

うるま市

介護予防・日常生活支援総合事業実施に伴う
介護予防ケアマネジメントについて

(指定介護予防支援業務委託事業所・うるま市介護予防日常生活支援総合事業
における指定第1号事業所向け)

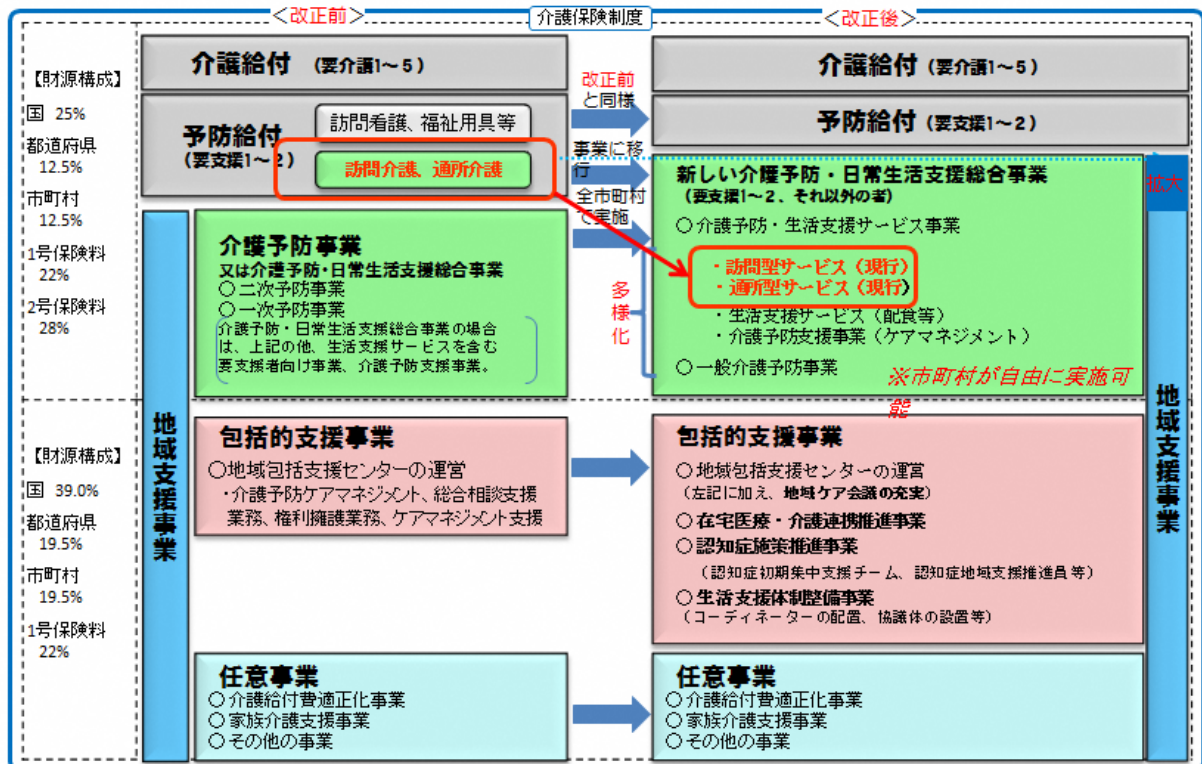
令和3年10月

1 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

1. 総合事業の構成

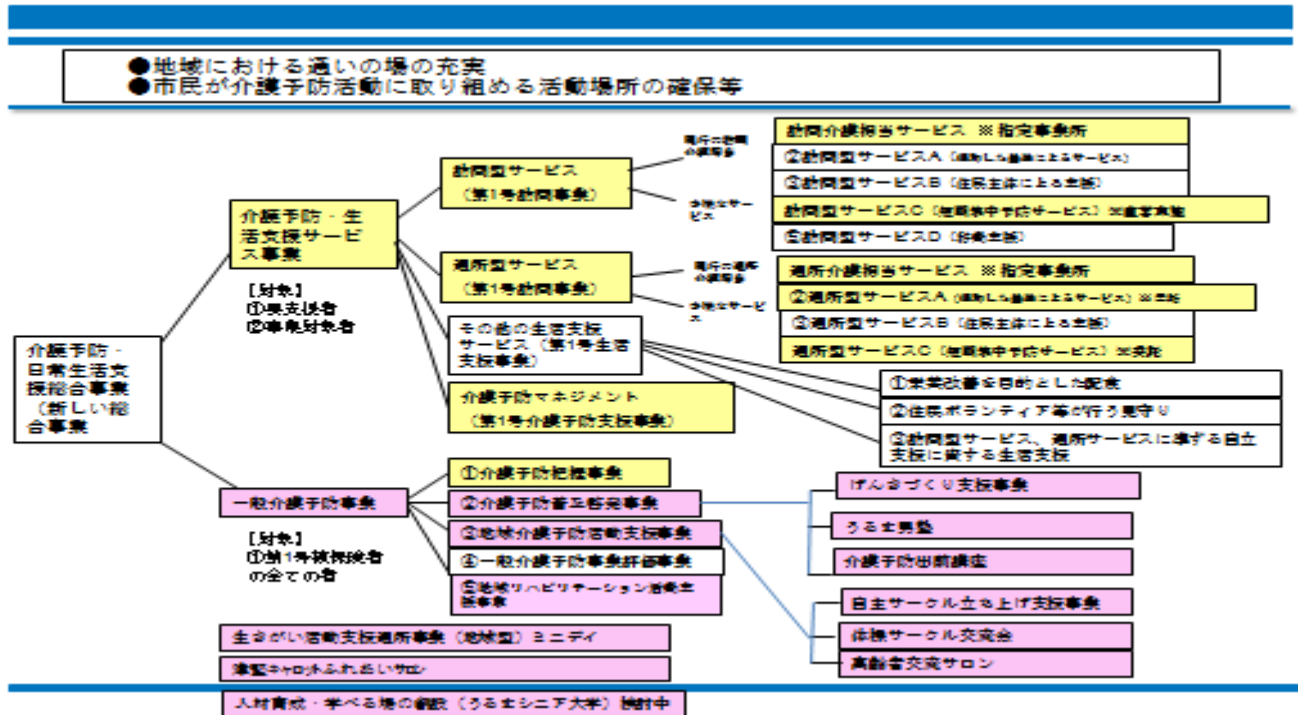
- ・介護予防給付のうち、訪問介護及び通所介護が「新しい総合事業」に移行され、訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供が継続される。
- ・介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略し、基本チェックリストで判断することによって、「介護予防・生活支援サービス事業対象者」として、迅速なサービス利用が可能になる。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定申請が必要
- ※ 市が創設する多様なサービスの状況によって、利用できるサービスは異なる。
- ・一般介護予防事業は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じ参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりやリハビリテーション専門職を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的として、総合事業に位置付けられている。
- ・包括的支援事業は、地域ケア会議の充実、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備が新たに加わっている。

