

令和5年度介護予防ケアマネジメント 従事者現任者研修

～これからの介護予防ケアマネジメント～



神戸市保健福祉局介護保険課



お願い

この内容は2月20日現在の情報です

今後、厚生労働省より通知があった場合や、新たにお知らせする内容がありましたら、随時更新・変更を行う可能性がありますので、定期的にホームページのご確認をお願いします

今回の現任者研修は、

①介護予防・フレイル予防研修

(医療経済研究機構 服部真治先生)

②令和6年度からの神戸市介護予防ケアマネジメントの改正点

(神戸市介護保険課)

で構成されています。①→②の順番でご視聴ください。

受講後、理解度アンケートにお答えいただくことで、従事者証更新のための受講が完了となります。

※あんしんすこやかセンター職員は、事前に①を見ていただいているため、②のみご視聴ください。

(①は抜粋版になりますので、介護予防ラインよりご案内のあったものをご視聴ください)

令和6年度からの神戸市介護予防ケアマネジメントの改正点

～利用者の更なる自立支援と従事者の負担軽減～

1. 利用者の自立支援（依存を生まない）のためのケアマネジメントの変更
 - ・令和6年度介護報酬改定に伴うモニタリングの変更
 - ・ケアマネジメント簡易型の簡素化
2. 居宅介護支援事業者が指定を受けて介護予防支援を行う場合の留意点
3. 利用者への自立支援に向けたアプローチについて（初期アプローチの強化）
4. 再周知 ①ケアプランへの災害避難情報の記載について
5. 再周知 ②暫定ケアプランの取り扱いについて
6. 神戸市介護予防支援業務等従事者証の有効期限や関連書類の見直し

1. 令和6年度介護報酬改定に伴う
モニタリングの変更及び
ケアマネジメント簡易型の簡素化



①モニタリングの実施

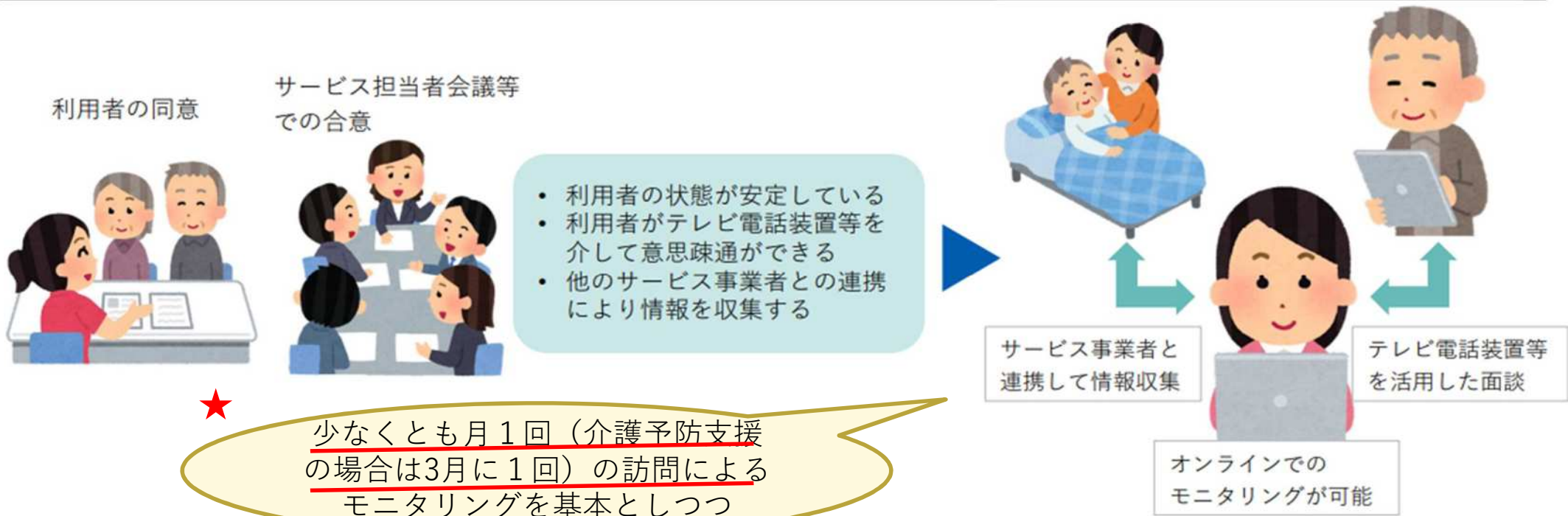
概要

【居宅介護支援、介護予防支援】

- 人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しを行う。

【省令改正】

- ア 利用者の同意を得ること。
イ 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。
i 利用者の状態が安定していること。
ii 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）。
iii 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。
ウ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。



