

# 盛岡市介護予防ケアマネジメント 実施の手引き

令和4年2月10日  
盛岡市保健福祉部長寿社会課

## 1 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントとは、要支援者又はこれに準じる者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものです。

(厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン p72 参照)

## 2 介護予防及び介護予防ケアマネジメントに対する基本的な考え方

平成 26 年の介護保険法の改正では、心身機能を回復することを目的とした機能回復訓練に偏ることなく、「こうしたい」、「できるようになりたい」といったご本人の意欲を引出し、社会参加等を通じた生きがいがづくりを進めるなど、介護予防に対する考え方が大きく転換されています。

介護予防を考える上では、次の点に十分留意することが必要です。

- これからの介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うもの
- 生活機能の低下した高齢者に対しては、ICFやリハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要
- 単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、生活の質QOLの向上を目指すもの

また、介護予防ケアマネジメントを実施する場合においても、介護保険法の制度理念である「自立支援」を達成するためには、すべての関係者が利用者ご本人の自立を願う認識を持ち、ご本人の力を最大限に引き出すための支援やサービスを提供することが必要です。

このため、お世話型のケアマネジメントを行ったり、「どのサービスを使うか」から考えるのではなく、ご本人の自立支援にどのような課題があり、どう支援するかという視点で、取り組んでいただくよう、お願いします。

### 3 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、次のとおりです。

- ① 要支援者で，訪問型サービス，通所型サービスのみを利用される方
- ② 基本チェックリストの結果により，生活機能の低下が見られた方

※ 要支援者の方で，介護予防訪問看護等の予防給付と総合事業のサービスを併用する場合には，介護予防支援として実施します。

※ 福祉用具購入，住宅改修は介護予防支援が必要ないため，総合事業のサービスと併用した場合でも介護予防ケアマネジメントとして実施しません。

※ 介護給付に係る居宅サービス等を受ける前から住民支え合い型訪問サービス事業を継続的に利用する居宅要介護被保険者（以下，「継続利用要介護者」という。）のうち，当該事業のみを利用する場合には，介護予防ケアマネジメントとして実施します。

	予防給付	予防給付 (福祉用具購入，住宅改修のみの場合は除く) + 総合事業	福祉用具購入 又は住宅改修 + 総合事業	総合事業のみ
要支援者	介護予防支援	介護予防支援	介護予防 ケアマネジメント	介護予防 ケアマネジメント
事業 対象者	—	—	—	介護予防 ケアマネジメント
継続利用 要介護者	—	—	介護予防 ケアマネジメント	介護予防 ケアマネジメント

### 4 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントの実施主体は，地域包括支援センターとなります。

ただし，法の規定によりその業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。業務の一部を委託することができる居宅介護支援事業所(以

下「委託事業所」という。)は、介護保険法第46条第1項の規定に基づき、都道府県知事の指定を受けた指定居宅介護支援事業所であり、あらかじめ地域包括支援センター運営協議会の議を経て、地域包括支援センターから委託する旨の届出があった事業所に限ります。

委託事業所の選定においては、合理的な理由なく一部の委託事業所に委託業務が集中することがないように、公平性・中立性に配慮してください。

## 5 盛岡市が実施する総合事業のサービスと給付上限額

盛岡市が実施する総合事業のサービスは次のとおりです。

### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

区分	対象者	サービス提供者	内容	給付管理
訪問型サービス	要支援1～2事業対象者	指定事業者	従前の介護予防訪問介護相当サービス	対象
住民支え合い型訪問サービス	要支援1～2事業対象者 継続利用要介護者	届出を行ったNPO法人・ボランティア団体等	NPO法人・ボランティア団体等が、ごみ出しや掃除、買い物代行、草取り、雪かき等の支援を行い、地域の多様な主体による支え合い活動を推進。	対象外
通所型サービス	要支援1～2事業対象者	指定事業者	従前の介護予防通所介護相当サービス	対象
通所型短期集中予防サービス	事業対象者	委託先事業者	保健・福祉の専門職により、短期集中的に運動、栄養、口腔機能の維持向上のためのサービスを提供。	対象外

### (2) 一般介護予防事業

おおむね60歳以上の方を対象として、要介護状態等を問わずどなたでも参加できる介護予防事業を行っています。

各事業の開催日時、場所等については、長寿社会課までお問い合わせください。

- 元気はなまる筋力アップ教室（市内 16 会場）  
地域の老人福祉センターや、公民館など身近な場所で、ストレッチや軽体操で身体を動かします（事前申込みが必要です）。
- 介護予防教室  
地域包括支援センター・介護支援センターが主催し、介護予防に関する講座や運動指導を行います。
- 介護予防太極拳教室・介護予防ヨガ教室  
地域の老人福祉センター等で、週 1 回程度、介護予防の太極拳やヨガを実施します。  
教室終了後も参加者が、自主的な活動サークルとなって活動を継続できるよう、支援しています。
- 盛岡ゆうゆう大学  
いつまでも知的好奇心を持ち、生きがいを共感できる生涯学習の場です。  
本校講座と地域校講座、特別講座を開設しています。
- シルバーリハビリ体操指導者養成講習会  
介護予防に効果のあるシルバーリハビリ体操の指導を通じて地域の通いの場づくりに取り組むボランティアを養成する講習会を年 1 回開催しています。
- シルバーリハビリ体操出前講座  
シルバーリハビリ体操指導者が地域の公民館等に出向いて体操指導を行うなど通いの場を支援します。申込要件等については、長寿社会課までお問い合わせください。

(3) 給付上限額

利用者 区分	利用可能なサービス	給付上限 単位数	利用者 負担割合
事業 対象者	訪問型サービス (従前の介護予防訪問介護相当サービス) 通所型サービス (従前の介護予防通所介護相当サービス)	5,032 単位 ※	1割。 (一定以上の所得の利用者は2割～3割)
要支援1	介護予防給付 <b>合算</b> 訪問型サービス (従前の介護予防訪問介護相当サービス) 通所型サービス (従前の介護予防通所介護相当サービス)		
	要支援2	介護予防給付 <b>合算</b> 訪問型サービス (従前の介護予防訪問介護相当サービス) 通所型サービス (従前の介護予防通所介護相当サービス)	

