

小平市介護予防・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の手引

平成 30 年 3 月 28 日制定

- ・平成 30 年 6 月 20 日改定
 - 2-1 小平市における総合事業の構成・訪問型サービス（自立生活支援のための見守りの援助について）変更
 - 3-5 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）について・訪問型サービス（短期集中）追加
 - 3-6 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）について・地域リハビリテーション活動支援事業
 - 4-1 その他（Q & A）追加
- ・平成 30 年 7 月 5 日改定
 - 4-1 その他（Q & A）追加
- ・平成 30 年 12 月 25 日改定
 - 4-1 その他（Q & A）追加
- ・平成 31 年 3 月 1 日改定
 - 3-7 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について 追加
 - 4-1 その他（Q & A）追加・訂正
- ・令和元年 10 月 1 日改定
 - 2-1、2-2、3-7 消費増税に伴う改定単位の反映、各種加算の新設・廃止、共生型サービス 追加
- ・令和 3 年 4 月 1 日改定
 - 1-2 小平市における総合事業 変更
 - 2-1 小平市における総合事業の構成 変更
 - 3-7 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について 変更
- ・令和 6 年 4 月 1 日改定
 - 1-2 小平市における総合事業 変更
 - 2-1 小平市における総合事業の構成 変更
 - 3-7 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について 変更

小平市介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の手引策定の目的

地域包括支援センター、訪問介護事業所、通所介護事業所をはじめとした、介護予防・日常生活支援総合事業に関わる方が、共通認識をもち、適切に事業を実施するにあたって、小平市における介護予防・日常生活支援総合事業を理解いただくために本手引を作成しました。

なお、本手引は随時更新し、小平市ホームページにおいて更新を行っていきます。

【目次】

- 1-1 総合事業の趣旨・基本的な考え方
- 1-2 小平市における総合事業
- 2-1 小平市における総合事業の構成・訪問型サービス
- 2-2 小平市における総合事業の構成・通所型サービス
- 2-3 小平市における総合事業の構成・サービスの併用について
- 2-4 事業対象者のサービス利用についての考え方
- 2-5 小平市独自基準共生型サービスについて
- 3-1 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・類型
- 3-2 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・基本的な流れ
- 3-3 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・訪問型サービス（旧国基準）
- 3-4 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・通所型サービス（短期集中）
- 3-5 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・訪問型サービス（短期集中）
- 3-6 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・地域リハビリテーション活動支援事業（一般介護予防事業）
- 3-7 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について
- 4-1 その他（Q&A）

1-1 総合事業の趣旨・基本的な考え方

【国：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより抜粋】

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、住まいを一体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る。

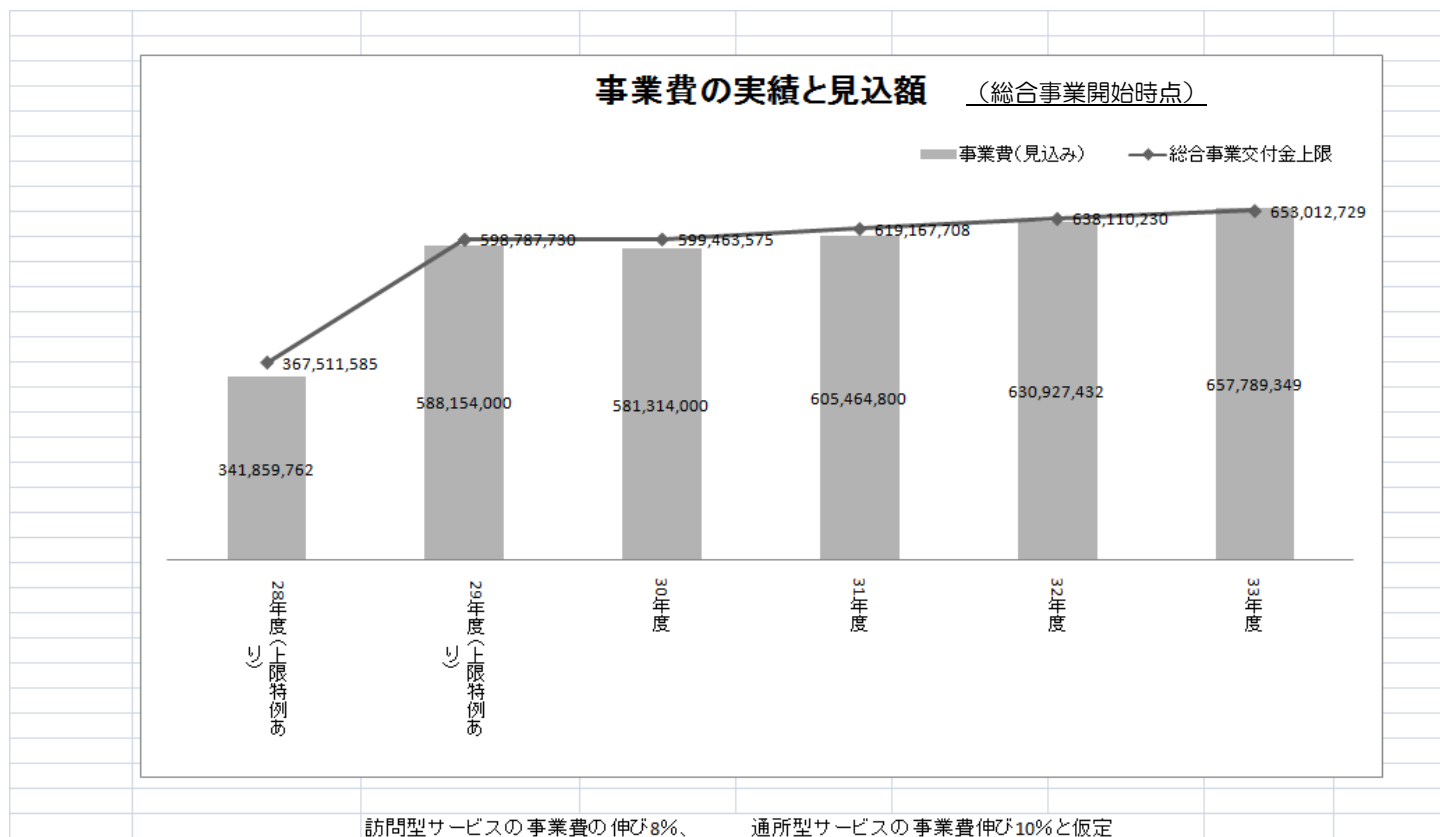
新しい総合事業では、①住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化を図られることを目指す。