②モニタリングの実施

【居宅介護支援】要介護（例）

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング	○	○	○	○	○	○
実施方法	訪問	TV電話等	訪問	TV電話等	訪問	TV電話等

【介護予防支援・ケアマネジメント従来型】要支援（例）

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング	○	○	○	○	○	○
実施方法	電話等	電話等	TV電話等	電話等	電話等	<u>訪問</u>

③モニタリングの実施

【ケアマネジメント簡易型】

現行

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング		○		○		○
実施方法		電話等		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 4～6月目 いずれかに訪問 </div>		

【ケアマネジメント簡易型】

★変更

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング			○			○
実施方法			電話等			訪問

④ サービス担当者会議の実施方法の変更 (ケアマネジメント簡易型)

【生活支援訪問サービス・介護予防通所サービス】

初回、変更申請、サービス内容変更時は、本人やサービス提供事業所等が集まってサービス担当者会議を開催することを必須とする。

継続の場合、必要に応じて開催。

【フレイル改善通所サービス】

サービス担当者会議は、本人やサービス提供事業所等が集まって開催することは省略可能だが、サービス開始にあたって必要な情報の共有など、関係機関との連携を図る。

※フレイル改善通所サービスのみ利用の場合のケアマネジメントについては、R6/3/5あんしんすこやかセンター説明会にて説明

2. 居宅介護支援事業所が指定を受けて 介護予防支援を行う場合の留意点



居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取り扱い

<現行>



指定 ↓

指定介護予防支援事業者
(地域包括支援センター)



委託も可 ↓

指定居宅介護支援事業者



【報酬】

- 介護予防支援費
- 初回加算
- 委託連携加算

【人員基準】

- 必要な数の担当職員
 - ・保健師
 - ・介護支援専門員
 - ・社会福祉士 等
- 管理者

<改定後>



指定 ↓

指定介護予防支援事業者
(地域包括支援センター)



【報酬】

- 介護予防支援費 (I)
- 初回加算
- 委託連携加算

【人員基準】

- 必要な数の担当職員
 - ・保健師
 - ・介護支援専門員
 - ・社会福祉士 等
- 管理者

委託も可 ↓

指定居宅介護支援事業者



【新設】

情報提供 後日
お知らせ

指定 ↓

指定介護予防支援事業者
(指定居宅介護支援事業者)



【報酬】

- 介護予防支援費 (II)
- 初回加算
- 特別地域介護予防支援加算
- 中山間地域等における小規模事業所加算
- 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

【人員基準】

- 必要な数の介護支援専門員
- 管理者は主任介護支援専門員 (居宅介護支援と兼務可)

要支援 1、2 のケアマネジメントの実施者

介護予防支援

指定介護予防支援事業者が担当

ケアマネジメント
従来型

ケアマネジメント
簡易型

ケアマネジメント
セルフ型

地域包括支援センター
(あんしんすこやかセンター) が担当

※地域支援事業で、
地域包括支援センター業務として
位置づけられている

介護予防支援の指定を受けた
居宅介護支援事業者

一部委託の居宅介護支援事業者 (セルフ型を除く)

