サービスを利用でき、また、高齢者の権利が保障されるようなまちづくりをめざします。

互 の精神

1 私たちは、社会の一員として互いに認め合い支え合うまちづくりをめざします。

私たちは、全ての高齢者が等しく、お互いにかけてあげのない人間として認め合い、家族だけでなく地域で支え合って生活ができるようなまちづくりをめざします。「ボランティアの活動と市民参加」が積極的に行われるよう、家族だけでなく、地域の支え合いにより高齢者の不安や孤独感を解消できるようなまちづくりをめざします。

護 の精神

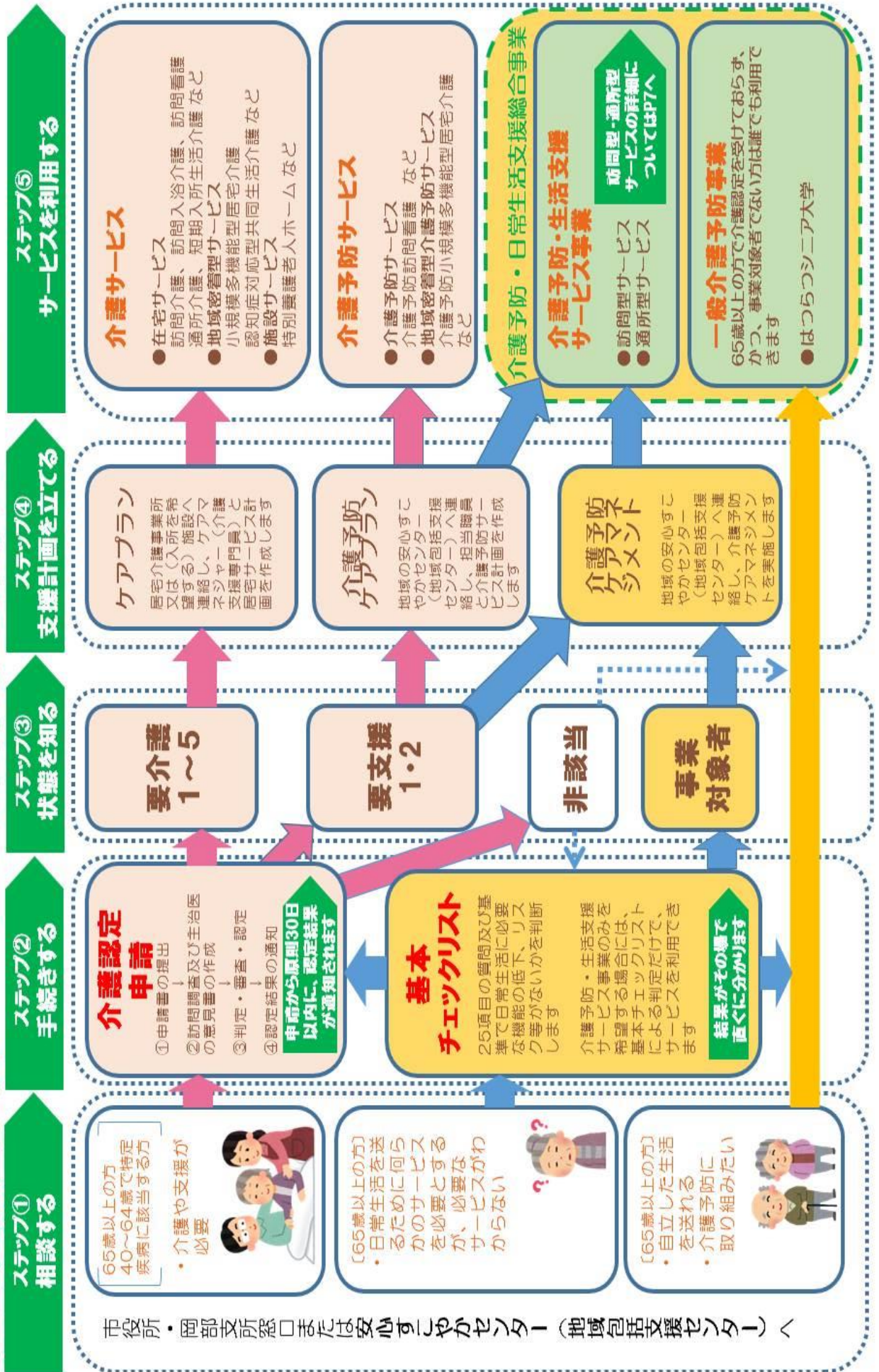
1 私たちは、いくつになっても安心して生活できるまちづくりをめざします。

私たちは、万が一介護が必要になっても、住み慣れた所で、安心して、能力を活かし、自立した生活が営めるようなまちづくりをめざします。そのため、介護保険制度をはじめ、在宅介護サービスの充実とともに、介護者を心身ともに支援するようなまちづくりをめざします。

第2章 介護保険サービス利用の流れ等

介護保険サービス利用の流れ

※ の部分が追加、又は一部再編されました



介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

総合事業訪問介護（ホームヘルプ）

要支援1・2の人

身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が、日常生活において自力で行うには困難な行為で、同居家族などの支援が受けられない場合に、ヘルパーを派遣して支援します。継続的に介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす(※1単位あたり10.21円で計算しています)

区分	単位数	利用者負担
週1回程度利用	1.176	1,201円
週2回程度利用	2.349	2,399円

※利用するメニューによって別に費用が加算されます。
※生活機能向上連携加算 - 205円/月 など
※上記の額は1カ月単位での利用者負担となります。
※上記の額は1カ月単位での利用者負担2割の人に限ります。
※通院時の乗降介護は利用できません。

(サービス提供)旧介護予防訪問介護に相当するサービス

シルバー生活援助サービス

要支援1・2の人+事業対象者の人

日常生活において自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯などで、同居家族などの支援が受けられない場合に、委託先のシルバー人材センターに登録している支援員を派遣してその行為を利用者と一緒に行います。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす

区分	利用者負担
1時間	110円

※通院時の乗降介護は利用できません。
※利用時間は1回2時間以内で利用回数は週2回以内、かつ、一週合計2時間以内となります。
※一人暮らしで「自立」と判定された人は「一人暮らし高齢者等生活支援サービス」が利用できます。

(サービス提供)訪問型サービスA

地域支え合い事業生活援助

要支援1・2の人+事業対象者の人

地域住民主体の支え合いの取り組みとして、日常生活の自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯、布拭きなど、同居家族などの支援が受けられない場合に、委託先から派遣したボランティア等による支援が受けられます。簡易な介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

※総合事業訪問介護(ホームヘルプ)、介護予防生活援助サービスおよびシルバー生活援助サービスについては、一定以上所得者が利用する場合、利用者負担が2割または3割になります。

