

葉山町

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン

平成29年4月現在のガイドラインです。

(今後の体制整備により変更がある場合があります。)

平成29年4月

葉山町福祉課

目次

1	総合事業について	1
2	葉山町の総合事業の構成	2
3	総合事業開始に伴う主な変更点（留意点）	3
4	窓口から介護認定、事業対象者認定までの流れ	5
5	事業対象者の総合事業（サービス事業）の利用の流れ	7
6	基本チェックリストについて	8
7	介護予防ケアマネジメントについて	14
8	現行の訪問介護相当サービスの取扱い	25
9	現行の通所介護相当サービスの取扱い	28
10	一般介護予防事業（案）	31
11	支給限度基準額	32

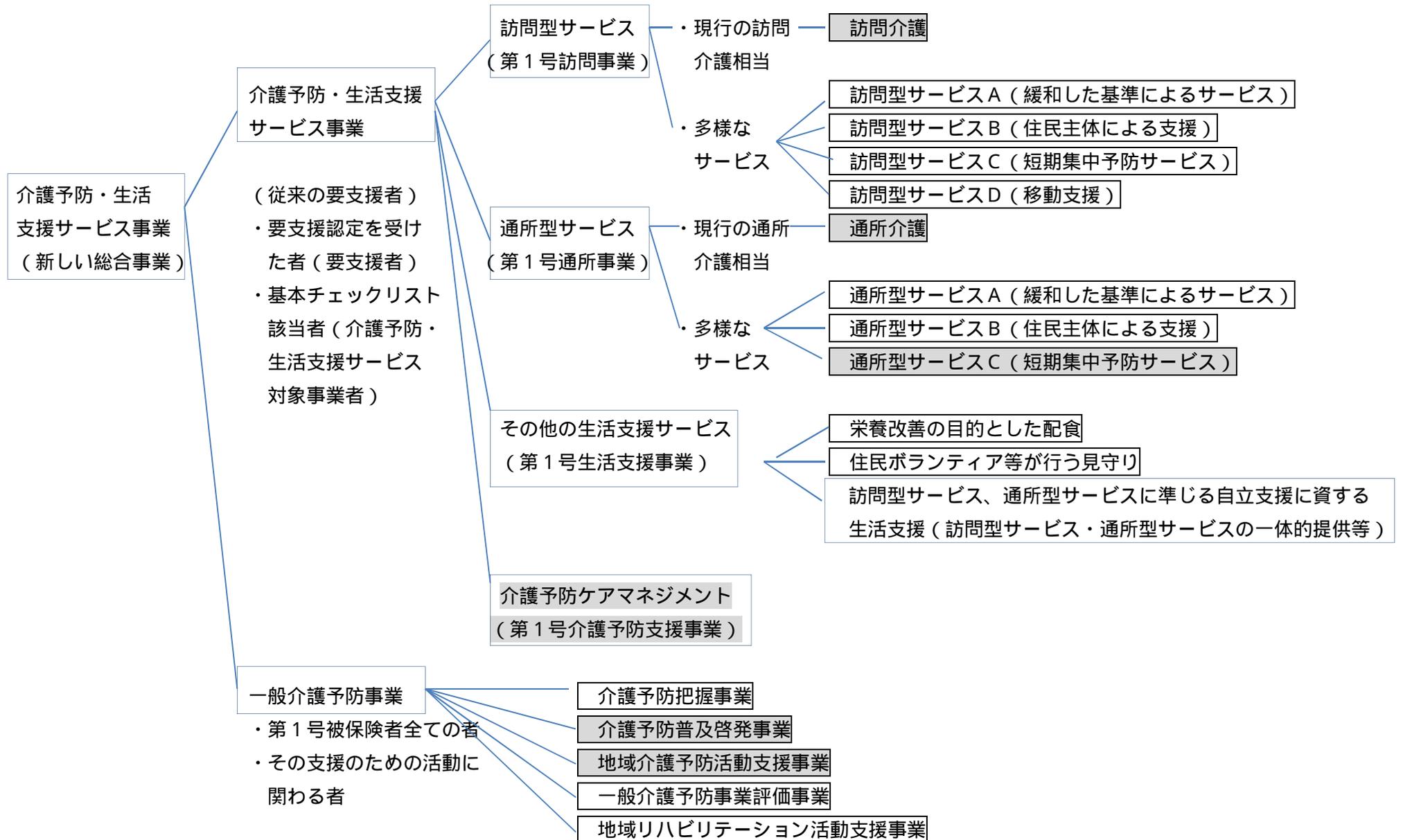
1 総合事業について

団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっています。

介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。)は、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、地域の支え合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すものです。

