介護予防・日常生活支援総合事業

マニュアル

津島市　福祉部　高齢介護課

令和７年４月　Ver

【目次】

**第１　介護予防・日常生活総合事業の概要・・・・・・・・・・P.１～P.８**

１　国の考えについて

２　市の総合事業

**第２　対象者と利用手続き・・・・・・・・・・・・・・・・・P.９～P.１０**

１　対象者

２　利用手続き

３　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

**第３　訪問型サービス・通所型サービスの基準等について・・・P.１１～P.１４**

１　総合事業の開始について

２　訪問型サービス・通所型サービスの基準について

３　各サービス対象者について

４　総合事業の請求について

**第４　介護予防ケアマネジメントについて・・・・・・・・・・P.１５～P.２２**

１　概要

２　介護予防ケアマネジメントの種類

３　介護予防ケアマネジメント

４　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)の解説

５　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)の解説

６　介護予防ケアマネジメント費の報酬、初回・連携加算について

７　総合事業利用対象者へのサービス選択について

**第５　総合事業の指定申請等について・・・・・・・・・・・・P.２３**

１　訪問型サービスA、通所型サービスAの指定申請等について

２　申請先について

３　他市町村への指定申請について

**第１　介護予防・日常生活支援総合事業の概要**

１　国の考えについて

(１)総合事業の趣旨について

○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、多様なサービスを充実することにより、地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援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します。

○要支援者等については、掃除や買物などの生活行為の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している方が多いです。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待されます。

○要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、従来、予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、「従前の介護予防訪問介護等」と「住民等が参画する多様なサービス」を総合的に提供可能な仕組みに見直します。

(２)総合事業の概要

○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としてサービス提供を継続します。

○地域包括支援センターと居宅介護支援事業所により、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)を組み合わせます。

○介護予防・生活支援サービス事業のみ利用する場合は、要介護認定申請ではなく、基本チェックリストを用いた簡易な形で判断した介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」といいます。）として、迅速なサービス利用が可能になります。

資料：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）」を一部加工

（３）総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

① 介護予防・生活支援サービス事業

* 対象者

要支援者及び事業対象者等

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業 | 内　　容 |
| 訪問型サービス | 掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供する |
| 通所型サービス | 機能訓練など日常生活上の支援を提供する |
| 生活支援サービス | 栄養改善を目的とした配食やひとり暮らし高齢者等への見守りを提供する |
| 介護予防ケアマネジメント | 総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを行う |

②　一般介護予防事業

* 対象者

第一号被保険者のすべての者及びその支援のための活動に関わる者

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業 | 内　　容 |
| 介護予防把握事業 | 収集した情報等を活用することにより、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる |
| 介護予防普及啓発事業 | 介護予防活動の普及・啓発を行う |
| 地域介護予防活動支援事業 | 住民主体の介護予防の育成・支援を行う |
| 一般介護予防事業評価事業 | 一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その結果に基づき事業全体を改善する |
| 地域リハビリテーション活動支援事業 | 住民への介護予防に関する技術的助言、介護事業所への技術的助言、地域ケア会議でのケアマネジメント支援等、リハビリ専門職等の関与を促進することで介護予防の取り組みを強化する |

《根拠》

・介護保険法　第115条の45第１項

・介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針(令和６年３月29日　厚生労働省告示168号)

・「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について(令和６年８月５日　老発0805第４号)

・「地域支援事業の実施について」の一部改正について（令和６年８月５日　老発0805第３号）

・介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和２年厚生労働省令第176号）

２　市の総合事業

対象者の状態を聴取・観察し、個別の状態像に合わせたケアプランにより**総合事業の訪問型・通所型サービスAを利用されている方が、６か月を目安に、卒業を目指します。**６か月経過後も利用者の状態に応じて総合事業や社会資源などのサービスを引き続き利用しながら自立した生活を目標とします。

卒業の目安については、以下の指標をもとに判断してください。

①基本チェックリストにて、自立となった場合

②通所型サービスＡ（短時間型）を利用している方は、３ヶ月ごとに行っている評価にてフレイルの状態から脱した場合

　※資料はP.22参照

卒業後、住み慣れた地域で生活を送ることが出来るように、地域ケア会議等を開催します。地域ケア会議の積み重ねの中で把握した、地域課題及び課題解決策を図ります。

**市の総合事業の考え方**

（１）相談からサービス利用までの流れ

①市役所(高齢介護課)、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に相談

相談者からの聴き取りから、以下の方に「介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票」(以下、「確認票」といいます。)を実施します。