介護予防生活援助サービス

要支援1・2の人+事業対象者の人

日常生活の自力で行うには困難な行為で、同居家族などの支援が受けられない場合に、ヘルパーなどを派遣して家事などを一緒に行うことで日常生活動作能力の維持・向上を支援します。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす(※1単位あたり10.21円で計算しています)

区分	単位数	利用者負担
週1回程度利用	983	1,004円
週2回程度利用	1,966	2,008円

※上記の額は1カ月単位での利用者負担となります。
※通院時の乗降介護は利用できません。
※週2回以内で必要な時間数支援を行います。

(サービス提供)訪問型サービスA

介護予防短期集中訪問リハビリ指導

要支援1・2の人+事業対象者の人

生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻るよう、リハビリ専門職・歯科衛生士など医療の専門職による訪問指導をおおむね3ヶ月間で2～3回の短期集中で行います。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担なし

※1時間以内の訪問指導を行います。



(サービス提供)訪問型サービスC

利用回数は制限はありません。利用可能な地域が限定されます。また、支援の内容、利用料金は実施主体によって異なります。詳しくは、お近くの安心すこやかセンターにお問い合わせください。

(サービス提供)訪問型サービスB

通所型サービス

総合事業通所介護（デイサービス）

要支援1・2の人

身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が、施設に通い、食事や入浴、生活機能向上のための支援などのサービスが利用できます。継続的に介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす(※1単位あたり10.14円で計算しています)

区分	単位数	利用者負担
基本単価	1,672	1,696円
要支援1	3,428	3,476円
要支援2	3,428	3,476円

※利用するメニューによって別に費用が加算されます。
※生活機能向上グループ活動加算 102円/月
※認知機能向上加算 229円/月
※栄養改善加算 203円/月
※口腔機能向上加算 - 163円/月 など
※生活機能向上連携加算 - 203円/月 など
※上記の額は1カ月単位での利用者負担となります。
※上記の額は1カ月単位での利用者負担に相当するサービス

(サービス提供)旧介護予防通所介護に相当するサービス

介護予防生きがいデイ

要支援1・2の人+事業対象者の人

身体機能の必要のない人が、施設に通い、5時間程度滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を自主的に行います。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす

区分	利用者負担
1回	350円

※通院時の乗降介護は利用できません。
※利用回数は、要支援1の人および事業対象者の人が週1回まで、要支援2の人が週2回までとなります。
※上記の額に加え、食事の提供などに要する経費400円が必要となります。

(サービス提供)通所型サービスA

介護予防短期集中通所リハビリ指導

要支援1・2の人+事業対象者の人

生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻るよう、短期間に集中してリハビリを行うため施設に通い、(約5ヶ月間)通い、理学療法士など医療の専門職による指導を受けます。継続的に介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担なし

区分	利用者負担
20回(約5ヶ月間)	7,000円(1回350円)

※週1回2時間～2時間40分の指導を20回行います。

(サービス提供)通所型サービスC

※食事の提供がある場合など実施内容が自己負担額として異なります。サービス提供施設は、事業所によって異なります。サービス提供施設(デイサービス)、介護予防デイ(おちりー日コース)については、一定以上所得者が利用する場合、利用者負担が2割または3割になります。

介護保険のてびき令和4年8月版より抜粋

介護予防デイ(おちりー日コース)

要支援1・2の人+事業対象者の人

身体機能の必要のない人が、施設に通い、1日(5時間以上)滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす(※1単位あたり10.14円で計算しています)

区分	単位数	利用者負担
週1回程度利用	1,420	1,440円
週2回程度利用	2,840	2,880円

※上記の額は1カ月単位での利用者負担となります。
※利用回数は、要支援1の人および事業対象者の人が週1回まで、要支援2の人が週2回までとなります。
※上記の額は1カ月単位での利用者負担に相当するサービス

(サービス提供)通所型サービスA

介護予防デイ(お手帳半日コース)

要支援1・2の人+事業対象者の人

身体機能の必要のない人が、施設に通い、半日(3時間以上5時間未満)滞在し、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

▶自己負担(1割)のめやす(※1単位あたり10.14円で計算しています)

区分	単位数	利用者負担
週1回程度利用	1,116	1,132円
週2回程度利用	2,232	2,264円

※上記の額は1カ月単位での利用者負担となります。
※利用回数は、要支援1の人および事業対象者の人が週1回まで、要支援2の人が週2回までとなります。
※上記の額は1カ月単位での利用者負担に相当するサービス

(サービス提供)通所型サービスA

地域支え合い事業デイ

要支援1・2の人+事業対象者の人

地域住民主体の支え合いの取り組みとして、施設などに通い、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。簡易な介護予防ケアマネジメントに基づいて行います。

利用回数は制限はありません。利用可能な地域が限定されます。また、支援の内容、利用料金は実施主体によって異なります。詳しくは、お近くの安心すこやかセンターにお問い合わせください。

(サービス提供)通所型サービスB

※総合事業訪問介護(ホームヘルプ)、介護予防生活援助サービスおよびシルバー生活援助サービスについては、一定以上所得者が利用する場合、利用者負担が2割または3割になります。

訪問型サービスの類型						
介護保険予防給付		区分	介護予防・生活支援サービス事業			
介護予防訪問看護	介護予防訪問リハビリテーション	サービス種別	旧介護予防訪問介護相当サービス事業	訪問型サービスA (緩和基準訪問型サービス事業)	訪問型サービスB (地域支え合い生活事業)	訪問型サービスC (短期集中訪問リハビリテーション指導サービス事業)
	要支援1・2	対象者	要支援1・2	要支援1・2／事業対象者 (継続利用要介護者を含む)	要支援1・2／事業対象者 (継続利用要介護者を含む)	要支援1・2／事業対象者
指定予防介護サービス		サービス	総合事業訪問介護	介護予防生活援助サービス	地域支え合い事業生活支援	介護予防短期集中訪問リハビリ指導
事業者指定		実施方法	事業者指定	事業者指定	補助(助成)	直接実施
介護予防ケアプラン		ケアマネジメント分類	原則的なケアマネジメント[a]	初回は原則的なケアマネジメント[a] 2回目以降で安定している時は[b]	初回のみケアマネジメント[c]	原則的なケアマネジメント[a]
国の基準		事業所のサービス計画書	作成あり	[a] 作成あり	[b] 作成なし	作成なし
		自己負担の考え方	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割
		サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	身体に直接接触しない身体介護、生活援助等 (自立生活動作能力や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス)	住民主体の自主活動として行う生活援助等 〔具体的な取組み〕 掃除、ゴミ出し、電球取りかえ、布団干しなど	リハビリ専門職等による居宅での訪問指導 歯科衛生士による訪問指導(H31年度より)
		対象者とサービス提供の考え方	○身体介護のみ、又は身体介護と生活援助の一体的なサービス提供が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース・身体機能や認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴うケース ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要なケース 等	○家事等を一緒に行うことで日常生活動作の維持・向上が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービス(住民主体による支援等)の利用を促進していく方針	○簡易な支援により日常生活を保てるケース ○訪問型サービスAと併せて利用することで効果が期待できるケース	○専門職による短期集中的な支援が必要な対象ケース ○体力の改善に向けた支援が必要なケース ○ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ○口腔機能の改善に向けた支援が必要なケース
従事者		訪問介護員	訪問介護員または市が定めた一定の研修受講者	訪問介護員または市が定めた一定の研修受講者	ボランティア主体	保健・医療の専門職
報酬の考え方		月包括単価 (現行の報酬と同様)	月包括単価又は利用1回こと (現行相当サービスの7割程度)	月包括単価又は利用1回こと (現行相当サービスの7割程度)	—	—