※ 事業対象者が5,032単位を超えてサービスを受ける必要があると認めた場合は、10,531単位を上限とすることができます。

事業対象者が5,032単位を超えてサービスを受ける必要がある場合は、事前に保険者へご相談ください。

## 6 総合事業に係る指定事業者の報酬等

盛岡市の総合事業において、指定事業者によるサービスの報酬は次のとおりとなります。

### (1) 訪問型サービス（従前の介護予防訪問介護相当サービス）

区分	サービスを受けた回数	単位数
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に1回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき4回以内の場合	1回につき268単位
	1月につき4回を超える場合	1月につき1,176単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回以内の場合	1回につき272単位
	1月につき8回を超える場合	1月につき2,349単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度を超える程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき12回以内の場合	1回につき287単位
	1月につき12回を超える場合	1月につき3,727単位

### (2) 共生型介護予防訪問介護相当サービス

ア 指定居宅介護事業者の従業者（指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年厚生労働省告示第538号。以下「居宅介護従業者基準」という。）第1条第4号、第9号、第14号又は第19号から第22号までに該当する者に限る。）から共生型介護予防訪問介護相当サービスを受けた場合

区分	サービスを受けた回数	単位数
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に1回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき4回以内の場合	1回につき188単位
	1月につき4回を超える場合	1月につき823単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回以内の場合	1回につき190単位

問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回を超える場合	1月につき1,644単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度を超える程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき12回以内の場合	1回につき201単位
	1月につき12回を超える場合	1月につき2,609単位

イ 指定居宅介護事業者の従業者（居宅介護従業者基準第1条第5号，第10号又は第15号に該当する者に限る。）又は重度訪問介護事業者の従業者から共生型介護予防訪問介護相当サービスを受けた場合

区分	サービスを受けた回数	単位数
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に1回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき4回以内の場合	1回につき249単位
	1月につき4回を超える場合	1月につき1,094単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回以内の場合	1回につき253単位
	1月につき8回を超える場合	1月につき2,185単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度を超える程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき12回以内の場合	1回につき267単位
	1月につき12回を超える場合	1月につき3,466単位

ウ 指定居宅介護事業者の従業者（介護福祉士，文部科学大臣及び厚生労働大臣の指定した学校若しくは都道府県知事の指定した養成施設において6月以上介護福祉士として必要な知識及び技能を修得した者，介護保険法施行規則第22条の23第1項に規定する介護職員初任者研修課程を修了し，当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者又は居宅介護従業者基準第1条第3号，第8号若しくは第13号に該当する者に限る。）から共生型介護予防訪問介護相当サービスを受けた場合

区分	サービスを受けた回数	単位数
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に1回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき4回以内の場合	1回につき268単位
	1月につき4回を超える場合	1月につき1,176単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回以内の場合	1回につき272単位
	1月につき8回を超える場合	1月につき2,349単位
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにより1週に2回程度を超える程度の介護予防訪問介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき12回以内の場合	1回につき287単位
	1月につき12回を超える場合	1月につき3,727単位

(3) 通所型サービス（従前の介護予防通所介護相当サービス）

区分	サービスを受けた回数	単位数	
居宅要支援被保険者	要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号）第2条第1項第1号に規定する要支援1である者	1月につき4回以内の場合	1回につき384単位
		1月につき4回を超える場合	1月につき1,672単位
	要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令第2条第1項第2号に規定する要支援2である者	1月につき8回以内の場合	1回につき395単位
		1月につき8回を超える場合	1月につき3,428単位
居宅要支援被保険者以外の者	介護予防ケアマネジメントにおいて、1週に1回程度の介護予防通所介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき4回以内の場合	1回につき384単位
		1月につき4回を超える場合	1月につき1,672単位
	介護予防ケアマネジメントにおいて、1週に2回程度又はそれを超える程度の介護予防通所介護相当サービスの提供が必要であるとされた者	1月につき8回以内の場合	1回につき395単位
		1月につき8回を超える場合	1月につき3,428単位

(4) 共生型介護予防通所介護相当サービス

ア 指定児童発達支援事業者又は指定放課後等デイサービス事業者から共生型介護予防通所介護相当サービスを受けた場合

区分		サービスを受けた回数	単位数
居宅要 支援被 保険者	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第1号に規定する要支援 1である者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 346単位
		1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,505単位
	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第2号に規定する要支援 2である者	1月につき 8回以内の場合	1回につき 356単位
居宅要 支援被 保険者 以外の 者	介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に1回程度の介 護予防通所介護相当サービ スの提供が必要であるとされ た者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 346単位
		1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,505単位
	介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に2回程度又は それを超える程度の介護予 防通所介護相当サービスの提 供が必要であるとされた者	1月につき 8回以内の場合	1回につき 356単位
		1月につき 8回を超える場合	1月につき 3,085単位

イ 指定生活介護事業者から共生型介護予防通所介護相当サービスを受けた場合

区分		サービスを受けた回数	単位数	
居宅要 支援被 保険者	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第1号に規定する要支援 1である者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 357単位	
		1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,555単位	
	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第2号に規定する要支援 2である者	1月につき 8回以内の場合	1回につき 367単位	
		1月につき 8回を超える場合	1月につき 3,188単位	
	居宅要 支援被 保険者 以外の 者	介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に1回程度の介護 予防通所介護相当サービスの 提供が必要であるとされた者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 357単位
			1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,555単位
介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に2回程度又はそ れを超える程度の介護予防通 所介護相当サービスの提供が 必要であるとされた者		1月につき 8回以内の場合	1回につき 367単位	
		1月につき 8回を超える場合	1月につき 3,188単位	

