

蓮田市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントの指針

蓮田市在宅医療介護課

令和5年10月



蓮田市『はすびい』

1 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方

(1) 介護保険法の理念

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合において、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

(定義)

第七条 中略

5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪

問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。)を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

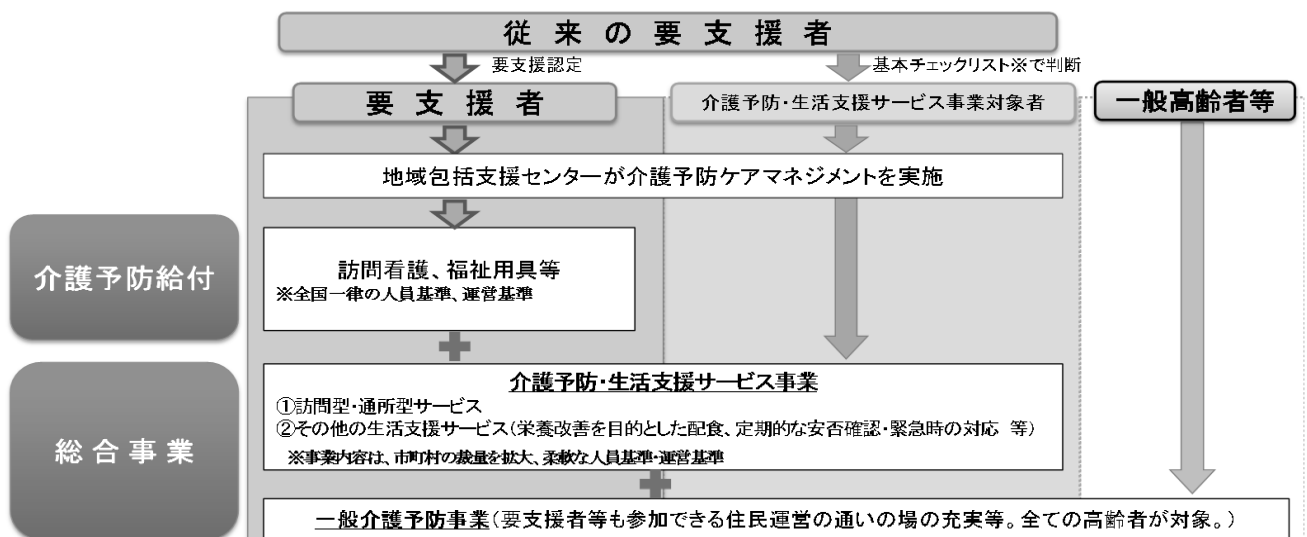
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の目指すもの

- ◎ 要支援者等に係るサービス提供については、高齢者を含めた幅広い世代の市民・ボランティア団体や事業者等の様々な地域資源を活用し、多様な主体による多様なサービスの提供を推進する。
- ◎ 介護予防ケアマネジメントにより、サービスの提供をケアプランに位置づけるに当たっては、単に支援につなげるだけではなく、要支援者等がその知識や能力を生かして、地域における集いの場に自ら積極的に参加していくように促すなど、社会とのつながりをつくっていくことができるよう支援する。

(3) 総合事業の利用について

総合事業のサービス利用の流れ

- 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、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 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て「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



◎ 基本チェックリストの実施

相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを利用できるように本人の状況を確認するツールとして用いる。

訪問介護、通所介護以外のサービス利用を希望しない場合に、要介護・要支援認定を省略して基本チェックリストを実施し、生活機能が低下していると判定された場合、総合事業対象者となる。※ただし、要介護・要支援認定申請を希望するかたの意向を妨げないことが原則。

- ・事前に担当介護支援専門員と必要なサービス内容の相談、合意が必要。
- ・有効期間終了時に、認定調査を受けることなく総合事業対象者として切れ目なくサービスを利用できる利点がある。

認定の申請を必要とするかた	認定の申請を省略できるかた
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 訪問型・通所型サービス以外のサービスを利用するかた（福祉用具の貸与、訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリ、住宅改修など） ◆ 65歳未満のかた（第2号被保険者） 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 訪問型サービス・通所型サービスのみを利用するかた ※ 認定調査を受ける代わりに、基本チェックリストを実施し、生活機能が低下していると判定されることで介護予防・生活支援サービスを受けることが可能。

◎ 利用の手続き

対象者	手続きの窓口
◆ 要介護・要支援認定（要支援者）	長寿支援課
◆ 基本チェックリストの判定（事業対象者）	在宅医療介護課

・原則、被保険者本人が直接、相談窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）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聴き取り、適切なサービスの利用につなげる。