通所型サービスの類型

介護予防・生活支援サービス事業									
予防給付	区分	旧介護予防通所介護相当 サービス事業	通所型サービスA (緩和基準通所型サービス事業)		通所型サービスB (地域支え合い通所事業)	通所型サービスC (短期集中通所リハビリテーション指導事業)			
指定介護予防サービス	サービス種別								
要支援1・2	対象者	要支援1・2	要支援1・2／事業対象者		要支援1・2／事業対象者 (継続利用要介護者を含む)	要支援1・2／事業対象者			
介護予防 通所リハビリテーション	サービス	総合事業通所介護 (デイサービス)	介護予防デイ (がっつり1日コース)	介護予防デイ (お手軽半日コース)	地域支え合い事業デイ	介護予防短期集中通所リハビリ指導			
事業者指定	実施方法	事業者指定	事業者指定		補助(助成)	委託			
介護予防ケアプラン	ケアマネジメント 分類	原則的なケアマネジメント[a]	初回は原則的なケアマネジメント[a] 2回目以降で安定している時は[b]		簡略化した ケアマネジメント [b]	原則的なケアマネジメント[a]			
	事業所の サービス計画書	作成あり	作成なし		作成なし	作成なし			
	サービス 提供時間等の 考え方	○週1回程度の利用…要支援1・2 ○週2回程度の利用…要支援2	○週1回(日)程度の利用…要支援1・2・事業対象者 ○週2回(日)程度の利用…要支援2		○必要な回数	○全20回 1回／週 2～3時間／回 ○リハビリ専門職による訪問 (導入前及び必要時)			
	自己負担の考え方	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割	原則1割、一定以上所得者は2割あるいは3割		350円／回	350円／回			
	サービス 内容	○通所介護と同様のサービス ○生活機能の向上のための機能訓練	○ミニデイサービス・運動・レクリエーション 等 ※入浴サービスの提供はしない		○体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	○リハビリ専門職による、居宅や生活環境を 踏まえた適切な評価のための訪問 ○通所で週1回の生活行為の改善を目的とし た効果的な介護予防プログラム ○3か月経過後時にカンファレンス開催			
国の基準	対象者と サービス提供の 考え方	○退院直後等で状態が不安定であり、専門的サービスが特に必要な者 ○「多様なサービス」の利用が難しいケース (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) ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善が見込まれるケース	○見守り・声かけ程度の支援が必要なケース ○簡易な運動等により、運動や生活機能の維持・向上が見込まれるケース		○外出や交流の機会が少なく、閉じこもりの防止が主な目的となるケース ○通所型サービスAを併せて利用することで効果が期待できるケース	○個人の活動として行う排泄・入浴・調理・買い物、趣味活動の生活行為に支障のあるケース ○単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にアプローチするのではなく本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスの取れたものとする ○通所型サービスAを併せて利用することで効果が期待できるケース ※5か月の短期集中で実施 ※短期集中リハビリテーション後も社会参加に資する取り組みが維持されるよう検討する。			
	従事者	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者＋ボランティア		ボランティア主体	保健・医療の専門職			
	報酬の考え方	月包括算定	月包括算定又は利用1回ごと(現行相当サービスの8割程度) ※加算の算定は行わない。		－	－			

第3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考え方

介護予防ケアマネジメントは、利用者が望む生活の意欲に喚起するような面談が重要となり、その中で利用者自身が自分の課題に気づき、「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、実現可能な目標の達成のために、具体的に取り組む事象への理解を深め、利用者の自立を最大限引き出せるよう援助することが求められます。

地域での社会参加の機会を増やし、新しい仲間作りや楽しみとなる生きがい活動の場へ働きかけていくことも重要になります。

また、利用者のその状況に応じ、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、状態変化に応じて予防給付・介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要になってきます。

介護保険法第4条において、「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及び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」こととされております。

こうした介護予防ケアマネジメントの主体と、要支援者等やサービス提供者が、介護保険制度の自立支援の理念や介護予防の重要性等を共有し、具体的な支援の在り方を考えることが重要であります。

●地域づくりについて

介護保険法に基づく生活支援体制整備事業の推進について本市では、住民の支え合いによる地域づくりを重点的に支援していきます。地区社協の区域を単位とした日常生活圏域ごとに生活支援コーディネーターや地域づくりの協議の場を設け、地域の寄り添った支え合いの地域づくり支援を推進します。

