

川西市

# ケアマネジメントマニュアル

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編

## 川西市ケアマネジメントマニュアルの活用にあたって

- 個々のケアマネジャーの環境や能力に応じた人材育成（地域づくりの視点含む）ツールとして活用する。
- ケアマネジメント業務の標準化をはかるとともに、様々な医療・介護ツール等を集約することで業務の効率化及び負担軽減をはかる。
- 介護報酬改定時など、適宜マニュアルの見直しを行い、ケアマネジメントの現場において日々活用できるものにする。
- マニュアルを継続的に更新し、ケアマネジメント業務の標準化を進めることにより、ケアマネジメントの質の維持・向上をはかる。

---

# 目次

1. 川西市のケアマネジメントに関する基本方針.....	5
(1) 策定の趣旨.....	5
(2) 居宅介護支援に関する基本方針.....	5
(3) 介護予防支援に関する基本方針.....	6
2. 介護支援専門員 倫理綱領.....	7
3. 介護予防・日常生活支援総合事業.....	9
(1) 総合事業.....	9
(2) 川西市の総合事業 .....	9
① 趣旨 .....	9
② 事業概要 .....	9
③ 期待される効果 .....	10
④ 対象者.....	10
(3) 介護予防ケアマネジメントとは.....	10
① 基本的な考え方 .....	10
② 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方 .....	11
③ 実施主体.....	14
④ 基本チェックリスト.....	14
⑤ 多機関・多職種連携と地域ケア会議の活用.....	17
4. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託.....	18
(1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託.....	18
(2) 契約必要書類（地域包括支援センターと居宅介護支援事業者との委託契約）..	18
(3) 業務委託の流れ.....	19
(4) 帳票類の提出.....	20
① 利用者の基本情報が変わったとき.....	22
② ケアプランの有効期間と評価.....	22
③ 毎月の実績提出.....	22
④ ケアプラン等への地域包括支援センターの意見記入.....	22
⑤ 介護予防支援における利用票・提供票発行の一部省略.....	23

⑥ 利用票の説明と同意.....	25
(5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける加算.....	26
(6) 川西市内の地域包括支援センター担当区域.....	29

# 1. 川西市のケアマネジメントに関する基本方針

(令和元年12月制定)

## (1) 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法及び関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります(介護支援専門員倫理綱領参照)。

この介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有することを目的とし「川西市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

居宅介護(介護予防)支援事業者におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いします。

## (2) 居宅介護支援に関する基本方針

本市では、「川西市指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例(平成30年条例第8号)(以下「居宅介護支援基準条例」という)」の第4条において定める「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)(以下「居宅介護支援基準省令」という)」に基づき居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 利用者が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します。
- ② 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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護(介護予防)支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者(障がい者支援)等との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑦ その他、「居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例を踏まえ、居宅介護支援基準省令に基づいて行います。

### (3) 介護予防支援に関する基本方針

本市では、「川西市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成 27 年条例第 11 号）（以下「介護予防支援基準条例」という）」の第 3 条において定める「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）（以下「介護予防支援基準省令」という）」に基づき介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 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ができるように配慮します。
- ② 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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障がい者支援）、その他地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ⑦ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑧ その他、「介護予防支援の具体的取扱方針」は、介護予防支援基準条例を踏まえ、介護予防支援基準省令に基づいて行います。

## 2. 介護支援専門員 倫理綱領

### < 前文 >

私たち介護支援専門員は、介護保険法に基づいて、利用者の自立した日常生活を支援する専門職です。よって、私たち介護支援専門員は、その知識、技術と倫理性の向上が、利用者はもちろん社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本倫理綱領を制定し、これを遵守することを誓約します。

### (自立支援)

- ① 私たち介護支援専門員は、個人の尊厳の保持を旨とし、利用者の基本的人権を擁護し、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、利用者本位の立場から支援していきます。

### (利用者の権利擁護)

- ② 私たち介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

### (専門的知識と技術の向上)

- ③ 私たち介護支援専門員は、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、介護支援サービスの質を高め、自己の提供した介護支援サービスについて、常に専門職としての責任を負います。また、他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図ります。

### (公正・中立な立場の堅持)

- ④ 私たち介護支援専門員は、利用者の利益を最優先に活動を行い、所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持します。

### (社会的信頼の確立)

- ⑤ 私たち介護支援専門員は、提供する介護支援サービスが、利用者の生活に深い関わりを持つものであることに鑑み、その果たす重要な役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努力します。

### (秘密保持)

- ⑥ 私たち介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守します。

### (法令遵守)

- ⑦ 私たち介護支援専門員は、介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守します。

## (説明責任)

- ⑧ 私たち介護支援専門員は、専門職として、介護保険制度の動向及び自己の作成した介護支援計画に基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者に適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明する責任を負います。

## (苦情への対応)

- ⑨ 私たち介護支援専門員は、利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速にその再発防止及び改善を行います。

## (他の専門職との連携)

- ⑩ 私たち介護支援専門員は、介護支援サービスを提供するにあたり、利用者の意向を尊重し、保健医療サービス及び福祉サービスその他関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、当該介護支援サービスを総合的に提供します。

## (地域包括ケアシステムの推進)

- ⑪ 私たち介護支援専門員は、利用者が地域社会の一員として地域での暮らしができるよう支援し、要介護者等の生活課題が地域において解決できるよう、他の専門職及び地域住民との協働を行い、よって地域包括ケアシステムを推進します。

## (より良い社会づくりへの貢献)

- ⑫ 私たち介護支援専門員は、介護保険制度の要として、介護支援サービスの質を高めるための推進に尽力し、より良い社会づくりに貢献します。

引用元：日本介護支援専門員協会 平成19年3月25日採択、令和3年6月27日改定

## 3. 介護予防・日常生活支援総合事業

### (1) 総合事業

介護保険法（平成9年法律第123号）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）は、介護保険制度において市町村が行う地域支援事業の一つで、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、多様なサービスを提供することにより、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。

具体的には、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ます。

介護保険法第4条では、「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」こととされています。

（厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より）

### (2) 川西市の総合事業

#### ① 趣旨

要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様な生活支援体制のある地域づくりを進めるために、2017年4月から「総合事業」を実施しています。川西市の総合事業は、高齢者が地域で自ら介護予防に取り組み、住民主体のボランティアや地域の助け合いなど、地域全体で高齢者を支え、住み慣れた地域で自立して生活できる支援していくことを目指しています。

