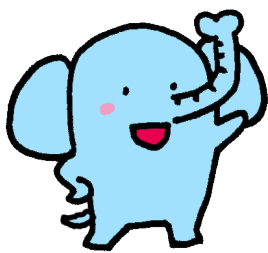


大竹市の介護予防・日常生活支援総合事業に伴う  
介護予防ケアマネジメント マニュアル



平成30年6月



大竹市健康福祉部地域介護課

## 目次

《はじめに》	3
第1 介護予防・日常生活支援総合事業	
1 大竹市が実施する総合事業	5
2 介護予防ケアマネジメントの考え方	6
3 介護予防ケアマネジメントの類型	7
表1 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費	10
表2 総合事業における介護予防ケアマネジメント類型と 利用サービスの例	11
4 総合事業の流れ	12
表3 基本チェックリストの実施対象者と要介護（要支援） 認定申請書提出対象者	13
第2 相談受付からケアマネジメント・サービス利用	
1 事業対象者の要件	14
表4 事業対象者に該当する基準	15
表5 基本チェックリストについての考え方	16
2 聞き取りと説明	18
3 基本チェックリストの活用・実施	19
表6 介護予防ケアマネジメント依頼書の届け出有無	20
表7 事業対象者の有効期間	21
事例	21
4 介護予防ケアマネジメントの実施	24
5 訪問からモニタリング・評価	25
6 請求・利用限度額管理	29
表8 大竹市における支給限度額	29
表9 指定のサービスコード	29
表10 訪問型サービス（従前相当）	30
表11 訪問型サービスA	30
表12 通所型サービス（従前相当）	30
表13 通所型サービスA	31
表14 介護予防ケアマネジメント費のサービスコード等について	31

## 《はじめに》

総合事業が開始され「給付」によるサービスに「事業」によるサービスが加わりました。混乱することなく、利用者に適したサービスが円滑に開始できるように、「ケアマネジメント」に至るまでの道筋を整理するためのものとなるようこのマニュアルが育っていけばと考えています。

「通所介護」「訪問介護」の利用について、総合事業開始前よりもハードルは低くなっています。簡単に使えるからと安易な方向に流れるのではなく、利用者像をしっかりととらえて、利用者の機会の公平性や適切な運用を確保していく姿勢が問われます。

### 介護予防の基本的な考え方

介護保険法では基本理念である「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（第1条）」こと。

そのために、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。（第4条）」となっています。

また、健康増進法では「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない（第2条）」とあることから、市としては、「自らの健康状態を自覚するとともに」「介護状態となることを予防すること」「その有する能力の維持向上に努めること」が必要不可欠であると考えています。

## 自立支援の考え方

高齢者の自立支援は、難しくなっている生活行為を明らかにし、高齢者の有する能力を引き出しながら、可能な限り元の状態に近づけることと考えます。住み慣れた地域でいきいきと暮らすためには、「本人ができることはできる限り自分で行う」ことが基本です。利用者の生活機能の向上に対する意欲を引出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるよう、本人及び周辺の情報を把握し、日常生活における行為について具体的な目標をたて、セルフケア、インフォーマルサービス、介護保険サービス等を可視化して社会参加による『役割や生きがい』を働きかけにより、「できることはできるだけ自分で行う。」という行動変容を促す必要があります。

介護予防の考え方を説明し、介護保険サービスに依存しない上手な付き合い方へ導いてください。例えば本人は単に買物に行くことができないため困っていると感じている場合でも、専門家はバランスのとれた食生活や閉じこもりの問題に焦点を当てるように、本人や家族に生活機能を低下させている行為やその関連性に気づいてもらうことが大切です。特にADL、IADLでは、本人の能力（できること）と実施状況（していること）、できそうだがやってないことを分け、単にヘルパーが買物を手伝う援助ではなく、再度買物ができるようにするための支援であり、**支援し続けるのではなく、終点を決めた取組**であってほしいと思います。

本人の生活の意向に合わせ、本人が積極的かつ主体的に改善点を考える等自立への意欲を引き出すような達成可能な目標を共に探し、成功体験を積み重ねることが大切です。また、意欲の醸成、課題の解決には地域ケア会議や、サービス担当者会議で各専門職種からの意見やアドバイスが非常に有効です。連携を図り、チームで支援していきましょう。

# 第1 介護予防・日常生活支援総合事業

## 1 大竹市が実施する総合事業

### (1) 訪問型サービス（第1号訪問事業）

○従前相当サービス

○訪問型サービスA

※旧介護予防訪問介護の生活援助と同等とする。

### (2) 通所型サービス（第1号通所事業）

○従前相当サービス

○通所型サービスA

※入浴サービスを提供しないこと以外は、従前相当と同様とする。

○通所型サービスC（通所開始時は原則Cを利用すること。）

### (3) その他生活支援サービス

○ボランティアによる見守り事業（みまもりタグ事業）

### (4) 介護予防支援事業

○ケアマネジメント

○ケアマネジメントC

※通所型サービスC利用者用

### (5) 一般介護予防事業

○介護予防普及啓発事業

元気はつらつ教室

サントピア，おがたピア

公民館事業（カラダがよろこぶ健康講座）

栄公民館，玖波公民館，大竹会館（アゼリアホール）

大竹市老人クラブ連合会の運動会支援（委託事業）

○地域介護予防活動支援事業

住民主体による集いの場

いきいき百歳体操

※住民をつなぐ場合は、地域支援係へ連絡をすること。

○地域リハビリテーション活動支援事業

地域サロン等講師派遣事業（市内30団体）

※ 平成30年6月現在実施のサービスであり、今後変更の可能性がある。

## 2 介護予防ケアマネジメントの考え方

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が、指定居宅介護支援事業所に委託することも可能とする。その場合において地域包括支援センターは、初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うとともに、地域ケア会議等を活用し、その全てに関与するよう努めることとする。

