

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マニュアル



令和4年6月

早 島 町

目 次

I. 介護予防・日常生活支援総合事業に関する基本的事項について	- 3 -
1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について	- 3 -
(1) 導入の趣旨	- 3 -
(2) 総合事業の構成	- 3 -
2. 総合事業の対象者について	- 4 -
(1) 総合事業の対象者	- 4 -
(2) 事業対象者について	- 4 -
(3) 事業対象者、要支援認定及び要介護認定の区分変更に伴う資格の取り扱いについて	- 4 -
3. 訪問型・通所型サービスの内容について	- 5 -
(1) 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス	- 5 -
(2) 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	- 5 -
(3) 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	- 6 -
(4) 通所型サービスC（短期集中予防サービス：元気アップ塾）	- 6 -
(5) 訪問型サービスD（移動支援）	- 6 -
(6) 配食サービス（安否確認・栄養改善）	- 6 -
4. 介護予防・生活支援サービスの報酬、利用料、補助、給付管理等について	- 7 -
(1) 報酬、利用料	- 7 -
(2) 給付管理等	- 7 -
(3) 高額介護予防・生活支援サービス費	- 8 -
(4) 給付制限	- 8 -
5. サービスの併用について	- 8 -
II. 介護予防ケアマネジメントについて	- 9 -
1. 実施手順について	- 9 -
2. 相談受付について	- 9 -
(1) 基本的対応	- 9 -
(2) 基本チェックリストと要介護（要支援）認定等の振り分け	- 10 -
3. 基本チェックリストの実施について	- 11 -
(1) 実施の窓口	- 11 -

(2) 実施方法	- 11 -
(3) 基本チェックリスト実施にあたっての留意事項	- 11 -
4. 介護予防ケアマネジメントの実施について	- 11 -
(1) 基本方針	- 11 -
(2) 実施方法	- 12 -
(3) ケアマネジメントの種類	- 12 -
(4) 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託について.....	- 13 -
(5) 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出について	- 13 -
(6) ケアマネジメントの様式	- 14 -
(7) 説明及び契約締結	- 14 -
(8) アセスメント	- 15 -
(9) ケアプラン原案の作成	- 15 -
(10) サービス担当者会議及びケアプランの確定・交付	- 16 -
(11) モニタリング	- 16 -
(12) 評価	- 17 -
(13) 給付管理票等の作成・報酬の請求	- 18 -
III. 介護予防・生活支援サービスの利用に係る留意事項について	- 19 -
1. 月途中でのサービス開始・終了、区分・サービス変更時の報酬について.....	- 19 -
(1) 介護予防ケアマネジメント費	- 19 -
(2) 訪問型・通所型サービス費	- 20 -
2. 町外に所在するサービス事業所を利用する場合の取扱いについて	- 20 -
(1) 早島町指定の有無	- 20 -
(2) 適応する報酬額について	- 21 -
3. 住所地特例者に対する総合事業の実施について	- 21 -
住所地特例者が総合事業を利用する際の流れについて	- 21 -
IV. 早島町総合事業指定事業所について（令和4年4月現在）	- 22 -
(1) 訪問型サービス	- 22 -
(2) 通所型サービス	- 22 -

1. 介護予防・日常生活支援総合事業に関する基本的事項について

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

(1) 導入の趣旨

少子高齢化の進行により、高齢者人口が引き続き増加する一方で、医療・介護の専門職の確保がますます困難になると見込まれ、今後も高齢者を支え続けるためには、専門職だけでなく、住民ボランティアも含めた多様な主体の参画のもと、地域全体で高齢者を支える「地域包括ケアシステム」の構築が求められています。

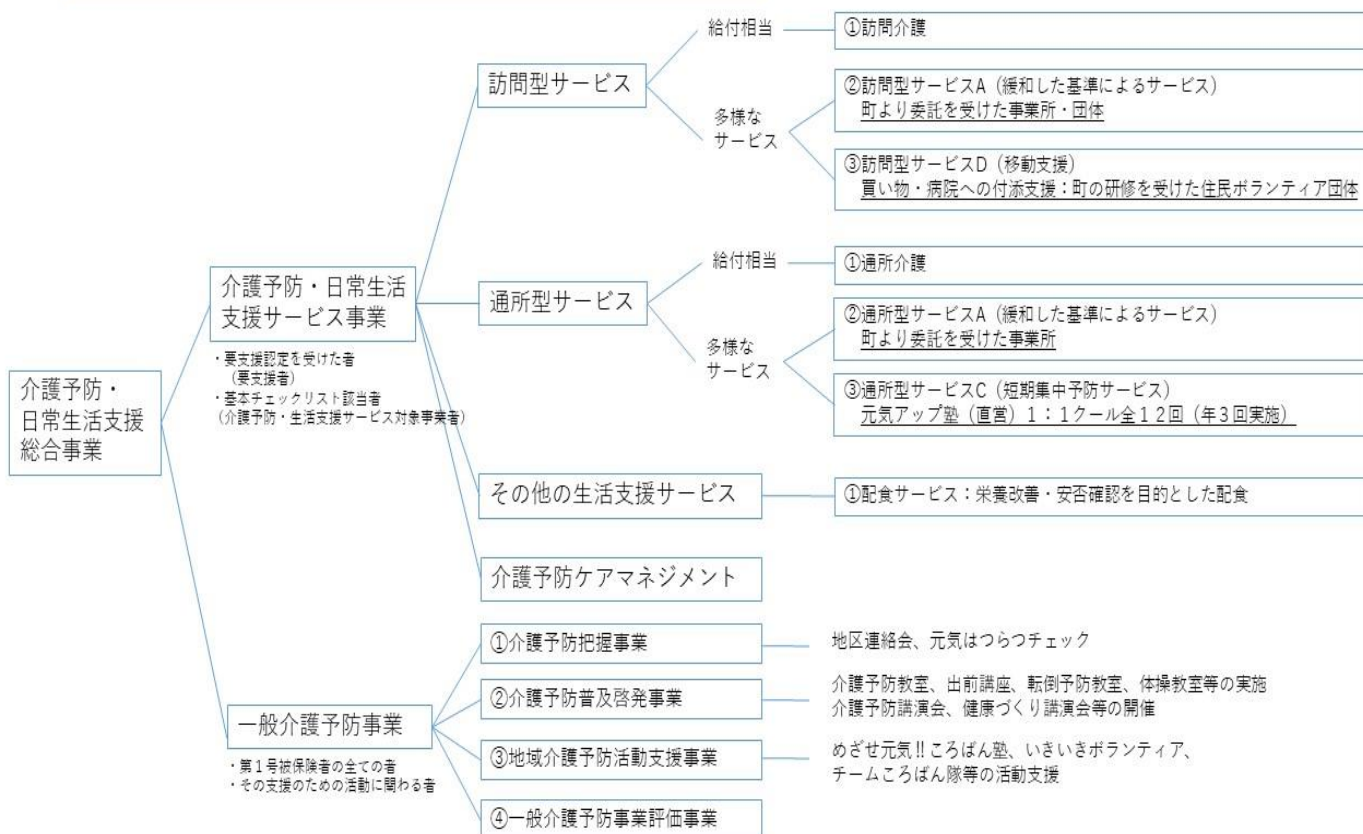
こうした中、専門職によるサービスに加えて、住民ボランティアなど多様な主体の力も活用しながら、高齢者の日常生活の支援や介護予防を推進する仕組みとして、新たに制度化されたのが「介護予防・日常生活支援総合事業」です。