#### ② 事業概要

##### (ア) サービス・活動事業

対象者は、要支援認定を受けた方または「基本チェックリスト」により事業対象者の基準に該当した方（以下「事業対象者」という）です。従前相当サービス、サービス・活動Aの他に、短期集中予防サービスである訪問型サービス・活動Cと通所型サービス・活動Cを一体的に実施し、サービス終了後も社会活動への参加を促すことで、フレイルから改善した状態が維持できるよう支援する「フレイル改善短期集中プログラム」（以下「フレイル改善P」という）を実施しています。

フレイル改善Pは、フレイル状態にある人への早期ハイリスクアプローチにより要介護状態への移行防止とQOL（生活の質）の向上を図ることを目的としています。

##### (イ) 一般介護予防事業

対象者は、川西市の第1号被保険者の全ての方、及びその支援のための活動に関わる方となりますが、住民主体の通いの場に65歳未満の住民も参加し、ともに介護予防に取り組むことが望ましい姿です。事業の内容として、①介護予防把握事業、②介護予防普及啓発事業、③地域介護予防活動支援事業、④一般介護予防事業評価事業、⑤地域リハビリテーション活動支援事業があります。

### ③ 期待される効果

- (ア) 身近な地域において社会参加や介護予防に取り組みやすく、また継続しやすい環境が整うことで、生きがいを持って生活する高齢者が増加する。
- (イ) 現行のサービスの他に、基準を緩和したサービスやNPO・ボランティアによるサービスが整うことで、多様なサービスを低価格で受けることができ、自己負担額が減少する。
- (ウ) 訪問介護・通所介護事業者の人員配置基準が一部緩和されることやNPO・ボランティアなど新たなサービスの担い手が加わることで、介護人材不足に対する一助になる。

### ④ 対象者

#### (ア) サービス・活動事業

- ・ 要支援認定を受けた方
- ・ 事業対象者

#### (イ) 一般介護予防事業

- ・ 介護保険第1号被保険者の方
- ・ 上記の支援のための活動に関わる方

## (3) 介護予防ケアマネジメントとは

### ① 基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び事業対象者に対して訪問型サービス、通所型サービス他、一般介護予防事業も含め利用者の状況に合った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う事業であり、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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者が地域で自立した日常生活を送れるよう支援するもので、基本的にはケアマネジメントのプロセスに基づくものとなります。

地域において高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らか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のではなく、利用者の自立支援につながるよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「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す。

このようなことから、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、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでい

けるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくことが必要です。

## ② 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

### (ア) 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

現行の予防給付に対する介護予防支援と同様、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、特段の事情（※1）がない限り少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回利用者の居宅を訪問し、面接すること。（テレビ電話装置等を活用し、条件を満たした場合は、6月に1回は実施）1月に1回、モニタリングの結果を記録します。

### (イ) 簡易的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

更新時、サービス変更がない場合はサービス担当者会議を省略、モニタリングは3月に1回、その間は必要に応じて実施および評価します。「フレイル改善P」を利用している場合のみ実施します。

### (ウ) 初回のみケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、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。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、ケアプラン原案の結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげます。その後は、モニタリング等はいりません。

※1 「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員には起因する事情は含まれない。

さらに、当該と特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておく必要がある。（運営基準第13条）

## 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の基本的な考え方

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のプロセス)	
・指定介護予防支援と同様に行われる場合 ・フレイル改善Pを利用する場合(～3月)	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→ケアプランの確定・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【給付管理】
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のプロセス)	
フレイル改善Pを利用する場合(3月～)	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→ケアプランの確定・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(適宜))
③ケアマネジメント C (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食など、その他の生活支援サービスの利用につなげる場合	アセスメント→ケアマネジメント結果案作成→利用者への説明・同意→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(→モニタリング(適宜))

※( )内は、必要に応じて実施

## 川西市における介護予防ケアマネジメントの種類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 ※1	ケアマネジメント C
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	×	—
サービス担当者会議	○	△※2	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	×※3	(×) ケアマネジメント 結果の通知のみ
サービス利用開始	○	○	○※4
モニタリング	○	○※5	—

※1 川西市におけるケアマネジメントBは、フレイル改善P利用時のみとしている(プログラム期間は合計約9か月とし、前3か月間はケアマネジメントAで、後6か月間はケアマネジメントBで対応)。

前3か月のフレイル改善P経過後、一旦、アセスメントを行い、介護予防給付を利用する場合、フレイル改善Pは終了となり介護予防支援へ移行する。また、従前相当サービス、サービス・活動Aを利用する場合もフレイル改善Pが終了となるため、ケアマネジメントAを継続する。

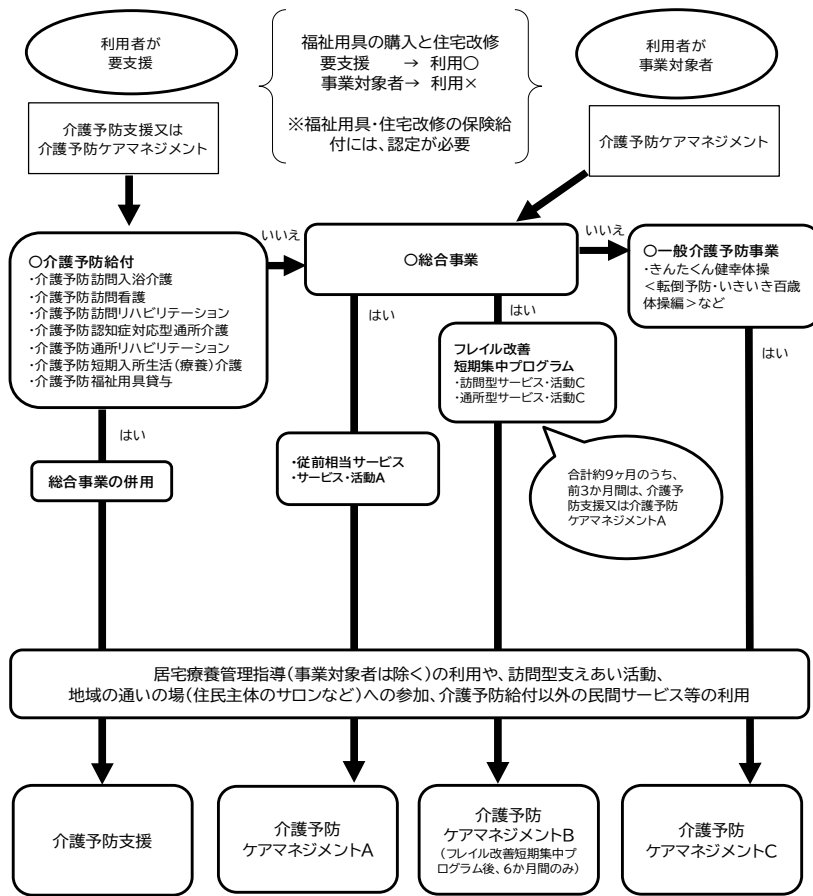
※2 ケアマネジメントAからケアマネジメントBに移行する際、状態に変化がなければ省略可能。必要があればサービス担当者会議を開催する。