また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、また、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介護保険の卒業を意識した支援をするものであり、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。

地域包括支援センター等が実施する適切なアセスメントにより、利用者の状況を踏まえた具体的な目標を設定し、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、目標の達成に取り組んでいけるよう、総合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る。

### (1) 介護予防ケアマネジメントの留意点

- ◆利用者本人やその家族の意向を的確に把握する
- ◆専門的な視点からサービスを検討する
- ◆利用者に丁寧に説明する
  - ケアマネジメントの結果適当と判断したサービス内容について利用者が十分に理解し、納得する必要がある。
  - 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づけていること、それによりどのような効果を期待しているのかなどを丁寧に説明する。
- ◆利用者の理解・同意を得て、サービスを提供する。

### ※介護予防ケアマネジメント費について

ケアプランの自己作成に基づく総合事業の利用は想定していない。(給付費と比べてサービス提供が幅広のため、自己都合とならないよう客観性を持ったプランによりサービス提供を行うものとする。)

### (2) 本人の意欲を引き出す

- ◆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らず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう具体的に設定される必要がある。

### 3 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3パターンに分けて行う。

#### (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)

介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施する。

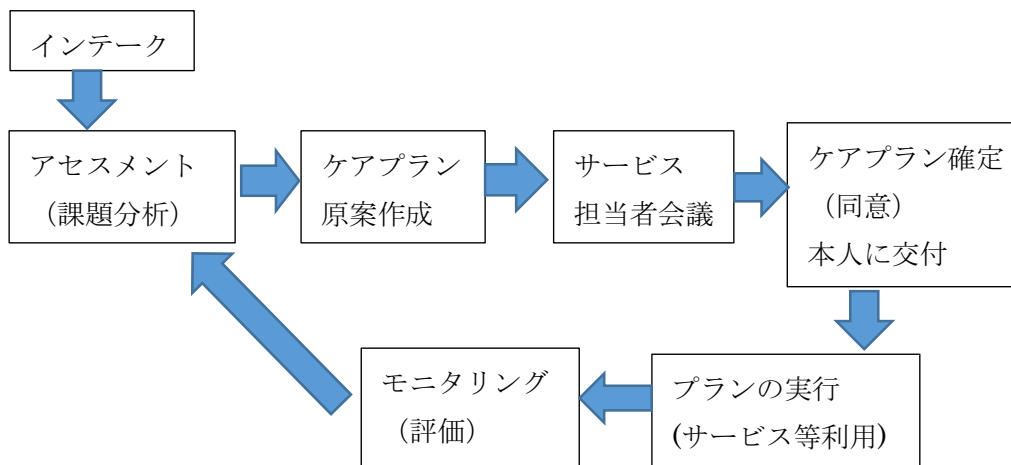
##### ◆利用されるサービス

- 訪問型サービス (従前相当)
- 訪問型サービス A
- 通所型サービス (従前相当)
- 通所型サービス A

##### 《プロセス》

- ① アセスメント (課題分析)
- 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 ケアプラン確定・交付 (利用者・サービス提供者)
- ⑥ プランの実行 (サービス利用)
- ⑦ モニタリング (概ね6か月ごとに実施) 【給付管理】

※自立支援型地域ケア会議で検討するタイミングに合わせたものであるが、状態に変化があった場合などモニタリングの期間を短くすることは推奨する。



## (2) ケアマネジメント B

(サービス担当者会議を省略できるケアマネジメント)  
モニタリング時期は、間隔をあけて必要に応じて設定する。

- ◆利用されるサービス  
当分の間なし

### 《プロセス》

- ① アセスメント (課題分析)
- ② ケアプラン原案作成  
(必要に応じてサービス担当者会議)
- ③ 利用者への説明・同意
- ④ ケアプラン確定・交付 (利用者・サービス提供者)
- ⑤ プランの実行 (サービス利用)
- ⑥ モニタリング (概ね6ヵ月ごとに実施) 【給付管理】

## (3) ケアマネジメント C (初回のみ介護予防)

初回のみ、介護予防マネジメントプロセスを実施し、3か月後の状態確認を行うこととする。

- ◆利用されるサービス
  - 通所型サービスC
  - 一般介護予防事業 (※事業対象者のみ)

### 《プロセス》

- ① アセスメント (課題分析)  
「利用者自身の状況」、「本人の生活の目標」、「維持・改善すべき課題」、「その課題の解決への具体的対策」、「目標を達成するための取組」等を確認
- ② ケアマネジメントの結果を利用者に説明・同意
  - ☆ケアマネジメントの結果は、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう等の方法でサービス提供者と共有する。
  - ☆通所型サービスCのサービス提供が終了する前にサービス提供終了後の本人の生活体制について本人に確認を行い、必要な支援を行うこと。



※ケアマネジメントの結果，一般介護予防事業や民間事業のみの利用となっても，アセスメント等のプロセスに対して，ケアマネジメント開始月分のみ，事業によるケアマネジメント費が支払われる。

【ケアマネジメントCの留意事項】

- ◇初回のケアマネジメント後は，名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とする。
- ◇利用者の状況に変化があった際に，適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくよう心掛ける。
- ◇委託でない場合は，「包括コメント」は記入しなくてもよい。