・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所からの代行による基本チェックリストの提出を可とする。

- ・要支援認定の手続きは従来どおり。

◎ 事業対象者の書類等

① 基本チェックリストの判定により、総合事業の対象になったかたが第1号事業を利用しようとするときは、「蓮田市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書」に当該者が実施した基本チェックリスト及び被保険者証を添えて、市（在宅医療介護課）に申請する。

② 市（在宅医療介護課）は事業対象者として確認し、「蓮田市介護予防・日常

生活支援総合事業対象者確認通知書」により申請者に通知する。

- ③ 市（在宅医療介護課）は、事業対象者である旨、基本チェックリストの実施日等を被保険者証に記載し、発行する。
- ④ 事業対象者は、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）届出書を市（在宅医療介護課）に提出。届出は、担当地域包括支援センターによる代行での提出が可能。

《事業対象者の被保険者証》 ※被保証表面（二）からの抜粋

要介護 状態区分等	事業対象者
認定年月日 （事業対象者の場合、基本チェックリスト実施日）	令和◎年○月△日
認定の有効期間	令和◎年○月△日～

2 介護予防ケアマネジメント

（1）介護予防ケアマネジメントと介護予防支援

総合事業による介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センター等が居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、本人の状況や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するもの。

種類 （サービス内容）	要支援者 （給付）	要支援者 （給付＋事業）	要支援者 （事業のみ）	事業対象者 （事業のみ）
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

◎実施主体

- ① 地域包括支援センター
- ② 指定居宅介護支援事業所（地域包括支援センターからの委託）

※地域包括支援センターは、委託した場合も、初回のアセスメントに関与、地域ケア会議等を活用するように努める。

《地域包括支援センター別担当地区》

名称・所在地・電話番号	担当地区	運営
蓮田市 黒浜 地域包括支援センター 住所：黒浜 2799 番地 1 (市役所在宅医療介護課内) 電話：768-3111 (内 198)	(黒浜圏域) 江ヶ崎、川島、黒浜、桜台、 笹山、城、椿山、西新宿、 西城、藤ノ木、緑町、南新 宿	市直営
蓮田市 蓮田 地域包括支援センター 住所：本町 6-1 (蓮田駅西口行政センター内) 電話：764-5115	(蓮田圏域) 綾瀬、御前橋、上、末広、 関山、蓮田、東、本町、馬 込、見沼町、山ノ内	社会福祉法人 元気村 委託
蓮田市 閏戸・平野地域包括支援センター 住所：閏戸 1885 (社会福祉法人吉祥福寿会「吾亦紅」内) 電話：766-0022	(閏戸・平野圏域) 井沼、閏戸、貝塚、上平野、 駒崎、高虫、根金	社会福祉法人 吉祥福寿会 委託

◎介護予防ケアマネジメントの類型

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方

ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数の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 	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> →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》
ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合 	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> →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【間隔をあけて必要時時期を設定】)
ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合 	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> →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等への説明・送付 →サービス利用開始 (利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

※()内は、必要に応じて実施

◎ 委託と報酬、請求について

種類	対象者	委託単位	初回加算 単位	連携加算 (※) 単位	種類 コード
介護予防ケア マネジメント	要支援者 事業対象者	438	300	300	AF

(※) 連携加算＝委託連携加算

- ① それぞれの請求書、実績報告書等は翌月7日までに地域包括支援センターに提出。

※土日、祝日にかかる場合は提出日を繰り上げますのでご了承ください。

- ② 初回加算の算定は、従来の介護予防支援と同様。

※介護予防支援と介護予防ケアマネジメント間の異動については、終了から2か月の期間があいていない場合の算定はできません。

- ③ 地域包括支援センターが居宅介護支援事業者にケアプランを委託する際、委託する初回に限り、情報連携等を評価する加算として算定。
- ④ 介護予防ケアマネジメントの委託料は、介護予防支援費同様に、国保連合会から直接支払われます。

◎ ケアマネジメントA

- ① 3 か月毎にモニタリングを実施し、計画実施・状況の把握、目標達成について評価をおこないます。
- ② 事業対象者の認定期間は設定されていませんが、3か月毎にモニタリングを実施し、実施状況の把握、目標達成について評価をする必要があります。

◎ ケアマネジメントB

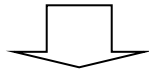
- ① 利用開始時のケアプラン作成、サービス担当者会議を実施します。
- ② モニタリングは必要時に実施します。
- ③ 請求はモニタリング実施、及びケアプラン作成（サービス担当者会議を含む。）実施の月において介護予防ケアマネジメント費を請求できます。