《新しい地域支援事業の全体像》



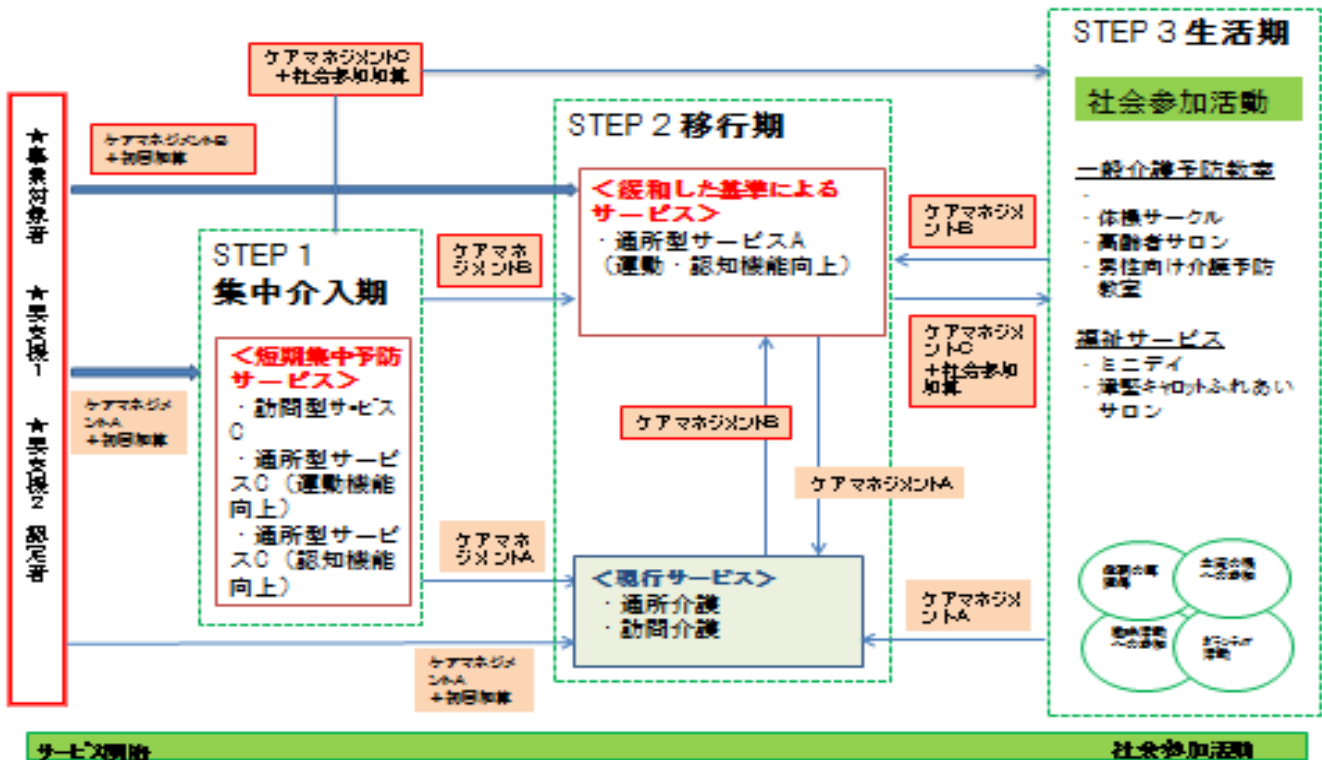
2. 自立支援・重度化防止に向けた取り組み

(1) 介護予防・生活支援サービスの充実



(2) 自立支援・重度化防止に向けたうるま市の体制

R3年度 介護予防・日常生活支援総合事業イメージ図
自立支援・重度化防止に向けた体制の構築



3. 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 訪問型サービス

《サービスの内容》

	現行の訪問介護相当	多様なサービス
区分	訪問型サービス（独自）	短期集中予防サービス 訪問型サービスC
提供者	指定事業者	直接実施
内容	<p>■訪問介護員による「身体介護」及び「生活援助」</p> <p>※従前の介護予防訪問介護と同様のサービス</p>	<p>■専門職による居宅での相談指導等</p> <p>①生活機能等の評価を基に、日常生活動作の改善等を指導</p> <p>②通いの場への参加支援</p> <p>③健康管理や介護予防に関してセルフコントロールが行えるよう助言・指導</p>
想定する対象者	<p>①既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要な方</p> <p>②認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う方</p> <p>③退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等</p>	<p>①短期間の集中的なアプローチで、課題の改善が見込まれる方</p> <p>②現在の活動状況や社会参加状況等の広がり期待できる方</p> <p>③閉じこもり期間の延長による筋力低下や体力低下等で生活に支障が出ている方</p> <p>※本サービスは、短期間(3～6か月)で効果が見込まれることを前提としている。退院退所直後で在宅生活に不安が強く、在宅生活に適応できない、長期の支援が必要とされる、医学的な管理が必要と見込まれるケースについては、訪問リハなどのサービスが優先的に想定されるため、本事業は対象外とする。よって、訪問リハとの併用は不可。</p>

《サービス単価及び回数》

	現行の訪問介護相当	多様なサービス
区分	訪問型サービス（独自）	短期集中予防サービス 訪問型サービスC
提供時間 提供回数	介護予防ケアマネジメントに基づく 従前の介護予防訪問介護と同様	介護予防ケアマネジメントに基づく ・1～2週間に1回 ・原則3か月
サービス単価	1回あたりの単価 (ひと月の提供回数が一定回数を超えた場合のみ定額単価)	—
加算	従前の介護予防訪問介護と同様	なし
利用者負担	サービス費の1割又は2割	なし
サービスコード	A2	—
請求方法	国保連合会へ請求	—
ケアマネジメント類型	ケアマネジメントA	ケアマネジメントA
限度額管理	○	なし

生活保護の介助扶助	○	なし
高額介護予防サービス費	○	対象外

(2) 通所型サービス

《サービスの内容》

現行の通所介護相当	
区分	通所型サービス（独自）
提供者	指定事業者
内容	<p>■生活機能向上のための機能訓練</p> <p>※従前の介護予防通所介護と同様のサービス</p>
想定する対象者	<p>①既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要な方</p> <p>②多様なサービスの利用が難しい方</p> <p>③生活機能の向上トレーニングを行うことで改善、維持が見込まれる方</p> <p>※状態像を踏まえながら、多様なサービスの利用を検討していく</p>

