

草津市介護予防・日常生活支援総合事業 実施マニュアル

(介護予防ケアマネジメント版)



草津市長寿いきがい課

令和8年4月

目次

1. 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントとは	1
2. 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する市の基本方針	1
3. 介護予防ケアマネジメント類型と考え方	2
4. 実施主体（実施担当者）	2
5. 実施の手順	3
(1) 概要	3
(2) 介護予防ケアマネジメントの流れ（居宅介護支援事業所への再委託の場合）	4
(3) 手順のポイント	12
6. 短期集中予防サービス（通所・訪問一体型）、生活サポート事業について（ケアマネジメントA）	15
(1) サービス種別	15
(2) 流れ	15
7. 【訪問型】短期集中予防サービス、【その他のサービス】高齢者配食サービス事業（ケアマネジメントB）	18
(1) サービス種別	18
(2) 流れ	18
8. いきいき百歳体操、地域サロン等一般介護予防（ケアマネジメントC）	20
(1) サービス種別	20
(2) 流れ	20
【参考】サービス利用にかかる判断の参考基準	21
9. 総合事業のサービスをケアプランに位置付ける場合の考え方	22
10. 相当サービス（介護予防型サービス）の利用について	23

1 1. 報酬（予定単価、加算）、支払.....	25
(1) 単価及び加算.....	25
1 2. 請求までの流れ.....	26
1 3. 認定にかかるサービス利用と費用の流れ.....	27
1 4. 契約とケアマネジメント依頼届について.....	30
1 5. 事業対象者の有効期間について.....	30
1 6. 支給限度額の取り扱いおよびサービスの利用回数について.....	30
(1) 支給限度額.....	30
(2) 支給限度額を算定するサービス.....	31
(3) サービスの利用回数について.....	31
【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.....	33

1. 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントとは

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」といいます。）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」といいます。）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。

2. 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する市の基本方針

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。

利用者が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら、目標指向型のケアプランを作成し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につなげていくことが重要です。

更に、地域での社会参加の機会を増やし、「役割や生きがいを持って生活する」と思うことができるよう働きかけていくことが重要です。

【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
- ・利用者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
- ・心身機能向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活動の場へのつなぎ

●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加え、以下の類型を想定しています。

表1 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(通所・訪問一体型)を利用する場合	・①又は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)	・ケアマネジメントの結果、いきいき百歳体操などの一般介護予防等を利用する場合
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	地域包括支援センター
対象事業	【訪問型サービス】 ・介護予防型訪問サービス ・生活支援型訪問サービス ・生活サポート事業 【通所型サービス】 ・介護予防型デイサービス ・活動型デイサービス ・短期集中予防サービス (通所・訪問一体型)	【訪問型】 ・短期集中予防サービス(専門職等の派遣) 【その他のサービス】 ・高齢者配食サービス事業	【訪問型】 ・住民主体による支援 【通所型】 ・住民主体の自主活動による活動の場 ・週1回程度の通いの場 いきいき百歳体操、地域サロン等
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【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〕 ⇒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(適宜)〕	アセスメント ⇒ケアマネジメント結果案作成 ⇒利用者と一緒に目標設定 【介護予防手帳記入の支援】 ⇒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

※〔 〕内は、必要に応じて実施

4. 実施主体(実施担当者)

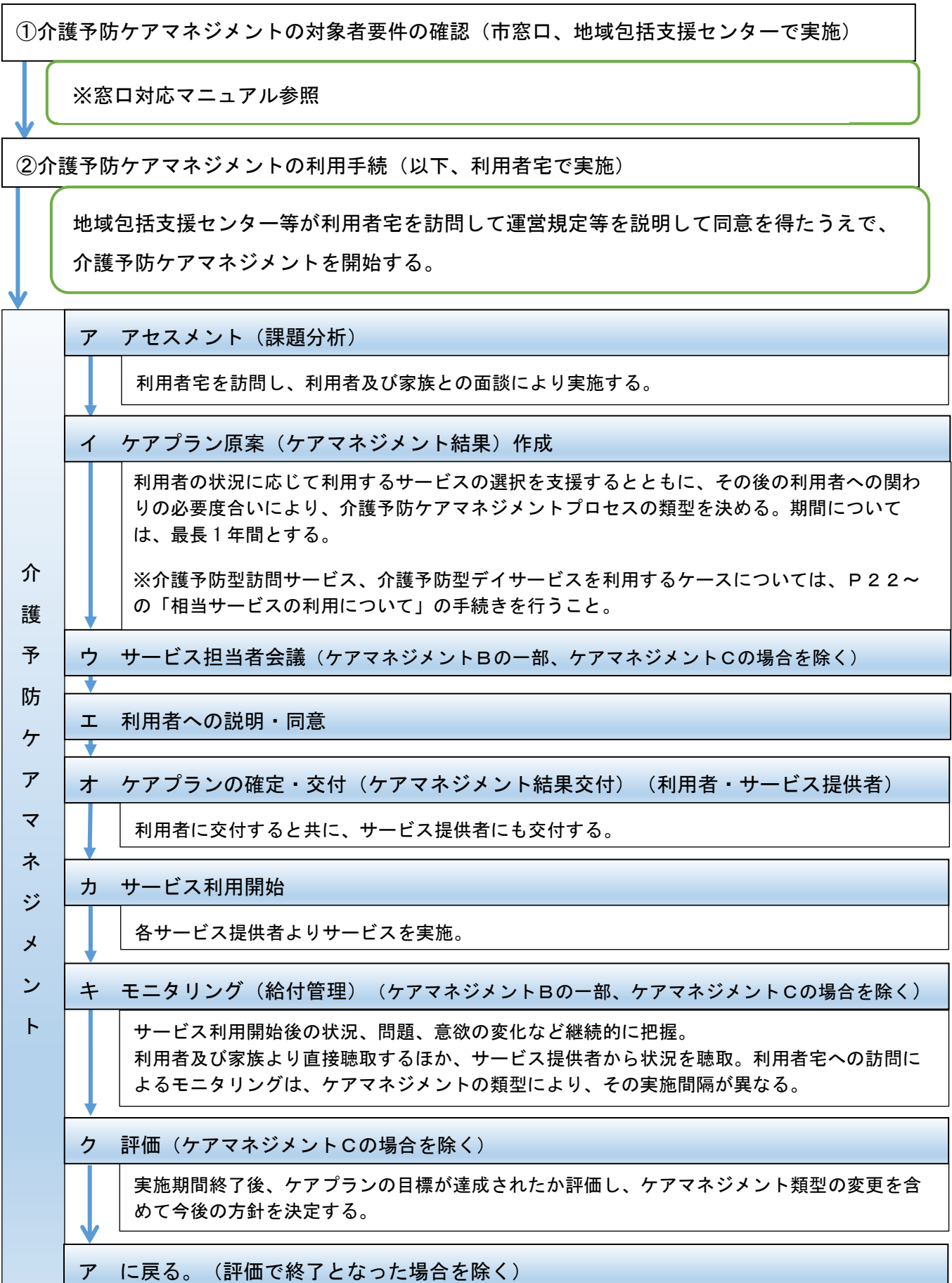
利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託できることとします。

(地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所との委託契約が必要となります。)

※ケアマネジメントAの短期集中予防サービス(通所・訪問一体型)についても、R1年度から指定居宅介護支援事業所への委託も可としています。

5. 実施の手順

(1) 概要



(2) 介護予防ケアマネジメントの流れ（居宅介護支援事業所への再委託の場合）

※指定事業所のサービスを利用するケアマネジメントAの流れ（事業対象者決定後の流れ）

	圏域地域包括支援センター	居宅介護支援事業所（委託先）	市	サービス提供事業者
サービス提供前月	<p>利用申込み受付・契約締結（利用者宅訪問）</p> <p>①介護保険被保険者証の確認</p> <p>②居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書、介護保険被保険者証を市へ提出。</p> <p>③契約書及び重要事項説明書の交付・説明・同意</p> <p>【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書】</p> <p>※居宅介護支援事業所に業務委託する場合は、当該居宅介護支援事業所と契約を交わす。</p> <p>情報収集・委託先へプラン作成に係る必要情報の提供</p> <p>利用者基本情報または受付シートを作成。</p>	<p>※必要時、包括の契約訪問に同行</p> <p>居宅サービス等計画作成依頼届は、予防給付から継続で、すでに届を提出済みの場合は不要です。</p> <p>情報収集</p> <p>包括から資料【利用者基本情報および受付シート】を受け取り、情報収集を行う。</p> <p>①利用者基本情報</p> <p>②興味関心チェックシート、基本チェックリスト</p>	<p>居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書の受け取り</p>	

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">サービス提供前月</p>	<p style="text-align: center;">介護予防サービス・支援計画の確認</p> <p>※サービス担当者会議開催前までに、委託先ケアマネジャーから【利用者基本情報、基本チェックリスト、興味関心チェックシート、介護予防サービス・支援計画（原案）】を受け取り、方向性の確認をおこなう。</p>	<p>③課題分析</p> <p>④特に通所型サービスを希望している場合は、「草津市版通所型プログラム参加に係るチェックシート」を実施し、該当した場合は医療との連携を密にし、サービス利用にあたり身体的リスク面等について、書面等できかりつけ医の判断を求める。また、該当しない場合であっても、対象者に受診を促しプログラム参加にあたっての注意点等について対象者自身で確認する等の指導を行い、身体的なリスク面についての確認を行うこと。</p> <p style="text-align: center;">介護予防サービス・支援計画（原案）の作成</p> <p>①利用者及び家族とともに、介護予防サービス・支援計画書（原案）を作成する。</p> <p>②目標に向けての必要期間を鑑み、計画書の期間を定める。最長でも1年間とする。評価時期を必ず具体的に明記すること（例：「R1.10月とR2.4月」）。最長でもサービス担当者会議の6か月後には評価を行い、計画の見直しが必要な場合は改めて計画書を作成する。</p> <p>サービス担当者会議開催前までに、包括担当者に【利用者基本情報、基本チェックリスト、興味関心チェックシート、介護予防サービス・支援計画書（原案）】を提出。</p>		<p style="color: red; text-align: center;">相当サービス（介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス）を利用する場合は、P22～の「相当サービスの利用について」を参照のこと。</p>
---	--	---	--	--