ア　介護サービスもしくは介護予防・生活支援サービスの利用を希望する新規申請者

イ　介護サービスもしくは介護予防・生活支援サービスの利用継続を希望する更新者

※ただし、以下のいずれかに該当する者は確認票を実施せず、要介護認定の申請をします。

・利用希望の在宅サービスが下記に該当

住宅改修、福祉用具レンタル・購入、訪問看護、訪問入浴、訪問リハ、

ショートステイ

通所リハビリは通所型サービスA（短時間型）への変更が可能か、聞き取りを要するため、確認票を実施します。

・入所希望施設が下記に該当

グループホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院など認定が必要な施設

・対象者の状況が下記に該当

第２号被保険者、認知症（診断されており、日常生活に支障がある）、特定　　疾患など医療行為が必要な方（例：リウマチ、パーキンソン、癌末期等）

※一般介護予防事業のみ利用を希望している場合は、基本チェックリストの実施は不要です。

　　②確認票の結果により、申請を「要介護認定申請の対象者」もしくは「基本チェックリストの対象者」へ振り分け

確認票で「要介護認定申請の対象者」となった場合、要介護認定申請となります。「基本チェックリストの対象者」となった場合、基本チェックリストを実施します。

**※基本的には要介護認定申請もしくは基本チェックリストのどちらかを実施することとなりますが、同時申請が望ましいと判断された場合はその都度ご連絡ください。**

③基本チェックリストの実施

基本チェックリストは、本人が窓口に来所し実施します。総合事業の趣旨を説明し、身体状況や生活状況を直接確認しながら面談者が記載します。（※記入漏れがないように注意）

ただし、やむを得ない事情がある場合には、家族等の代理人が基本チェックリストを受けることができますが、アセスメント・介護予防ケアマネジメントの時に本人と対面し、身体状況等の確認を実施します。

④事業対象者の判定・介護保険被保険者証等の交付

　　　基本チェックリストの判定の結果、該当した場合、事業対象者となります。申請に必要な書類（下記※参照）を提出すると、事業対象者の登録がなされ、後日、介護保険被保険者証及び負担割合証が郵送されます。（負担割合証は新規申請の場合のみ。）

　　・非該当の場合、一般介護予防事業の利用につなげます。

※必要な書類

　　「確認票」「基本チェックリスト」「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」

⑤介護予防ケアマネジメント

　　　地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所は、要支援者・事業対象者に対してアセスメントを行い、その結果に基づきケアプラン案の作成、サービスの案内等を行い、契約を締結します。

⑥総合事業の利用開始

　　　要支援者・事業対象者等は、サービス担当者会議等を経て、ケアプランに同意した上で、サービス提供事業者と契約を締結し、総合事業の利用を開始します。

　⑦その他

　　・有効期間の設定

　　　事業対象者について、一律24か月の有効期間を設定します。なお、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所の職員が、有効期間到来時に「確認票」にて聴き取り、状況に応じて介護認定申請、または基本チェックリスト等を実施し、手続きを行います。

・利用者負担

　　　介護給付の利用者負担割合(原則１割、一定以上所得者は２割あるいは３割)と同様の取り扱いです。なお、総合事業では保険料の滞納などによる給付制限は当面の間適用しません。

相談からサービス利用までのおおまかな流れ

①市役所(高齢介護課)、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に相談

②市役所(高齢介護課)、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で

『介護予防・日常生活支援総合事業　対象者確認票』の実施

③市役所(高齢介護課)、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で

『基本チェックリスト』の実施

非該当

非該当

要介護認定申請

該当

台帳登録、介護保険被保険者証・負担割合証発行

居宅サービス

計画の作成

介護予防サービス

計画の作成

⑤介護予防ケアマネジメントの実施

(居宅介護支援事業所等が実施)

計画の作成

○一般介護予防事業

（全ての高齢者が利用可）

○介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

○介護予防サービス

・介護予防訪問看護

・福祉用具等

○地域密着型介護

予防サービス

○居宅サービス

・訪問介護

・通所介護

・訪問看護等

○地域密着型サービス

○施設サービス

総合事業

介護給付

予防給付

（２）介護予防・生活支援サービス事業の内容

訪問型サービス

○訪問型サービスA(緩和した基準)

訪問型サービスAとは、要支援者又は事業対象者に対し、営利法人、非営利法人等に所属する職員が住居を訪問して、身体介護(入浴、排せつ、食事等の介護、自立支援のための声掛けや見守り等)又は生活援助(調理、洗濯、掃除等の家事)等の日常生活上の自立支援を目指し利用するサービスです。

○訪問型サービスB(つしま家事サポーター)

　訪問型サービスBとは、要支援者又は事業対象者等に対し、市主催の養成講座修了者（つしま家事サポーター）が住居に訪問し、家事援助（調理、洗濯、掃除等の家事）や短時間援助（ごみ出し）を利用者と一緒に実施します。一緒に活動することで利用者の介護予防・自立支援を促します。

通所型サービス

○通所型サービスA(緩和した基準)

