

都城市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

令和6年4月作成

介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（令和4年6月27日老発0627第7号）を基に作成しています。

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者、及び基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」のいずれかに該当した者（以下、「事業対象者」という。）に対して、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、その他状況に応じて、その選択に基づき、介護予防・生活支援サービス事業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です。

ケアマネジメントの内容には、介護予防・生活支援サービス事業のほか、一般介護予防事業やセルフケア、家族や地域住民による支援、地域の団体等が提供するインフォーマルサービスも含まれます。

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）		
対象者	目的	支援の方法
事業対象者	日常生活支援 （自立支援） ＋ 介護予防	<u>セルフケア</u>
要支援認定者		<u>インフォーマルサービス</u> 家族の支援・自主活動 地域の集まりなど <u>フォーマルサービス</u> 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 任意事業 保健福祉事業

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

○介護予防ケアマネジメントは、次の目的の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す。

【目的】

「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと」

「要支援状態になってもその悪化をできる限り防ぐこと」

○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、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況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、高齢者一人ひとり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です。

○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も重要です。

○このようなことから、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。

○都城市では、介護予防ケアマネジメントは介護予防支援と同様、「自立支援型ケアマネジメント」を推進しています。自立支援とは、単に介護保険サービスからの卒業を目指すものではなく、利用者本人が抱える生活課題を解決し、できる限り自立した生活を送れるように支援することです。介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、「都城市自立支援型ケアプラン作成の手引き」及び「都城市自立支援型地域ケア会議様式活用の手引き【サービス事業所向け】」も参照しながら実施してください。

3 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は、地域包括支援センターにおいて、保健師、社会福祉士、（主任）介護支援専門員、経験ある看護師等が実施します。

○地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託する場合は以下のような実施体制が考えられます。（地域支援事業実施要綱記載事項）

- 1）居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、（1クール終了後の）ケアプランの継続、・変更の時点以後は、居宅介護支援事業所が行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。
- 2）居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

4 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、以下の3つの類型に分けて行います。

- ① ケアマネジメント A（介護予防支援に相当する介護予防ケアマネジメントをいう。）
- ② ケアマネジメント B（緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、サービス担当者会議等を省略したものをいう。）
- ③ ケアマネジメント C（緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービス利用開始時のみ行われるものをいう。）

5 介護予防ケアマネジメントの支援の流れ

	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
サービスの種類	・指定相当訪問型サービス ・指定相当通所介護型サービス ・指定相当訪問型サービスと元気アップデイサービスの併用 ・指定相当通所介護サービスと生活おたすけサービスの併用 ・複合型短期集中予防サービス ・通所型短期集中予防サービスと生活おたすけサービス ・訪問型短期集中予防サービスと元気アップデイサービス	・元気アップデイサービス ・元気アップデイサービスと生活おたすけサービスの併用	・生活おたすけサービス
アセスメント	・利用者宅を訪問し、生活状況、現病歴等の基本情報の聞き取りを行う。 ・利用者の自立支援を考えながら、アセスメントにより課題を抽出し、利用者の望む生活（目標）、介護予防に対する意欲、総合的課題をつかむ。	ケアマネジメント A と同様	ケアマネジメント A と同様
介護予防サービス・支援計画書原案作成	・介護予防サービス・支援計画書原案を作成。その他のサービス事業と併用の場合は、その内容等を記載する。	ケアマネジメント A と同様	不要 実態把握票を作成する。
サービス担当者会議の開催	・介護予防サービス・支援計画書原案の内容について専門的な見地から意見を求める。 ・利用者、提供事業所と目的を共有し、3月後の生活や見通しまで検討しておく。	省略可能	不要
利用者への説明・同意	・利用者又はその家族に説明し、文書により同意を得る。	ケアマネジメント A と同様	ケアマネジメント A と同様

介護予防サービス・支援計画書の交付	・同意を得た介護予防サービス・支援計画書を利用者及びサービス担当者に交付する。	ケアマネジメント A と同様	実態把握票別紙（介護予防ケアマネジメント C）を利用者及び社会福祉協議会に交付する。
サービス利用開始			
モニタリング	・少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回、利用者に面接すること。 ・面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間について、少なくとも連続する2期間（6月）に1回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。 1. テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。 2. サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。 （1）利用者の心身の状況が安定していること。 （2）利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。 （3）テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス提供	・概ね6月ごと又利用者の状況に著しく変化があった場合実施。	不要 （ただし、必要に応じて利用者の状況や実施状況の確認を行う）

	事業者から提供を受けること。 ・サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。 ・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など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に当たっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。 ・1月に1回、モニタリングの結果を記録する。		
--	--	--	--