サービス提供前月	<p>サービス担当者会議の出席</p> <p>圏域地域包括支援センター職員が確認し、署名する。</p> <p>※【介護予防サービス・支援計画表】を受け取る。</p> <p>※意見欄は必要時、記載。</p>	<p>サービス担当者会議の開催</p> <p>①介護予防サービス・支援計画書の目標を共通認識し、役割分担を確認</p> <p>②介護予防サービス内容確認と頻度の調整</p> <p>③必要に応じプランの修正</p> <p>④介護予防サービス・支援計画原案の最終決定</p> <p>介護予防サービス・支援計画書の提出</p> <p>①介護予防サービス・支援計画（原案）を基に計画を決定。</p> <p>②利用者及び家族へ介護予防サービス・支援計画書を交付・説明し、同意書欄に自署または記名をもらう。サービス利用票・利用別表を渡し、利用料金等について説明する。（サービス導入当初・変更時）</p> <p>③サービス提供事業者へ【介護予防サービス・支援計画書・サービス提供票・別表】を渡す。</p> <p>④【介護予防サービス・支援計画書（原紙）】を包括支援センターへ提出。</p> <p>介護予防サービス内容についての把握</p> <p>* 担当者会議開催後、サービス提供事業所による個別サービス計画書の受理・確認。</p> <p>サービス提供事業者からの結果報告の確認</p>	<p>サービス担当者会議への出席</p> <p>ケアプランについて、共通理解のうえ、サービス利用頻度や内容を検討する</p> <p>利用者との契約</p> <p>サービス提供</p> <p>①事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅を訪問し、面接、アセスメント実施 ・介護予防・サービス計画にも基づいた個別サービス計画の作成 ・利用者・家族へ個別サービス計画の交付・説明同意・委託先居宅支援事業所へ提出、個別サービス計画に基づいたサービスの提供
----------	---	--	---

サービス利用月	<p>【包括に報告、連絡、相談が必要な場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 利用者の状態にプラン変更が必要になるような変化があった場合、または入院、長期にわたりサービスが休止となるような場合（給付管理の発生しない場合を含む） * サービス種別の変更、追加、理由書提出時 * 転居で住所が変わる場合 * 区分変更時 * 事業所内、外でのケアマネ交代時 * サービス利用終了時 * 苦情発生時 	<p>【介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点含む）】</p> <ul style="list-style-type: none"> * サービス提供事業者からの報告書の添付、把握した状況について記載。 <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">利用者の状況把握（モニタリング）</p> <p>少なくとも3ヶ月に1回は、利用者宅への訪問による面接をする。それ以外の月は、事業所訪問や利用者への電話連絡等をして利用者自身にケアプランの実施状況について確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 状況変化があった場合は必要に応じ利用者宅を訪問。状況変化時、長期にわたるサービス休止時（給付管理の発生しない場合を含む）等は包括支援センターへ連絡をする。 <ol style="list-style-type: none"> ①サービス利用状況、利用者の生活の変化等を把握。 ②プラン見直しの必要性について検討。 <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">見直しの必要性があれば、初回の経過作成時の手順により見直し</p> <p>【介護予防サービス・支援計画（把握した状況等について必要に応じ追記・修正）、介護予防支援経過記録（把握した状況等について記載）】</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">業務実施報告書の作成業務</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者へサービス利用実績の確認 	<p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">モニタリング</p> <ol style="list-style-type: none"> ①実施状況のモニタリング・記録 ②委託先居宅介護支援事業所へサービス実施状況を報告 <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">サービス提供実績の報告</p> <ul style="list-style-type: none"> * 毎月、利用者ごとのサービス提供実績を、委託先居宅介護支援事業所へ
---------	---	--	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">サービス利用月</p>	<p>給付管理業務</p> <p>①委託先居宅介護支援事業所から業務実施報告書を受理</p> <p>②事業所から帳票提出状況を確認</p> <p>③給付管理票・介護予防給付明細書作成</p> <p>④翌月10日までに国保連に伝送分磁気媒体で提出</p> <p>【給付管理票・給付管理総括表・介護給付費明細書】</p>	<p>②利用者に確認した実績と、サービス事業者から送付された実績を突合する。</p> <p>③業務実績報告書を作成し、包括支援センターへ翌月5日までに提出する。</p> <p>【業務実績報告書・請求書サービス利用票・別表】</p>	<p>月末締めで、翌月初めに送付</p> <p>給付管理業務</p> <p>①介護給付明細書を作成</p> <p>②翌月10日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出</p> <p>事後アセスメント</p> <p>* 個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価</p>
--	---	---	--

<p>評価月（プラン期間終了時）</p>	<p>評価票確認</p> <p>委託先居宅介護支援事業所から【支援経過表・評価票】を受け取り、評価内容の把握、今後の方針決定の確認を行う。※意見欄は必要時記載。</p> <p>※初回のサービス担当者会議には原則出席。以降は、ケアマネジャーと相談の上、必要時出席する。</p>	<p>評価訪問（訪問・面接）</p> <p>* 最長でもサービス開始後6ヶ月で評価を行う。</p> <p>サービス提供事業所が行った評価の把握、評価項目に基づき目標達成状況の評価をし、今後の方針決定をする。（プランの終了・継続・変更）⇒次回プラン作成に向けて評価を行う。</p> <p>中間評価</p> <p>評価内容は支援経過記録に記載し、支援経過記録を実績報告時に包括に提出。</p> <p>サービス追加時・区分変更時の評価</p> <p>評価内容は支援経過記録に記載し、支援経過記録、支援計画書（評価票併用も可）を実績報告時に包括へ提出。</p> <p>プラン更新時の評価</p> <p>評価票を記入し、支援経過記録と併せて翌月実績報告時に包括へ提出。</p> <p>* 原則、プランの期間終了時にはサービス担当者会議を開催することとするが、P14に記載の条件にあてはまる場合は、地域包括支援センター担当者と協議の上、サービス担当者会議は省略することができる。</p> <p>【介護予防支援・サービス評価表、介護予防サービス・支援経過記録、介護予防サービス・支援計画書、その他】</p> <p>* プラン終了⇒必要時、包括が継続フォロー</p>	<p>効果の評価</p> <p>* 委託先の居宅介護支援事業所へ提出</p>
----------------------	--	---	---

		<p>* プラン変更⇒プラン変更する必要がある場合は、原則サービス担当者会議を開催のこと</p> <p><u>プラン終了時の評価</u></p> <p>評価票を記入し、支援経過記録と併せて包括へ提出。</p>		
--	--	--	--	--

●地域包括支援センターへの提出資料（居宅介護支援事業所⇒地域包括支援センター）

初回時（サービス担当者会議終了時）	<ul style="list-style-type: none"> * 基本チェックリスト * 利用者基本情報 * 興味関心チェックシート（初回のみ） * 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
中間評価時	<ul style="list-style-type: none"> * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
サービス追加時・区分変更時	<ul style="list-style-type: none"> * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 * 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） （* 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価票）
プラン更新時	<ul style="list-style-type: none"> * 基本チェックリスト * 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表） * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価票 * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
プラン終了時	<ul style="list-style-type: none"> * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価票 * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

(3) 手順のポイント

<p>アセスメント ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。 ○より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」を利用し本人の趣味活動、社会活動、生活歴等を聞き取りながら、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになる」という目標に変換していく作業が必要である。 ○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 ○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、どのように気を付けるように言われているかを確認する。（医療との連携を大切にする。） <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●利用者基本情報 ●基本チェックリスト ●興味・関心チェックシート </div>
<p>ケアプラン原案作成 (ケアマネジメントCは除く) ●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・各サービスの特徴を捉え、本人の状態や意向にあったサービスを選択する ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を十分本人に説明すること <div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表） ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB） </div>
<p>相当サービスの利用について</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○草津市では、相当サービス（介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス）を利用できるのは、専門職による支援が必要と認められる人のみです。 ○詳しくは、P21～23を参照のこと。
<p>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</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有する。 ○利用者の課題・目標・支援の方針・支援計画等を確認、共通認識し、支援の方向性を共有する。 ○本人、事業所から目標達成のための意見を促す。 ○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等を共有する。 ○介護予防ケアプランにおけるサービス事業所の役割を相互に理解する。 ○地域の公的サービス・インフォーマルサービスについて情報共有し、その役割を理解する。 ○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。 ○モニタリングの方法等、今後の関わり方を事前に伝えておく。

	<p><開催時期></p> <ul style="list-style-type: none"> ○初回の介護予防ケアプラン作成時 ○要支援認定の更新認定、区分変更認定を受けた時 ○介護予防ケアプランの変更時 ○提供されているサービスが介護予防ケアプランの期待した効果を果たしていないと考えられる場合などの必要時 ○介護予防ケアプランの期間終了の評価時（場合によっては省略可※P 1 2「評価」項目を参照のこと） <div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表）、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB） ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む） </div>
<p>モニタリング</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人の取り組みも含め、サービス内容についての満足度の確認。 ○目標達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていく。 <p><実施時期および方法></p> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス提供の開始月の翌月から起算して少なくとも3ヶ月に1回、また、利用者の状況に著しい変化があったときは、訪問して面接をする。 ○上記以外の月は、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合には電話等により利用者との連絡を実施する。