　①短時間型

通所型サービスA（短時間型）とは、要支援者又は事業対象者がデイサービスセンターに通い、自立した生活を目指し、送迎、レクリエーション、運動器機能向上プログラム（市提示プログラム）等を利用するサービスです。

　≪運動器機能向上加算（短時間型）の算定方法≫

ケアプランに、

運動器機能向上加算を

算定する事を明記

（居宅）

サービス計画に、

運動器機能向上の

サービス内容を明記

（サービス事業所）

実施報告書（写）

(指定様式)を

翌月10日までに

市担当課へ提出

（サービス事業所）

※運動器機能向上プログラムの提供は必須とします。

　※「運動器機能向上加算（短時間型）」について、市主催の「通所型サービスA勉強会」で発行される修了証を取得していない場合、加算の算定はできません。（修了証には有効期間がありますのでご注意ください。）

　※入浴はサービス対象外となります。

　②1日型

通所型サービスA（１日型）とは、要支援者又は事業対象者がデイサービスセンターに通い、送迎、レクリエーション、入浴、機能訓練、レスパイト、認知症予防プログラム等を利用するサービスです。

※認知症予防プログラムは、市主催の勉強会における認知症予防プログラムを推奨します。

介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員等が、利用者の心身の状況や希望等を踏まえて、利用するサービスの種類を定めたケアプランを作成し、併せてサービス事業者等との利用調整を実施します。

（３）一般介護予防事業の内容

一般介護予防事業は、すべての高齢者に対し、高齢者がもつ能力を維持向上させることを目的に、長寿教室、通いの場などを利用することができる事業です。要支援者や事業対象者の自立支援のために事業への参加を勧めることもできます。

※ただし、一般介護予防事業の長寿教室は、一般高齢者や認定等非該当者を優先的に参加させる配慮をしているため、サービスAからの卒業に向けて、事業参加を検討される場合、市へ事前にお問い合わせください。

長寿教室

　長寿教室は、介護予防の普及啓発に資する運動やレクリエーション、講話の教室を実施しています。簡単な体操、軽い筋力トレーニング、ヨガ、流水プールでの水中運動等を取り入れています。会場は市内公共施設、スポーツジム、介護施設で開催しています。広報で周知し、参加を呼びかけています。

通いの場

　通いの場は、介護予防や地域づくりを目的とし、住民が主体となって、市内で運動や趣味活動、茶話会等を実施しています。通いの場に参加することで、地域における人とのつながりを深めることができます。

高齢者ふれあいサロン

　高齢者ふれあいサロンは、市主催の養成講座修了者（認知症予防スタッフ）等により、認知症予防や閉じこもり予防のためのレクリエーションなどを行い、地域との繋がりを作り、心身ともに健康を維持する活動の場です。

※一般介護予防事業は「長寿教室」「通いの場」「高齢者ふれあいサロン」のほかに、担い手として「認知症予防スタッフ」「つしま家事サポーター」「つしま❀げんきボランティア」があります。

（４）その他の留意事項等

区分支給限度基準額について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者区分 | サービス利用のパターン例 | 費用区分 | 区分支給限度基準額 |
| 事業対象者 | 総合事業（訪問型）のみ | 介護予防ケマネジメント費 | ※原則、5,032単位 |
| 総合事業（通所型）のみ |
| 総合事業（訪問型＋通所型）のみ |
| 要支援１ | 予防給付のみ | 介護予防支援費 | 5,032単位 |
| 予防給付＋ | 総合事業（訪問型） |
| 総合事業（通所型） |
| 総合事業（訪問型＋通所型） |
| 総合事業（訪問型）のみ | 介護予防ケマネジメント費 |
| 総合事業（通所型）のみ |
| 総合事業（訪問型＋通所型）のみ |
| 要支援２ | 予防給付のみ | 介護予防支援費 | 10,531単位 |
| 予防給付＋ | 総合事業（訪問型） |
| 総合事業（通所型） |
| 総合事業（訪問型＋通所型） |
| 総合事業（訪問型）のみ | 介護予防ケマネジメント費 |
| 総合事業（通所型）のみ |
| 総合事業（訪問型＋通所型）のみ |

**※事業対象者は、原則要支援１相当（5,032単位／月）を区分支給限度基準額としますが、退院直後など集中的にサービスが必要な場合は、要支援２の区分支給限度基準額を上限とします。**

**第２　対象者と利用手続き**

１　対象者

要支援者又は事業対象者等

２　利用手続き

　対象者及び利用サービスにより、下表のとおり利用手続きが異なります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 利用サービス | 作成書類 |
| 要支援者 | 予防給付のみ利用 | 介護予防サービス計画を作成 |
| 予防給付と総合事業を利用 | 介護予防サービス計画を作成 |
| 総合事業のみ利用 | 介護予防ケアマネジメントを実施 |
| 事業対象者 | 総合事業のみ利用 | 介護予防ケアマネジメントを実施 |