多様なサービス			
区分	緩和した基準によるサービス	短期集中予防サービス	
	通所型サービス A (運動・認知機能向上型)	通所型サービス C (認知機能向上型)	通所型サービス C (運動機能向上型)
提供者	委託事業者 (株式会社 フォスタ)	委託事業者 (合同会社 D プラス D サポート 沖 縄)	委託事業者 (有限会社 在宅介護サービス ひまわり)
内容	<p>■社会参加の場で行われる運動・認知機能向上を目的とした自立支援サービス</p> <p>①身体機能・生活機能等の評価を基に、運動機能向上プログラム(筋力、バランス力、柔軟性等)を実施</p> <p>②認知機能・生活機能等の評価を基に、認知機能向上プログラム(脳トレ、コグニサイズなど)を実施</p> <p>③健康づくりに関してセルフコントロールが行えるよう助言・指導</p> <p>④利用者の状態に応じ、社会参加活動への支援</p>	<p>■専門職による認知機能向上を目的とした自立支援サービス</p> <p>①保健・医療の専門職が自宅を訪問し、支障をきたしている日常生活行為やその原因、家屋や周辺環境等のアセスメントを実施</p> <p>②生活環境及び認知機能・生活機能等の評価を基に、認知機能向上トレーニングを実施</p> <p>③健康づくりに関してセルフコントロールが行えるよう助言・指導</p> <p>④サービス終了後は本人にあった活動場所の提案</p>	<p>■専門職による生活機能向上を目的とした自立支援サービス</p> <p>①保健・医療の専門職が自宅を訪問し、支障をきたしている日常生活行為やその原因、家屋や周辺環境等のアセスメントを実施</p> <p>②生活環境及び身体機能・生活機能等の評価を基に、運動機能向上トレーニングを実施</p> <p>③健康づくりに関してセルフコントロールが行えるよう助言・指導</p>

			④サービス終了後は本人にあった活動場所の提案
想定する対象者	<p>■身体機能または認知機能の軽度低下者</p> <p>①及び②から⑥の条件のいずれかを満たす者とする。</p> <p>①身体介助の必要が無く状態が安定している者</p> <p>②認知機能の軽度低下(物忘れ相談プログラムにて認知機能軽度低下疑いがあり、行動観察方式(AOS)にて境界型同等と判断)がみられる者で身体介助の必要がなく状態が安定している者</p> <p>※中核症状(記憶・見当識)・行動・心理症状に関連する症状がみられる方は対象外とする。</p> <p>③外出の機会が少なく閉じこもりがちな者</p> <p>④一般介護予防事業その他地域における通いの場に通うことが困難である者</p> <p>⑤通所型サービスC(運動・認知機能)卒業後、医療・介護の専門職によるアセスメントの結果、継続した運動機能・認知機能向上プログラムの実施が効果的と判断された者</p> <p>⑥その他介護予防ケアマネジメント等において、通所型サービスAの利用が自立支援に資すると判断された者</p>	<p>■認知機能の軽度低下者</p> <p>(物忘れ相談プログラムにて認知機能軽度低下疑いがあり、行動観察方式(AOS)にて境界型同等と判断</p> <p>※中核症状・行動・心理症状に関連する症状がみられる方は対象外とする</p> <p>①認知機能の軽度低下等により自宅内で過ごすことが多くなっている方</p> <p>②短期間の集中的なアプローチで、課題の改善が見込まれる方</p> <p>③利用者本人が目的意識をもち、認知機能向上、生活機能向上に向けた取り組みが行える方</p>	<p>■身体機能の軽度低下者</p> <p>①身体機能の軽度の低下により自宅内で過ごすことが多くなっている方</p> <p>②短期間の集中的なアプローチで、課題の改善が見込まれる方</p> <p>③利用者本人が目的意識をもち、身体機能向上、生活機能向上に向けた取り組みが行える方</p>

《サービス単価及び回数》

	現行の通所介護相当	多様なサービス	
区分	通所型サービス (独自)	緩和した基準によるサービス 通所型サービス A (運動・認知機能向上型))	短期集中予防サービス 通所型サービス C(認知)・(運動)
提供時間 提供回数	介護予防ケアマネジメントに基づく 従前の介護予防通所介護と同様	1回あたり概ね3時間程度 頻度:1回/週	1回あたり概ね3時間程度 頻度:2回/週 期間:3カ月を目安
サービス単価	1回あたりの単価 (ひと月の提供回数が一定回数を超えた場合のみ定額単価)	—	—
送迎	従前の介護予防通所介護と同様	あり	あり
加算	従前の介護予防通所介護と同様	なし	なし

利用者負担	サービス費の1割又は2割	1回あたり200円	1回あたり200円
サービスコード*	A6	—	—
請求方法	国保連合会へ請求	—	—
ケアマネジメント類型	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A
限度額管理	○	なし	なし
生活保護の介護 扶助	○	○	○
高額介護予防サ ービス費	○	対象外	対象外

《サービス実施場所・時間》

通所型サービス A（運動・認知機能向上型）

地区	具志川 地区	具志川 地区	具志川 地区	石川 地区	与那城 地区	勝連 地区	島しょ 地区
場所	健康福祉セ ンターうる みんスタジオ オ（1階）	具志川 ドーム 会議室	具志川 ドーム 会議室	石川前原 公民館 1階 ホール	与那城地区 公民館 ホール	勝連地区 公民館 研修室	宮城島コミュニティ 防災センター 集会室 ※休止中
	金曜日 13時から 16時	水曜日 13時から 16時	月曜日 13時から 16時	木曜日 9時から 12時	火曜日 13時から 16時	火曜日 9時から 12時	月曜日 9時から 12時

※開始時間などについては、事業所への確認をお願いします。

※自然災害や感染症の蔓延等で通所が行えず、やむを得ない場合は、対象者の状態に応じた運動プログラム等を作成し、訪問や電話、手紙などを通じた指導を行っていく。

通所型サービス C（認知機能向上型）

曜日	場所	時間
水曜日	健康福祉センターうるみん 1階うるみんスタジオ	PM（概ね3時間） 13時から16時
土曜日	歩行と脳のフィットネスデイサービス PL I F E	PM（概ね3時間） 13時30分から16時30分