評価	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人の取組も含め、サービス内容についての満足度の確認。 ○目標達成状況を確認し、必要に応じて、今後のケアプランを見直す。 ○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。 <p><評価時期></p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防ケアプランの期間終了時 ○ケアマネジメントAについては、少なくとも6ヶ月に1回 <p><介護予防ケアプランの期間終了時の評価方法について></p> <ul style="list-style-type: none"> ○サービス提供事業所からの報告だけでなく、利用者（家族）の意見を聞く必要があるため、利用者の居宅を訪問し実施する。 ※原則、サービス担当者会議を開催する。ただし、包括と居宅に委託している場合は委託先担当ケアマネジャーと協議の上、<u>次の①～③がすべて満たされていると判断できる場合は、その旨を経過記録に記載し、サービス担当者会議を省略することができる。</u> <p>〔評価時のサービス担当者会議を省略できる場合〕</p> <p>以下の①～③すべてが満たされていること</p> <ul style="list-style-type: none"> ①利用者の状況に変化がなくサービス内容の変更がない ②利用者（家族）・包括担当者・ケアマネジャー・サービス提供事業者間（サービス提供事業者同士を含む）の情報共有が図れている ③専門職からの意見聴取の必要がない <p>なお、サービス担当者会議を省略する場合においても、ケアマネジャーや包括担当者が必要と判断した場合は、利用者の居宅訪問を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○基本チェックリストを活用し、利用者の状況の変化を把握する。 <div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む） ●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 ●介護予防ケアマネジメント サービス評価表（ケアマネジメントB） </div>
----	--

表1 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 ー：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	○	○	ー
サービス担当者会議	○	△	ー
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付	○	○	（○）ケアマネジメント結果
モニタリング	○	△	ー

6. 短期集中予防サービス（通所・訪問一体型）、生活サポート事業について（ケアマネジメントA）

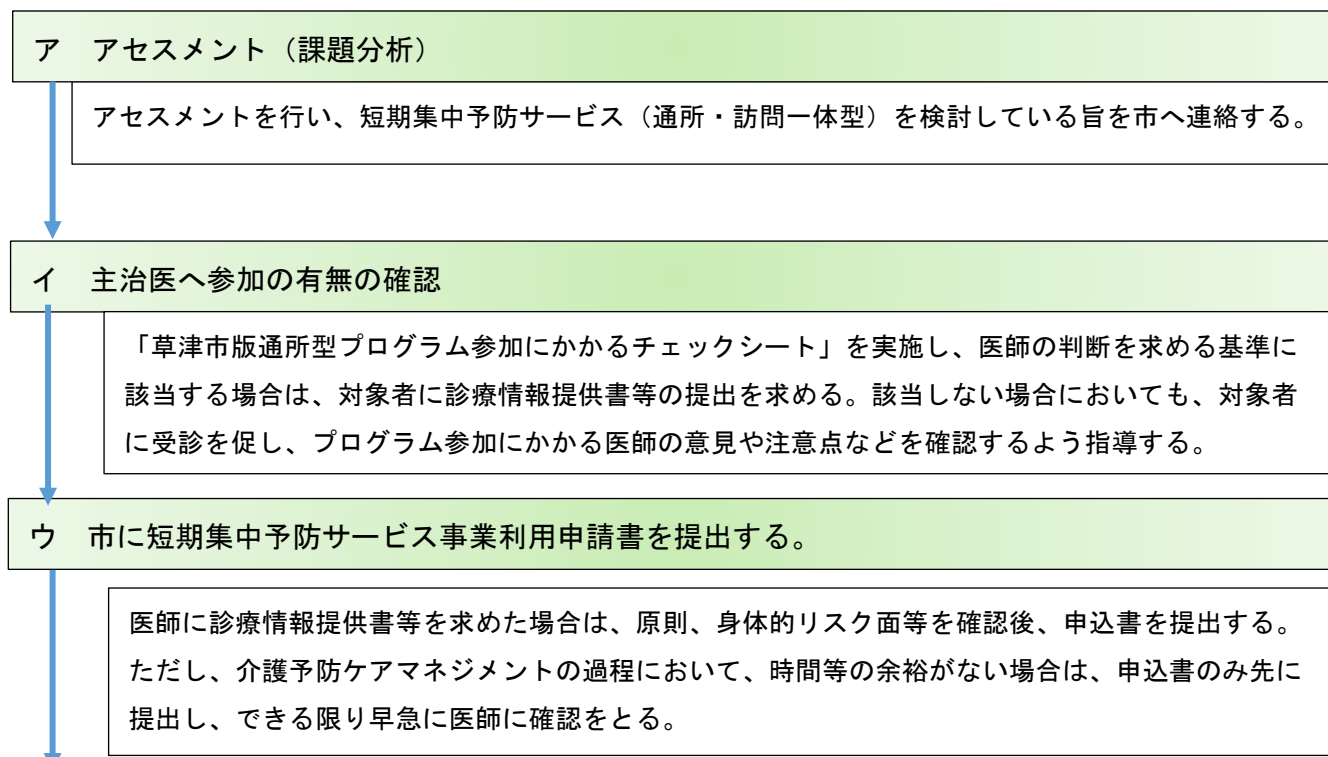
（1）サービス種別

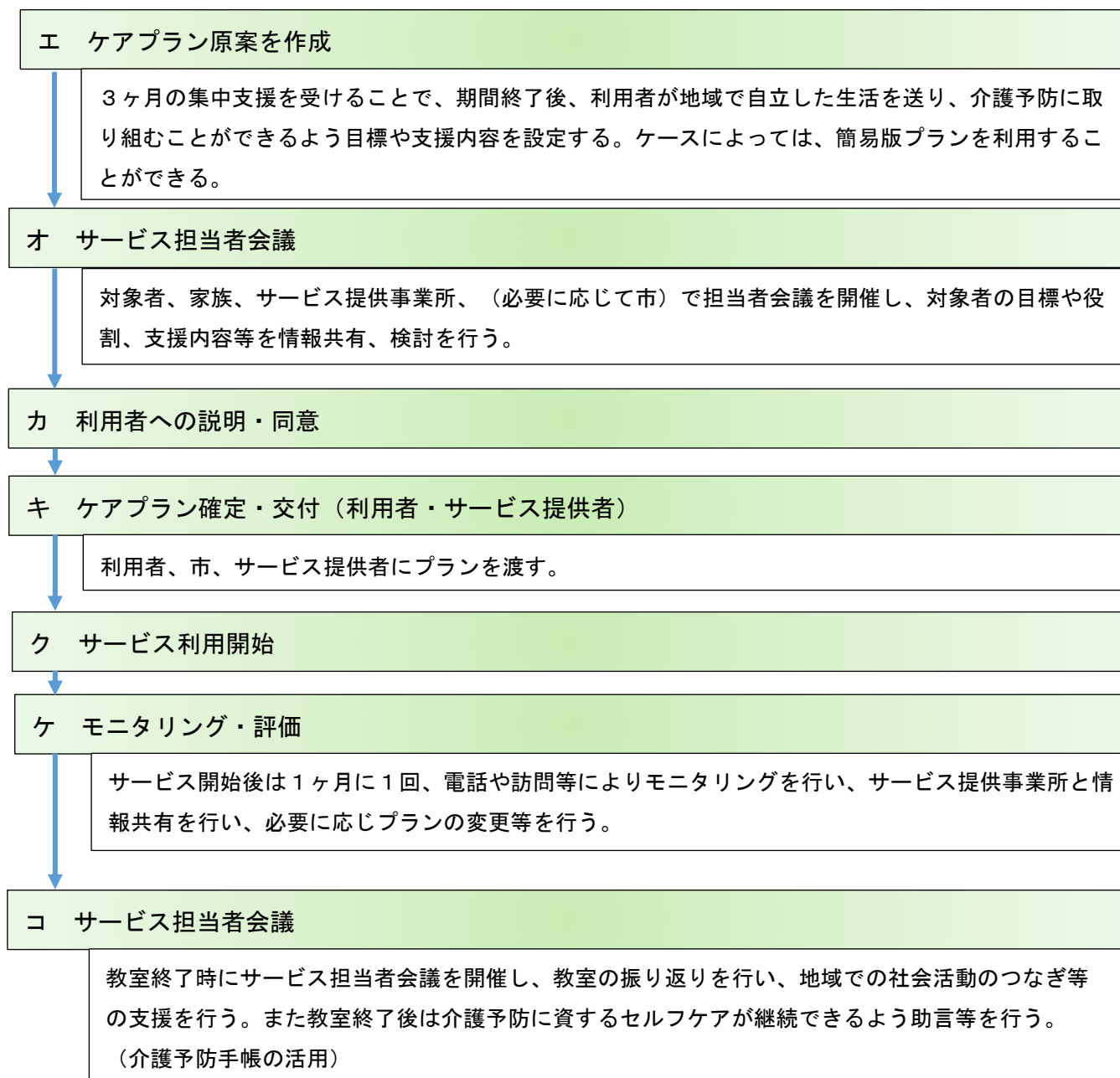
サービス名	【通所型】①短期集中予防サービス （通所・訪問一体型）	【訪問型】 ②生活サポート事業
概要	リハ職などの専門職による、運動機能と活動性の向上、体力づくりなどを目的とした、訪問、通所の支援を一体的に提供するサービス	シルバー人材センターやNPO法人などの登録者で、一定研修を受けた人による家事援助サービス
対象者	要支援認定者・事業対象者のうちケアマネジメントで、必要と認められたケース	
期間	3ヶ月間	必要な期間
職種	作業療法士、理学療法士、運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士等	シルバー人材センターやNPO法人などの登録者
自己負担	無料	1割（一定所得以上は2割または3割）

※介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス、活動型デイサービスは従来の介護予防支援と同じ流れになります。（ケアマネジメントAの流れ）