○地域包括ケアシステムの構築の実現を目指すため、介護予防と生活支援の部分として、介護予防・日常生活支援総合事業を推進していきます。要支援者や事業対象者へのサービス提供、並びに元気な高齢者への対応を行うことで、住み慣れた地域で自分らしい暮らしが続けられるよう支援していきます。

○要支援者の中には、掃除や買い物などの生活行為「IADL」や、洗身や爪切りなどの身の回りの動作「ADL」などの一部が難しいが、排せつ、食事摂取などのADLは自立している場合が多い。このような状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持するとともに、有する能力に応じた柔軟な支援を受けながら、自立意欲の向上につなげていきます。

○介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材の活用が重要です。60歳代、70歳代をはじめとした高齢者の多くは、元気で自立しており、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていきます。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手としても活動することで、より良い地域づくりにもつながります。

1-1 総合事業の趣旨・基本的な考え方（平成28年時点）



【総合事業の財源】

介護保険の財源として、国 25%、都 12.5%、市 12.5%、第1号被保険者 23%、第2号被保険者 27%

【地域支援事業交付金の上限】

平成26年度予防給付費額（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援に係るものに限る。）及び平成26年度介護予防等事業費額の合算額に、平成27年度の75歳以上被保険者数変動率と平成28年度の75歳以上被保険者数変動率と平成29年度の75歳以上被保険者数変動率を乗じて得た額（国 地域支援事業交付金交付要綱より）つまり、前年度の上限額に、直近3年間の75歳以上高齢者の伸び率の平均を乗じた額が総合事業における交付金の上限額となる。

つまり、介護給付費とは異なり、総合事業においては介護保険制度として運営できる費用について国が上限を定めている（給付費では、保険料を上げることで増える給付費に対応する）。上限を超えると介護保険外からの費用捻出（一般市民の更なる費用負担）を行わなければならない。40歳以上の方の保険料負担によって社会全体で介護を支えるという介護保険制度の理念に反することとなる。

→安易に単位（給付水準）を引き下げることが、保険運営として不適当と考えるが、交付金の上限額以内で事業を行うことが必要となる。

1-2 小平市における総合事業 総合事業移行イメージ

		H27	H28	H29	H30	H31~
介護 予防 給付	介護予防訪問介護 介護予防通所介護	制度移行による混乱を移行 最小限にした円滑な移行				
総合事業	介護予防 生活支援サ ービス事業	訪問型サービス 通所型サービス (みなし・予防給付相当)	開始	総合事業への移行完了	※29年度は維持	
		訪問型サービス 通所型サービス (小平市独自基準(緩和した基準))	開始			
		訪問型サービス 通所型サービス (住民主体によるサービス(団体への補助))	3月	開始		
		訪問型サービス 通所型サービス (短期集中による予防サービス)	開始			
介護 予防 事業	二次予防事業 (訪問型介護予防事業・通所型 介護予防事業等)	介護予防教室、講座				
	一次予防事業 (介護予防普及啓発事業・地域 介護予防活動支援事業等)	通所型介護予防事業				
総合事業	一般介護 予防事業	介護予防普及啓発事業	気軽に元気アップ介護予防講座の開始、拡充			
		地域介護予防活動支援事業	高齢者交流活動支援事業開始 介護予防リーダー養成開始、他			

多様な選択肢と効果的な介護予防

1-2 小平市における総合事業 平成30年3月までの小平市における総合事業

(訪問型サービス・通所型サービス共通)

- みなし指定の期間については、平成30年3月末をもって終了する。
- 小平市では、平成28年3月より介護予防・日常生活支援総合事業を開始。要支援認定の更新のタイミングで予防給付から総合事業への移行を行った。
- 国が示した訪問型サービスと通所型サービスにおけるみなし指定については、国が標準的に示した平成30年3月末までを採用し、この間は、みなし指定によるサービス提供を可として、予防給付から総合事業への円滑な移行（制度移行による混乱を最小限に）を行った。
- 訪問型サービス、通所型サービスともに、小平独自基準の単位は国が定める上限の93%で設定した。
- 平成28年度より、生活支援ヘルパー養成講座を開始し、訪問型サービスにおける担い手の育成を開始した。
- 平成28年度より一般介護予防事業において、高齢者交流活動支援事業や介護予防リーダー養成講座を開始、介護予防講座や認知症予防講座を充実し、地域における介護予防の取組の充実を図った。

(訪問型サービス)

- 訪問型サービスについては、みなし事業所による訪問型サービス（旧国基準・A1）、新規事業所指定による訪問型サービス（旧国基準・A2、訪問型サービス（小平市独自基準・A2）により、総合事業を開始した。平成29年度4月より、住民主体によるサービス提供団体への補助事業を開始した。

(通所型サービス)

- 通所型サービスについては、みなし事業所による通所型サービス（旧国基準・A5）、新規事業所指定による通所型サービス（旧国基準・A6）、通所型サービス（小平独自基準・A6）により、総合事業を開始した。平成29年度4月より、住民主体によるサービス提供団体への補助事業を開始した。

1-2 小平市における総合事業 令和3年4月以降（第8期）の小平市における総合事業

（訪問型サービス・通所型サービス共通）

- 第8期の国が定める単位の改定に合わせて、総合事業における単位の改定を行う。
- 旧国基準（介護予防訪問・通所介護相当）は訪問型サービス、通所型サービスともに継続する。

