令和　２年　　７月改定

総合事業窓口対応マニュアル

介護予防ケアマネジメントマニュアル

糸魚川市福祉事務所

目次

総合事業窓口対応マニュアル 3

１ 「介護予防・日常生活支援総合事業」とは 4

２ 受付窓口の心得 4

３ 申請の流れ 5

事業対象者決定までの流れ 6

事業対象者決定後の流れ 8

４ 事業対象者の有効期間 9

５ ケアマネジメント作成依頼届出について 9

６ 事業対象者のサービス利用が不要となった場合 9

７ その他事業対象者関連事業 10

８ 必要な提出書類 10

あきらかに要介護認定が必要な事例紹介 11

基本チェックリスト 12

基本チェックリストについての考え方 14

【参考】「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についての Q＆A 17

介護予防ケアマネジメントマニュアル 21

１ 事業内容 22

糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業　第1号事業一覧 22

２ 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方 23

３ 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方 24

４ 実施主体(実施担当者) 24

５ 実施の手順 24

【ケアマネジメント A（共通事項）】 25

手順のポイント 27

【ケアマネジメント B】 28

【ケアマネジメント C】 29
６　留意事項 30
７　ケアマネジメント報酬（単価・加算） 31
８　基準緩和型サービスについて 32
（１）　サービス種別 32
（２）　委託サービスの利用者 33
（３）　現行相当サービスとの組合せ 34
（４）　サービス移行について 34
（５）　サービス報酬について（指定） 34
（６）　訪問型サービスの現行相当サービスと基準緩和型サービスの違いについて 35
９　短期集中予防サービスについて（ケアマネジメント B） 36
（１）　サービス種別 36
（２）　ケアマネジメントの流れ 37
（３）　提出様式 38
10　地域リハビリ活動支援事業について 39
（１）　サービス種別 39
（２）　利用の流れ 39
＜地域リハビリテーション活動支援事業利用例＞ 39
１１　【参考】Ｑ＆Ａ 40
１２　請求までの流れ 42

総合事業窓口対応マニュアル

１「介護予防･日常生活支援総合事業」とは

［　介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定。
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、要支援認定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目指すもの。］

介護や生活支援を必要とする高齢者や、単身生活者や高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要になると見込まれます。

このため、従来のホームヘルプやデイサービスだけではなく、住民が実施する取組も含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中に作っていくことが必要になっています。

自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。また、役割を担うことは介護予防にもつながります。地域の誰もが参加できる、身近な場所での「体操教室」や「サロン」など、住民の自主的な介護予防活動の立ち上げや、運営について幅広く支援します。

こうした住民の皆さんの参加による、幅広い支え合いの地域づくりを推進するため、糸魚川市では、平成２８年４月１日から、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を実施します。

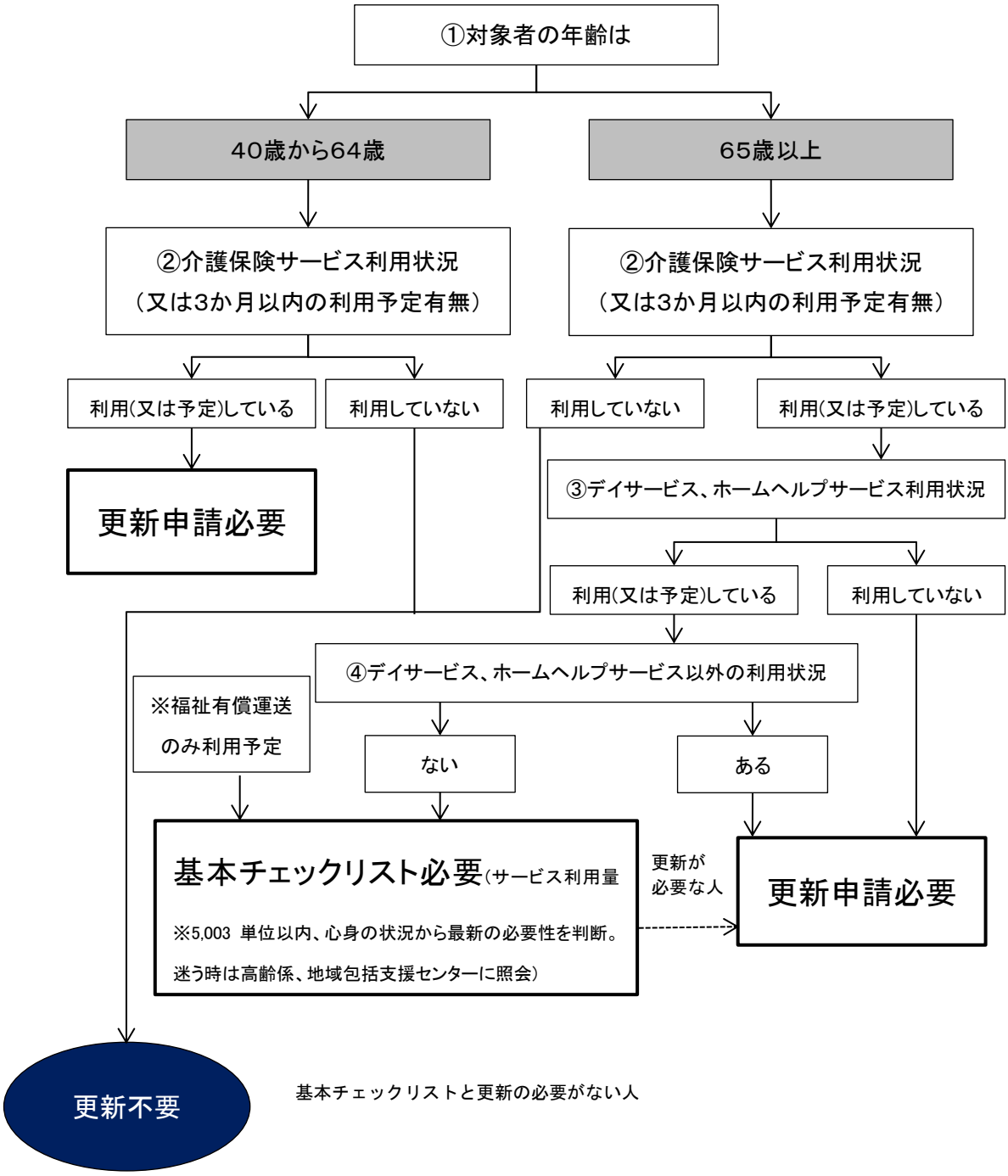
２　受付窓口の心得

・受付では、対象者のサービス意向と身体状況に合わせて、介護保険の申請か総合事業の申請（基本チェックリストの実施）かを判断します。
・介護保険の利用は、あくまでも**本人の自立のための利用である**ことを理解し、申請の必要性について、ご判断ください。
・総合事業利用について、対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。
・判断に迷う場合は、福祉事務所高齢係または最寄の地域包括支援センターに照会ください。