（2）流れ

①短期集中予防サービス（通所・訪問一体型）

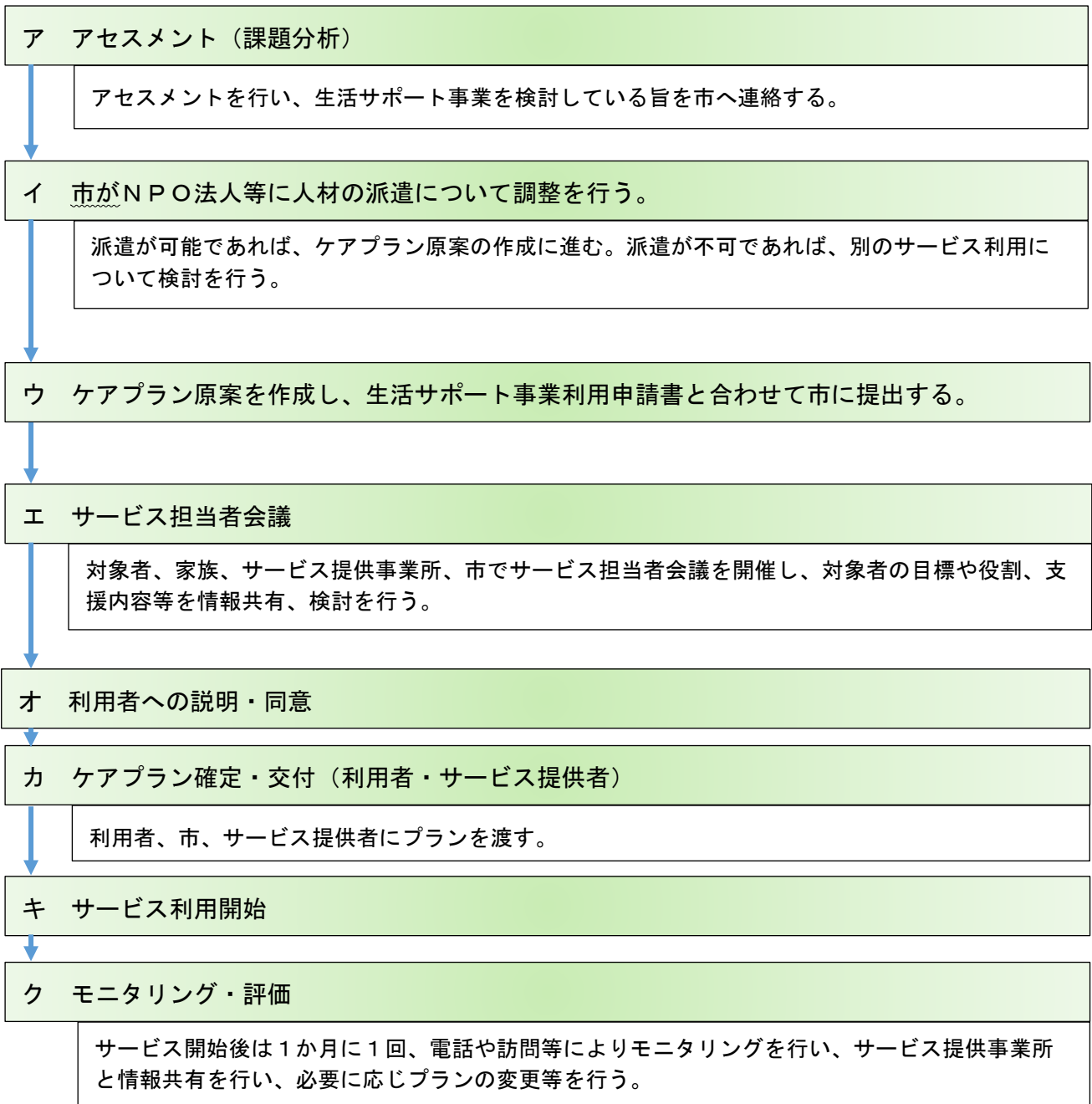




●提出様式

利用申込み時	教室終了後
<ul style="list-style-type: none"> ・草津市通所型短期集中予防サービス利用申請書 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点含む）
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者基本情報 	
<ul style="list-style-type: none"> ・興味・関心チェックシート 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果記録表） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画・評価表（事業所）

②生活サポート事業



●提出様式

利用申込み時	評価時
・草津市生活サポート事業利用申込書	・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (サービス担当者会議の要点含む)
・利用者基本情報	
・介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果記録表)	・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

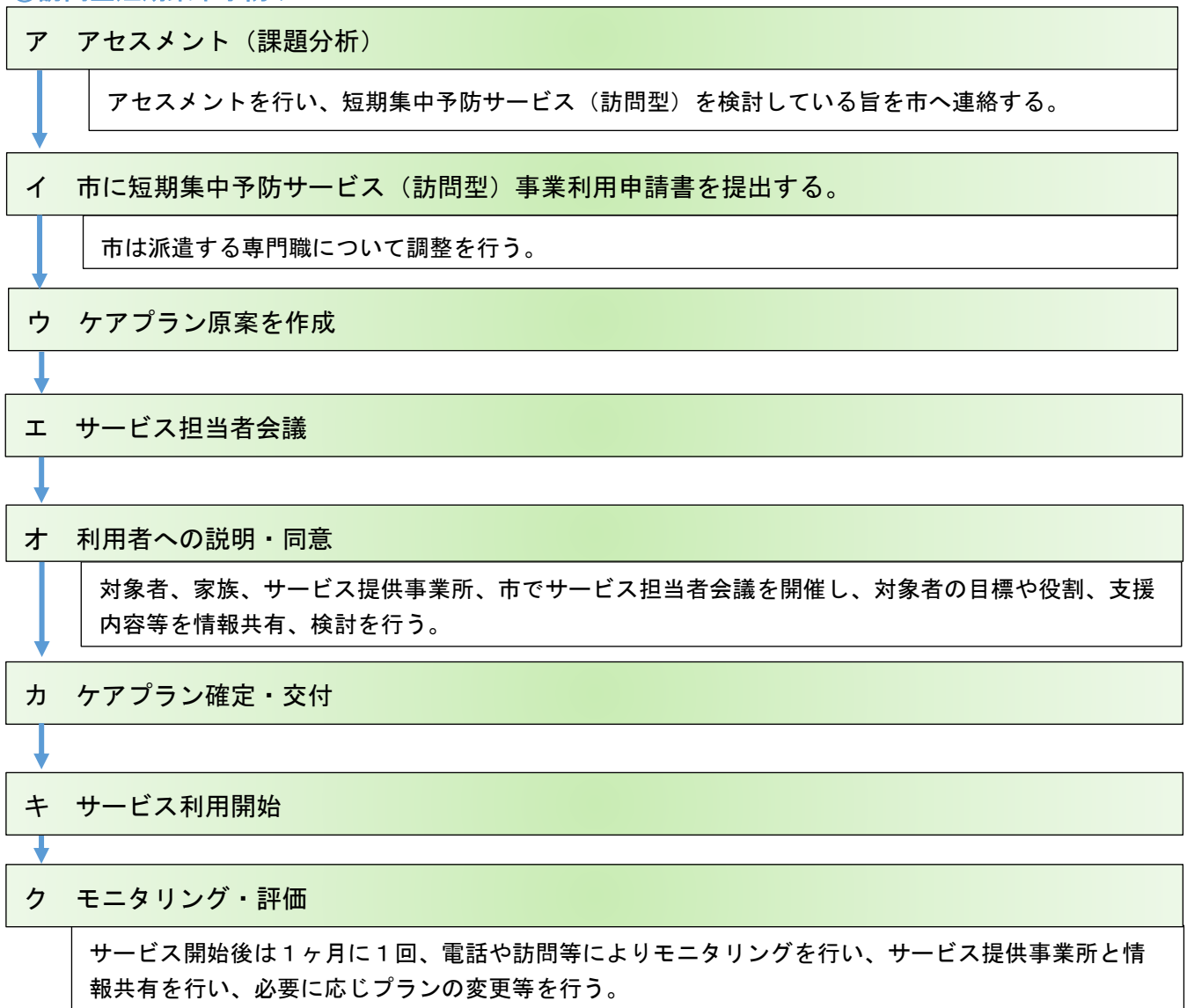
7. 【訪問型】短期集中予防サービス、【その他のサービス】高齢者配食サービス事業（ケアマネジメントB）

（1）サービス種別

サービス名	【訪問型】①短期集中予防サービス	【訪問型】②高齢者配食サービス事業
概要	管理栄養士や歯科衛生士などの専門職による栄養改善や口腔機能向上等にかかる訪問指導	低栄養状態を改善するため、お弁当（昼食のみ）を自宅に配達する事業
対象者	要支援認定者・事業対象者のうちケアマネジメントで、必要と認められたケース	
期間	3ヶ月間	必要な期間
職種	管理栄養士、歯科衛生士、保健師等	市が定める業者
自己負担	無料	あり（食材料費と配達料の一部）