※3 後6か月のフレイル改善Pを利用する場合、新たにケアプランの交付は不要。

※4 対象となるサービスは、一般介護予防事業や介護給付サービス以外の民間サービス、訪問型ささえあい活動、地域の通いの場などを指す。

※5 モニタリングは3か月に一度の訪問を行う。その際「フレイル改善短期集中プログラム【介護予防支援等パス兼評価票】」に沿って、アセスメント、評価を実施し内容を記載する。それ以外の月は電話などでモニタリングを行う。

川西市における「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント(A・B・C)」の分類チャート



川西市におけるサービス提供開始の翌月から3か月を1クールとした時の考え方

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3か月後)
原則的なケアマネジメント(ケアマネジメントA)	作成あり	指定事業者のサービス	サービス担当者会議	○	必要時	必要時	必要時
			モニタリング	—	※1、※2		
簡略化したケアマネジメント(ケアマネジメントB)	作成無(前3か月の介護予防ケアマネジメントAで作成したケアプランをそのまま利用)	・フレイル改善P ・その他のサービス(一般介護予防事業、介護給付以外の民間サービス、訪問型ささえあい活動、地域の集い場など)	サービス担当者会議	必要時	必要時	必要時	必要時
			モニタリング	—	× フレイル改善P実施中の場合は必要時電話等で面談	× フレイル改善P実施中の場合は必要時電話等で面談	△ フレイル改善P実施中の場合は3か月目と6か月目に面接。その他の場合は必要時面接
初回のみ のケアマネジメント(ケアマネジメントC)	作成なし(ケアマネジメント結果の通知)	一般介護予防、介護給付以外の民間の事業など	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング	—	×	×	×

※1 【原則的なケアマネジメント(ケアマネジメントA)】において、テレビ電話装置等を活用し、条件を満たした場合は、6か月を1クールとして考えます。

※2 介護予防支援におけるモニタリングは、要件を満たした場合、2 期間（3 月毎の期間の 2 回分を指す）に 1 回は訪問面接、残りの 3 月毎の期間についてはテレビ電話での面接が可能。残りの 4 月（訪問以外の 2 月＋テレビ電話以外の 2 月）についてはサービス事業者への訪問や利用者への電話等で利用者自身に実施状況の確認を行う必要があります。

### ③ 実施主体

川西市における介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターが実施します。地域包括支援センターに配置されている 3 職種（保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー）等のほか、ケアマネジャー等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行います。居宅介護支援事業者へ委託することも可能です。

なお、地域包括支援センターは、居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメントを委託する場合も、状況に応じ、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うように努めるとともに、ケアプランに対しての関与や連携体制をとりながら、プラン作成後のフォローとして地域ケア会議等も活用し、介護予防ケアマネジメントのプロセスに関与する必要があります。

### ④ 基本チェックリスト

老化に伴う心身の衰えにより介護や支援が必要となり、介護保険認定の申請を行った結果、非該当となった場合、川西市では基本チェックリストを必要時に実施します。事業対象者に該当する基準を満たした場合、生活する上で必要な機能が低下していると判断され、事業対象者として「介護予防・生活支援サービス」を利用することが可能となります。

# 基本チェックリスト(介護予防・日常生活支援総合事業用)

以下の太枠の部分のみ記載ください

介護保険 被保険者 番号	0 0 0 0	フリガナ 氏名	
代筆者 氏名	※本人以外が記入する場合のみ		続柄・ 関係性
記入日	年 月 日	※回答:いずれかに○をお付けください	
No	質問項目	回答	事業所等記載
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	生活機能 5
2	日用品の買物をしていますか	0. はい 1. いいえ	
3	視覚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	歩行 2
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分位就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	認知機能 3
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か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ	うつ 5
12	身長 m 体重 kg (BMI ) ※BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))	1. 18.5未満 0. 18.5以上	
13	半年前に比べて目いものが減っていきやすくなりましたか	1. はい 0. いいえ	認知機能 3
14	お茶や汗物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	認知機能 3
16	週に1日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	認知機能 3
18	周りの人から「いつも同じこと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	認知機能 3
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	うつ 5
22	【ここ2週間】これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった	1. はい 0. いいえ	
23	【ここ2週間】以前は案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	
<b>同意書</b> 上記の記載内容に相違ありません。介護保険事業(介護予防・日常生活支援総合事業用)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、川西市、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ご同意します。 年 月 日 氏名(本人署名)			
以下は基本チェックリストの立ち合いをした地域包括支援センターもしくは事業所が記載ください。			受付日(市記入欄)
地域包括支援センター・事業所名	立ち合者氏名	事業所担当者 該当・非該当	