総合事業では、住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指してまいります。(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」)

2 葉山町の総合事業の構成 ([] が平成29年4月時点の実施体制(今後、体制整備により拡大していく予定です。))



3 総合事業開始に伴う主な変更点（留意点）

(1) 総合事業サービスのみを利用される方に対し基本チェックリストによる「事業対象者」を新設します。

基本チェックリストの実施は次の場合

窓口での相談の結果、総合事業の利用のみを希望する明らかに事業対象者となると見込まれる場合。

要介護認定等申請の結果、非該当となり、その後総合事業の利用希望があった場合。

2号被保険者は該当になりません。

要支援1、2の方が更新して事業対象者となる場合は、現在と同じく60日前から基本チェックリストによる更新手続きが可能です。

要支援1、2の認定を受けた方の更新申請時の要介護認定に係る有効期間を一律に原則12か月、上限24月に延長し、簡素化します。

【要介護認定に係る有効期間】

申請区分等		現行		改正後	
		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援 今回要支援	12か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援 今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護 今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護 今回要介護	6か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

事業対象者に対しては有効期間を設定しません。

しかしながら、事業対象者へのケアマネジメントの中で必要と認められる場合は要支援・要介護認定を勧めてください。

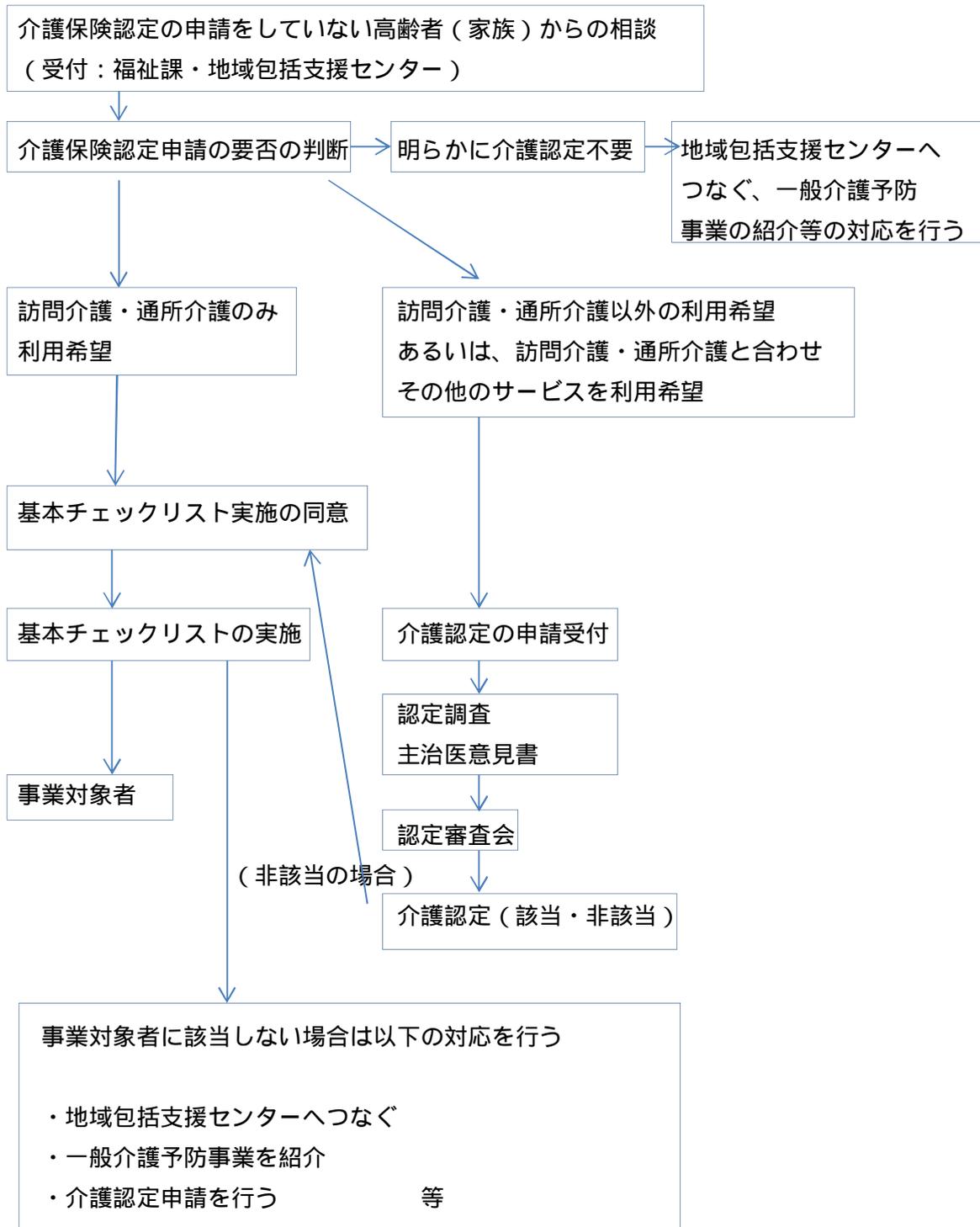
また、要支援認定者へのケアマネジメントの中で、認定更新時に事業対象者の方がふさわしいと判断した場合は、葉山町地域包括支援センターと相談の上、基本チェックリストを勧めてください。