ウ 指定自立訓練（機能訓練）事業者又は指定自立訓練（生活訓練）事業者から共生型介護予防通所介護相当サービスを受けた場合

区分		サービスを受けた回数	単位数
居宅要 支援被 保険者	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第1号に規定する要支援 1である者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 365単位
		1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,588単位
	要介護認定等に係る介護認定 審査会による審査及び判定の 基準等に関する省令第2条第 1項第2号に規定する要支援 2である者	1月につき 8回以内の場合	1回につき 375単位
		1月につき 8回を超える場合	1月につき 3,257単位
居宅要 支援被 保険者 以外の 者	介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に1回程度の介護 予防通所介護相当サービスの 提供が必要であるとされた者	1月につき 4回以内の場合	1回につき 365単位
		1月につき 4回を超える場合	1月につき 1,588単位
	介護予防ケアマネジメントに おいて、1週に2回程度又はそ れを超える程度の介護予防通 所介護相当サービスの提供が 必要であるとされた者	1月につき 8回以内の場合	1回につき 375単位
		1月につき 8回を超える場合	1月につき 3,257単位

※1 サービスコードについては、盛岡市のホームページ（介護予防・日常生活支援総合事業）に掲載しておりますので、ご覧ください。

※2 事業対象者は、原則として要支援1に準じて取り扱います。ただし、退院直後などの理由があり、サービスを集中的に利用することで本人の自立支援につながる場合など要支援2のサービスを限度として利用を認める場合があります。この場合は、地域包括支援センターと保険者で事前協議が必要となります（委託を受けた居宅介護支援事業所が協議を行うことはできません）。

※3 事業対象者は※2の場合を除き、原則として週1回の利用となります。

## 7 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントは、次の2種類の類型で実施します。

なお、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを委託される居宅介護支援事業所の方は、ケアマネジメントAのみを実施することとなります。

	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】	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】
サービス 内容	介護予防支援と同様のケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング（毎月）・評価 ⑧給付管理票の作成	初回のみ実施 ①アセスメント ②ケアマネジメント結果案作成 ③利用者への説明・同意 ④利用するサービス提供者への説明
コンセプト	専門職による継続的なケアマネジメント	自立支援に向けたセルフマネジメントへの意識付け
対象となる サービス	・訪問型サービス ・通所型サービス ・通所型短期集中予防サービス ・その他地域包括支援センターが必要と認めた場合	・訪問型サービス住民支え合い型 ・その他、地域包括支援センターが必要と認めた場合 (一般介護予防事業や配食サービスにつながる場合)
事業の実施 方法	<u>地域包括支援センター又はセンターが委託する居宅介護支援事業所</u>	地域包括支援センターのみ
負担方法	月単位	月単位（初回のみ）
給付管理票	作成・記入が必要	作成・記入が不要
利用者負担	なし	
報酬の額	11（p26）に掲げる額	
請求方法	国保連を通じて請求	



## ★各段階におけるポイント

### ①高齢者やご家族からの相談

- 相談の段階から、アセスメントは始まっています。本人の意向や身体状況（歩行の状況、健康状態、栄養状況）、その他収集できる情報はたくさんあります。また、基本チェックリストや「興味・関心シート」（一般社団法人日本作業療法士会作成）等のツールを活用することも有効です。
- 相談の段階で、何らかの支援を必要とすると見込まれる方は、原則的には要支援認定につなげます。なお、本人がホームヘルプサービス・デイサービスのみを希望している場合で、予防給付のサービス（訪問看護、福祉用具、住宅改修）につなげる必要性が想定しにくい場合には、要支援認定に代えて、基本チェックリストを実施するものとしますが、収集した情報から予防給付の必要性がないかをアセスメントするとともに、本人・家族からも十分に確認してください。
- 本人が要支援認定を希望する場合には、必ず要支援認定申請に結び付けてください。本人の希望に反し、基本チェックリストのみでの判断を行うことは避けてください。
- 明らかに要介護認定が必要な方は、速やかに要介護認定につなぎます。基本チェックリストを実施する必要はありません。

### ②要支援認定

- 要支援認定を行う場合には、必ずしも基本チェックリストを実施する必要はありません。
- ただし、要支援認定となるかが微妙な心身の状況の方については、基本チェックリストを実施することで確実にサービスにつなげることが可能です。  
なお、総合事業には、暫定利用の概念はありませんので、基本チェックリストにより事業対象者とされ、市に介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出があり、市が受給者台帳に登録した日（届出日）以降にサービスが利用可能となります。

### ③基本チェックリスト

- 本人がホームヘルプサービス・デイサービスのみを希望している場合であって、予防給付のサービス（訪問看護，福祉用具，住宅改修）につなげる必要性が想定しにくい場合には，要支援認定に代えて，基本チェックリストを実施します。
- **基本チェックリストは，後掲する様式により実施します**（全国统一ですので，改変することはできません）。
- **基本チェックリストは，ご本人が自ら記載**します。ただし，手が不自由な場合など，本人の状況によっては，地域包括支援センター（センターから委託を受けたケアマネ）など実際に介護予防ケアマネジメントを担う方が聞き取ることも構いません。
- 本人が基本チェックリストを行っている間は，本人の様子を観察しましょう。手の震えがないか，質問に悩んでいる様子はないか…ケアマネジメントに活用できる要素がたくさんあります。
- 基本チェックリストからは，個々の生活機能低下のリスクを導き出してアプローチできるようにしましょう。

### ④介護予防ケアマネジメント

- 要支援認定者又は基本チェックリストに該当し事業対象者となった方は，市に対して届出書を提出します。
- 提出する届出書は次のとおりです。
  - ・ 要支援者の場合  
→ 介護予防サービス計画作成依頼届出書（提出先：介護保険課給付係）
  - ・ 事業対象者の場合  
→ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書（提出先：介護保険課給付係）  
基本チェックリストの写し ※ 通所型短期集中予防サービスの申請の場合のみ，長寿社会課
- 相談された方に総合事業の趣旨として，最初に次のことを伝えます。
  - ・ 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントとサービス事業等の展開による，要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業であること。
  - ・ 介護予防ケアマネジメントを通じて，利用者自身が目標を立て，その達成に向けてサービス等を利用しながら介護予防に取り組んでいくものであること。

#### ④介護予防ケアマネジメント

(事業対象者の場合)

