

介護予防・日常生活支援総合事業 実施マニュアル

下野市健康福祉部高齢福祉課
令和6年4月

— もくじ —

I 下野市介護予防・日常生活支援総合事業の概要

1	概要	・ ・ ・ ・ ・ 1
2	構成	・ ・ ・ ・ ・ 1
3	下野市高齢者保健福祉計画における方向性	・ ・ ・ ・ ・ 2
4	総合事業サービス体系	・ ・ ・ ・ ・ 2
5	総合事業対象者	・ ・ ・ ・ ・ 2
6	介護認定者の現状と推計	・ ・ ・ ・ ・ 3
7	総合事業の給付実績と見込額	・ ・ ・ ・ ・ 4

II 訪問型サービス

1	訪問型サービス類型	・ ・ ・ ・ ・ 5
2	訪問型サービス利用者の具体的な状態像	・ ・ ・ ・ ・ 8

III 通所型サービス

1	通所型サービス類型	・ ・ ・ ・ ・ 9
2	通所型サービス利用者の具体的な状態像	・ ・ ・ ・ 12

IV 介護予防ケアマネジメント

1	法の理念	・ ・ ・ ・ 13
2	基本的な考え方	・ ・ ・ ・ 13
3	介護予防ケアマネジメントにおける留意点	・ ・ ・ ・ 14
4	ケアマネジメントの質の向上への取り組み	・ ・ ・ ・ 15
5	実施主体	・ ・ ・ ・ 15
6	介護予防ケアマネジメントの類型	・ ・ ・ ・ 15
7	介護予防ケアマネジメント実施手順	・ ・ ・ ・ 17

V その他

1	介護報酬請求について	・ ・ ・ ・ 19
2	住所地特例者に対する総合事業の実施について	・ ・ ・ ・ 20
3	サービス事業所を利用する場合の留意事項	・ ・ ・ ・ 20
4	下野市総合事業事業者申請手続きについて	・ ・ ・ ・ 21

I 下野市の介護予防・日常生活支援総合事業について

1 概要

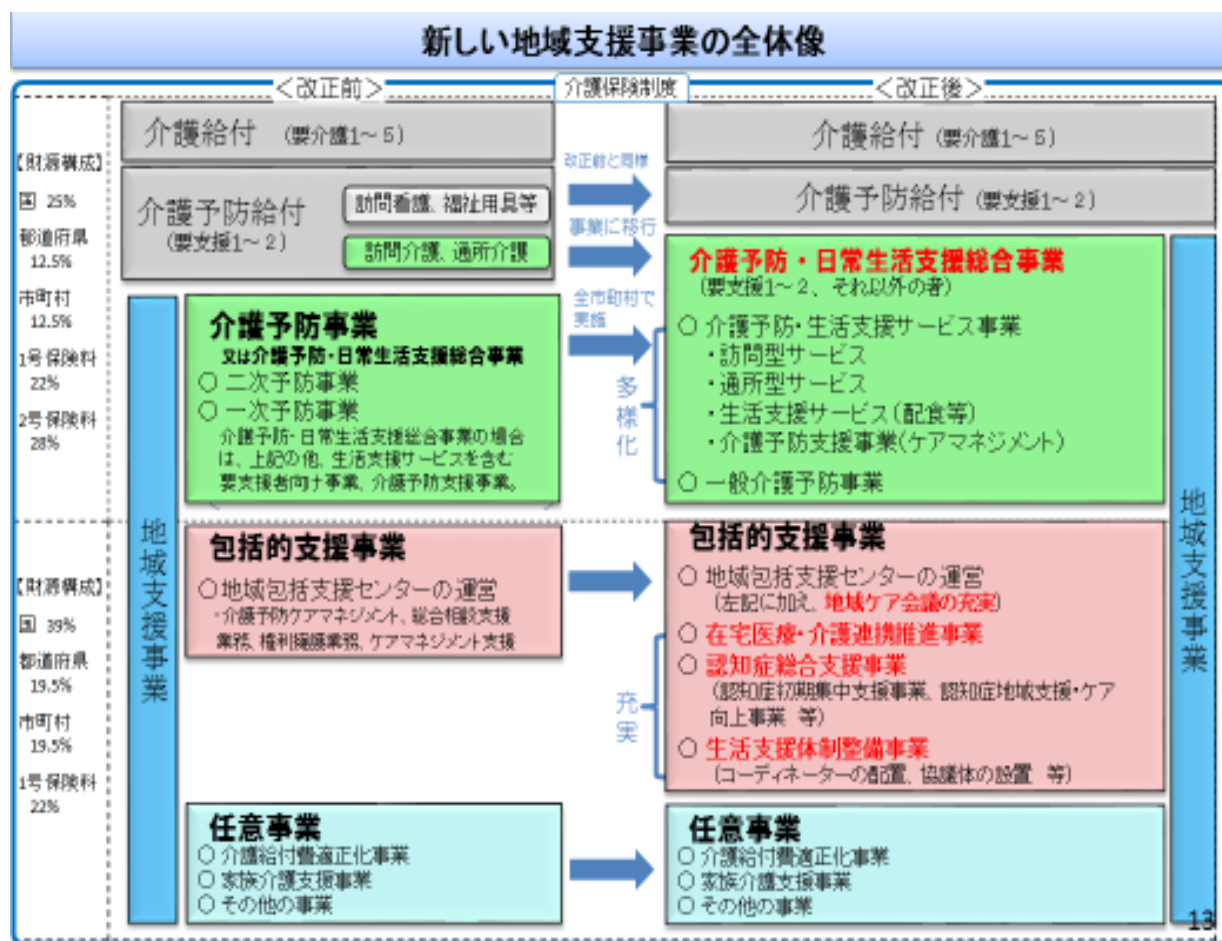
厚生労働省は「総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域で支え合う体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すもの」としています。