（訪問型サービス）

- 旧国基準（介護予防訪問介護相当）のサービス、小平市独自基準（緩和した基準）のサービス、短期集中のサービスを引き続き設定する
- 住民主体によるサービス提供団体への補助事業については、令和3年3月末をもって廃止する→令和6年4月より再開
- 旧国基準のサービス利用は、以下の方を原則とした介護予防ケアマネジメントを行う
 - ①既に旧国基準（介護予防訪問介護相当）のサービスを利用している方で、引き続き旧国基準のサービスが必要な方
 - ②新たにサービス利用する方のうち、認知機能の低下や精神疾患身体介護が必要な状態※等により有資格の訪問介護員によるサービス提供が必要な方

※認知機能の低下

要介護認定における主治医意見書 3-(1)の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上、3-(3)認知症の周辺症状が有、または認定調査における 3-1 意思伝達について 3.ほとんど伝達できない又は 4.できない、3-4 短期記憶について 2.できない、4-7 介護に抵抗することについて 2.ときどきある又は 3.ある、5-3 日常の意思決定について 3.日常的に困難又は 4.できない、のいずれかに該当

※精神疾患

主治医意見書 3-(4) その他精神・神経症状が有

※難病

医師から難病の患者に対する医療費などに関する法律に基づき指定される難病の診断を受けている

※身体介護が必要

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について<老計第10号（平成12年3月17日）>が必要、または要介護認定における主治医意見書 3-(1)の障害高齢者の日常生活自立度がB以上

※その他

介護予防ケアマネジメントにおいて、有資格の訪問介護員によるサービス提供の必要性が認められた方

（通所型サービス）

- 旧国基準（介護予防通所介護相当）のサービス、小平市独自基準（緩和した基準）、住民主体のサービス、短期集中のサービスのサービス類型を引き続き設定する
- 国のガイドラインでは、小平独自基準のサービスは主に、小平独自基準におけるサービス提供に特化したプログラムを想定しているが、曜日や時間を分けての小平独自基準におけるサービス提供が可能な事業所数を増やしていく方針。

1-2 小平市における総合事業 令和6年4月以降（第9期）の小平市における総合事業

（訪問型サービス・通所型サービス共通）

- 第9期の国が定める単位の改定に合わせて、国が定める基準に設定された加算・減算の追加及び改定を行う。
- 旧国基準（介護予防訪問・通所介護相当）は訪問型サービス、通所型サービスともに継続する。
- 市独自基準の単位について、国が定める基準の変更に合わせ（これまで通り国が定める基準の93%の水準で設定）単位の改定を行う。

（訪問型サービス）

- 旧国基準（介護予防訪問介護相当）のサービス、小平市独自基準（緩和した基準）のサービス、短期集中のサービスを引き続き設定し、国が定める基準に合わせ、単位の改定を行う。
- 住民主体によるサービス提供団体への補助事業については、令和6年4月より再開する
- 旧国基準のサービス利用は、以下の方を原則とした介護予防ケアマネジメントを行う
 - ①既に旧国基準（介護予防訪問介護相当）のサービスを利用している方で、引き続き旧国基準のサービスが必要な方
 - ②新たにサービス利用する方のうち、認知機能の低下や精神疾患身体介護が必要な状態※等により有資格の訪問介護員によるサービス提供が必要な方
- 運動機能向上加算を包括化する。

2-1 小平市における総合事業の構成・訪問型サービス（類型）

類型	旧国基準（介護予防訪問介護相当）	市独自基準（緩和した基準）	住民主体	短期集中
サービス内容	有資格の訪問介護員等による身体介護・生活援助	生活援助（老計第10号の範囲内）	交流、体操、運動等の自主的な活動の場の提供	閉じこもり・認知症・口腔機能向上・栄養改善
対象者	原則として要支援1又は2	原則として要支援1又は2	要支援1又は2、	要支援1又は2、事業対象者
	<ul style="list-style-type: none"> 既に訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）のサービスを利用している方で、引き続き、サービス利用が介護予防ケアマネジメントにおいて必要と認められる方 新たにサービス利用する方のうち、認知機能の低下、精神疾患、難病もしくは身体介護（次項参照）が必要な状態等により訪問介護員によるサービス提供が必要な方 	<ul style="list-style-type: none"> 既に訪問型サービスを利用している方のうち小平独自基準のサービスを希望し、介護予防ケアマネジメントにおいて利用が適当と認められる方 新たにサービス利用する方（介護予防訪問介護相当の利用対象者を除く） 	補助対象団体がサービスの提供を行うこと決定した方	保健医療専門職の訪問による支援が必要な方
利用頻度	要支援1 週1回程度 要支援2 週2回程度	要支援1 週1回程度 要支援2 週2回程度	おおむね週に1回以上	月2回で3か月間計6回
サービス提供主体	指定事業者	指定事業者	補助対象団体	委託事業者
基準	旧介護予防訪問介護の基準に準じる	旧介護予防訪問介護の基準を緩和した基準	個人情報保護等の基準を順守し、地域包括支援センターと連携を行う非営利の団体	
サービス提供者	訪問介護事業所の訪問介護員	訪問介護事業所の訪問介護員 訪問介護事業所の市研修修了者	ボランティア	委託事業所の保健医療専門職
利用者負担	原則1割負担（一定以上所得の方は2割、3割）	原則1割負担（一定以上所得の方は2割、3割）	補助対象団体が定める負担	なし
マネジメント	ケアマネジメントA	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	ケアマネジメントA
支払	国保連合会経由で審査・支払	国保連合会経由で審査・支払	団体への補助	委託費
サービス単価（サービスコード参照のこと）	週1回程度 287単位/回 ※週1回程度における請求の上限1,176単位 週2回程度 287単位/回 ※週2回程度における請求の上限2,349単位 週3回程度 287単位/回 ※週3回程度における請求の上限3,727単位	週1回程度 266単位/回 ※週1回程度における請求の上限1,093単位 週2回程度 266単位/回 ※週2回程度における請求の上限2,184単位 週3回程度 266単位/回 ※週3回程度における請求の上限3,466単位	対象者1人につき月1,000円 ただし、1団体につき10,000円を上限	—
加算単位	国が定める単価に準じる	単位は国が定める単価の93%の水準 初回、処遇改善、特定処遇改善、ベースアップ	—	—