- ・ 総合事業の利用開始後も、いつでも要介護認定等の申請は可能であること。
- 事業対象者に対するアセスメントでは、要支援認定と異なり、主治医意見書が存在しないことから、医療面での情報が得られないため、本人や家族等から医療に関する情報（既往症、受診している医療機関、服薬状況等）について聴き取ることが望ましいものです。
- アセスメントの実施に当たっては、「能力」と「行為」の違いに着目することが重要です。「できる」のに「していない」行為があれば、その理由を明確化し、「してみたい」や「できるようになる」と思えるような動機づけと適正な目標設定を行います。  
【例】「できる」・「できない」→「能力」  
「している」・「していない・しない」→「行為」
- 訪問型サービス及び通所型サービスを利用することを考える場合においても、環境調整や道具の活用等により、高齢者自身が本当に、「できそうなこと」がないかを丁寧に状況把握し、デイサービスやホームヘルプサービスの内容を改めて確認し、「できる役割や活動・参加」がないかを考えることが必要です。
- できそうなことは自身で行っていただくような支援方法について、サービス提供事業者とも十分に協議しましょう。本人の意欲を引き出し、本人がケアマネジメントで定めた目標達成の可能性が実感できるサービス提供となるよう、提案していく姿勢が重要です。
- 本人が望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」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・改善すべき課題や悪化防止に関する課題（目標）」を明らかにしていくことが効果的です。  
また、その流れを、利用者本人及び家族と共有しながら進めていき、必要な情報提供（予後予測を含む）や助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことにつながりやすくなります。
- なお、介護予防ケアマネジメントにおいては、基本チェックリストのほか、本人の状況把握のため、興味・関心シートなどのツールを積極的に活用し、的確なアセスメントを実施してください。
- さらに、介護保険以外の保健福祉サービスや民間サービス、地域での活動

#### ④介護予防ケアマネジメント

などのインフォーマルサービスを活用し、本人の状態に合わせたきめ細やかなケアプランの作成に努めていただき、介護予防の効果が十全に発揮されるよう、お願いします。

- また、盛岡市では地域ケア会議の中で、自立支援の視点からケースの検討を行う会議を開催しています。必要に応じて同会議の活用も検討してください。
- 総合事業では、ケアプランの自己作成は認めておりません。

#### ⑤ケアマネジメントA【原則的なケアマネジメント】

- ケアマネジメントAは、従前の介護予防支援に相当する方法により実施するものです。
- 対象は、訪問型サービス、通所型サービス及び通所型短期集中予防サービスを利用する場合です。
- ケアマネジメントの実施主体は、地域包括支援センター又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となります。ただし、通所型短期集中予防サービスを利用する場合には、地域包括支援センターのみの実施となります（居宅介護支援事業所に委託することはできません）。
- 事業対象者については、要支援認定と異なり、認定有効期間の設定がありません。ケアプランの期間については、本人の自立支援に向けて設定する目標を達成するために必要な期間が設定されるものであり、一律に期間を設定するものではありません。
- 本人・家族から総合事業の利用に関して居宅介護支援事業所の窓口にご相談があった場合には、速やかに担当する地域包括支援センターに連絡し、その指示に基づき対応してください。
- 介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合の介護予防支援の初回加算の算定については、当該利用予定者に対して、過去2月以上介護予防ケアマネジメントを実施していない場合に限られます。

##### 【通所型短期集中予防サービスに係る留意事項】

- 通所型短期集中予防サービスについては、元気はなまる手帳（介護予防手帳）や介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）等を活用し、目標の共有、セルフケアの方法、サービス終了後のつなぎ先（一般介護予防事業や地域でのサロン）など、本人の目標等に合わせたセ

### ⑤ケアマネジメントA【原則的なケアマネジメント】

セルフマネジメントを行うものとします。

### ⑥ケアマネジメントC【初回のみでのケアマネジメント】

- ケアマネジメントCは、本人のセルフケア、セルフマネジメントに向けて本人の動機づけを目的に実施する初回のみでのケアマネジメント類型です。
- 対象は、住民支え合い型訪問サービス及び介護保険外のサービスや一般介護予防事業に結び付ける場合となります。
- ケアマネジメントの実施主体は、当面は地域包括支援センターのみとなります（居宅介護支援事業所に委託することはできません）。
- 要支援者又は事業対象者であっても、訪問型サービスや通所型サービスではなく、一般介護予防事業の利用が適当と判断した場合には、ケアマネジメントCにより、本人の介護予防に対する意欲の喚起を行いつつ、一般介護予防事業につなぎます。
- ケアマネジメントの結果を本人と共有し、介護予防に対する動機づけを行うためのツールとして、元気はなまる手帳（介護予防手帳）を活用してください。

### ⑦モニタリング・評価

- モニタリングは、毎月実施します。訪問を行わない月は、本人への電話や事業所への訪問でも構いません。少なくとも自宅訪問を3か月ごとに行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことができる体制をとっていただく必要があります。
- 本人の状況を適切に判断し、単なるサービスの継続ではなく、本人ができることを尊重するとともに自立支援の視点から不要となったサービスは縮小・停止するなど、適切なケアマネジメントを実施してください。
- 最初に定めた目標が達成できなかった場合、その原因を分析し、根本的な原因に対するアプローチを行うことが必要です。

## 9 基本チェックリストについて

介護予防ケアマネジメントにおける基本チェックリストの様式及び基準、各設問に対する考え方は次のとおりです。

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日：令和 年 月 日 ( )

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
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. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長            cm            体重            kg            (BMI =            ) (注)				
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. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
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	1. はい	0. いいえ		
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	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
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. はい	0. いいえ		

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. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

○基準

①	質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②	質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③	質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④	質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	質問項目No.16に該当
⑥	質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12を除く。)とは、回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12に限る。)とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)が18.5未満の場合をいう。

## 基本チェックリストについての考え方【ケアマネジメント実施機関向け】

### 【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。それが適切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人で外出していますか	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。

	質問項目	質問項目の趣旨
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ずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわ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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ月以上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ヵ月以内の値を、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。		