既存又は新たなインフォーマルサービスの情報を取得、活用し、インフォーマルサービスによる介護予防と生活支援の推進にも心掛けましょう。

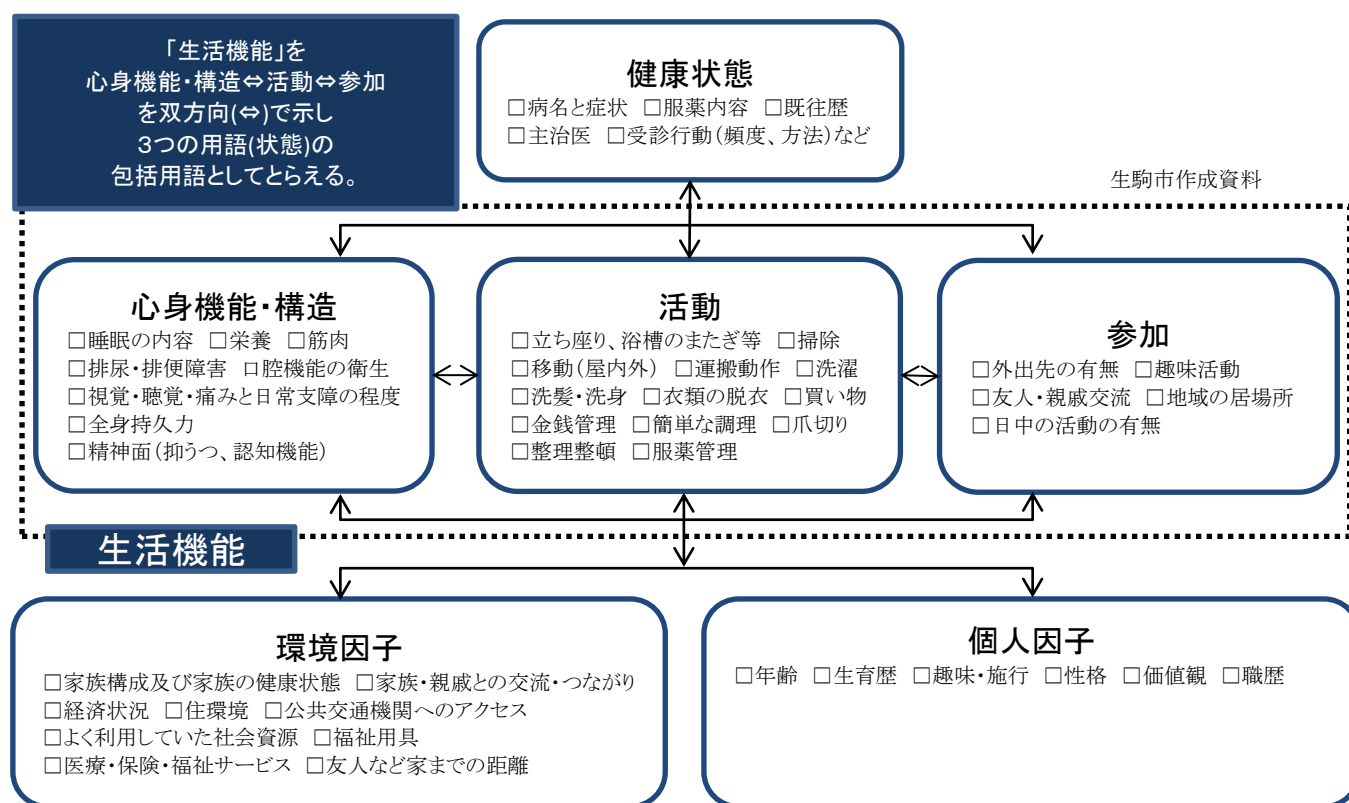
2. 介護予防ケアマネジメントの視点

◆視点

生活機能評価表で現在の状況を把握した上で、ADL、IADLが自立できない、あるいは低下している要因を「個人因子」と「環境因子」に分けて整理することが必要です。

例えば、「自分で買い物に行けない」という状況がある時に、その原因が「近隣に商店がない」「交通手段がない」という環境因子によるものなのか、それとも「（廃用性により）買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのか、解決課題を整理することでその対象者にとって一番良い支援策を検討することができます。

ICFモデル(国際生活機能分類)



- 対象者を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的な視点が必要となる。

①対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとならないようにする。

②機能への介入のみにとどまらず、改善の見込みのあるADL・IADLについても課題として介入する。

- 改善可能性があるか、改善可能性がないかの見極めは重要でこれにより目標設定が大きく変わります。ただし、改善の可能性が見込まれない場合でも生活機能向上に向けた支援は重要で、その方の現状能力を活用した視点での支援を行います。

『改善の可能性がある』

- ・廃用性症候群などにより生活機能が低下したケース
- ・身体機能向上から生活機能向上へ改善が見込まれる など

『改善の可能性がない』

- ・脳卒中などにより体の部位等の機能不全により生活機能が低下したケース
- ・認知症のケース

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者

要支援認定者(要支援1、要支援2)

要介護認定を経て、**要支援1・2と認定された者**については、状態像や本人および家族の意向を元に**アセスメント**を行い、総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービス）」が必要な場合は、総合事業を行います。

また、それ以外の予防給付にある「介護予防訪問看護、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」等の予防サービスが必要な場合は、従来どおり予防給付から提供されることになります。

○認定更新時において、サービス事業のみの利用が適当と判断された場合などは、「サービス事業による介護予防ケアマネジメント」の実施の対象となります。

事業対象者

事業対象者とは、65歳以上の者で相談時において心身の状況、その置かれている環境等から、**基本チェックリスト**の実施において、要支援（要介護）状態になることを予防するための援助を行う必要があると判断され、安心してこやかセンターに**介護予防ケアマネジメント等依頼書**を届け出た、高齢者のことを言います。

○事業対象者は予防給付を利用することができないため、予防給付のサービスが必要な場合は、要支援認定の申請手続きをする必要があります。

○介護予防・生活支援サービス事業の対象者については、要支援者及び基本チェックリスト該当者となっているが、当該事業における補助により実施されるサービス（以下「住民主体のサービス」という。）を継続的に利用する要介護者（以下、「継続利用要介護者」という。）についても追加することとなり、令和2年10月に介護保険施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）の一部改正が行われました。

◆ケアマネジメントの実施体制

対象者	要支援者・事業対象者	要介護者
ケアマネジメントの実施主体	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
ケアマネジメントの類型		
給付のみ利用する場合	保険給付（介護予防支援）	保険給付（居宅介護支援）
給付とサービス事業を併用する場合		※1
サービス事業のみ利用する場合	総合事業による実施（介護予防ケアマネジメント）	※2

※1 介護給付と住民主体のサービス事業を併用する場合は、「保険給付（居宅介護支援）」

※2 要介護認定を受けているものの、介護給付を受けていない要介護者が、チェックリスト該当者としてサービス事業のみ利用する場合は、「総合事業による実施（介護予防ケアマネジメント）」

4. 介護予防ケアマネジメントの類型

原則的なケアマネジメント[a]

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、
アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て
決定します。
モニタリングについては電話等での確認を毎月実施、3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を
訪問して面接し、本人の状況等に応じて、サービスの変更も行うことが可能な体制を
とります。
評価では、その都度、基本チェックリストを行い、利用者の状態を確認します。

簡略化したケアマネジメント[b]

アセスメントからケアプラン原案作成まではケアマネジメントAと同様で、
サービス担当者会議を間隔をあけ、必要に応じて行う場合もあり、
ケアプランの作成と間隔をあけ、必要に応じてモニタリング時期を設定し、
評価及びケアプランの変更等を行う、
簡略化した介護予防ケアマネジメントとなります。
評価では、その都度、基本チェックリストを行い、本人の状態を確認します。

初回のみケアマネジメント[c]

- ①ケアマネジメントの結果、本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、
住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。
- ②初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、
ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、
住民主体の支援等につなげるものとし、その後はモニタリング等はいりません。
- ③ケアマネジメントの結果、地域支え合い事業やインフォーマルサービスのみの
利用につなげるアセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分
のみ、サービス事業によるケアマネジメント費が支払われます。