　介護予防サービス計画の作成及び介護予防ケアマネジメントを実施する事業所が決まった場合、利用者もしくは事業所は「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」を速やかに市へご提出ください。様式及び記入留意事項は以下のとおりです。

３　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

（１）様式



（２）区分について

新規

新たにプランを作成するとき

変更

認定区分が変更となったとき

・新しい認定区分へチェックし事業所名等ご記入の上、ご提出ください。

・サービス内容の変更の際は変更届の提出は不要です。

（３）住所地特例対象者について

　住所地特例対象者の届出書様式については、保険者市町村へご確認お願いします。

**【参考】利用サービス及び給付の流れ**

**・下記想定について**

**サービス提供者が県（介護給付）及び市（総合事業）の指定を受けているものとする。**

想定１

総合事業の事業対象者になったが、状態が変化し、要介護認定申請を実施。結果「要支援」となった。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ４/１事業対象者認定 | ４/10要介護認定申請（新規） | ５/10要支援１と認定 |
| 利用サービス | 総合事業サービスのみ利用 |
| 給付 | 総合事業より支給 |

想定２

総合事業の事業対象者になったが、状態が変化し、要介護認定申請を実施。要支援と想定していたが、要介護1となった。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ４/１事業対象者認定 | ４/10要介護認定申請（新規） | ５/10要介護１と認定 |
| 利用サービス | ①通所型サービス | ①通所型サービス②ショートステイ |
| 給付 | 総合事業より支給 | ①４/10以降利用分を通所型サービスから通所介護へ読み替え、介護給付より支給②介護給付より支給 |

想定３

４月30日で要介護１の有効期間が終了となるため、更新申請を実施。要介護1と想定していたが、要支援２となった。介護給付サービスを認定日前に導入していた場合。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ４/10更新申請 | ４/30要介護１ | ５/10要支援２と認定 |
| 利用サービス | ①通所介護 | ①通所介護②ショートステイ | ①通所型サービス |
| 給付 | 介護給付より支給 | ～４/30①②ともに介護給付より支給５/１～①通所介護から通所型サービスへ読み替え、総合事業より支給②介護予防給付にて支給 | 総合事業より支給 |

**第３　訪問型サービス・通所型サービスの基準等について**

１　総合事業の開始について

　平成27年４月の介護保険法改正により介護予防訪問介護・介護予防通所介護(従前型のサービス)が市町村ごとの事業である総合事業に移行しました。津島市の総合事業においては、平成29年４月より実施し、多様な主体によるサービス提供が可能となり、従前のサービスに加えて人員基準・設備基準・運営基準を緩和したサービスを各市町村が創設することを可能としています。

２　訪問型サービス・通所型サービスの基準について

訪問型サービス・通所型サービスA共通事項

(１)対象者

　　　要支援者又は事業対象者

　(２)人員基準・設備基準等

　　　津島市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱を参照

　(３)指定手続き及び報酬の請求方法

　　　市に指定申請・指定更新申請。国保連合会へ報酬請求。

（４）市の独自加算請求可能事業者

　　　市が開催する「通所型サービスA勉強会」へ出席した職員が所属する事業者が加算を請求することが可能です。勉強会終了後に修了証を発行します。

（５）勉強会修了証の有効期間

　　　市が発行する修了証には有効期間があります。新規修了者は、修了年度の翌年度末までとなります。更新者は、前回取得修了証の有効期間が切れる年度に勉強会へ出席をお願いします。有効期間を２年追加になります。

　【有効期間の事例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受講年度 | 有効期間 | 再受講月 | 有効期間 |
| 例１ | 2020年度 | 2022年３月末 | 2021年10月 | 2024年３月末 |
| 例２ | 2021年度 | 2024年３月末 | 2024年１月 | 2026年３月末 |
| 例３ | 2022年度 | 2025年３月末 | 2024年１月 | 2026年３月末 |
| 例４ | 2019年度 | 2022年３月末 | 2022年８月 | 2024年３月末 |

※例４の場合、2022年４月から７月までの期間は加算の算定ができません。

（６）訪問型・通所型サービスの報酬の算定

ケアマネジャーが利用者の状態像に合わせて、必要なサービス提供回数を検討します。また、原則、月額包括報酬であるため、同一のサービス提供を複数の事業者から受けることはできません。

①通所型サービスAの報酬単価について、事業対象者の方は、週１回または週２回、

要支援１の方は、週１回、要支援２の方は、週２回の枠とします。

②訪問型・通所型サービスAから自立した生活に向かうことを目的とした支援のた

　め、一時的に回数を増やす場合、それに応じたアセスメント、根拠を示してくださ

　い。

③病気等で入院し退院後に一時的に提供回数を増やす際は、集中的にサービスを取

　り入れることにより自立に向かうと介護予防ケアマネジメントで判断した場合の

　み可能です。その場合は、原則３か月間実施を認めます。(３か月以上サービスの

　利用継続が必要な場合は、再度介護予防ケアマネジメントの結果を含めて協議が

　必要です。)