	質問項目	質問項目の趣旨
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されますか	本人は物忘れがあると思っても、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	

## 10 興味・関心シートについて

介護予防ケアマネジメントを実施する上で、本人の興味・関心を理解するためのツールを掲載します。

### 興味・関心チェックシート

氏名：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_\_歳 性別(男・女) 記入日：R\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

## 11 介護予防ケアマネジメントに係る報酬の額及び請求コード

介護予防ケアマネジメントに係る報酬の額及び請求コードは、次のとおりとなります。

なお、ケアマネジメント費については、引き続き地域包括支援センターが国保連に対して請求を行うこととなりますので、御留意ください。

(居宅介護支援事業所が直接国保連に請求することはありません。)

### (1) 基本報酬

#### ① 介護予防ケアマネジメントA

サービス内容・算定項目	単位数	算定単位
基本報酬	438 単位	1 月につき
初回加算	300 単位	
委託連携加算	300 単位	

#### ② 介護予防ケアマネジメントC

サービス内容・算定項目	単位数	算定単位
基本報酬	438 単位	1 月につき
初回加算	300 単位	

### (2) 請求コード

#### ① 介護予防ケアマネジメントA

サービス内容・算定項目	請求コード	サービスコード
基本報酬【要支援者】	A F	2111
基本報酬【事業対象者】	A F	2211
初回加算	A F	4001
委託連携加算	A F	6132

#### ② 介護予防ケアマネジメントC

サービス内容・算定項目	請求コード	サービスコード
基本報酬【要支援者】	A F	2511
基本報酬【事業対象者】	A F	2611
初回加算	A F	4001

## 12 住所地特例者等の取扱い

住所地特例により盛岡市以外の施設に入所されている方の介護予防ケアマネジメントは、その居住地である地域包括支援センターが担当し、当該地域包括支援センターの所在する市町村の総合事業のメニューを利用することとなります。

### 【例1】

盛岡市の被保険者が、千葉県千葉市の施設に住所地特例で入所している場合

- ・ 介護予防ケアマネジメントの実施機関
  - 千葉県千葉市の地域包括支援センター
- ・ 総合事業のサービス提供者
  - 千葉県千葉市のサービス事業者
- ・ サービス等に係る地域単価
  - 千葉県千葉市の地域単価

### 【例2】

神奈川県横浜市の被保険者が盛岡市の施設に住所地特例で入所している場合

- ・ 介護予防ケアマネジメントの実施機関
  - 盛岡市の地域包括支援センター
- ・ 総合事業のサービス提供者
  - 盛岡市のサービス事業者
- ・ サービス等に係る地域単価
  - 盛岡市の地域単価

なお、住所地特例を受けずに他市町村に居住している盛岡市の被保険者の方については、盛岡市の指定事業者以外のサービスを原則として利用できません。

このため、実際に居住している市町村に住民票を移動するか、利用する（他市町村の）事業者が盛岡市の指定を受けるかのいずれかの対応が必要となります。

なお、利用する（他市町村の）事業者が盛岡市の指定を受ける場合、盛岡市が給付する際の地域単価は1単位あたり10円となります。

### 13 介護予防ケアマネジメントに係る様式について

介護予防ケアマネジメントに係る様式については、盛岡市ホームページに掲載しております。

下記URLからダウンロード可能です。

<http://www.city.morioka.iwate.jp/service/shinseisho/hoken/1018855/1018931.html>

### 14 元気はなまる手帳（介護予防手帳）について

通所型短期集中予防サービス利用者，ケアマネジメントCを実施する者，その他希望者に，地域包括支援センターが交付しています。

また，手帳は下記URLからダウンロード可能です。

<http://www.city.morioka.iwate.jp/kenkou/kaigoiryo/kaigoyobo/1021970.html>

## 15 介護予防ケアマネジメントに係るQ & A

皆さまから寄せられた介護予防ケアマネジメントに関する質問を、Q & Aでまとめています。

### Q 1 第2号被保険者もチェックリストにより総合事業を利用できるのか？

A 1 第2号被保険者については、基本チェックリストの実施対象とされていないことから、要支援認定を受ける必要があります。このため、要支援認定を受けないと、総合事業を利用することはできません。

### Q 2 基本チェックリストでのサービス利用の判断の基準はどうか？また、基本チェックリストの該当項目によって、サービスの種類の利用の可否はあるのですか？

A 2 平成28年度まで実施していた二次予防事業と異なり、基本チェックリストに示す項目のいずれかに該当した場合には、該当項目を問わず、介護予防・生活支援サービス事業の事業対象者となり得るものですが、サービス利用については介護予防ケアマネジメントにおいて必要性が認められたものに限定されます。

したがって、基本チェックリストにより事業対象者となった場合に、その該当する項目がそのままサービス利用の範囲とされるのではなく、介護予防の観点から、サービス利用の必要性が認められれば、該当した項目以外のサービス利用が行われることも想定されます。

反対に、事業対象者となった場合であっても、介護予防ケアマネジメントの結果として、希望するサービスが本人の自立支援に必要ないと判断されることもあり、その場合にはサービスの提供は行われません。このため、事業対象者＝サービス対象者でないことに留意してください。

### Q 3 「要支援認定」の見込みで暫定利用を開始した人が、「非該当」になった場合の、暫定利用分の取り扱いはどうなるのですか？

A 3 総合事業においては、暫定利用という仕組みは存在しないため、要支援認定又は基本チェックリストの施行により事業対象者として受給者台帳への登録のいずれか

でない方がサービス利用した場合には、自費扱いとなります。

なお、この取扱いは、従前の予防給付と同様です。

**Q 4** 事業対象者については「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出し、市が受給者台帳に登録した日から利用可能とされているが、受給者台帳に登録されたかの連絡はもらえるのか？また、サービス利用は、予防給付は届出日以前に遡れるが、総合事業はあくまでも依頼届出書が受理され、受給者台帳への登録が完了した日以降という認識で良いのか？