対象者の「したい」(望む生き方)が，しっかりと聴いていますか？

そして・・・

その実現こそが個別ケア会議の最大の目標であることがわかっている！？

「したい」を支援することはなぜ大事？

生活目標は，支援者が決めるものでは決してありません。なぜならば悩みを忘れる，幸せな気持ちになれる活動は当事者にしかわからないからです。

その活動を生活目標として設定し，達成していくプロセスは当事者にとって充実した生活だといえます。

支援者は当事者が意思決定するために必要な情報を提供し，望む目標がどうすればうまくできるようになるかについての知識や技術を持っています。

それぞれがオープンに考えを出し合って，試してみることをはじめようということです。

表1 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費（サービス提供開始の翌月から3か月を1クールとしたときの考え方）

ケアマネジメント プロセスと類型	説明	利用する サービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3ヶ月後)
ケアマネジメントA	<b>■</b> 従前の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様 <b>■</b> 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 →ケアプラン確定・交付 (利用者・提供者) <b>■</b> モニタリングはおおむね3か月ごとに実施 <b>■</b> 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っておく	訪問（通所）型サービス従前相当・A	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— ※1	○ ※1	○ ※1	○ ※1 面接による
			報酬	基本報酬+初回加算 ※2	基本報酬	基本報酬	基本報酬
ケアマネジメントB	<b>■</b> サービスの担当者会議を省略したケアプランの作成 <b>■</b> アセスメント→ケアプラン原案作成 →ケアプラン確定・交付（利用者提供者） <b>■</b> モニタリングは適宜	現時点該当なし	サービス担当者会議	△(必要時実施)	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	△(必要時実施)
			報酬	基本報酬 - α + 初回加算	基本報酬 - α	基本報酬 - α	基本報酬 - α
ケアマネジメントC	<b>■</b> ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業その他の生活支援サービス利用につなげる場合 <b>■</b> 初回のみ 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 →提供者への説明・送付 <b>■</b> モニタリングとして3か月後の状態確認を行う <b>■</b> 適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果をサービス提供者に送付または本人が持参	通所型サービスC	サービス担当者会議	○※5	×	×	×
			モニタリング等	—	×	○	×
			報酬	基本報酬+初回加算 ※4	×	×	×