　後日、地域ケア会議等で集中的にサービスを提供したことがどのような結果に結

　びついたのか効果検証し、サービス導入の妥当性について検討します。

訪問型サービスA

(１)提供するサービス

　　津島市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する要綱を参照

(２)介護報酬

　【月額包括単位】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提供頻度 | 週１回（月４回まで） | 週２回（月８回まで） | 週３回（月12回まで） |
| 報酬(月額包括単位) | 1,162単位 | 2,323単位 | 3,688単位 |

通所型サービスA

（１）提供するサービス

　　津島市介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額の算定に関する要綱を参照

（２）通所型サービスA(短時間型)の介護報酬

　【月額包括単位】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供頻度 | 週１回 | 週２回以上 |
| 報酬(月額包括単位) | 1,273単位 | 2,563単位 |

【運動器機能向上プログラム】

　・市が提示したプログラムを実施した場合

|  |  |
| --- | --- |
| 報酬(月額包括単位) | 52単位/回/人 |

　・請求条件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供頻度 | 週１回 | 週２回以上 |
| 加算回数限度 | ４回/月 | ８回/月 |

**※通所型サービスA（短時間型）における「運動器機能向上加算」については、市が実施する「通所型サービスA勉強会」の参加が必須です。参加した事業所のみサービスの提供と加算請求を認めます。また、３か月ごとに「運動器機能プログラム評価シート」の写しをご提出ください。**

　（３）通所型サービスA(１日型)の介護報酬

　【月額包括単位】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供頻度 | 週１回 | 週２回以上 |
| 報酬(月額包括単位) | 1,591単位 | 3,204単位 |

３　各サービス対象者について

　訪問型サービス

（１）訪問型サービスA

　①利用対象者

　　要支援者及び事業対象者（認知機能の低下・精神障がい等対応に配慮が必要と判断できる方）

　②サービスの利用対象者像

　・介護予防ケアマネジメントにより、訪問介護員による専門的なサービス(身体に触れて支援する)が必要と認められる方

　・認知機能の低下があるとスケール(HDS-R、MMSE、DASK-21,DBD13、認知症高齢者自立度Ⅱa以上)等により、根拠に基づいた評価が出来る方

　・介護予防ケアマネジメントによって、認知機能の低下、精神障がい等によって訪問型サービスAが必要と評価できる方

　（２）訪問型サービスB

①利用対象者

　　要支援者及び事業対象者等

　②サービスの利用対象者像

　・サービス内容が、掃除・傾聴等で訪問介護員による専門的なサービスではなく、つしま家事サポーター(市民によるサービス)に置き換えが出来る方

・介護予防ケアマネジメントにより、訪問介護員による専門的なサービス(身体に触れて支援する)が不必要と認められる方

・事業対象者で認知機能の低下・精神障がい等配慮が不必要と判断できる方

　通所型サービス

（１）通所型サービスA(短時間型)

　①利用対象者

　　要支援者及び事業対象者

　②サービスの利用対象者像

　・転倒予防を重点に、２～４時間のデイサービスを利用する方

　・基本チェックリストの運動機能の項目が３項目以上該当している方

　・転倒予防のために運動器機能向上プログラム等を受けたい方

　　③市の独自加算

　　・運動器機能向上加算

　（２）通所型サービスA(1日型)

①利用対象者

　　要支援者及び事業対象者

　②サービスの利用対象者像

　・認知症の予防プログラムを中心に、４～８時間のデイサービスを利用する方

　・外出する機会やきっかけがなく、閉じこもりがちな方

　・認知症予防のために何か取り組みたい方

４　総合事業の請求について

　総合事業においても現行の介護予防給付と同様に、審査支払に関して愛知県国民健康保険団体連合会を利用します。

　請求にあたっては給付管理票の作成が必要です。また予防給付と総合事業を合わせて利用している方は、一括して給付管理票を作成してください。

　詳しい請求方法については愛知県国民健康保険団体連合会へお尋ねください。

(１)サービス種類コード・事業者番号

　請求にあたって利用するサービス種類コードは介護予防給付とは異なります。また事業者番号については、原則、市から通知された番号と同じものになります。

　サービス種類コード表は別表をご覧ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | サービス種別コード | 事業者番号 |
| 訪問型サービスＡ | Ａ３ | 市から通知された番号 |
| 通所型サービスＡ | Ａ７ | 市から通知された番号 |
| 介護予防ケアマネジメント | ＡＦ |  |