※送迎時間などについては、事業所への確認をお願いします。

※自然災害や感染症の蔓延等で通所が行えず、やむを得ない場合は、対象者の居宅に週に1回程度訪問等を行い、対象者の状態に応じながら認知・運動プログラム等を実施する。

通所型サービス C（運動機能向上型）

実施場所：トータルケア Komorebi

実施回数：月・木あるいは火・金

実施時間：13時から16時

※送迎時間については、事業所への確認をお願いします。

※自然災害や感染症の蔓延等で通所が行えず、やむを得ない場合は、対象者の居宅を週に1回程度訪問等を行い、対象者の状態に応じながら運動プログラム等を実施する。

4. 一般介護予防事業（介護予防普及啓発事業）

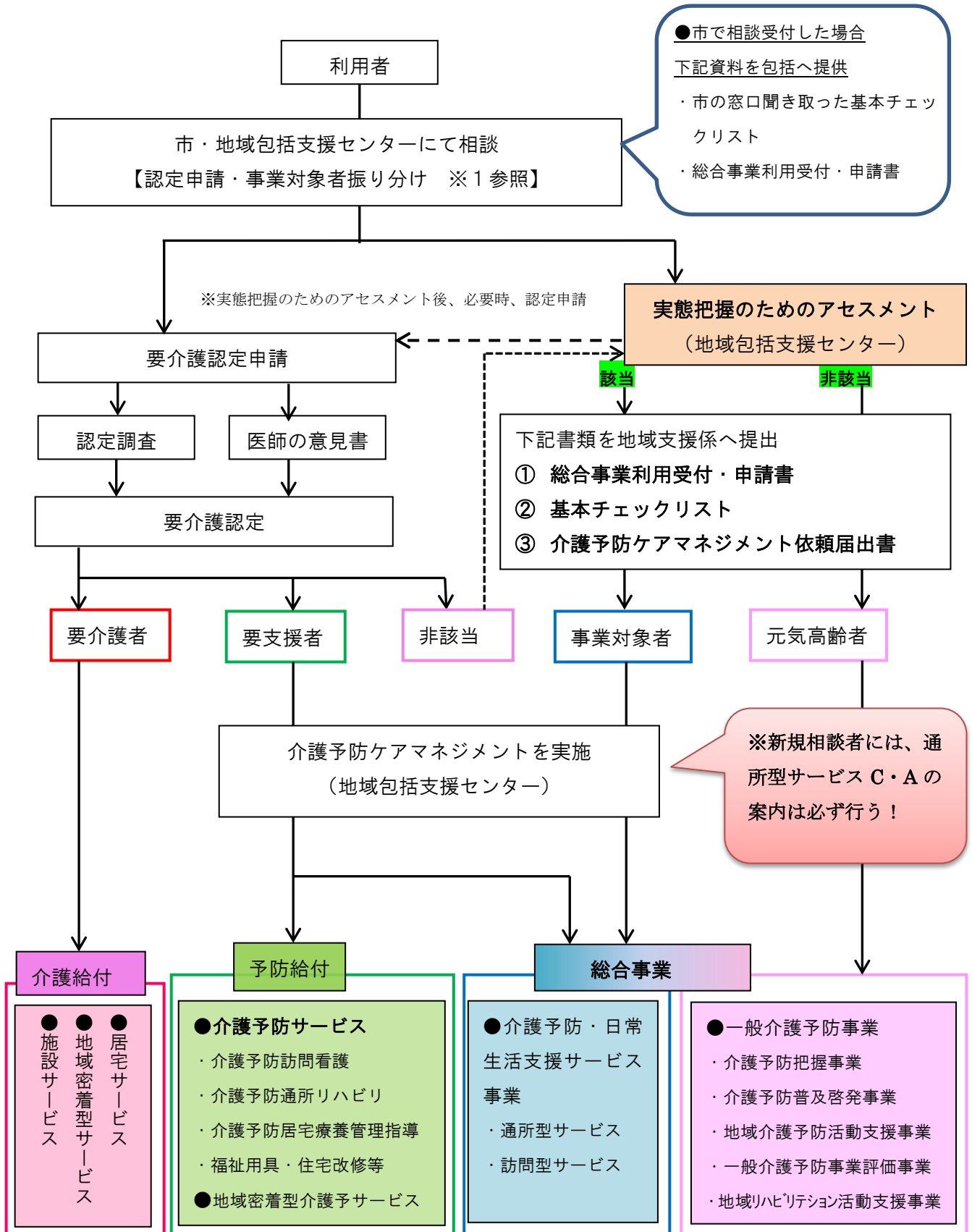
区分	介護予防普及啓発事業	
	げんきづくり支援事業	うるま男塾
提供者	委託事業者（株式会社フォスタ）	委託事業者（一般社団法人 プロモーションうるま）
内容	<p>■地域でフレイルの予防を目的とした教室の開催や知識の普及啓発、また、自主体操サークル等の開催支援を各関係機関と連携をとりながら行うことで、高齢者の心身機能の改善、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加が促進され、それによって、一人ひとりの生きがいや自己実現の取組みにつながることを支援する。</p> <p>■市内公共施設や各公民館にて開催し、介護予防の知識や技術の普及啓発を行う。</p> <p>■転倒骨折の防止及び加齢に伴うフレイル（運動機能や認知機能の低下）の予防や機能向上を図り、ADL・IADL及び生活習慣の改善や日常生活の活動を高め、社会参加促進につながる観点から運動指導（ストレッチ、筋力向上運動、バランス運動、認知機能向上トレーニング等）や生活習慣改善の指導を行う。</p> <p>（流れ）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 体調確認、感染予防対策 2. ウォーミングアップ・ストレッチング 3. ミニ講話（介護予防に関する講話等） 4. トレーニング（運動機能向上及び認知機能向上のトレーニング等） 5. クールダウン 	<p>■介護予防事業や地域の活動等へ男性の参加者が少ないという現状を受け、男性が気軽に通いやすいようにプログラム等を工夫した男性限定の介護予防教室</p> <p>■高齢者の身近な場所で、適切な運動方法の習得と習慣化を支援し、介護予防への意識・自助力を高めることを目的とした教室</p> <p>■日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加促進により、生きがいや自己実現の取組みにつなげることを支援する。</p> <p>（流れ）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ウォーミングアップ・ストレッチング 2. ミニ講話（介護予防に関する講話等） 3. トレーニング・筋力トレーニング（うるまトレニングセンターにて） 4. クールダウン
想定する対象者	うるま市在住の概ね65歳以上の方 ※通所型サービスA、通所型サービスCの卒業生も含む	うるま市在住の概ね65歳以上の男性 ※通所型サービスA、通所型サービスCの卒業生も含む
送迎	なし	なし
利用者負担	なし	なし
備考	・事前に電話での申し込みが必要	・事前に電話での申し込みが必要

<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の心身の状態によっては、他のサービスのご案内をさせていただくこともある ・一人につき一会場の参加となる ・定員に達し次第、受付を終了する（受付：介護長寿課地域支援係） ・新型コロナウイルス感染症の流行状況によっては、感染防止策として休止する場合があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・ご本人の心身の状態によっては、他のサービスのご案内をさせていただくこともある ・木曜日あるいは土曜日のどちらかに参加となり、曜日の変更は不可 ・定員に達し次第、受付を終了する（受付：介護長寿課地域支援係） ・新型コロナウイルス感染症の流行状況によっては、感染防止策として休止する場合があります
--	--