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域全体で高齢者を支え、高齢者自身も自らの能力を最大限に活用しつつ、介護予防に取り組むことが大切となっています。

そのため、本市では、平成 28（2016）年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下総合事業とする）を開始し、従来の介護予防訪問介護、介護予防通所介護サービスに加え、多様な担い手による新しいサービスの提供が可能となっています。

2 構成

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とで構成され、65 歳以上の方の介護予防と日常生活の自立を支援することが目的となります。



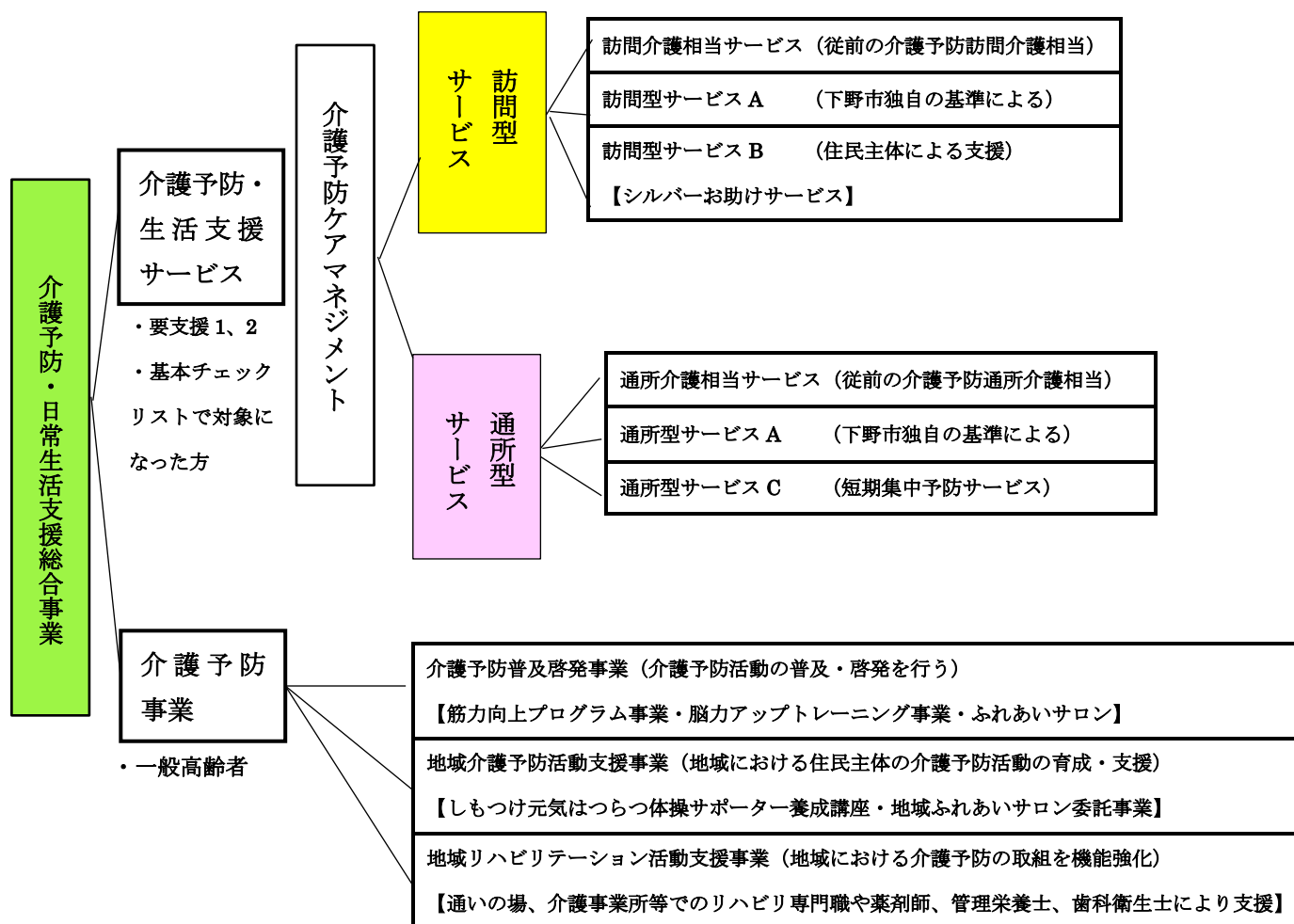
3 下野市高齢者保健福祉計画（第9期）における方向性

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止を推進するため、高齢者が自身のニーズに合ったサービスを適切に利用し、自立した生活を続けられるよう、多職種と連携した地域包括支援センター職員と協働でケアプランの点検や助言等を行うことにより、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

また介護保険制度を持続可能なものとしていく必要性から、NPO や市民等の多様な主体によるサービスを充実させることにより、地域支えあいの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的な支援等を図っていきます。

4 総合事業サービス体系

要支援の認定を受けている方（要支援者）や、基本チェックリストにより要支援者に相当すると判断された方を対象とし、訪問型サービスや通所型サービス等を提供します。サービスの提供にあたっては、従来の介護サービスに加え、地域の担い手等による多様な新しいサービスが加わりました。