※1 指定事業者のサービス（訪問（通所）型サービス従前相当・A）を利用する場合には、給付管理票の作成が必要

※2 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

※3 α：サービス担当者会議実施分相当単位+モニタリング実施分相当単位

※4 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

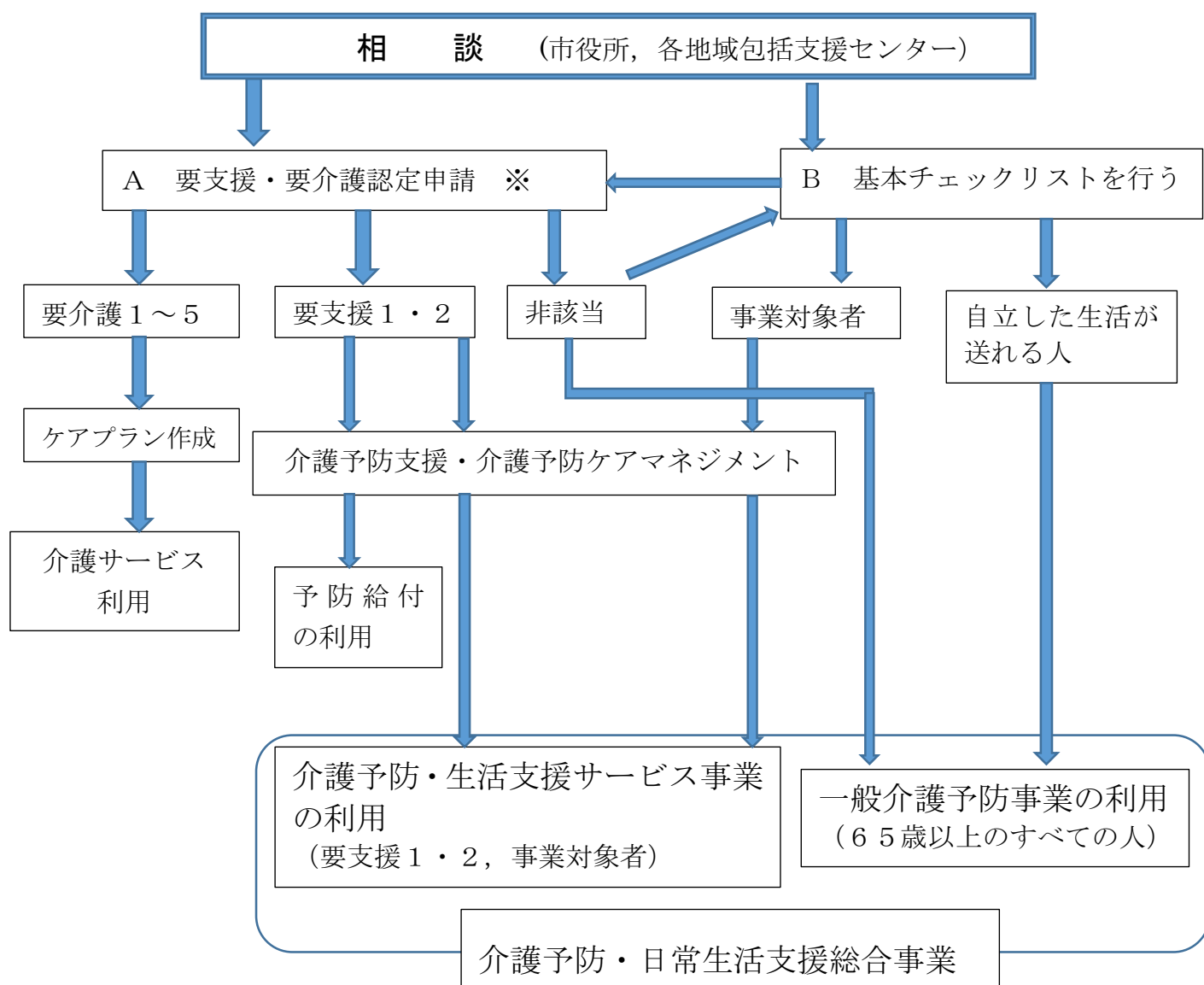
※5 通所型サービスCに繋ぐ場合のみ

表2 総合事業における介護予防ケアマネジメント類型と利用サービスの例

		サービスの種類	訪問（通所）型サービス 従前相当・A	通所型サービス C	その他生活支援サービス・ 一般介護予防
ケアマネジメント類 型	サービス利用パタ ーンの例	給付管理票作成あり		給付管理票作成なし	給付管理票作成なし
ケアマネジメント A	パターン 1	◎			○
ケアマネジメント B	パターン 2	設定しない。			
ケアマネジメント C	パターン 3		◎		○
	パターン 4				◎※

※事業対象者及び要支援者に限る。

## 4 総合事業の流れ



※明らかに要支援・要介護認定の申請が必要な人は、訪問看護、福祉用具、住宅改修、通所リハ、医師等による居宅療養管理指導などを利用している又は利用したいと思っている人、又は寝たきりの状態の人などを指します。利用したいサービスが明らかでない場合Aへ進んでください。

- ◆ 基本チェックリスト原本は市で管理する。(受付場所がわかるよう事業所名を記入しておくこと。)
- ◆ 基本チェックリスト該当者には、担当地区の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受けることについて確認し、『介護予防ケアマネジメント依頼書』に記入してもらう。
- ◆ 同時にAとBは行わない。

表3 基本チェックリストの実施対象者と要介護（要支援）認定申請書提出対象者

区分		基本チェックリスト の実施	要介護認定申請書の提出 (要支援)	
特筆すべき該当者象 (注:全体像ではありません。)		◆1 訪問型サービス・ 通所型サービスのみ 利用したい人	◆2 訪問型サービス・通所型 サービス以外を利用したい人 ◆3 寝たきりの状態など、常に 介護が必要な人	
パターン1	新規	○	×	
パターン2		×	○	
パターン3	更新	要介護認定者	全て認定申請	
パターン4		○	×	
パターン5		要支援認定者	×	○
パターン6	区分	要介護⇒要介護 要支援⇒要介護	全て認定申請	
パターン7		要介護⇒要支援	○※	×
パターン8	変更	要支援⇒要支援	×	○
パターン9	2号被保険者		全て認定申請	
転入者		上記の取り扱いに準じる		

※この場合、要介護（支援）認定を返納することとなる。

注:2号被保険者は、認定がなければサービス受給はできません。

### ☆事業対象者の「転入」と「転出」について

「事業対象者」が他の市町村に転出するときは、要介護（要支援）認定と異なり「事業対象者」としての認定は引き継がれません。（受給資格証明書の発行もありません。）

他市町村からの要介護（要支援）認定者以外の転入者がサービスを希望する場合、上記フロー図のとおり、認定申請案内を行います。

本市から転出される方が「事業対象者」の手続きを希望する場合は、改めて転入先の市町村が定めたルールによる手続きが必要となります。

## 第2 相談受付からケアマネジメント・サービス利用

### 1 事業対象者の要件

事業対象者とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援(要介護)状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト※」の実施により該当したものである。

ただし、事業対象者が利用できるサービスについては、介護予防ケアマネジメントに基づいて利用する（プランの自己作成は想定していない。）こととなる。

#### (1) 事業対象者の要件

◆事業対象者は、基本チェックリスト25項目のうち下記の項目に該当する場合である。

1. No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当  
複数の項目に支障がある場合
2. No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当  
運動機能の低下
3. No.11～12の2項目のすべてに該当  
低栄養状態
4. No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当  
口腔機能の低下
5. No.16～17の2項目のうちNo.16に該当  
閉じこもり
6. No.18～20までの3項目のうち1項目以上に該当  
認知機能の低下
7. No.21～25までの5項目のうち2項目に該当  
うつ病の可能性

◆住所地特例対象者 平成27年4月以降、住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター※）が行うこととなる。基本チェックリストは施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者が実施し、結果については本市が管理する。

※居宅介護支援事業所へ委託可能

表4 事業対象者に該当する基準

No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準	
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		複数の項目に支障
2	日用品の買物をしていますか	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	運動機能の低下 3項目以上に該当	10項目以上に該当
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ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	低栄養状態 2項目以上に該当	
12	身長                    c m                    体重                    kg                    (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	口腔機能の低下 2項目以上に該当	
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	口の渴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	閉じこもり No.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		
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	1.はい	0.いいえ	認知機能の低下 1項目以上に該当	
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	うつ病の可能性 2項目以上に該当	
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で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。

表5 基本チェックリストについての考え方

【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（対応した者）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（過去は勘案しない）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	家族等の付添なしにで、1人でバスや電車を利用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、一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	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買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）を尋ねます。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話やインターネット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・親族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伝わら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上る能力があっても、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。