(2) 介護予防ケアマネジメントの考え方

◎ 自立支援に資するケアマネジメントとは

【例えば】… 足腰が弱くなってきたのでお風呂掃除をするのが大変！
⇒お風呂掃除をヘルパーに代行してもらう。

×生活上の困りごとを単に補う支援



⇒ヘルパーに手伝ってもらいながら、お風呂掃除を自身で出来るようになるために運動機能向上、生活機能改善の訓練に通う。本人ができるお風呂掃除の方法をリハビリ専門職に相談（地域ケア会議）。

○生活上の困りごとを解決する支援

① アセスメント（課題分析）

目的：本人の望む生活（～したい。）と現状の生活（～できない。）のギャップについて、「なぜできないのか」という要因を分析し、生活機能を改善するために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにする。

ポイント

- ・支援が必要になった理由は？いつから？・生活の中で困っていることは具体的には何だろう？ ・どのような生活を望んでいるのだろう。
- ☆介護予防の考え方を本人、家族に説明し、生活機能が低下している理由を聞き取りましょう。
- ☆生活機能を改善するための取組を本人、家族に提案しましょう。

② ケアマネジメント

- ・本人の生活機能の向上に対する意欲を引き出す。
- ⇒ 生活機能改善後の生活をイメージできるようにする。
- ⇒ 本人と一緒に具体的な目標を立てる。
- ☆目標は、本人の生きがいや楽しみにつながるもの。
- ☆実現可能な目標であること。
- ☆達成できたことを評価しやすい目標であること。

※ 課題分析や目標設定に迷うときは、自立支援型地域ケア会議を活用しましょう。

※ 「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」の活用

※ 「興味・関心チェックシート」の活用

③ モニタリング・評価

目的：計画の実施状況、目標達成状況、支援内容が本人に適しているか、新たな目標は何か、について確認し、ケアプランの変更を行う。

- ☆ 目標達成 ⇒
- ・更にステップアップした目標設定、ケアプラン再作成
 - ・サービス利用からの卒業 一般介護予防事業への参加
 - ・社会参加 地域の中で役割をもって生き生きと活動

※ 訪問介護員や通所サービスでの交流から、さらに活動や交流範囲を広げていきましょう。地域のひとが集まる場に参加し、地域の中での居場所をみつけれられるような支援をお願いします。

（地域のサロン、はすぴい元気体操、はすぴいスマイルフィットなど）

- ☆ 目標未達成 ⇒
- ・達成できなかった原因は何か、ケアプラン再作成

※ 自立支援型地域ケア会議等を活用し、リハビリ専門職等に相談しましょう。

3 介護予防・生活支援サービス

(1) 訪問型サービス（第1号訪問事業）

◎ 旧介護予防訪問介護では、月額報酬（定額制）とされていたが、総合事業の訪問型サービスでは、原則として、一回あたりの単価報酬とする。

◎ 加算・減算について

・訪問介護（相当サービス）については、令和3年厚生労働省告示第72号に定める単位に従う。

・サービスAについては下表のとおりとし、訪問介護相当サービスと同等の基準にて算定するものとする。

サービス	単位数	対象者	加算・減算
訪問介護相当サービス	◎ 週1回程度（月4回まで） 268単位/回 *月4回超える場合 上限 1, 176単位/月	要支援1・2 事業対象者	令和3年厚生労働省告示第72号に定める単位
	◎ 週2回程度（月8回まで） 272単位/回 *月8回超える場合 上限 2, 349単位/月		
	◎ 短時間サービス167単位/回 （20分以内の身体介護 月22回まで）		
	◎ 週3回以上（月12回まで） 287単位/回 *月12回を超える場合 上限 3, 727単位/月	要支援2 事業対象者	
訪問型サービスA （緩和した基準による）	◎ 1回 202単位（月5回まで） *月5回超える場合 上限 1, 176単位/月	要支援1・2 事業対象者	加算（1月につき） 初回加算 200単位 生活機能向上連携加算Ⅰ 100単位 生活機能向上連携加算Ⅱ 200単位

① 報酬の算定

- ・訪問型サービスの報酬として算定できる行為の基準は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号 厚生労働省老人保健福祉局老人福祉計画課長通知）に示されているものとする。
- ・訪問介護相当サービスでは、身体介護と生活援助の2区分について提供し、訪問型サービスAについては、生活援助のみ提供可能とする。
- ・介護予防サービス計画書に位置づけがないものは算定不可とする。
- ・報酬の対象となるかどうか判断がつかない場合は、市に確認を求めるものとする。