2-1 小平市における総合事業の構成・訪問型サービス（身体介護と生活援助）

訪問型サービスにおいて提供されるサービスが、身体介護に該当するかどうかの判断基準は、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について<老計第10号（平成12年3月17日）>」によることとします。

なお、同居家族がいる場合の訪問型サービス提供については、Q48（高齢者支援課給付指導担当）にご確認ください。

身体介護

定義

身体介護とは、(1)利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、(2)利用者の日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のために利用者と共にを行う自立支援のためのサービス、(3)その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要※となる行為であるということができる。）

内容

- ・サービスの準備・記録等
- ・排せつ・食事介助
- ・清拭・入浴、身体整容
- ・体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- ・起床及び就寝介助
- ・服薬介助
- ・自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

生活援助

定義

家事援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（家事援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということができる。）

内容

- ・サービス準備等
- ・掃除
- ・洗濯
- ・ベッドメイク
- ・衣類の整理・被服の補修
- ・一般的な調理、配下膳
- ・買い物・薬の受け取り

2-1 小平市における総合事業の構成・訪問型サービス（自立生活支援のための見守りの援助について）

平成30年3月30日老振発0330第2号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について

＜改正後訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について＜老計第10号（平成12年3月17日）より抜粋＞

1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

- ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
- 認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
- 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
- 認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
- 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

2-2 小平市における総合事業の構成・通所型サービス（類型）

類型	旧国基準（介護予防通所介護相当）	市独自基準（緩和した基準）	住民主体	短期集中
サービス内容	従来の介護予防通所介護の人員と施設基準に基づくサービス。	従来の介護予防通所介護における人員と施設基準を緩和した基準におけるサービス	交流、体操、運動等の自主的な活動の場の提供	4か月程度の短期間で集中的に行う運動器の機能向上
対象者	原則として要支援1又は2	原則として要支援1又は2	要支援1又は2、事業対象者	要支援1又は2、事業対象者
	サービス利用が介護予防ケアマネジメントにおいて必要と認められる方	介護予防ケアマネジメントにおいて利用が適当と認められる方	補助対象団体がサービスの提供を行うこと決定した方	4か月程度の短期間で集中的に行う運動器の機能向上において効果が見込まれる方
利用頻度	要支援1 週1回程度 要支援2 週1回程度、2回程度	要支援1 週1回程度 要支援2 週1回程度、2回程度	おおむね週に1回以上	週1回、全15回
サービス提供主体	指定事業者	指定事業者	補助対象団体	委託事業者
基準	旧介護予防通所介護の基準に準じる	旧介護予防通所介護の施設基準と人員基準を緩和した基準	個人情報の保護等の基準を順守し、地域包括支援センターと連携を行う非営利の団体	
サービス提供者	通所介護事業所の従事者	通所介護事業所の従事者	ボランティア	委託事業所の保健医療専門職
利用者負担	原則1割負担（一定以上所得の方は2割、3割）	原則1割負担（一定以上所得の方は2割、3割）	補助対象団体が定める負担	1コース2,250円
マネジメント	ケアマネジメントA	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	ケアマネジメントA
支払	国保連合会経由で審査・支払	国保連合会経由で審査・支払	団体への補助	委託費
サービス単価（サービスコード参照のこと）	週1回程度 <u>436単位/回</u> ※週1回程度における請求の上限1,798単位 週2回程度 <u>447単位/回</u> ※週2回程度における請求の上限3,621単位	週1回程度 <u>405単位/回</u> ※週1回程度における請求の上限1,672単位 週2回程度 <u>415単位/回</u> ※週2回程度における請求の上限3,367単位	対象者1人につき月1,000円 ただし、1団体につき10,000円を上限	—
加算単位等	国が定める単価に準じる	単位は国が定める単価の93%の水準	—	—

2-3 小平市における総合事業の構成・サービスの併用について（訪問型サービス・通所型サービス共通）

		訪問型サービス			通所型サービス				一般介護 予防事業
		旧国基準	市独自基準 (共生型含)	短期集中	旧国基準	市独自基準 (共生型含)	住民主体	短期集中	
訪問型 サービス	旧国基準		×	×	○	○	○	○	○
	市独自基準 (共生型含)	×		×	○	○	○	○	○
	短期集中	×	×		○	○	○	○	○
通所型 サービス	旧国基準	○	○	○		×	○	×	○
	市独自基準 (共生型含)	○	○	○	×		○	×	○
	住民主体	○	○	○	○	○		○	○
	短期集中	○	○	○	×	×	○		○
一般介護予防事業		○	○		○	○	○	○	

2-4 事業対象者のサービス利用についての考え方

サービス利用に当たっての客観的で公平・中立な視点で要支援相当であることを確認し、ケアマネジメントにおける医学的な視点を確保するため、継続的な指定型のサービス（旧国基準サービスと小平独自基準サービス）の利用が介護予防ケアマネジメントにおいて認められる場合については、原則として要支援認定手続きを経るものとする。

ただし、継続的に指定型のサービスの利用が見込まれる場合でも、主治医がおらず要支援認定の申請までに時間を要する間のサービス開始を迅速に行う必要があることが介護予防ケアマネジメントにおいて認められる場合や、要支援認定において非該当となったが、指定型のサービス提供を直ちに中止することが、利用者の生活の質を著しく低下させる恐れがある、かつ要介護認定の再申請を行うことが想定される場合等は、介護予防ケアマネジメントにおいて必要と認められる期間において基本チェックリストにより事業対象者に該当した方への指定型のサービス提供を認めるものとする。