6 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっての留意事項

○介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、サービス内容について利用者が十分に理解し、納得する必要があります。そのため、地域包括支援センターは利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、以下の点に留意してサービスを提供することが重要です。

- ・専門的な視点からサービスを検討、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていることを説明すること
- ・提供されるサービスにより、どのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得ること

○総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはなりません。そのため、目標は達成可能で、本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があるため、以下の点を踏まえてケアプランを作成してください。また、設定された目標はサービス提供者と共有し、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければなりません。

① かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと。

※興味・関心チェックシート等を活用する

② それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できること（が望ましい）

7 その他の留意事項

○随時更新している都城市の「総合事業 Q&A」も参照してください。

○並行して要介護認定の申請をしている場合は、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。

○住所地特例者、または、やむを得ず住所を変更せず居住地を変更されている方の介護予防ケアマネジメントの取扱いについては注意が必要です。住民票の所在を確認したうえで実施してください。また、事業所の指定など、遡っての申請が困難な場合もあります。次の表を参照のうえ、事務に遺漏のないよう留意してください。

※住所地特例とは、他市町村の施設に入所等をして施設所在地に住所を変更した場合に、施設所在地の市町村ではなく、施設に入所する前の住所地市町村が保険者となる制度です。（やむを得ず住所を居住地である施設に変更しない場合は該当しませんが、まずは居住地に住所を変更することが求められます。）

① 利用者が住所地特例者の場合

住所地特例者に対する介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、施設所在市町村が指定した地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）が行います。都城市にある施設に入居した場合は、都城市の地域包括支援センターが支援を行います。

	都城市が保険者の住所地特例者 ※他市町村に居住する住所地特例者	他市町村が保険者の住所地特例者 ※都城市に居住する住所地特例者
パターン	都城市から他市町村の住所地特例対象施設へ入居し、住所を施設に変更	他市町村から都城市の住所地特例対象施設へ入居し、住所を施設に変更
被保険者証の発行	都城市	他市町村
介護予防ケアマネジメント	他市町村の地域包括支援センター等	都城市の地域包括支援センター等
利用できるサービス	他市町村のサービス	都城市のサービス
事業所指定	他市町村	都城市

② 利用者が住所地特例者ではない場合

都城市以外に住所のある方が（他市町村が保険者）都城市の総合事業を利用する場合、もしくは、都城市の被保険者が住所を変更せず他市町村で総合事業を利用する場合、介護予防ケアマネジメントは保険者の包括支援センターが実施します。また、対象者が利用する事業所は対象者が住所を有する市町村から事業所の指定を受ける必要があります。

	都城市が保険者、他市町村の総合事業を利用する場合	他市町村が保険者、都城市の総合事業を利用する場合
パターン	他市町村の親族宅などに居住し、他市町村の総合事業を利用する ※住民票は都城市	都城市の親族宅等に居住し、都城市の総合事業を利用する ※住民票は他市町村
被保険者証の発行	都城市	他市町村
介護予防ケアマネジメント	都城市の地域包括支援センター等	他市町村の地域包括支援センター等
利用できるサービス	都城市のサービス	他市町村のサービス
事業所指定	都城市	他市町村

8 報酬（単価、加算）、支払

（１）ケアマネジメントの単価（令和３年４月以降）

区分	算定回数等	単価 (消費税及び地方消費税相当額を含む。)
介護予防ケアマネジメントＡ	１件／１月あたり	４,４２０円
介護予防ケアマネジメントＢ		２,２１０円
介護予防ケアマネジメントＣ		３,６８０円
介護予防ケアＡ初回加算		３,０００円
介護予防ケアＢ初回加算		１,４７０円
介護予防ケアＡ委託連携加算	１件／１月あたり 初回１月のみ	３,０００円
複合型短期集中予防サービス連携加算	１件／１月あたり 利用開始３ヶ月間のみ	３,０００円

※介護予防ケアＡ委託連携加算は、介護予防支援の委託連携加算の取扱いに準じます。

【介護予防ケアマネジメントＡにおける複合型短期集中予防サービス連携加算について】

加算の概要	複合型短期集中予防サービスを活用するにあたり、利用者、サービス提供事業所、いきいき長寿課との適切な情報連携等を評価するもの
単位数	複合型短期集中予防サービス利用開始月から３ヶ月間のみ（１クールのみ）
期待する効果	複合型短期集中予防サービスの積極的な活用及び利用者への積極的な支援