(2) 総合事業の構成

総合事業では、従来、介護予防給付として提供されていた介護予防訪問介護・介護予防通所介護及び一次予防事業・二次予防事業が移行されたうえで、市町村事業として各自治体が、「介護予防・日常生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」を実施することとなり、そのサービス構成や基準・報酬額を決定できることとされました。これを受け、早島町では、以下のサービス構成で事業を実施しています。

介護予防・日常生活支援総合事業の構成（早島町）

令和4年6月現在



2. 総合事業の対象者について

(1) 総合事業の対象者

総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」については、専門職以外の多様な主体も支援に関わるという点で、介護度が軽い高齢者を対象者と想定しており、「要支援者」とこれに準ずる「事業対象者」を対象とします。ただし、第2号被保険者については、要支援者のみが対象となります。

また、「一般介護予防事業」については、全ての高齢者が対象となります。

(2) 事業対象者について

「事業対象者」は、「基本チェックリスト」によって生活機能の低下が認められた人で、介護保険被保険者証の要介護状態区分等の欄に「事業対象者」と記載されます。

「基本チェックリスト」は、厚生労働省が定めた25項目の質問で、日常生活活動、運動機能、栄養、口腔機能、認知機能、閉じこもり、うつの状態を評価するツールです。要介護（支援）認定と違い、その場で該当・非該当を判断できるため、迅速にサービス利用につなげることができるメリットがあります（実施窓口や実施方法の詳細はp11に記載）。

【事業対象者の有効期間】

早島町では、事業対象者の有効期間を1年としています。ただし、プラン変更（見直し）時や状態の変化があったときは、あらためて基本チェックリストを実施するなど、必要に応じて要介護（要支援）認定申請の手続きを進めてください。

【事業対象者への移行に関する留意事項】

事業対象者への移行については、要支援認定有効期間終了前に「基本チェックリスト」を実施し、その結果と「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」、「介護保険被保険者証」を町へ提出していただくことで手続きを進められます。受付は、有効期間終了の30日前から可能です。

また、町外事業所利用者、住所地特例者については、町外事業所や他市町村との調整が必要となりますので、移行を検討する場合は、事前に早島町健康福祉課に相談してください。

(3) 事業対象者、要支援認定及び要介護認定の区分変更に伴う資格の取り扱いについて

①要介護（要支援）認定者が事業対象者としての登録を希望する場合

既に要介護（支援）認定を受けており、その有効期間内にある場合は、要介護（支援）認定を優先するため、事業対象者としての登録を受けることはできません。現在の認定の有効期間が終了する際（認定更新時）に基本チェックリストを実施して、事業対象者の登録手続きを行ってください。

い。

②事業対象者が要支援認定を受けた場合

要支援認定申請日に遡って、要支援認定の資格が発生し、その前日に事業対象者としての資格を喪失します。

③事業対象者が要介護認定を受けた場合

総合事業では、要介護と認定された対象者が、認定日以前に総合事業のサービスを利用していた場合は、特例的に、総合事業で費用を支給できることとなっています。

こうしたことから、事業対象者の資格は、(i) 居宅サービス計画作成依頼の届出日（変更時は変更年月日）の前日、または(ii) 認定日の属する月の翌月末日（ただし、月初日が認定日の場合は同月末日）のいずれか早い方の日に資格を喪失します。

この場合、(i) または(ii) の日まで総合事業のサービスを利用することができますが、逆に介護給付によるサービスは利用できないため注意が必要です。

④要支援認定者が要介護認定を受けた場合

要支援認定者が要介護認定を受けた場合、総合事業のサービスのみを利用している場合であっても、従来同様、申請日に遡って、要介護認定の資格が発生し、その前日に要支援認定者としての資格を喪失します。

3. 訪問型・通所型サービスの内容について

早島町における総合事業の訪問型・通所型サービスの内容は、以下のとおりです。

(1) 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

介護保険法改正前の旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に相当するサービスです。

基準、報酬、サービス内容などは従前と同様で、サービスを実施できるのは、早島町から指定を受けた事業所に限られます。(P23「VI.早島町総合事業指定事業所について」に記載)