**第４　介護予防ケアマネジメントについて**

１　概要

介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から必要な援助を行うことを目的とします。

さらに、この介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要です。

２　介護予防ケアマネジメントの種類

市では、サービス種類からケアマネジメントA及びCを実施します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護予防ケアマネジメント | サービス種別 | 報酬(月額包括単位) | 計画作成者 | 利用者負担 |
| ケアマネジメントA | 訪問型サービスA通所型サービスA(１日型・短時間型) | 初回742単位継続442単位 | 地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所 | なし |
| ケアマネジメントC | 訪問型サービスB一般介護予防事業 | 初回151単位 |

【参考】

・「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について(令和４年６月27日　老発0627第７号)

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

サービス担当者会議、モニタリング等を実施する

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

市では該当するサービスなし

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

サービス担当者会議は省略した介護予防ケアマネジメント

結果案作成、モニタリング等は必要時

３　介護予防ケアマネジメント

総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいても、これまでの要支援者に対する介護予防支援の考え方・方法と異なるものではありませんが、以下に、総合事業における介護予防ケアマネジメントで異なる点や留意点について記載します。

（１）アセスメント

　〇居宅訪問等

　　ケアマネジメントAは、居宅訪問してアセスメントを実施します。

（２）ケアプラン原案作成

ケアプラン原案は地域包括支援センターが作成する。ただし、再委託の場合は、その限りでない。また居宅介護支援事業所の作成に対し、地域包括支援センターは支援を行ないます。

（３）サービス担当者会議

　〇ケアマネジメントA

　　ケアプラン作成時・変更時・認定更新時(基本チェックリスト更新時)・必要時に実施します。また、３～６か月を目途に維持・改善すべき課題である「目標」が達成されるよう、利用者や家族、ケアプラン作成者のほか各サービス事業担当者等を構成員として実施します。

　　なお、このサービス担当者会議はモニタリングを実施した後に実施します。

（４）介護予防ケアマネジメント

　　介護予防支援と同様式とします。ケアマネジメントBについては、市が実施する事業はありません。ケアマネジメントCについては、介護予防ケアマネジメント結果を記録します。

（５）ケアプランの確定・交付

　　介護予防支援と同様の手続きとします。

（６）モニタリング(評価)

　　ケアマネジメントAについては、本人またはサービス事業所からサービスの実施状況等に関する報告を月１回聴取します。また、サービス提供月から起算して３か月に１回は利用者の居宅を訪問し、面接して実施します。それ以外の月は、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の面接するよう努めるとともに、面接が出来ない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する必要があります。また、１月に１回はその記録を残すことが必要です。

また、モニタリングにおいて、順調に進行した場合には、訪問型・通所型サービスAの利用開始から６か月後に終了でき、高齢者がセルフケアを継続できるよう、訪問型・通所型サービスBもしくは社会資源へ積極的につないだり、一般介護予防事業を紹介するなど、必要なアドバイスを行います。

（７）給付管理票・担当先支援事業所情報の作成

　　給付管理票を作成しますが、その取扱いは介護予防支援と同様です。従来通り、地域包括支援センターから直接または市を経由し、国保連合会へ請求します。

（８）医師の意見

　　事業対象者は、要介護認定における「主治医意見書」にあたるものがないことから、利用者の主治医に対し、訪問や電話連絡を行い、サービス担当者会議等の連携を強化することで本人の心身状況等を把握し、運動を伴うサービス利用の適否について可能であれば確認をお願いします。

　　また、主治医に確認が取れない場合は、定期受診時にサービス利用の旨を事業対象者から主治医に伝えることで、運動の適否について確認をお願いします。

（９）サービスの振り分け基準

　　自立支援の視点を踏まえ、適切なサービス計画の作成をお願いします。

（10）住所地特例者の総合事業の利用手続きについて

　①相談及び基本チェックリストの実施等について

　　　市の住所地特例対象施設に居住するA市の被保険者(住所地特例被保険者)は、総合事業の利用について市又は津島市地域包括支援センターに相談します。「確認票」を実施し、基本チェックリストに該当した方は、市役所へ書類の提出を行います。(市の被保険者と同様になります。)

　　【要介護認定が必要な場合】

　　被保険者(A市)は保険者市町村であるA市に対して要介護認定申請を行います。

　②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

　　　被保険者(A市)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）届出書に介護保険被保険者証を添付して市に対して届出をすることで、介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援を通じた事業の利用が可能となります。

　　　市は、被保険者(A市)から提出された介護保険被保険者証をA市へ郵送し、必要事項を記載した介護保険被保険者証を被保険者(A市)へ郵送します。

４　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)の解説

　「ケアマネジメントA」は、給付管理の対象となる総合事業サービスを利用する場合に適応されます。

　介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と異なりプロセスを評価するものであるため、津島市では、利用者の都合（体調不良等）により一月内サービス提供が出来なかった場合であってもモニタリングを実施した場合は請求することが可能です。(他市町村の住所地特例者は保険者市町村にご確認ください。)ただし、サービス提供できなかった月がサービス提供開始月の場合は請求できないためご留意ください。（サービス提供２か月目以降の請求が可能です。）