## 介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者に該当する基準

下記のいずれかに該当

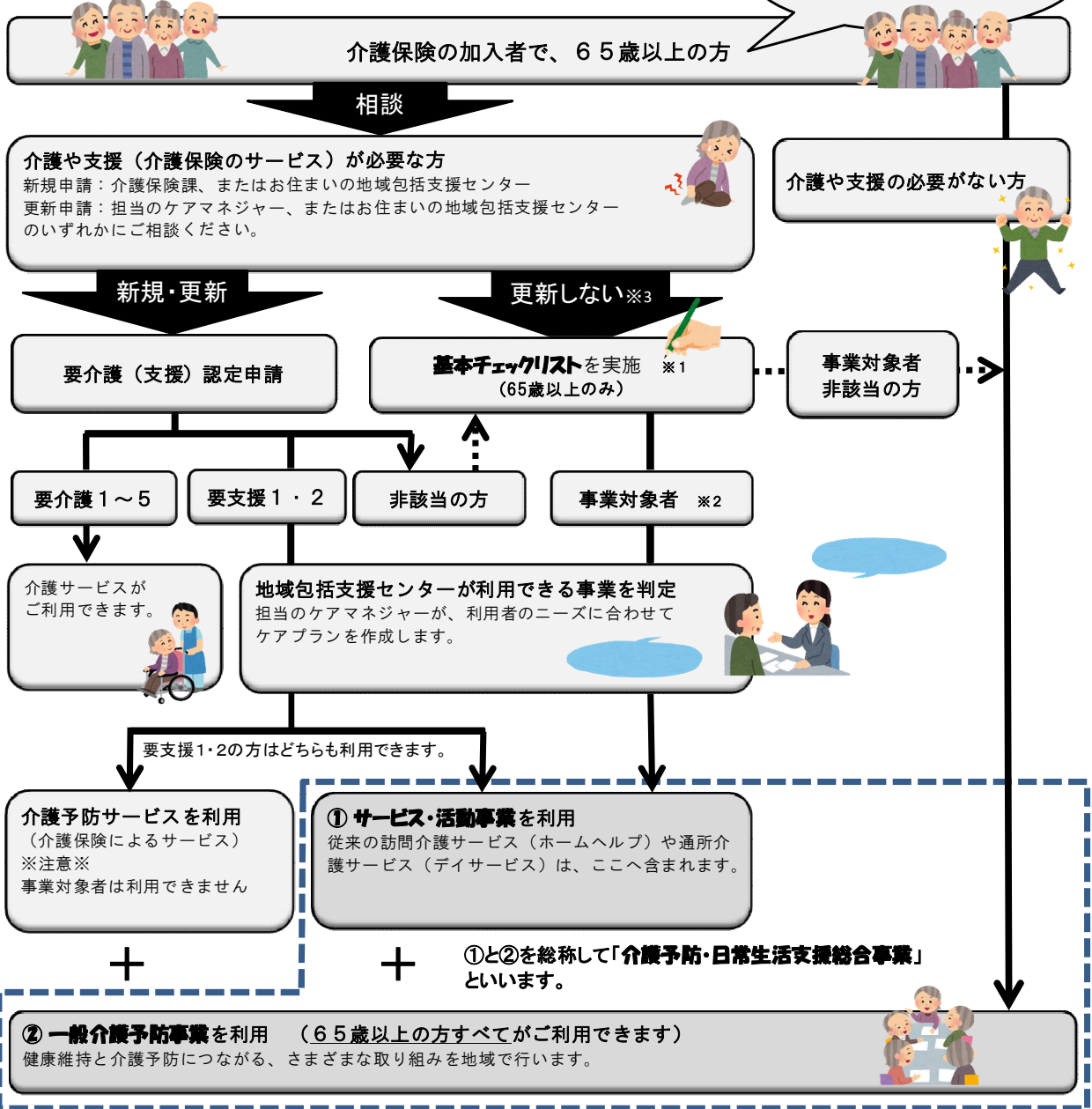
- ① No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
- ② No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
- ③ No.11～12の2項目のすべてに該当
- ④ No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
- ⑤ No.16～17の2項目のうちNo16に該当
- ⑥ No.18～20までの3項目のうち1項目以上に該当
- ⑦ No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当(No.12を除く。)とは、基本チェックリストの回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当(No.12に限る。)とは、BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

事業対象者はこの欄がある様式を使用する(押印は不要)

## 利用までの流れ（概要）



※1 基本チェックリスト…生活機能の状態を確認する25項目の質問票です。すべて「はい」「いいえ」のどちらかを選択するようになっており、自分では気づきにくい心身の衰えがないかを判断します。

※2 事業対象者…基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた方です。「サービス・活動事業」を利用できます。

※3 更新しない…要支援認定の更新しないで基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当するかどうかの判定を行うこともできます

## ⑤ 多機関・多職種連携と地域ケア会議の活用

### (ア) 多機関・多職種連携による支援

高齢者の自立支援を実現するためには、ケアマネジャー等だけではなく、サービス事業者や医療機関など、高齢者支援に関わる多機関・多職種との連携・協働が必要となります。利用者に対するチームアプローチ（多職種協働）を実践するために、サービス担当者会議や地域ケア会議、その他日頃からの情報交換をとおして専門職が連携・協働し効果的な支援につなげることが重要となります。

また、利用者が医療系サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医に意見を求め、ケアプランや支援に反映させる事も必要です。ケアプラン作成後、当該ケアプランを主治医等に交付するなど、医療機関との密な連携を図る事も積極的に実施してください。

### (イ) 地域ケア会議の活用（地域ケア個別会議／自立支援型地域ケア会議）

川西市では、高齢者の自立した生活を支援するため、地域ケア会議を推進しています。この地域ケア会議には、支援困難事例等に対して地域包括支援センターが開催する「地域ケア個別会議」と、高齢者の自立した生活が継続できるような支援や、訪問介護における国の定める回数を超える生活援助中心型のケアプランについて、高齢者本人の有する能力の維持及び向上を重視し、リハビリ専門職等が検討を図る「自立支援型地域ケア会議」があります。高齢者の課題解決、QOLの向上に加え、参加者のスキル向上、地域課題の把握等にもつながる会議であるため積極的に参加してください。

## 4.介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託

### (1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務は地域包括支援センターが行いますが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業者に委託することができます。地域包括支援センターが居宅介護支援事業者へ介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託をする場合、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者は次のような事項に注意の上、書類の準備等を行ってください。

(注意事項)

- ① アセスメント業務やケアプランの作成が一体的に行えるように配慮すること
- ② 地域包括支援センターは居宅介護支援事業者が作成したケアプラン原案の内容が適切か確認を行うこと
- ③ 介護予防給付及び介護予防ケアマネジメント費の報酬請求については地域包括支援センターが行うこと

### (2) 契約必要書類（地域包括支援センターと居宅介護支援事業者との委託契約）

<b>1. 委託契約関係</b>
① 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する委託契約書 ※ 2部作成し、双方で1部ずつ保管。
② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託仕様書
<b>2. 請求書関係</b>
① 委託料請求書および明細書 県外の他市住所地特例者（保険者が県外の市町村等の方）および県外の事業者のみ毎月提出する。地域包括支援センターによって様式や提出書類が異なる場合がありますので確認する。
② ケアプラン策定状況一覧 (※P26の(5)介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける加算を参照)
③ 代理受領委任状 ※ 県内の受託事業者且つ、初回契約のみ。受託事業者は複写した上で、原本を地域包括支援センターへ提出する。地域包括支援センターは原本を「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）届出書」とともに市へ提出する。