前述のとおり、このサービスは専門職が関わるサービスであることから、身体介護が必要な人、認知症などにより専門的対応が必要な人などを対象とします。その必要性について、適切な判断を行ってください。

それぞれの介護度等の区分に応じた利用可能回数については、サービスコード表でご確認ください。(早島町のホームページに掲載しています。)

(2) 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

相当サービスに比べ、人員、設備等の基準を緩和したサービスです。このサービスは、町からの委託事業として実施しています。

訪問型サービスAの従事者は非専門職も可能（ただし、町の実施する研修受講が必要）としています。サービス内容は、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分について」（平成12年厚生省老人福祉計画課長通知 老計第10号）に規定する家事援助のみとし、1か月あたり10回まで提供時間はサービスの内容に応じて1回あたり1時間以内です。

（3）通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

相当サービスに比べ、人員、設備等の基準を緩和したサービスです。このサービスは、町からの委託事業として実施しています。

利用回数は、週1回を目安とし、1日の利用時間は概ね3時間以内です。

（4）通所型サービスC（短期集中予防サービス：元気アップ塾）

理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が、短期集中的（3か月間）に生活機能改善のための運動器や栄養、口腔の機能向上プログラムなどを実施するサービスです（1クール全12回）。

利用者の心身機能の維持向上と自主的な運動習慣の構築を支援することで、生活機能及びQOLの向上を図り、可能な限り、その居宅において自立した日常生活を営めるようにすることを目的としています。サービスの利用により、生活機能の向上、社会参加の促進が見込まれる人が対象となります。

（5）訪問型サービスD（移動支援）

町の研修を受けたボランティア（住民団体）が一人での外出に不安がある高齢者に対し、外出時（買い物や通院時）の付き添いを行うサービスです。移動手段は、徒歩または公共交通機関です。サービス内容は、歩行時・車両乗降時の見守り、買い物の手助け、重い荷物の運搬、通院先での付き添いなどです。（詳しくは、地域包括支援センターまでお問い合わせください。）

（6）配食サービス（安否確認・栄養改善）

安否確認を兼ね、食生活の安定や調理負担の軽減、栄養改善を目的に栄養バランスの取れたお弁当を町から委託を受けた配食業者が自宅まで届けるサービスです。安否確認を兼ねているため、原則、手渡しとなります。利用には、要件があり、事前に利用申請とアセスメントが必要となります。（詳しくは、地域包括支援センターまでお問い合わせください。）

4. 介護予防・生活支援サービスの報酬、利用料、補助、給付管理等について

(1) 報酬、利用料

①給付相当サービス（訪問・通所）

加算・減算も含めて旧介護予防サービスに準ずるとの考え方で、サービスコード表のとおりです。利用料は、所得に応じて、サービス費の1割、2割または3割の負担となります。

②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

利用料	30分	125円
	60分	250円

③訪問型サービスD（移動支援）

利用料 例) 1回あたり1時間30分まで 100円（その他、加算あり）

※登録団体の規約により異なります。詳しくは地域包括支援センターまでお問合せください。

④通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

利用料 1回あたり 290円

⑤通所型サービスC（短期集中予防サービス：元気アップ塾）

利用料 1回あたり 200円

⑤配食サービス

補助額 1食あたり 300円の補助

(2) 給付管理等

「相当サービス」は、指定事業所によるサービスで、国保連へ報酬を請求する仕組みとなっていることから、給付管理の対象となります。一方、「訪問型サービスA」「訪問型サービスD」「通所型サービスA」は、委託または補助によるサービスで、委託料、補助金を町へ直接請求する仕組みであり、「通所型サービスC」は直営での実施であることから、給付管理の対象となりません。

【事業対象者の給付管理】

事業対象者が相当サービスを利用する場合、給付管理の対象となりますが、その場合の支給限度基準額は、要支援1と同様の単位となります。

(3) 高額介護予防・生活支援サービス費

総合事業についても、利用者負担が高額となった場合は、高額介護予防サービス費に相当する「高額介護予防・生活支援サービス費」を支給します。ただし、算定の対象となるのは、給付管理の対象である相当サービスの利用料に限ります。