場所		曜日	時間	定員
石川体育館	1階会議室	毎週月曜日	10時から11時30分	20名
うるみん	うるみんスタジオ	毎週月曜日	14時から15時30分	20名
川崎公民館	1階ホール	毎週火曜日	10時から11時30分	15名
勝連シビックセンター	1階ホール	毎週火曜日	14時から15時30分	20名
石川前原公民館	1階ホール	毎週水曜日	10時から11時30分	15名
高江洲公民館	1階ホール	毎週木曜日	14時から15時30分	20名
与那城地区公民館	1階ホール	毎週金曜日	10時から11時30分	20名

2 事業対象者の決定

1. 新規相談者の流れ



明らかな要介護認定申請が必要と判断する場合 ※1

(1 項目でも該当)

1 本人の状態像

年齢

サービスを必要とする方の年齢が 65 歳未満

歩行状態

一人で歩くことができない

杖などを用いて歩くのがやっとの状態

日常生活動作

食事、排泄、着脱、入浴に何らかの介助を要する

もの忘れ

認知機能低下により日常生活に支障を来している

(できていた家事ができなくなっている、同じものを買ってくる、物忘れがひどい、散歩等に出かけたら一人で帰宅できない、など)

疾患に関すること

3 か月以内に心疾患や脳血管疾患にかかった

重い高血圧があるが、服薬コントロールができていない

糖尿病による神経障害（視力や腎機能低下も含む）がある

呼吸器の疾患があり、軽い動きで息切れを起こす。

人工透析を受けている

がんや難病で治療を受けている

2 希望するサービスの内容

家事援助（訪問サービス）の希望有 ※2

入浴や清潔を保つためにサービス利用が必要

痛みなどがあり、リハビリに通いたい

病状管理のために訪問看護の利用が必要

福祉用具のレンタルや購入、住宅改修が必要

長時間の預かりの場や施設入所を求めている

※1 「明らかな要介護認定申請が必要と判断する場合」に該当しない場合は、サービスの案内として、通所型サービス C（運動機能向上型）、通所型サービス C（認知機能向上型）、通所型サービス A（運動・認知機能向上型）を必ず行う。

その上で、通所型サービス C や通所型サービス A に対しての拒否が強い場合、本人の状態が通所型サービス C や通所型サービス A のプログラムについていけないと判断された場合は、現行サービスの利用についても可能だが、本人の状態をきちんとアセスメントし、見合ったサービス内容や実施回数などを必ず検討する必要がある。

※2 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン（概要）（厚生労働省老健局振興課）における現行の訪問介護相当の対象者とサービス提供の考え方によると、

①既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース

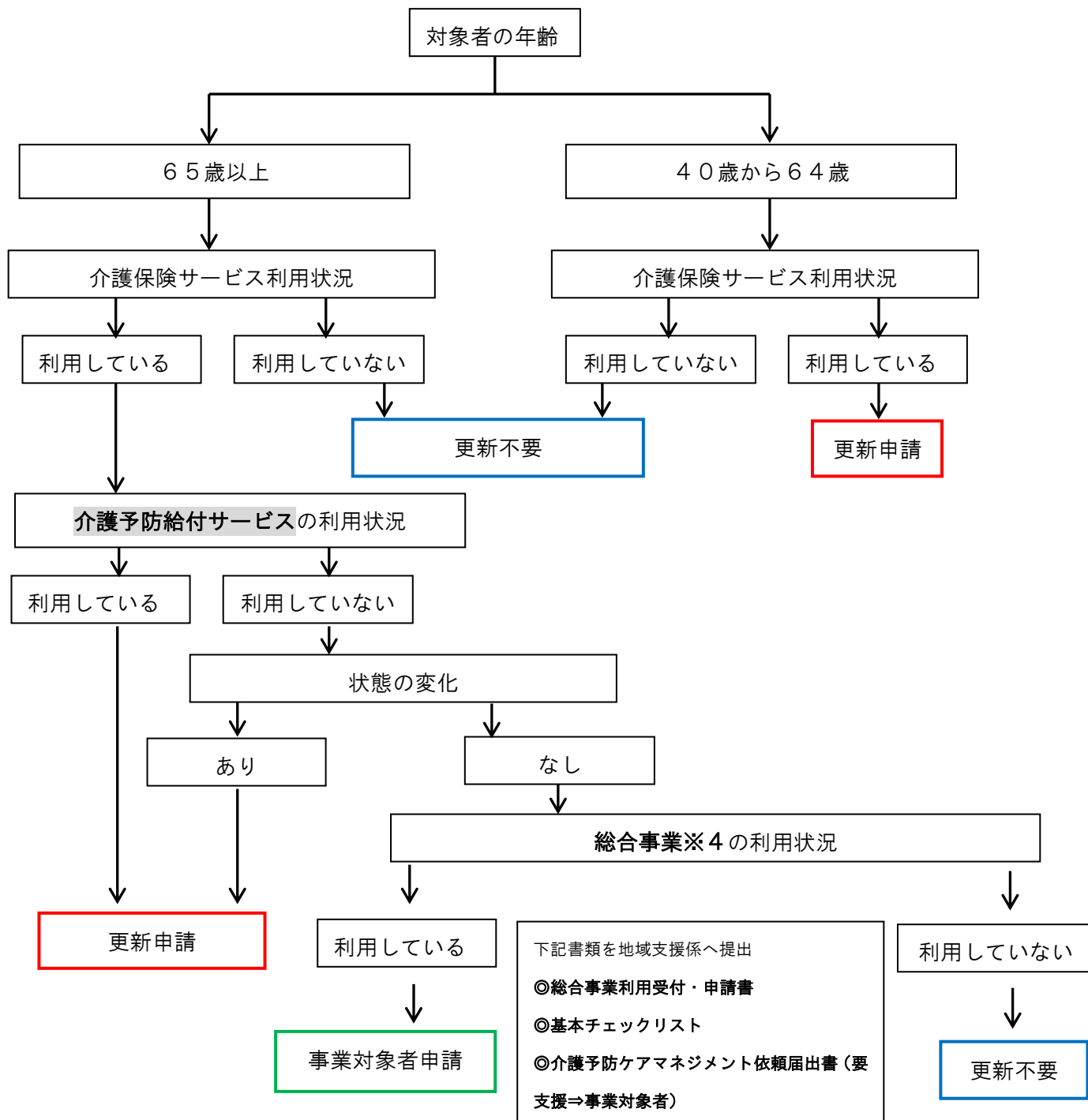
②以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース

(例：認知機能の低下により日常生活に支障がある、退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等)