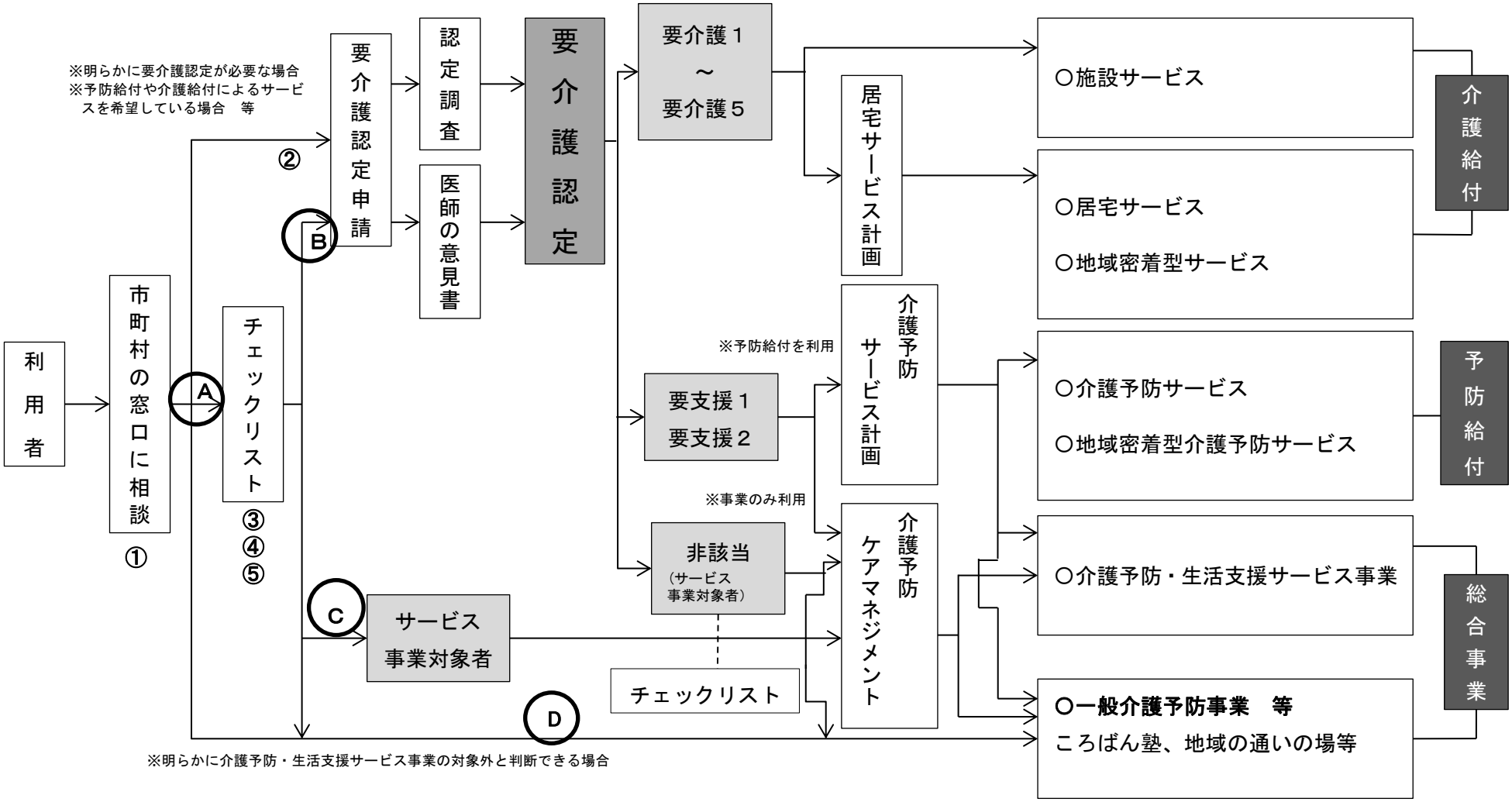
3　申請の流れ

【更新用】要支援認定者の更新申請必要性判定チャート

※第2号被保険者は総合事業の利用、予防給付の利用のいずれの場合も要支援認定が必要です。チェックリストで判断することはできません。



【新規用】事業対象者決定までの流れ



（A）

① 窓口に相談に来られた際には、なぜ、来所されたのかの理由についてその主訴を聞き取り、明らかに要介護認定申請が必要か、それとも一般介護予防事業等での対応が必要か、或いは、サービス事業の対象者かの判断をする。→**「認定申請受付票」に記入**

② 明らかに要介護認定が必要な人の場合や認定を受けておいた方が望ましいと判断された場合には、要介護認定の申請を案内する。→**「介護保険申請書」に記入**

※非該当となった後、基本チェックリストを実施しサービス事業の対象者となる場合もある。

③ 要介護認定の必要性が低いと判断したが、何らかのサービス利用が望ましいのではないかと思われる場合（または、希望内容が総合事業の範囲のみの場合）には、窓口に来られた方の同意を得ながら、基本チェックリストを実施する。→**「基本チェックリスト」に記入**してもらう。その際、**「お薬手帳」**の提示を求め、記入時参考にする。

④ 本人が来所できない（入院中・相談窓口が遠い・外出に支障があるなど）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的を聞き取る。また、家族等に基本チェックリストを渡し、後日地域包括支援センターに届ける方法でも可とする。

これらの場合の基本チェックリストの活用については、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明を行い、適切なサービス利用につなげる。

⑤ 居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。

※サービス事業（事業目的・内容・手続き）、要介護等申請、一般介護予防事業の説明には、各パンフレット・リーフレット等活用する。

（B）

基本チェックリストを実施した後に、やはり、住宅改修が必要、福祉用具のレンタルが必要といったニーズが出てきた場合などについては、改めて要介護認定申請の案内を行う。

（C）

基本チェックリストの該当者（サービス事業対象となる候補者の選定基準に合致し、サービス事業の利用がふさわしいと判断した場合）については、事業対象者となることを説明する。→**「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出**をする。その際、**被保険者証**の添付を求める。

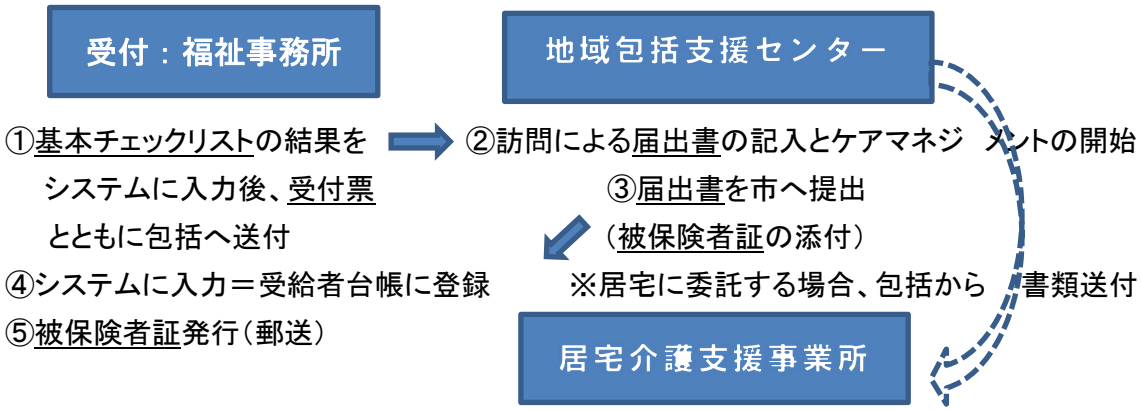
（D）

窓口に来られた方が、明らかに心身機能が元気で、介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合は、一般介護予防事業やその他地域の通いの場を案内する。