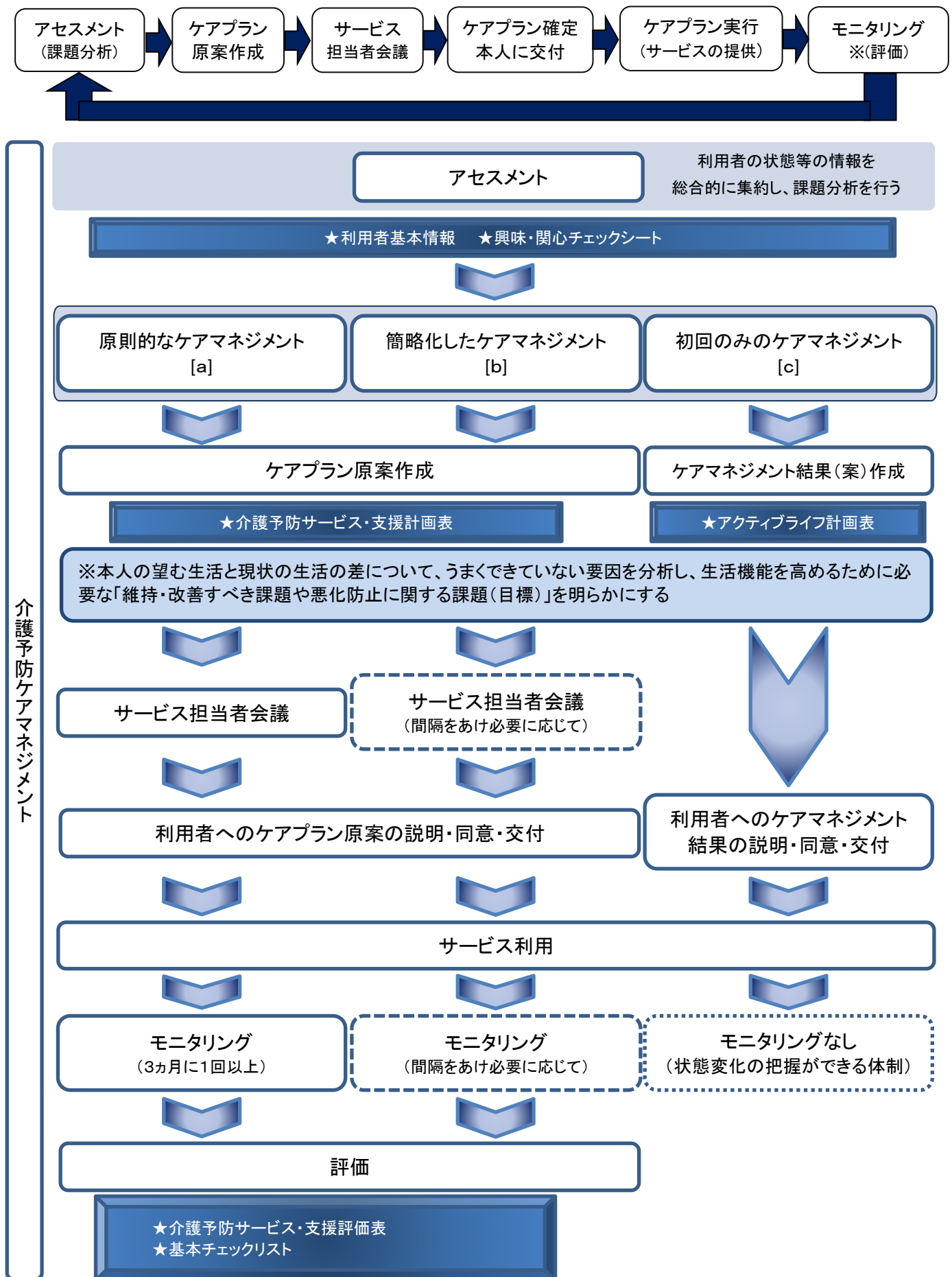
【
留
意
点
】

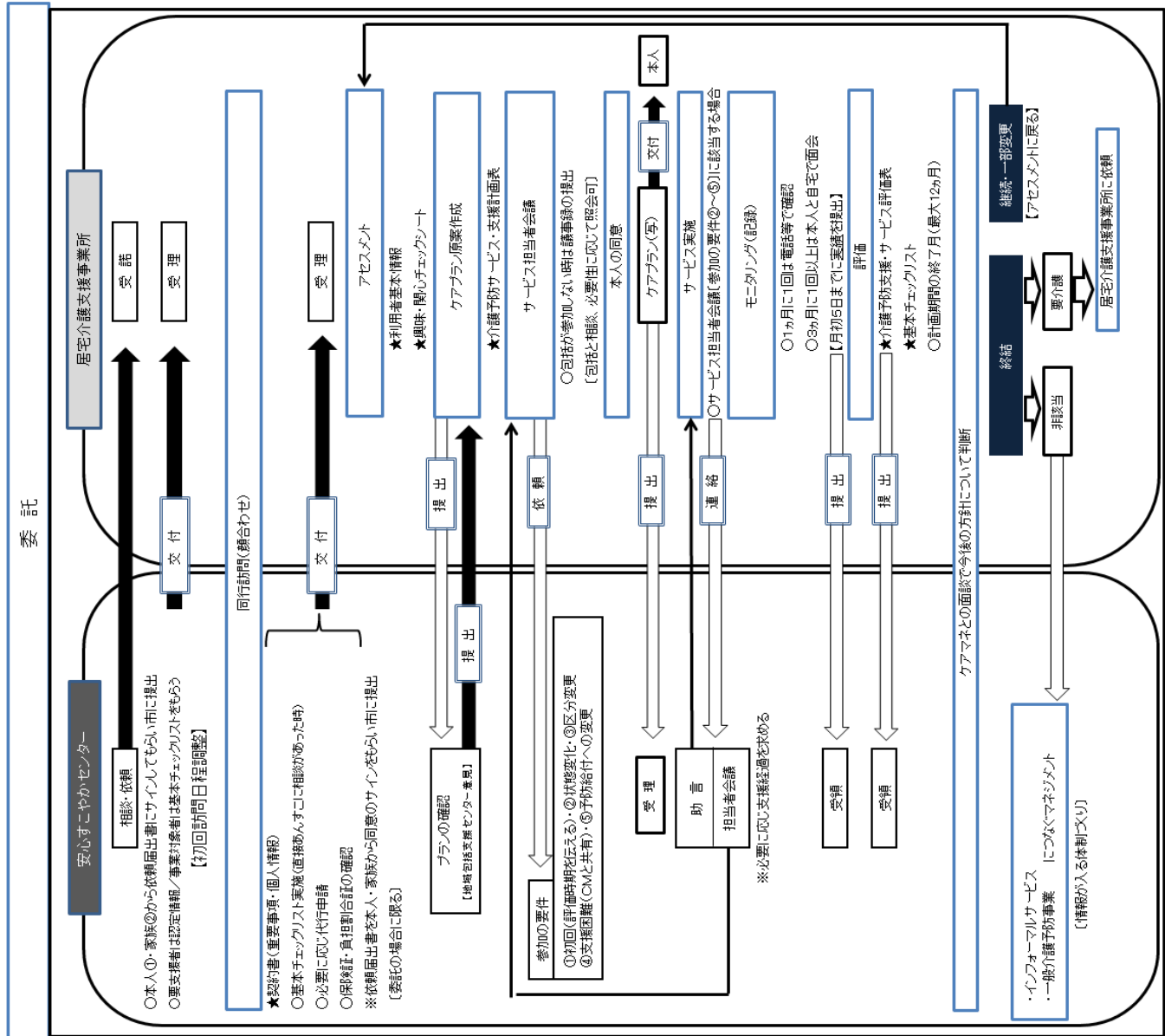
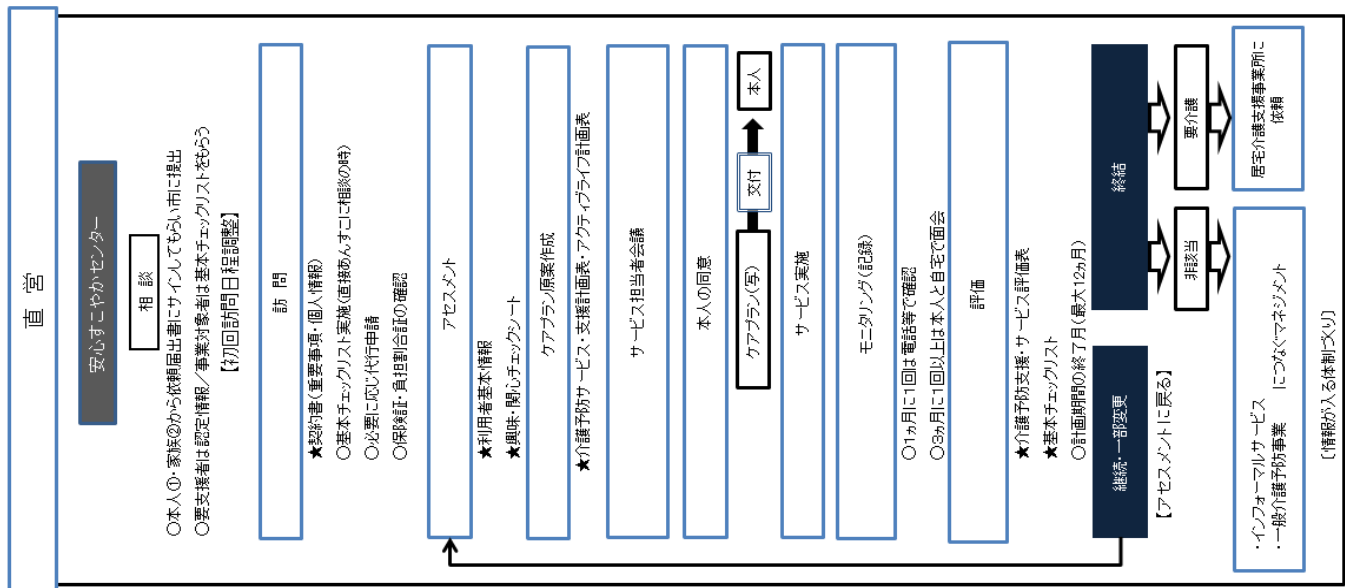
評価の際に基本チェックリストで状態の確認を行った結果、
自立と判定されたときは、総合事業のサービスは終了し、
一般介護予防事業やインフォーマルサービスの利用を提案します。

原則的なケアマネジメント [a]	簡略化したケアマネジメント [b]	初回のみケアマネジメント [c]
アセスメント		
○	○	○
ケアプラン原案作成		
○	○	— (アクティブライフ計画表)
サービス担当者会議		
○	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	—
利用者への説明・同意		
○	○	○
ケアプラン確定・交付		
○	○	— (アクティブライフ計画表)
モニタリング		
○ (おおむね3か月ごとに実施)	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	— (状態変化の把握ができる体制)
評価		
○ (12か月ごとに実施)	○ (12か月ごとに実施)	—
利用する主なサービス		
[訪問型] ◆総合事業訪問介護 ◆介護予防生活援助サービス ◆介護予防短期集中訪問リハビリ指導 [通所型] ◆総合事業通所介護(デイサービス) ◆介護予防デイ<がっちり1日コース> ◆介護予防デイ<お手軽半日コース> ◆介護予防短期集中通所	[訪問型] ◆介護予防生活援助サービス ◆シルバー生活援助サービス [通所型] ◆介護予防生きがいデイ ◆介護予防デイ<がっちり1日コース> ◆介護予防デイ<お手軽半日コース> 個別サービス計画の作成なし	[訪問型] ◆地域支え合い事業生活支援 [通所型] ◆地域支え合い事業デイ ◆インフォーマルサービス(インフォーマルサービスのみの利用でも可))

5. 介護予防ケアマネジメントの流れ

◆ケアマネジメントのプロセス





原則的なケアマネジメント[a]

◆対象者	要支援1、要支援2、事業対象者
◆サービス種別	訪問型：現行相当／訪問A／訪問C 通所型：現行相当／通所A／通所C