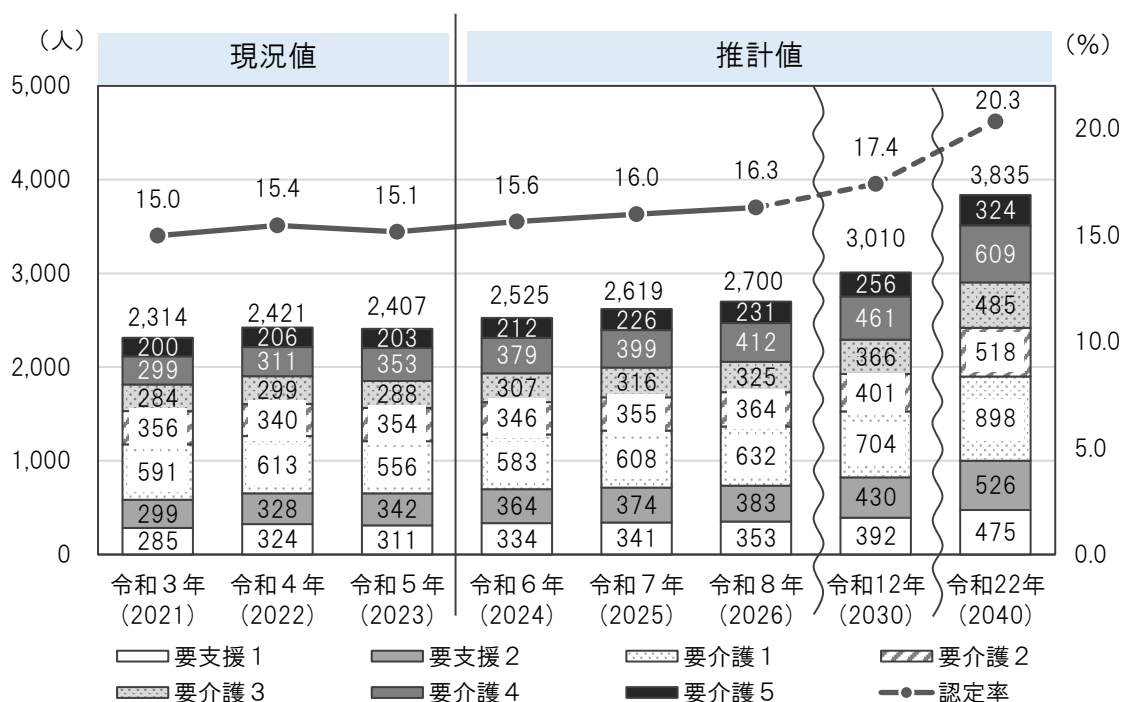


5 総合事業対象者

- 下野市の被保険者（住所地特例適用被保険者を除く）
- 他市町村の被保険者で下野市内の住所地特例対象施設に入所している住所地特例適用被保険者

6 介護認定者の現状と推計（第9期高齢者保健福祉計画より）

○要介護認定者数の推計



	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年	令和8年	伸び率	令和12年	令和22年
認定者数 (第1号のみ)	2,314	2,421	2,407	2,525	2,619	2,700	108.6%	3,010	3,835
要支援1	285	324	311	334	341	353	110.2%	392	475
要支援2	299	328	342	364	374	383	109.3%	430	526
要介護1	591	613	556	583	608	632	109.3%	704	898
要介護2	356	340	354	346	355	364	100.3%	401	518
要介護3	284	299	288	307	316	325	109.7%	366	485
要介護4	299	311	353	379	399	412	112.4%	461	609
要介護5	200	206	203	212	226	231	109.9%	256	324
認定率	15.0	15.4	15.1	15.6	16.0	16.3	105.4%	17.4	20.3

※伸び率：第9期平均値／令和5年の値×100

資料：介護保険保健事業報告状況報告（各年9月報）

※推計認定率は65歳以上推計人口に占める認定者数

令和6年以降の推計値は、厚生労働省「見える化」システムによる推計

7 総合事業の給付実績と見込額（第9期高齢者保健福祉計画より）

○総合事業（訪問型サービス）の給付実績及び見込額

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事業費見込(千円)	16,704	17,042	17,385	15,927	16,131	16,367
事業費実績(千円)	14,751	13,147	15,723			
延べ利用人数(人)	972	840	1,008	1,020	1,044	1,044

※令和5年度は見込み値

○総合事業（通所型サービス）の給付実績及び見込額

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事業費見込(千円)	76,917	79,014	81,131	73,535	74,468	75,551
事業費実績(千円)	65,116	64,541	72,600			
延べ利用人数(人)	2,712	5,592	6,288	6,372	6,456	6,540

※令和5年度は見込み値

○総合事業（通所型サービスC）の給付実績及び見込額【新規】

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事業費見込(千円)		6,800	6,800	819	819	819
事業費実績(千円)		406	546			

※令和5年度は見込み値

○予防ケアマネジメント給付実績及び見込額

区分	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
事業費見込(千円)	10,886	11,283	11,680	11,210	11,574	11,870
事業費実績(千円)	11,023	10,671	10,847			

※令和5年度は見込み値

Ⅱ 訪問型サービス

1 訪問型サービスの類型

	訪問介護相当サービス (従前の介護予防訪問介護相当)	訪問型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)	訪問型サービス B (シルバーお助けサービス)
サービス 提供者	指定事業者(下野市の指定を受けた介護保険サービス事業者)		下野市と委託契約を締結した事業者 (シルバー人材センター)
基準	国の基準の基づく従来の介護予防訪問介護と同様	人員を緩和した基準	要綱に定めたとおり
人員	・管理者※1 常勤・専従1以上 ・訪問介護員等 常勤換算 2.5 以上 【資格要件:介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者 40 人に1以上※2 【資格要件:介護福祉士・実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 ※1:支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能 ※2:一部非常勤職員も可能	・管理者※ 専従1以上 ・従事者 必要数 【資格要件:介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者】 ・訪問事業責任者 従事者のうち必要数 【資格要件:従事者に同じ】 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	・従事者 必要数
設備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品
運営	・個別サービス計画の作成 ・運営規定等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・訪問介護員等の清潔保持・健康状態の管理 ・秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止等の届出と便宜の提供等(現行の基準と同様)	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止等の届出と便宜の提供等	・従事者の清潔保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止等の届出と便宜の提供等