居宅介護支援事業者が介護予防支援の指定を受けた場合、介護予防支援のみ担当可能
指定を受けていない居宅介護支援事業者は、従来通り一部委託可能

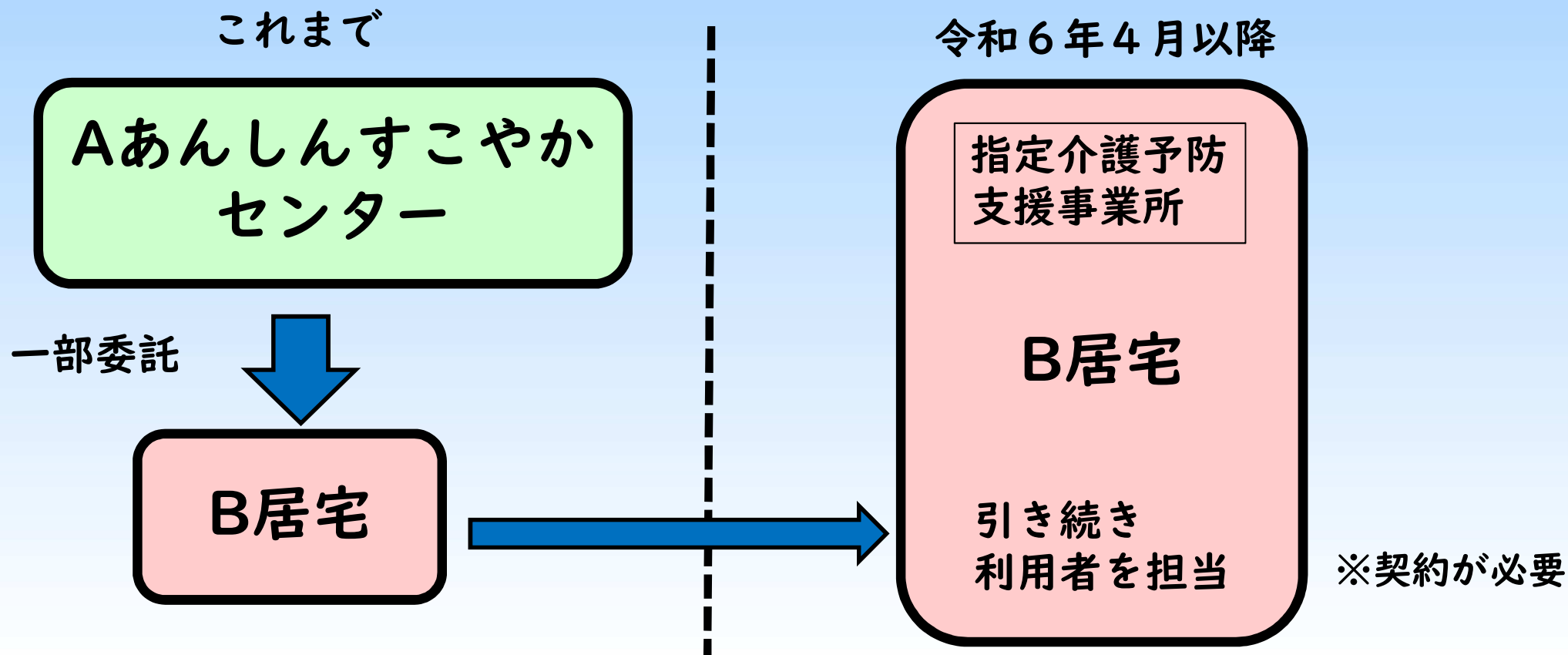
※介護予防ケアマネジメント(総合事業のサービスのみのみ)については従来通り一部委託のみ

要支援 1、2 のケアマネジメントの実施者

- 令和6年度より、介護予防支援については、要介護者の数に要支援者の数を $1/3$ 乗じた数になります。
- 介護予防ケアマネジメントについては、逡減性の対象にはなりません。

神戸市は、要支援 1・2 の方が多いので、引き続きご担当をお願いします。

指定を取った場合の引き継ぎについて①



【初回加算について】

契約の有無にかかわらず、当該利用者において、過去2月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援費が算定されていない場合に、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。