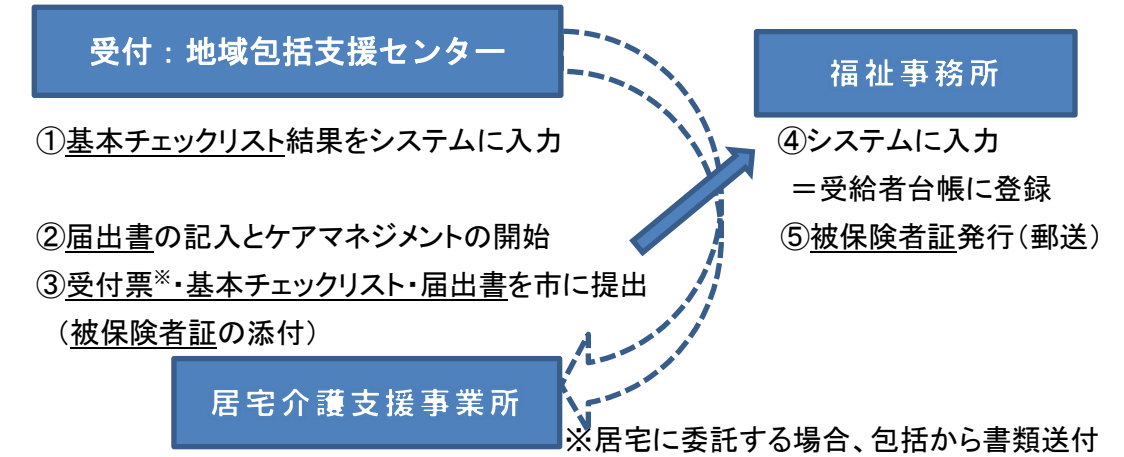
また、基本チェックリストの回答で、事業対象者の候補者選定にも該当しない場合については、一般介護予防事業等への参加や事業の担い手になっていただく（ボランティアセンター等紹介）ことを勧める場合もある。

【事業対象者決定後の流れ】（新規の場合

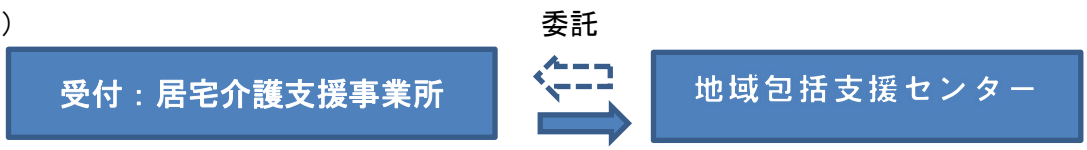
（1）



（2）



（3）



①基本チェックリスト結果をシステムに入力後、受付票とともに市へ送付（システム無ければ送付のみ）

②届出書の記入とケアマネジメントの開始

③初回の介護予防ケアマネジメント実施時、ケアプランチェックとともにサービス担当者会議等で関与

④受付票・基本チェックリスト・届出書を市に提出
（被保険者証の添付）

⑤システムに入力
＝受給者台帳に登録
⑥被保険者証発行

※必要な書類は全てコピーをとって保管し、原本は全て市に提出する。

※市にて被保険者証の交付に時間を要する場合は、資格者証を交付し、後日登録後の被保険者証を発行する。

4　事業対象者の有効期間について

平成28年度は、事業対象者の有効期間を1年間と定めていましたが、平成29年度より有効期間を設けずに運用します。

なお、状態変化に伴い、適切なサービス量の確保、福祉用具等その他給付サービスを利用する場合は、要介護認定申請（新規申請）をご案内ください。

★ケアプランの期間は最大24か月として運用します。ただし、利用者の状態により期間を短縮しても差し支えありません。

5　ケアマネジメント作成依頼届について

「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届出書」「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」により、予防給付サービス、総合事業サービスを分けて対応していましたが、緊急でショートステイ等を利用する場合、再度提出しなければいけないといった事務手間が増えていることから、平成29年度より「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届出書」のみの運用に変更します。運用方法については、予防給付と同じです。

なお、個人番号の記載については、当市では総合事業では使用しないこと（平成29年現在）となっておりますので、記入しないようご注意ください。

6　事業対象者のサービス利用が不要となった場合

サービス利用が不要となった場合は、「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」の変更理由欄に「終了」と記載し、福祉事務所高齢係に提出してください。

※事業対象者としての資格が終了となったわけではありません。

●事業対象者がサービスを再度利用する場合

「事業対象者決定までの流れ」P5 を参照してください。

7　その他事業対象者関連事業

（1）おむつ支給事業

平成29年度より、これまで対象ではなかった要支援1の方や事業対象者についても排尿障害治療中の場合は支給対象となります。申請書に排尿障害等の病名とそれに伴う処方薬名を記入し、薬手帳等のコピーを添付のうえ、申請書を提出してください。（※病名は口頭確認。要支援2についても同様）

病名及び処方薬名の例（参考）

排尿障害病名	処方薬名
前立腺肥大　前立腺がん　過活動膀胱 尿道狭窄　膀胱炎　尿路感染 膀胱結石　尿道結石　腹圧性尿失禁 切迫性尿失禁　等	タムスロシン　ナフトピジル　シロドシン ウラピジル　デュタステリド クロルマジノン　アリエルトレノール ソリフェナシン　トルテロジン フラボキサート　等

〇おむつ券のみの希望者

①　基本チェックリストによる調査と上記病名、処方薬の確認をもって対象となるのかの判断を行うこととします。

また、ケアマネジメントCの対象事業とします（任意）。アセスメント後、「私のプラン」を作成してください。

②　提出書類

・基本チェックリスト

（2）福祉有償運送事業（事業対象者の場合）

事業対象者の場合は、基本チェックリストを持って福祉有償運送事業の対象となるかの判断を行うこととします。

なお、年1回、翌年度の対象となるか判断するために継続希望される方に対して、必ず基本チェックリストを実施してください（2月～3月頃）

8　必要な提出書類

①新規の場合（要支援認定者から事業対象者も含む）

〇被保険者証

〇基本チェックリスト

〇受付票

〇介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

②サービスの終了の場合
〇被保険者証
〇介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書
※終了届として対応

※介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書、被保険者証については、ケアマネジメント事業所が変更時に提出してください。

あきらかに要介護認定が必要な事例紹介

※ケーススクリーニングの視点例(窓口対応者用)

要介護認定実施の必要性について判断しています。（生駒市の例）

①	杖をついたり、歩行器を使用したり、ひとりで歩くことができない場合（車いすに乗っている。寝たきりである。）
②	認知症の悪化により、日常生活に支障をきたしている場合（買う品物を忘れてしまうため、必要なものをひとりで購入することができない。料理をする段取りを覚えていられないため、料理がひとりでできない。洗濯機の操作や掃除の段取りが分からず、家事の遂行ができない。）
③	服薬や病気の管理のために、訪問看護サービスの利用目的がある場合
④	自宅内での移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修による手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合
⑤	家族の介護力の問題で、長時間の預かりを求めている場合（不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離としてショートステイの利用が必要な場合など）

基本チェックリスト（総合事業サービス利用希望者用　新規・更新）

チェックリスト実施日　R　　・　　・	
チェックリスト実施者：所属	氏名

フリガナ		住所	〒			性別	男・女
氏　名							
生年月日		年	歳	電話番号			
被保険者証の送付先	住　所	〒			TEL		
	氏　名				続　柄		
希望するケアマネージャー（※希望がある場合のみ記入）							
前回の認定情報（※直近で認定をお持ちの方のみ）	要支援（　　）　要介護（　　）　※（　）に介護度を記載						
	有効期間　平成・令和　年　月　日～　平成・令和　年　月　日						