とあるため、うるま市では、総合事業の訪問型サービスについて、現行の訪問介護相当のサービス以外

を実施していないことや、②について基本チェックリストのみでの判断が難しいため、要介護認定申請が必要と判断します。

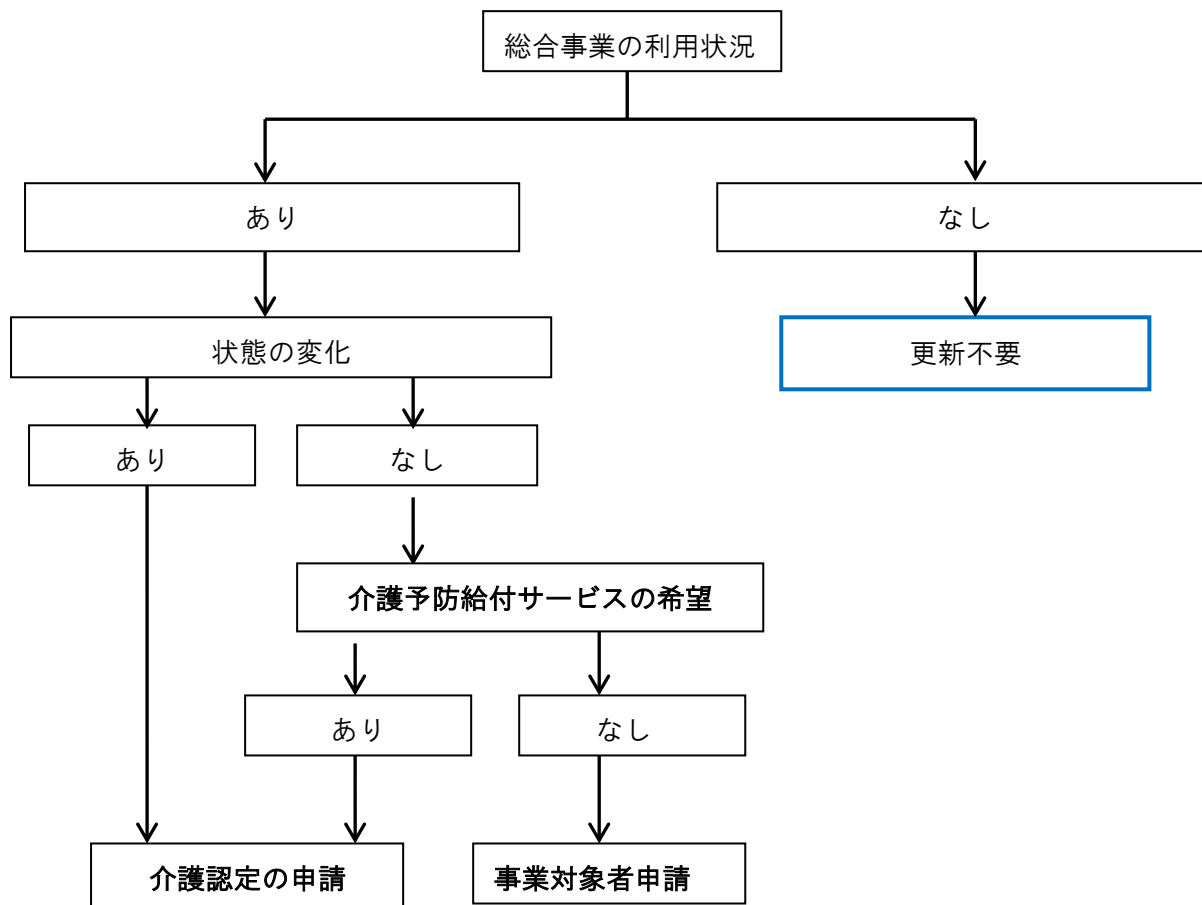
2. 更新申請（要支援認定者）の流れ



※本人・家族が来所した場合は担当ケアマネージャー・プランナーに確認後、受理。

3. 更新申請（事業対象者）の流れ

本人へ更新申請（事業対象者）の手続きのお知らせ、介護予防・日常生活支援総合事業利用受付・申請書、基本チェックリストを有効期間が切れる60日前に郵送。



◎担当ケアマネージャー・プランナーにて本人や家族で記入した総合事業利用
受付・申請書の受け取り（或いは記入のサポート）

◎基本チェックリストの確認

（担当ケアマネージャー・プランナーで実施）

⇒上記書類を担当ケアマネージャー・プランナーにて管轄の包括へ提出し、包
括が取りまとめて地域支援係へ提出。或いは担当ケアマネージャー・プランナ
ーにて包括へ報告後、地域支援係へ提出

※本人や家族で申請に来所した場合は、その都度包括或いは担当ケアマネー
ジャー・プランナーへ確認後、受理する。

3 介護予防ケアマネジメント

(地域支援事業実施要綱より)

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等から依頼を受けて、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、通所型サービス、その他生活支援サービスのほか、一般介護予防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、要支援者等の状態等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とする。

(基本的な考え方)

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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に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ることができるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、地域の中でいきがいや役割を持って、生活できるような居場所に通い続ける等、「心身希望」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援していくことも重要である。

介護予防ケアマネジメントについては、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た目標を設定し、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成するものとする。

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) について

基本的な考え方	<p>■介護予防支援に準じた形で、原則的に行う介護予防ケアマネジメントであり、適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指す</p> <p>■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利用するのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう専門的支援により心身機能の維持・改善を図っていく</p>
ケアプランの手順	<p>予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施（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する。）</p>
利用するサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自） ・訪問型サービス C ・通所型サービス C
ケアプランの様式	介護予防・サービス支援計画表（現行のプラン）
ケアプラン	事業所の専門職の意見を参考にケアプランを作成
モニタリング	少なくとも3か月に1回利用者の居宅で面接、訪問しない月は、事業所への訪問、利用者への電話等の方法により状況を確認し記録を残す
評価	サービス提供事業所からの個別計画書及び評価も参照し、少なくとも6ヶ月に1回は評価を実施
単価等	1件あたり 4,380 円（毎月支払い）
利用者負担	なし
加算	<p>初回加算</p> <p>委託連携加算（委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度）</p>
給付管理票の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・指定事業所によるサービスについては給付管理表を作成 ・短期集中サービスについては不要
支払方法	市に直接請求
実施事業所	<p>地域包括支援センター</p> <p>※居宅介護支援事業所への委託も可能。委託の単価については、市内包括で決定。</p>