- (2) 介護予防訪問介護と介護予防通所介護が全国一律の予防給付から総合事業サービスの「訪問型サービス」と「通所型サービス」に移行します。

平成 29 年 4 月の開始当初での葉山町の実施内容は次のとおりです。
訪問型サービスは、「現行の訪問介護相当サービス」のみの実施。
通所型サービスは、「現行の通所介護相当サービス」、「通所型サービス C (短期集中予防サービス)」のみの実施。
【今後の体制整備により拡大していく予定です。】

- (3) 総合事業サービスのみの利用者を対象に「介護予防ケアマネジメント」を実施します。
- (4) 総合事業に係る訪問型サービス、通所型サービスは報酬単価が変更されます。つきましては、「サービス利用契約書」「重要事項説明書」「個人情報使用同意書」を改めて作成し、利用者との契約行為を行ってください。
- (5) 総合事業に係る訪問型サービス、通所型サービス開始に伴い、例えば「介護保険法に基づく第 1 号訪問事業」「介護保険法に基づく第 1 号通所事業」というように定款変更(追記)を行ってください。
- (6) 平成 27 年 3 月 31 日において介護予防訪問介護等に係る指定介護予防サービスの事業者については、平成 30 年 3 月 31 日までの間はみなし指定とされています。
したがって、平成 30 年 4 月 1 日移行も事業継続するためには、その時点で総合事業の指定の更新を受ける必要があります。