○国：「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1月9日版】

問 要介護認定等申請において非該当（自立）と判定された後に、基本チェックリストの結果によりサービス事業対象者に該当した場合は、サービス事業を利用することは可能か。

答 総合事業における介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、従来の要支援者に相当する者であり、要支援認定を受けた者のほかに、基本チェックリストにより事業対象者に該当した者（介護予防・生活支援サービス事業対象者）のいずれかとしている。

ガイドライン案P72では「非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象者とすることができる」としており、要支援認定申請の結果が非該当であったとしても、基本チェックリストの結果が「事業対象者に該当する基準」の一つでも該当した場合は、介護予防ケアマネジメントによって、地域で役割を持てる生活を目指して、「心身機能」だけでなく、「活動」や「参加」にもバランス良く働きかける介護予防に資するサービス等の利用につなぐことができると考えている。

○国：「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9月30日版】

問 基本チェックリスト該当者は、要支援1・2の認定者よりも心身の状態が軽度の者が含まれると考えられ、基本チェックリスト該当者に既存の訪問介護・通所介護相当のサービスの利用を認めると、結果的に利用者拡大、費用拡大につながる恐れがある。そこで、既存の訪問介護・通所介護相当のサービスの利用を要支援1・2の認定者に限定することは可能か。また、それが不可能な場合、介護予防ケアマネジメントの中で多様なサービスへ移行あるいは中止することに（法的な）強制力はあるか。

答 介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、従来の要支援者に相当する者であり、要支援者のほかに基本チェックリストにより事業対象者に該当した者（介護予防・生活支援サービス事業対象者）を対象とする理由は、訪問型サービス等について簡便に迅速なサービス利用を可能にするためであり、要支援より軽度の者まで対象にすることは想定していないこと等から、利用者の拡大や費用の拡大につながるとは考えていない。また、今回の見直しでは、予防給付と同様に、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントを通じ、利用者の意向や状態等に応じた支援につなげていくこととしている。したがって、現行の介護予防訪問介護、介護予防通所介護に相当するサービスの利用を要支援者に限定し、介護予防・生活支援サービス事業対象者の利用を制限することは不適切である。

なお、介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターは、利用者の意向や状態等に応じて専門的視点から支援を行う必要があり、サービスの利用の流れの違いを理由に一律に利用可能なサービスを制限するのではなく、ガイドライン案P23にもあるとおり、「新しく事業の対象となる要支援者等については、自らの能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促す」ことに留意しつつ、サービスの効果等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービス利用につなげることが重要である。

2-5 小平市独自基準共生型サービスについて

令和元年10月より、小平市介護予防・日常生活支援事業において、共生型サービスを設定します。サービスの詳細は、下記に定める以外は介護給付における共生型サービスの取り扱いに準じます。

○市独自基準共生型訪問型サービス

指定基準…介護給付における訪問介護における共生型サービス指定基準と同様。

単位設定…旧国基準の93/100（市独自基準訪問型サービスと同じ）

○市独自基準共生型通所型サービス

指定基準…介護給付における通所介護における共生型サービス指定基準と同様。

ただし指定児童発達支援事業所及び指定放課後等デイサービス事業所における共生型サービスは実施しない。

単位設定…旧国基準の93/100（市独自基準訪問型サービスと同じ）

生活相談員配置加算 設定しない

※事業所指定の申請については、高齢者支援課給付指導担当にお問い合わせください。

3-1 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について（類型）

介護予防ケアマネジメントとは・・・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

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）	
<ul style="list-style-type: none"> ・旧国基準（訪問型、通所型） ・市独自基準のサービス（訪問型、通所型） ・短期集中のサービス（訪問型、通所型） 	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 → ケアプランの交付 → 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）	
<ul style="list-style-type: none"> ・委託型のサービス（平成30年度～小平市においては実施予定なし） 	→ 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 → 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）	
<ul style="list-style-type: none"> ・住民主体のサービス（訪問型、通所型） 	→ 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 → サービス利用開始

参考：老振発 0605 第1号介護予防・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の実施及び介護予防手帳の活用について

介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	要支援1・2の認定者	事業対象者、要支援1・2の認定者
利用できるサービス	予防給付 予防給付＋総合事業	総合事業のみ
実施方法	地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施	地域包括支援センターが市から業務委託により実施
委託	居宅介護支援事業所への一部委託が可能	ケアマネジメントAについては、居宅介護支援事業所への一部委託が可能
居宅介護支援事業所の 逓減制	対象となる（受託1件当たり1/2換算）	対象とならない

3-2 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について

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り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等、「心身機能」「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。【国：地域支援事業実施要綱】

【基本的な流れ】

(1)相談 → (2)対象者要件の確認 → (3)契約 → (4)介護予防ケアマネジメント開始届の提出 →

(5)介護予防ケアマネジメント

①アセスメント→ ②介護予防ケアプラン原案作成→③サービス担当者会議→④介護予防ケアプラン原案の説明・同意→

⑤介護予防ケアプランの確定・交付・個別サービス計画の確認→⑥給付管理→⑦モニタリング→⑧評価（リ・アセスメント）→

⑨(介護予防ケアプランの修正)→②へ

(1)相談

地域包括支援センターでは、被保険者本人・家族からの相談を受け付けます。相談受付時は、被保険者から相談の目的や希望するサービス等を聴き取り、必要に応じてサービス事業や要介護認定等の申請、一般介護予防事業などの制度について説明し、必要な手続きにつなぎます。

サービス事業利用のための手続は、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場合（入院中、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）は、電話や家族の来所による相談のほか、必要に応じて被保険者の居宅を訪問し、本人の状況や相談の目的等

を聴き取ります。(総合相談支援業務)