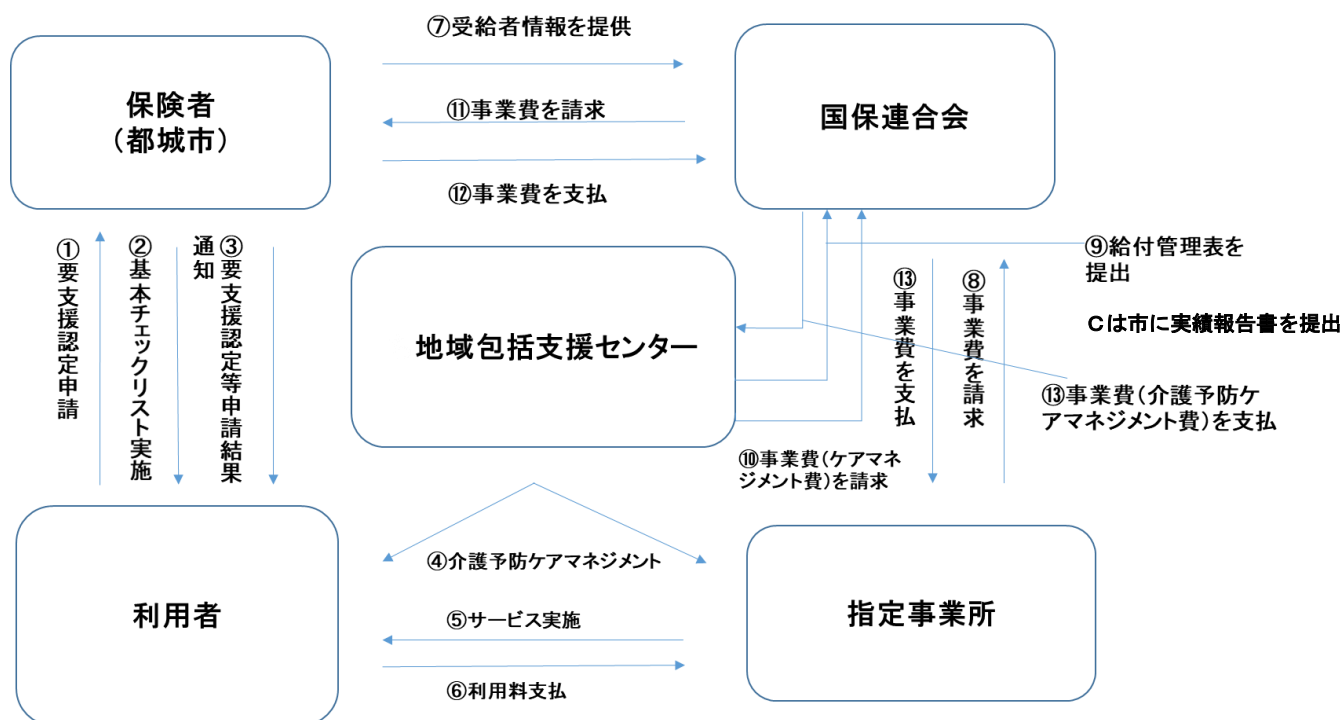
（２）ケアマネジメント区分支給限度額

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費	支給限度額
事業対象者	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	５,０３２単位
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・サービス事業		
	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	
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・サービス事業		
	サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

(3) 請求・支払

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求は地域包括支援センターから国保連合会へ行い、委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告・請求を行います。

ただし、他県保険者の住所地特例者の介護予防ケアマネジメント費については、国保連合会を通じての請求はできません。業務実施月の翌月15日までに、業務実施報告書及び請求書を介護保険課へ提出してください。（介護予防ケアマネジメント業務委託契約書第9条及び第10条参照）



請求パターン	加算	請求	備考
ケアマネジメントA	介護予防ケアA初回加算	介護予防ケアマネジメントAで毎月	※サービスを休止した場合、過去2か月間ケアマネジメントが算定されておらず、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合は、介護予防ケアA初回加算を算定できる。
	介護予防ケア委託連携加算	利用者一人につき指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限る	
	複合型短期集中予防サービス連携加算	利用者一人につき利用開始から3ヶ月間	
ケアマネジメントA+B	※後から利用開始した分のサービス初回加算の請求はできない。 ※同時にサービスを開始した場合は、ケアマネジメントA初回加算	介護予防ケアマネジメントAで毎月	
ケアマネジメントB	介護予防ケアB初回加算	介護予防ケアマネジメントBで毎月	
ケアマネジメントB+C	※生活おたすけサービス提供開始月から2か月以上経った人が、元気アップを新たに追加した場合、介護予防ケアB初回加算	介護予防ケアマネジメントBで毎月	
ケアマネジメントC	なし	介護予防ケアマネジメントCで初回のみ	※過去2か月間ケアマネジメントが算定されていない場合、請求できる

ケアマネジメントA+C	※過去2か月間ケアマネジメントが算定されていない場合、介護予防ケアA初回加算	介護予防ケアマネジメントAで毎月	
-------------	--	------------------	--