	訪問介護相当サービス (従前の介護予防訪問介護相当)	訪問型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)	訪問型サービス B (シルバーお助けサービス)
対象者	○要支援1・2	○事業対象者 (基本チェックリストに該当した 第1号被保険者) ○要支援1・2	○事業対象者 (基本チェックリストに該当 した第1号被保険者) ○要支援1・2
状態像	○自宅内ではなんとか自力で動け ADL も時間がかかるがほぼ自 立している者 ○立位や歩行が不安定だが座位 保持はできる者 ○身体機能の低下や意欲低下が あり生活援助等に専門職(介護 福祉士等)の支援が必要な者 ○身体介助がアセスメントの結 果、必要と判断された者	○ADL は自立し、IADL においては 援助があることで、日常生活を 営むことができる者 ○近所程度は一人で外出ができ る身体能力を有しているもの の、一人での外出に不安があっ たり、気力低下(うつ等)で閉 じこもりの生活をしている者 ○人とのかわりが少ない者 ○社会参加が難しい者	○認知機能の低下や精 神・知的障がいにより日 常生活に支障がない者 ○近所程度は一人で外出 ができる身体能力有 している者 ○必要とするサービス内 容が単純で明確な者
目的	○介護福祉士等からの専門的な 支援を受けることで、在宅での 生活を安全に継続することがで き、身体機能の悪化を予防する ことができる。	○自分でできることを増やし周囲に関心を持って生活ができる ○「生きがいづくり、出番づくり、役割づくり」など目的意識を持ち 自立した生活をする事ができる	
サービス 内容	訪問介護員による「身体介護」 及び「生活援助」 ※従前の介護予防訪問介護と同 様のサービス 【身体介護】 ○入浴・排泄・食事の介助等 【生活援助】 ○掃除や整理整頓等 ○生活必需品の買い物 ○食事の準備や調理 ○衣類の洗濯や整頓 ○ベッドメイク ○薬の受け取り ※訪問介護におけるサービス行為 ごとの区分等について参照	生活支援員による「自立支援のため の見守りの援助及び生活援助」 ○掃除や整理整頓 ○生活必需品の買い物 ○食事の準備や調理 ○衣類の洗濯や整頓 ○ベッドメイク ○薬の受け取り ○自立支援の為に本人と一緒に 行う家事(調理や掃除、買い物等)	シルバー人材センター登 録者による「生活援助」 ○掃除・ゴミ出し (大掃除を除く) ○洗濯 ○一般的な調理 ○生活必需品の買い物 ○薬の受け取り
サービス 提供姿勢	※自立支援のため、利用者の補助的行為を中心とし、できることは利用者にしてもらう ※状態が改善されたら速やかに緩和型に移行もしくはサービス利用の卒業を目指す		

	訪問介護相当サービス (従前の介護予防訪問介護相当)	訪問型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)	訪問型サービス B (シルバーお助けサービス)
サービス 利用回数	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 ○要支援1⇒週 1 回を目安 ○要支援2⇒週 2 回を目安 ※別紙利用回数表参照	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 ○事業対象者・要支援1⇒週 1 回を目安 ○要支援2⇒週 2 回を目安 ※別紙利用回数表参照	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数
サービス 提供時間	介護予防ケアマネジメント計画に基づく時間 【基準時間:60 分以上】	介護予防ケアマネジメント計画に基づく時間 【基準時間:45 分以上】	介護予防ケアマネジメント計画に基づく時間 【基準時間:60 分未満】
利用者 負担	原則 1 割、一定以上の所得がある場合は、2 割または 3 割	原則 1 割、一定以上の所得がある場合は、2 割または 3 割	原則 1 割、一定以上の所得がある場合は、2 割または 3 割
請求単位	請求コード表のとおり	請求コード表のとおり	要綱のとおり
請求 コード	A 2	A 2	なし
ケアマ ネジメ ント	介護予防ケアマネジメント A	介護予防ケアマネジメント A	介護予防ケアマネジメント B
加算	従前の介護予防訪問介護と同様の加算体制	従前の介護予防訪問介護と同様の加算体制	なし
ケアマ ネジメ ントの 内容検討	半年以上訪問介護予防相当を継続する場合には、極力、 自立支援型地域ケア会議 にて対象者の状態を確認し、自立支援に資するためのサービスの妥当性をはかる。	必要時、自立支援型地域ケア会議にてサービスの妥当性をはかることを可能とする。	

Ⅱ 訪問型サービス

2 訪問型サービス利用者の具体的な状態像

	訪問介護相当サービス (従前の介護予防訪問介護相当)	訪問型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)	訪問型サービス B (シルバーお助けサービス)
具体的な状態像	・(基本動作は自立しているものの)脳梗塞後の片麻痺の後遺があり、入浴時の浴槽の跨ぎ動作に介護福祉士等専門職の介助を要するケース ・(基本動作は自立しているものの)脳機能障害等により調理・掃除・洗濯等の生活動作手順に声掛けや指示が必要なケース ・その他、介護福祉士等専門職が利用者の身体に直接触れて介助を行わなければ生活に支障を来すケース ・歩行動作不安定で転倒リスクが高い、医師より入浴介助の必要性の意見あり等で入浴介助が必要なケース ・福祉用具等を活用することが出来ず、入浴時の動作が安定しないため入浴介助が必要なケース ・ADL は何とか自立しているが、疾病(認知症や心臓、肺、皮膚疾患等)や整形的な問題で、一部分に身体介護が必要なケース(入浴時の一部分の洗身や清拭など) ・認知症や精神疾患、障がいにより専門的な声掛けや助言が必要なケース(認知症や視力聴力障がいがあり、適切な買い物メモが作れないなど)	・薬の受け取り代行が必要なケース(服薬確認を含む) ・重い荷物の買い物があるケース ・掃除機かけは可能だが、かがんでの掃除ができないケース ・調理行為は可能だが、調理前のごしらえが必要なケース ・機能低下により洗濯を干す際に転倒リスクがあるケース ・身体介護以外の生活援助を受けることで自立した日常生活を継続できるケース	・単純な買い物であり、毎週決まったものを購入しているケース ・知的障害が軽度で声掛けや見守りにより生活習慣が改善し、自立した生活継続が見込めるケース ・支援者が固定されず、どの支援者になっても同じ支援内容が提供できるケース ・コミュニケーションに対して特別な配慮(認知症、精神疾患等)を必要としない、簡単な生活援助のみ