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）について

基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ■基準緩和型サービスを利用する場合に実施する（通所型サービス A） ■適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指す ■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利用するのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう意欲を引き出し、主体的な取り組みができるよう支援する
ケアプランの手順	<p>ケアマネジメント A と同様のプロセスで、アセスメントから課題分析しケアプラン（簡易ケアプラン）を作成する。</p> <p>ケアプランの作成にあたっては、利用者及びサービス提供者が内容を共有することで、サービス担当者会議を省略できる。</p>
利用するサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型サービス A ※訪問型サービス（独自）や訪問型サービス C と併用して、通所型サービス A を利用する場合は、ケアマネジメント A を作成
ケアプランの様式	<p>介護予防支援計画表・評価シート（ケアマネジメント結果等記録表）</p> <p>＊簡易ケアプラン</p>
モニタリング	<p>必要に応じ間隔を設定（概ね半年毎）。モニタリングの月は利用者の居宅で面接を行う。訪問しない月は、事業所への訪問、利用者への電話等の方法により状況を確認し記録を残す</p>
評価	概ね半年毎
単価等	1 件あたり 4,380 円（毎月支払い）
利用者負担	なし
加算	<p>初回加算</p> <p>委託連携加算（委託を開始した日の属する月に限り、利用者 1 人につき 1 回を限度）</p>
給付管理票の作成	不要
支払方法	市に直接請求
実施事業所	<p>地域包括支援センター</p> <p>※居宅介護支援事業所への委託も可能。委託の単価については、市内包括で決定。</p>

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）について

基本的な考え方	<p>■ケアマネジメントの結果、指定事業所によるサービスや短期集中サービス、基準緩和型サービスを卒業し、一般介護予防事業の利用につなげる場合に実施する</p> <p>■サービス利用開始時のみケアマネジメントを行う</p>
ケアプランの手順	初回のみ、簡略化（サービス担当者会議、モニタリングを省略）した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施する
利用するサービス	<p>一般介護予防事業（げんきづくり支援事業、男塾、サークルなど）</p> <p>※指定事業所によるサービスや短期集中サービス、基準緩和型サービスと併用している場合は、それぞれの類型に沿ったケアマネジメントを行う</p>
ケアプランの様式	<p>介護予防支援計画表・評価シート（ケアマネジメント結果等記録表）</p> <p>＊簡易ケアプラン</p>
モニタリング	<p>モニタリングは行わないが、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者などから地域包括支援センターに連絡する体制をとっておく。</p> <p>※名簿など簡易な利用者管理を行う</p>
評価	なし
単価等	4,380円（初月のみ）
利用者負担	なし
加算	社会参加加算（初月のみ）
給付管理票の作成	不要
支払方法	市に直接請求
実施事業所	<p>地域包括支援センター</p> <p>※委託先の居宅介護支援事業所も可能。委託の単価については、市内包括で決定。</p>

4. 介護予防ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	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	予防給付
アセスメント	○	○	○	○
ケアプラン原案作成	○ 介護予防サービス・支援 計画表	○ 介護予防支援計画表・評 価シート（ケアマネジメ ント結果等記録表） ※簡易ケアプラン	(○) 介護予防支援計画表・評 価シート（ケアマネジメ ント結果等記録表） ※簡易ケアプラン	○
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）	○	○	— （本人の同意のもと情報 提供又は本人が持参）	○
サービス利用	○	○	○	○
モニタリング	○	△ （必要に応じ間隔を設 定する）	— （利用者の状況に変化が あった際に、地域包括支 援センターに連絡する体 制をとる）	○
評価	○	○	—	○

（○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要）

4 報酬請求

1. ケアプラン別作成費単価

(1) 介護予防サービス計画（介護予防支援費）

	介護予防支援費	初回加算	委託連携加算	新型コロナウイルス感染症への対応 (令和3年9月30日まで)
介護予防支援	438 単位 (4,380 円)	300 単位 (3,000 円)	300 単位 (3,000 円)	1 単位 (10 円)

(2) 介護予防ケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント費）

	ケアマネジメント費	初回加算	社会参加加算	委託連携加算	新型コロナウイルス感染症への対応 (令和3年9月30日まで)
介護予防ケアマネジメント A	438 単位 (4,380 円)	300 単位 (3,000 円)		300 単位 (3,000 円)	1 単位 (10 円)
介護予防ケアマネジメント B	438 単位 (4,380 円)	300 単位 (3,000 円)		300 単位 (3,000 円)	1 単位 (10 円)
介護予防ケアマネジメント C	438 単位 (4,380 円)		300 単位 (3,000 円)		1 単位 (10 円)

(3) 算定の考え方

【初回加算が算定できる場合】

- ・ 転居などにより、担当地域包括支援センターが変更になった場合
- ・ 過去2カ月以上地域包括支援センターにおいて介護予防支援計画を作成しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合で、介護予防サービス計画を作成した場合。

※介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへの移行、介護予防ケアマネジメントから介護予防支援への移行、また介護予防ケアマネジメント A から介護予防ケアマネジメント B の移行等では初回加算の算定はできない。

(根拠資料)

介護保険最新情報 vol1454 「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)」

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。

(答)

要支援者又はチェックリスト該当者に対して介護予防ケアプランを作成することは、要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去 2 月以上地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

【社会参加加算が算定できる場合】

介護予防ケアマネジメント A 又は B が算定されていた方で、介護予防・生活支援サービス事業終了後、一般介護予防事業利用のためケアマネジメント C を行い、継続参加のつなぎを行った場合に限り算定できる。

【月途中で介護予防ケアマネジメントの変更がされた場合】

ケアマネジメント費は 1 月あたりの算定となるため、月末にサービス提供を行った介護予防ケアマネジメントの内容で請求を行う。

(例)

- ①通所型サービス (独自) 利用から、月途中で通所型サービス A 利用のためケアマネジメント B の流れでプランを作成し交付を行った
→請求：ケアマネジメント B (438 単位)
- ②通所型サービス A 利用から、月途中で一般介護予防教室 (げんきづくり支援事業) 利用のためケアマネジメント C の流れで簡易プランを作成し交付を行った
→請求：ケアマネジメント C (438 単位) + 社会参加加算 (300 単位)
- ③月途中で要介護 1 から要支援 1 になった。通所型サービス (介護と予防のサービスを一体的に提供している) を利用。
→請求：ケアマネジメント A (438 単位) + 初回加算 (300 単位) + 委託連携加算 (300 単位)
※介護予防サービス計画作成居宅届・介護サービス計画作成居宅届が事前に提出されている。
※利用者に係る必要な情報を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介護予防ケアマネジメントの作成等に協力した場合。

(根拠資料)