（2）流れ

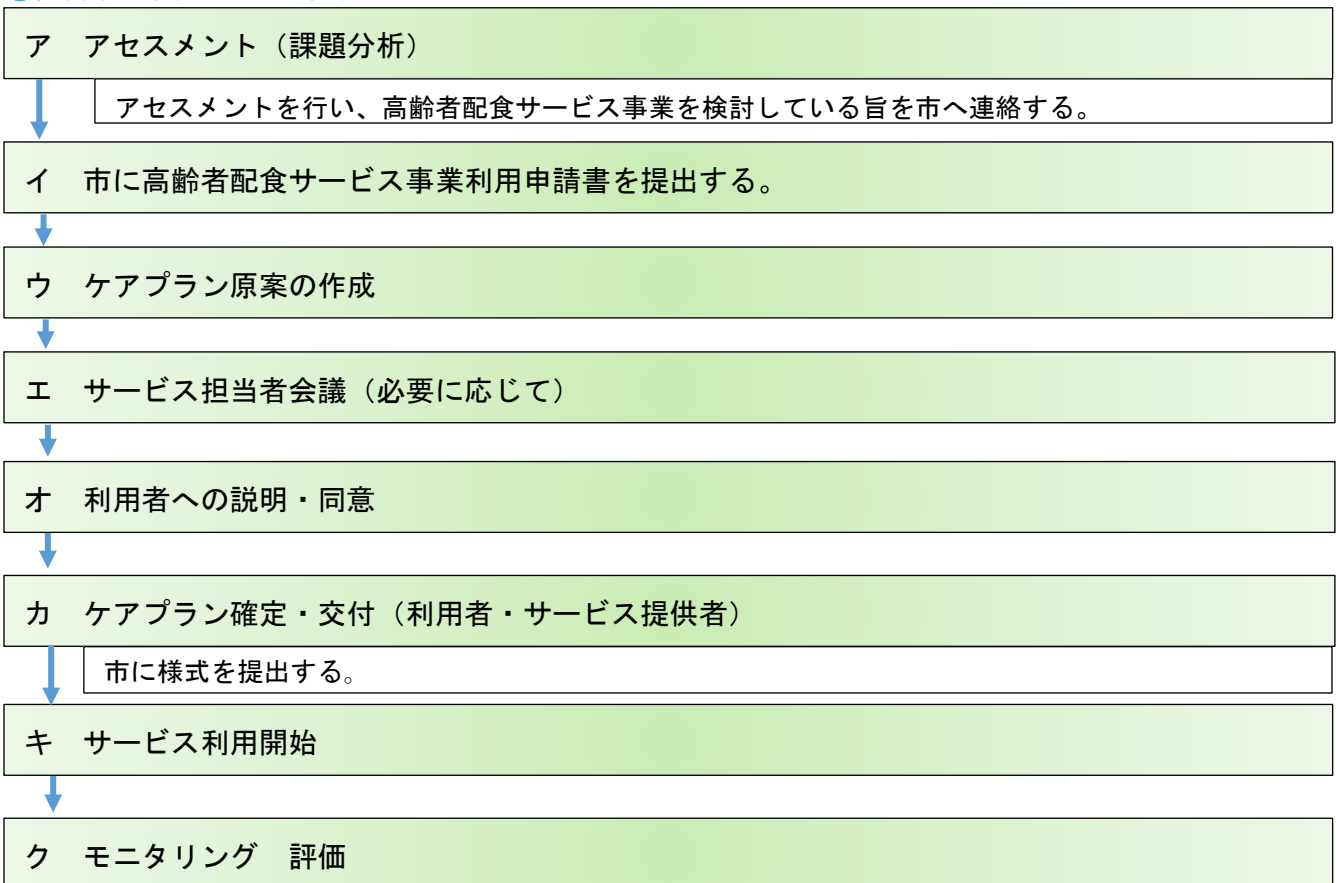
①訪問型短期集中予防サービス



●提出様式

利用申込み時	終了時
・草津市訪問型短期集中予防サービス利用申請書	・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 (ケアマネジメントB様式)
・利用者基本情報	
・介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメントB様式)	

②高齢者配食サービス事業



●提出様式

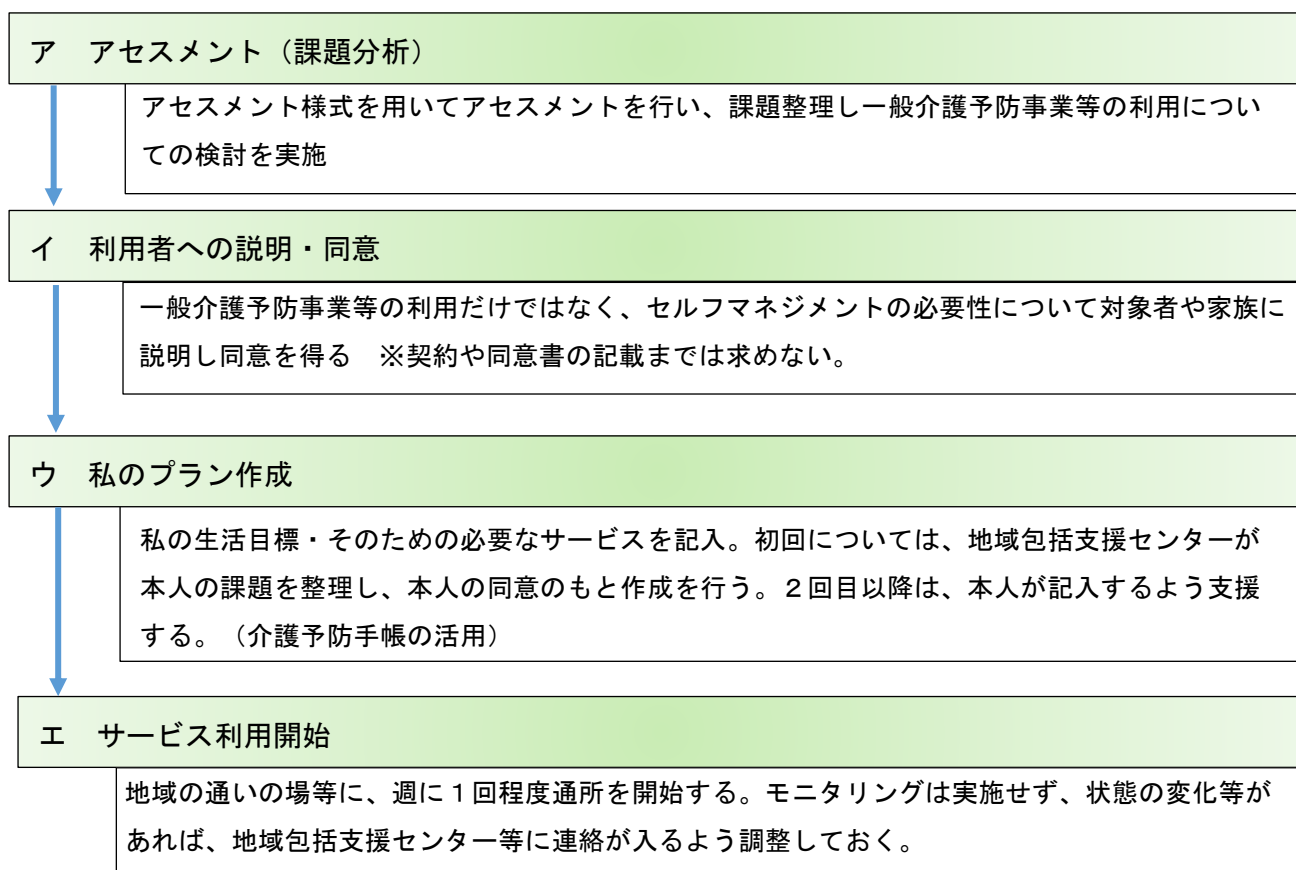
利用申込み時	終了時
・配食サービス事業事前登録申請書 (B)	・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 (ケアマネジメントB様式)
・利用者基本情報	
・介護予防サービス・支援計画書 (B) (ケアマネジメントB様式)	

8. いきいき百歳体操、地域サロン等一般介護予防（ケアマネジメントC）

（1）サービス種別

サービス名	【訪問型】 ①住民主体による支援	②いきいき百歳体操	③地域サロン
概要	困りごとに対する、住民同士の支え合い活動による多様な支援	身近な通いの場として、住民団体が運営するサロンや運動教室等	
対象者	要支援認定者・事業対象者のうちケアマネジメントで、必要と認められたケース		
期間	必要期間		
提供者	住民		
自己負担	実費負担等団体の規定による		

（2）流れ



●提出様式

利用申込み時
・介護予防手帳の写し （表紙と「私のプランその1・その2（P.4～5、8～9）」

【参考】サービス利用にかかる判断の参考基準

草津市「介護予防・日常生活支援総合事業」サービス・活動の判断の参考基準①(参考)

	はい	いい	事業対象者
1 バスや電車で一人で外出していますか	0点	1点	1~20 まで 点 ↓ 10点以上 ①一般介護予防事業 ②通所・訪問一体型 ③訪問(リハ職)
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のっていますか	0点	1点	6~10 まで 点 ↓【運動機能低下】 3点以上 ②訪問・通所一体型 ③訪問(リハ職)
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	11~12まで 点 ↓【低栄養】 2点以上 ⑥受診勧奨 ④訪問(管理栄養士)
10 転倒に対する不安が大きいですか	1点	0点	
11 6か月間で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物が食べにくくなりましたか	1点	0点	13~15まで 点 ↓【口腔機能低下】 2点以上 ⑤訪問(歯科衛生士)
14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1点	0点	
15 口の渴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	16~17まで 点 ↓【閉じこもり】 No16の人 ①一般介護予防事業 ⑤訪問(リハ職)
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	18~20まで 点 ↓【認知機能低下】 1点以上の人 ①一般介護予防事業 ⑥受診勧奨(必要性を判断)
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	21~25まで 点 ↓【うつ病の可能性】 2点以上の人 ①一般介護予防事業 ②通所・訪問一体型 ⑥受診勧奨(必要性を判断)
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	

<基本チェックリスト該当点数以上の場合>

各項目においてチェック項目は、右枠の内容に該当する場合は、自立支援に資するケアマネジメントを実施するうえで、対象者の目標を達成のために、各領域に対する課題が解決されないか検討し利用するサービスをケアマネジメントに位置づけてください。

【一般介護予防事業】 ①一般介護予防事業(いきいき百歳体操、口からこんには体操)

【短期集中予防サービス】 ②通所・訪問一体型 ③訪問(管理栄養士) ④訪問(歯科衛生士)

【医療】⑤診勧奨(必要性を判断)