また、ここでの利用者は、介護保険給付サービスの利用を必要としない利用者とします。

そのため、介護予防事業の主たる実施者である、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が、『基本チェックリストの実施により事業対象者となった利用者』の介護予防ケアマネジメントを継続的に実施します。

○対象者別ケアマネジメントAの実施者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業対象者 | 要支援認定者 | ※すでに担当していたものが、サービスを継続して利用する場合 |
| 地域包括支援センター居宅介護支援事業所 | 地域包括支援センター居宅介護支援事業所 | 引き続き担当可 |

５　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)の解説

「ケアマネジメントC」は、住民主体のサービス等を利用する場合であり、利用者のセルフケアマネジメントが可能な場合に適用されます。ここでは、新規に追加された「ケアマネジメントC」について、「ケアマネジメントA」との違いを主に記載します。

（１）介護予防ケアマネジメント結果の記録について

　給付管理の対象となる総合事業サービスを利用せず、住民主体サービス、一般介護予防事業、社会資源のみを利用する場合にケアマネジメントCが適応され、その後のサービス担当者会議・モニタリングは省略されます。つまり、この介護予防ケアマネジメント原案作成時に、介護予防ケアマネジメント類型が決定されることになりますので、利用者に適切な介護予防ケアマネジメントが策定されているか、担当者だけでなく、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所において十分な検討をしてください。

　また、ケアマネジメントCの対象者については、比較的状態像が軽度なものが想定されており、目標設定及び利用サービスの選定を居宅介護支援事業所等が利用者と共に行うものです。

（２）利用者の状況把握等について

　ア：サービス提供時

　　　サービス提供時は、定期的に行う業務はありません。但し、利用者がサービスを長期間欠席した、状態の悪化が懸念される場合に、サービス提供者から介護予防ケアマネジメント作成者へ連絡する場合があります。

　イ：電話等による状況把握

　　　サービス提供者からの連絡があった場合等において、電話等により利用者の状況把握を実施します。

　ウ：訪問による状況把握(評価・再アセスメント含む)

　　　サービス提供者からの連絡があった場合等において、状況の変化が認められる場合には、電話や訪問により利用者の状況把握を実施します。利用者の状況の変化が認められる場合には、評価・再アセスメントを実施して、利用サービスの選定(介護予防ケアマネジメント類型の見直し含む)等、再度介護予防ケアマネジメントをします。

６　介護予防ケアマネジメント費の報酬、初回・連携加算、減算について

（１）報酬単価について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ケアマネジメントA | ケアマネジメントC |
| 単価 | 442単位 | 151単位 |
| 加算 | 初回・委託連携加算　　＋各300単位 |  |
| 減算 | 高齢者虐待防止措置未実施減算　　　－1/100単位 |  |
| 業務継続計画未策定減算－1/100単位 |  |
| 割合 | 地域包括支援センター：担当事業所１：９ |
| 備考 | 現行の介護予防支援費と同様の業務を行う事から、同額の単価設定とする。 | ケアマネジメントAから業務量を省略初回、モニタリング必要時 |

介護予防ケアマネジメントA報酬における算定方法や基準については、介護予防支援費に準じます。

①市より請求方法等の変更連絡があるまでは、給付管理や請求に関しては、従来通り、地域包括支援センターが担当します。

 ②ケアマネジメントCは（ア）（イ）のときに限る

（ア）実施初回月

（イ）以下の様に再度マネジメントしたとき

・身体状況が変化したとき

・サービスの見直しが必要なとき

ただし、転居等により介護予防ケアマネジメント担当事業所(地域包括支援センター)が変更となった場合は、状況変化等に合わせた介護予防ケアマネジメントを再度行うことになるため、変更後の事業所において、ケアマネジメントCを算定することは可能です。

（２）初回加算について

　当該加算は、現行の指定介護予防支援における取扱いに準じます。

ア：新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

　　(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して２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：ケアマネジメントCから指定介護予防支援、ケアマネジメントAに変更になった場合

※ただし、介護予防給付を受けていた方が、要支援の認定有効期間終了の翌月から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行する時（ケアマネジメントA、C）は、初回加算の算定を行う事はできません。

※ケアマネジメントAからケアマネジメントCへ変更した場合は、初回加算の算定を行う事はできません。

（３）委託連携加算について

　介護予防ケアマネジメント事業所担当職員が、介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、委託初回月に限り、利用者１人につき１回を限度として所定単位数を加算します。