◆サービス提供	安心すこやかセンター及び安心すこやかセンターから 業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所
◆基本報酬	438単位 1単位単価は10.21円
◆加算	初回加算 300単位 委託連携加算 300単位
◆算定期間	毎月

1 アセスメント(課題分析)



★利用者基本情報 ★興味・関心チェックシート

2 ケアプラン原案作成



★介護予防サービス・支援計画表

3 サービス担当者会議



★サービス担当者会議記録等

4 利用者への説明・同意



5 ケアプラン確定・交付



6 サービス利用開始



7 モニタリング・評価

【モニタリング】

電話等での確認を毎月実施／3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、
利用者の状態を確認します。

【評価】

サービス提供月から12ヵ月に1回実施し、基本チェックリストで利用者の状態を確認します。

★介護予防支援・サービス評価表 ★基本チェックリスト

簡略化したケアマネジメント[b]

◆対象者	要支援1、要支援2、事業対象者
◆サービス種別	訪問型：訪問A 通所型：通所A
◆サービス提供	安心すこやかセンター及び安心すこやかセンターから 業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所
◆基本報酬	306単位 1単位単価は10.21円
◆加算	初回加算 300単位 委託連携加算 300単位
◆算定期間	毎月

1 アセスメント(課題分析)

★利用者基本情報 ★興味・関心チェックシート

2 ケアプラン原案作成

★介護予防サービス・支援計画表

3 サービス担当者会議(間隔をあけて必要に応じて実施)

★サービス担当者会議記録等

4 利用者への説明・同意

5 ケアプラン確定・交付

6 サービス利用開始

7 モニタリング・評価

【モニタリング】
間隔をあけて必要に応じて実施し、利用者の状態を確認します。

【評価】
サービス提供月から12ヵ月に1回実施し、基本チェックリストで利用者の状態を確認します。
★介護予防支援・サービス評価表 ★基本チェックリスト

初回のみのかケアマネジメント[c]