【その他のサービス】⑥高齢者配食サービス事業

【地域の通いの場】⑦地域サロン等

●留意点●

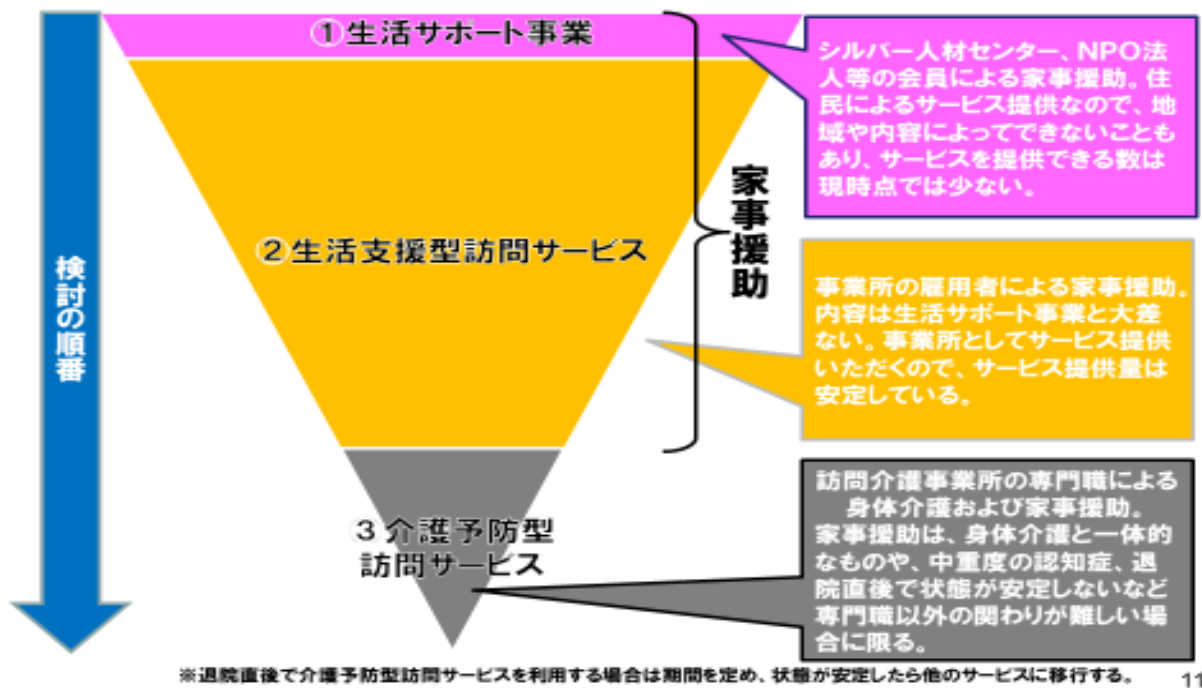
・基本チェックリストの該当項目のみで、サービス利用を判断しない。

・該当項目の状況により、低下している機能の目安として活用する。

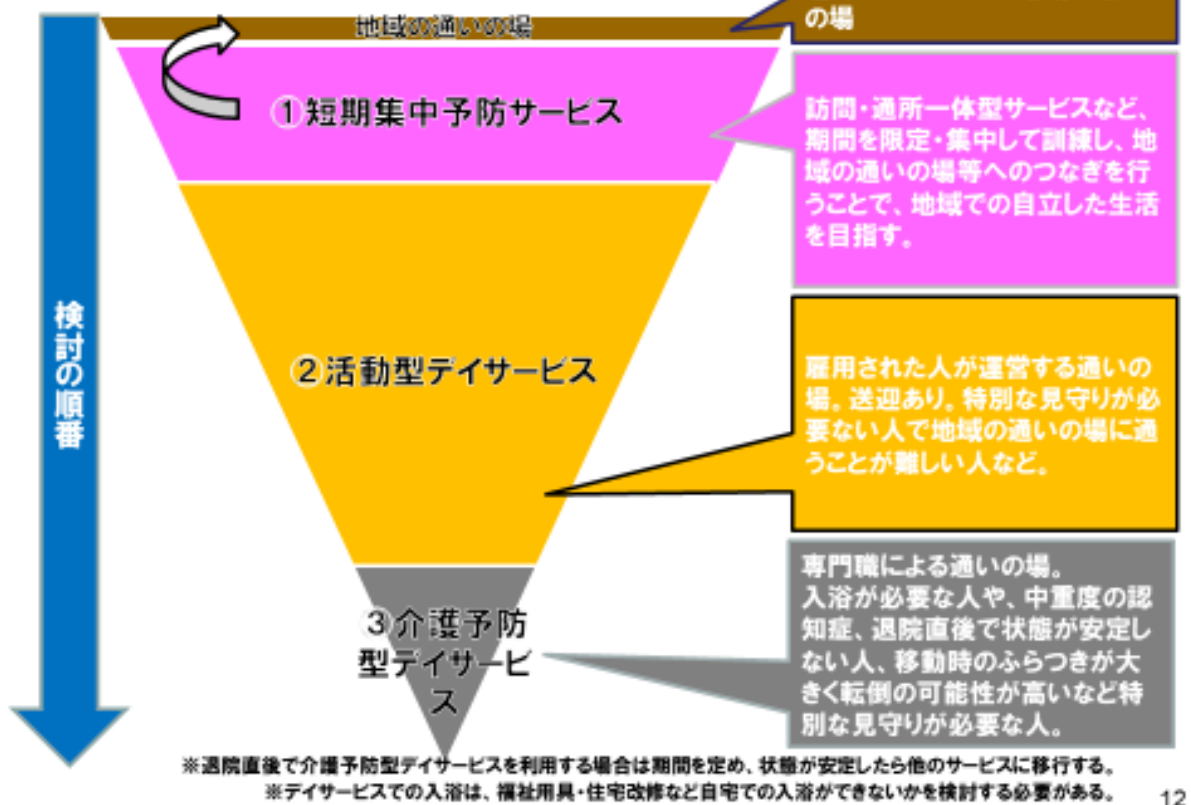
・新たなサービス事業対象者には、能力を最大限活用することに着目し、住民主体による支援や短期集中予防サービスの利用、地域の各種活動への参加を促す。

9. 総合事業のサービスをケアプランに位置付ける場合の考え方

訪問型サービスをケアプランに位置付ける場合の考え方



通所型サービスをケアプランに位置付ける場合の考え方



10. 相当サービス（介護予防型サービス）の利用について

草津市では、相当サービス（介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス）を利用できるのは、専門職による支援が必要と認められる人のみとしています。該当となる人については、下記の状態の人を想定しています。（下記の状態にあっても、専門職の関わりが必要でなければ緩和した基準によるサービスを御利用いただきます。）また、その他特別な事情により相当サービスが必要な人についても、協議により利用を判断します。

【相当サービス（介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス）を利用できるケース】

- ①疾患等により、日常生活に支障があり、身体介護（身体状態の観察や注意等を含む）を要するケース
- ②認知機能の低下や精神の障害等により、日常生活に支障があるような症状や行動があり、身体介護（身体状態の観察や注意等を含む）を要するケース
- ③退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要であるケース
- ④福祉用具や住宅改修などの住環境の調整のみでは、自宅での入浴が不可能であるケース（入浴サービスを利用する必要があるケース）
- ⑤サービスを提供する事業所が確保できないケース
- ⑥その他市が必要と認めるケース

いずれの場合も、住環境の調整や機能訓練等で生活行為が改善されないか必ず検討のこと。

⇒機能低下に至った要因が廃用性の場合や改善の可能性が高い場合は、「短期集中予防サービス」の利用を検討すること。

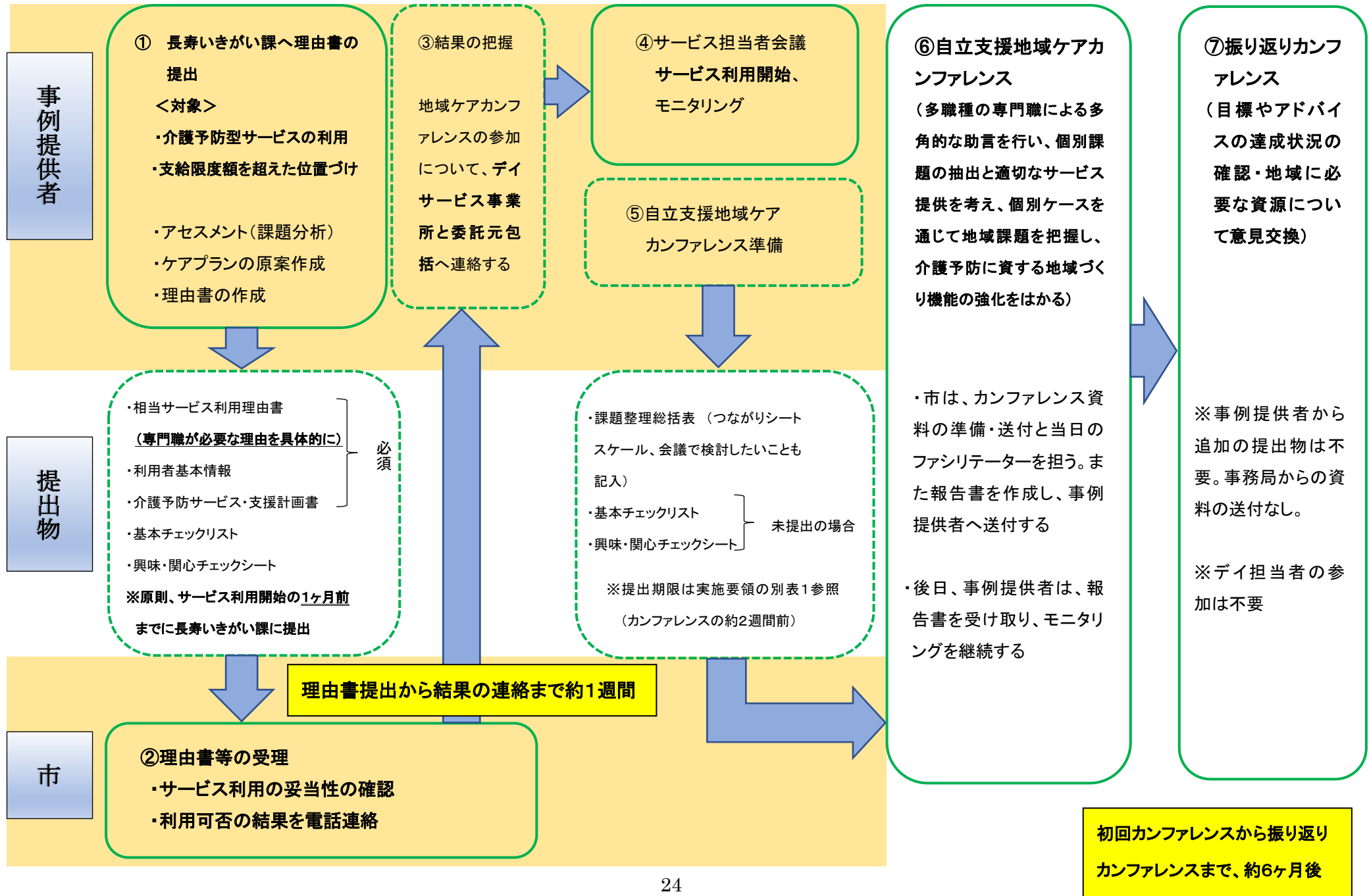
相当サービスの利用手順について

アセスメントにより、相当サービスの利用が必要と判断した場合、委託元の担当地域包括支援センターに御相談ください。地域包括支援センターと協議の上、相当サービスの利用が必要となった場合、「相当サービス利用理由書」「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援計画書（原案）」を市長寿いきがい課へ提出してください。