### (3) 業務委託の流れ

地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
<b>委託契約(委託契約済の場合は、「利用申込み受付・契約」)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託する業務の範囲などを協議の上委託契約</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託を受ける業務の範囲などを協議の上受諾契約</li> </ul>
<b>利用申込み受付・契約</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 「介護保険被保険者証」の確認と預かり</li> <li>② 重要事項説明・契約(指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託に関する事項を契約書に添付)</li> </ul> <p>※ ③の「要支援認定の資料提供に係る申出書兼誓約書(本人同意書)(事業所用)」及び、「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)届出書」においては、業務委託された場合は受託事業者にて行う事もできる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同席が望ましい</li> <li>③(※)「要支援認定の資料提供に係る申出書兼誓約書(本人同意書)(事業所用)」に記名をもらう</li> </ul>
<b>届け出</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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)届出書」と「介護保険被保険者証」(初回契約のみ)を市へ提出(※)</li> </ul> <p>(※)業務を委託された場合は受託事業者にて行うこともできるが、「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)届出書」においての「提出者」は、実際の提出事業者及び担当者氏名とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「要支援認定の資料提供に係る申出書兼誓約書(本人同意書)(事業所用)」を市へ提出し、「認定調査票」、「主治医意見書」等の情報を入手できる場合は、アセスメントの参考にする</li> </ul>
<b>アセスメント</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者宅を訪問し、利用者基本情報を完成</li> <li>② 課題分析を行い利用者とともに必要な支援を検討</li> </ul>	
<b>介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン原案の作成</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・提出された介護予防サービス計画の原案の内容を確認し、妥当性を判断して居宅介護支援事業所へ返却</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの結果を基に「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案を作成(計画期間は「介護保険被保険者証」の有効期間内で可)</li> </ul>
<b>サービス担当者会議の開催</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要があれば同席</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 原案の目標を利用者及び担当者間で共有</li> <li>② 必要に応じて計画を修正</li> <li>③ 役割分担の確認</li> <li>④ 「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案の最終決定</li> </ul>

地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
<b>介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの決定</b>	
<p>・同意を得た「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」を保管</p>	<p>① 地域包括支援センターによる原案の確認後、利用者及び家族へ説明し同意を得て交付  i. 利用者及び家族に説明  ii. 同意欄に署名を頂き同意を得る(原案から本計画へ)  iii. 同意を得た本計画を交付  ② 1部は本人へ、もう1部は契約した地域包括支援センターへ介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する帳票類とともに原則として1月以内に提出(居宅介護支援事業者は写しを保管)</p>
<b>サービス提供事業者からの報告</b>	
	<p>① サービス提供事業者へ計画書の写しを交付  ② サービス提供事業者からの結果報告を確認し、介護予防支援経過記録へ添付の上、把握した状況等について地域包括支援センターへ報告する(更新時や終了時)</p>
<b>モニタリング</b>	
<p>・必要に応じて同行訪問</p>	<p>① モニタリングは毎月実施し、支援経過記録に記載  ② 利用者宅での面接をしない場合は、サービス提供事業所を訪問し、利用者と面接もしくは利用者に電話連絡を行う。尚、利用者宅での利用者との面接は特段の事情がない限り少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1度は実施(テレビ電話装置等を活用し、条件を満たした場合は、6月に1度は実施)  ③ サービス利用状況・利用者の状況を把握し、1月に1度は支援経過記録に記載  ④ 計画の見直しの必要性を検討  ⇒見直しの必要があれば、計画作成時と同じ手順</p>
<b>給付管理業務</b>	
<p>・「給付管理票」、「給付管理総括表」、「介護給付費明細書」を国保連合会へ提出</p>	<p>① サービス提供事業者から提出された実績を確認・突合  ② 実績入りのサービス利用票・別表を地域包括支援センターへ送付  ③ 給付管理表を地域包括支援センターに送付(月末締め、翌月初めに送付)</p>
<b>評価</b>	
<p>① 居宅介護支援事業者が行った評価について確認  ② 評価表に意見を記入、記名等して居宅へコピーを返却。今後の方針について助言・指導</p>	<p>① サービス提供事業者が行った評価を把握  ②(※) 計画に基づく評価は、状態に変化がない場合は、少なくとも支援計画期間の中間時に、アセスメントシートを活用しながら目標達成状況の評価を行う。また、計画期間終了時、更新時、区分変更時も必ず評価を実施する。その際には、作成した評価表は、支援経過記録とともに地域包括支援センターへ提出  ③ 今後の方針を決定  ⇒見直しの必要があれば、計画作成時と同じ手順</p> <p>※ ②の評価表の提出について、要支援から要介護へ変更等で委託終了した際は、適切な報告・引継ぎや支援経過記録等に記載・保管し、地域包括支援センターへ評価表を提出</p>
<b>(随時)利用者・サービス提供事業者との連絡調整</b>	
	<p>・利用者及びサービス提供事業者との連絡を調整し、計画変更など必要に応じて地域包括支援センターに報告する</p>

## (4) 帳票類の提出

受託事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する帳票類を契約した地域包括支援センターへ提出しなければなりません。

提出する書類は、下記のうち、業務の委託の範囲に応じて地域包括支援センターが指定します。

		ケアプラン	基本チェックリスト	利用者基本情報	評価票	支援経過	被保険者証のコピー
委託時		○	○	○			○
事業所内で担当ケアマネジャーを変更した場合	ケアプラン変更を伴う場合	○	○		○		
	ケアプラン変更を伴わない場合	○※1					
居宅介護支援事業所を変更した場合		○	○	○			
サービス内容、利用回数を変更した場合		○※2	○※2		○※2		
区分変更時		○※3	○		○		
区分変更後、要支援内で変更		○		○			○
認定更新時の場合		○	○	○	○	○	○
ケアプラン終了時					○	○	

- ※1 同じ事業所内で担当ケアマネジャーが変更し、かつ、ケアプラン変更がない場合は、ケアプランは前任者の氏名を二重線で手書きで訂正し提出するか、または氏名を入力の上印刷して提出するかのいずれかの方法をとってください。
- ※2 利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はないものとします。（介護保険最新情報 Vol. 959 令和3年3月31日 厚生労働省老健局）
- ※3 暫定時の介護計画書（要介護想定）を作成した場合は提出の必要はありません。却下になった場合は、暫定時の介護計画書のコピーを提出。却下となった時点での予防プラン・基本チェックリスト・評価表を提出してください。
- ※ その他、地域包括支援センターからの求めがあった際は、帳票類を提出してください。
- ※ 介護予防サービス・支援計画書受領証については必須ではありません。サービス提供事業者への説明と配布した日を経過記録へ記録してください。また、事業者より個別サービス計画書を受領した場合は、その受領日を経過記録へ記録してください。
- ※ 「利用者基本情報」については、利用者への押印と署名も交付も必要ありません。