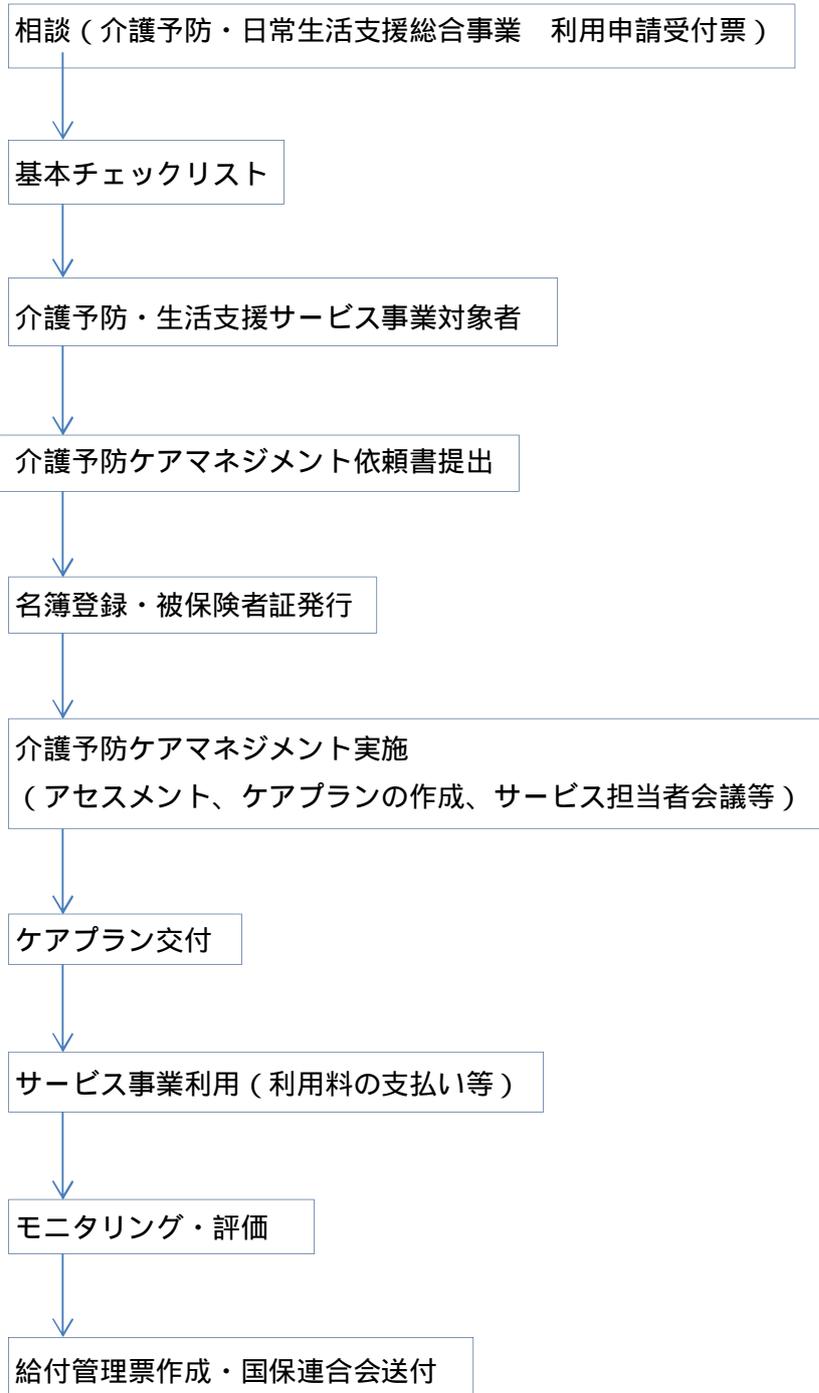
4 窓口から介護認定、事業対象者認定までの流れ



サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行います。ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取ります。

このような場合における基本チェックリストの活用・実施については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防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本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげます。

5 事業対象者の総合事業（サービス事業）の利用の流れ
（基本チェックリストによる事業対象者の流れ）



6 基本チェックリストについて

(1) 基本チェックリスト様式

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		被保険者番号							
氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭				
住所	〒			電話番号	-			-	

NO	質問項目	回答		得点
日常生活動作	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	
運動器機能	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	3点以上
	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	
栄養	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	2点以上
	12 身長 cm 体重 kg (BMI =) (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			
口腔機能	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	2点以上
	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	
外出	16 週に1回以上は外出していますか	0 はい	1 いいえ	16に該当
	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	
もの忘れ	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	1点以上
	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	
NO. 1～20の合計(10点以上)				
こころ	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	2点以上
	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	

チェックリストの記入について、相違ありません。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、当基本チェックリストの写しを葉山町、葉山町地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ (続柄) _____

事業対象者に該当する基準（町・包括 記入欄）

基準	該当の有無
1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	有・無
6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	有・無
11～12 の 2 項目のすべてに該当	有・無
13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	有・無
16 に該当	有・無
18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	有・無
21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	有・無

地域包括支援センター及び葉山町役場福祉課窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、まずは介護予防・日常生活支援総合事業 利用申請受付票による受付をした後、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行います。

基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、【事業対象者に該当する基準】に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施します。

その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用するものです。

居宅介護支援事業所に本人、家族が直接基本チェックリストに対する相談があった際は、地域包括支援センター窓口又は葉山町役場福祉課窓口へご案内ください。

介護予防・日常生活支援総合事業 利用申請受付票

受付日

所属

受付者名

要介護者の更新申請及び2号被保険者は、この受付票は使用不要です。要支援・要介護認定申請をお手続きください。

項目	確認事項	印
1	生活援助（掃除や買い物等）のサービスを利用することで日常の困りごとを改善したい。 日常生活で困っていること（ ）	基本チェックリスト実施
2	他者との交流や運動・入浴をする機会があることで、日常の困りごとを改善したい。 日常生活で困っていること（ ）	
3	リハビリ・運動をして機能回復の機会を作りたい。 身体面で改善させたい部位と理由（ ）	
4	一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	
5	身の回りのこと（排泄・着替え等）や内服管理・金銭管理が自分でできる。	
6	かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	
7	利用希望するサービスは無いが認定を受けたい。 （念のための申請は、必要時に申請してもサービスは利用できます。）	
8	下記の介護予防サービスを利用し、日常の困りごとを改善したい。 1、福祉用具レンタル・購入 2、ショートステイ 3、デイケア 4、訪問入浴 5、訪問看護 6、地域密着型サービス 7、居宅療養管理指導 8、住宅改修 日常生活で困っていること（ ）	基本チェックリスト対象外
9	入居（GH・サ高住）、入所（特養・老健）したい。	
10	歩行や立ち座りに介助を必要とし、1人で外出できない。	
11	認知症の症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、薬の内服（時間や種類など処方通り飲む） 電話の利用（電話をかける・用件を伝える）等に介助を受けている。	
12	大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	
13	寝たきり又は、重い認知症である。癌の終末期又は進行性の疾患である。	
結果	「1」～「3」のいずれか、かつ「4」～「7」のいずれかに該当。	基本チェックリスト実施
	「8」～「13」のいずれかに該当。	要支援・介護認定申請