◆対象者	要支援 1、要支援 2、事業対象者 (サービス事業のみを利用する継続利用要介護者を含む)
◆サービス種別	地域支え合い事業 (訪問 B・通所 B) インフォーマルサービス (インフォーマルサービスのみの利用でも可)
◆サービス提供	安心すこやかセンター
◆基本報酬	306 単位 1 単位単価は10.21円
◆加算	初回加算 300 単位
◆算定期間	1 回のみ

1 アセスメント(課題分析)

★利用者基本情報 ★興味・関心チェックシート

2 ケアマネジメント結果(案)作成

★アクティブライフ計画表
(ケアプランの作成はせず、ケアマネジメント結果(案)としてアクティブライフ計画表(案)を作成する)

3 利用者への説明・同意

4 ケアマネジメント結果確定・交付

ケアマネジメント結果としてアクティブライフ計画表を用いる。

5 サービス利用開始

6 モニタリングなし(状態変化の把握ができる体制)

モニタリングは実施しない。
利用者の状態変化により、状態像の悪化を招きかねない危機を感じた時点で、利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターへ連絡がされる体制づくりをしておくことが必要となる。
(適宜、電話や訪問などによる確認も可)

アセスメント(課題分析)

対象者を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的な視点が求められます。
対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとならないようにするためにも、機能への介入のみにとどまらず、改善の見込みのあるADL・IADLについても課題としてあげて介入することが重要となります。

■アセスメントにおけるポイント

- ・「できていない」といったマイナスの部分だけでなく、「できている」といったプラスの部分も把握することにより、対象者の自己有効感を高め、積極的な活動の行える生活に促していく。
- ・本人の望む生活と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する目標」を明らかにしていくことを目的とする。

○興味・関心チェックリストはどのような作業を目標にしているかの聞き取りのみだけではなく、作業に対する具体的なイメージに乏しいケースに対して、自己意識化へのヒントを与えてくれる点でも有用であると考え、アセスメントを実施する上で有効活用していく。

★利用者基本情報

★興味・関心チェックシート

ケアプラン原案作成

ケアプラン作成には、「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」を解決していく上で最も適切な目標・支援内容や達成時期を含め、段階的に支援するための計画作成を行っていくことが大切になります。

■ケアプランの作成の際には、 本人・家族と

- ①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、
- ②生活の目標が達成されるためには、
「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」の解決を図ることが大切であり、
- ③目標が達成された後は、生活機能を維持・向上のために、
次のステップアップの場である、様々な通所や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが大切となります。

○利用者や家族との適切なコミュニケーションから、課題解決に向けた目標を具体的に示し、利用者の主体的な取組みを引き出し、プラン作成を進めることが重要となります。

○利用者自身が取組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族の協力や、インフォーマルなサービスを積極的に活用することも重要となります。

※初回のみケアマネジメント[c]は利用者へのアセスメントを踏まえ、アクティブライフ計画表(案)を作成する。

★介護予防サービス・支援計画表（原則的なマネジメント[a]簡略化したマネジメント[b]）

★アクティブライフ計画表（初回のみマネジメント[c]）

サービス担当者会議

総合事業において多様な実施主体がサービス提供を行うにあたり、「利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解するなど、利用者や家族、ケアプラン作成者、プランに位置づけたサービス提供者、主治医等からなる会議」として開催することが必要である。

- サービス提供事業者だけでなく、リハビリテーション専門職や栄養士など様々な専門職の必要に応じた参加により、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立った介護予防ケアマネジメントを実践するための取り組みにつなげる。

★サービス担当者会議記録等

利用者へのケアプラン原案の説明・同意・交付

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランを、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人の同意を得た後、ケアプランを利用者やサービス提供事業者に交付する。

モニタリング

モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認や支援内容の適否、新たな目標がないかなどを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことである。

- 原則的なケアマネジメント[a]：電話等での確認を毎月／3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、利用者の状態を確認
- 簡略化したケアマネジメント[b]：モニタリングの間隔をあけて必要に応じて実施

- ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間も、利用者の状況変化等の際には、適宜利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターに連絡される体制づくりをしておくことが必要となる。
- サービスを利用する過程において、ケアプランで立てた目標から乖離が見られた場合、安心すこやかセンターは適宜、さまざまな情報を集約し、適切なサービス提供がされるよう努めなければならない。

※初回のみのケアマネジメント[c]はモニタリングを実施しない。利用者の状態変化により、状態像の悪化を招きかねない危惧を感じた時点で、利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターへ連絡がされる体制づくりをしておくことが必要となる。
(適宜、電話や訪問などによる確認も可)

評 価

目標が達成された時や課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場へのスムーズな移行を行う。
また、新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合もケアプランの見直しとなるが、必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

○原則的なケアマネジメント[a]・簡略化したケアマネジメント[b]

- ・サービス提供月から12ヵ月に1回実施

○初回のみ of ケアマネジメント[c]

- ・実施しない

★介護予防支援・サービス評価表

★基本チェックリスト

6. 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の実施主体は、基本的には安心すこやかセンターが行うこととなりますが、地域の実情に応じ、その業務の一部を地域の社会資源等の活用を十分に行える居宅介護支援事業所に委託することができます。

また、介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合、安心すこやかセンターは居宅介護支援事業所に対し、ケアマネジメントの適切な管理・指導を行うことができる体制づくりをしておく必要があります。

7. 事業対象者の介護予防ケアマネジメントの依頼

市役所窓口で相談があった場合

〔新規の相談〕

利用者より介護予防ケアマネジメント相談を受けた場合は、本人の状態像を確認し、受付をします。受付終了後は居住圏内の安心すこやかセンターに【サービス対象者一覧表】を送付し、対応を依頼します。

- ①市職員は、【サービス対象者一覧表】を翌日の午前中までに安心すこやかセンターにFAXします。
- ②市職員は利用者に「受付シート・基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の写しを渡します。
- ③市職員は、アセスメントを行うにあたり、**事前に**本人または家族から居住圏域の安心すこやかセンターに電話してもらうことや、アセスメントの際には「受付シート・基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の写しを提示することや安心すこやかセンターの職員が面談することを説明し、アセスメントの結果、介護認定申請をしてもらう可能性があることも伝えます。

安心すこやかセンターで相談があった場合

〔新規の相談〕

利用者より介護予防ケアマネジメント依頼を受けた場合は、市に必要な書類「受付シート・基本チェックリスト・介護保険被保険者証・総合事業利用申請書・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出した後、介護保険被保険者証の代理受領を受け、すみやかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