**A 4** 受給者台帳への登録について、通知はしていません。なお、受給者台帳への登録は、適正に基本チェックリストが施行されている場合には、原則として依頼届出書を受理した日（届出日）に行います。

ただし、災害対応等の特別の事情が生じたときは、上記のとおり登録することが困難な場合もありますが、この場合は市から事前に連絡することとします。

また、予防給付と異なり、あくまで介護予防ケアマネジメント依頼届出書が受理され、受給者台帳への登録が完了した日（届出日）以降でしかサービスは利用できません（サービスの利用開始日は届出日以前には遡れません）ので、注意が必要です。

**Q 5** 盛岡市内に住所があるが、実際には別の自治体に居住している被保険者（住所地特例者ではない）が、実際の居住先の事業所によるサービスを利用する場合の取扱いはどうなるか？

**A 5** 総合事業において、訪問型サービス・通所型サービスについては、当該被保険者の属する保険者（自治体：この例では盛岡市）が指定する事業所がサービス提供を行うこととなります。

このため、サービスを提供しようとする事業所が盛岡市の指定を受けるか、又は被保険者が実際の居住地に転入して住民登録を行い、当該自治体の指定を受けた事業所によるサービス利用を検討する必要があります。（p 27参照）

**Q 6 総合事業では、通所リハビリテーション（デイケア）とデイサービスの併用は認められるのか？**

A 6 従前の介護予防通所介護では、通所リハビリテーションとの併用は認められていませんでした。

総合事業の通所型サービスは、概ね従前の介護予防通所介護の枠組みを踏襲するものであることから、従前と同様に併用は認められません。

**Q 7 （チェックリストのみの）事業対象者について、訪問型サービス・通所型サービスの利用希望があった場合、利用期間に制限等はあるのか？**

A 7 基本チェックリストのみの事業対象者については、特に利用期間等の制限は設けておりません。

しかし、本事業のサービス利用については、介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの利用の必要性が認められなければならないものであり、被保険者や家族からの希望のみをもって利用できることはされておりません。

また、モニタリング及び評価の結果でサービス利用の必要性が認められなくなった場合も、サービス提供が終了となることもあり得ます。（p17参照）

**Q 8 介護予防ケアマネジメントに関し、居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けた場合、基本チェックリストは居宅が実施するのか？**

A 8 介護予防ケアマネジメントは、原則的に地域包括支援センターが実施するものですが、法令の規定に基づき、地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントの一部を委託することができることとされています。

このため、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、基本チェックリストを実施することも想定されます。

高齢者が直接居宅介護支援事業所を訪問するなど、何らかの事情により、居宅介護支援事業所が最初の相談窓口となった場合には、速やかに当該被保険者を担当する地域包括支援センターと対応について相談願います。

なお、基本チェックリストは、国が示した基準に基づき、運用することとしております。

**Q 9 総合事業の実施に当たり、1回当たりの単価が設定されたことにより、利用者本人の希望に基づいて複数事業者の利用も可能と聞いたが、どうか？**

**A 9** 総合事業においては、従前の月額包括報酬制度から、1回当たりの単価払いになりました。

このことに伴い、ご本人の状態に合わせたきめ細やかなサービス利用を図るため、複数事業者の利用も可能としたところです。

具体的には、要支援2の方で週2回のレクリエーションを主体とするデイサービスを利用されている方が、下肢筋力の低下が認められるようになってきたため、週2回のデイサービスのうち1回をリハビリ特化型のデイサービス利用に切り替える場合などを想定しています。

いずれにしても、本人の意向を踏まえつつ介護予防ケアマネジメントの結果、複数事業所の利用が介護予防に効果的と認められた場合にのみ、複数事業所の利用が認められるものであり、単にご本人及びご家族の意向や、サービス提供事業所の判断により決定されるものではありません。

複数事業所の利用にあたっては、地域包括支援センターが保険者（盛岡市介護保険課給付係）あて電話による事前協議をし、保険者がその必要性を認めた場合であって、ケアプランに理由が記載される必要があります。また、月額上限に達する場合は複数事業者の利用はできませんのでご注意ください。（p 5， p 11参照）

**Q 10 地域包括支援センターから委託を受けて居宅が行う介護予防ケアマネジメントの仕組みは、従来の介護予防支援と異なるのか？**

**A 10** 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、訪問型サービス・通所型サービスを利用する場合については、従前の介護予防支援と同様の内容（ケアマネジメントA類型：原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス）で実施することとなります。このため、アセスメントからモニタリングまで一連の事務を実施していただくこととなります。

Q11 要支援2の人で、1月の中で全部で1回から4回までの通所型サービスを行った場合の報酬は、要支援2の週2回程度の利用の場合の報酬（395単位）と同様と解釈していいか？それとも要支援1の384単位ということか？

A11 お見込みのとおり、要支援2の週2回程度の単価である395単位を適用します。

Q12 要支援認定を受けていない事業対象者が通所サービスを利用する場合の給付管理は要支援1の限度額を上限とするところがあるが、1回当たりの単位数はどうなるのか。

A12 要支援認定を受けていない事業対象者の通所型サービスについては、各種の加減算を除き、1回当たり384単位となります。

Q13 要支援1・2の方であっても、訪問型サービスと通所型サービスのみを利用する場合は、第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）として実施すると考えてよいか？  
また、この場合、居宅介護支援の件数に含めなくても良いか？

A13 お見込みのとおりです。

なお、取扱件数の算定の取扱いについては、次のとおり介護保険最新情報に記載がありますので、参照してください。

問180 居宅介護支援費（Ⅰ）から（Ⅲ）の区分については、居宅介護支援と介護予防支援の両方の利用者の数をもとに算定しているが、新しい介護予防ケアマネジメントの件数については取扱件数に含まないと解釈してよいか。

（答）

貴見のとおりである。

介護保険最新情報Vol. 454「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A」（平成27年4月1日）

**Q14** 要支援1・2の方が要支援認定の更新によらず、事業対象者となった場合には、改めて介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出は必要か？  
また、逆のケースはどうか？