申請者	氏名	住所		
	性別	生年月日	年齢	電話
	介護度	新規の場合	本人来所：有・無	理由
	代理人氏名	本人との関係		委任状

(3) 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

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。それが適当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。

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。

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。

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。

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。

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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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。		
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言われますか	本人は物忘れがあると思っけていても、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	

7 介護予防ケアマネジメントについて

(1) 介護予防ケアマネジメントの類型

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プロセス）

- ・ 介護予防・生活支援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
- ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合
- ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

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・サービス提供者へ】 サービス利用開始
モニタリング【給付管理】

ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）

- ・ 又は 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等）

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・サービス提供者へ】
サービス利用開始（ モニタリング【適宜】）

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のプロセス）

- ・ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（ 必要に応じ、その後の状況把握を実施）

アセスメント ケアマネジメント結果案作成 利用者への説明・同意
利用するサービス提供者等への説明・送付 サービス利用開始

平成29年4月時点での葉山町は ケアマネジメントAです。

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）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

モニタリングについては3か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

(2) 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は、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとしますが、**地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する委託も可能となっています。**

(3) 介護予防ケアマネジメントの手続

アセスメント

- ・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」(様式1)を利用して、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。
- ・プロセスの中で、利用者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る。

ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

目標の設定

- ・生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」(表1)を参考にしながら、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・表現となるように設定する。
- ・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しい。

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、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上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
- ・サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

ア サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。

例えば、通所型サービスなどの1つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる等、複数の類型(例：現行の通所介護と通所型サービスB)を合わせて利用することができる。

イ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。

ウ 給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。

一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、**予防給付の要支援1の限度額を目安とする。**介護予防ケアマネジメントにおいては、**指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）ことも可能である。**

その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかる。

予防給付の要支援1の限度額を超える可能性がある場合は、必ず事前に葉山町地域包括支援センターに相談してください。

エ 更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者によく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。

利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

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（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス実施者）

- ・ サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- ・ 本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。

サービス利用開始

モニタリング（給付管理）

- ・介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ・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により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

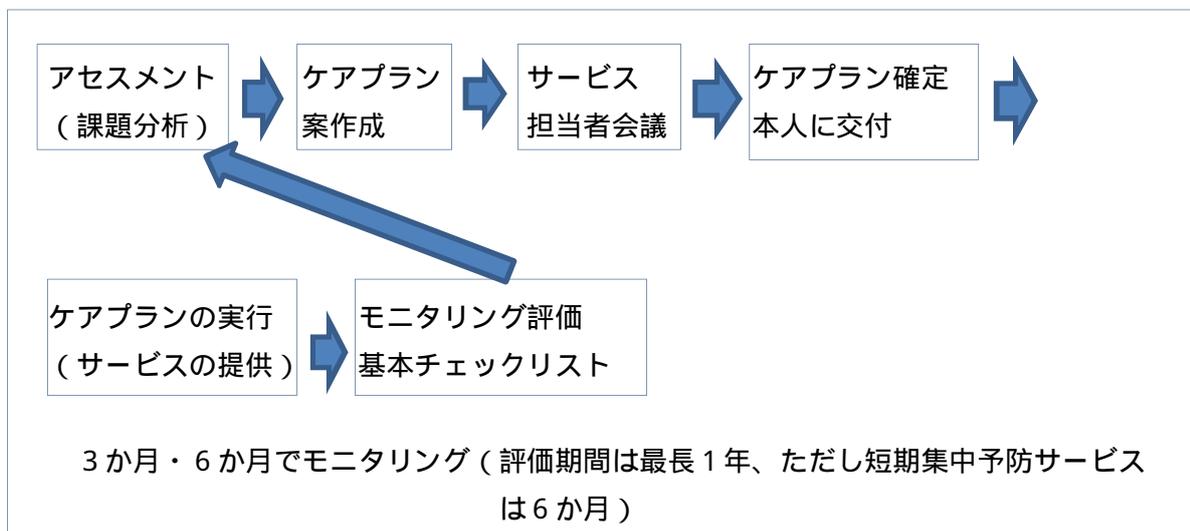
評価

- ・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、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に共有しながら、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する。