居宅介護支援事業所に相談があった場合

〔新規の相談〕

利用者より介護予防ケアマネジメントについて相談があった場合は、居住圏域の安心すこやかセンターへ連絡してください。

8. 介護予防ケアマネジメントにおける様式

介護予防ケアマネジメントにおける様式は、以下の様式を用いて行います。

- ◆基本チェックリスト
- ◆利用者基本情報
- ◆興味・関心チェックシート
- ◆介護予防サービス・支援計画表
- ◆アクティブライフ計画表

9. 基本チェックリストについて

受付者 市・包括

受付者名

被保険者番号

基本チェックリスト		記入日: 年 月 日	
対象者氏名	ふりがな	男・女	対象者 生年月日
住 所	藤枝市	電話番号	明治・大正・昭和 年 月 日
記入者氏名	続柄	希望するサービス	
No.	質問項目(いずれかに○を付けてください。)	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	O. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	O. はい	1. いいえ
3	預貯金のおし入れをしていますか	O. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	O. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	O. 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	O. 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	O. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	O. 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	O. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	O. 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	O. いいえ
12	身長 cm ・ 体重 kg (BMI) ※ 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	O. 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	O. 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	O. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	O. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	O. 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	O. 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	O. 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	O. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日か分からない時がありますか	1. はい	O. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	O. 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	O. 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	O. 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	O. 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	O. いいえ

該当あり □ ・ 該当なし □

●事業対象者に該当する基準

1	No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	複数の項目に支障がある場合
2	No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下
3	No. 11～12の2項目のすべてに該当	低栄養状態
4	No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
5	No. 16～17の2項目のうちNo. 16に該当	閉じこもり
6	No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能の低下
7	No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ病の可能性

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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ月以上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ヵ月以内の値を、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ヵ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いても、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。月と日の一方しか分からない場合には「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) 以前は楽に出来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	

10. 報酬(単価、加算)、請求、支払

●介護予防ケアマネジメント費

	原則的な ケアマネジメント[a] 1月あたり438単位	簡略化した ケアマネジメント[b] 1月あたり306単位	初回のみの ケアマネジメント[c] 1月あたり306単位
単価等 (支払い頻度) 1単価 10.21円	4,471円	3,124円	3,124円

●介護予防ケアマネジメントの加算

	初回加算 300単位	委託連携加算 300単位
単価等 1単価 10.21円	3,063円	3,063円

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じ、下記の①②の場合に算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(介護予防ケアマネジメントの提供が終了して2月以上経過した後に、再度介護予防ケアマネジメントを実施する場合)

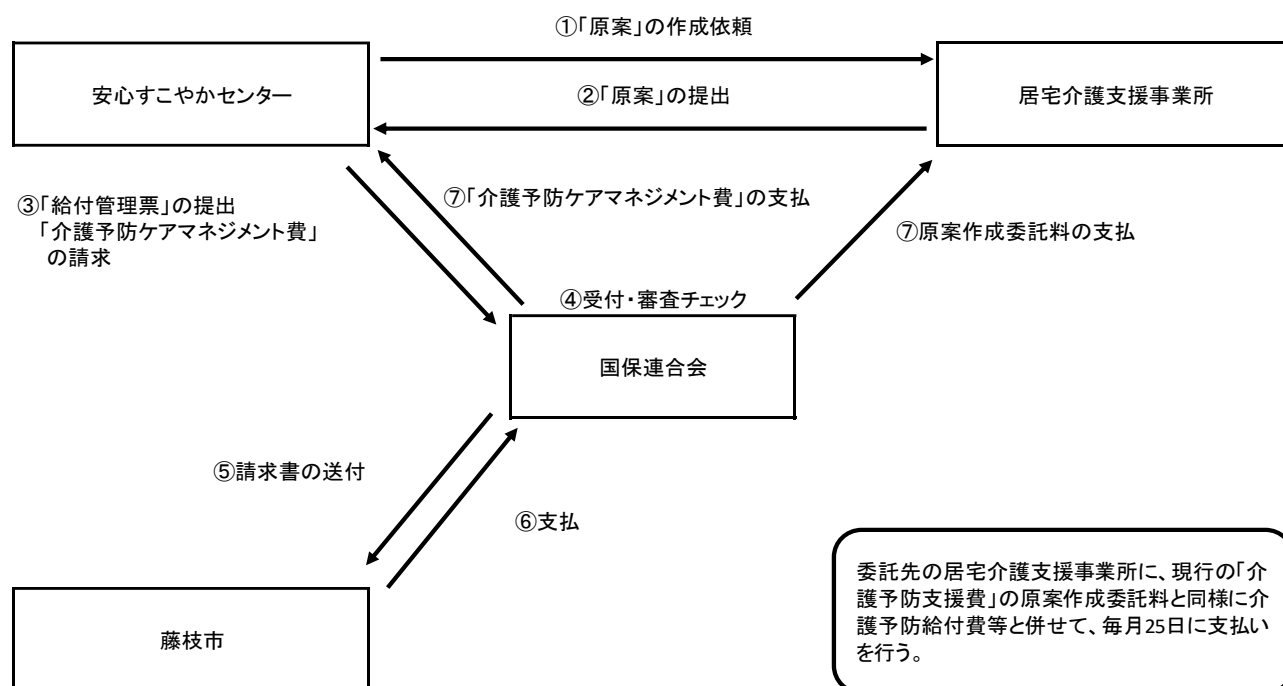
②要介護者が要支援を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

注意：総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌日から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月の初回算定を行うことはできません。

委託連携加算の算定については、利用者1人につき1回を限度として指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定できます。

●介護予防ケアマネジメント費の請求と原案作成委託料の支払い

概要図



区分	事務処理の流れ
①「原案」の作成依頼	安心すこやかセンター ⇒ 居宅介護支援事業所
②「原案」の提出	居宅介護支援事業所 ⇒ 安心すこやかセンター
③「給付管理票」の提出 「介護予防ケアマネジメント費」の請求	安心すこやかセンター ⇒ 国保連合会
④受付・審査チェック	国保連合会
⑤請求書の送付	国保連合会 ⇒ 藤枝市
⑥支払	藤枝市 ⇒ 国保連合会
⑦「介護予防ケアマネジメント費」の支払	国保連合会 ⇒ 安心すこやかセンター
⑦原案作成委託料の支払	国保連合会 ⇒ 居宅介護支援事業所

委託先の居宅介護支援事業所については、安心すこやかセンターが提出する給付管理票に設定された「委託先の居宅介護支援事業所番号」の事業所に代理受領委任契約の委託料分の支払いを行います。

「委託先の居宅介護支援事業所番号」の設定を誤ったり、変更となった委託先居宅介護支援事業所番号を変更しないまま給付管理票を提出した場合等は、誤った支払いがされますので設定時ご注意ください。

なお、誤った支払いについて正す場合は、市への取下申立、給付管理票の修正及び介護予防ケアマネジメント費の再請求を含め、数ヵ月の処理月が必要になります。