理由書の提出から自立支援地域ケアカンファレンスまでの流れは、次ページを参照してください。

理由書の提出および自立支援地域ケアカンファレンスの流れ

令和2年4月～



1.1. 報酬（予定単価、加算）、支払

(1) 単価及び加算

(サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方)

総合事業サービス利用に伴うケアマネジメントの種類と単価（年間基礎単価）について

ケアマネジメント種別		該当するサービス	業務内容 報酬単価	サービス 開始月	2月目	3月目	4月目
タイプ	内容						
ケアマネジ メントA	ケアプラン作成	・介護予防型訪問サービス、介護予防型デイサービス ・生活支援型訪問サービス、活動型デイサービス ・短期集中予防サービス(通所・訪問一体型) ・生活サポート事業	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○(面談)
			初回加算	300単位	—	—	—
			基本報酬(※)	442単位	442単位	442単位	442単位
ケアマネジ メントB	ケアプラン作成	・短期集中予防サービス(専門職の派遣(OT/PT等) ・配食サービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	△	△	○(面談)
			初回加算	300単位	—	—	—
			基本報酬(※)	221単位	221単位	221単位	221単位
ケアマネジ メントC	—	・一般介護予防事業全般 (いきいき百歳体操・口からこんにちは体操・地域サロン など)	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			初回加算	—	—	—	—
			基本報酬(※)	221単位	—	—	—

※各種サービスの単価は、各単位数に地域区分別の1単位の単価を乗じた額とします。

○初回加算

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（契約の有無にかかわらず、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。

○高齢者虐待防止措置未実施減算および業務継続計画未実施減算

高齢者虐待防止措置未実施および業務継続計画未実施の場合、それぞれ-1/100単位の減算対象となります。

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、事業対象者認定申請書
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提出	居宅サービス等作成依頼（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）

※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支払われます。委託を受けた居宅介護支援事業所は、これ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。

13. 認定にかかるサービス利用と費用の流れ

*費用の計算は原則、要介護認定申請および区分変更申請を行った日に遡って適用します。

要支援認定(事業対象者)→要介護認定の見込がある場合は、サービス利用により自費になる可能性があることを必ず利用者に伝え、確認した上で、サービスをご利用ください。

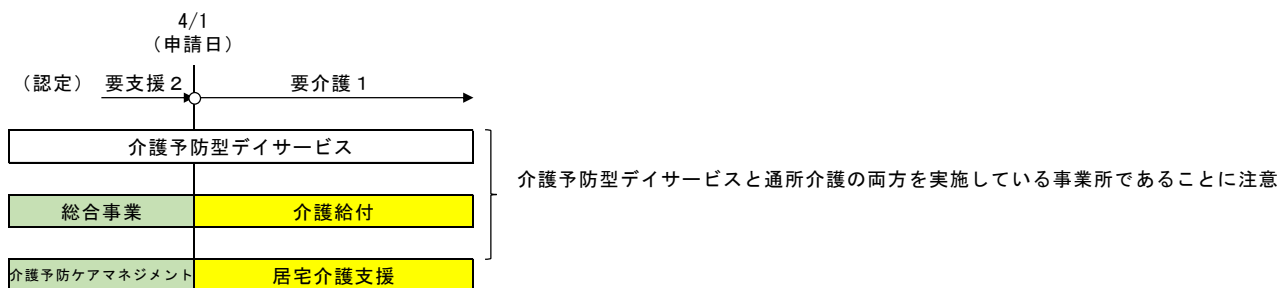
①Aさん85歳(女)

介護度：要支援2 有効期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日

総合事業の介護予防型デイサービスを利用中に要介護認定申請を行い、結果が出るまで総合事業のサービス利用を継続した場合の取扱い。

○4月1日に区分変更申請を行い、4月15日が認定日(認定結果が出た日)で、要介護1だった場合

利用サービス	考え方	費用
介護予防型 デイサービス	<p>①総合事業の訪問型サービス・通所型サービスが利用できるのは要支援認定者・事業対象者のみ。 よって、要介護認定者の総合事業のサービス利用はできない。</p> <p>②認定結果が出る前に総合事業の介護予防型デイサービスを利用していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分サービスは総合事業より支給</p>	<p>※区分変更申請日である4月1日に遡って適用する場合</p> <p>3月31日まで ：総合事業より支給</p> <p>4月1日から ：介護給付より支給</p>
介護予防ケア マネジメント	<p>① 給付ルールに準じて、月末時点での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し、請求する。</p> <p>②支給限度管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携を取り合って行う</p>	介護給付より支給



②Bさん 80歳 (男)

介護度：要支援 1 有効期間：令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 日

総合事業の介護予防型デイサービスおよび福祉用具貸与を利用中に要支援 2 見込みで、5 月 1 日に区分変更申請を行い、継続して同サービスを利用した場合。

○5月20日が認定日（認定結果が出た日）で、要介護 1 が出た場合
 （※区分変更申請日である 5 月 1 日に遡って適用する場合）

利用サービス	費用
介護予防型デイサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4 月 3 0 日まで 総合事業より支給 ・ 5 月 1 日から 介護給付より支給
福祉用具貸与	介護給付より支給
ケアマネジメント	介護給付より支給

※事業対象者として総合事業のサービス提供を受けた後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間には、事業対象者として取り扱うことができる。（ただし、短期集中予防サービス以外の場合は、認定結果が出た月の末日を限度とする。）

※短期集中予防サービス（通所・訪問一体型）利用中に要介護認定が出た場合は、クール終了まで短期集中予防サービスを利用することは可能。（介護給付との併用は不可。）

なお、要介護認定が出たと判明した時点で、
必ず長寿いきがい課まで連絡をすること。

表2 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

(国ガイドラインより)

認定結果	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・ 事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントを含めた事業分 は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事 業より支給
要支援認定	予防給付より 支給	介護予防支援(介護予防ケアマネジメント) を含めた給付分は予防給付より支給 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事 業より支給
要介護認定	介護給付より 支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分 は介護給付より支給 事業分は、介護給付サービス利用を開始す るまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの 利用を開始するまで のサービス提供分は 事業により支給

14. 契約とケアマネジメント依頼届について

対象者		ケアマネジメント作成依頼届	契約書（再契約）	
新規利用者	事業対象者	居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書	
	要支援認定者			総合事業のみ 給付併用
更新者	事業対象者に変更	必要なし	必要なし 必要なし 必要なし	
	要支援認定者			総合事業のみ 給付併用
				給付のみ

15. 事業対象者の有効期間について

事業対象者の有効期間	
未認定者⇒事業対象者	基本チェックリスト実施日から有効期間なし
要支援認定者⇒事業対象者	要支援認定等の有効期間終了日の次の日から有効期間なし
事業対象者⇒要支援認定者（要介護認定者）	要支援認定日（要介護認定日）の前日まで可能

16. 支給限度額の取り扱いおよびサービスの利用回数について

（1）支給限度額

要支援1、要支援2の支給限度額は従来と同額とし、事業対象者の支給限度額は要支援状態区分の要支援1と同額とします。

事業対象者の支給限度額 5,032単位

要支援1の人の支給限度額 5,032単位

要支援2の人の支給限度額 10,531単位

要支援認定者で、予防給付（訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与など）と、介護予防・生活支援サービス事業のうち支給限度額を算定するサービスを併用する場合は、上記の支給限度額の範囲内で一体的に給付管理を行います。

事業対象者であって、退院直後など集中的にサービスを利用することが、その後の本人の自立生活につながるとケアマネジメントによってその必要性が認められる場合は、サービス利用計画期間に限り要支援2の人の支給限度額までのサービスの利用を可能とします。

（※ただし、理由書の提出および自立支援地域ケアカンファレンスにおけるマネジメント支援を必須とする。）

（※恒常的に複数のサービスの利用が必要で、支給限度額を超える場合、介護認定〔要支援2以上〕の申請を促します。）

(2) 支給限度額を算定するサービス

支給限度額の算定は、以下の事業者指定により実施するサービスのみに対応します。

＜訪問型サービス＞

- ・ 介護予防型訪問サービス（介護予防訪問介護相当サービス）
- ・ 生活支援型訪問サービス（緩和した基準で行う生活援助）

＜通所型サービス＞

- ・ 介護予防型デイサービス（介護予防通所介護相当サービス）
- ・ 活動型デイサービス（緩和した基準で行うミニデイサービス等）

国保連合会による上限管理を前提とすることから、事業所指定により実施するサービスに限定します。

(3) サービスの利用回数について

各種サービスの利用回数については、原則、**事業対象者および要支援1の認定者は週に1回とし、要支援2の認定者は週に2回**とします。

ただし、本人の状態に応じて、利用限度額の範囲内で、介護予防ケアマネジメントに基づき、必要なサービスを必要な回数利用できることとし、原則的な利用回数を超えてサービスを利用する場合は、プランの妥当性・客観性を担保するため、理由書の提出および自立支援地域ケアカンファレンスにおいて、専門職等からの自立に向けた意見を十分にプランに取り入れることを必須とします。