なお、実際には、総合事業のサービスのみで上限額に達することはないため、他の予防給付との合算または世帯合算の場合にのみ対象となります。

(4) 給付制限

相当サービスも含めて総合事業のサービスは、保険料の滞納等による給付制限の対象とはしていません。

5. サービスの併用について

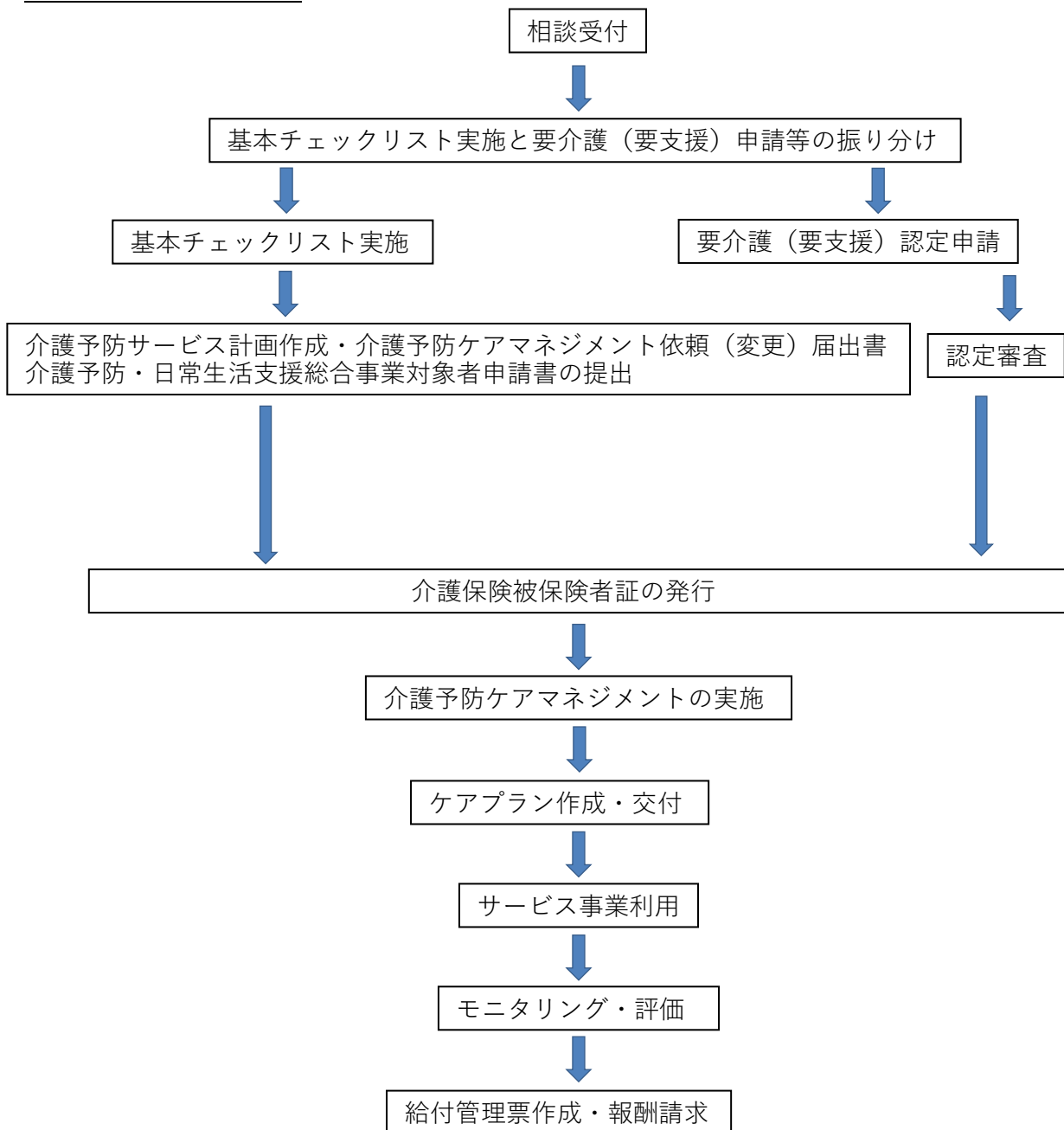
総合事業における、サービスの併用は下記の表のとおりです。

		訪問			通所		
		給付相当	サービスA	サービスD	給付相当	サービスA	サービスC
訪問	給付相当		×	○	○	○	○
	サービスA	×		○	○	○	○
	サービスD	○	○		○	○	○
通所	給付相当	○	○	○		×	×
	サービスA	○	○	○	×		
	サービスC	○	○	○	×	×	

予防給付との併用については、従前の介護予防通所介護の取り扱い同様、介護予防通所介護相当サービスと介護予防通所リハビリテーションの併用はできません。

II. 介護予防ケアマネジメントについて

1. 実施手順について



2. 相談受付について

(1) 基本的対応

相談者から、相談の目的や心身の状況、家庭や住居の環境、利用を希望するサービス等を聞き取り、必要に応じて介護（予防）給付及び総合事業のサービス等について説明した上で、要介護（支

援) 認定申請、基本チェックリストの実施または一般介護予防事業の紹介などに振り分けます。

聞き取りを行う中で、相談者の抱える課題、希望をできるだけ正確に把握するとともに、介護(予防)給付及び総合事業は、ともに自立のために利用するサービスであることなども説明してください。

総合事業は、サービスを初めて利用する人からの相談が多く、地域包括支援センターが主な相談窓口になると想定されますが、現在、予防給付サービスを利用している人などから、居宅介護支援事業所に相談される場合もありますので、同様の対応をお願いします。

(2) 基本チェックリストと要介護(要支援)認定等の振り分け

(1) による相談対応の中で、本人の状態、本人・家族の希望を踏まえて、以下のとおり振り分けを行います。

①要介護・要支援認定申請を勧める場合

- (i) 杖や歩行器を使用しても、ひとりで歩くことができないなど、明らかに要介護認定が必要な場合
- (ii) 予防給付(訪問看護、福祉用具貸与、住宅改修、通所リハビリ、ショートステイ、居宅療養管理指導など)を利用する場合(総合事業と併用する場合を含む)
- (iii) 相当サービスを利用する場合(入浴介助などの身体介護が必要、認知症や精神疾患などにより日常生活に支障をきたしている、機能訓練指導員による継続的な機能訓練が必要など、専門職による支援が必要なケース)
- (iv) 第2号被保険者

②基本チェックリストを実施する場合

①に該当せず、訪問型サービス A・D、通所型サービス A・C、配食サービスのみの利用を希望する、または適している場合に実施します。

③一般介護予防事業を勧める場合

心身の状況が比較的元気で、「めざせ元気!!ころばん塾」等の住民主体の通いの場など、一般介護予防事業のみの利用を希望する、または適している場合

3. 基本チェックリストの実施について

(1) 実施の窓口

早島町地域包括支援センター

(2) 実施方法

基本チェックリストは、本人に面談のうえ、「基本チェックリストについての考え方」に基づいて質問内容を説明し、本人に記入してもらうことを基本とします（実施場所は問いません）。ただし、本人が来所できない、本人が記入できない場合などは、電話での聞き取り、家族等からの聞き取り、家族等の代筆も可能です。その場合は、後日、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状況を確認することとなります。

