新しい総合事業実施に伴う
介護予防ケアマネジメントについて《手引き書》

平成28年12月作成

目次

1　新しい総合事業の概要

１. 総しい総合事業の構成 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
２. 総しい総合事業の対象者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
３. 介護予防・生活支援サービス事業 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
（1）訪問型サービス内容
（2）通所型サービス内容
（3）配食サービス内容
（4）介護予防ケアマネジメント：基本的な考え方、実施者、類型等

2　総合事業窓口対応

１. 事業対象者決定（基本チェックリスト実施）までの流れ ・・・・・・・・・・・・・・・11
２. 事業対象者（基本チェックリスト実施者）の流れ ・・・・・・・・・・・・・・・・・14

3　介護予防ケアマネジメント

１. ケアマネジメントＡ（原則的な介護予防ケアマネジメント）について ・・・・・・・・・16
（1）サービス種別（現行相当・訪問型Ａ・訪問型Ｃ・通所型Ｃ）
（2）ケアマネジメントＡのパターン
（3）ケアマネジメントＡの流れ
２. ケアマネジメントＢ（簡略化した介護予防ケアマネジメント）について ・・・・・・・・26
（1）サービス種別（通所型Ａ）
（2）ケアマネジメントＢのパターン
（3）ケアマネジメントＢの流れ
３. ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）について ・・・・・・・・29
（1）サービス種別（配食）
（2）ケアマネジメントＣのパターン
（3）ケアマネジメントＣの流れ
４．利用者との契約について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

4　報酬請求、支払い

１. ケアプランと作成者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
２. ケアプラン別作成費単価 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
３. ケアプラン作成費の請求と支払い ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
４. 委託契約 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
５. 月額包括報酬の日割り請求 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40
６. 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費のパターン別報酬請求・・・・・・・・・・42

5　前橋市の指定以外のサービス

１. 配食サービス ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・63
２. 通所型サービスＡ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・73
３. 通所型サービスＣ（短期集中予防サービス） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・76
４. 訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・79

1　新しい総合事業の概要

1．新しい総合事業の構成

（1）新しい総合事業について

・新しい総合事業は、H26 の介護保険法改正により、介護予防事業（地域支援事業の一部）が見直され、創設された制度で、すべての市町村が平成 29 年 4 月までに実施する。

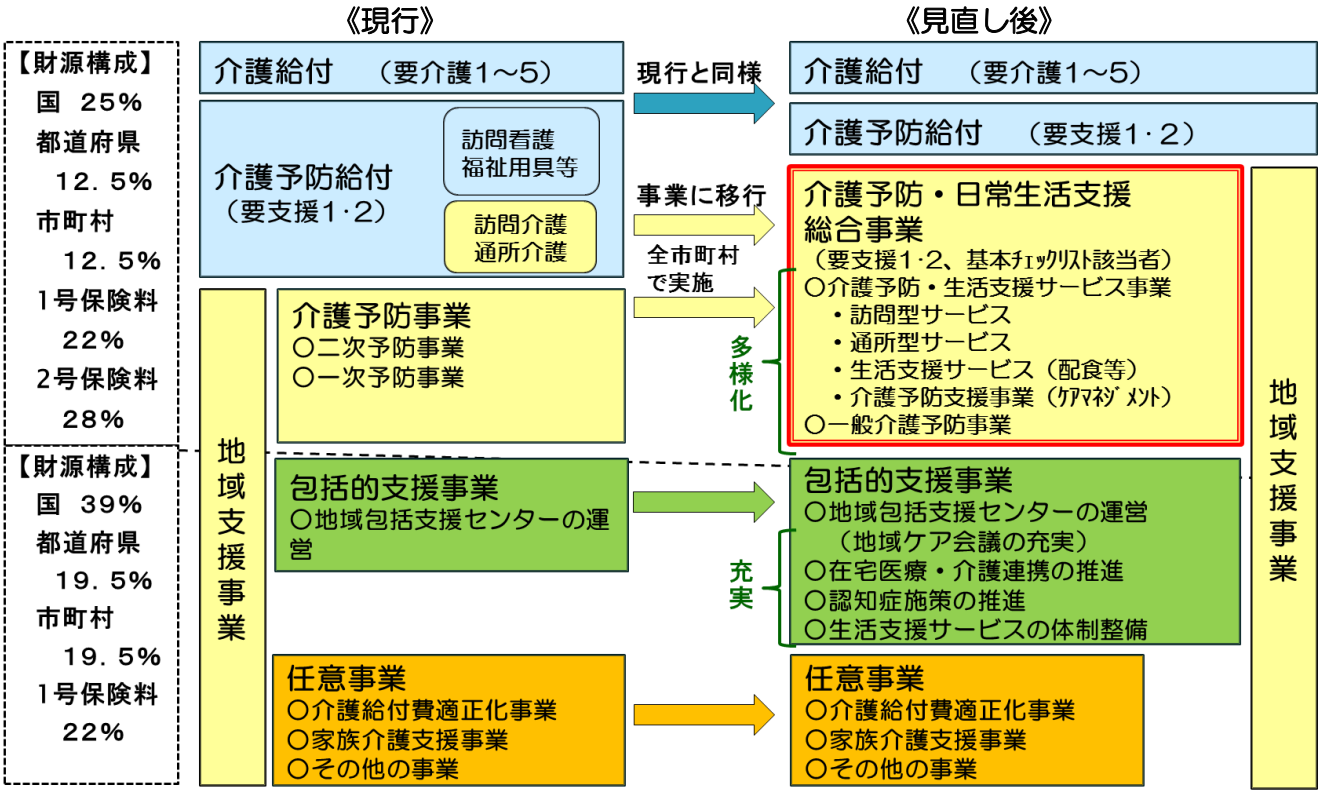
・介護予防給付のうち、訪問介護及び通所介護が、「新しい総合事業」に移行する。

・包括的支援事業（地域支援事業の一部）は、地域ケア会議の充実、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの体制整備、認知症施策の推進が新たに加わっている。

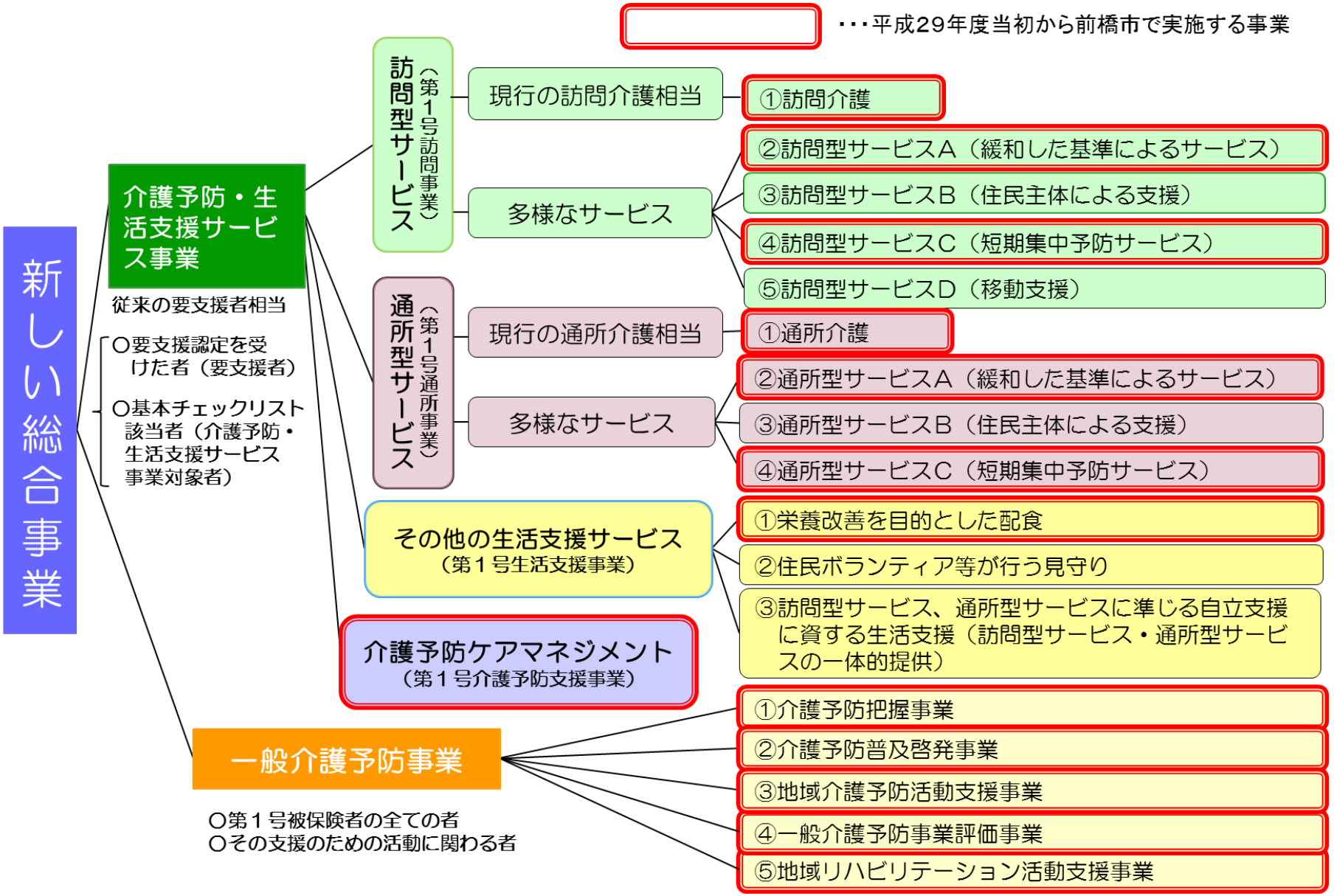
・訪問介護、通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供が継続される。

・介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略し、基本チェックリストで判定することによって、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」として、迅速なサービス利用が可能になる。

《新しい地域支援事業の全体像》



（２）新しい総合事業の構成



２．新しい総合事業の対象者

（１）対象者

・平成２９年４月以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方（認定有効期間の開始年月日が平成２９年４月以降の要支援者）