Ⅲ 通所型サービス

1 通所型サービス類型

	通所介護相当サービス (従前の介護予防通所介護相当)	通所型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)
サービス 提供者	指定事業者(下野市の指定を受けた介護保険サービス事業者)	
基準	国の基準の基づく従来の介護予防通所介護を準用	人員を緩和した基準
人員	・ 管理者※ 常勤・専従 1 以上 ・ 生活相談員 専従 1 以上 ・ 看護職員 専従 1 以上 ・ 介護職員 ～15 人専従 1 以上 15 人～ 利用者 1 人に専従 0.2 以上 (生活相談員・介護職員の 1 以上は常勤) ・ 機能訓練指導員 1 以上 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。	・ 管理者※ 専従 1 以上 ・ 従事者 ～15 人専従 1 以上 15 人～ 利用者 1 人に必要数 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。
設備	・ 食堂・機能訓練室 (3 m²×利用定員以上) ・ 静養室・相談室・事務室 ・ 消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・ 必要なその他の設備・備品	・ サービスを提供するために必要な場所 (3 m²×利用定員以上) ・ 必要な設備・備品 ・ 消火設備その他の非常災害に必要な設備
運営	・ 個別サービス計画の作成 ・ 運営規程等の説明・同意 ・ 提供拒否の禁止 ・ 従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・ 秘密保持等 ・ 事故発生時の対応 ・ 廃止・休止の届出と便宜の提供等	・ 必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・ 従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・ 従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・ 事故発生時の対応 ・ 廃止・休止の届出と便宜の提供

	通所介護相当サービス (従前の介護予防通所介護相当)	通所型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)
対象者	○要支援1・2	○事業対象者 (基本チェックリストに該当した第1号被保険者) ○要支援1・2
状態像	○自宅内ではどうにか自力で動け ADL もほぼ自立しているが外出時は介助を要する ○身体機能の低下があり機能訓練や生活改善等主に専門職の支援が必要な者 ○意欲低下(うつ等)があり閉じこもりの生活で人との交流がない者	○身体的にはほぼ自立し、近所程度は一人で外出ができる身体機能能力はあるが気力低下(うつ等)で閉じこもりの生活をしている者
目的	○介護福祉士等からの専門的な支援を受けることで、在宅での生活を安全に継続することができる。身体機能の悪化を予防することができる。 ○利用者本人が目的意識を持って身体機能や生活機能向上のための訓練を行うことができる ○集団活動に参加し人との交流を図ることができる	○利用者本人が目的意識を持った上で、生活機能向上のための訓練を行うことができる ○自分でできることを増やし周囲に関心を持って生活することができる ○「生きがいづくり、出番づくり、役割づくり」など目的意識を持ち自立した生活ができる ○集団活動に参加し人との交流を図ることができる
サービス内容	<u>○入浴・排泄・食事等の身体介助を要するサービス</u> ○従前の通所介護と同様のサービス身体的機能や生活機能向上のための機能訓練 ※入浴・排泄・食事に介助を要する	<u>○入浴・排泄・食事等の身体介助を行わないサービス</u> ○利用者の日常生活(利用者の有する能力に応じた調理、洗濯、掃除等の業務の補助行為)やレクリエーション、行事を通じて生活機能の向上を図るもの ※入浴・排泄・食事等に介助を要しない
サービス提供姿勢	※自立支援のため、利用者の補助的行為を中心とし、できることは利用者にしてもらう ※状態が改善されたら速やかに緩和型に移行もしくはサービス利用の卒業を目指す	
送迎	送迎を要する	送迎を要する
サービス利用回数	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 ○要支援1⇒週1回を目安 ○要支援2⇒週2回を目安 ※別紙利用回数表参照	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 ○事業対象者・要支援1⇒週1回 ○要支援2⇒週2回 ※別紙利用回数表参照
サービス提供時間	介護予防ケアマネジメント計画に基づく時間 3以上8時間程度	介護予防ケアマネジメント計画に基づく時間 3以上8時間程度

	通所介護相当サービス (従前の介護予防通所介護相当)	通所型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)
利用者負担	原則 1 割、 一定以上の所得がある場合は、2 割または 3 割	原則 1 割、 一定以上の所得がある場合は、2 割または 3 割
請求単位	請求コード表のとおり	請求コード表のとおり
請求コード	A6	A6
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント A	介護予防ケアマネジメント A
加算	従前の介護予防通所介護と同様の加算体制	従前の介護予防通所介護と同様の加算体制
限度額管理	限度額管理の対象。 国保連で管理。 チェックリスト該当者は、要支援 1 の限度額を目安とする。	限度額管理の対象。 国保連で管理。 チェックリスト該当者は、要支援 1 の限度額を目安とする。
ケアマネジメントの内容検討	半年以上通所介護予防相当を継続する場合には、極力、 自立支援型地域ケア会議 にて対象者の状態を確認し、自立支援に資するためのサービスの妥当性をはかる。	必要時、自立支援型地域ケア会議にてサービスの妥当性をはかることを可能とする。