(3) 基本チェックリスト実施にあたっての留意事項

①基本チェックリストの有効期間

事業対象者としての登録に際しては、一定期間内に実施した基本チェックリストで状態を判断すべきと考えており、早島町では、30日前までに実施した基本チェックリストを有効としていますのでご注意ください。

②事業対象者登録と要支援認定の同時申請

総合事業では、要支援認定の結果が出るまでの間に、基本チェックリストを実施して基準に該当すれば、事業対象者としてサービスを利用できることとなっています。ただし、できるだけ事業を効率的に実施するため、要支援認定と事業対象者登録を同時申請するのは、真に必要な場合のみとしてください。

4. 介護予防ケアマネジメントの実施について

(1) 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と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状態がそれ以上悪化しないようにする」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す。

そのため、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるだけではなく、利用者が地域の中で生きがいを持ち、役割を果たせる活動を継続できるよう、「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となります。

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て目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、目標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となります。

「自立支援に資する介護予防ケアマネジメント」という視点は、従来の介護予防支援と同様ですが、総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、それが更に重要となります。

(2) 実施方法

介護予防支援同様、地域包括支援センターまたは地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が実施します。

(3) ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントの類型とそれぞれのプロセス、対象サービス、ケアプランの様式は次の通りです。

〈参考〉ケアマネジメント類型ごとの各プロセスの実施

類型	利用するサービス	プロセス	様式
介護予防支援	・介護予防給付	従来どおりの原則的な介護予防ケアマネジメント	従来どおり
ケアマネジメント A	・給付相当サービス ・訪問型サービス A ・通所型サービス A [他の総合事業のサービスを併用する場合を含む]	介護予防支援同様、原則的なプロセスによる介護予防ケアマネジメント	介護予防支援と同様
ケアマネジメント B		簡略化したケアマネジメント	介護予防支援の様式の一部記載省略
ケアマネジメント C	・訪問型サービス D ・通所型サービス C	初回だけのケアマネジメント	介護予防支援の様式の一部記載省略

(○：実施 △：必要に応じて -：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	○	○	○
モニタリング	○（3か月に1回）	○（6か月に1回）	-

(4) 介護予防ケアマネジメント業務の居宅介護支援事業所への委託について

委託の場合、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の委託契約手続き、ケアマネジメントに際しての役割分担などは、基本的に介護予防支援を委託する場合に準じます。

なお、受託件数については、居宅介護支援費の逓減制には含まれないため制限はありません（居宅介護支援費の区分を決める取扱件数から除外できます）。各事業所における介護支援専門員の業務量等を考慮した上で、受託をお願いします。

※介護予防給付にかかる「介護予防支援」については、従来どおり、1/2換算で逓減制の対象となりますのでご注意ください。

(5) 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出について

介護予防ケアマネジメント実施にあたっては、利用者から町（健康福祉課）に「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」を提出する必要がありますが、居宅サービス計画作成依頼届出と同様、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等からの代行提出も可能です。

変更時における居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書また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）届出書提出の要不要について

次のとおり、事業対象者から要支援者など区分が変更となった場合及びケアマネジメント実施事業者が変更になった場合に変更届出書の提出が必要となります。

〈変更時の届出書提出の要不要について〉

サービス種別	区分変更	届出書の提出	備考
介護給付⇔予防給付または介護予防・生活支援サービス事業	必ず区分変更が発生	必要	書類上は、新規の居宅届またはケアマネジメント届となる
予防給付⇔介護予防・生活支援サービス事業	要支援⇔事業対象者の区分変更を伴う場合	必要	
	要支援のままなど区分変更を伴わない場合	不要	予防給付とサービス事業の変更は省略可
変更なし	要支援⇔事業対象者の区分変更があった場合	必要	
	区分変更はないがケアマネジメント事業所が変更	必要	

(6) ケアマネジメントの様式

介護予防ケアマネジメントで使用する様式は、介護予防ケアマネジメント実施における関連様式（※様式5～8）までのほか、ケアマネジメントの類型によって簡略化した様式も利用できることとしています。

「ケアマネジメントA」の場合は、従来様式を使用します。「ケアマネジメントB」の場合は、従来様式で一部記載を省略できるほか、簡略化した早島町の独自様式（「ケアマネジメントB・C用ケアプラン」）を使用することもできます。「ケアマネジメントC」の場合は、ケアマネジメントBと同様に、従来様式の省略、簡略化した早島町の独自様式（「ケアマネジメントB・C用ケアプラン」）の使用も可能とします。（p24～参照）

（様式5）利用者基本情報

（様式6）介護予防サービス・支援計画（ケアマネジメント結果等記録表）

（様式7）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）

（様式8）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

（様式9）介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントB・C用）

(7) 説明及び契約締結

介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、地域包括支援センターが、以下の(i)(ii)に基づき、地域包括支援センターの概要、個人情報の取扱いなどについて、利用者に説明を行ったうえで、(iii)により利用契約を締結します。いずれも、それぞれ2部作成し、1部は利用者に交付し、1部は地域包括支援センターに保管します。

- (i) 重要事項説明書
- (ii) 個人情報利用同意書
- (ii) 利用契約書

ただし、介護予防ケアマネジメントの効率化と利用者負担の軽減のため、ケアマネジメント C については、(i) (ii) による説明・同意があれば、(iii) 「利用契約書」の取り交わしを省略できることとしています。(※ケアマネジメント C の場合は、原則、地域包括支援センターが行います。) また、介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所へ委託する場合、初回訪問時には、地域包括支援センター職員が同席することとしています。

(8) アセスメント

アセスメントの目的は、本人の望む生活 (= 「したい」) (生活の目標) と現状の生活 (= 「うまくできていない」) のギャップについて、「なぜ、うまくできないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題 (目標)」を明らかにすることです。