- ①聴き取り…相談の主訴、心身の状況、家庭や住居の環境、利用を希望するサービス、要介護（要支援）認定の有無などを聴き取る
- ②課題把握…抱えている課題は何か、現在どのような状態→どのような状態になることを望んでいるのか、を正確に把握する
- ③説明…②に応じて介護保険制度、市自立支援事業、一般介護予防事業、その他地域資源について説明する
- ④つなぐ…③に応じて、要介護認定等の各種申請、関係機関窓口への照会と情報提供、その他地域資源の利用方法の案内等を行う

(2) 対象者要件の確認

- ①被保険者証、負担割合証の確認
- ②要介護（要支援）認定による、要件の確認
- ③基本チェックリストによる要件の確認 ※2-3 事業対象者のサービス利用についての考え方を参照

(3) 契約

生活支援・介護予防サービス事業においては、指定介護予防支援と同様に、ケアマネジメントに基づいてサービス事業の内容等を決定していくことから、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（委託された居宅介護支援事業者）においては、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得ていただいた上で、ケアマネジメントを開始します。

- ①重要事項の説明…地域包括支援センターは、第1号介護予防支援事業に関する「重要事項説明書」をもとに説明を行い、利用者の同意を得たうえで「重要事項説明書」2通に利用者本人の署名押印をもらい、説明者が署名押印した上で、1通を利用者、1通は地域包括支援センターで保管してください。
- ②契約締結…業務内容について説明し、契約書に利用者の署名、押印を受けてください。その際、個人情報の利用に関する同意、要介護認定等の情報提供に係る同意を得るための書類にも利用者の署名、押印を受けてください。
- ③関係書類の準備…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届出書等の書類の準備を行ってください。

(4) 介護予防ケアマネジメント開始届の提出

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届出書を高齢者支援課に提出してください。

(5) 介護予防ケアマネジメント ①アセスメント

ア 本人との面接による聴き取り等を通じて行います。必要な個人情報の収集を行う際には、利用者等へ目的をわかりやすく説明し、同意を得る必要があります。

- イ 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの実現あたっては、利用者の主体的な取り組みが不可欠です。利用者に対して課題に対する目標と具体策を示し、主体的な取り組みを引き出して合意のプロセスを進めてください。
- ウ 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、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必要があります。
- エ 介護予防ケアプラン作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、セルフケア、同居家族の協力や、近隣者の見守りや支えなどのインフォーマルサービスを積極的に活用することが重要です。
- オ 利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目しアセスメントする必要があります。

(5) 介護予防ケアマネジメント ②介護予防ケアプラン原案作成

- ア サービスの選択においては、ケアマネジメント実施者の個人的な考えに左右されない、公平・中立な観点で広く情報提供を行う必要があります。事業所の情報のみならず、地域資源についての情報収集を日常から行っておく必要があります。
- イ 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が基本となります。利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスを提供することのないよう配慮します。
- ウ 短期目標の到達時期等を勘案し、認定の有効期間にとらわれず、適切な評価時期を設定してください。
- エ 効率化と利用者負担の軽減のために、相談からアセスメント、ケアプラン作成までの行程を、初回の相談及び契約のための訪問と合わせて実施することは可能です。

(5) 介護予防ケアマネジメント ③サービス担当者会議

- ア サービス担当者会議は、介護予防プラン原案に位置づけられたサービスの調整会議ではなく、設定された目標や課題に対し、チームアプローチを行うための役割分担を行うものです。
- イ 会議はケアマネジメント担当者が主導し、目標の達成や課題の解決について主体的に取り組めるよう、利用者、家族に対してわかりやすい言葉で説明します。
- ウ 会議の内容は、支援経過記録に記載します。
- エ 会議の開催は、上記の目的が最も達成できる場所で開催します。
- オ 新規申請、変更・更新申請の場合も会議は必要ですが、軽微な変更の場合には開催を省略することが可能です。

(5) 介護予防ケアマネジメント ④介護予防ケアプラン原案の説明・同意

- ア 利用者へ介護予防プラン原案を提示し、同意欄に署名と押印を受けます。

イ ケアプランCについては、私の介護予防計画を自書してもらい、地域包括支援センターにおいて署名を行います。

(5) 介護予防ケアマネジメント ⑤介護予防ケアプランの確定・交付・個別サービス計画の確認

ア 確定した介護予防・支援計画書等の関係書類を当該利用者及び指定事業者等の関係者に交付します。

イ 事業所におけるサービス提供の目的や、個別サービス計画における位置づけについて共通理解が図られるよう注意します。

ウ 事業所から個別サービス計画の提出を受け、介護予防ケアプランとの整合性と連動性を確認します。

(5) 介護予防ケアマネジメント ⑥給付管理

ア サービス事業者に対して、サービスの実施状況等に関する報告を月に1回求め、必要に応じて実績の修正を行います。

イ サービス利用実績に基づき給付管理票を作成します。

(5) 介護予防ケアマネジメント ⑦モニタリング

ア 介護予防ケアプランの実施状況を確認します。

イ 介護予防ケアプランに基いて、サービスの提供と目標の達成がなされているかどうか確認します。

ウ 利用者の身体状況、生活環境、家族状況などに変化がないか確認します。

エ 目標の達成状況等から適切であるかどうか確認し、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題がないかを確認します。

オ 利用者の課題に向けた取組状況等の把握のため、事業所と連携を取ります。

カ 3 か月に1回は自宅訪問を行ってください。訪問しない月についても、電話などの何らかの方法で利用者の状況を把握し記録に残します。

(5) 介護予防ケアマネジメント ⑧評価（リ・アセスメント）

ア 介護予防ケアプランに基づく評価月で評価を行います。

イ 介護予防ケアプランに基づく評価月以外でも、新たな課題の発生、状態の変化、課題の解決などがある場合はその都度評価を行います。

ウ ケアプランの作成から3～6か月で評価を行い支援経過記録に記載するとともに、必要な場合には介護予防ケアプランの変更を行います。

エ 利用者の身体状況に著しい変化がある場合は、要介護認定の区分変更申請の検討や主治医との連携を行います。

(5) 介護予防ケアマネジメント ⑨介護予防ケアプランの修正

ア 評価の結果に応じて、介護予防ケアプランを見直します。

3-3 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・訪問型サービス

介護予防ケアマネジメントを通じて必要な支援の内容を決定するにあたり、介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービス（旧国基準型）の利用については、サービス利用対象者の状態像によっての対象者を明確化し、サービス利用の客観性・中立性・公平性を確保します。