Ⅲ 通所型サービス

2 通所型サービス利用者の具体的な状態像

	通所介護相当サービス (従前の介護予防通所介護相当)	通所型サービス A (下野市独自の基準による基準緩和型)
状態像	・自宅内ではどうにか自力で動け ADL もほぼ自立しているが外出時は介助を要するケース ・身体機能の低下があり機能訓練や生活改善等主に専門職の支援が必要なケース ・意欲低下(うつ等)があり閉じこもりの生活で人との交流がないケース ・(基本動作は自立しているものの)脳梗塞後の片麻痺の後遺のため、自宅での入浴に不安があり、更衣や入浴時の浴槽の跨ぎ動作に介護員による介助を要するケース ・その他、介護福祉士等専門職が利用者の身体に直接触れて介助を行わなければ生活に支障を来すケース ・主治医意見書または医師から「医療的配慮により入浴・排泄等に身体介助が必要との意見あり」「福祉用具を活用しても入浴時の動作が安定しないため転倒リスクがあり介助が必要」「浴室がないため大衆浴場を利用していたが、身体機能の低下により利用困難となった」ケース ・ADL は何とか自立しているが、疾病(認知症や心臓、肺、皮膚疾患等)や整形的な問題で、一部分に身体介護が必要なケース(入浴時の一部分の洗身や清拭など) ・認知症や精神疾患、障がいにより専門的な声掛けや助言が必要なケース(認知症や視力聴力障がいがあり、適切にレクリエーションの参加や運動が出来ないなど)	・身体的にはほぼ自立し、近所程度は一人で外出ができる身体機能能力はあるが気力低下(うつ等)で閉じこもりの生活をしているケース ・日常生活動作は自立しているが、外出の機会なく閉じこもり気味の生活をしているケース(1日型) ・転倒予防のための運動機能訓練を重点的に行いたいケース(短時間型) ・入浴・排泄等に身体介助を要しないケース

Ⅳ 介護予防ケアマネジメントについて（下野市ケアマネジメント基本指針より）

1 法の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」「自立支援」であります。（介護保険法第1条）
保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められています。（同法第2条第2項）それとともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり（同法第2条第3項）、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものです。

※介護保険法第1章総則第1条(目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき**介護保険制度を設け**、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

※介護保険法第1章総則第2条（介護保険）第2項

前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに**、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

※介護保険法第1章総則第2条（介護保険）第3項

第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、**被保険者の選択に基づき**、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

2 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ができる限り防ぐ」「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れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものであります。

新しい総合事業においては、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、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らか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のではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生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など、「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。

このことから、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、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上で、その達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

3 介護予防ケアマネジメントにおける留意点

- 介護予防ケアマネジメントは、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を行うことができるように配慮して行われるものでなければなりません。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないように、公正中立に行わなければなりません。
- 介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

【参考】居宅介護ケアマネジメントにおける留意点

- 居宅介護ケアマネジメントは、要介護状態となった場合においてもその利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を行うことができるように配慮して行われるものでなければなりません。
- 居宅介護ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 居宅介護ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないように、公正中立に行わなければなりません。
- 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

4 ケアマネジメントの質の向上への取り組み

ケアマネジメントの質の向上を達成するため、ケアマネジャー等及び市は相互の協力のもと、以下について取り組みます。

- (1) ケアマネジャー等は、ケアプランの自己点検を実施し、自立支援の視点でケアマネジメントプロセスの再認識を行うとともに、ケアマネジメントに関する研修会等を通じて、自身の資質の向上に努めます。また、多職種との連携・協働への積極的な取り組みにより、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
- (2) 市はケアプランの点検、給付実績の活用、縦覧点検等の実施、ケアマネジャー等に対する研修会、制度変更時の情報提供等あらゆる機会を通じてケアマネジャー等への支援を行うとともに、自立支援型地域ケア会議（予定）の開催などにより、ケアマネジャー等と多職種との連携・協働体制を構築します。

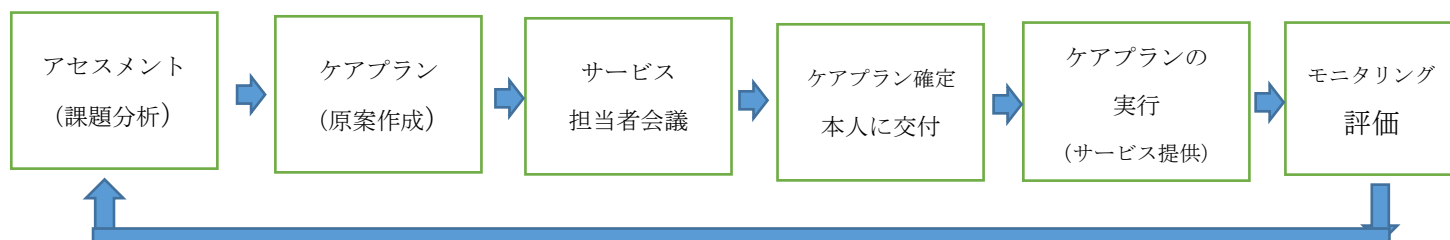
5 実施主体（実施担当者）

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が実施します。

6 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においては、高齢者の自立支援を考えながら、利用者と、目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められる。