利用者の自宅を訪問して本人と面接し、「利用者基本情報」、「基本チェックリスト」、要支援認定に係る情報等を活用して、その状態像を把握したうえで、生活機能のどこに問題があって自立が阻害されているのか、本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行います。こうしたプロセスの中で、本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めてください。

(9) ケアプラン原案の作成

①目標の設定

生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるよう設定してください。

より本人に合った目標を設定するには、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業も重要となります。

また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望まれます。

②計画の実施期間

ケアマネジメント A の場合、計画の実施期間は 1 年間を最長としますが、その範囲内で、利用者の状態像に併せて適宜設定してください。なお、ケアマネジメント B・C の場合は、期間を省略することができます。

③利用するサービス内容の選択

利用するサービスを検討する際は、各サービス事業の特徴を把握し、本人の状態や意向に合ったサービスを選択してください。

また、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集したうえで、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業、民間企業によるサービスなどインフォーマルなサービスも含め、地域において活動や参加が果たせる居場所、活躍できる場を位置づけることも検討してください。

(10) サービス担当者会議及びケアプランの確定・交付

利用者や家族、サービス事業者、主治医等が参加するサービス担当者会議において、介護予防ケアプラン原案について説明し、目標や課題の共有、役割分担を行うとともに、参加者の意見をもとに必要な修正を行います。そのうえで、利用者から同意を得てケアプランを確定し、利用者及びサービス事業者に交付します。(委託の場合は、地域包括支援センターにも交付してください)。

サービス事業者にケアプランを交付する際には、個別サービス計画の作成とともに、毎月、「サービス提供票」等によりサービスの実施状況等を報告してもらうよう依頼してください。

また、ケアマネジメントタイプによっては、サービス担当者会議等を一部省略できることとしてあります。以下にとりまとめましたので参考にしてください。なお、ケアマネジメント B・C で、サービス担当者会議を実施しない場合であっても、利用者に対してケアプランを説明し、同意を得たうえで確定・交付することは必要です。

	サービス担当者会議	事業者へのケアプラン交付	事業所の個別サービス計画作成	事業所からの実績の報告
ケアマネジメント A	○	○	○	○
ケアマネジメント B	△ (必要に応じて)	○	○	○
ケアマネジメント C	△ (必要に応じて)	○	×	×

(11) モニタリング

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化などを継続的に把握するため、利用者及び家族が

ら直接聴取するほか、サービス提供者からも状況を聴取するなどしてモニタリングを行ってください。

①ケアマネジメントA

介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月並びに利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接し、状況を把握するとともに、必要に応じて計画の見直しを行ってください。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法等により利用者に面接するよう努められるとともに、面接ができない場合は、電話等による連絡、サービス事業者から提出される「サービス提供票」等の確認などにより実施してください。

また、モニタリングを実施しない月であっても、利用者の状況の変化等があればサービス事業者から情報が入る体制を作っておくなど、状況悪化を見逃さない仕組みを作っておくよう努めてください。

②ケアマネジメントB

少なくとも6か月に1回及びサービスの評価期間の終了月並びに利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接し、状況を把握するとともに、必要に応じて計画の見直しを行ってください。それ以外の月においては、必要に応じて状況を把握してください。

③ケアマネジメントC

モニタリングは不要です。

【状況悪化を見逃さないための仕組み例】

- ・サービス事業所と介護予防ケアマネジメント実施者との間で、利用者の状況などについて情報共有する仕組みを作る。
- ・定期的に活動の場等を訪問し、参加状況を確認する。
- ・体力測定等で、悪化の兆しを発見する。

(12) 評価

設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、サービス事業者からの報告や面接の結果を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定してください。介護予防ケアマネジメント業務委託の場合は、評価月の月末までに「介護予防支援サービス評価表」を地域包括支援センターへ

提出してください。

なお、ケアマネジメントCの場合は、評価は不要ですが、状況に応じたサービスの見直しを行ってください。

(13) 給付管理票等の作成・報酬の請求

①介護予防ケアマネジメント費について

ケアマネジメント類型ごとの介護予防ケアマネジメント費（報酬）及び請求先は、以下のとおりとなります。なお、1単位あたりの単価は、介護予防支援同様10円とします。

類型	報酬月額	利用するサービス	報酬の請求先
ケアマネジメントA	基本額 438単位 初回加算300単位	相当サービス [他の総合事業サービス併用の場合を] 含む 訪問型サービスA 通所型サービスA	早島町健康福祉課
ケアマネジメントB	基本額 438単位 初回加算300単位		
ケアマネジメントC	基本額 438単位 初回加算300単位	通所型サービスC 訪問型サービスD	

【初回加算の取扱いについて（ケアマネジメントA・B・C共通）】

以下の場合に初回加算を算定することができます。

(i) 新規に介護予防ケアマネジメントとして実施する場合

新規とは、当該利用者について、過去2月以上、当該地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所で介護予防ケアマネジメントまたは介護予防支援を実施しておらず介護予防ケアマネジメント費または介護予防支援費が算定されていない場合に、当該利用者に対してケアプランを作成した場合

(ii) 要介護者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者となった場合に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

②給付管理票の作成、報酬請求の手続きについて

介護予防ケアマネジメントを委託している場合は、地域包括支援センターが、国保連、町への請求を行いますので、委託先の居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターに実績報告書、給付管理表、委託者名簿を提出したうえで、委託料を請求してください。

③居宅介護支援事業者へのケアマネジメント委託に係る委託料

ケアマネジメントの委託にかかる委託料は以下のとおりとなります。

類型	単価	包括手数料	居宅への委託料
ケアマネジメントA	4,380円 (438単位)	0円	4,380円
ケアマネジメントB			
ケアマネジメントC	4,380円 (438単位)		
初回加算(ケアマネジメントA・B・C共通)	3,000円 (300単位)	0円	3,000円
委託連携加算	3,000円 (300単位)	0円	3,000円
【参考】介護予防支援	4,380円 (438単位)	0円	4,380円

Ⅲ. 介護予防・生活支援サービスの利用に係る留意事項について

1. 月途中でのサービス開始・終了、区分・サービス変更時の報酬について

(1) 介護予防ケアマネジメント費

介護予防ケアマネジメント費は月額報酬となっていますが、「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」(平成30年3月30日 老健局介護保険計画課・老人保健課 事務連絡)の規定に則り、日割りは行わず、以下のとおり運用します。

① 月途中でケアマネジメントを開始・終了する場合

月の途中でケアマネジメントを開始、終了した場合であっても1か月分の報酬を支給します。

② 要支援または事業対象者⇔要介護の変更により、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント⇔居宅介護支援の変更が発生する場合

総合事業導入前と同様、変更後(月末)の要介護度に応じた報酬を適用します。

③ サービス変更等により、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントA・B・C間の変更が発生する場合

介護予防支援とケアマネジメントA・B・Cについては、同一枠内のケアマネジメントと解釈できるため、月途中でケアマネジメントを切り替えるのではなく、月内に利用するサービスの種類に応じて、より上位のケアマネジメント(介護予防支援>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)を適用することとします。

(2) 訪問型・通所型サービス費

①相当サービス

月額報酬を設定しています。月の途中で開始、終了した場合は、原則、「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用」の規定に則って、日割り算定を行うものとします。具体的な計算例は以下のとおりとなります。

例) 要支援の対象者が通所型サービスを月5回利用する月に

- (i) 月途中で契約をした場合⇒契約日から日割
- (ii) 月に3日間ショートステイを利用した場合⇒入所日の前日・退所日の翌日で日割
- (iii) 月途中でサービス事業所を変更した場合⇒契約日から日割り
- (iv) 月途中で区分変更(要支援1⇔2)した場合⇒変更日から日割

②訪問型サービスA・訪問型サービスD・通所型サービスA・通所型サービスC

出来高払いを設定しています。

※ 訪問型サービスについて、月の途中でサービス提供回数を変更する場合(週1回程度⇒週2回程度など)、従来の介護予防訪問介護の考え方を踏襲し、月途中でのサービス費(訪問型サービス費Ⅰ～Ⅳ)の区分変更は行いません。継続的な変更の場合は、翌月から区分を変更してください。

また訪問型サービス、通所型サービスの各種加算については、日割り計算用サービスコードが設定されていないため日割り計算は行いません。

2. 町外に所在するサービス事業所を利用する場合の取扱いについて

総合事業では、町外の事業所も利用できることとなっていますが、早島町の被保険者が町外のサービス事業所を利用する場合は、以下の点に留意してください。なお、住所地特例者については、扱いが異なりますので、次項「住所地特例者に対する総合事業の実施について」を参照してください。

(1) 早島町指定の有無

総合事業は、市町村ごとの事業であり、サービス事業所の指定も市町村ごとに行います。そのため、早島町の被保険者が町外に所在する事業所を利用するためには、当該事業所が、早島町の事業所指定を受けていることが必要となります。町外事業所の利用にあたっては、必ず、早島町の指定を受けている事業所であることを確認してください。(p22 参照)

(2) 適応する報酬額について

総合事業では、ケアマネジメント費、サービス費などの報酬も市町村ごとに決定することとなっているため、他市町村とは報酬額が異なる場合もあります。

総合事業の実施者は、住所地特例の場合を除き、利用者が住民登録を行っている市町村（保険者市町村）になることから、町外事業所を利用する場合であっても、保険者市町村の基準に基づく報酬を適用することになります。

以下に、住所地特例者との比較をまとめましたので、参考にしてください。

〈参考〉町外事業所利用者、住所地特例者の取扱いについて

	総合事業の実施者	ケアマネジメント実施包括	報酬基準
町外事業所利用者	保険者市町村	保険者市町村包括	保険者市町村基準
住所地特例者	施設所在地市町村	施設所在地包括	施設所在地基準

3. 住所地特例者に対する総合事業の実施について

住所地特例者が総合事業を利用する際の流れについて

住所地特例者に対する「総合事業」については、その対象者が居住する施設が所在する市町村（施設所在地市町村）が行う仕組みとされ、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント及び基本チェックリストについても、施設所在地市町村が実施することとされています。一方で、要介護（支援）認定については、転居前の市町村（保険者市町村）が実施することになっていますので、認定申請は保険者市町村へ行うことが必要です。詳しくは、早島町役場健康福祉課にご相談ください。

IV. 早島町総合事業指定事業所について（令和4年4月現在）

（1）訪問型サービス

No.	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号
1	ホームヘルプ倉敷	710-0024	倉敷市亀山701-2	420-1102
2	早島町ホームヘルパー ステーション	701-0303	早島町前潟249-1	482-3518
3	サルピス訪問介護事業所	703-8235	岡山市中区国富3-7-8	270-1117
4	ヘルパーステーション サンライフ倉敷	701-0112	倉敷市下庄700-1	462-7175
5	創心会ヘルパーステーション倉敷	710-1101	倉敷市茶屋町2102-14	420-1500
6	コンシェルジェ茶屋町	710-0023	倉敷市帯高440-6	476-5757
7	ヘルパーステーション無限大	701-0302	早島町若宮3706-6 エトワールアコオB棟203号室	090-4896-1353
8	和・介護ステーション	710-0065	倉敷市宮前380-28	441-1196

（2）通所型サービス

No.	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号
1	創心会百年煌倶楽部茶屋町	700-0973	倉敷市茶屋町1720-1	420-1501
2	通所事業所 さん・じむ	701-0112	倉敷市下庄715-2	464-5551
3	デイサービスセンター浮洲園	710-0034	倉敷市粒江2500-1	429-3311
4	特別養護老人ホーム 白亜館 デイサービスはくあ	701-0304	早島町早島4962-11	480-1212
6	デイサービスセンターテレサ	710-0064	倉敷市青江851-1	426-0500
7	ひまわりデイサービスセンター	701-0112	倉敷市下庄701-10	426-7111
8	早島町デイサービスセンター	701-0303	早島町前潟249-1	482-3517

9	デイサービスココファン妹尾	701-0211	岡山市南区東畦164-1	239-2395
10	創心会リハビリ倶楽部茶屋町	710-1101	倉敷市茶屋町2104-1	420-1501
11	デイサービスセンター我が家	710-0845	倉敷市西富井654-6	441-0028
12	杉の子デイサービスセンター	701-0011	倉敷市徳芳504	463-3608
13	やま幸デイサービスセンター 上東の家	701-0111	倉敷市上東1080-2	462-1701
14	* リハビリ堀南	710-0841	倉敷市堀南637-1	434-7911
15	* 健康トレーニング館	710-1101	倉敷市茶屋町1609-10	420-2338
16	ワンダフル藤田 デイサービスセンター	701-0221	岡山市南区藤田430-2	296-7322
17	創心会 元気デザイン倶楽部茶屋町	710-1101	倉敷市茶屋町2102-1	428-9100
18	茶話本舗デイサービス はやしまの郷	701-0302	早島町若宮3541-10	486-4752
19	オリーブガーデン デイサービスセンター	710-0024	倉敷市亀山564-7	420-2772
20	ツクイ中庄倉敷	710-0003	倉敷市平田948-1	435-0960
21	タイオンデイトレ倉敷	710-0803	倉敷市中島3012-1	486-5856
22	デイサービス 3匹の子ブタ	701-0304	早島町早島1447-1	454-5895
23	早稲田イーライフ 倉敷マスカット	710-0016	倉敷市中庄3137-4	486-2011

* 倉敷市の地域密着型サービスに移行したため、現在利用者のみ利用可

利用者基本情報（表面）

作成担当者：
所属名：
電話番号：

《基本情報》

作成日	()	本人の状況	()
フリガナ 本人氏名	性別	生年月日	○ 才
住所	電話 携帯		
相談者氏名	住所 続柄	電話	
障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
介護保険 認定情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 (年 月 日) (認定日 年 月 日)	認定結果	(有効期間) 年 月 日 ~ 年 月 日
	被保険者番号 ()	地域包括支援センター ()	
障害等認定 (手帳有・無)	等級等：	障害名：	等級等： 障害名：
その他	特定疾患・被爆・受給者証等の情報		
本人の 住居環境	※自宅周辺の環境（坂、階段等の状況）		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所
	連絡先	家族構成	
その他 連絡先	氏名	続柄	住所
	連絡先	家族構成	
家族関係等			
健康保険 種類	その他 (本・家)	経済状況	その他

《相談内容と対応》

相談経路	他機関での 相談状況
相談内容	
対 応	(回目) 相談継続 次回予約日：あり 月 日 () 時 / ・なし 担当： 備考

利用者基本情報（裏面）

《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	本人の1日の生活の過ごし方		
	時間	本人	介護者・家族
趣味・楽しみ・特技		友人・地域との交流	

《現病歴・既往歴と経過》（現在の状況に関連するものまた主疾患について、新しいものから順に書く）

発病・治療開始日	病名	医療機関・医師名 (主治医及び意見作成者に☆)	経過	治療中の内容や備考
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		
年 月 日		Tel		

《現在利用しているサービス》

介護保険サービス（事業者名）	介護保険外サービス	インフォーマルサービス等

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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、権利擁護センター、成年後見センター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 ㊞

※【家族の同意が必要な個人情報の使用について】

介護予防支援（ケアマネジメント）契約書 第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

令和 年 月 日 氏名 ㊞

介護予防サービス・支援計画表

様式6

様式第3号(10条関係)

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・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 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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				期間
							本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサポート	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	
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	()					
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について 健康状態、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】
受託支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針: 生活不活発の改善・予防のポイント _____

計画に関する同意 _____

上記計画について、同意いたします。
令和 年 月 日 氏名 _____ 印

基本チェックリストの(該当した項目数)/(総項目数) (専門項目数)

事業該当者の場合は必要な事業プログラムの枠内に〇印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

【意見】 _____

【確認印】 _____

地域包括支援センター _____

事業所名

評価日 年 月 日

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)サービス評価表

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> プラン継続 | <input type="checkbox"/> 介護給付 |
| <input type="checkbox"/> プラン変更 | <input type="checkbox"/> 予防給付 |
| <input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 |
| | <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 |
| | <input type="checkbox"/> 終了 |

介護予防サービス・支援計画書
(ケアマネジメントB・C用)

利用者区分: 初回・紹介・継続 / 認定済・申請中 / 要支援1・要支援2・事業対象者

様式 9

利用者氏名 _____ 様 生年月日 年 月 日 被保険者番号 _____
 計画作成者氏名 _____ 計画作成事業者・事業者名及び所在地 _____

計画作成(変更)日 _____ (初回作成日 _____) 認定年月日 _____ 認定有効期限 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	目的	支援計画		
			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	団体・事業所
運動・移動について		1			
日常生活(家庭生活)について		2			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		3			
健康管理について					
		【総合的な援助方針】			
		地域包括支援センター			
		【意見】		【計画に関する同意】	
		【確認印】		介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。	
				令和 年 月 日 氏名	

健康状態について(主治医意見書、健診結果、観察結果を踏まえた留意点)

--