指定を取った場合の引き継ぎについて②

契約終了

Aあんしんすこやか
センター

契約終了時に
必要書類を渡す※

B居宅

令和6年4月以降

指定介護予防
支援事業所

B居宅

引き続き
利用者を担当

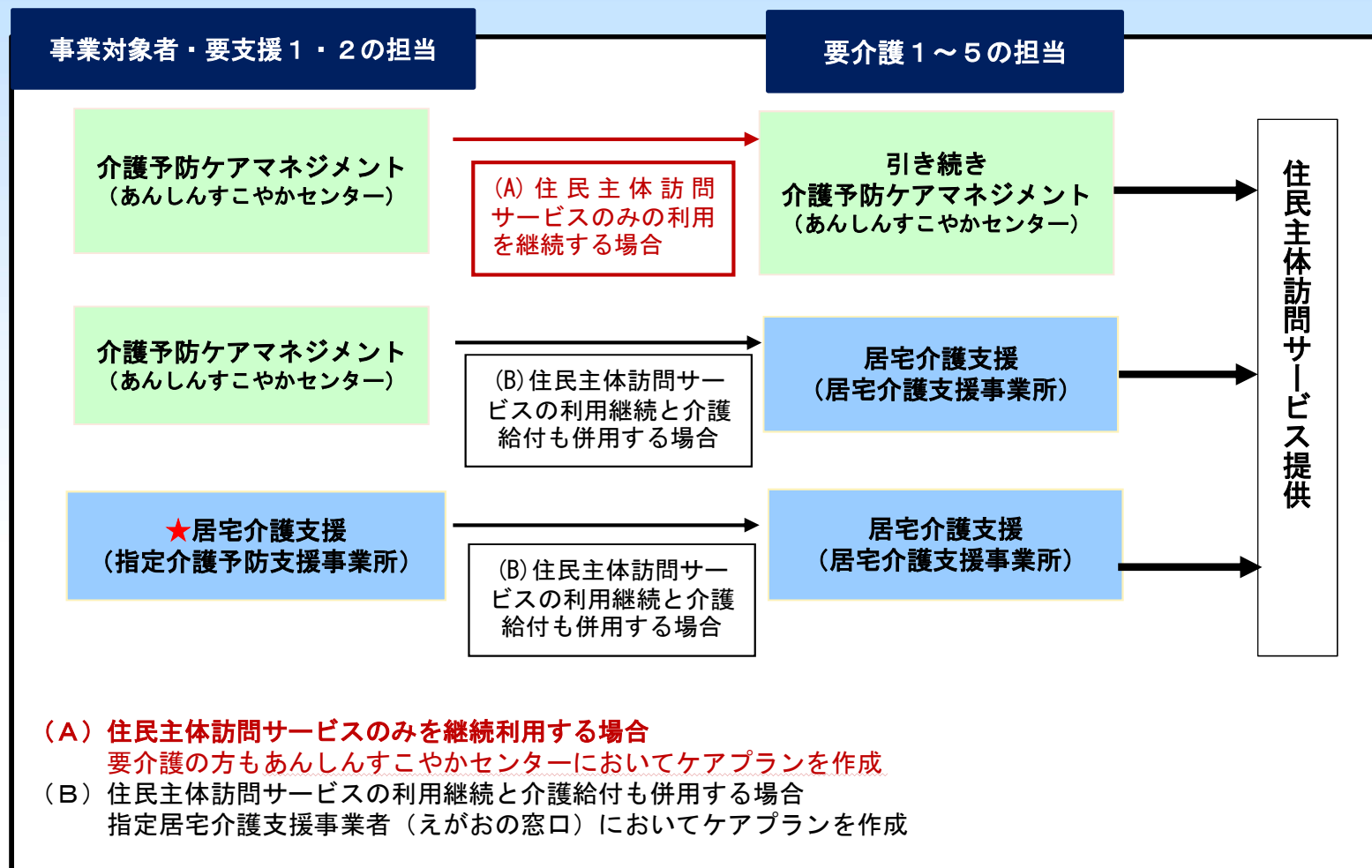
通常であれば、センターへ返却または、廃棄処分になる書類について、利用者の了解を得て、書類を保管可能とする。

※介護予防ケアマネジメントマニュアル帳票早見表参照

- ただし、主治医意見書、認定調査票、基本チェックリストについては、神戸市の要綱に定めがあるため、赤スタンプの書類をあんしんすこやかセンターへ返却しケアプラン作成のために必要であれば、認定等の資料提供を申請してください

介護予防・日常生活支援総合事業の対象者の弾力化についての留意点

住民主体訪問サービスはNPO法人や住民主体のボランティアにより、掃除・買い物などの生活援助を提供するサービスです。事業対象者・要支援者のみが利用できるサービスでしたが、令和4年より、事業対象者・要支援者のときから同サービスを利用している方は、要介護になってもサービスの対象となっています。



3. 利用者の自立支援に向けた アプローチについて



今後のケアプラン作成について①

- インフォーマルサービスの位置づけを強化
契約時やケアプラン作成のためのアセスメントの際、インフォーマルサービスの紹介を行うこと
(つどいの場については、あんしんすこやかセンターに情報をもらうこと。)