（自立支援地域ケアカンファレンス実施要領参照）

		訪問型サービス		通所型サービス	
		介護予防型	生活支援型・生活サポート	介護予防型	活動型
事業対象者	週1回	○	○	○	○
	週2回	※	※	※	※
	週3回以上	※	※	※	※
要支援1	週1回	○	○	○	○
	週2回	△	△	※	※
	週3回以上	×	※	※	※
要支援2	週1回	○	○	○	○
	週2回	○	○	○	○
	週3回以上	※	※	※	※
		併用不可		併用不可	

○…原則 △…利用可能 ×…利用不可 ※…地域ケア会議による

また、支給限度額にかかわらず、生活支援型訪問サービス、生活サポート事業または活動型デイサービスの月の合計額が、介護予防型訪問サービスまたは介護予防型デイサービスの包括単価を超えて利用することはできません。

利用回数増加・支給限度額変更にかかる手順について

①アセスメントにより、利用回数増加や支給限度額を超えてのサービス利用が必要と判断した場合、委託元の担当地域包括支援センターに御相談ください。地域包括支援センターと協議の上、利用回数の増加や支給限度額を超えてのサービス利用が必要と判断した場合、「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援計画書（原案）」「介護予防・生活支援サービス利用回数増加・支給限度額変更にかかる理由書」を市長寿いきがい課へ提出してください。

※サービス利用の原則1ヶ月前までに提出をお願いします。



②市長寿いきがい課が開催する自立支援地域ケアカンファレンス（「自立支援地域ケアカンファレンス」及び「振り返りカンファレンス」）に事例提供し、ケアマネジメント支援を受ける。

【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

(平成26年9月30日版)

(平成27年3月31日版) 第4 サービスの利用の流れ 抜粋

問1 「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、御指摘の「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2 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、支援限度額管理は、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になる。

- 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いく。

問3 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支援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。

問4 ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業のみの利用となった場合でも、ケアマネジメントCとして介護予防ケアマネジメント費は請求できるのか。また、ケアマネジメントCからケアマネジメントAに移った場合、初回加算は請求できるか。

(答)

- 1 ケアマネジメントA、B、Cについては、市町村が円滑に事業を実施できるようにするため典型的な例としてお示ししているところ、その中では、基本チェックリストの結果、介護予防・生活支援サービス事業該当者として介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）を行い、一般介護予防事業の利用のみということになった場合においても、ケアマネジメントのプロセスは行われていることから、その実施月の報酬は請求できると想定している。

- 2 また、委託する場合の介護予防ケアマネジメントにおける初回加算の算定については、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拠することを想定しており、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の提供が終了して二月以上経過した後、再度介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）を実施する場合は、初回加算を算定できると考えている。
- 3 ご質問のケアマネジメントCからケアマネジメントAに移る場合においても、その間二月以上介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の提供がなければ、ケアマネジメントAを実施する際、初回加算を算定できると想定している。

(参考)初回加算の算定は

- ① 新規に居宅サービス計画を作成する場合

「新規」の考え方：契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去二月以上、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。なお、介護予防支援における初回加算についても、同様の扱いとする。

- ② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

(介護報酬通知 平12 老企36号 第3の9)

問5 要介護認定等申請を行い、非該当となった方が総合事業を利用する際は、再度、基本チェックリスト実施による確認を行うと理解したが、本人の同意を前提に認定調査等の結果を活用することはできるか。

(答)

- 1 要介護認定等申請の結果、非該当となった場合に、基本チェックリストを記入していただき、何らかの基準に該当すれば、サービス事業対象者として、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施に移る。
- 2 基本チェックリストの質問項目は、認定調査項目とは必ずしも一致していないため、チェックリストを用いて、サービス事業対象者に該当する者かどうかの確認を行った上で、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）を実施していただきたい。
- 3 なお、認定調査や主治医意見書については、市町村の判断で、ケアマネジメントのプロセスにおいて本人の同意を得た上で、参考情報として活用していただいても差し支えない。

【参考】本市におけるよくあるQ&A

問 短期集中予防サービスのサービス担当者会議等について、委託の場合、包括の同席は必要か。

(答)

短期集中予防サービスに限らず、利用者と契約しているのはあくまで地域包括支援センターであるため、同席は必要です。また、居宅介護支援事業所が契約している場合であっても、委託元である地域包括支援センターも同席する必要があります。

問 事業対象者の申請は委託予定のケアマネジャーに依頼しても良いか。

(答)

委託契約の中で謳われている業務は、あくまでケアマネジメントの部分であり、事業対象者の申請については含まれていないため、地域包括支援センターが行うこととなります。

問 要支援1の方は生活支援型訪問サービスを週2回利用することは可能か。

(答)

要支援1の方の利用回数は、原則「週1回程度」を想定していますが、利用回数についてはあくまでも目安であり、介護予防ケアマネジメントとしてサービス利用の必要回数を定めてください。

問 1週間のうち、生活支援型訪問サービスを1回、生活サポート事業を1回利用することは可能か。

(答)

可能です。ただし、以下の点について御留意ください。

①要支援1の方は週1回程度、要支援2の方は週2回程度の利用を目安としているため、ケアマネジメントの観点から過度な利用とならないようにケアプランを作成してください。

②複数の事業・事業所を利用することが介護予防に効果的と認められた場合、複数の事業・事業所の利用を可能とします。ただし、可能な限り同一事業かつ同一事業所の利用が望ましいと考

えます。

問 月末に市内の他学区に転居された利用者（地域包括支援センター直営）がいるが、転居先の地域包括支援センターの担当者が決まっていないため、月内は転居前の学区の地域包括支援センターで給付管理しても差し支えないか。

（答）

お見込みのとおりです。（翌月に初回加算・委託連携加算を転居先の学区の地域包括支援センターが請求することになります。）

問 委託のケースで、ケアマネジャーがA事業所を退職し、B事業所に移った後も、引き続き同一利用者を担当することになった場合、サービス担当者会議は必要か。また、この場合、初回加算の算定は可能か。

（答）

あくまでプランを作成しているのは地域包括支援センターであり、居宅介護支援事業所にはプラン作成の作業を委託しているだけなので、担当包括が変更にならない限りサービス担当者会議は不要です。また、地域包括支援センターが変わらなければ初回加算の算定は不可です。

問 短期集中予防サービス終了後、いきいき百歳体操（地域活動）につなぐことになった。サービス終了翌月にいきいき百歳体操の見学に同行するが、この場合、ケアマネジメントCを算定しても良いか。

（答）

お見込みのとおりです。

問 相当サービスの利用者が、状態が改善したため、緩和サービスに移行する場合は、日割算定が可能か。

（答）

相当サービスと緩和サービスで重要事項説明書が異なることから、契約も分かれているはずで、よって、契約解除日を起算日として日割計算が可能です。

問 活動型デイサービス（全日）の利用者が、利用者の都合で1日だけ半日利用となった。その場合、請求は半日であるのか、あるいは、プランに基づいて全日にするのか。

(答)

活動型デイサービスの請求は利用回数に単価を乗じて得た金額で計算するため、利用者の都合であっても、半日利用となった場合は、半日分の利用単価で計算してください。

問 草津市から他市のサービス付き高齢者向け住宅に入居した場合、住所地特例の対象になるか。

(答)

【住民票を異動しない場合】

住所地特例の対象とならないため、利用できるサービスは保険者である草津市が指定する事業所が提供するものだけになります。

【住民票を異動する場合】

住所地特例の対象となり、施設所在地の市町が指定した事業所のサービスを利用することが可能です。

問 11月まで生活支援型訪問サービスを利用していた人が12月から訪問型相当サービスを利用することになった場合、初回加算は算定できるか。

(答)

算定要件を満たせば可能です。

【算定要件】

(対象者)

過去2か月間（暦月）に当該訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない利用者。

(要件)

- ・新規に訪問介護計画を作成していること。
- ・初回または初回の訪問介護を行った日の属する月に「サービス提供責任者がサービスを提供する」、または「訪問介護員等がサービスを提供する際、サービス提供責任者が同行する」のいずれかを満たすこと。

(留意点)

- ・サービス提供責任者が同行した場合は、同行訪問した旨を記録しておく。
- ・サービス提供責任者が同行した場合は、利用者の状況を確認したうえで、途中で現場を離れても構わない。

問 介護予防ケアマネジメントにおける委託連携加算は、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（改正告示附則：令和3年厚生労働省告示第73号）において、利用者1人につき1回を限度とあるが、一生に1回ということか。

(答)

委託を開始した日の属する月以降継続的に請求することができないという意味であるため、理由により改めて加算を算定することは可能です。

<委託連携加算の算定要件>

・地域包括支援センターが介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、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すること。

- ・委託にあたって、委託連携加算を勘案した委託費の設定を行うこと。

<委託連携加算の留意点>

- ・委託を開始した日の属する月に限り算定できます。
- ・利用者1人につき1回を限度として算定できます。

問 予防給付（介護保険）において、過去に滞納等により給付制限を受けている人について、総合事業でも給付制限を受けることになるのか。

（答）

総合事業では、給付制限を課していません。

問 活動型デイサービスの事業所を月内に変更することは可能か。

（答）

可能です。（給付管理については、活動型デイサービスは1回あたり利用単価を用いて、2事業所の利用として給付管理してください）