平成 27 年 3 月 31 日厚生労働省事務連絡 資料 I-9 介護予防ケアマネジメント費

→月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。

2. 給付管理

	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費
■利用サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防給付のみ ・ 予防給付＋総合事業サービス 	総合事業のみ利用
■請求の流れ	居宅介護支援事業所 →各地域包括支援センター →国保連合会	居宅介護支援事業所 →各地域包括支援センター →うるま市
■提出書類 居宅介護支援事業所 ↓ 地域包括支援センター	①実績報告書 ②介護予防支援委託料請求書 ③介護予防支援委託料請求明細書	①実績報告書 ②介護予防ケアマネジメント委託料請求書 ③介護予防ケアマネジメント委託料請求明細書
■提出書類 地域包括支援センター ↓ うるま市	/	① 実績報告書（写） ② 介護予防ケアマネジメント委託料請求書（包括・居宅） ③ 介護予防ケアマネジメント委託料請求明細書（包括・居宅）

3. 月額包括報酬の日割り請求について

- ・介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービス（独自）、通所型サービス（独自）においては、1回あたりの単価設定による報酬であるが、ひと月の提供回数が一定回数を超える場合においては、月額単位数となる。
- ・月額単位数となる場合において、以下の対象事由に該当する場合は、日割り算定となる。

<参考>平成27年3月31日厚生労働省事務連絡 資料I-9

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（みなし） ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（みなし） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ） ・区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
	・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・利用者との契約開始	契約日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※1）	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ） ・区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
	・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
	・利用者との契約解除	契約解除日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日
・公費適用の有効期間終了	終了日	
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。	-

5 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、利用者が居住する施設所在市町村が行うものとしている（法第115条の45第1項）。

その費用については保険者市町村が施設所在市町村に対して負担するものとしている（法第124条の3）。

1. 財政調整の対象となるサービスと方法

対象となるサービス	費用の額	費用の支払い	費用調整
■うるま市が指定した指定事業者による提供サービス	うるま市が定める額	国保連合会経由で保険者市町村に対し請求し指定事業所へ支払う	財政調整済み
■介護予防ケアマネジメントに要した費用額 ※初回加算、委託連携加算、社会参加加算は含まない	うるま市が定める額	うるま市が介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターに支払う	年1回国保連合会にて財政調整を行う（うるま市からの報告に基づく）

※上記以外についての財政調整は行わない

2. 住所地特例対象者に対する事務手続き

(1) 介護保険給付を希望する相談がある場合

- 保険者市町村（A市）に認定申請を促す
- 保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行
- 施設所在市町村（B市）の地域包括支援センターは利用者と介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約
- 介護予防サービス計画作成届出書又は介護予防ケアマネジメント作成届出に被保険者証を添付して、施設所在市町村（B市）に対し届出 ※市町村によっては、身分証などのコピーの提出を求められることがあるので事前に保険者市町村（A市）に確認は必要
- 施設所在市町村（B市）は介護予防サービス計画作成届出書又は介護予防ケアマネジメント作成届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付
- 保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（B市）から送付のあった介護予防サービス計画作成届出書又は介護予防ケアマネジメント作成届出書をもとに、被保険者証に「居宅介護支援事業者」「届出年月日」を記載し、利用者へ郵送
- 保険者市町村（A市）は、該当の住所地特例対象者について、受給者異動連絡票を国保連合会へ送付

(2) 総合事業サービスを希望する相談がある場合

- 施設所在市町村（B市）が基本チェックリストにて該当か否かを確認
- 施設所在市町村（B市）の地域包括支援センターは利用者と介護予防ケアマネジメントの契約
- 介護予防ケアマネジメント依頼届出書に被保険者証を添付して施設所在市町村（B市）に対して届出 ※市町村によっては、身分証などのコピーの提出を求めることがあるので事前に保険者市町村（A市）に確認は必要
- 施設所在市町村（B市）は介護予防サービス計画作成届出書又は介護予防ケアマネジメント作成届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付
- 保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（B市）から送付のあった介護予防サービス計画作成届出書又は介護予防ケアマネジメント作成届出書をもとに、被保険者証に「事業対象者」「基本チェックを実施した日」「居宅介護支援事業者」「届出年月日」を記載し、利用者へ郵送
- 保険者市町村（A市）は、該当の住所地特例対象者について、受給者異動連絡票を国保連合会へ送付

6 うるま市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者のサービス

1. 事業者の指定

訪問型サービス（独自）、通所型サービス（独自）は、うるま市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定等に関する要綱第3条に基づき、うるま市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者の指定を受けている事業所がサービス提供できることとしている。

2. 使用するサービスコード

【訪問型サービス（独自）】

支給区分	対象	単位数	サービスコード
訪問型サービスⅣ	要支援1・2	268 単位/回（ひと月の中で4回まで）	A22411
訪問型サービスⅠ （週に1回程度）	事業対象者	1,176 単位/月 （ひと月の中で5回以上）	A21111
訪問型サービスⅤ	要支援1・2	272 単位/回（ひと月の中で8回まで）	A22511
訪問型サービスⅡ （週に2回程度）	事業対象者	2,349 単位/月 （ひと月の中で9回以上）	A21211
訪問型サービスⅥ	要支援2	287 単位/回（ひと月の中で12回まで）	A22621
訪問型サービスⅢ （週に2回を超える程度）	事業対象者	3,727 単位/月 （ひと月の中で13回以上）	A21321

※実績に応じてサービスコードが変わる（単価設定による報酬あるいは月額包括報酬）

※加算については市ホームページ掲載の介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード表（令和3年4月施行版）を参照

【支給区分の考え方】

あらかじめ、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・支援計画において、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、1週当たりのサービス必要回数を判断し、各区分を位置づける。

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、または悪化に伴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ることも想定されるが、月の途中での支給区分の変更はできない。この場合、翌月の支給区分についてはアセスメントに基づき、新たな状態や目標に応じた区分を判断し、介護予防サービス・支援計画に定める必要がある。 ※新規・区分変更時は除く

【通所型サービス（独自）】

支給区分	対象	単位数	サービスコード
通所型サービス1 (週に1回程度)	要支援1	384単位/回(ひと月の中で4回まで)	A61113
	事業対象者	1,672単位/月 (ひと月の中で5回以上)	A61111
通所型サービス2 (週に2回程度)	要支援2	395単位/回(ひと月の中で8回まで)	A61123
	事業対象者	3,428単位/月 (ひと月の中で9回以上)	A61121

※実績に応じてサービスコードが変わる（単価設定による報酬あるいは月額包括報酬）

※加算については市ホームページ掲載の介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード表（令和3年4月施行版）を参照

【支給区分の考え方】

要支援者については、認定結果に応じた支給区分で算定する。

事業対象者については、あらかじめ、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・支援計画において、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、1週当たりのサービス必要回数を判断し、各区分を位置づける。

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、または悪化に伴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ることも想定されるが、月の途中での支給区分の変更はできない。この場合、翌月の支給区分についてはアセスメントに基づき、新たな状態や目標に応じた区分を判断し、介護予防サービス・支援計画に定める必要がある。※新規・区分変更時は除く