介護予防ケアプランの新規作成時と見直し時に、「訪問型サービス（旧国基準）の対象者」に基づく、訪問型サービス利用の必要性の確認を行います。

訪問型サービス（旧国基準）の対象者

- ①既に旧国基準（介護予防訪問介護相当）のサービスを利用している方で、引き続き旧国基準（介護予防訪問介護相当のサービスが必要な方
- ②新たにサービス利用する方のうち、認知機能の低下や精神疾患、身体介護が必要な状態※等により有資格の訪問介護員によるサービス提供が必要な方

※認知機能の低下

要介護認定における主治医意見書3-(1)の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上、3-(3)認知症の周辺症状が有、または認定調査における3-1意思伝達について3.ほとんど伝達できない又は4.できない、3-4短期記憶について2.できない、4-7介護に抵抗することについて2.ときどきある又は3.ある、5-3日常の意思決定について3.日常的に困難又は4.できない、のいずれかに該当

※精神疾患

主治医意見書3-(4)その他精神・神経症状が有

※難病

医師から難病の患者に対する医療費などに関する法律に基づき指定される難病の診断を受けている

※身体介護が必要

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について<老計第10号（平成12年3月17日）>が必要、または要介護認定における主治医意見書3-(1)の障害高齢者の日常生活自立度がB以上

※その他

介護予防ケアマネジメントにおいて、有資格の訪問介護員によるサービス提供の必要性が認められた方

3-4 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・通所型サービス（短期集中）

生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムである、体力回復らくらく教室（通所型サービスC）については、以下の点に留意し、介護予防ケアマネジメント実施すること。

1 対象者

3～4ヶ月間の集中的なプログラムの実施による生活機能を改善するための運動器の機能向上が、利用者の課題解決と目標の達成に有効と認められる方で、プログラムの終了後は自主的な取組みにより生活機能の維持が見込まれる65歳以上の要支援認定者、または事業対象者。

- ＜参加対象者像＞
- (1) 短期間で運動機能が向上する見込みがあり、本人にも意欲がある方
 - (2) 集団での運動指導が効果的に行うことができ、終了後は一般介護予防の利用を目指せる方
 - (3) 廃用性症候群の方、または閉じこもりの方
 - (4) 急性増悪疾患がない方
 - (5) 健康上、運動実践が可能な方で、疾患などがある場合は医師の指示がある方

2 コース内容

- ・ 全15回（週1回、約4ヶ月間）1回90分、利用者負担1回150円（1コース2,250円）
- ・ プログラムは、椅子を使っての運動、足の筋力トレーニング、転倒予防のためのバランス体操、口腔機能向上や低栄養防止の講話等
- ・ 自宅から会場までの送迎あり

3 評価（リアセスメント）

プログラムの終了を踏まえた評価を行います。運動機能の向上度合いだけでなく、運動機能の向上による利用者それぞれの生活環境における機能改善となったか、またそれを維持するための課題と目標は何かをアセスメントすること。

4 教室終了後

- ア 原則として、プログラム終了後の通所型サービス（旧国基準、小平独自基準）の利用は認めません。
- イ 継続して通所型サービス（旧国基準、小平独自基準）の利用を介護予防ケアプランに位置づける場合は、再度アセスメントを行い、4ヶ月間のプログラム実施後の課題の把握と目標の設定を行うこと。
- ウ 継続して通所型サービス（旧国基準、小平独自基準）の利用を介護予防ケアプランに位置づける場合は、短期目標の到達時期を適切に設定し、最長で3か月以内に評価を行うこと。

3-5 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・訪問型サービス（短期集中）

看護師や理学療法士等が、主治医等関係機関と連携を図りながら、閉じこもりやうつ予防のほか掃除や買い物などのADL・IADLの回復を目指す短期集中訪問型サービス（訪問型サービスC）については、以下の点に留意すること。

1 対象者

- ア 看護師の訪問…訪問による3ヶ月間程度（最長6カ月）の集中的なプログラム（月に2回、計6回を標準）の実施により、主に心理的要因および環境要因に起因する閉じこもり状態の改善が、利用者の課題解決と目標の達成に有効と認められる方で、プログラムの終了後も主体的な取り組みにより閉じこもり状態の改善およびADL・IADLの向上が見込まれる要支援認定、または事業対象者。
- イ 理学療法士等の訪問…訪問による3ヶ月間の集中的なプログラム（月に2回、計6回を標準）の実施により、主に身体的要因および環境要因に起因する閉じこもり状態の改善および生活活動動作の向上が、利用者の課題解決と目標の達成に有効と認められる方で、プログラムの終了後は自主的な取り組みにより閉じこもり状態の改善および、ADL・IADLの維持が見込まれる方要支援認定、または事業対象者。

2 評価（リアセメント）

プログラムの終了を踏まえた評価を行います。利用者それぞれのADL・IADLの向上、またはひきこもり状態の改善となったか、またそれを維持するための課題と目標は何かをアセスメントすること。閉じこもり状態の改善の指標として、基本チェックリストのNo.1～5、16～17、21～25を参考とすること。

3 利用事例

- ・脊柱管狭窄症（要支援2）で、医療におけるリハビリ終了後、近隣の店舗へ買い物に行けるかどうか不安だったため、理学療法士が当該店舗までの歩行についての指導と助言を実際の買い物ルートにおいて実践。サービス終了後、同中の不安の解消、危険個所の確認が行え、安全に買い物が行えるようになった。
- ・夫の死去により、娘がいる小平市へ転入したが、知らない土地であるため不安が強く、心療内科の通院に至った。看護師が話を聞きながら、地域の情報を伝えることで、閉じこもりが解消し介護保険の申請につながった。