## 注意点

### ① 利用者の基本情報が変わったとき

世帯状況や緊急連絡先など、変更のあった内容を書き換え提出してください。

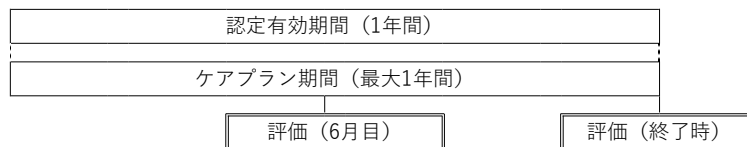
### ② ケアプランの有効期間と評価

**ケアプランの期間は最大で認定の有効期間までとします。評価は、ケアプランの期間の概ね半分の期間毎（ケアプランの期間が2年を超える場合は概ね1年以内毎）とします。**

また、事業対象者のケアプラン有効期間は最大2年間とします。認定有効期間の範囲でケアプランの有効期間を延長することは可能ですが、有効期間、評価期間の設定は利用者の状態により判断してください。また、状態が変化した場合やケアプランの修正が必要になった場合は、適宜評価を行いケアプランの変更を行ってください。終了時の評価も実施してください。

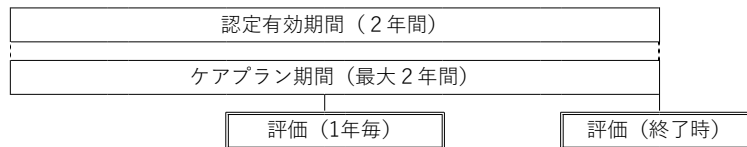
#### 例1) 認定有効期間が1年の場合

ケアプランの期間は最大1年間、評価は概ね6月毎



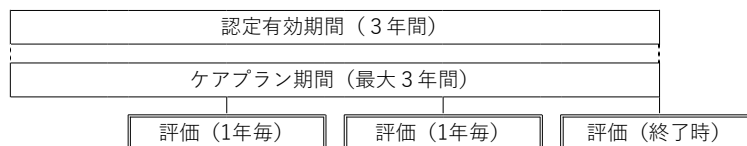
#### 例2) 認定有効期間が2年の場合

ケアプランの期間は最大2年間、評価は概ね1年毎



#### 例3) 認定有効期間が3年の場合

ケアプランの期間は最大3年間、評価は概ね1年毎



※ 認定有効期間が4年の場合、ケアプランの期間は最大4年間、評価は概ね1年毎

### ③ 毎月の実績提出

(ア) サービス利用票・別表のサービス種別毎の単位数を計算し記入するか、または別表を添付してください。

(イ) サービス利用票・別表のコピーを提出してください。

### ④ ケアプラン等への地域包括支援センターの意見記入

居宅介護支援事業者が作成したケアプラン原案の内容について地域包括支援センターが行う確認の方法は、ケアプラン原案に意見記入し、記名等することによりますが、以下の点をすべて満たしている場合は意見記入を省略し、記名等のみとしても差し支えないものとします。

- ・運営基準を満たしていること
- ・不適切なサービスの位置づけがされていないこと

例) 健康な同居家族のいる利用者への生活援助、院内のみの通院介助 等

- ・訪問型サービスが適切に位置づけられていること

**介護予防サービス・支援計画書**

No. \_\_\_\_\_ 利用者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 誕生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 居宅の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合、計画作成者氏名・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 \_\_\_\_\_

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
認知・意識について		□有 □無					( )					
身体機能/活動能力について		□有 □無					( )					
社会的な、後見人・ヘルパー等について		□有 □無					( )					
生活環境について		□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 \_\_\_\_\_

【本を行うべき支援が実施できない場合】 \_\_\_\_\_

総合的方針・生活不満足等の改善予防のポイント \_\_\_\_\_

基本チェックリストの該当した質問項目（質問項目数）をお知らせください。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○をつけて下さい

手続終了または地域支援事業	達成	未達成	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価
	達成	未達成	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価

【意見】 \_\_\_\_\_

【意見】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_

条件を満たす場合、意見の記入は省略可。地域包括支援センターの担当者氏名を記入する。  
※押印様式の場合は、押印で可

※ 居宅介護支援事業者が評価を行った際に行う確認については、介護予防支援・サービス評価票への意見記入はこれまで通り実施します。

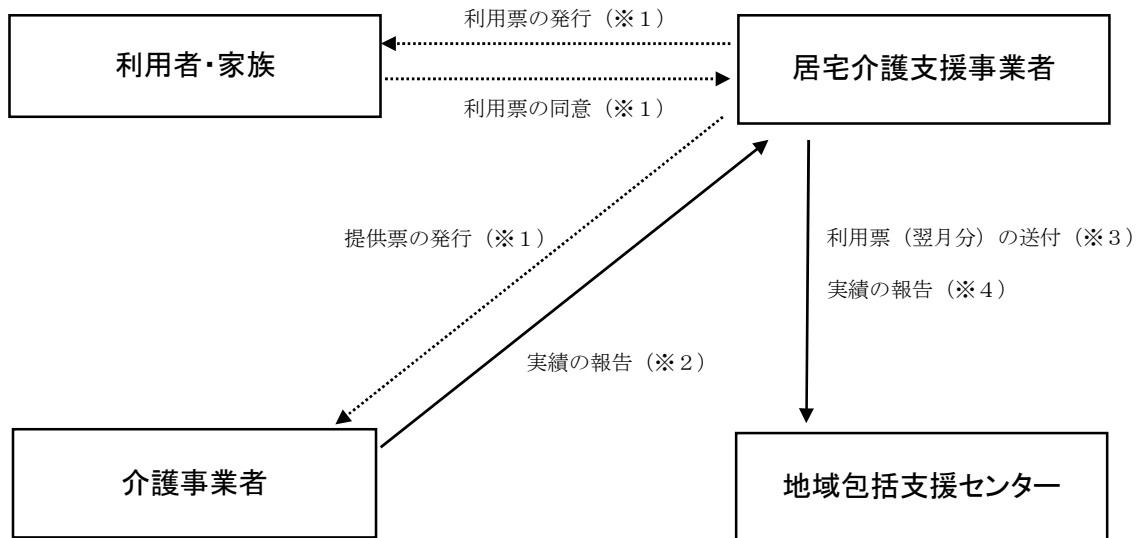
⑤ 介護予防支援における利用票・提供票発行の一部省略

介護予防支援における利用票、提供票の取り扱い方法の見直しとして、月額報酬サービス（訪問型サービス、通所型サービス、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリ）利用のみの毎月発行を省略可能とします。ただし、以下の場合は必ず発行していただきます。