（参考）ケアマネジメントのプロセス



予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の類型とします。

類型	①ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)	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)	③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)
対象事業	・訪問介護相当サービス (従前の介護予防訪問介護相当) ・訪問型サービスA (基準緩和型) ・通所介護相当サービス (従前の介護予防通所介護相当) ・通所型サービスA (基準緩和型) ・通所型サービスC (短期集中筋力トレーニング事業)	・訪問型サービスB (シルバーお助けサービス)	
ケアマネ	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	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	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
プロセス	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】 ⇒サービス利用開始 ⇒モニタリング【給付管理】 (3 か月に 1 回)	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】 ⇒サービス利用開始 ⇒(モニタリング) (6 か月を目安に実施)	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 ⇒利用サービス提供者等へ の説明・送付 ⇒サービス利用開始

() 内は、必要に応じて実施

※利用サービスによるケアプランの種類

- ・ 予防給付のみの利用者 ⇒ 「介護予防サービス支援」
- ・ 予防給付と総合事業の利用者 ⇒ 「介護予防サービス支援」
- ・ 総合事業のみの利用者 ⇒ 「介護予防ケアマネジメント」

7 介護予防ケアマネジメント実施手順 (老振発 0605 第1号：H27.6.5 を参考とする)

(1) 介護予防ケアマネジメント対象要件の確認

○介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援または事業対象者※として市町村に登録されているか確認してください。

※事業対象者とは、「基本チェックリスト」を実施し事業対象者に該当する基準を満たした方。(第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態になるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う)

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- 地域包括支援センターの運営基準を説明し、利用者の同意を得る。(契約)
- 市へ介護予防ケアマネジメント依頼届出の提出

(3) アセスメント

- 利用者の自宅に訪問して本人(家族を含む)との面接による聞き取り等を通じて行う。
- 解決すべき生活課題(ニーズ)と可能性を把握
- 心身機能の低下の背景・要因を分析
- 生活上の支障・要望などに関する情報を収集
- 利用者の置かれている状況の把握

【アセスメントに使用する書式】

- ・利用者基本情報
- ・基本チェックリスト
- ・興味・関心シート
- ・市独自の調査票(口腔・栄養など)

※課題整理総括表も参考とする

(4) ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

- 総合的な援助方針、目標(達成時期等)を設定
(介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例を参考とする)
出典：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン
- 目標達成のために必要な支援、サービス種別、回数等を設定
- 実施期間、モニタリングの実施間隔等

(5) サービス担当者会議※ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く

- ケアプラン原案に関して各サービス提供事業者から専門的な視点で検討調整、認識を共有(多職種協働)し、利用者への説明・同意を得てプラン決定

(6) 利用者への説明・同意

(7) ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- 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。

(8) サービス利用開始

(9) モニタリング

（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、利用者の状況に著しい変化があったときは、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。
- 訪問での面接を実施しない月は、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に面接するように努めるとともに、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。

（ケアマネジメントB）

- サービス開始から6か月を目安に利用者宅を訪問して面接をする。またサービスを継続して利用している場合は、6か月ごとにモニタリングを行う。
- 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。
- 利用者の状況変化があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへの情報が入る体制を作っておくようにする。

(10) 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进行评估し、利用者と共有しながら、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。

V その他

1 介護報酬請求について

(1) 月途中のサービス開始・終了、区変・サービス変更時の報酬について

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(独自) ・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
	開始 ・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
	終了 ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(事業対象者→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 ・利用者との契約解除 ・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) ・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) ・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) ・公費適用の有効期間終了	変更日
		契約解除日
		(廃止・満了日)(開始日)
		契約解除日
		入居日の前日
		サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
		入所日の前日
		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。	-

R3.3.31 厚労省「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」

1 介護報酬改定関係資料 資料9「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」参照

2 住所地特例者に対する総合事業の実施について

(1) 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」）が行うしくみとされ、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。
- ・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」）が実施することとなっていますので、認定申請は保険者市町村へ行う必要があります。

3 サービス事業所を利用する場合の留意事項

(1) 下野市の指定の有無

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、下野市の被保険者が総合事業事業所を利用するためには、当該事業所が、下野市の総合事業事業所の指定を受けている必要があります。

(2) 介護報酬について

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毎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があります。

必ず、下野市のサービスコードを確認してください。

【参考】総合事業における実施主体について

	保険者	総合事業の実施者	介護予防 ケアマネジメント	報酬基準
下野市の住所地特例者	下野市	施設所在市町村	施設所在地の 包括支援センター	施設所在市町村 基準
下野市の被保険者 （住所地特例者を除く）	下野市	下野市	下野市の 包括支援センター	下野市基準
他市町の住所地特例者	転居前の 市町村			

4 下野市総合事業事業所申請手続きについて

(1) 新規指定申請

- ・ 指定は毎月 1 回、1 日付で行います。
- ・ 新規指定を希望される場合は、遅くとも事業開始予定日の前々月末（土日祝日等の閉庁日を除く）までに申請を行ってください。

例) 3 月 31 日に受理→5 月 1 日指定

(2) 変更の届出

- ・ 申請内容に変更があった場合は、10 日以内に「変更届出書」を提出してください。
※届出期限は変更から 10 日以内ですが、適正な事業運営を確保する観点より以下を変更する場合は事前に相談願います。
- ・ 事業所の名称及び所在地
- ・ 事業所の建物の構造 ※通所型サービスのみ
- ・ 利用者の定員数 ※通所型サービスのみ

(3) 更新申請

- ・ 6 年ごとに指定の更新が必要になります。
- ・ 遅くとも指定有効終了年月日の前月末（土日祝日などの閉庁日を除く）までに申請を行ってください。

例) 指定有効終了年月日：○年 3 月 31 日までの場合→2 月末日に受理

→4 月 1 日から指定更新

(4) 廃止・休止・再開の届出

- ・ 事業所を廃止・休止する場合は、1 ヶ月前までに「廃止届出書」「休止届出書」を提出してください。
- ・ 休止した事業所を再開する場合は、10 日以内に「再開届出書」を提出してください。