1 1・1 2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2～3 kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月で2～3 kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かけ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。
1 3～1 5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	お茶や汁物等で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。
1 6・1 7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	週によって外出の頻度が異なる場合は, 本人の主観に基づき回答してください。
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。
1 8～2 0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「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるといわれていますか	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。誰かに電話番号等を尋ねて電話をかけている場合や, 誰かに電話をかけ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。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。
2 1～2 5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) 以前は楽にでき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は思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

## 2 聞き取りと説明

高齢者（被保険者）等の生活の困りごと等の相談は、市地域介護課または、地域包括支援センターで受ける。

市内の各支所における取扱いは、認定申請書のみの受付とし、基本チェックリストの実施について申し出があった場合は、地域包括支援センターを紹介する。

### (1) 聞き取り

- ◆相談の目的や希望するサービスを聞き取る。
- ◆原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行うが、本人が来所できない場合は家族の来所による相談に基づき、面会により本人の状況や相談の目的等を聞き取る。

### (2) 説明

- ◆チェックリストの説明  
チェックリストは要支援相当の高齢者が、地域包括支援センターの職員等と一緒に記入を行うことで、自らの課題に気づき、介護予防のために総合事業を速やかに利用できることを目的としていること
- ◆総合事業の説明  
総合事業は、その目的や内容、手続等について十分説明を行う。
  - ★総合事業のサービスのみ利用する場合は、要介護（要支援）認定を受けていなくても、基本チェックリストを用いて事業対象者とし、サービスの利用が可能であること
  - ★事業対象者となった後や、総合事業によるサービスを利用し始めた後も、必要なときは要介護（要支援）認定の申請が可能であること
  - ★総合事業（訪問介護・通所介護）は、大竹市の指定を受けた指定事業者であれば大竹市以外の事業者でも利用可能であること
- ◆介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨の説明
  - ★地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント（ケアプラン等）と自立支援に向けたサービスを利用することで、自分でできたり、できる期間を延ばしたり、今より重症化しないようにする事業であること
  - ★本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと

### (3) つなぐ

- ◆以下の場合、要介護認定等の申請につなぐ
  - ★明らかに要介護認定が必要な場合（寝たきりなど）
  - ★予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスを希望している場合
  - ★第2号被保険者については、要介護認定等の申請につなぐ  
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等となることがサービスを受ける前提となるため要介護認定申請につなぐ
- ◆必要な方をつなぐ  
事業者、団体側が了承すれば、基本認定区分は問いません。
  - ★一般介護予防事業のサービスにつなぐ
  - ★民間が提供するサービスにつなぐ

### 3 基本チェックリストの活用・実施

地域介護課や地域包括支援センターにおいて、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービス区分（一般介護予防事業、総合事業及び給付）の振り分けを行う。

#### (1) チェックリストの実施

##### ◆本人が記入する

16～17ページの「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人に記入してもらう。（本人が記入済みの基本チェックリストを持参した場合、独自の判断で記入していないか必ず確認をとる。）

★基本チェックリストの実施日が、事業対象者の認定年月日になるため、記入年月日に記入されていることを確認する。

##### ◆家族等の来所による相談の場合

基本チェックリストの実施については、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る。

##### ◆居宅介護支援事業所等からの代行の場合

代行による基本チェックリストの提出も可とするが、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」は担当包括が提出するものとする。本人が来所できない場合（家族等の来所）と同様の扱いとする。

#### (2) チェックリストの再実施

##### ◆基本チェックリストの再実施

本人の状態変化に応じて、一般介護予防へ移行した後や、一定期間総合事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、必要に応じて再度基本チェックリストを行う。

★要介護認定等の申請が必要と判断した場合、若しくは、本人が要介護認定等の申請を希望した場合は、認定申請を受け付ける。

★事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている途中で要介護認定等申請を行う場合もある。

#### (3) 『介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』の受理

◆介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の受理  
担当地区の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受けることについて確認し、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に記入してもらう。

○玖波地区 大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援センター

○その他の地区 大竹市地域包括支援センター

※認知症に関しては、センター間で協議し担当を割り振ることとする。

※住所地特例対象者は、施設所在市町村に届出すること。

表6 介護予防ケアマネジメント依頼書の届け出の有無

区 分	介護予防サービス計 画作成依頼届出書	介護予防ケアマネジ メント依頼届出書
介護給付から 予防給付に移行する場合	○	×
介護給付から 介護予防・生活支援総合事業に移行する場合	×	○
予防給付から 介護予防・生活支援総合事業に移行する場合	×	○
サービス未利用者（要支援者含む）が 介護予防・生活支援総合事業を利用する場合	×	○
市役所の窓口で届出を受理後 地域包括支援センターが変更した場合	○	○

(4) 被保険者証の発行

◆被保険者証を発行

市は、「基本チェックリスト」及び「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の受理後、受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。

(5) チェックリスト結果の共有

◆市から地域包括支援センターへの送付

地域介護課で基本チェックリストを実施した場合には、下記書類を地域包括支援センターに送付し共有する。

- ①基本チェックリスト（複写）
- ②介護予防ケアマネジメント依頼書（複写）
- ③利用者基本情報等（複写）

★一般介護予防事業のみを利用する場合は、地域包括支援センターへ書類送付は不要であるが、利用者の状況に応じ同意を確認後送付する場合も想定される。

◆地域包括支援センターから市への送付

地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、下記書類を市に届け出る。被保険者証は、市が下記書類を受理後に発行し、利用者に郵送する。