【ケアマネジメントAにおける各プロセスの実施状況】

アセスメント	実施
ケアプラン原案作成	実施
サービス担当者会議	実施
利用者への説明・同意	実施
ケアプラン確定・交付	実施
サービス利用開始	実施
モニタリング	実施

【ケアマネジメントのプロセス】



【サービス事業のみの利用の場合のケアマネジメント費】

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者の サービス	サービス担当者会議	
			モニタリング等	- (1)
			報 酬	基本報酬 + 初回加算
		訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者会議	
			モニタリング等	-
			報 酬	基本報酬 + 初回加算
		その他 (委託・補助) のサービス	サービス担当者会議	(必要時実施)
			モニタリング等	-
			報 酬	(基本報酬 - X - Y) + 初回加算 (2)

利用するサービス		2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3か月後)
指定事業者の サービス	サービス担当者会議	×	×	
	モニタリング等	(1)	(1)	(面接による) (1)
	報 酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬
訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者会議	×	×	
	モニタリング等			
	報 酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬
その他 (委託・補助) のサービス	サービス担当者会議	×	×	×
	モニタリング等	×	×	(必要時実施)
	報 酬	基本報酬 - X - Y	基本報酬 - X - Y	基本報酬 - X - Y

- 1 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要
- 2 X：サービス担当者会議実施分相当単位、Y：モニタリング実施分相当単位

興味・関心チェックシート

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別(男・女) _____ 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行動について、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「していない」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」の列にしてください。どれにも該当しないものには「している」の列に×をつけてください。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・子どもの世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ 水泳・テニスなどのスポーツ			
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			

(表1)

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食 事や運動を日々続ける、自分で服薬管理す る 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生 活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度を する
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電 球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・ 友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫 婦・親密なパートナーとの良好な関係保持 など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい い関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の 用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相 談者になる
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、 ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ 活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを 続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人 との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメール のやりとりを続ける
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移 動、移動にバス・電車・他人が運転する自動 車を使用、自分で自動車や自転車を使って 移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、 公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く

課題	目標
知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

（４）予防給付とサービス事業を併用する場合

予防給付とサービス事業によるサービスをとともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われます。

給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行います。

小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、事業によるサービスを利用している場合にあっては、事業によるケアマネジメント費を支給しません。

（５）要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うこととなります。

要介護認定等申請とあわせて、サービス事業による訪問型サービスや通所型サービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施します。

要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができます。その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができます。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。

(6) 他市町村からの転入・転出

事業対象者が他市町村から転入した場合、あるいは他市町村へ転出する場合、事業対象者としての情報は引き継がれません。

葉山町に転入した場合は新たに基本チェックリストをうけていただく、あるいは要支援・要介護認定申請をしていただくこととなります。

葉山町から転出した場合においても、基本チェックリストの結果は引き継ぎません。

(7) 住所地特例

(要支援者)

- ・施設所在市町村の窓口相談 介護保険給付を希望

(施設所在市町村に相談があった場合は、保険者市町村に認定申請することを説明)

利用者は保険者市町村に認定申請

保険者市町村は認定の結果、被保険者証を発行

利用者は施設所在市町村の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約

利用者は介護予防サービス計画書作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村に対して届け出ることにより介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能

(事業対象者)

- ・施設所在市町村に相談し総合事業のサービスを希望する場合

施設所在市町村が基本チェックリストにて該当か否かを確認

利用者は介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村に対して届け出

介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる

当該地域包括支援センターと被保険者間での契約が必要

施設所在市町村は利用者から提出された介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書及び被保険者証を保険者市町村に送付(写しを送付することでもよい。)

保険者市町村は、施設所在市町村から送付のあった介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書(又はその写し)をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送

- ・要介護状態区分：事業対象者
- ・認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- ・居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- ・届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

(介護予防ケアマネジメント)

- ・施設所在市町村の地域包括支援センターが、要支援者・事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施。

(サービス提供)

- ・ケアマネジメントに基づき、施設所在市町村の指定する事業者等がサービスを提供
委託事業者や補助による事業者がサービスを提供する場合(介護予防ケアマネジメントを除く。)には、以下の手続はない。

(事業者による費用の請求)

- ・施設所在市町村の指定事業者が国保連合会を通じて保険者市町村に対して第1号事業支給費を請求する。
- ・地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターが施設所在市町村に要した費用を請求する。

(8) 介護予防ケアマネジメントの主な留意点

介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連様式例を活用します。

介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定されます。

その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができます。

その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができます。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません。