つどいの場以外にも、
地域の資源（体育館や
スポーツジム、趣味活動の
習い事の間）等も提案



今後のケアプラン作成について②

●インフォーマルサービスの活用ができなかった場合は、セルフケアを勧める

利用者が介護予防にどう取り組むのかを一緒に考える

サービスで補うのではなく、自分でできることを増やし、元気になるために支援することを伝える

自分で買い物
に行きたい

会いたい人に
会いに行ける



もう一度料理
を作れるよう
になりたい

バスに乗れる
ようになる

セルフケアで悩んだら・・・ テレビで運動をしてみませんか？から始める

新しい講座や
脳トレもあります！
お楽しみに！



筋トレや体操、
日常生活で役立つ
情報も発信！

【放送日時】 サンテレビで放送!!

月～金：午前8時～8時30分
(マルチチャンネル)

土 曜：午前7時30分～8時
(3チャンネル) ※変更の場合あり

- ・本市教育委員会のあいさつソング
「ほら、つながった♪」にのせておこなう音楽体操。
- ・口腔体操、指と頭の体操、筋力トレーニングなどの
体操プログラム。
- ・フレイル予防に必要な講座や、日常生活で役立つ
情報も盛りだくさん！！



僕たちと一緒にフレイル予防に
取り組みましょう！

今後のケアプラン作成について③

要支援者は
フレイルです

●通所系の第一選択として、フレイル改善通所サービスを検討する

「栄養(食・口腔機能)」「運動」「社会参加」をバランスよく取り入れたプログラムを提供
サービス終了後も引き続き社会参加や健康づくり活動を継続できるよう支援
(H30.10～フィットネス事業者に委託して実施)

概要

実施会場： 各区・支所1か所程度 (R6.4月時点11箇所)
対象者： 65歳以上で事業対象者もしくは要支援1・2の方
期間： 6ヶ月 (週1回/90分)
利用料： 1回 200円
評価： 初回と6ヶ月通所時に体力測定により改善状況を把握



1日の流れ (例)

準備	30分				60分				90分		
受付 体調 確認	フレイル講話 または グループワーク	ウーム アップ	指と 頭の 運動	口腔 体操	バランスUP トレーニング	休憩	筋力UPトレーニング	デュアル タスクUP トレーニング	持久 力UP トレーニング	クール ダウン	振り返り 宿題提示等

今後のケアプラン作成について④

- 「筋力維持のためサービスがやめられない」からの脱却 (リハビリテーションの役割分担参照)

役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

- ・ 筋力を維持・筋力低下防止のためにサービスを使うわけではない。⇒活動・参加・QOLの向上が目的。
- ・ 楽しみのために、人との交流のためにデイサービスに通うのではなく、楽しみの活動ができる、自分の交友関係が保て、交流を増やすための活動を広げることが重要。

リハビリ専門職による同行訪問

- リハビリ専門職の視点から身体機能や生活上の動きを評価しケアプラン作成の
アセスメントを支援します
 - 自立支援に効果的な介護保険サービスの利用方法を提案します
 - 自宅で出来る自主トレーニングをご本人へ提案・指導します
 - 住宅改修や福祉用具について、評価しアドバイスします
- ✓ ヘルパーの利用のみなどリハビリサービスを利用しない方への訪問も可能です
- ✓ サービス担当者会議に参加し、目標設定の思案と今後の生活を見通した効果的
なサービスの導入を支援します

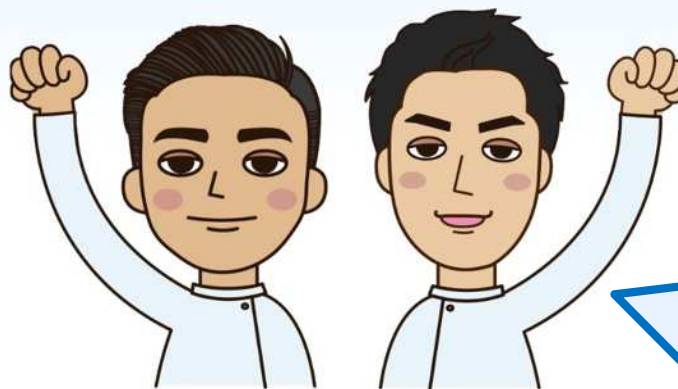
【対象者】

事業対象者、要支援1, 2

【申込み】

介護保険課にお電話にて
お申し込み下さい

電話：078-322-6902



利用者様の体調や心理面等
訪問が難しい場合は
お電話での相談も
受け付けています。
まずはお気軽にお問い合わせ
合わせ下さい。

利用者基本情報裏面の廃止 ⇒アセスメントシートへの情報の集約

基本チェックリスト（裏面）	⇒	アセスメントシート
これまでの生活		生活史（生育歴、学歴、職域、試行など）
1日の生活・過ごし方		1日の過ごし方
趣味・楽しみ・特技		社会参加
友人・地域との関係		家族・近隣・友人・知人との交流
病名・既往歴と経過		病気について

※アセスメントシートは、**一度に全て利用者本人から聞き取るというものではありません。**徐々に追記を行ってください。
利用者の困りごと、主訴を確認し、どのような意向があるのかを聞き取りましょう。希望するサービス内容を聞き取るのではなく、利用者がどのような生活を送りたいと考えているのか聞き取り、ケアプランの作成に生かします。

令和6年4月以降のケアプラン作成時より順次実施して下さい（裏面の廃止）

4. ケアプランへの災害避難情報の記載について



ケアプランへの災害避難情報の記載について（ご依頼）

令和元年度介護予防ケアマネジメント現任者研修
介護保険事業者説明会資料 （再周知）

近年、地震や台風・豪雨により土砂災害や浸水等、市内各地でも多くの災害が発生しており、災害時において支援を必要とする方については、日頃から家族や支援者等と、災害に備えた話し合いを行うことが重要です。

介護保険サービス利用者については、日頃より関わりのある介護支援専門員の皆様が、災害時の対応について、サービス担当者会議等で話し合っただき、下記の通りケアプランに記載する等のご協力をいただきますようお願いいたします。

記

【ケアプランへの災害避難情報の記載】

要介護者の場合は「居宅サービス計画書（Ⅰ）」、要支援者の場合は「マイケアプラン（Ⅰ）」に、「災害時の緊急連絡先」「避難所」等を記載する。

（次スライド参照）

*「施設サービス計画書（Ⅰ）」等は除く

利用者に意識していただけるよう、ケアプランを日常的に目につきやすい場所に掲示する。（①によりケアプランに記載した上で、利用者の状況に応じて、他の掲示物で対応することは差し支えない。）

上記については、サービス担当者会議等を利用し、関係者で話し合いを行う。

サービス担当者会議等での検討ポイント例

赤字は令和5年度追記

- 災害時の緊急連絡先（日頃の緊急連絡先と同じかどうか、日頃の緊急連絡先が遠方の場合、近隣で連絡を取り合う人はいらぬのか等の確認）
- 避難先の確認を行い、どのように避難するのか（避難ルート等の確認）
 - ※ 避難先については、近くの避難所（小学校等）の他にも安全な場所にある知人宅・親戚宅や事前の短期入所なども考えられます。その方にとって安全な場所の再検討をお願いします。
- 避難の際必ず持参するもの（薬、お薬手帳、保険証、眼鏡、補聴器、その他各家庭で備えておく食料・水等）
避難時の心身状況によっては、福祉避難所等への移動や介護保険サービスを利用して施設入所する場合があります。避難時にはケアマネジャーの名刺などを持参するよう伝えておきます。

開始時期

令和2年4月以降のサービス担当者会議、ケアプラン作成のタイミングで順次実施。

赤字の内容について、順次再確認をお願いします。

災害時の留意点

ケアマネジャー等の皆様ご自身の安全を最優先に行動いただきますようお願いします。

災害時は、要援護高齢者等について安否確認及び課題の把握を行い、必要なサービス提供につなげるという役割が期待されています。（厚生労働省通知）サービス事業所等と連携し支援していただきますよう、平時に災害想定や役割分担などの話し合いをお願いします。

「避難」は「難」を「避」けること

家族や支援者と話し合って
ルールを決めておきましょう

①在宅避難



安全な場合は
自宅で避難

②分散避難



知人宅など
安全な場所へ避難

③避難場所



危険なときは迷わ
ずに避難場所へ

介護予防ケアマネジメントの観点から

- 避難所まで荷物をもって避難できる状態を維持
⇒自立支援・重度化防止
- 日頃から地域で孤立しない・させないケアマネジメント
⇒地域のつどいの場などインフォーマルサービスの活用
地域行事への参加（避難訓練など）を促す
- 回復の過程では、趣味活動や人との交流が心の支えになることがある。
⇒「〇〇したい、できるようになりたい。」「参加したい」を大切に
したケアマネジメント

利用者の災害への備えは、生活を支えるケアマネジメントの一環

マイ・ケアプラン(1)
(介護予防サービス・支援計画表)

No.

名前 様 記入日 令和 年 月 日

①今の生活や身体の状況 (今していること、難しくなっていることなど)	②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)	③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)
A: 活動面について (室内外の移動方法・交通機関の利用など)		望む生活
B: 日常生活について (家事や家庭での役割・楽しみなど)		④望む生活を実現するための目標
C: 社会や人との関わりについて (仕事・地域・家族・趣味など)		⑤望む生活を実現するための具体的な方法
D: 健康面について (体調・病気・食事・睡眠・自己管理など)		

災害時の「緊急連絡先・避難先」等を記載

備考欄

緊急連絡先: (長女) 神戸花子 090-●●●●-●●●●

避難先: ●●●●小学校 ●●宅(●●区●●町●●番地) ←長女宅など

担当者名:

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 様 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

統合的な援助の方針
<災害時>
緊急連絡先：（長女）神戸花子 090-●●●●-●●●●
避難所：●●●●小学校 ●●宅（●●区●●町●番地）←長女宅など

災害時の「緊急連絡先・避難先」等を記載

生活援助中心型の算定理由 1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ ）

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。 説明・同意日 平成 年 月 日 氏名 印

5. 暫定ケアプランの取り扱い (再周知)

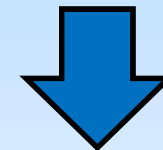


利用者の状態像及び多職種の情報を経合的に判断

判断が難しい場合も、ケアチームで判断



要支援を見込む

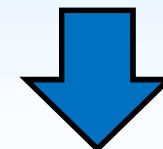


要介護を見込む



指定介護予防支援事業者が
(もしくは委託先の居宅)
暫定ケアプランを作成

どちらかが作成



指定居宅介護支援事業者が
暫定ケアプランを作成

要支援と見込んで暫定ケアプランを作成したが
要介護になった場合 (要介護→要支援も同様の考え方)

新規申請
区分変更申請

予防事業者

暫定ケア
プラン作成

居宅事業者

サービス担当者会議出席

モニタリング

要介護

確定ケア
プラン作成

利用者に再度説明
・同意・交付

速やかに
引き継ぎ

暫定ケアプランの内容を生かして作成

留意事項

- 要支援2からの変更申請の場合は、要介護見込みのため、指定居宅介護支援事業者が暫定ケアプランを作成することになります。
- 要支援を見込んでいたが、要介護と認定された場合、暫定ケアプラン期間中でも指定居宅介護支援事業者がモニタリング及びサービス担当者会議を実施していなければ、原則運営基準減算となります。
- あんしんすこやかセンターは、区分変更申請を行う時などは、早期に指定居宅介護支援事業者に連携を依頼するようにしてください。
- 神戸市ホームページ『留意事項』で検索。



6. 神戸市介護予防支援業務等従事者証 の有効期限や関連書類の見直し



神戸市介護予防支援業務等従事者証

有効期限の見直し

これまで3年間の有効期限を設けていましたが、廃止します。

生年月日の記載

生年月日の記載を廃止します。

公印の押印

神戸市公印取扱規定により押印を省略します。

従事者証の関連書類

第2号様式

従事者届出

従事者の異動があった場合の提出を**廃止**
(新規雇用、法人内異動、退職時など)

従事者がその資格を喪失した場合のみ届け出る。
併せて従事者証を返還する。

(例：今後、介護予防支援を担当する予定がない。)

第3号様式

再発行申請書

従事者の氏名に変更があった場合や従事証を紛失等の場合に届け出る。

2024年4月以降の取り扱いとなります

従事者証の更新手続きについて

手続きフォームの入力



従事者証の受理



現任者研修受講



現任者研修の理解度アンケート入力

※Formsにて回答
別紙参照



現在の従事者証（有効期限:2024年3月）の破棄

※4月以降、事業所にて適切な方法で破棄