- ①基本チェックリスト
- ②介護予防ケアマネジメント依頼書

(6) 事業対象者の有効期間

◆事業対象者の有効期間

大竹市では事業対象者の有効期間を原則2年間とする。  
事業対象者に更新案内は行わない。

表7 事業対象者の有効期間

基本的な有効期間	
一般高齢者から ⇒事業対象者に移行した場合	基本チェックリスト実施日から2年間（※）
要支援者（要介護者）から ⇒事業対象者に移行した場合	基本チェックリスト実施日から2年間（※） または 要支援の有効期間終了日の翌日から2年間
事業対象者から ⇒要支援者（要介護者）に移行した場合	原則：事業対象者の終了日＝認定日の前日

※基本チェックリストの実施日を起点とする場合、実施日の属する月の翌月1日を起算日とする。（ただし、当該日が月の初日の場合は、当該月の1日を起算日とする。）

★事業対象者用の被保険者証の色をひまわり色にします。該当者でなくなった場合は、市へ返却してください。

★被保険者証は、原則本人へ郵送する。再交付については、委任された場合は、委任者へ送付する。（送付先設定がある場合は、設定先へ送付する。）

事例1 事業のみを利用している事業対象者が、認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランにて事業と給付サービスの利用を開始した後、要支援になった場合

	内容（例）	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成●年4月15日に事業対象者として判定		総合事業 訪問型サービス 通所型サービス	総合事業のサービス利用分は総合事業で請求
要支援認定申請中	平成●年5月1日に要支援認定申請を行う。	申請日		
申請中	認定申請日より介護予防支援の暫定プランにて給付サービス利用開始	利用日	総合事業＋給付サービス 例：	給付サービス利用分及び介護予防ケアマネジメントは給付で請求
要支援1・2	平成●年6月1日に要支援1・2の認定結果が出る。 ※認定期間 H●.5.1～	認定日	訪問型サービス ＋福祉用具貸与	

事例2 事業のみを利用している事業対象者が、認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランにて事業と給付サービスの利用を開始した後、非該当になった場合

	内容 (例)	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成●年4月15日に事業対象者として判定		総合事業 訪問型サービス 通所型サービス	総合事業のサービス利用分及び介護予防ケアマネジメントは、総合事業で請求
要介護等認定申請中	平成●年5月1日に要介護等認定申請を行う。	申請日		
申請中	認定申請日より介護予防支援の暫定プランにて給付サービス利用開始	利用日	総合事業+給付サービス 例： 訪問型サービス +福祉用具貸与	給付サービス利用分は、全額自己負担
非該当 ⇒事業対象者	平成●年6月1日に非該当の認定結果が出た。区変と同様の扱いとし、引き続き事業対象者とする。	結果日		

事例3 事業のみを利用している事業対象者が、要介護認定を受けた場合

○介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者として取り扱う。

○介護給付サービスを利用開始以後、給付として取り扱う。

	内容 (例)	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成●年4月15日に事業対象者として判定		総合事業 訪問型サービス 通所型サービス	事業対象者として扱うため、総合事業で請求 ※利用日前日まで
要介護等認定申請	平成●年5月1日に要介護等認定申請を行う。	申請日		
要介護1～5	平成●年6月1日に要介護1～5の認定結果が出る。 ※認定期間H●.5.1～ ※5月6月中に給付サービスは利用しなかった。	認定日		
	平成●年7月1日から給付サービスを利用開始	利用日	給付サービス 例：訪問看護等	給付で請求

※事業対象者が認定申請を行い、要介護認定がでた場合、事業対象者部分を日割りする。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A  
【平成27年3月31日版】

問3 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより総合事業対象者として介護予防ケアマネジメントを開始後、要介護1以上の結果が出た場合、同月内に介護給付を利用するまでの地域包括支援センターが作成するケアプランと、認定結果に基づいて、介護給付について居宅介護支援事業所が作成するケアプランの、2件存在することになると考えてよいか。また、その場合は、介護予防ケアマネジメント費と居宅介護支援費をそれぞれ請求でき、支給限度額管理は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が連携を取り合って行うようになるのか。

(答)

- 1 要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより総合事業対象者として総合事業のサービスを受ける場合は、介護予防ケアマネジメントによるケアプランに基づきサービスを利用するが、認定結果が要介護1以上となり、介護給付の利用を開始する場合は、居宅介護支援事業所による居宅介護支援に移行することとなる。
- 2 なお、月の途中まで総合事業対象者として総合事業のサービスを利用していたものが、要介護1以上の認定結果の通知に伴い、居宅介護支援に切り替えた場合は、給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援をおこなっている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援事業費を請求することになる。またこの場合の区分支給限度額管理は、地域包括支援センターを居宅介護支援事業者が連携を取り合って行う。

問4 基本チェックリストにより総合事業対象として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者は総合事業を利用することができないため、総合事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間は総合事業による利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって以下の様な考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担となり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者として取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

## 4 介護予防ケアマネジメントの実施

### (1) 介護予防ケアマネジメント様式

- ◆介護予防ケアマネジメントにかかる様式は、原則、国より示された様式とする。
  - 基本情報
  - 基本チェックリスト
  - 介護予防サービス・支援計画書
  - 介護予防支援経過記録
  - 介護予防支援・サービス評価表
  - 給付管理票
  - 介護予防支援介護給付費明細書

### (2) ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）の様式

- ◆ケアマネジメントCを行う場合
  - ★総合事業の利用の前に、利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。
  - ★ケアマネジメント結果の記載内容は以下の項目を記載することが望ましい。
    - ①本人の生活の目標
    - ②維持・改善すべき課題
    - ③課題解決のための具体的対策（利用サービス等）
    - ④目標を達成するための取組
  - ★通所型サービスCを利用する場合  
ケアプランの作成及び担当者会議の開催を行うものとする。

※地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントについては、居宅介護支援事業者に委託することができる。