例) ○利用者が不在のときに行ったサービス提供⇒算定不可

○利用者からの拒否があり、サービスが提供できなかった⇒算定不可

※利用者の都合による急なキャンセル等で報酬の算定が出来ない場合について、契約時に利用者との間で、キャンセル料等の規程を定めておくことが重要となる。

② 日割り計算について

- ・月額報酬にて算定時、月途中で以下に該当する事由のある場合はサービス利用期間を日割り計算とする。
- ア 区分変更（要支援1⇔要支援2、要支援⇔要介護）
- イ サービス事業所の変更
- ウ 事業所指定の有効期間開始又は終了等
- エ 利用者との契約開始又は解除
- オ 施設系サービスの入所や入居
- カ 小規模多機能型居宅介護の登録又は契約解除

③ 利用料について

- ・訪問型サービスの利用料負担割合は、介護給付の利用者負担割合と同様に原則1割から3割とする。
- ・利用者は事業者へ直接利用料を支払う。

(2) 通所型サービス（第1号通所事業）

- ◎ 旧介護予防通所介護では、月額報酬（定額制）とされていたが、総合事業の通所型サービスでは、原則として、一回あたりの単価報酬とする。
- ◎ 加算・減算について
 - ・通所介護（相当サービス）については、令和3年厚生労働省告示第72号に定める単位に従う。
 - ・サービスAについては下表のとおりとし、通所介護相当サービスと同等の基準にて算定するものとする。

サービス	単位数	対象者	加算・減算
通所介護 相当サービス	◎ 月4回まで 384単位/回 *月4回を超える場合は 上限 1,672単位/月	要支援1 事業対象者	厚生労働省告示第72号に定める単位
	◎ 月5回から8回まで 395単位/回 *月8回を超える場合 上限 3,428単位/月	要支援2 事業対象者	
通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	◎ 2～5時間未満 送迎なし 284単位/回 送迎あり 324単位/回 ・5時間以上 送迎なし 304単位/回 送迎あり 344単位/回 *月8回までを上限とする。	要支援1 要支援2 事業対象者	加算（1月につき） 生活機能向上グループ活動加算 100単位 運動器機能向上加算 225単位 栄養改善加算 200単位 口腔機能向上加算Ⅰ 150単位 口腔機能向上加算Ⅱ 160単位 運動器機能向上及び栄養改善加算 480単位 運動器機能向上及び口腔機能向上加算 480単位 栄養改善及び口腔機能向上加算 480単位 運動器機能向上及び栄養改善及

			び口腔機能向上加算 700 単位 事業所評価加算 120 単位 若年性認知症利用者受入加算 240 単位 栄養アセスメント加算 50 単位 生活機能向上連携加算Ⅰ 100 単位 生活機能向上連携加算Ⅱ 1 200 単位 生活機能向上連携加算Ⅱ 2 100 単位 科学的介護推進体制加算 40 単位 加算（1 回につき） 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 20 単位 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ 5 単位
--	--	--	--

① 日割り計算について

- ・月額報酬にて算定時、月途中で以下に該当する事由のある場合はサービス利用期間を日割り計算とする。

ア 区分変更（要支援1⇔要支援2、要支援⇔要介護）

イ サービス事業所の変更

ウ 事業所指定の有効期間開始又は終了等

エ 利用者との契約開始又は解除

オ 施設系サービスの入所や入居

カ 小規模多機能型居宅介護の登録又は契約解除

② 利用料について

- ・通所型サービスの利用料負担割合は、介護給付の利用者負担割合と同様に原則1割から3割とする。
- ・利用者は事業者へ直接利用料を支払う。

(3) 留意事項

① 申請期間中に前倒しで利用したサービスとその費用の考え方

認定等結果	給付サービスのみ	給付サービスと総合事業	総合事業のみ
事業対象者	全額自己負担	<ul style="list-style-type: none"> 給付分は全額自己負担 事業分は事業費 介護予防ケアマネジメント費 	<ul style="list-style-type: none"> 事業費 介護予防ケアマネジメント費
要支援認定者	予防給付費	<ul style="list-style-type: none"> 予防サービスは予防給付費 総合事業分は事業費 介護予防支援費 	<ul style="list-style-type: none"> 事業費 介護予防ケアマネジメント費
要介護認定者	介護給付費	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスは介護給付費 事業分は、介護サービス利用開始前までは事業費 居宅介護支援費 	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス利用前までのサービス分を事業費

② 区分限度額

利用者区分	サービス	支給限度額	利用者負担
事業対象者	総合事業	5,032単位	1割から3割
要支援1	予防給付		
	総合事業		
	給付+事業		
要支援2	予防給付	10,531単位	
	総合事業		
	給付+事業		