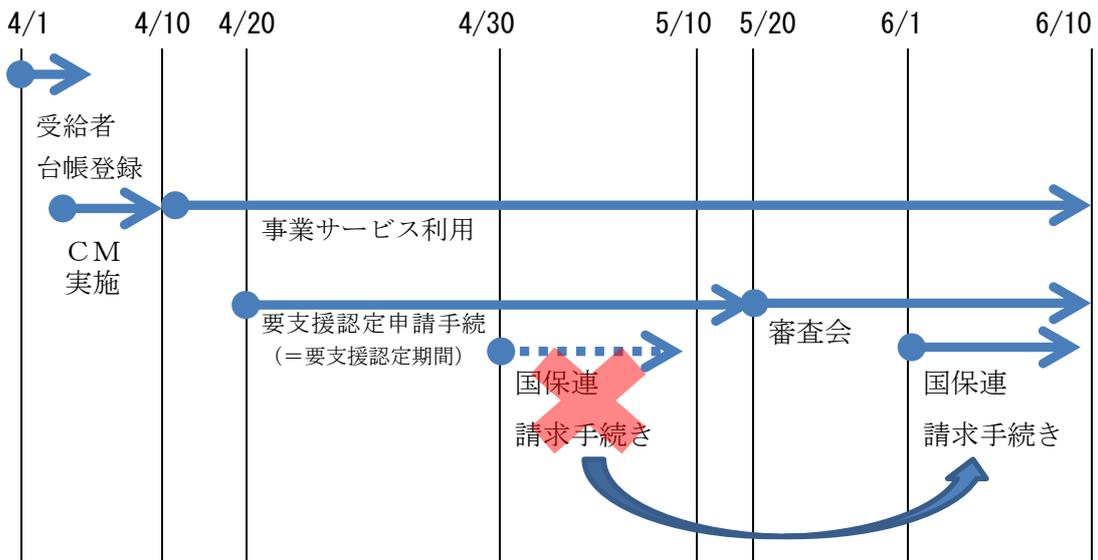
**A14** これまで要支援1，2だった方が，要支援認定の更新を行わず基本チェックリストにより事業対象者となった場合には，改めて介護予防ケアマネジメント依頼届の提出が必要となります。

なお，逆のケース（事業対象者の方が要支援者となった場合）は，介護予防サービス計画作成依頼届と共に，介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書の提出が必要となります。

No.	ケース	提出書類	提出先
1	要支援1，2から事業対象者になった場合	介護予防ケアマネジメント依頼届	介護保険課
2	事業対象者から要支援1，2になった場合	介護予防サービス計画作成依頼届 介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書	

## 1 国保連等に対する請求に関する事務・給付管理の整理

### (1) 事業対象者が要支援認定を申請した場合の取扱い

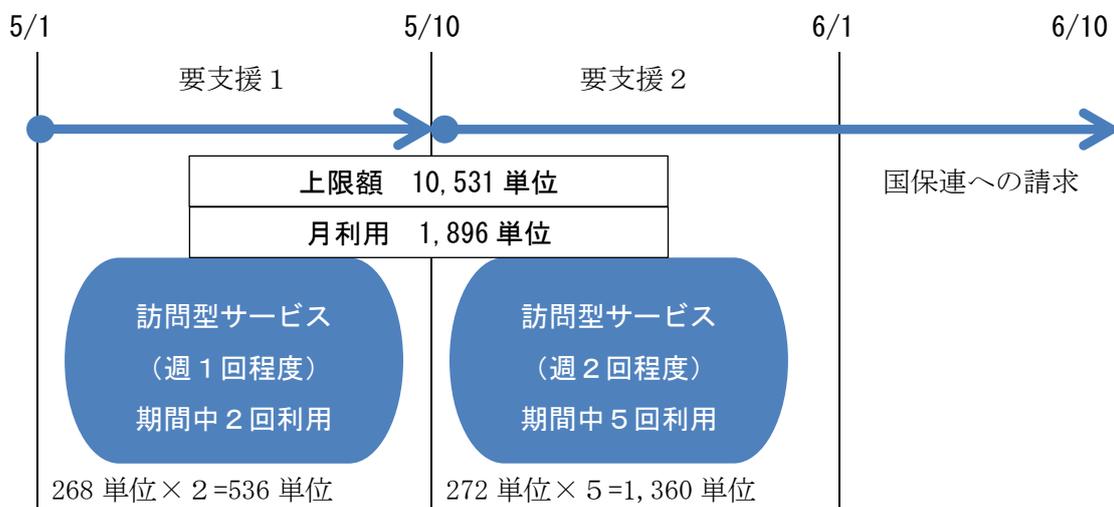


国保連のシステム上、事業対象者が要支援認定の手続を行うと、月末における被保険者の状況が「事業対象者」から「要支援認定審査中」に変更となり、事業所等からの請求が受け付けられない（返戻となる）。