※原則、１人につき１事業所１回算定可能。事業所変更した場合には対象の利用者が初めて利用する事業所に限り再度算定可能。

（４）高齢者虐待防止措置未実施減算について

　虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算となります。

（５）業務継続計画未策定減算について

　感染若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算となります。

７　総合事業利用対象者へのサービス選択について

（１）サービス選択の基本方針

　利用者の状態像から「改善」「維持」等の適切な目標設定を行い、達成するためのサービス選択を行ってください。なお、「改善」された場合は、その都度状態像にあった適切なサービス選択をしてください。

（２）給付管理について

　　総合事業においても、介護予防給付サービスと一体的に給付管理を行います。そのため、事業対象者についても、P.８のとおり区分支給限度基準額を設定します。

　負担割合は、介護保険負担割合証の割合に応じた自己負担額とします。なお、総合事業では保険料の滞納などによる給付制限は当面の間適用しません。また、限度額内に入る総合事業のサービスにおいても現行の高額介護サービス相当の事業（支給）、高額医療合算介護予防サービス費相当の事業（支給）を実施します。

【サービス提供頻度**(目安)**】

従来の要支援１と同等に位置づけてきました。今後も「自立」にむけた考え方を促進するため、継続とします。

○利用対象者：要支援者及び事業対象者

|  |  |
| --- | --- |
| サービス名称 | サービス提供頻度 |
| 訪問型サービスA | 週１回（月４回まで） |
| 通所型サービスA（短時間型）事業対象者・要支援１ | 週１回 |
| 通所型サービスA（短時間型）事業対象者・要支援２ | 週２回 |
| 通所型サービスA（１日型）事業対象者・要支援１ | 週１回 |
| 通所型サービスA（１日型）事業対象者・要支援２ | 週２回 |

※訪問型サービスの利用は基本的に週１回だが、認知症があり、生活支援や見守りが必要等とケアプランの中で明記されている場合は、週２回もしくは週３回でも可能とします。通所型サービスについても、必要性がある場合はケアプランに明記することで週２回以上の利用が可能とします。

※通所型サービスＡの１日型と短時間型の併用は以下の場合を除いては出来ないため、注意が必要です。体調の変化等で、一時的に提供回数を増やすことにより、自立に向かうと介護予防ケアマネジメントの結果判断した場合のみ。その場合は、事業対象者の住所地ごとに定めている担当地域包括支援センターに連絡し、承諾後、原則３か月間実施を認めます。(３か月以上サービスの利用継続が必要な場合は、再度介護予防ケアマネジメントの結果を含めて協議が必要です。)

後日、地域ケア会議等で集中的にサービスを提供したことがどのような結果に結びついたのか効果検証し、サービス導入の妥当性について検討します。

参考

●通所型サービスＡ（短時間型）を利用している方の卒業基準

資料　（※長寿医療研修開発費事業より）

（１）運動器機能向上プログラム評価シート



（２）フレイルの評価基準について



**第５　総合事業の指定申請等について**

１　訪問型サービスA、通所型サービスAの指定申請等について

　※利用者にサービス提供を行う場合は、市の指定が必要となるため、申請が必要となります。

（１）指定申請受け付け時期について

　　　市では居宅介護支援事業所・地域密着型サービス事業所と併せて、申請書類の受付期限は、事業開始４か月前までとします。

（２）変更・再開届について

　　　指定申請の内容に変更・再開があった場合、変更・再開後10日以内に届け出る必要があります。新築・改装・移転、定員増の変更を行う場合は、持参による事前の図面相談をお願いします。

（３）廃止・休止届出書について

　　　事業を廃止または休止するときは、その廃止または休止の日の１月前に書類の提出をお願いします。

　　　休止期間は原則、６か月となります。６か月以内に再開が見込まれない場合は廃止届を提出してください。（再度指定を受けることは可能です。）

２　申請先について

**住所　　　　〒496-8686　津島市立込町2丁目21番地**

**担当課　　　福祉部高齢介護課　長寿福祉グループ**

**電話　　　　(0567)24-1118**

３　他市町村への指定申請について

　総合事業は、受け入れる利用者の保険者市町村より指定を受ける必要があります。（住所地特例者を除く）指定条件や手続きが異なるため、指定を考えられている場合は各市町村にご確認をお願いします。

解説

**この資料について**

この資料は国のガイドライン等を基に作成しています。介護予防・日常生活支援総合事業を展開し、地域ケア会議等を積み重ね、事業内容が適宜修正・変更されます。

今後、修正・変更を繰り返していくことが想定されておりますので、ご注意下さい。

**用語の定義**

・「総合事業」 ：「介護予防・日常生活支援総合事業」の略称です。

・「事業対象者」：「基本チェックリストによる介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業対象者」の略称です。

・「介護予防ケアマネジメント」

：介護予防の目的である「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いて自立した日常生活が送れるよう、アセスメントをし、プランの立案・評価までつなげることです。