※以下の質問項目について、該当する項目に〇を付けてください。

1）医師から次の病気にかかっているといわれ治療を受けたことがありますか？	
①脳卒中（脳梗塞・脳出血等）	ある　・　なし　・　治療中　病院名
②高血圧	ある　・　なし　・　治療中　病院名
③心臓病（心筋梗塞・心不全等）	ある　・　なし　・　治療中　病院名
④不整脈（心室性頻拍、発作性上室性頻拍等）	ある　・　なし　・　治療中　病院名
⑤糖尿病	ある　・　なし　・　治療中　病院名
⑥その他（病名：　　）	ある　・　なし　・　治療中　病院名
（病名：　　）	ある　・　なし　・　治療中　病院名

2）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	
J　何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。	1 交通機関を利用して外出する
	2 隣近所なら外出する
A　屋内の生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出しない。	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
	2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B　屋内での生活は何らかの介助を有し、日常もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	1 車いすに移乗し、食事排泄はベッド上から離れて行う
	2 介助により車いすに移乗する
C　日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいても介助を要する。	1 自力で寝返りをうつ
	2 自力では寝返りもうたない

裏面へ

◎質問票の当てはまる方に〇をつけ点数により事業対象者の判断をします

		はい	いいえ
1	バスや電車で一人で外出していますか	0点	1点
2	日用品の買い物をしていますか	0点	1点
3	預貯金の出し入れをしていますか	0点	1点
4	友人の家を訪ねていますか	0点	1点
5	家族や友人の相談に乗っていますか	0点	1点
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	0点	1点
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点	1点
8	15分くらい続けて歩いていますか	0点	1点
9	この1年間で転んだことはありますか	1点	0点
10	転倒に対する不安は大きいですか	1点	0点
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1点	0点
12	身長　　cm　体重　　kg ◎BMIが 18.5 未満ですか？ BMI＝体重（　　kg）÷{（身長　　m）÷（身長　　m）}	1点	0点
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点	0点
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1点	0点
15	口の渇きが気になりますか	1点	0点
16	週に1回以上は外出していますか	0点	1点
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1点	0点
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いわれますか	1点	0点
19	自分で電話番号を調べてかけることをしていますか	0点	1点
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1点	0点
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1点	0点
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点	0点
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点	0点
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1点	0点
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1点	0点

事業対象者

1～20 まで　　点
↓
10 点以上の人
①　通いの場　⑤一般介護予防

6～10 まで　　点
↓【運動機能低下】
3 点以上の人②受診勧奨
⑤一般介護予防

11～12 まで　　点
↓【低栄養】
2 点以上の人
④健康増進課栄養士へ

13～15 まで　　点
↓【口腔機能低下】
2 点以上の人　②受診勧奨
⑤口腔機能改善教室

16～17 まで　　点
↓【閉じこもり】
No16 の人　①通いの場
⑤一般介護予防事業

18～20 まで　　点
↓【認知機能低下】
1 点以上の人　③認知症地域支援推進員へ

21～25 まで　　点
↓【うつ病の可能性】
2 点以上の人
④健康増進課　保健師へ

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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人の外出していますか	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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か月以上に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カ月以内の値を、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	

＜基本チェックリスト該当点数以上の場合＞

該当点数により右枠の内容に該当する場合は、希望される総合事業サービス以外でも、下記該当事業について紹介する等、ケアマネジメントに反映してください。

①通いの場（サロン・地区運動教室など）　②受診勧奨

③認知症地域支援推進員（福祉事務所）　④健康増進課

⑤一般介護予防事業

※③④の、市職員については、サービス担当者会議の参集や直接保健指導を依頼するなど、ケースに合わせた関与を依頼してください。→福祉事務所高齢係へ連絡を。

【総合事業サービス参加の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合】

- ■ コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- ■ 収縮期血圧 180mmhg 以上のものや 180mmhg 未満であっても状態等により見当が必要なもの
- ■ 急性期の関節痛。関節炎・神経症状のあるもの
- ■ 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫など)で息切れ・呼吸困難があるもの
- ■ 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- ■ 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- ■ 認知機能低下により、プログラムの実施に支障をきたすもの
- ■ その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

【参考】「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についての Q&A

サービス利用の流れ

問１　サービス事業は、要支援及び基本チェックリスト該当者の両方が対象となっている。基本チェックリストに該当すればサービスを利用できるため、結果的に利用者が増大してしまうのではないか。

（答）

1　総合事業のうち生活支援・介護予防サービス事業については、現行の要支援認定者相当を対象者として想定しており、具体的には、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、生活上の困りごとに対して、基本チェックリストの記入によって事業対象者に該当した者（介護予防・生活支援サービス事業対象者）を対象とすることとしている。

2　ガイドライン案 P13 にも記載しているとおり、市町村におかれては、「基本チェックリストが、従来の2次予防事業対象者の把握事業のように、市町村から被保険者に対して積極的に配布するものではなく、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、要支援認定ではなく、簡易にサービスにつなぐために実施するものであることに留意」していただきたいと考えている。

問2　基本チェックリストを実施して行うサービスの区分の振り分け結果に不服がある場合、行政不服審査法による不服申し立ては適用されるか。

（答）

1　新しい介護予防・日常生活支援総合事業における基本チェックリストについては、ガイドラインで「相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業で利用できるよう本人の状況を確認するものとして用いる」としているとおり、基本的に質問項目の趣旨を聞きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分にはあたらないものと整理している。

2　相談に来た者に対しては、ガイドラインのとおり、相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明し、特に介護予防・生活支援サービス事業に関してはその目的や内容、メニュー、手続等について、十分に説明することとなる。こうした説明を経て基本チェックリストを記入いただくものであり、理解・納得をいただいた上で進められるものである。

問3　市町村窓口での対応は、「必ずしも専門職でなくてもよい」（ガイドライン案 P60）とされているが、相談や基本チェックリストによる振り分けのみで適切な判断ができるような基準を示してほしい。特に、サービスの利用の流れにおいて、「明らかに要介護１以上と判断できる」「明らかに一般介護予防と判断できる」場合とは、どのようなものを想定しているのか。

（答）

1　基本チェックリストは、相談窓口において、生活上の困りごと等のある相談者に対し、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業で利用できるよう本人の状況を確認するものとして用いる。基本チェックリストの結果が事業対象者に該当する基準に何らか該当した場合に、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）のプロセスにおいて、適切なサービスにつなげるものとしている。

2　窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請後の流れ、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明し、利用者やその家族と相談しながら進めていただきたい。

3　この中で、明らかに要介護認定が必要であると想定できる場合としては、予防給付によるサービスを希望している場合に加えて、例えば、寝たきり状態にある場合や、認知機能の低下や問題行動により目が離せない状況にある場合等が想定され、この場合には、要介護認定等申請を案内していただくことになると考える。

4　同様に、窓口に来た者が、一般介護予防事業の利用を希望している場合や、「高齢者の集まりに参加して、担い手として活動したい」等の場合には、一般介護予防事業を案内することが考えられる。窓口においては、本人の相談内容や希望等も丁寧に聴き取っていただいた上で、案内をしていただきたい。