要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができます。

限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行います。

要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。

実績報告は、取りまとめたサービス利用票を葉山町地域包括支援センターへ提出してください。

介護予防訪問介護、介護予防通所介護を利用して、平成 29 年 4 月 1 日移行事業対象者として移行する方は、改めて介護予防ケアマネジメント及び訪問型サービス又は通所型サービスの利用契約が必要になります。

(9) 介護予防ケアマネジメント費について
【基本部分】

ケアマネジメント	サービス種別	報酬
ケアマネジメント A (原則的なケアマネジメント)	現行相当サービス { 訪問型サービス 通所型サービス	430 単位

初回加算	300 単位
------	--------

【介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算】	300 単位
--------------------------	--------

8 現行の訪問介護相当サービスの取扱い

(1) 支給区分と単位数

【基本部分】

支給区分		単位数
イ 週に1回程度	事業対象者 要支援1・2	266単位/回 (ただし、1月4回以上は1,168単位とする)
ロ 週に2回程度	事業対象者 要支援1・2	270単位/回 (ただし、1月8回以上は2,335単位とする)
ハ 週に3回以上	事業対象者 要支援2	285単位/回 (ただし、1月12回以上は3,704単位とする)

【介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合】

基本単位×70/100

【事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合】

基本単位×90/100

ニ 初回加算	1月につき+200単位
--------	-------------

ホ 生活機能向上連携加算	1月につき+100単位
--------------	-------------

ヘ 介護職員処遇加算	
介護職員処遇改善加算()	1月につき + 所定単位×86/1000
介護職員処遇改善加算()	1月につき + 所定単位×48/1000
介護職員処遇改善加算()	1月につき + (2)の90/100
介護職員処遇改善加算()	1月につき + (2)の80/100

介護職員処遇改善加算における所定単位とは、上記イからホまでにより算定した単位数の合計

(例1) 週に1回程度の利用者に対し、1月に3回サービスを提供した場合

266単位×3回=798単位

(例2) 週に1回程度の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した場合

1,168単位(266単位×4回=1,064単位ではありません)

(例3) 週に2回程度の利用者に対し、1月に7回サービスを提供した場合

270単位×7回=1,890単位

(例4) 週に2回程度の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した場合

2,335単位(270単位×8回=2,160単位ではありません)

(例5) 週に2回程度の利用者で1月に9回サービスを提供する予定であったが、体調不良により1月に3回の提供となった

270単位×3回=810単位

(例6) 週に2回程度の利用者でサービス提供していたが、月途中でのケアプラン変更により週3回程度のサービス提供となった。

ケアプラン変更時より週3回程度の単位数(285単位/回)での提供となる。

(当該月の限度額は3,704単位)

利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された負担割合に準じます。(介護予防ケアマネジメントの利用者負担はありません。)

(2) 支給区分の考え方

あらかじめ、地域包括支援センターによる適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案して、標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けてください。

利用者の状態像の改善に伴って、当初の支給区分において想定されているよりも少ないサービス提供になること、又はその逆に、傷病等で利用者の状態が悪化することによって、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になった場合、ケアプラン変更時点から当該単位数で算定してください。

なお、この場合にあっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態や新たに設定した目標に応じた区分による介護予防サービス計画及び訪問型サービス計画を定める必要があります。

(3) 注意点

訪問介護相当サービスについては、介護予防訪問介護と同様に、「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の区分を一本化します。通院等乗降介助は算定しないこととし、通院等乗降介助以外のサービスの範囲については、訪問介護と同じ扱いとします。

介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにおいて設定された生活機能向上に係る目標の達成状況に応じて必要な程度の量を訪問型サービス（訪問介護相当サービス）事業所が作成する訪問型サービス計画に位置付けることとします。

費用の算定にあたっては、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 127 号）及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 3 月 17 日老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連盟通知）に準ずるものとします。

利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。

- ・介護予防特定施設入居者生活介護
- ・介護予防小規模多機能型居宅介護
- ・介護予防認知症対応型共同生活介護

9 現行の通所介護相当サービスの取扱い

(1) 支給区分と単位数

【基本部分】

支給区分	単位数
イ 要支援1 事業対象者(週に1回程度)	378単位/回 (ただし、1月4回以上は1,647単位とする)
ロ 要支援2 事業対象者(週に2回程度)	389単位/回 (ただし、1月8回以上は3,377単位とする)