(5) 提出書類

- ・ HP の「下野市総合事業様式」を参照してください。

補足資料

総合事業の利用基準について

1. 訪問型サービス

【現行】(R4.3.31 まで)

	訪問介護相当サービス			緩和した基準による訪問型サービス		
	週 1 回程度	週 2 回程度	週 2 回超	週 1 回程度	週 2 回程度	週 2 回超
事業対象者	○	○	○	○	○	○
要支援 1	○	○		○	○	
要支援 2	○	○	○	○	○	○

【変更後】(R4.4.1～：移行期間 R4.4.1～R4.9.30)

	訪問介護相当サービス			緩和した基準による訪問型サービス		
	週 1 回程度	週 2 回程度	週 2 回超	週 1 回程度	週 2 回程度	週 2 回超
事業対象者				○		
要支援 1	△	△		○	△	
要支援 2	△	△	△	○	○	△

※ △：アセスメントの結果、サービスの利用が自立支援の目標のために必要であると判断した場合に利用可能とする。

※ △：利用期間が半年以上にわたる場合は、極力、自立支援型地域ケア会議にはかりサービス利用の適正について確認する。

2. 通所型サービス

【現行】(R4.3.31 まで)

	通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス	
	週 1 回相当	週 2 回相当	週 1 回程度	週 2 回程度
事業対象者	○	○	○	○
要支援 1	○		○	
要支援 2		○		○

【変更後】(R4.4.1～：移行期間 R4.4.1～R4.9.30)

	通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス	
	週 1 回相当	週 2 回相当	週 1 回程度	週 2 回程度
事業対象者			○	
要支援 1	△		○	
要支援 2		△		○

※ △：アセスメントの結果、サービスの利用が自立支援の目標のために必要であると判断した場合に利用可能とする。

※ △：利用期間が半年以上にわたる場合は、極力、自立支援型地域ケア会議にはかりサービス利用の適正について確認する。

介護予防ケアマネジメントアセスメントシート 記入日：令和 年 月 日

【 口腔 】（※基本チェックリスト以外の項目）

名前：_____

	自分の歯はありますか？	はい ・ いいえ
	歯が抜けたまま治療をしていない、入れ歯をしていない所はありますか？	はい ・ いいえ
	入れ歯は使っていますか？	はい(上 ・ 下 ・ 上下) ・ いいえ
	入れ歯の使用具合はいかがですか？	合っている ・ ゆるい ・ 合わない
	さきいか・たくあん位の堅さの食べ物を噛むことができますか？	はい ・ いいえ
	1日に何回歯をみがきますか？	回
	かかりつけ歯科はありますか？	はい ・ いいえ
	1年に1回以上歯医者に行きますか？	はい ・ いいえ
	最終歯科受診	年 月 頃
	(基本チェックリストの 13(咀嚼力低下)、14(嚥下力低下)、15(口腔乾燥)に該当している場合) 理由は把握できていますか？（体力低下(原因)、疾病悪化等）	はい ・ いいえ

【 食事 】（※基本チェックリスト以外の項目）

	1日3食食べていますか？	はい ・ いいえ
	規則正しく時間を決めて食べていますか？	はい ・ いいえ
	食事は誰と食べていますか？	1人 ・ 家族 ・ その他()
	買い物や調理を担当している方は誰ですか？	本人 ・ 家族() ・ その他()
	たんぱく質の食品が毎食1品以上ありますか？	はい ・ いいえ
	間食はどのようなものを食べていますか？	
	汁物・麺類が1日2回以上ありますか？	はい ・ いいえ
	漬物・佃煮類が1日2回以上ありますか？	はい ・ いいえ
	(基本チェックリストの 11(体重減少)、12(やせ)に該当している場合) 理由は把握できていますか？ (食欲不振(原因)、疾病の悪化、準備される量が少ない等)	はい ・ いいえ

【 エコマップ作成 】

エコマップとは

要支援者を中心としてその周辺にある社会資源(家族、きょうだい、友人、近隣住民、各種介護関連機関など)との相関関係をネットワークとして表現したものです。

『可視化してみましょう』

【 この独自シートの活用方法について 】

【 口腔 】

総合的に支援するための視点にもなります。ご活用いただき何かありましたら、市の管理栄養士・歯科衛生士にご相談ください

歯の状況だけでなく、“舌・口唇・頬など”口腔の働きに衰えがあると、食事摂取・会話・表情も含めたADLへの影響があります。口腔の変化は食べにくさ・話しにくい等顕著に表れますので、聞き取りをしましょう。

食事摂取や嚥下状況の確認をすることは、誤嚥や肺炎のリスクを予防と共に、低栄養による体力低下予防にもつながります。摂取時の姿勢なども影響しますので確認しましょう。

【 栄養 】

体調、嗜好の変化、環境等によって粗食になると、低栄養になって体力低下につながります。食事を何回、誰と食べるか、誰が準備しているかも影響しますので、確認しましょう。

内容(食事メニュー、嗜好品等)も確認することで、病気の悪化に影響するような偏った食事をしているかを把握することができます。

汁物、麺類、漬物、佃煮は、塩分の摂り過ぎにつながります。特に高血圧・腎臓病等で塩分制限のある方は注意が必要です。やせや体重が減ってきている場合は、原因を探って支援につなげられると良いでしょう。

(身長、体重、血圧、血液検査データ(HbA1c 等)を確認しましょう)

【 エコマップ 】

本人・家族の生活歴を聞くことで、元々その人がどのような生活を送ってきたのか、価値観等が把握でき興味関心のヒントにもつながります。