・平成２９年４月以降に、基本チェックリストにより、事業対象者と判定された方

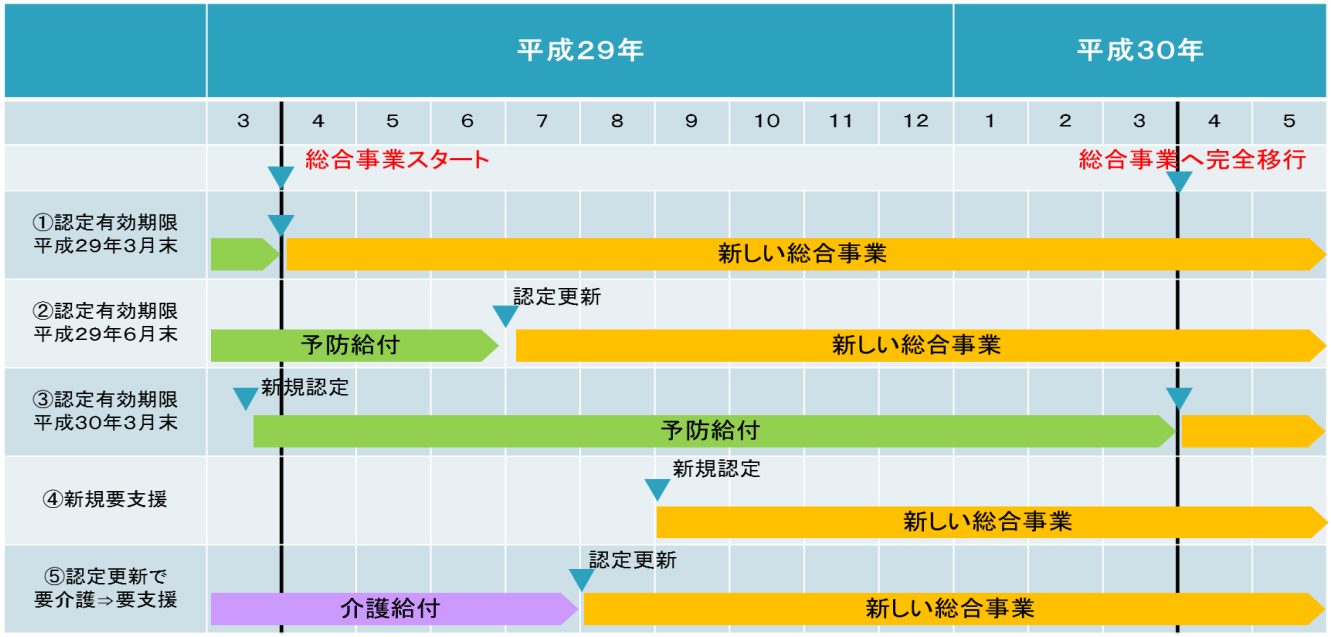
・要介護認定と異なり、基本チェックリストには有効期限がない。

（２）移行時のポイント

・平成２９年４月より前に、要支援認定を受けた方は、認定更新等までは、従前の予防給付（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）としてサービスを利用する。

・平成２９年４月以降に、認定更新等により要支援認定を受けた方が、訪問介護・通所介護を利用する場合のサービスは、新しい総合事業になる。

※通所介護・訪問介護のみを利用する場合



《更新手続き等の取扱いについて》

時期		平成29年 1月	平成29年 2月	平成29年 3月	平成29年 4月
対象者	認定有効期限	2月28日	3月31日	4月30日	5月31日
	更新手続きの 開始時期（60日前）	1月4日～	1月30日～	3月1日～	4月3日～
更新の取扱い		従来通り 更新申請を行う	3月31日に認定有効期限を迎える方の分から、各地域包括支援センターで基本チェックリストの活用を開始 ⇒従来通り更新申請を行う方と、基本チェックリストを実施する方に振り分ける		
新規の取扱い		従来通り新規申請を行う			総合事業開始に合わせて、各地域包括支援センターで基本チェックリストの活用を開始 ⇒従来通り新規申請を行う方と、基本チェックリストを実施する方に振り分ける

（３）要支援認定有効期間の延長

新しい総合事業を実施する平成２９年４月以降は、更新申請時の要介護等認定に係る有効期間を、一律に原則１２か月（有効期間の延長は上限２４か月）とする。

申請区分等		現行		平成29年4月～	
		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援⇒今回要支援	12か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援⇒今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護⇒今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護⇒今回要介護	12か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

3．介護予防・生活支援サービス事業

（1）訪問型サービス

《サービスの内容》

	現行の予防相当	多様なサービス			
サービス種別	①現行相当サービス	②訪問型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB （住民主体による支援）	④訪問型サービスC （短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD （移動支援）
サービス内容	●身体介護及び生活援助 ≪予防給付で提供可能な内容と同様≫	●A－1（訪問介護事業所が一体的に提供する場合） 生活援助のみ （掃除、洗濯、買物、調理） ≪予防給付で提供可能な内容と同様≫ ●A－2（民間企業・NPO等が単独で提供する場合） 生活援助のみ （掃除、洗濯、買物、調理） ≪予防給付で提供可能な内容と同様≫		●専門職による居宅での相談指導等 ①運動：生活機能等の評価を基に、日常生活動作の改善等を指導 ②口腔：口腔衛生等の評価を基に、口腔衛生方法、咀嚼・嚥下の改善を指導 ③栄養：栄養状態等の評価を基に、食事バランスの改善等を指導 ④脳活：脳の元気度チェックを基に、脳活性化・生活習慣改善等を指導 ⑤うつ・閉じこもり：個別相談・受診勧奨	
想定する対象者	①既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人 ②身体介護及び生活援助が必要な人 ③退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人　等	①身体介護は必要ないが、家事等の生活援助が必要な人		①専門職による短期間の集中的なケアで生活改善、機能向上が見込まれる人 ②身体介護の必要のない人 ③急性期、医療対象者でない人 ④通所困難な人 ⑤通所型サービスCと併用することで、生活機能改善が見込まれる人	
サービス提供時間	予防給付と同様	ケアプランにより決定		・60分程度／回 ・週1回、3か月を目安	

《サービス単価》

	現行の予防相当		多様なサービス				
サービス種別	①現行相当サービス		②訪問型サービスA （緩和した基準によるサービス）		③訪問型サービスB （住民主体による支援）	④訪問型サービスC （短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD （移動支援）
単価設定の単位	1月当たり		1回当たり			－	
単価	月単位	回単位	A－1	A－2		－	
	①週1回程度 1,168単位（11,925円） ②週2回程度 2,335単位（23,840円） ③週2回を超える程度 3,704単位（37,817円） ※要支援2のみ	※サービスコード上は規定されているが、前橋市の総合事業においては適用しない	233単位（2,378円）	200単位（2,042円）			
			【計算例】※A－1の場合 例1：隔週で利用（月2回） 233単位×2回＝466単位 例2：5週間ある月に週1回利用（月5回） 233単位×5回＝1,165単位 例3：5週間ある月に週2回利用（月10回） 233単位×10回＝2,330単位				
地域単価	1単位＝10．21円（7級地）		1単位＝10．21円（7級地）			－	
自己負担	1割又は2割		1割又は2割			なし	
支給限度額管理	あり		あり			なし	

（２）通所型サービス

《サービスの内容》

	現行の予防相当	多様なサービス		
サービス種別	①現行相当サービス	②通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③通所型サービスB （住民主体による支援）	④通所型サービスC （短期集中予防サービス）
サービス内容	●日常の世話 入浴・排泄・食事等の介助 生活等についての相談・助言 健康状態の確認 ●機能訓練 生活機能向上 運動機能向上 口腔機能向上 栄養改善 ●外出・交流機会の提供 送迎サービス ≪予防給付で提供している内容と同様≫	●「ピンシャン！元気体操」を中心としたルーティンプログラム ●受託法人の特色を活かした集団プログラム（脳活、レクリエーション等） ●専門プログラム（運動・栄養・口腔） ・ハイリスク者に対する計画及び個別指導 ・利用者全員を対象とした講話、実技等 ●外出・交流機会の提供 送迎サービス		●専門職による教室形式での指導等 ①歩行・動作軽やかスクール：筋力低下や関節痛など個々の課題に合わせた運動や動作方法を身につけ、歩行や立ち上がり動作を改善する ②楽楽食教室：「お口アップ体操」などを中心とした口腔機能向上プログラムや調理実習などの栄養改善プログラムを実施 ③脳活教室：体操、脳活レク、グループワーク、回想法などで、楽しく脳の活性化を目指す ④ひざ・腰らくらく教室：体操や個別指導で、ひざ痛・腰痛の緩和を目指す
想定する対象者	①既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人 ②食事・排泄・入浴・移動時等に状況確認や助言が必要な人 ③退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人　等	①入浴・食事介助は必要ないが、生活機能の低下があり、外出や交流の機会が必要な人 ②地域のサロンや体操クラブ、老人福祉センター等に自力で参加できない人		①専門職による短期間の集中的なケアで生活改善、機能向上が見込まれる人 ②現行相当サービス、通所型サービスAなどによる継続的な利用が必要のない人 ③送迎なしで通所可能な人
サービス提供時間	予防給付と同様	2時間／回以上		・2時間程度／回 ・週1回、3か月を目安

《サービス単価》

	現行の予防相当		多様なサービス		
サービス種別	①現行相当サービス		②通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③通所型サービスB （住民主体による支援）	④通所型サービスC （短期集中予防サービス）
単価設定の単位	1月当たり		1回当たり		ー
単価	月単位 ①事業対象者（週1回程度）、要支援1 1,647単位（16,700円） ②事業対象者（週2回程度）、要支援2 3,377単位（34,242円）	回単位 ※サービスコード上は規定されているが、前橋市の総合事業においては適用しない	送迎なし　3,000円／回 送迎あり　3,500円／回 ※事業対象者、要支援1、要支援2共通		ー
地域単価	1単位＝10．14円（7級地）		ー		ー
自己負担	1割又は2割		定額　送迎なし　300円 送迎あり　500円		楽楽食教室のみ 材料費（300円）
支給限度額管理	あり		なし		なし

（３）配食サービス

		現行	総合事業
対象者	認定区分	①介護保険を申請していない者 ②介護保険で非該当の者 ③要支援認定者 ※要介護1以上は不可	①総合事業サービス対象者（チェックリスト該当者） ②要支援認定者 ※要介護認定者も、上記①、②と同様の配食サービスを受けられるよう調整中
	受給要件	以下の①または②に該当し、③と④を満たすもの ①栄養改善の必要が認められる者 ②老衰、心身の障害、疾病若しくは負傷により調理することが困難と認められる者 ③在宅で65歳以上のみの世帯に属する者 ④介護保険料の滞納がない者	以下の①または②に該当し、③と④を満たすもの ①低栄養のリスクのある者（BMI18．5未満かつ6か月で2kg以上の体重減少） ②ひとり暮らし又は高齢者のみの世帯又は日中ひとりの方で、買物や調理が困難で見守りが必要な者 ③ケアマネジメントの結果、配食がケアプランに位置付けられた者 ④介護保険料の滞納がない者
手続き		利用希望者等からの連絡を受け、調査受託事業所に調査を依頼し、審査、決定となる。	従前の調査に代わり、ケアマネジメントCが必要となる。 ケアマネによるサービス利用申請が可能
回数・費用等		①1食700円の食事　市負担400円 ②1日1食、週3回程度まで（運用上の取り決めあり） ③配食業者は3社のみ限定、弁当の内容は普通食のみ	①利用者が選んだ食事（1食500円以上。おかずのみの場合は450円以上） 市負担200円 ②1日2食（昼食、夕食）かつ週7日の利用を可能とする。（ケアマネジメントで決定） ③配食業者は市と委託契約をした者から利用者が選ぶ。 ④普通食、療養食（減塩、カロリー制限、刻み、とろみなど）を選べる。
実施方法		事業者委託による配食	事業者委託による配食 ※委託条件に合致した業者と市が契約
ケアマネジメント		調査票のみ	ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメント）
その他			現行の配食サービス利用者は、新サービスに移行予定