【利用者の数が利用定員を超える場合】

基本単位 × 70 / 100

又は

【看護・介護職員の員数が基準に満たない場合】

基本単位 × 70 / 100

【若年性認知症利用者受入加算】

1月につき 基本単位 + 240単位

【事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービスを行う場合】

イ 基本単位 376単位

ロ 基本単位 - 752単位

ハ 生活機能向上グループ加算	1月につき 100単位を加算
----------------	----------------

ニ 運動器機能向上加算	1月につき 225単位を加算
-------------	----------------

ホ 栄養改善加算	1月につき 150単位を加算
----------	----------------

ヘ 口腔機能向上加算	1月につき 150単位を加算
------------	----------------

ト 選択的サービス複数実施加算	
選択的サービス複数実施加算()	1月につき 480単位を加算
選択的サービス複数実施加算()	1月につき 700単位を加算

チ 事業所評価加算	1月につき 120単位を加算
-----------	----------------

リ サービス提供体制強化加算		
サービス提供体制強化加算()イ	事業対象者又は要支援1	72単位
	要支援2	144単位
サービス提供体制強化加算()ロ	事業対象者又は要支援1	48単位
	要支援2	96単位
サービス提供体制強化加算()	事業対象者又は要支援1	24単位
	要支援2	48単位

又 介護職員処遇加算	
介護職員処遇改善加算()	1月につき + 所定単位 × 40 / 1000
介護職員処遇改善加算()	1月につき + 所定単位 × 22 / 1000
介護職員処遇改善加算()	1月につき + (2) の 90 / 100
介護職員処遇改善加算()	1月につき + (2) の 80 / 100

介護職員処遇改善加算における所定単位とは、上記イからリまでにより算定した単位数の合計

(例1) 週に1回程度の利用者に対し、1月に3回サービスを提供した場合

$$378 \text{ 単位} \times 3 \text{ 回} = 1,134 \text{ 単位}$$

(例2) 週に1回程度の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した場合

$$1,647 \text{ 単位} (378 \text{ 単位} \times 4 \text{ 回} = 1,512 \text{ 単位ではありません})$$

(例3) 週に2回程度の利用者に対し、1月に7回サービスを提供した場合

$$389 \text{ 単位} \times 7 \text{ 回} = 2,723 \text{ 単位}$$

(例4) 週に2回程度の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した場合

$$3,377 \text{ 単位} (389 \text{ 単位} \times 8 \text{ 回} = 3,112 \text{ 単位ではありません})$$

(例5) 週に2回程度の利用者で1月に9回サービスを提供する予定であったが、体調不良により1月に3回の提供となった

$$389 \text{ 単位} \times 3 \text{ 回} = 1,167 \text{ 単位}$$

(例6) 週に1回程度の利用者でサービス提供していたが、月途中でのケアプラン変更により週2回程度のサービス提供となった。

ケアプラン変更時より週2回程度の単位数(389単位/回)での提供となる。

(当該月の限度額は3,377単位)

利用者負担額は、介護保険負担割合証に記載された負担割合に準じます。(介護予防ケアマネジメントの利用者負担はありません。)

(2) 注意点

費用の算定にあたっては、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連盟通知）に準ずるものとします。

(3) 他サービスとの関係

利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。

介護予防短期入所生活介護	介護予防短期入所療養介護
介護予防特定施設入居者生活介護	介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防認知症対応型共同生活介護	

ただし、住民主体の支援である通所型サービスBなど利用者の自立支援、社会参加を促すサービスを、本人の状態等にあわせての利用を妨げるものではありません。併用に関しては、目標設定や利用目的等を利用者及び家族と十分に検討してください。

10 一般介護予防事業（案）

(1) 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・開発を行う事業です。

高齢者元気はつらつ教室

高齢者の生きがい対策として教養・技能講座などを開催します。

認知症予防教室

認知症予防のための運動（コグニサイズ）を開催します。

介護予防運動教室

介護予防に資するよう運動器具を利用した運動を開催します。

健康と生きがいづくり推進事業

食生活の改善・運動習慣を身につける教室を開催します。

介護予防水中歩行教室（新規） 287,280円

介護予防に資するよう正しい水中歩行を学べる講座を開催します。

(2) 地域介護予防活動支援事業

地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う事業です。

貯筋運動

週 1 回以上町内会館、個人サロン等に通い貯筋運動を通した介護予防運動を住民主体で行う活動を支援します。

一般介護予防事業

地域住民が週 1 回以上通える場を創設し、貯筋運動による介護予防運動の実施、交流会、サロン活動を行う事に対する支援を行います。

1 1 支給限度基準額

第 1 号事業支給費の支給限度基準額は以下のとおりとします。

事業対象者	5 , 0 0 3 単位
要支援 1	5 , 0 0 3 単位
要支援 2	1 0 , 4 7 3 単位

開始当初は、介護保険料未納に伴う給付制限はしません。