## 5 訪問からモニタリング・評価

### (1) 訪問時の調整

事業対象者について、介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整する。  
※地域包括支援センターに本人が来所した場合においても、訪問によるアセスメントを行うのが望ましい。

### (2) アセスメント（課題分析）

#### ○課題分析の目的

本人の望む生活（＝「したい」生活目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、「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（目標）」を明らかにすることである。

#### ○課題分析を本人・家族と認識を共有

生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができ、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。

#### ○本人はどのような生活を望んでいるのか。

具体的に「(できれば) してみたい・参加してみたい」ADL・IADL, 趣味活動, 社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。

「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることにつながる。

### (3) ケアプランの作成

#### ○ケアプランの目的

「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標, 支援内容, 達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。

#### ○手法

3～12カ月を目途に、本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6カ月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的とし計画を作成する。

- ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで、だれがアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）を考慮

#### ○ケアプランの作成は、本人・家族と一緒にやる。

- ①本人の行いたい生活（生活の目標）のイメージを共有する。
- ②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切である。
- ③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要である。

#### ○要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態は以下に整理することができ、場合によっては複数該当する場合も考えられる。

- ①健康管理の支援が必要な者
- ②体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者

- ④閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者
- 適切な目標設定，サービス選定
  - アセスメントによる利用者の心身の状況（特に ADL, IADL）を正確に把握する。
- 利用者本人が自らのケアプランであると実感し，利用者が主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できない。
  - 専門用語の使用はできるだけ避け，十分に説明し，理解を得るようにする。

#### (4) サービス担当者会議

- サービス担当者会議の目的
  - ☆利用者やその家族の生活全体およびその課題を共有する。
  - ☆地域の公的サービス・インフォーマルなどについて情報共有し，その役割を理解する。
  - ☆利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議する。
  - ☆介護予防ケアプランにおける総合事業者の役割を相互に理解する。
- 開催時期
  - ☆ケアプラン作成時
  - ☆更新申請，区分変更申請時
  - ☆居宅サービス計画の変更時
  - ☆臨時の開催
    - ・介護予防プランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
    - ・サービスや事業の利用中断がある場合
    - ・利用者の状況等に変化があり，介護予防プランの変更が必要なとき
- 会議の構成員
  - ☆利用者・家族
  - ☆介護予防ケアプラン作成者
  - ☆総合事業担当者
  - ☆主治医
  - ☆インフォーマルサービスの提供者
- ※介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで，以下のメリットがある。
  - ・要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有できる。
  - ・リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方，ADL/IADL の生活行為の自立支援の仕方，認知症高齢者の具体的対応の仕方など，支援方法の情報を入手できる。
  - ・的確な通所計画などを立案でき，効果的なサービスの提供を促すことができる。
- ケアマネジメント担当者が説明する事項
  - ☆ケースの年齢や家族構成などの基本情報
  - ☆認定申請等に至った経緯，維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程，計画原案 等
- 協議内容
  - ☆利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
  - ☆サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
  - ☆各サービス・支援の計画作成の為に 2 次アセスメント
- 記録

「介護予防支援経過記録」に記載する。

○その他

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要がある。利用者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切である。

医師との日程調整は、難しいことが多いが、受診時又は紹介等により情報を得る等工夫し実施する。

(5) ケアプランへの同意・交付

○利用者から、ケアプラン同意（押印）を得て交付する。

○総合事業者 서비스에提供開始を伝える。

(6) 事業対象者がサービス利用回数を変更する場合

サービス回数を1回から2回へ変更する場合、保険者への報告は不要であるが、プランの見直しは行うこと。

### 《サービス利用にあたって》

○第1号事業指定事業者が行うこと。

①事前アセスメント

サービス提供前にケアプラン等をもとにアセスメントを行い、個別計画（訪問介護計画や通所介護計画等）を立てる。

②総合事業の実施

- ・個別計画に基づき、サービスを提供する。
- ・効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直す。

③事後アセスメント

- ・サービス提供後、その効果について事業所でアセスメントする。
- ・その結果を介護予防ケアプラン作成者に報告する。

### 《地域ケア会議を活用しよう》

○同居の家族がいる場合の生活援助の取扱いについて

「同居の家族がいる場合の生活支援の取扱い原理原則は知っている。でも、このケースってどうなの？」そんな疑問が生じたときは、地域ケア会議を活用しましょう。

本人、家族、必要な専門職、そしてできれば地域の方に参加いただき、役割分担を確認してみましょう。本人の役割、家族の役割、制度の役割、地域の役割まで一度に確認できる上に、不足しているサービスが明確となります。

そうすると、あったらいいサービスが数値化できます。数値化した上で保険者に課題提案を行いましょう。

## (7) モニタリング

### ○モニタリングの目的

支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結び付けていくことである。

### ○行う時期

☆サービス提供の開始月

☆サービス提供から3か月に1回

(月に1回は、訪問又は電話等でモニタリングを行う。)

☆利用者に著しい変化があった時

☆サービスの期日終了月

### ○モニタリングの視点

☆利用者の生活状況に変化がないか。

☆介護予防プランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。

☆個々のサービス提供等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。

☆利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。

☆その他、介護予防プランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

### ○目標が達成された場合

速やかに再課題分析を行い、計画を組み直す。

### ○課題が解決されている場合

次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。

### ○新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合

課題分析結果に基づき、計画を組み直す。

### ○記録

☆介護予防支援経過記録に記録する。

☆モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合及び、介護保険の認定における区分変更申請が必要な場合は、「介護予防支援・サービス支援評価表」に記入する。