問4　基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービスの利用の希望があった場合には、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う」（ガイドライン案 P61）とあるが、ここでいう「一定期間」とは、どのくらいの期間を想定しているのか。

（答）

1　一定期間、生活支援・介護予防サービス事業の利用のなかった後に、改めてサービスの利用の希望があった場合については、利用のなかった期間や、利用しなくなった理由等は様々であるとともに、本人の状況等が大きく変化した場合等も想定されるところ。

2　この場合、相談の目的や本人の希望等とあわせて、従前のサービス利用状況等も聴き取った上で、その方の状況等を踏まえて、対応していくことが必要であると考えており、ご指摘の「一定期間」については一律の期間をお示しすることは難しく、市町村や地域包括支援センターが利用者の状況等に応じて判断していただきたい。

問5　事業対象者の該当基準は誰でも知ることができるため、例えば、訪問型サービスＡを希望して基本チェックリストに基準に該当するように記載されるケースも想定される。このような場合の対応はどのようにすればよいか。

（答）

1　サービス事業利用のための手続きは、ガイドラインにおいて、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行うこととしている。その中で、基本チェックリストの記入に関しては、「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人に記入してもらうものとしており、本人の状況を踏まえた記載がなされるものである。一方で、本人が来所できない場合、家族等代理の者が基本チェックリストを記入することも想定している。

2　そのうえで、事業対象者に該当した者が、具体的な訪問型サービス（第１号訪問事業）等を利用するには、介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）を経ることが必要である。この介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）については、平成２７年１月９日版 Q&A17 頁問8でもお示ししているとおり、指定介護予防支援と同様に、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものと考えており、特にアセスメントに当たっては、利用者が置かれている環境や、日常生活及び社会参加の状況等を正確に把握する必要があることから、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族と面接して行うものとしている。このときに、基本チェックリストに当たる項目についてもアセスメントの中で再度確認され、そのうえで適切なサービスの利用について、検討されるものと考えている。

3　お尋ねの場合も、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）のプロセスの中で、利用者の状況を把握し、適切な介護予防ケアマネジメントによって、サービスの利用について検討していただきたい。

問6　総合事業開始直前まで二次予防事業対象者だった方は、総合事業を開始した場合、自動的にサービス事業対象者に移行することになるのか。それとも、新たに要支援認定もしくは基本チェックリストにて、サービス事業に該当するかどうかの判定が必要か。

（答）

総合事業へ移行後に介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合は、ガイドライン案にもあるとおり、要支援認定者またはサービスの利用相談に基づき基本チェックリストを用いて事業対象者と判断された介護予防・生活支援サービス事業対象者のいずれかであることが必要である。

問7　要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより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開始後、要介護1以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2件存在することになると考えてよいか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

（答）

1　要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストによりサービス事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護1以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。

2　なお、月の途中まで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ていた者が、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。また、この場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

問8　基本チェックリストにより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申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

（答）

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。

② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

【参考】

事業対象者の場合、総合事業から介護給付サービスに変更するタイミングは、介護給付サービスを開始する際の居宅介護支援事業所届を持って変更となります。

介護予防ケアマネジメントマニュアル

1　事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第 1 号通所事業）、その他の生活支援サービス（第 1 号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況にあ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す。

糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業　第1号事業一覧

【訪問型サービス】

基準	介護予防・生活支援サービス			
サービス種別	現行相当サービス（従来の予防訪問介護）	基準緩和型サービス		訪問機能訓練
利用者	要支援認定者・事業対象者	要支援認定者・事業対象者		要支援認定者・事業対象者
サービス内容	○訪問介護員（有資格者）による「身体介護」及び「生活援助」	○非専門職（一定研修受講者）による自立支援のための見守り的援助及び生活援助	○委託事業所に雇用されている非専門職（一定研修受講者）による生活援助	○保健師等専門職がその者の居宅を訪問して必要な相談・指導等を実施

【通所型サービス】

基準	介護予防・生活支援サービス			
サービス種別	現行相当サービス（従来の予防通所介護）	基準緩和型サービス		短期集中通所リハビリテーション事業
利用者	要支援認定者・事業対象者	要支援認定者・事業対象者		要支援認定者・事業対象者
サービス内容	○通所介護と同様、それぞれのニーズに応じて明確な目標持ちサービスを提供	○短時間サービス 事業所の特色を生かした内容で実施（運動・交流等）	○事業所の空き時間、スペース等を活用した運動等身体機能向上を目的としたサービス	○高齢者マシンによる運動を行い、運動器の機能向上を図る

２ 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て、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(以下「サービス事業」という。)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となります。

【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支援することが重要**
- **活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する**

３ 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の結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型を想定しています。

〇具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

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	通常の介護予防支援の流れ、様式を利用して実施。	サービス担当者会議の適宜開催やモニタリングの実施期間、ケアプラン様式を簡略化したケアマネジメント	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に利用につなげる場合
実施主体	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 居宅介護支援事業所（委託）	地域包括支援センター
対象事業	・現行相当サービス（訪問型・通所型） ・現行相当サービスとその他サービスの併用の場合	・基準緩和型サービス（訪問型・通所型） ・短期集中サービス（訪問型・通所型）	・週1回程度の通いの場 ・その他
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 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング（3ヶ月に1回）	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】 →サービス利用開始 （→モニタリング（6ヶ月に１回））	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者と一緒にも目標を設定 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

４ 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて、実施します。
なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することとします。
※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

５ 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること又は、事業対象者として市町村に登録されることが必要です。

【ケアマネジメント A（共通事項）】

（1） 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（介護保険担当窓口で実施）

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。
総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受け、事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。

（2） 介護予防ケアマネジメント利用の手続(以下、利用者宅で実施)

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

介護予防ケアマネジメント

ア アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決める。

ウ サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。
利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントの類型により、その実施及び間隔が異なる。

ク 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

実施期間終了後、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。

〇手順のポイント

アセスメント **●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析**	**【ポイント】** 〇利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。 〇利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 〇介護予防に取り組む意欲を引き出す。 〇生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシートを用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。 〇本人から病気のことを、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。 【帳票】 ●興味・関心チェックシート ●利用者基本情報 ●生活行為への意欲を把握するためのｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ
ケアプラン原案作成 **●目標、具体策、利用サービスなどの決定**	**【ポイント】** 〇目標の設定 ・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 〇利用するサービス内容の選択 ・各事業所の特徴を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。 ・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。 ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。 〇その他 ・必ず本人の取組みを入れる。 【帳票】 ●介護予防サービス・支援計画書
サービス担当者会議 **●家族やサービス提供担当者などと共通認識**	**【ポイント】** 〇本人、事業所から目標達成のための意見を促す。 〇サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有する。 〇担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくり 〇モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。 【帳票】 ●介護予防サービス・支援計画書 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

モニタリングと評価	**【ポイント】** 〇3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する（ケアマネジメント A）。 〇本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。 〇受けているサービス内容についての満足度。 〇目標の達成状況。 〇新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断。 〇最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。 【帳票】 ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

※ 事業対象者の有効期間　　最大 **24 か月**とし評価を実施

【ケアマネジメント B】

ア　アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族と面談により実施する。

【帳票】
- ●興味・関心チェックシート
- ●利用者基本情報
- ●生活行為への意欲を把握するためのｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ

イ　ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

ケアマネジメント（簡易版）を使用し、作成。その際は、有資格者ではなく、研修修了者が支援することを意識し、わかりやすいプランを作成する。

ウ　サービス担当者会議

軽微な変更の場合は、サービス担当者会議を省略。

【帳票】
- ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント B）
- ●サービス担当者会議経過記録

エ　利用者への説明・同意

オ　ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

カ　サービス利用開始

キ　モニタリング

サービス利用状況、問題、意欲の変化などの把握。利用者及び家族やサービス提供者から状況を聴取。利用者宅への訪問によるモニタリングは、6 ヶ月に 1 回を原則とする。

【帳票】
- ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

ク　評価

実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価、今後の方針を決定する。

※　サービス担当者会議の省略について

軽微な変更の場合は、サービス担当者会議を省略できることとします。

例）
・単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する場合がなく、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する場合もある。

この軽微な変更の考え方については、居宅介護支援と同様とします。

【ケアマネジメント C】

ア　アセスメント（課題分析）

アセスメント様式を用いてアセスメントを行い、課題整理し一般介護予防事業等の利用についての検討を実施。

【帳票】
●興味・関心チェックシート
●利用者基本情報

↓

イ　利用者への説明・同意

一般介護予防事業等の利用だけでなく、セルフマネジメント作成についての説明し同意を得る。※同意書の記載まで求めない。

↓

ウ　私のプラン作成

私の生活目標・そのための必要なサービスを記入。初回については、地域包括支援センターが本人の課題を整理し、本人の同意のもと作成を行う。
2回目以降は、本人が原則記入するよう支援する。

【帳票】
●私のプラン（様式）

↓

エ　サービス利用申込み・利用開始

一般介護予防事業等の参加申込書を記入し、福祉事務所高齢係へ提出。

↓

オ　状態変化の確認

モニタリングは実施なし。12 ヵ月後に状態の変化を確認するため基本チェックリストと私のプランの達成状況の確認。
※継続してサービス利用が必要な場合は、再度ケアマネジメントを実施。

※一般介護予防事業（ころばん塾）利用希望の際には申込書を記入してもらい福祉事務所へ提出してください。

表2　ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

（○：実施　△：必要に応じて実施　―：不要）

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	―
サービス担当者会議	○	△	―
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	（○）(ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	―

ケアプランチェック提出資料

提出時	内容
初回時	○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書
評価時	○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
更新時（プランの見直し）	○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書

６　留意事項

（1）介護予防ケアマネジメントにおいては、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必要があります。

（2）介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業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も積極的に進めてください。

（3）介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、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、関わる者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ります。

7　ケアマネジメント報酬(単価・加算)

（1）単価及び加算（令和　1年　10 月　1日）

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	現行相当サービス	要支援認定者 事業対象者	431 単位
ケアマネジメントB	基準緩和型サービス 短期集中サービス	要支援認定者 事業対象者	299 単位
ケアマネジメントC	一般介護予防事業等 週 1 回程度の通いの場	要支援認定者 事業対象者	100 単位

○　初回加算（ケアマネジメントジメントA・ケアマネジメントB）　299 単位

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア）　新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

イ）　要介護者が要支援認定を受け、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。ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

○　アセスメント連携加算（ケアマネジメントB）　50 単位

短期集中予防サービス等、リハビリテーション専門職と連携してケアプランを作成の場合、連携加算として 50 単位を算定できます。

８ 基準緩和型サービスについて

（1）サービス種別

【基準緩和型訪問サービス】

<table>
<tr><td>種別</td><td colspan="3">生活支援型（指定）</td><td>生活支援型（委託）</td></tr>
<tr><td>概要</td><td colspan="3">専門的支援が必要ない生活援助</td><td>介護事業所外事業所からの生活援助</td></tr>
<tr><td>職種</td><td colspan="3">介護福祉士、初任者研修修了者、自立生活サポーター（一定研修修了者）</td><td>自立生活サポーター（一定研修修了者）</td></tr>
<tr><td>提供時間</td><td colspan="2">45 分以上 60 分未満</td><td colspan="2">20 分以上 45 分未満</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="4">・掃除（〇居室内やトイレ、卓上等の清掃　〇ゴミ出し　〇準備・後片付け）
・洗濯（〇洗濯機または手洗いによる洗濯　〇洗濯物の乾燥（物干し）　〇洗濯物の取り入れと収納　〇アイロンがけ）
・ベッドメイク（〇利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等）
・衣類の整理・被服の補修（〇季節ごとの入れ替え等　〇ボタン付け、破れの補修等）
・一般的な調理、配下膳（　〇一般的な調理〇配膳・後片付け）
・買い物・薬の受け取り（〇日用品の買物（内容の確認、品物・つり銭の確認を含む）　〇薬の受け取り）
※サービス内容の考え方については、既存の生活支援と同様</td></tr>
<tr><td>利用申込</td><td colspan="3">指定事業所と調整し、契約</td><td>申込書を高齢係へ提出</td></tr>
<tr><td>個別計画</td><td colspan="3">個別計画を作成</td><td>義務付けなし。
※ケアプランでサービス内容を明確に記載してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">単位数</td><td>週 1 回程度</td><td>264 単位/回（4 回まで）
1,160 単位/月（5 回）</td><td>240 単位/回（4 回まで）
1,055 単位/月（5 回）</td><td rowspan="3">147 単位／回</td></tr>
<tr><td>週 2 回程度</td><td>268 単位/回（8 回まで）
2,319 単位/月（9 回）</td><td>244 単位/回（8 回まで）
2,108 単位/月（9 回）</td></tr>
<tr><td>週 2 回以上</td><td>283 単位/回（12 回まで）
3,678 単位/月（13 回）</td><td>257 単位/回（12 回まで）
3,344 単位/月（13 回）</td></tr>
<tr><td>負担割合</td><td colspan="4">1割・2割・3割</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">・サービス提供時間を設定したことから、利用者の役割を明確にし、時間内での支援を徹底してください。
・生活支援型（委託）の利用料金は偶数月に請求します。</td></tr>
</table>

【基準緩和型通所サービス】

<table>
<tr><td>種別</td><td colspan="2">指定事業所</td><td>委託事業所</td></tr>
<tr><td>概要</td><td colspan="2">指定事業所の空きスペースを利用しての短時間デイサービス</td><td>民間事業所による短時間デイサービス</td></tr>
<tr><td>提供時間</td><td colspan="3">2時間から4時間</td></tr>
<tr><td>サービス内容</td><td colspan="3">事業所ごとに内容・時間を設定。
主に運動・交流を基本とする。</td></tr>
<tr><td>利用申込</td><td colspan="2">事業所ごとに調整、契約が必要</td><td>サービス調整後、申込書（様式第号）を高齢係へ提出</td></tr>
<tr><td>個別計画</td><td colspan="2">個別計画を作成</td><td>個別計画については、義務付けしない。
※ケアプラン内で、サービス内容を明確に記載してください。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">単位数</td><td>週1回程度</td><td>317 単位／回（4 回まで）
1,382 単位／月（5 回）</td><td rowspan="2">週 1 回程度：226 単位／回</td></tr>
<tr><td>週 2 回程度</td><td>326 単位／回 （8 回まで）
2, 833 単位／月 （9 回）</td></tr>
<tr><td>負担割合</td><td colspan="3">1割・2割・3割</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3">事業所ごとに内容、時間等が違いますので、それぞれご確認ください。</td></tr>
</table>

（2）委託型サービスの利用者

利用者による選択を基本としますが、利用者によっては専門職の関与が適している場合もあります。そこで、別紙確認項目により全て該当する方を対象とします。

	確認項目	考え方
1	有資格者からの支援でないことを理解できる。	非専門職からの支援であることを基本とし、理解力の有無を確認します。
2	コミュニケーション能力が保たれている。	受け答えが誰に対してもできるかの確認をします。
3	転倒のリスクが低い。	直近1か月程度で転倒したことがあるか、また立ち上がり、歩行など転倒のリスクがないかを確認します。
4	精神、身体状況が安定している。	進行性の病気等に罹患しており、身体状況が著しく変化がないか、認知症状も含め精神的に安定しているかを確認します。
5	ケアプランに位置づけられた自分の役割を理解し、実行できるか。	時間設定が現行相当よりも短時間になっており、自分の役割を更に明確にすることが重要で、それを実行できることを確認します。

（3）現行相当サービスとの組合せ

適切なケアマネジメントのもと、現行相当サービスと基準緩和型サービスを組み合わせることも可能です。

なお、その際は、ケアマネジメントAとして既存のケアプラン様式を使用し、ケアプランを作成してください。

※留意事項

下記の上限を超えてのサービス利用はできませんので、ご注意ください。

＜訪問型サービス＞

① 要支援1・・・2,342 単位（上限）

② 要支援2、事業対象者・・・3,715 単位（上限）

＜通所型サービス＞

① 支援1・・・1,655 単位（上限）

② 支援2、事業対象者・・・3,393 単位（上限）

ただし、基準緩和型サービス委託型や短期集中サービスは、支給限度額外となります。

（4）サービス移行について

現行相当サービスから基準緩和型サービスへ移行する場合は、基本的にプランの見直しのタイミングで移行します。

ただし、介護保険制度の趣旨である「サービスの選択」の概念から、サービスの利用を希望される場合は、そのタイミングで適切なプラン関与のもと利用は可能です。

なお、移行時にはサービス担当者会議を開催することを原則とします。

（5）サービス報酬について（指定）

月額包括報酬とされていた支給区分については、「サービス利用実績に応じた報酬設定」及び「多様なサービスとの併用」の観点から、1回当たりの単価設定を基本とします。

ただし、1回当たりの単価設定では、国の基準を超えないために、その月の利用が所定回数を超える場合は、包括単価を設定します。

例1）要支援1の利用者（訪問・現行相当）に対し、1月に4回（週に1回想定）サービスを提供した。⇒267 単位×4回

例2）要支援1の利用者（訪問・現行相当）に対し、1月に5回（週に1回想定）サービスを提供した。⇒1,172 単位

（※通所型サービスについても同様）

（6）訪問型サービスの現行相当サービスと基準緩和型サービスの違いについて

サービス種別	サービス内容
現行相当サービス	専門的支援が必要な方 ①身体介助：老計第 10 号に記載のある身体介助 ②60 分以上の支援が必要な生活援助 ③認知機能の低下に伴う専門的支援 ④障害に伴う専門的支援
基準緩和型サービス	現行相当サービスの②、③、④に該当しない生活援助

※留意事項

（1）③認知機能の低下に伴う専門的支援、④障害に伴う専門的支援の判断について

上記について、個々の判断を基本とします。③、④の理由による現行相当サービスを検討している場合は、高齢係に問い合わせください。

（2）提供期間について

事業対象者の場合、最大２４か月のケアプランを可能としていますが、下記の内容の場合は、１２か月間とします。

① 身体介助のうち、自立生活のための見守り的援助

② 障害に伴う専門的支援

9　短期集中予防サービスについて（ケアマネジメント B）

専門職が短期集中で利用者に関与し、生活機能・運動機能の向上を図るサービス。
最長6か月を目処に「卒業」や「悪化予防」を目指す。

（1）サービス種別

①訪問機能訓練

種別	タイプⅠ	タイプⅡ	タイプⅢ
概要	リハ職が自宅へ訪問し、リハビリ等を指導。	認知症ケア専門士が訪問し、生活指導等を行う。	管理栄養士・保健師が訪問し栄養面・健康面を指導。
対象者	要支援認定者・事業対象者のうち以下のような支援が必要なケース（・体力の改善に支援が必要なケース　・健康の維持、改善が必要なケース・閉じこもり支援が必要なケース・ADL や IADL の改善支援が必要なケース）		
	例）生活機能低下がある	例）認知機能低下がある	例）糖尿病等の生活習慣病や低栄養等がある
期間	ケースに応じて回数を指定。60 分/回 概ね 6 か月		適宜
職種	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等	認知症ケア専門士	管理栄養士、保健師（市職員）
自己負担	250 円／回		無料

②短期集中通所リハビリテーション事業

種別	高齢者用マシンによるリハビリテーション事業
概要	高齢者用マシンによる運動を行い、運動器の機能向上を図る。
対象者	●要支援認定者●事業対象者（運動機器により、機能向上が図られる見込の方）
期間	概ね週2回。90 分／回　概ね 6 か月 ※一月のうち半数以上の参加がなかった（見込まれない）場合にはそこで中止とする
自己負担	2,261 円/月

※①、②とも支給限度額範囲外
※①のタイプⅠ・Ⅱ・Ⅲ及び②は、利用者の状況に合わせて併用可能

（2）ケアマネジメントの流れ

アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族と面談により実施する。

利用者：主治医へ参加の有無の確認

心臓病（心筋梗塞・心不全）、不整脈（心室性頻拍・発作性上質性頻拍）（チェックリスト実施者の場合、表の③④に該当）のある方は「短期集中予防サービス意見書」を持って受診してもらう。
※要支援認定がある場合には「主治医意見書」にて代用可能。
※文書料が発生する場合は利用者の自己負担となる。

リハビリ専門職によるアセスメント（必要時）

※以下のケースの場合、リハビリ専門職のアセスメントを行うことも可能
・短期集中予防サービスの利用が適切か判断に迷う
・どのメニューが適切か判断に迷う（訪問か通所か、どの職種や事業所か、等）
・その他、ケアマネジメントの過程で必要と判断した場合

リハ職：「短期集中予防サービスリハ職アセスメント用紙」

リハ職→市→地域包括支援センター等
→地域包括支援センター等→コピーを保管
原本を市

ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

リハビリ専門職によるアセスメント実施時にはリハ専門職の意見も参考に作成。

サービス担当者会議（基本的に福祉事務所高齢係職員も参加）

事業所等関係者と日程調整をし決定後に高齢係へ連絡。

利用者への説明・同意

ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

本人から申込書を記入してもらい、様式一式を市へ原本、コピーを事業所へ提出

サービス利用開始

※月途中からの開始の場合は3か月後の月途中まで利用可能。
（例：10 月 17 日開始→1 月 17 日までの利用）

事業所：報告

・1か月毎の利用実績を市へ報告する。

市：報告と請求

・1か月毎の利用実績を担当地域包括支援センター等へ報告する。
・利用者へ利用料を請求する。（納付書送付）

利用者：利用料の納入

・納付書を持って、郵便局や銀行等へ支払いする。
※月途中から利用開始した場合の支払い
　4か月にまたがっての利用となるが、請求は3か月分
※ケアマネジメント費は4か月目も請求可能。

モニタリング・評価

　3か月（もしくは6か月）終了日までに、事業所は個別支援計画・評価表により評価する。
　地域包括支援センター等はケアプランの目標が達成されたか評価し、再アセスメント、再プランニングを検討する。
　※カンファレンスは事業所での実施が可能。
　※ケアプラン変更の場合はサービス担当者会議が必要だが、軽微な変更の場合は省略可能。
　※アセスメント訪問したリハ専門職についてはカンファレンス参加も可能。

※終了した後、再利用を検討する場合は、まず市へご相談ください。

（3）提出様式

利用申込時	評価実施後
①参加申込書	①個別支援計画・評価表（事業所）
②基本情報	
③服薬情報	
④介護予防サービス・支援計画書	
⑤短期集中予防サービス意見書（必要時）	
⑥短期集中予防サービスリハ職アセスメント表（必要時）	

※利用申込時には地域包括支援センター等が福祉事務所高齢係と事業所へ様式①～⑥を提出
※評価実施後には事業所が地域包括支援センター等と市へ様式①提出

10　地域リハビリテーション活動支援事業について

（1）サービス種別

種別	リハビリ専門職の単発訪問指導
概要	リハビリ専門職が対象者の自宅を訪問し、高齢者の有する能力を評価し、改善の可能性を助言する（個人への指導ではなくケアマネジメント支援）
対象者	65歳以上の方
職種	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
自己負担	無料

（2）利用の流れ

利用申込み

市へ「地域リハビリテーション連絡表」を提出する。

↓

日程調整

リハ職と訪問の日程調整をする。

↓

訪問

必ず同行訪問すること。

＜地域リハビリテーション活動支援事業利用例＞

Ａさん（　70代）　支援2

実施理由	短期集中（通所）を開始して 3 か月で状態改善あり、延長。4 か月目に自宅で転倒後、歩行状態が悪くなり、痛みも伴うことから運動で負荷をかけて良いのかと事業所から相談を受ける。運動による筋肉痛も重なって痛みがあり、坐薬や痛み止めを使用しながら利用していた。痛みの状態と運動継続可否について見極めてもらうために依頼。
結果	筋肉痛による痛みと判断。事業所ともすぐに情報共有する。本人の状態は１段階落ちたところで維持。本人もリハ職に見てもらい、どういう動き方をすれば良いか教えてもらったことで守るようになった。

Ｂさん（80代）　支援2

実施理由	頸椎症と膝関節の変形により徐々に日常生活に支障をきたしているケースだが自立意欲が高く自己流の体操等に取り組んでいた。体操の内容の点検と生活上での工夫点などの助言をいただきたく依頼。
結果	体操の中に関節に負担があるものも含まれていたため、軽めの体操やより効果的な体操を教えてもらい本人も実践。

Ｃさん（80代） 支援2

実施理由	多くの関節に変形があり装具も使用しているケース。運動中心の通所サービスを利用しているが通常の通所介護への移行も検討すべきか悩んでいたため依頼。
結果	運動中心のサービスの継続が望ましいとの助言がありプラン作成の参考とする。また通所事業所にも運動実施方法の助言があり効果的な運動に取り組めるようになった。

11 Ｑ&Ａ

問1 個別機能訓練（Ⅰ）の算定要件のある「専ら機能訓練指導員の職務に従事する職員」が、短期集中予防サービスの職員として従事することができるか。

（答）

平成 27 年 8 月 19 日付け「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインにおけるＱ&Ａ」に記載のとおり、通所介護の運営基準を遵守した上で、指定通所介護等の提供に支障がない範囲で、指定通所介護の提供時間帯に同一の場所を使用して、短期集中予防サービスの提供を行うことは可能であるが、この場合には、プログラムとサービス提供を行う人員を明確に区分して行うことを想定しているため、上記質問については、従事することが出来ないと判断する。

問2 指定訪問介護のサービス提供責任者は、他の事業（介護保険対象外のサービス）をしてはいけないとの指導を受けたが、総合事業は他の事業と考え指定訪問介護のサービス提供責任者は、総合事業のサービスをしてはいけないのか？また、総合事業の訪問事業責任者は、指定訪問介護のサービスを行ってはいけないのか？

（答）

指定訪問介護及び訪問型サービス（現行相当）と同一の事業所において一体的に運営する場合、サービス提供責任者は、指定訪問介護及び訪問型サービス（現行相当）の基準の範囲内で、兼務することが可能です。

問3 住所地特例対象者について、保険者が糸魚川市ではない方へサービス提供を行う場合は、各市への指定申請が必要となるのか。

（答）

このように整理しています。

住所地特例 対象者へのサービス提供について			
保険者	居住施設	利用するサービス	指定申請先
糸魚川市	A市	A市の総合事業	A市
A市	糸魚川市	糸魚川市の総合事業	糸魚川市

問4　住民票を糸魚川市へ置いたまま、他市町村の親族宅に居住しているケースがある。これについてサービスはどうしたらよいか。

（答）

ア　利用者が糸魚川市から住民票を異動し、居住市町村の披保険者となり居住市町村のサービスを利用する。

イ　事業者が利用者に応じた保険者に指定申請を行い、糸魚川市の総合事業としてサービス提供をする。総合事業のサービス市町村によりその内容、指定基準が異なります。

問5　ケアマネジメントＢのモニタリング（適宜）とありますが、適宜の解釈の具体例を教えてください。

（答）

現在の介護予防ケアマネジメントでは、少なくとも3か月に1回のモニタリングの実施が必要となっておりますが、ケアマネジメントＢでは、6か月に1回を基本としています。

問6　通所型サービス（現行相当）の利用者が自宅とサービス事業所間を自身の運転する自家用車で通所することを希望している場合、これを認めてよいでしょうか。

（答）

事業所、地域包括支援センター等関係者で協議のうえ、適切にご判断ください。

問7　他市町村で基本チェックリストにより総合事業対象者となった者が、他市町村から糸魚川市に転居しサービスを利用する場合、糸魚川市で改めて基本チェックリストを実施することは必要か。

（答）

①　転出した市町村から情報提供がされた場合

転出した市町村の基本チェックリストの結果をもって、糸魚川市の事業対象者とすることは可能です。その場合、本人の同意を得たうえで転出した市町村の基本チェックリストやケアプラン等の情報提供等を受け、基本チェックリストを市へ提供してください。

②　転出した市町村の情報を引き継がない場合

通常どおり基本チェックリストを実施し、市へ提出してください。

（平成27年1月9日付け「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインについての Q&A」のとおり）

12　請求までの流れ

項　目	内　　容
申請	要支援認定（更新）申請（認定調査・審査会）、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提　出	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）届出書の提出　⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施（アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等）
利用	ケアプラン交付・サービス利用
請求	給付管理票・請求書の提出（委託元地域包括支援センターへ） ※地域包括支援センター 〇介護予防支援費を国保連に請求　国保連より支払 〇介護予防ケアマネジメント費を市に請求　市より支払

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は市から地域包括支援センターへ費用が支払われます。委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。なお、請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントを分けて請求を行ってください。参考様式：様式集 P29・31（任意の様式でも可）

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント費を市へ請求してください（様式集 P30・31）

詳細につきましては、「糸魚川市　介護予防・日常生活支援総合事業【請求関係版】をご確認ください。