4 地域リハビリテーション活動支援事業、訪問リハビリテーション（介護保険）との違い

- ア 地域リハビリテーション活動支援事業は、要支援認定者または事業対象者の認定は不要で、要介護認定者も対象
- イ 個別の短期目標の設定の妥当性（身体的、環境的な安全性の確認等）、1回の理学療法士の指導、助言、身体状況、環境確認が必要な場合は地域リハビリテーション活動支援事業を利用すること。

3-6 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）について・地域リハビリテーション活動支援事業（一般介護予防事業）

リハビリテーション専門職が高齢者個人宅へ訪問し、生活動作の評価、リハビリ指導を行う地域リハビリテーション活動支援事業については、以下の点に留意すること。

1 対象者

- ・地域包括支援センターが支援、またはケアマネジャーがケアマネジメントを行っているもののうち、リハビリテーション専門職の関与がないが、身体的・環境的な指導、助言が必要な方
- ・サービス担当者会議や、生活環境の確認、住宅環境の改善相談において、リハビリテーション専門職の関与が必要な方

2 利用事例

- ・両変形性膝関節症（要支援1）、理学療法士が生活動作の評価・指導をサービス担当者会議において行い、手すり返却について検討
- ・パーキンソン病（要介護4）、理学療法士の訪問による自宅でできるリハビリメニューの提案
- ・筋力低下（要介護2）、理学療法士による身体機能評価と環境整備と入浴方法への助言

3 訪問型サービス（短期集中）との違い

ア 訪問型サービス（短期集中）の対象者は、要支援認定または事業対象者

イ 短期目標のうちの個別の課題達成において、3か月程度の集中的なリハビリテーション専門職の助言、指導が必要な場合は訪問型サービス（短期集中）を利用すること。

ウ 閉じこもりが主な要因で、通所サービス等の利用ができていない場合は、看護師による訪問型サービス（短期集中）を検討すること。

※地域リハビリテーション活動支援事業…リハビリテーション専門職が、地域包括支援センターと連携しながら、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、通所介護事業所、住民運営の通いの場で介護予防の取組を総合的に支援することで、地域における介護予防の取り組みの強化に資することを目的とし、地域包括支援センターからの依頼により、（1）事例対応、事業実施についての地域包括支援センターへの助言（2）高齢者個人宅へ訪問し、生活動作の評価、リハビリ指導（3）地域ケア会議、サービス担当者会議への出席（4）通所介護事業所、住民運営の通いの場への助言を行う事業。

3-7 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について

1 委託の範囲

小平市においては、介護予防ケアマネジメントについては、ケアマネジメントAのみを委託可能とします。ケアマネジメントB、ケアマネジメントCについては委託を認めません。

内容	委託の可否	委託にあたっての留意点
利用申し込みの受け付け	×	
対象者要件の確認	×	
利用者との契約	×	介護予防ケアマネジメントの委託についての同意を得ること
アセスメント	○	利用者の基本情報、必要な情報、介護予防ケアマネジメントの手引についての情報提供を行うこと
介護予防ケアプラン原案作成	○	原案が妥当なものかどうかを確認すること
サービス担当者会議の開催	○	
サービス担当者会議	○	引き継ぎの必要なケース等、必要に応じて会議に参加すること
介護予防ケアプラン原案の説明・同意	○	
介護予防ケアプランの確定・交付	○	
個別サービス計画の確認	○	
モニタリング	○	少なくとも6か月に1回はモニタリング結果の報告を受けること
評価（リ・アセスメント）	○	必要に応じて、ケアプランの修正について検討すること

2 介護予防ケアマネジメント設定単位

種類	サービスの内容	単位	委託料支払額	
			委託先	包括
ケアマネジメントA	原則的なケアマネジメント費の基本報酬	442 単位	4,396 円	488 円
ケアマネジメントA・初回	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算	742 単位	7,380 円	819 円
ケアマネジメントA・委託連携	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算	742 単位	7,380 円	819 円
ケアマネジメントA・初回・委託連携	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算+委託連携加算	1,042 単位	10,364 円	1,150 円
ケアマネジメントA・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	438 単位	4,355 円	484 円

ケアマネジメントA・初回・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	738 単位	7,339 円	815 円
ケアマネジメントA・委託連携・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	738 単位	7,339 円	815 円
ケアマネジメントA・初回・委託連携・虐待防止減算	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算+委託連携加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	1,038 単位	10,323 円	1,146 円
ケアマネジメントB	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬	400 単位	3,978 円	442 円
ケアマネジメントB・初回	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+初回加算	700 単位	6,962 円	773 円
ケアマネジメントB・虐待防止減算	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	396 単位	3,938 円	437 円
ケアマネジメントB・初回・虐待防止減算	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬+初回加算+高齢者虐待防止措置未実施減算	696 単位	6,922 円	768 円
ケアマネジメントC	初回のみケアマネジメント費の基本報酬	200 単位	1,989 円	221 円
ケアマネジメントC・虐待防止減算	初回のみケアマネジメント費の基本報酬+高齢者虐待防止措置未実施減算	198 単位	1,968 円	219 円

3-7 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託について

3 留意事項

- ・委託事業所の選定にあたっては、市の介護・高齢者福祉行政の一翼を担う「公共機関」であることから、公正かつ中立性に疑いがもたれないよう注意すること。
- ・ただし、要介護認定者が要支援となった場合や、市外居住者の介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）・介護予防支援の委託については、ケアマネジメントの実施者が変更しないことによる利益を尊重して、委託事業所を選定すること。
- ・委託を行った際には、台帳への記録及び進行管理を行うこと。
- ・新規に委託を行う場合は、介護予防支援・第1号介護予防支援 委託（変更）届出書により届出を行うこと。