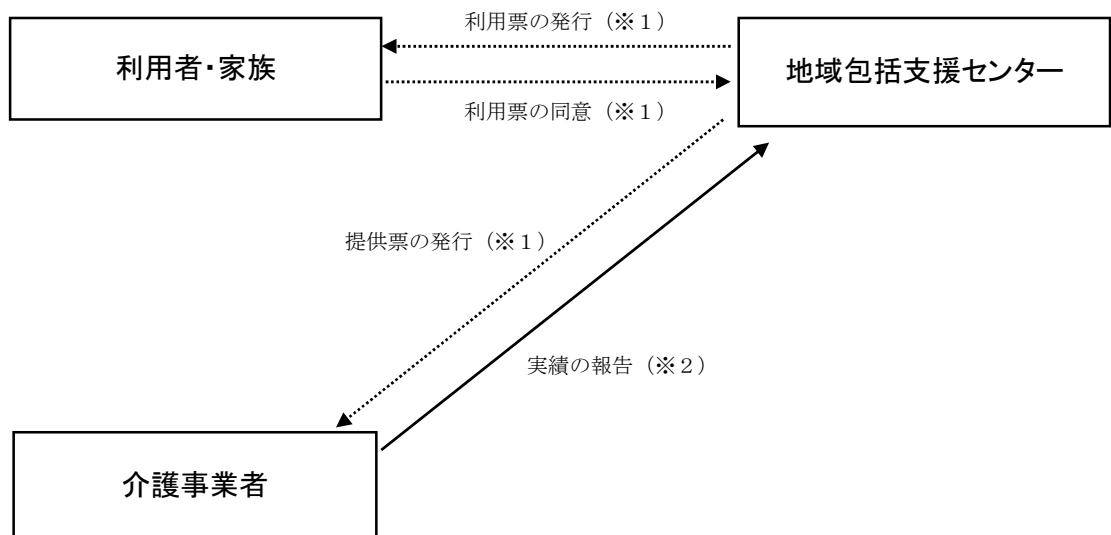
- (ア) 初回、更新、区分変更によるプラン作成時
- (イ) 状態変化又はサービス内容の追加変更に伴うプラン作成時
- (ウ) 日割り算定となる場合
- (エ) 利用者、家族、後見人等より発行が求められた場合
- (オ) 月額報酬サービス以外（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリ、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護）を利用する場合

なお、居宅介護支援事業者へ委託されている場合は、委託された居宅介護支援事業者が、サービス提供事業者から報告を受けた利用実績を集計し、従来通り利用票、利用票別表に記載の上、担当地域包括支援センターへ報告してください。

<委託の場合(R5.10～)>



<地域包括支援センター直接担当の場合(R5.10～)>



- ※1 利用票及び提供票が省略できるケース・・・月額報酬サービスのみ利用している場合（訪問型サービス、通所型サービス、予防通所リハ、予防福祉用具貸与）であって、ケアプラン作成時、日割り算定発生時又は利用者等より発行を求められたとき以外。
- ※2 利用票及び提供票が省略された場合は、別葉で実績報告を受ける。
- ※3 委託の場合はこれまで通り、毎月地域包括支援センターへ翌月分の利用票を送付する。（月額報酬サービス以外）
- ※4 委託の場合はこれまで通り、毎月利用票及び利用票別表に（※2）をもとに集計した実績を記入の上、担当地域包括支援センターへ報告する。

## ⑥ 利用票の説明と同意

### (居宅介護支援)

介護保険最新情報 Vol.958 (令和3年3月31日)において、第6表の利用者確認欄が削除されていますが、居宅サービス計画書記載要領において、「居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票(控)に、利用者の確認を受ける。」と記載されており、その確認方法として文書による利用者の同意を得る必要があります。

「文書による同意」については、以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

- ① サービス利用票(第6表)の欄外に署名を得る。
- ② サービス利用票(第6表)の欄外に押印を得る。
- ※ 「利用者に口頭で同意を得て、居宅サービス計画書第5表(支援経過)に記録する」ことで同意を得たとは認められません。
- ※ 利用者が自署することができない場合、代筆が可能です。その場合、代筆者の氏名・続柄等記載してください。家族、後見人以外の代筆は認められませんのでご注意ください。

### (介護予防支援)

介護予防支援については、利用票の様式が定められておらず、よってその同意の確認の有無についても示されていません。又、運営基準上文書による同意が必要なものに、利用票は含まれていません。

ただし、利用サービス予定の説明や周知のためには利用票を用いることは有効であり、利用票の説明や同意の確認がないために利用日やそれに係る費用について混乱を招くことがないようにする必要があります。

川西市では以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

- ① 利用者に口頭で同意を得て、支援経過表に記録する。
- ② サービス利用票(第6表)の欄外に署名を得る。
- ③ サービス利用票(第6表)の欄外に押印を得る。
- ※ 利用票の作成がない月の場合は、利用内容等について口頭で説明したうえで①の対応をお願いします。

## (5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける加算

### 初回加算

指定介護予防支援事業所（基準第2条に規定する指定介護予防支援事業所をいう）において、新規に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）を作成する利用者に対し指定介護予防支援（一連の手順（アセスメント～ケアプランの交付）を適切に行い、介護予防サービス・支援計画を作成する）を行った場合に、1月につき300単位算定します。

・以下の場合は算定ができます。

- (ア) 新規で介護予防サービス計画、介護予防ケアプランを算定した場合
- (イ) 当該利用者について、過去2か月以上、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合
- (ウ) 要介護者→要支援の認定結果が出た場合、又は事業対象者となった場合

### 委託連携加算

指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援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。）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サービス計画の作成等に協力した場合に算定。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300単位算定します。

① 以下の場合は、再度の加算算定はできません。

- (ア) 委託の指定居宅介護支援事業所内で担当ケアマネジャーを変更した場合
- (イ) 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へ利用者に係る必要な情報を提供していない場合
- (ウ) 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力していない場合

② 以下の場合は、再度の加算算定ができます。ただし、いずれの場合も加算の算定は1月に1回に限ります。

- (ア) 委託先の指定居宅介護支援事業所を変更した場合
- (イ) 転居により、管轄の地域包括支援センターが変更になった場合
- (ウ) 一度加算を算定していた要支援者が、要介護状態となり、再度要支援状態となった場合
- (エ) 一度加算を算定していた要支援者が、自立となり、再度要支援状態となった場合