（４）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。

・新しい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、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるだけではなく、利用者の自立支援につながるよう「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

【ポイント】

●目標指向型のケアマネジメントを意識して
・生活機能の低下が生じている原因や背景を**分析**
・個々人の興味や関心のあることを中心に**目標設定**
・目標達成のための**具体的な支援内容**を盛り込む
・心身機能の向上のみならず、**地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出**
⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要

●利用者のための目標設定がポイント
・利用者が**主体的になれるように支援**することが重要
・活動や参加を意識して、できる限り「○○できるようになりたい」「○○に挑戦する」など、**目標の設定をイメージできるよう支援**する。

●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。

●介護予防ケアマネジメントは、**自立支援に資するもの**
・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**を積極的に進める。

●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、**関わるもの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る。**

〔参考〕介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 ＴＰＯに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、ＴＰＯに応じた身支度をする
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分でします
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に２回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と２泊３日の旅行に行く
知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に１回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

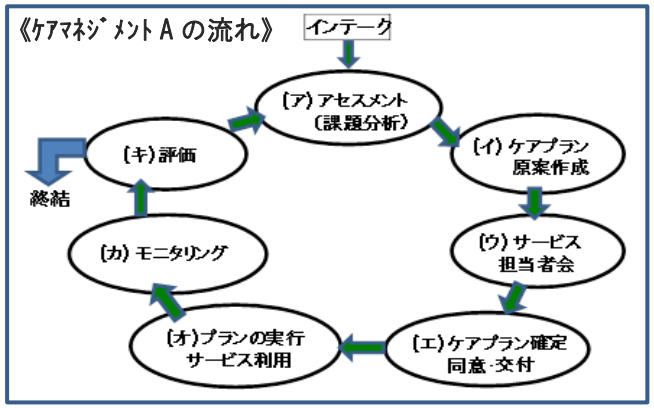
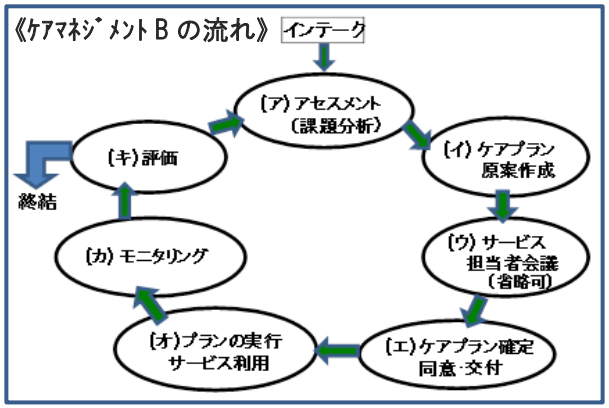
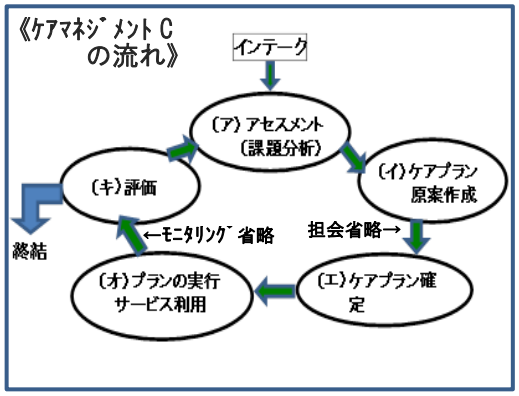
《介護予防ケアマネジメントの実施者》

① 前橋市地域包括支援センター職員･･･介護予防ケアマネジメントＡ･Ｂ･Ｃすべて実施

② 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員（前橋市地域包括支援センターから委託された事業所）･･･介護予防ケアマネジメントＡのみ

③ 地域包括支援ブランチ（指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と兼務している）職員･･･介護予防ケアマネジメントＣのみ

《介護予防ケアマネジメントの種類》

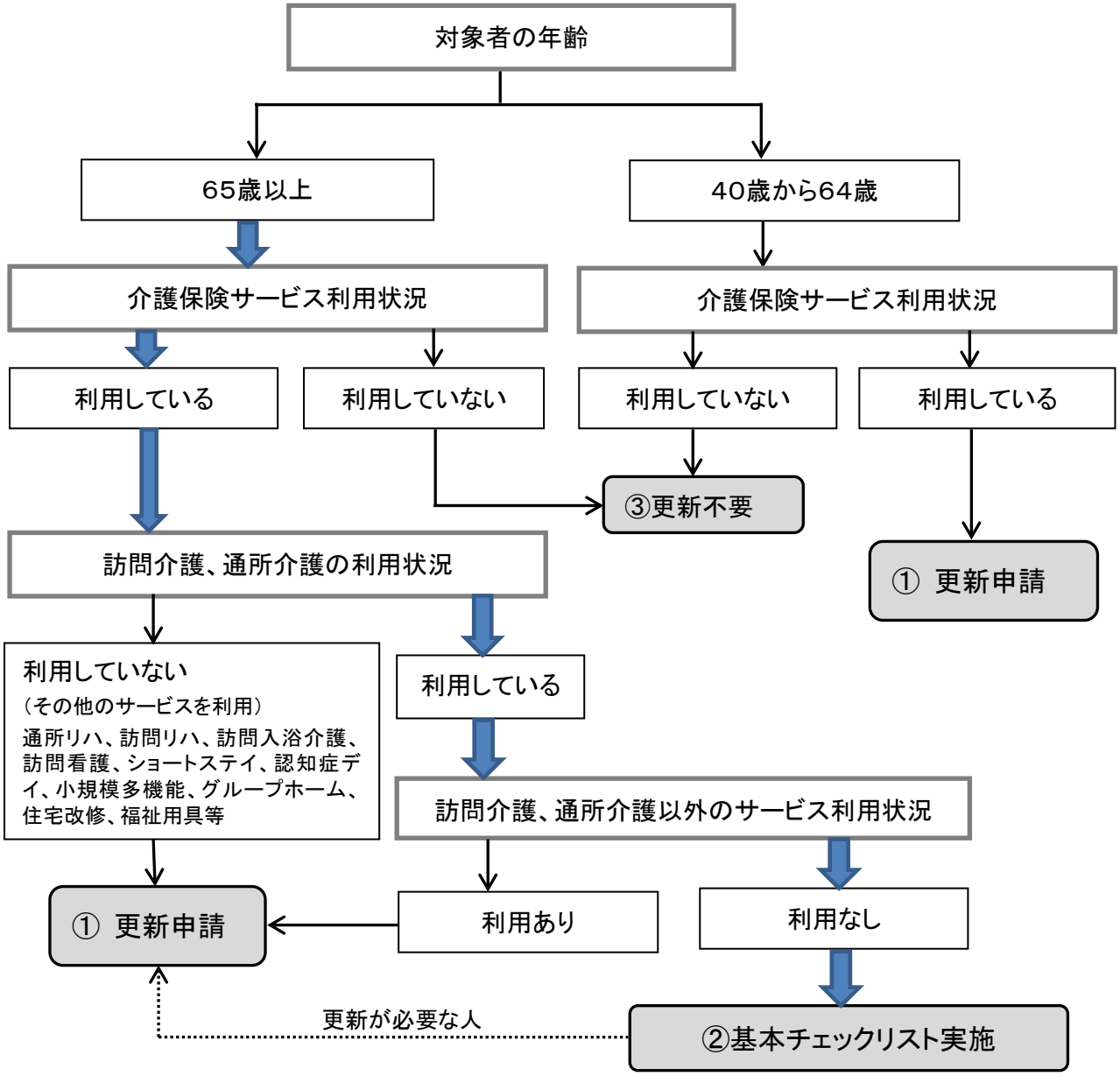
類型	① ケアマネジメントＡ （原則的な介護予防ケアマネジメント）	② ケアマネジメントＢ （簡略化した介護予防ケアマネジメント）	③ ケアマネジメントＣ （初回のみの介護予防ケアマネジメント）
内容	・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・短期集中予防サービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	・①または③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（必要に応じ、その状況把握を実施）
実施者	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（委託）	地域包括支援センター	地域包括支援センター、地域包括支援ブランチ
対象事業	【訪問型サービス】 ①　現行相当 ②　訪問型サービスＡ ③　訪問型サービスＣ 【通所型サービス】 ①現行相当 ②通所型サービスＣ	【訪問型サービス】該当サービスなし 【通所型サービス】通所型サービスＡ	配食サービス
ケアマネジメントの特徴	●ケアプランの期間は最長 12 か月とする。 ●利用者との面接によるモニタリングは、少なくともサービス提供開始月の翌月から 3 月に 1 回行う。 サービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問する。 ●訪問型サービスＣ及び通所型サービスＣのケアプランの期間は原則３か月とする。	●アセスメント（課題分析）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。 ●ケアプランの期間は最長 12 か月とし、モニタリングはケアプランの少なくとも半分の時期で実施する。 ※短期間に状態の維持、改善の可能性がある利用者は 6 か月までのプラン期間とする。 ●ケアプランの作成にあたっては、利用者及びサービス提供者が内容を共有することで、サービス担当者会議を省略できる。	●ケアプランの期間は最長 12 か月とする。 ●適切なサービスが利用できるようにケアプランをサービス提供者に送付または本人が持参（利用者の同意必要） ●利用者の状況の変化があった場合の相談体制をとっておく。
プロセス	アセスメント　⇒ケアプラン原案作成 ⇒サービス担当者会議　⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付（利用者・サービス提供者へ） ⇒サービス利用開始　⇒モニタリング･評価　（給付管理） 	アセスメント⇒ケアプラン原案作成 （⇒サービス担当者会議：省略可）⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付（利用者・サービス提供者へ） ⇒サービス利用開始　⇒モニタリング・評価 	初回のみアセスメント ⇒ケアプラン原案作成⇒利用者への説明･同意・確定⇒利用するサービス提供者への説明・送付 ⇒サービス利用開始　⇒評価 

2　総合事業窓口対応

1．事業対象者決定（基本チェックリスト実施）までの流れ

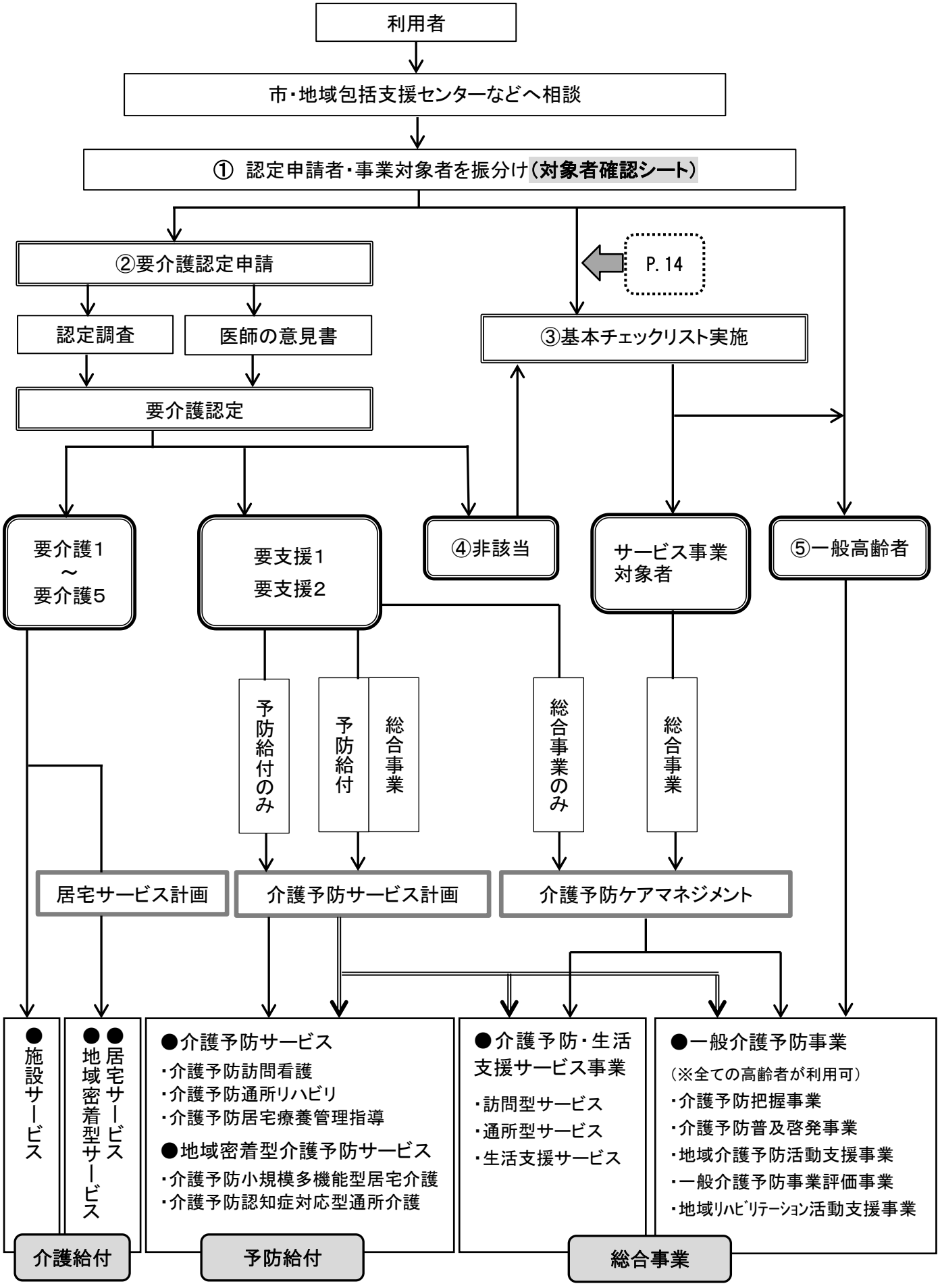
（1）要支援認定者の更新者について

以下の確認フローにより、介護保険の更新申請が必要か、基本チェックリスト実施（該当することで総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の対象者）が必要かを確認する。



①	更新申請： 訪問介護または通所介護以外の介護予防給付サービスを利用している場合
②	基本チェックリスト実施： 総合事業への移行後に総合事業サービスのみ利用する（介護予防給付サービスの利用がない）場合
③	更新不要：サービス利用がない場合

（２）新規相談者について


利用者
市・地域包括支援センターなどへ相談
① 認定申請者・事業対象者を振分け（対象者確認シート）
②要介護認定申請
認定調査
医師の意見書
要介護認定
P. 14
③基本チェックリスト実施
要介護1
～
要介護5
要支援1
要支援2
④非該当
サービス事業
対象者
⑤一般高齢者
予防給付のみ
予防給付
総合事業
総合事業のみ
総合事業
居宅サービス計画
介護予防サービス計画
介護予防ケアマネジメント
●施設サービス
●居宅サービス
●地域密着型サービス
●介護予防サービス
・介護予防訪問看護
・介護予防通所リハビリ
・介護予防居宅療養管理指導
●地域密着型介護予防サービス
・介護予防小規模多機能型居宅介護
・介護予防認知症対応型通所介護
●介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス
●一般介護予防事業
（※全ての高齢者が利用可）
・介護予防把握事業
・介護予防普及啓発事業
・地域介護予防活動支援事業
・一般介護予防事業評価事業
・地域リハビリテーション活動支援事業
介護給付
予防給付
総合事業

①	認定申請者・事業対象者を振り分け（対象者確認シート）: ・最初に、来所された理由など主訴を聞き取り、要介護認定申請か基本チェックリスト実施（事業対象者）、または一般介護予防事業での対応かの判断（振り分け）をする。 ・振り分けの判断については、対象者確認シート（書式２－１）を補助資料として活用する。
②	要介護認定申請: 明らかに要介護認定申請が必要な場合や、振り分けた結果、要介護認定申請が必要な場合は認定申請手続きを行う。 ※相談者の状況により明らかに申請が必要な場合、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等
③	基本チェックリスト実施： 振り分けの結果、基本チェックリスト実施（事業対象者）に該当する場合には、地域包括支援センターが基本チェックリストを実施する。 ※困りごとや生活上の支障があり、サービス事業のみ希望している場合等
④	非該当： 非該当の場合は、基本チェックリストを実施し事業対象者に該当することにより、サービス事業を利用することができる。
⑤	一般高齢者： 明らかに認定申請及び事業対象者とならない場合や、基本チェックリストを実施した結果、事業対象者に該当しなかった場合は一般介護予防事業で対応する。

（３）留意事項

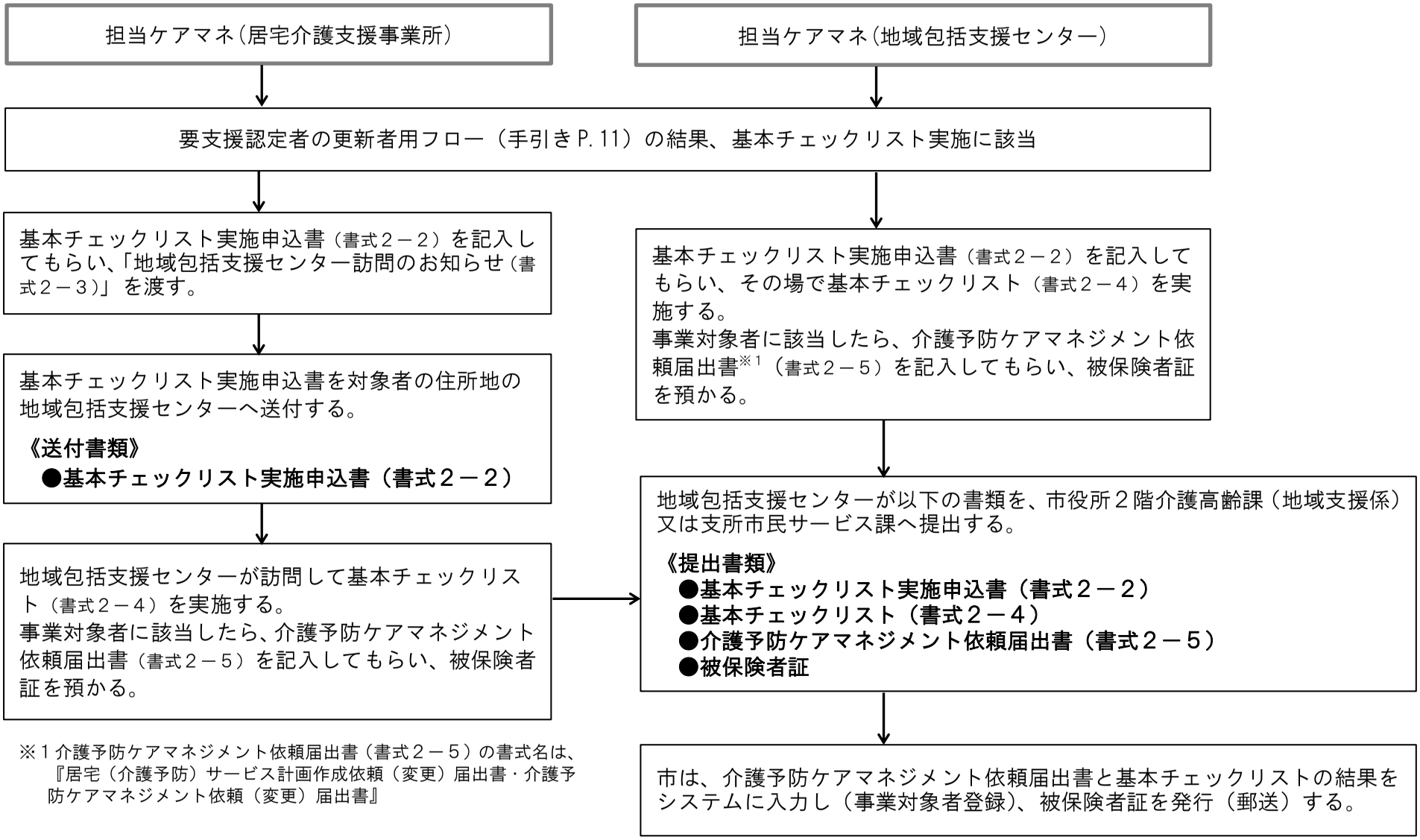
・事業対象者として手続きをしていても、状態の変化等により必要性が生じた場合には、いつでも認定申請を行うことができる。

・第２号被保険者は、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストを実施する対象にはならず、サービス事業の利用、介護予防給付サービスの利用のいずれの場合も、要支援認定が必要になる。

・事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定しているため、そのような状態に該当しない元気な高齢者については、一般介護予防事業の利用等につなげる。

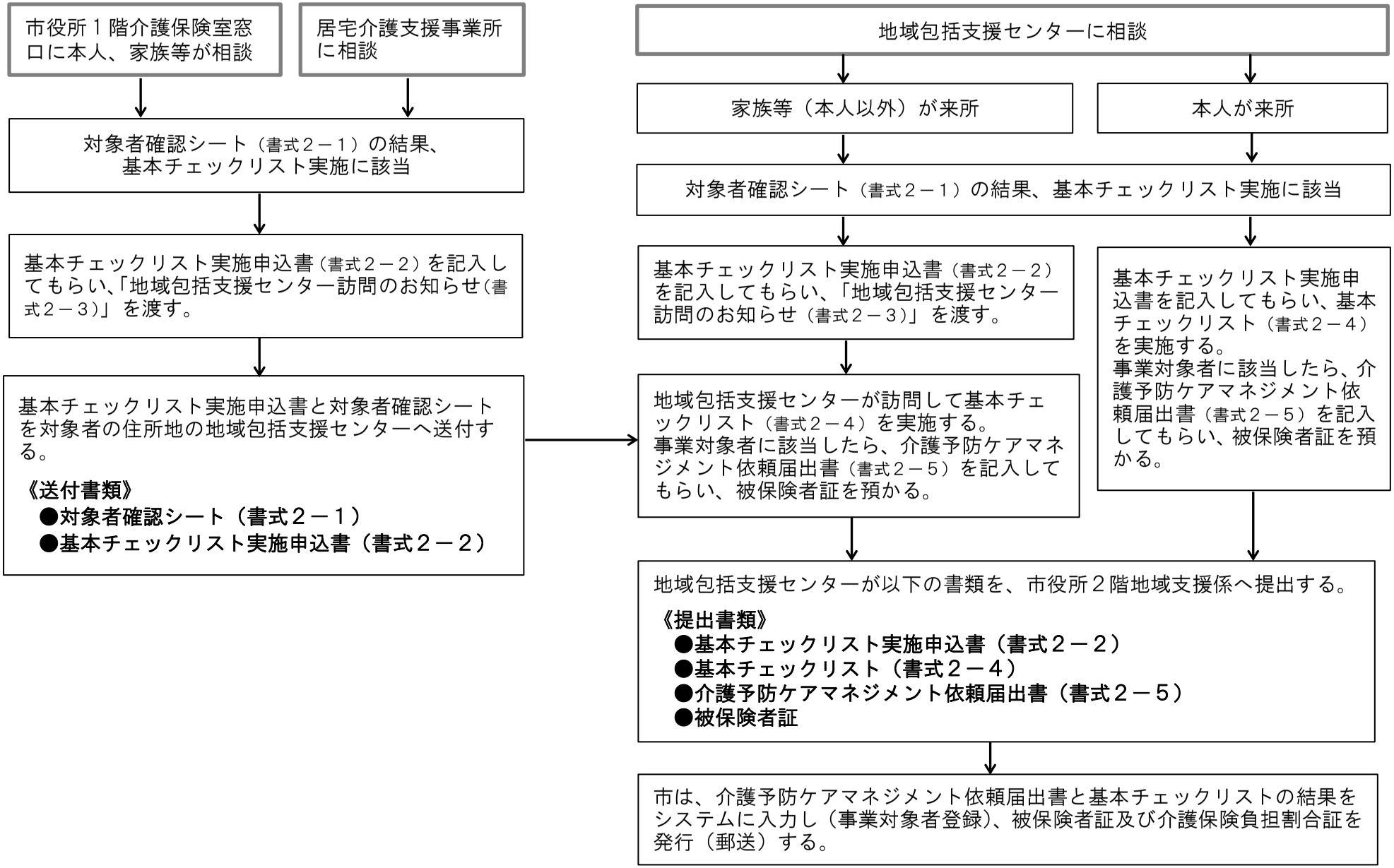
２．事業対象者（基本チェックリスト実施者）の流れ

《要支援認定者：更新者用フローの結果、基本チェックリスト実施に該当》



※１介護予防ケアマネジメント依頼届出書（書式２－５）の書式名は、『居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』

《新規相談者：対象者確認シートの結果、基本チェックリスト実施に該当》



3　介護予防ケアマネジメント

1. ケアマネジメントＡ（原則的な介護予防ケアマネジメント）について

（1）サービス種別

【訪問型サービス】

種別	現行相当サービス	訪問型サービスＡ （緩和した基準によるサービス）	訪問型サービスＣ （短期集中予防サービス）
サービス内容	●身体介護及び生活援助 ≪予防給付で提供可能な内容と同様≫	●生活援助のみ （掃除、洗濯、買物、調理） ≪予防給付で提供可能な内容と同様≫	●専門職による居宅での相談指導など ①運動：日常生活動作や歩行の改善等を指導 ②口腔：口腔機能向上のために、口腔衛生方法、咀嚼・嚥下の改善を指導 ③栄養：低栄養状態にある人に、食事バランスの改善等を指導 ④脳活：脳活性化・生活習慣改善等を指導 ⑤うつ・閉じこもり：個別相談・受診勧奨
想定する対象者	①既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人 ②身体介護及び生活援助が必要な人 ③退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人等	①身体介護は必要ないが、家事等の生活援助が必要な人	①専門職による短期間の集中的なケアで生活改善、機能向上が見込まれる人 ②身体介護の必要のない人 ③急性期、医療対象者でない人 ④通所困難な人 ⑤通所型サービスＣと併用することで、生活機能改善が見込まれる人
期間	ケアプランの期間は、最長１２か月とする		ケアプランの期間は、原則３か月とする
単価	月単位 ①週１回程度 1,168 単位 ②週２回程度 2,335 単位 ③週２回を超える程度 3,704 単位 ※要支援２のみ	１回あたり ①訪問介護事業者が一体的に提供する場合 233 単位 ②民間企業やＮＰＯ等が単独で提供する場合 200 単位	なし
自己負担	１割または２割	１割または２割	なし
支給限度額管理	あり	あり	なし

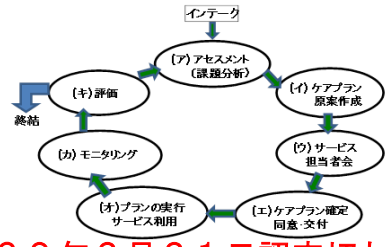
【通所型サービス】

種別	**現行相当サービス**	**通所型サービスＣ**（短期集中予防サービス）
サービス内容	●日常の世話 入浴・排泄・食事等の介助 生活等についての相談・助言 健康状態の確認 ●機能訓練 生活機能向上 運動機能向上 口腔機能向上 栄養改善 ●外出・交流機会の提供 送迎サービス ≪予防給付で提供している内容と同様≫	●専門職による教室形式での集団プログラムと個別指導 ①歩行・動作軽やかスクール：歩行や日常生活動作を改善するための運動方法を学び継続を支援 ②楽楽食教室：食生活の見直しと調理の実践を通じて栄養改善や食の自立を目指す。正しい口腔清掃と口腔機能向上の方法を学び摂食嚥下能力を向上させる ③脳活教室：認知機能低下を予防する生活習慣を学ぶ。講座や脳活レク、知的学習プログラム体操を実施 ④ひざ・腰らくらく教室：体操や個別指導で、ひざ痛・腰痛の緩和を目指す
想定する対象者	①既利用者で給付サービスの継続利用が必要な人 ②食事・排泄・入浴・移動時等に状況確認や助言が必要な人 ③退院直後等で状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人　等	①専門職による短期間の集中的なケアで生活改善、機能向上が見込まれる人 ②現行相当サービス、通所型サービスＡなどによる継続的な利用が必要のない人 ③送迎なしで通所可能な人
期間	ケアプランの期間は、最長１２か月とする	ケアプランの期間は、原則３か月とする
単価	①事業対象者（週１回程度） 要支援１ 1, 647 単位 ②事業対象者（週２回程度） 要支援２ 3, 377 単位	なし
自己負担	１割または２割	楽楽食教室のみ 300 円（調理材料費）
支給限度額管理	あり	なし

（2）ケアマネジメントＡのパターン

①現行相当訪問介護のみ
②現行相当訪問介護＋現行相当通所介護
③現行相当訪問介護＋通所型サービスＡ
④現行相当訪問介護＋通所型サービスＣ
⑤現行相当訪問介護＋配食
⑥現行相当訪問介護＋現行相当通所介護＋配食
⑦現行相当訪問介護＋通所型サービスＡ＋配食
⑧現行相当訪問介護＋通所型サービスＣ＋配食
⑨訪問型サービスＡのみ
⑩訪問型サービスＡ＋現行相当通所介護
⑪訪問型サービスＡ＋通所型サービスＡ
⑫訪問型サービスＡ＋通所型サービスＣ
⑬訪問型サービスＡ＋配食
⑭訪問型サービスＡ＋現行相当通所介護＋配食
⑮訪問型サービスＡ＋通所型サービスＡ＋配食
⑯訪問型サービスＡ＋通所型サービスＣ＋配食
⑰訪問型サービスＣのみ
⑱訪問型サービスＣ＋現行相当通所介護
⑲訪問型サービスＣ＋通所型サービスＡ
⑳訪問型サービスＣ＋通所型サービスＣ
㉑訪問型サービスＣ＋配食
㉒訪問型サービスＣ＋現行相当通所介護＋配食
㉓訪問型サービスＣ＋通所型サービスＡ＋配食
㉔訪問型サービスＣ＋通所型サービスＣ＋配食
：
他、訪問型サービスＣは、訪問型の「現行相当」または「訪問型Ａ」と併用することができる。
ケアプランの期間は、３か月とする。

	訪問型			通所型			配食	ケアプラン期間(目安)
	現行相当	訪問型Ａ	訪問型Ｃ	現行相当	通所型Ａ	通所型Ｃ		
①	●							１２か月
②	●			●				
③	●				●			６か月
④	●					●		３か月
⑤	●						●	１２か月
⑥	●			●			●	
⑦	●				●		●	６か月
⑧	●					●	●	３か月
⑨		●						１２か月
⑩		●		●				
⑪		●			●			６か月
⑫		●				●		３か月
⑬		●					●	１２か月
⑭		●		●			●	
⑮		●			●		●	６か月
⑯		●				●	●	３か月
⑰			●					
⑱			●	●				
⑲			●		●			
⑳			●			●		
㉑			●				●	
㉒			●	●			●	
㉓			●		●		●	
㉔			●			●	●	



（３）ケアマネジメントＡの流れ

①ケアマネジメントＡ（要支援認定者で、平成２９年３月３１日認定切れの場合）

(1) ２月～３月中に、利用者宅を訪問し、総合事業の説明と「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 を預かる。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」書式 2-3 を渡す

○利用者へケアマネジメントＡの総合事業サービス、利用の意向確認、総合事業等の説明をする。更新者向けチラシ参考資料 3-1 の使用可
○振分判断には、Ｐ１１の更新者用の確認フロー図を活用する
○総合事業の利用希望者に対して、「基本チェックリスト実施申込書」を記入してもらう。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」を渡す

(2) ２月～３月中に、利用者住所地の地域包括支援センターへ、「基本チェックリスト実施申込書」を提出する
（包括職員が訪問で行う基本チェックリストの実施に、同行することができる）

包括職員が利用者宅を訪問し、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」（書式 2-4）、を実施する。「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（書式 2-5）、「被保険者証」を預かる

(3) ２月～３月中に、地域包括支援センターから、事業対象候補者選定の「基本チェックリスト（写）」を受け取る

○包括職員が実施した「基本チェックリスト（写）」を、初回のアセスメントに活用してもよい

(4) ２月～３月中に、ケアマネジメントＡの実施　Ｐ２０の㋐～㋓まで

(5) ３月末～４月中に、地域包括支援センターから、平成２９年度「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」書式 3-2 を受け取る

４月になって、市から「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」が利用者宅へ郵送される

(6) ４月からサービス利用開始
４月になってから、利用者宅を訪問し、下記①②③を預かる
①被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）
②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書書式 3-1（以下「申出書」という。）
③介護予防支援事業･介護予防ケアマネジメント事業利用申込書書式 3-2（以下「利用申込書」という。）

(7) ４月中に、地域包括支援センターへ、①被保険者証②申出書③利用申込書を提出する
被保険者証を利用者へ返却する

包括で、「被保険者証」に委託先事業所名を記入する

介護予防ケアマネジメントA

㋐　アセスメント（課題分析）
㋑　ケアプラン書式 3-3 原案作成

○「利用者基本情報」書式 3-4 は、記載内容に大きな変化がある場合は、再作成
○「基本チェックリスト」書式 3-5 の実施。包括が実施したのを活用してもよい
○「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○配食サービスの必要性があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書」書式 5-1 を記入してもらう
○ケアプランの期間は、Ｐ１８参照
通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）を位置づけるケアプランでは、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月のプラン期間とする
訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）は３か月のプラン期間とする

包括へ「利用者基本情報(原本)=再作成した場合」、「基本チェックリスト(写)」を提出する
「ケアプラン（原案）」は、包括の確認を受ける

㋒　サービス担当者会議の開催（必須）
ケアプランに位置づけているサービス提供者等の出席
（指定サービス事業者が欠席の場合は、サービス担当者会議の照会をとる
通所型Ａと配食事業者が欠席の場合は、照会は不要）

㋓　利用者への説明・同意でケアプランの確定、交付。利用実績報告書参考資料 3-2 の配付
「利用者基本情報（写）」は、利用者の同意を得て、配付することは可
配食事業者へは、「利用者基本情報（写）」、「利用実績報告書」の配付はない
配食サービスを利用する場合は、利用者へケアプラン２部を交付し、１部は配食事業者へ渡してもらう
⇒包括へ、「同意ケアプラン（写）」を提出
⇒配食サービスを利用する場合は、介護予防係へ「高齢者支援配食サービス利用申請書」、「同意ケアプラン（写）」、「利用者基本情報（写）」を提出

㋔　サービス利用開始　平成２９年４月から、各サービス提供者よりサービス開始

○４月になって、利用者宅へ郵送される「被保険者証(事業対象者・包括届出の印字あり)」「申出書」を預かる。包括で被保険者証に委託先事業所名を記入してもらい、利用者へ返却する
○包括へ、「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」を提出する

㋕　モニタリング

○最長１２か月ケアプランにおいて、利用者との面接によるモニタリングは、少なくともサービス提供開始月の翌月から、３月に１回行う
○訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）の３か月のケアプランの利用者との面接は、必要に応じて行う
○１月に１回は、「利用実績報告書」等を用いて、モニタリングを実施し、「支援経過記録」書式 3-7 に記載する

㋖　評価

○ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する
○「評価表」書式 3-8 に包括のコメントを受け、原本は居宅介護支援事業所が保管する

②ケアマネジメントＡ（要支援認定者で、平成２９年４月以降に認定切れの場合）

(1) 利用者宅を、認定終了１～２か月前に訪問し、総合事業の説明と「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 を預かる。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」書式 2-3 を渡す

○利用者へケアマネジメントＡの総合事業サービス、利用の意向確認、総合事業等の説明をする。更新者向けチラシ参考資料 3-1 の使用可
○振分判断には、Ｐ１１の更新者用の確認フロー図を活用する
○総合事業の利用希望者に対して、「基本チェックリスト実施申込書」を記入してもらう。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」を渡す

(2)利用者住所地の地域包括支援センターへ、「基本チェックリスト実施申込書」を提出する
（包括職員が訪問して行う基本チェックリストの実施に、同行することができる）

平成 29 年 4 月末切れは、4 月になってからの実施。5 月末切れからは、1 か月前後で実施する

包括職員が利用者宅を訪問し、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」(書式 2-4)を実施する。「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」(書式 2-5)、「被保険者証」を預かる

(3) 地域包括支援センターから、事業対象候補者選定の「基本チェックリスト（写)」、「利用申込書」を受け取る

○包括職員が実施した「基本チェックリスト（写)」を、初回のアセスメントに活用してもよい

市から「被保険者証(事業対象者・包括届出の印字あり)」が利用者宅へ郵送される

(4)利用者宅を、訪問する
下記①②③を預かる
①被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）
②申出書書式 3-1
③利用申込書書式 3-2
介護予防ケアマネジメントＡを開始する

介護予防ケアマネジメントＡ

㋐　アセスメント（課題分析）
㋑　ケアプラン書式 3-3 原案作成

○「利用者基本情報」書式 3-4 は、記載内容に大きな変化がある場合は、再作成
○「基本チェックリスト」書式 3-5 の実施。包括が実施したのを活用してもよい
○「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○配食サービスの必要があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書)」書式 5-1 を記入してもらう
○ケアプランの期間は、Ｐ１８参照する
通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）を位置づけるケアプランでは、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月のプラン期間とする
訪問型サービスＣと通所型サービスＣ(短期集中型サービス)は３か月のプラン期間とする

介護予防ケアマネジメントA

○包括へ、「利用申込書」、「利用者基本情報（原本）＝作成した場合」、「基本チェックリスト（写）」を提出する。「ケアプラン原案」は包括の確認を受ける
○「被保険者証」「申出書」も、一緒に提出し、包括で委託先事業所名を記入してもらう。
委託事業所が記入された「被保険者証」を預かり、利用者へ返却する

㋒　サービス担当者会議の開催（必須）

ケアプランに位置づけているサービス提供者等の出席
（指定サービス事業者が欠席の場合は、サービス担当者会議の照会をとる
通所型Ａと配食事業者が欠席の場合は、照会は不要）

㋓　利用者への説明・同意でケアプランの確定、交付。利用実績報告書参考資料 3-2**の配付**

「利用者基本情報（写）」は、利用者の同意を得て、配付することは可
配食事業者へは、「利用者基本情報（写）」、「利用実績報告書」の配付はない
配食サービスを利用する場合は、利用者へケアプラン２部を交付し、１部は配食事業者へ渡してもらう

⇒包括へ、「同意ケアプラン（写）」を提出
⇒配食サービスを利用する場合は、介護予防係へ「高齢者支援配食サービス利用申請書」、「同意ケアプラン（写）」、「利用者基本情報（写）」を提出

㋔　サービス利用開始

㋕　モニタリング

○最長１２か月ケアプランにおいて、利用者との面接によるモニタリングは、少なくともサービス提供開始月の翌月から、３月に１回行う
○訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）の３か月のケアプランの利用者との面接は、必要に応じて行う
○１月に１回は、「利用実績報告書」等を用いて、モニタリングを実施し、「支援経過記録」書式 3-7に記載する

㋖　評価

○ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する
○「評価表」書式 3-8に包括のコメントを受け、原本は居宅介護支援事業所が保管

③ケアマネジメントＡ（新規で事業対象者となる場合）

（1）居宅介護支援事業所で相談、連絡を受ける
「対象者確認シート」書式 2-1 を実施。その結果、基本チェックリストを実施することになった場合、「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 を記入してもらう。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」書式 2-3 を渡す

（2）相談者住所地の地域包括支援センターへ、「対象者確認シート」、「基本チェックリスト実施申込書」を提出する
（包括職員が訪問して行う基本チェックリストの実施に、同行することができる）

包括職員が、相談者宅を訪問し、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」（書式 2-4）の実施。
「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（書式 2-5）、「被保険者証」を預かる

（3）地域包括支援センターから、事業対象候補者選定の「基本チェックリスト（写）」、「利用申込書」を受け取る

○包括職員が実施した「基本チェックリスト（写）」を、初回のアセスメントに活用してもよい。

市から「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」、「介護保険負担割合証」が相談者宅へ郵送される

（4）利用者宅を訪問する
下記①②③を預かる
①被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）
②申出書書式 3-1
③利用申込書書式 3-2
介護予防ケアマネジメントＡを開始する。

介護予防ケアマネジメントＡ

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン書式 3-3 原案作成

○「利用者基本情報」書式 3-4 の作成
○「基本チェックリスト」書式 3-5 の実施。包括が実施したものを活用してもよい
○「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○　配食サービスの必要があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書」書式 5-1 を記入してもらう
○ケアプランの期間は、Ｐ１８参照
通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）を位置づけるケアプランでは、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月のプラン期間とする
訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）は３か月のプラン期間とする

包括へ、「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」「申出書」を提出し、委託先事業所名を記入してもらう。「利用申込書」「基本チェックリスト（写）」「利用者基本情報（原本）」を提出する。「ケアプラン原案」は包括の確認を受ける
利用者へ委託先が記入された「被保険者証」を返却する

以下、Ｐ２２の ㋒サービス担当者会議の開催～㋓評価までと同様

④ケアマネジメントＡ

（平成 29 年 4 月以降、新規要支援認定で総合事業サービスのみ利用する場合）

・新規申請時は予防給付の利用予定であったが、ケアマネジメントＡの総合事業サービスのみ利用する場合

・第２号被保険者で新規要支援認定者の場合

(1)要支援１または２の新規認定者宅を訪問する
ケアマネジメントＡの総合事業サービス、利用の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明をする
下記①②③④を預かる
①被保険者証（要支援認定の印字あり）
②申出書[書式 3-1]
③介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書[書式 2-5]
④要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書

↓

(2)地域包括支援センターへ、①被保険者証②申出書③届出書を提出
包括から、「利用申込書」[書式 3-2]を受け取る

○要支援認定があるため、介護保険室窓口または、支所市民サービス課窓口で、「個人情報提供」申請にて、主治医意見書（写）、認定調査票（写）をとることができる（有料）

(3)地域包括支援センターから、委託先事業所が記入された「被保険者証」を預かり、利用者へ返却する
「利用申込書」の説明をして、申し込みを受ける
介護予防ケアマネジメントＡを開始する

介護予防ケアマネジメントＡ

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン[書式 3-3]原案作成

○「利用者基本情報」[書式 3-4]の作成
○「基本チェックリスト」[書式 3-5]の実施
○「興味・関心チェックシート」[書式 3-6]の実施
○配食サービスの必要があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書」[書式 5-1]を記入してもらう
○ケアプランの期間は、Ｐ１８参照する
通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）を位置づけるケアプランでは、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月のプラン期間とする
訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）は３か月のプラン期間とする

○包括へ、「利用申込書」、「利用者基本情報（原本）」、「基本チェックリスト（写）」を提出する。「ケアプラン原案」は包括の確認を受ける

以下、Ｐ２２の㋒サービス担当者会議の開催～㋖評価までと同様

⑤ケアマネジメントＡ

（平成 29 年 4 月以降、認定更新により、要支援認定者が総合事業サービスのみ利用する場合）

・更新申請前は予防給付の利用で、更新後はケアマネジメントＡの総合事業サービスのみ利用する場合

・第２号被保険者で更新要支援認定者の場合

（1）要支援１または２の利用者宅を訪問する
ケアマネジメントＡの総合事業サービス、利用の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明をする
下記①②③を預かる
①被保険者証（要支援認定・包括届出の印字あり）
②申出書 書式 3-1
③要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書

（2）包括へ、①被保険者証②申出書を提出し、委託事業所が記入された①被保険者証を預かる
包括から、「利用申込書」 書式 3-2 を受け取る

○要支援認定があるため、介護保険室窓口または、支所市民サービス課窓口で、「個人情報提供」申請にて、主治医意見書(写)、認定調査票(写)をとることができる（有料）

（3）利用者へ委託先事業所が記入された「被保険者証」を返却する
「利用申込書」の説明をして、申し込みを受ける

介護予防ケアマネジメントＡを開始する

介護予防ケアマネジメントＡ

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン 書式 3-3 原案作成

○「利用者基本情報」 書式 3-4 は、記載内容に大きな変化がある場合は、再作成
○「基本チェックリスト」 書式 3-5 の実施
○「興味・関心チェックシート」 書式 3-6 の実施
○配食サービスの必要があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書」 書式 5-1 を記入してもらう
○ケアプランの期間は、Ｐ１８参照する
通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）を位置づけるケアプランでは、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月のプラン期間とする
訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（短期集中型サービス）は３か月のプラン期間とする

○包括へ、「利用申込書」、「利用者基本情報（原本）＝再作成の場合」、「基本チェックリスト（写）」を提出する。「ケアプラン原案」は包括の確認を受ける

以下、Ｐ２２の㋒サービス担当者会議の開催～㋖評価までと同様

２．ケアマネジメントＢ（簡略化した介護予防ケアマネジメント）について

（１）サービス種別

【訪問型サービス】該当サービスなし

【通所型サービス】通所型サービスＡのみ　（詳細は、通所型サービスＡを参照　Ｐ７３）

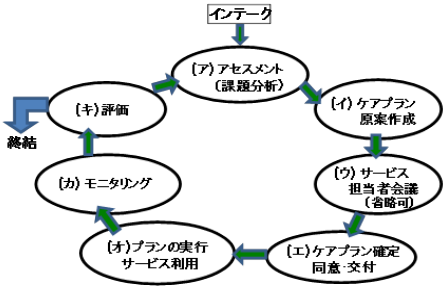
種別	**通所型サービスＡ**（緩和した基準によるサービス）
サービス内容	●「ピンシャン！元気体操」（お口アップ体操、バランスよく食べる歌を含む）を中心としたルーティーンプログラム ●各事業所の特色を活かした集団プログラム（脳活、レクリエーション等） ●専門プログラム（運動・栄養・口腔） ・ハイリスク者に対する計画及び個別指導 ・利用者全員を対象とした集団プログラム（講話、実技等） ●外出・交流機会の提供 送迎サービス
対象者	①入浴・食事介助は必要ないが、生活機能低下が見られ、外出や交流の機会が必要な人 ②地域のサロンや体操クラブ、老人センターなどに自力で参加できない人
ケアプランの期間と特徴	●ケアプランの期間は最長１２か月とし、モニタリングはケアプランの少なくとも半分の時期で実施する ※短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月までのプラン期間とする ●ケアプランの作成にあたっては、利用者及びサービス提供者が内容を共有することで、サービス担当者会議を省略できる
自己負担	定額　１回あたり 送迎なし　３００円/回 送迎あり　５００円/回
支給限度額管理	なし

（２）ケアマネジメントＢのパターン

①通所型サービスＡ のみ
②通所型サービスＡ＋配食

	通所型Ａ	配食	ケアプラン期間（目安）
①	●		６か月
②	●	●	６か月

（３）ケアマネジメントＢの流れ
（新規で事業対象者となる場合）
地域包括支援センターのみで行う



①通所型サービスＡのみ、または通所型サービスＡと配食サービスを併用する場合

(1) 包括が、相談者宅を訪問し、総合事業の説明と必要書類を預かる
介護予防ケアマネジメントの利用の申し込みを受け、ケアマネジメントＢを開始する

○相談者へ通所型サービスＡの意向確認、総合事業、要介護認定等の説明
○「対象者確認シート」書式 2-1 の実施
○「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 の記入、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」書式 2-4 の実施
○「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」書式 2-5「被保険者証」を預かる
○「利用申込書」書式 3-2 の説明をして、申し込みを受ける

(2) 包括が、市役所介護高齢課または支所市民サービス課へ、下記４点を提出
・「基本チェックリスト実施申込書」
・「基本チェックリスト」
・「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」
・「被保険者証」

市から「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」、「介護保険負担割合証」が相談者宅へ郵送される

介護予防ケアマネジメントＢ

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン参考資料 3-3 原案作成

○「利用者基本情報」書式 3-4 の作成
○「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○配食サービスの必要性があれば、「高齢者支援配食サービス利用申請書」書式 5-1 を記入してもらう
○ケアプランの期間は、短期間に状態の改善の可能性がある利用者は６か月、最長でも１２か月とする

㋒　サービス担当者会議：省略可

○ケアプランの内容を、利用者及びサービス提供者で共有することで、サービス担当者会議を省略できる

介護予防ケアマネジメントB

㊦　利用者への説明・同意でケアプランの確定、交付

通所型サービスＡ提供者へ同意ケアプラン(写)、「利用実績報告書」参考資料 3-2 の配付

「利用者基本情報（写)」は、利用者の同意を得て、配付することは可
配食事業者へは、「利用者基本情報（写)」、「利用実績報告書」の配付はない
配食サービスを利用する場合は、利用者へケアプラン２部を交付し、１部は配食事業者へ渡してもらう

⇒配食サービスを利用する場合は、介護予防係へ「高齢者支援配食サービス利用申請書」、「同意ケアプラン(写)」、「利用者基本情報(写)」を提出

㊧　サービス利用開始

㊨　モニタリング

○利用者との面接は、ケアプランの少なくとも半分の時期で行う
○１月に１回は、「利用実績報告書」等を用いて、モニタリングを実施し、「支援経過記録」書式 3-7 に記載する

㊩　評価

○ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。事業を終了する場合は、セルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供を行う

３．ケアマネジメントＣ（初回のみの介護予防ケアマネジメント）について

（1）サービス種別

配食サービス　（詳細は、高齢者支援配食サービスを参照　Ｐ６３）

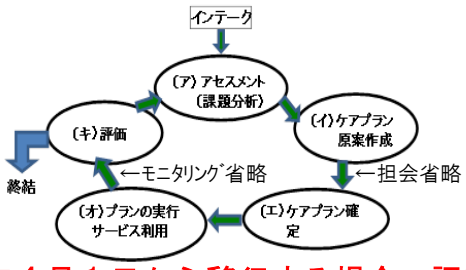
種別	配食サービス
サービス内容	①利用者が選んだ食事（１食５００円以上、おかずのみの場合は４５０円以上） 市負担２００円 ②１日２食（昼食、夕食）かつ週７日の利用を可能とする。（ケアマネジメントで決定） ③配食業者は市と委託契約をした者から利用者が選ぶ。 ④普通食、療養食（減塩、カロリー制限、刻み、とろみなど）を選べる。
対象者	以下の①または②に該当し、③と④を満たすもの ①　低栄養のリスクがある者（BMI18．5未満かつ6ヶ月で2kg 以上の体重減少あり） ②　ひとり暮らし又は高齢者のみの世帯又は日中ひとりの方で、買物、調理が困難で見守りが必要な者 ③ケアマネジメントの結果、配食がケアプランに位置付けられた者 ④介護保険料の滞納がない者
ケアプランの期間と特徴	●ケアプランの期間は最長１２か月とする ●適切なサービスが利用できるように、ケアプランをサービス提供者に送付または本人が持参（利用者の同意必要） ●利用者の状況の変化があった場合の相談体制をとっておく
自己負担	１食あたり、市負担の２００円を引いた金額
支給限度額管理	なし

（2）ケアマネジメントＣのパターン

①配食のみ

	配食	ケアプラン期間(目安)
①	●	１２か月

（３）ケアマネジメントＣの流れ



①ケアマネジメントＣ

（現行の高齢者自立支援配食サービスを平成２９年４月１日から移行する場合：認定なし）

地域包括支援センターのみで行う

（1）介護予防係から、現行配食サービス利用者の連絡をもらう。２月～３月中

（2）包括が、現行配食サービス利用者宅を訪問する。総合事業の説明と必要書類を預かる
ケアマネジメントＣを開始する　２月～３月中

○利用者に、総合事業の配食サービスへ移行することの説明
○「対象者確認シート」書式 2-1 の実施
○「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 の記入、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」書式 2-4 を実施
○「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」書式 2-5、「被保険者証」を預かる
○「高齢者支援配食サービス利用申請書」書式 5-1 を記入してもらう
○「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」書式 3-2 は、書式の用意ができていれば、説明をして、申し込みを受ける。できていなければ４月中に、契約をする

（3）３月中に、包括が、市役所介護高齢課または支所市民サービス課へ、下記４点を提出する

「基本チェックリスト実施申込書」
「基本チェックリスト」
「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」
「被保険者証」

４月になってから、利用者宅へ「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」、「介護保険負担割合証」が郵送される

介護予防ケアマネジメントＣ

㋐　アセスメント（課題分析）　２月～３月中に実施

㋑　ケアプラン参考資料 3-3 作成

○「利用者基本情報」書式 3-4 の作成
○「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○ケアプランの期間は最長１２か月とする

㋒　サービス担当者会議：省略

介護予防ケアマネジメントC

㊦　利用者への説明・同意でケアプランの確定、利用者への交付　３月末までに実施

利用者へケアプラン２部を交付し、１部は配食事業者へ渡してもらう

「高齢者支援配食サービス開始決定通知書」が届いたら、包括と配食事業所へ連絡するように伝えておく

介護予防係へ、「高齢者支援配食サービス利用申請書」、「同意ケアプラン（写）」「利用者基本情報（写）」を提出

介護予防係から、利用者へ「高齢者支援配食サービス開始決定通知書」が送付される

㊧　サービス利用開始　平成２９年４月から、総合事業の高齢者支援配食サービスを開始　Ｐ６４の非該当（自立）ケアマネジメントＣ　移行の流れを参照

３月中に、「利用申込書」書式 3-2 による契約ができていなければ、説明を行い、利用申し込みを受ける

〇利用者の状況の変化があった場合の相談体制をとっておく

〇配食の回数、曜日、昼食や夕食の時間帯の変更があった場合は、「高齢者支援配食サービス利用変更申請書」書式 5-2 を介護予防係へ提出する。軽微な変更であるため、基本的にプラン変更は必要ないが、状態の変化や事業所の変更があった場合などはプラン変更が必要となる。（Ｐ６７～６９参照）

「支援経過記録」書式 3-7 に記載する

㊨　モニタリング：省略

㊩　評価

〇ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する

②ケアマネジメントＣ　（新規で配食サービスのみ利用する場合：認定なし）

平成２９年４月以降に包括職員が基本チェックリストを実施し、ケアマネジメントＣを主に包括職員が行う（ブランチへ委託の場合もある）

ブランチが担当する場合

(1) ブランチへ、包括から配食サービスのケアプラン作成依頼が入る

(2) ブランチ職員が、配食希望者宅を訪問する
「対象者確認シート」書式 2-1 の実施
「基本チェックリスト実施申込書」書式 2-2 を記入してもらう。「地域包括支援センター訪問のお知らせ」書式 2-3 を渡す

(3) 配食希望者住所地の包括へ「対象者確認シート」、「基本チェックリスト実施申込書」を提出する
（包括職員が訪問して行う基本チェックリストの実施に、同行することができる）

平成 29 年 4 月以降に、包括職員が、配食希望者宅を訪問し、事業対象候補者選定のための「基本チェックリスト」（書式 2-4）を実施する
「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（書式 2-5）、「被保険者証」を預かる

市から「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」、「介護保険負担割合証」が相談者宅へ郵送される

(4) ブランチ職員が、包括から事業対象候補者選定の「基本チェックリスト（写）」、「利用申込書」を受け取る
（包括職員が実施した「基本チェックリスト（写）」を、初回のアセスメントに活用してよい）

(5) 利用者宅を、訪問する
○下記①②③を預かる
①被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）
②申出書書式 3-1
③利用申込書書式 3-2
○「高齢者支援配食サービス利用申請書」書式 5-1 を記入してもらう

○　ケアマネジメントＣを開始する

包括が担当する場合

包括職員が、配食希望者宅を訪問する
○「対象者確認シート」の実施
○「基本チェックリスト実施申込書」の記入してもらう
○平成 29 年 4 月以降に、「基本チェックリスト」を実施
○「届出書」、「被保険者証」を預かる
○「利用申込書」を受ける
○「高齢者支援配食サービス利用申請書」を記入してもらう

○ケアマネジメントＣを開始する

介護予防ケアマネジメントC

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン参考資料 3-3 原案作成　　包括による原案の確認はない

○「利用者基本情報」書式 3-4 の作成
○「基本チェックリスト」書式 3-5、「興味・関心チェックシート」書式 3-6 の実施
○ ケアプランの期間は最長１２か月とする

ブランチ職員は包括へ、「被保険者証（事業対象者・包括届出の印字あり）」、「申出書」を一緒に提出し、包括で委託先事業所名を記入してもらう。「利用申込書」を提出する

㋒　サービス担当者会議：省略

㋓　利用者への説明・同意でケアプランの確定、利用者への交付

利用者へケアプラン２部を交付し、１部は配食事業者へ渡してもらう
「高齢者支援配食サービス開始決定通知書」が届いたら、ブランチと配食事業者へ連絡するように伝えておく
利用者へ委託先が記入された「被保険者証」を返却する

介護予防係へ、「高齢者支援配食サービス利用申請書」、「同意ケアプラン（写）」、「利用者基本情報（写）」を提出

包括へ「利用者基本情報（原本）」、「基本チェックリスト（写）」「同意ケアプラン（写）」を提出

介護予防係から、利用者へ「高齢者支援配食サービス開始決定通知書」が送付される

㋔　サービス利用開始

介護予防ケアマネジメント依頼の届出をした（届出日）後、配食サービス利用申請日から利用可能となる
Ｐ６５の表の上段、事業対象者　ケアマネジメントＣ　移行の流れを参照

○利用者の状況の変化があった場合の相談体制をとっておく
○配食の回数、曜日、昼食や夕食の時間帯の変更があった場合は、「高齢者支援配食サービス利用変更申請書」書式 5-2 を介護予防係へ提出する。軽微な変更であるため、基本的にプラン変更は必要ないが、状態の変化や事業所の変更があった場合などはプラン変更が必要となる。（Ｐ６７～６９参照）
「支援経過記録」書式 3-7 に記載する

㋕　モニタリング：省略

㋖　評価

○ケアプランの目標が達成されたか、ケアプランの終了月に評価を行う
「同意ケアプラン原本」に評価を記載する
ブランチ職員は包括のコメントを受ける

③ケアマネジメントＣ　（新規で配食サービスのみ利用する場合：要支援認定はあるがサービス利用なし）主にブランチ職員で行う

・３月末までにケアプランの同意を得て、４月１日から開始する場合は、包括で行う

・４月以降の希望者の場合は、主にブランチ職員で行う

(1) ブランチへ、配食サービスの希望の相談が入る
ブランチは、配食希望者住所地の地域包括支援センターへ、新規の配食希望者がいることと、ブランチで、ケアプラン作成が行えるかを伝える

住所地包括でもブランチでも困難な場合は、包括から、圏域外ブランチへ依頼する

ブランチが担当する場合

(2) ブランチ職員が、配食希望者宅を訪問する
下記①②③④を預かる
①被保険者証（要支援認定の印字あり）
②申出書 書式 3-1
③介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 書式 2-5
④要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書

(3) 配食希望者住所地の包括へ、①被保険者証②申出書③届出書を提出
包括から、「利用申込書」 書式 3-2 を受け取る

包括が担当する場合

包括職員が、配食希望者宅を訪問する
○下記書類①②③を預かる
①被険者証（要支援認定の印字あり）
②届出書
③要介護・要支援認定に係る個人情報利用同意書
○「利用申込書」を受ける
○「高齢者支援配食サービス利用申請書」を記入してもらう

○ケアマネジメントＣを開始する

○要支援認定があるため、介護保険室窓口または、支所市民サービス課窓口で、「個人情報提供」申請にて、主治医意見書（写）、認定調査票（写）をとることができる（有料）

(4) 利用者宅を訪問する
包括から、委託先事業所が記入された「被保険者証」を預かり、利用者へ返却する
○「利用申込書」の説明をして、申し込みを受ける
○「高齢者支援配食サービス利用申請書」 書式 5-1 を記入してもらう

○ケアマネジメントＣを開始する

介護予防ケアマネジメントＣ

㋐　アセスメント（課題分析）

㋑　ケアプラン 参考資料 3-3 原案作成
○「利用者基本情報」 書式 3-4 の作成
○「基本チェックリスト」 書式 3-5 、「興味・関心チェックシート」 書式 3-6 の実施
○ ケアプランの期間は要支援認定の終了月までとする
包括によるケアプラン原案の確認はない
包括へ、「利用申込書」を提出する

以下、Ｐ３３の介護予防ケアマネジメントＣの㋒～㋓までと同様
但し、㋓のサービス利用開始は、Ｐ65 の表で、要支援１・２ サービス利用なしの移行の流れを参照

４．利用者との契約について

(1) 利用申込書（重要事項説明書・個人情報利用同意書）の変更について

総合事業への移行に伴い、新たに利用者との契約手続きが必要となります。

これまでの「介護予防支援事業利用申込書」から、介護予防支援事業と介護予防ケアマネジメント事業の内容（重要事項説明書・個人情報利用同意書）を併記した「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」に変更します。

旧書式：介護予防支援事業利用申込書
新書式：介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書　書式 3-2

(2) 新書式の利用申込書で契約する時期

①要支援認定の有効期間満了日が平成２９年３月３１日で、平成２９年４月１日から引き続き要支援認定を受けている方

平成２９年３月下旬から４月中に、新書式の利用申込書による契約を行います。

②要支援認定の有効期間満了日が平成２９年４月３０日から平成３０年３月３１日で、旧書式の利用申込書で契約済の方

平成２９年４月以降に更新申請を行って引き続き要支援認定を受けた、または事業対象者となったタイミングで、新書式の利用申込書による契約を行います。

③平成２９年４月１日以降に地域包括支援センターと新規契約する方及び　基本チェックリストにより認定された事業対象者

新書式の利用申込書による契約を行います。

(3) その他

・居宅介護支援事業所に委託されている方は、担当ケアマネジャーに新契約を行っていただきます。
・従来どおり、利用申込書はコピーして利用することはできません。
居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、利用者ごとに地域包括支援センターから利用申込書の交付を受けてください。

●利用者との契約（重要事項説明と個人情報提供同意）変更等のパターン（平成29年度版）

更新前	更新後	利用サービス	ケアプラン（ケアマネジメント）種類		居宅・介護予防サービス計画・ケアマネジメントの届出	契約等
			更新前	更新後		
要支援	① 要支援	予防給付サービス	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画	不要	●包括支援センターと新書式：利用申込書による契約
	② 要支援	予防給付サービス＋総合事業サービス				
	③ 要支援	総合事業サービスのみ		介護予防ケアマネジメント		●包括支援センターと新書式：利用申込書による契約　※ ・ケアマネジメントBは被保証の居宅事業所名を取り消し線 ・ケアマネジメントCはブランチ実施については申出書
	④ 事業対象者	総合事業サービスのみ			包括支援センターが介護予防ケアマネジメント依頼届出（市役所2階介護高齢課）	
	⑤ 要介護	介護給付サービス		居宅サービス計画	居宅介護支援事業所が居宅サービス計画作成届出（市役所1階介護保険室）	●居宅介護支援事業所との契約
事業対象者	⑥ 要支援	予防給付サービス	介護予防ケアマネジメント	介護予防サービス計画	包括支援センターが介護予防サービス計画作成依頼届出（市役所1階介護保険室）	契約変更なし
	⑦ 要支援	予防給付サービス＋総合事業サービス				
	⑧ 要支援	総合事業サービスのみ		介護予防ケアマネジメント		
	⑨ 要介護	介護給付サービス		居宅サービス計画	居宅介護支援事業所が居宅サービス計画作成届出（市役所1階介護保険室）	●居宅介護支援事業所との契約
要介護	⑩ 要支援	予防給付サービス	居宅サービス計画	介護予防サービス計画	包括支援センターが介護予防サービス計画作成依頼届出（市役所1階介護保険室）	●包括支援センターとの契約　※
	⑪ 要支援	予防給付サービス＋総合事業サービス				
	⑫ 要支援	総合事業サービスのみ		介護予防ケアマネジメント		
	⑬ 事業対象者	総合事業サービスのみ			包括支援センターが介護予防ケアマネジメント依頼届出（市役所2階介護高齢課）	

※　委託の場合は申出書を要す。