このため、要支援認定の結果判明以降に、要支援認定期間中で請求ができなかった月分については、新たに請求する必要がある。

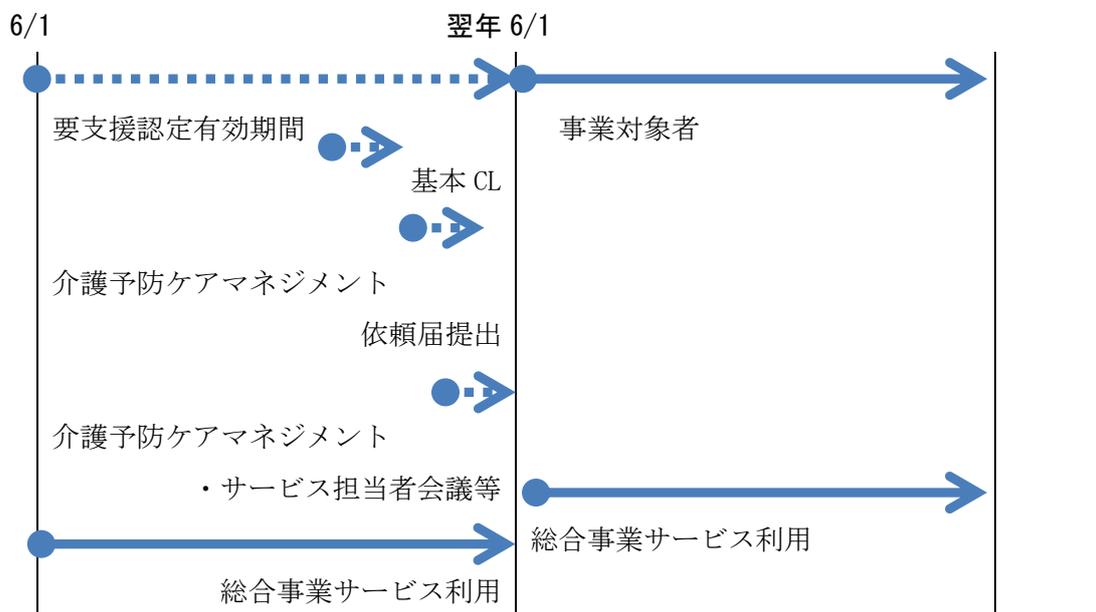
### (2) 要支援者が月途中で区分変更を行った場合の取扱い

(要支援 1 ⇒ 要支援 2)



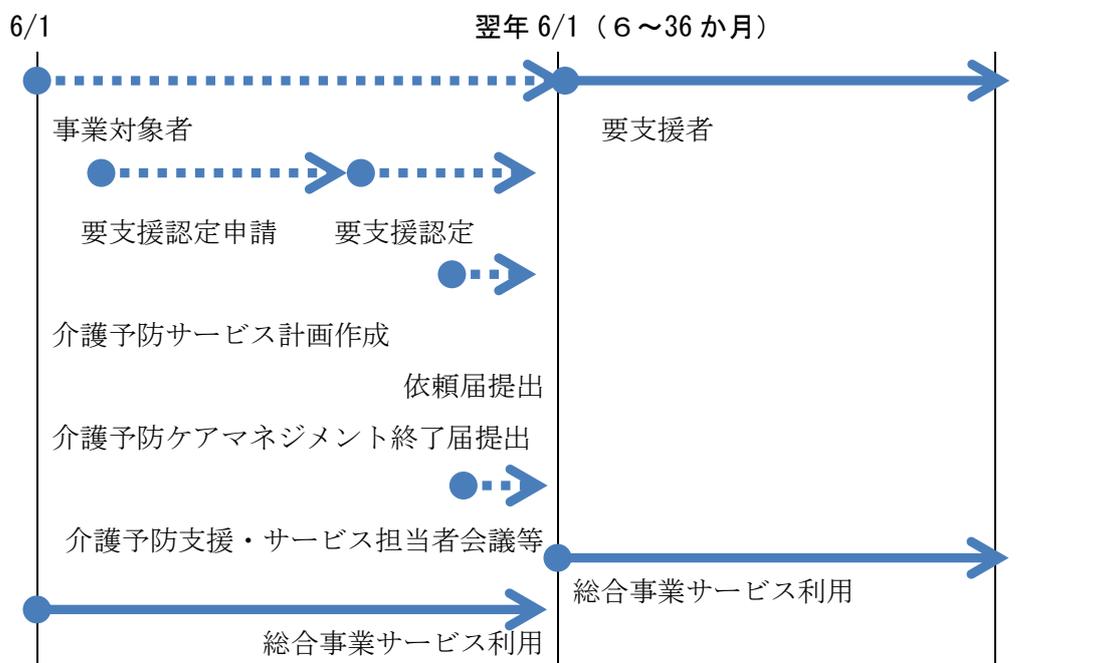
## 2 総合事業への事務手続きについて

### (1) 要支援⇒事業対象者



要支援⇒事業対象者の場合には、介護予防ケアマネジメント依頼届の提出が必要。

### (2) 事業対象者⇒要支援者



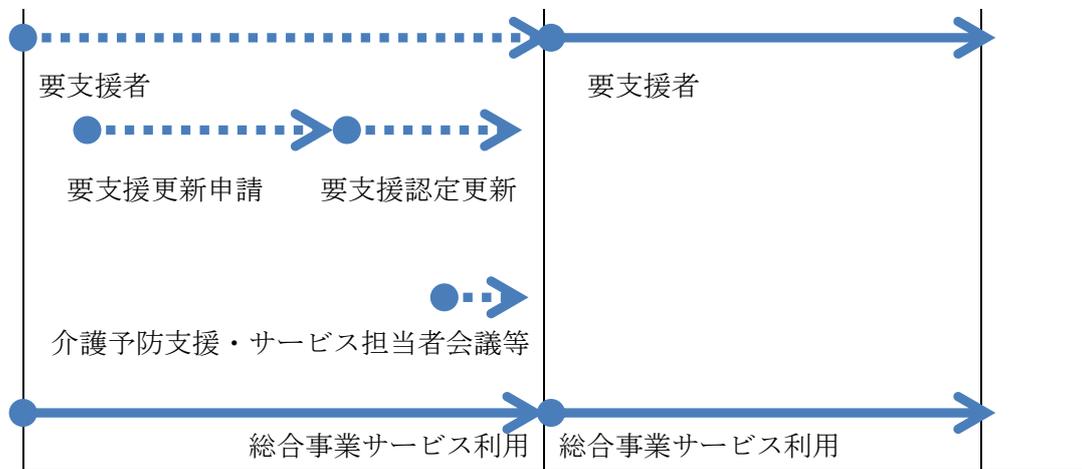
事業対象者⇒要支援の場合には、介護予防サービス計画作成依頼届と、介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書の提出が必要。

(3) 要支援者⇒要支援者

6/1

翌年 6/1 (6~36 か月)

※前回と同じ介護度の場合のみ 48 か月



要支援⇒要支援の場合には，介護保険課への届出は不要。

私たちが目指すのは～

「その人らしい生活の実現」

支援の方向は～

高齢者自身が



- 自分が認められ、  
支持されていることを知る
- 自分の生活について、  
希望や望みを明確にする
- 自分の目標を見つけ  
取組みへの意欲が高まる
- 自分の力を信じられる

ようになっていただくこと。