事例	初回加算		委託連携加算	
		①過去2月給付管理を行っていない。 ②要介護から要支援に変更となった。 上記の要件のいずれかを満たした場合に算定可能		①地域包括支援センターから委託先の居宅への情報提供。 ②地域包括支援センターによる委託先の居宅への計画作成協力。 ③委託のタイミングの要件を全て満たした場合に算定可能。以下、①②についてはすでに満たしている前提とする。
初めて認定を受け、要支援。地域包括支援センターよりA居宅介護支援事業所に委託となった。	○	算定可能（要件①）	○	算定可能（委託のタイミングであるため）
要介護でA居宅介護支援事業所が担当。更新で要支援。A居宅介護支援事業所が委託を受けて引き続き担当となった。	○	算定可能（要件②）	○	算定可能（要介護での担当の有無は不問であり委託のタイミングであるため。）
地域包括支援センターが直担当していたが、翌月からA居宅介護支援事業所へ委託することとなった。	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	○	算定可能（委託のタイミングであるため）
地域包括支援センターからA居宅介護支援事業所へ委託していたが、B居宅介護支援事業所へ変更となった。	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	○	算定可能（他居宅での委託状況は不問であり委託のタイミングであるため。）
B居宅介護支援事業所に委託をしていたが、「やっぱり前の居宅介護支援事業所がいい」となり、翌月からA居宅介護支援事業所に戻った	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	○	算定可能（委託のタイミングであるため）
A居宅介護支援事業所に委託をしていた担当ケアマネジャーがC居宅介護支援事業所へ移籍をしてそのまま担当を継続した	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	○	算定可能（委託先居宅としては改めて委託しており委託のタイミングであるため）
委託先のA居宅介護支援事業所内で担当ケアマネジャーが変更した	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	×	算定不可（委託先事業所としては変更なく委託のタイミングに当たらないため。）

委託先の A 居宅介護支援事業所の運営している法人がかわり、事業所番号が変更になり、C 居宅介護支援事業所となった。ケアマネジャーはかわらない	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	○	算定可能（委託先居宅としては別事業所番号（＝別事業所）となっており委託のタイミングであるため）
委託先の A 居宅介護支援事業所の事業所番号が変わらず、事業所の住所・名称等の変更をする場合。担当ケアマネジャーが変更した。	×	算定不可（地域包括支援センターとしては開始となっておらず①②共に満たさないため）	×	算定不可（委託先事業所としては変更なく委託のタイミングに当たらないため）
川西市内で転居し、管轄の地域包括支援センターが変更となった。委託先は変わらない。	○	算定可能（要件①）	○	算定可能（委託元の地域包括支援センターが変更となり委託のタイミングであるため）
要支援から事業対象者。または事業対象者から要支援になった。地域包括支援センターと委託先の居宅は変わらない。	×	算定不可	×	算定不可（すでに委託されており、委託のタイミングに当たらないため）
委託先の A 居宅介護支援事業所が、R6.4 以降に指定介護予防支援事業所として指定を受け、委託ではなく直接ケアプランを作成することになった	○	算定可能（要件①）	×	算定不可（委託されていないため）

## (6) 川西市内の地域包括支援センター担当区域

川西南地域包括支援センター（加茂3丁目13-26） TEL755-3315 平日 8:45~17:30

加茂1~6丁目 久代1~6丁目 栄根2丁目（1~6番除く） 下加茂1~2丁目 東久代1~2丁目  
南花屋敷1~4丁目

川西地域包括支援センター（中央町15-27） TEL755-1041 平日 8:30~17:00

ランチ(出張所)：川西市立総合医療センター1階 平日9:00~16:00

鶯の森町 小花1~2丁目 小戸1~3丁目 霞ヶ丘1~2丁目 絹延町 栄町  
栄根1丁目・栄根2丁目1~6番地 滝山町（8番除く） 中央町 寺畑1~2丁目 出在家町  
花屋敷1~2丁目 花屋敷山手町 萩原1丁目 日高町 火打1~2丁目 丸の内町 満願寺  
満願寺町 松が丘町 美園町

明峰地域包括支援センター（西多田字平井田筋5） TEL793-2703 平日 9:00~17:30

鶯台1~2丁目 鶯が丘 錦松台 滝山町8番 西多田1丁目1番・2番  
西多田字上平井田・南野山・湯山裏 萩原2~3丁目 萩原台東1~2丁目 萩原台西1~3丁目  
南野坂1~2丁目 湯山台1~2丁目

多田地域包括支援センター（平野2丁目11番5号） TEL790-1301 平日 8:30~17:00

新田1~3丁目 新田 多田院1~2丁目 多田院（多田院字滝ヶ原・駒塚・井戸ヶ上を除く） 多田院多田所町  
多田院西1~2丁目（5番を除く） 多田桜木1~2丁目 鼓が滝1~3丁目  
西多田（西多田字上平井田・南野山・湯山裏を除く） 西多田1丁目（1・2番除く）・2丁目 東多田1~3丁目  
東多田 平野1~3丁目 平野 矢間1~3丁目 矢間東町

緑台地域包括支援センター（水明台1丁目1-198） TEL792-6055 平日 9:00~17:30

向陽台1~3丁目 水明台1~4丁目 清流台 緑台1~7丁目

清和台地域包括支援センター（清和台東2丁目4-32） TEL799-6800（直通）・799-6200（代表）  
平日 9:00~18:00

赤松 石道 芋生 けやき坂1~5丁目 清和台東1~5丁目 清和台西1~5丁目  
多田院（多田院字滝ヶ原・駒塚・井戸ヶ上） 多田院西2丁目5番 虫生 柳谷 若宮

東谷地域包括支援センター（丸山台3丁目5-6） TEL790-4055 平日 8:45~17:30

ランチ(出張所)：ローソン川西見野3丁目店内(通称 ケアローソン) 平日9:30~17:00

国崎 黒川 下財町 笹部1~3丁目 笹部 大和東1~5丁目 大和西1~5丁目 長尾町  
西畦野 西畦野1~2丁目 一庫 一庫1~3丁目 東畦野 東畦野1~6丁目  
東畦野山手1~2丁目 丸山台1~3丁目 見野1~3丁目 緑が丘1~2丁目 美山台1~3丁目  
山原1~2丁目 山原 山下町 山下 横路

川西市中央地域包括支援センター（中央町12-1 川西市役所1F 介護保険課内）

TEL755-7581 平日9:00~17:00

基幹型地域包括支援センター(担当区域なし)

(上記時間外 代表 TEL 740-1111)

この「川西市ケアマネジメントマニュアル」は、  
兵庫県介護支援専門員協会川西猪名川支部、各地域包括支援センターと連携し作成しました。

川西市ケアマネジメントマニュアル  
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編

令和8年3月

(発行) 川西市福祉部 介護保険課

〒666-8501

川西市中央町12-1