## (8) 評価

### ◆評価の目的

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直す。

### ◆行う時期

☆6カ月に1回

☆運動器機能向上、口腔機能向上のプログラム

☆介護予防ケアマネジメントに位置づけた期間終了時

### ◆記録

『介護予防支援・サービス評価表』に記載する。

## 6 請求・利用限度額管理

### (1) 利用限度額管理対象サービス

☆訪問型サービス（従前相当）

☆訪問型サービス A

☆通所型サービス（従前相当）

☆通所型サービス A

○事業対象者については、指定事業者のサービスを利用する場合、給付管理を行う。

○給付管理については、下表 8 に示した通り、予防給付の支給限度額の範囲で、給付と事業を一体的に行う。

○予防給付と総合事業を併用した利用の場合

☆予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が支払われる。

☆給付管理については、予防給付と総合事業（指定事業者が行うもの）をあわせて限度額管理を行う。

表 8 大竹市における支給限度額

事業対象者	要支援 1	要支援 2
5,003 単位	5,003 単位	10,473 単位
※利用者の状態（集中的にサービスを利用することが自立支援につながるケース）によっては、10,473 単位とすることができる。		
一時的に限度額を引き上げる場合（原則 6 ヶ月以内）は、以下を市に提出する。 ・総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書 ・介護予防サービス・支援計画書 ・地域ケア会議の要点		

表 9 指定のサービスコード

No.	サービス種類名	サービスコード
1	訪問型サービス（従前相当）	A 2
2	通所型サービス（従前相当）	A 6
	訪問型サービス A	A 3
	通所型サービス A	A 7

※事業所番号は、変更なし

表 1 0 訪問型サービス（従前相当）

サービス名称	単位	大竹市の対象
訪問型サービス費 従前相当Ⅰ・A2Ⅰ	1月につき 1,168 単位 1日につき 38 単位	事業対象者・要支援 1・2 週 1 回程度の身体介護が必要とされた者
訪問型サービス費 従前相当Ⅱ・A2Ⅱ	1月につき 2,335 単位 1日につき 77 単位	事業対象者・要支援 1・2 週 2 回程度の身体介護が必要とされた者
訪問型サービス費 従前相当Ⅲ・A2Ⅲ	1月につき 3,704 単位 1日につき 122 単位	事業対象者・要支援 2 週 2 回を超える身体介護が必要とされた者

※各種加算・減算（初回加算，生活機能向上連携加算，介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅳ，サ責減算，同一建物減算など）は給付と同一

表 1 1 訪問型サービス A

サービス名称	単位	大竹市の対象
訪問型サービス費 A3Ⅰ	1月につき 1,051 単位 1日につき 34 単位	事業対象者・要支援 1 週 1 回程度の生活援助が必要とされた者
訪問型サービス費 A3Ⅱ	1月につき 2,102 単位 1日につき 69 単位	事業対象者・要支援 2 週 2 回程度の生活援助が必要とされた者
訪問型サービス費 A3Ⅲ	1月につき 3,334 単位 1日につき 110 単位	事業対象者・要支援 2 週 2 回を超える生活援助が必要とされた者
訪問型サービス費 A3Ⅳ	1回につき 149 単位 (30分未満)	事業対象者・要支援 1・2

※初回加算，介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅳ，同一建物減算は給付とほぼ同一

表 1 2 通所型サービス（従前相当）

サービス名称	単位	大竹市の対象
通所型サービス費 従前相当・A6	1月につき 1,647 単位 1日につき 54 単位	事業対象者・要支援 1
通所型サービス費 従前相当・A6	1月につき 3,377 単位 1日につき 111 単位	事業対象者・要支援 2

※各種加算・減算（生活機能向上グループ活動加算，運動機能向上加算，栄養改善加算，口腔機能向上加算，選択的サービス複数実施加算，事業所評価加算，サービス提供体制強化加算，介護職員処遇改善加算，定員超減算，職員減減算，若年性認知症利用者受入加算，同一建物減算など）は給付と同一

表 1 3 通所型サービス A

サービス名称	単位	大竹市の対象
通所型サービス費 A7	1月につき 1,482 単位 1日につき 49 単位	事業対象者・要支援 1
通所型サービス費 A7	1月につき 3,039 単位 1日につき 100 単位	事業対象者・要支援 2

※各種加算・減算（生活機能向上グループ活動加算，運動機能向上加算，栄養改善加算，口腔機能向上加算，選択的サービス複数実施加算，事業所評価加算，サービス提供体制強化加算，介護職員処遇改善加算，定員超減算，職員減減算，若年性認知症利用者受入加算，同一建物減算など）は給付と同一

表 1 4 介護予防ケアマネジメント費のサービスコード等について

区分		サービスコード	単価(月)	サービス利用パターン例
事業対象者	介護予防ケアマネジメント費プラン A・C	AF	430 単位	事業（訪問・通所介護） 一般介護予防事業
要支援 1・2	介護予防支援費	46	430 単位	給付のみ 給付と 事業（訪問・通所介護）
	介護予防ケアマネジメント費プラン A・C	AF	430 単位	事業（訪問・通所介護） 一般介護予防事業

※初回加算の取扱い

初回加算の算定については，基本的には指定居宅介護支援，指定介護予防支援における基準に準じ，下記の場合に算定できる。

- ①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- ②介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に，介護予防ケアマネジメントを実施する場合  
(厚生労働省「平成27年3月31日版Q&A」P6問8参照)
- ③要介護者が，要支援認定を受け，あるいは総合事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が，要支援の認定有効期間が満了した翌月から，基本チェックリストによる総合事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合，総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできない。