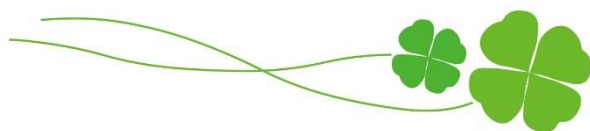




介護予防・日常生活支援総合事業 における

介護予防ケアマネジメント マニュアル



令和6年4月 改訂

八尾市健康福祉部高齢介護課

はじめに

高齢者あんしんセンター（八尾市地域包括支援センター）をはじめとした介護予防・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に関わる皆さんが適切に事業を実施するにあたり、制度理解の助けとなるよう本マニュアルを作成しました。

もくじ

1	八尾市における介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	
(1)	背景と目的	3
(2)	現状と課題	3
(3)	事業の方向性	3
(4)	事業の構成	4
	ア．訪問型サービスの概要	5
	イ．通所型サービスの概要	6
	ウ．サービスの併用について	8
**	（Q&A）総合事業の制度について**	9
2	介護予防・生活支援サービス事業の対象者について	
(1)	対象者	10
(2)	利用できるサービス	11
(3)	新規利用の流れ	13
(4)	継続利用の流れ	14
**	（Q&A）介護予防・生活支援サービス事業の対象者について**	16
3	介護予防ケアマネジメントについて	
(1)	概要	17
(2)	実施上の留意事項	18
(3)	類型	20
(4)	流れ	21
(5)	実施のポイント	23
(6)	指定居宅介護支援事業所への一部委託について	27
(7)	委託料について	29
**	（Q&A）介護予防ケアマネジメントについて**	32
**	介護予防ケアマネジメント・多様なサービス関連資料**	34
4	関係様式	
	（別冊） 関係様式集	

1 八尾市における介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

（1）背景と目的

団塊の世代の人が75歳以上となる2025年、更にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向け、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる仕組みが求められる中、総合事業については、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により、地域の支え合いの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を可能とすることを目指します。

（2）現状と課題

介護人材の確保

人口推移の予測から、高齢者人口の増加に伴う要支援・要介護者数の増加、また高齢者の単身・夫婦のみ世帯の増加により、生活支援ニーズが高まるとともに介護人材の不足が見込まれ、ICTやロボットの活用による業務の効率化の取り組みを進めていく必要があります。

健康づくりの推進

「健康づくりの推進」は本市のまちづくり基本方針の一つであり、自立に向けた介護予防の充実や適正なケアマネジメントを進めていく必要があります。

災害や感染症対策に係る体制の整備

災害や感染症などの危機発生時に、継続したサービスを提供するための仕組みづくりが必要です。

地域共生社会の実現

本市では、高齢者が抱える課題が複雑化・複合化するなかで、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人が世代や分野を超え、地域をともに創っていく「地域共生社会」をまちづくりの柱として重点的に取り組みを推進する必要があります。

（3）事業の方向性

【方策1 元気な高齢者が住み慣れた地域で健康に暮らせるために】

～在宅における自立生活を送るための自立支援の推進～

- ・虚弱な高齢者に対し、理学療法士や保健師、栄養士等の専門職による指導・助言により居宅において機能回復訓練等を行うことにより、身体および生活改善を図る等、在宅における自立支援を進めていきます。

【方策2 利用者が選択できる仕組みとしての新たなサービスの創設と新たな福祉人材の確保】

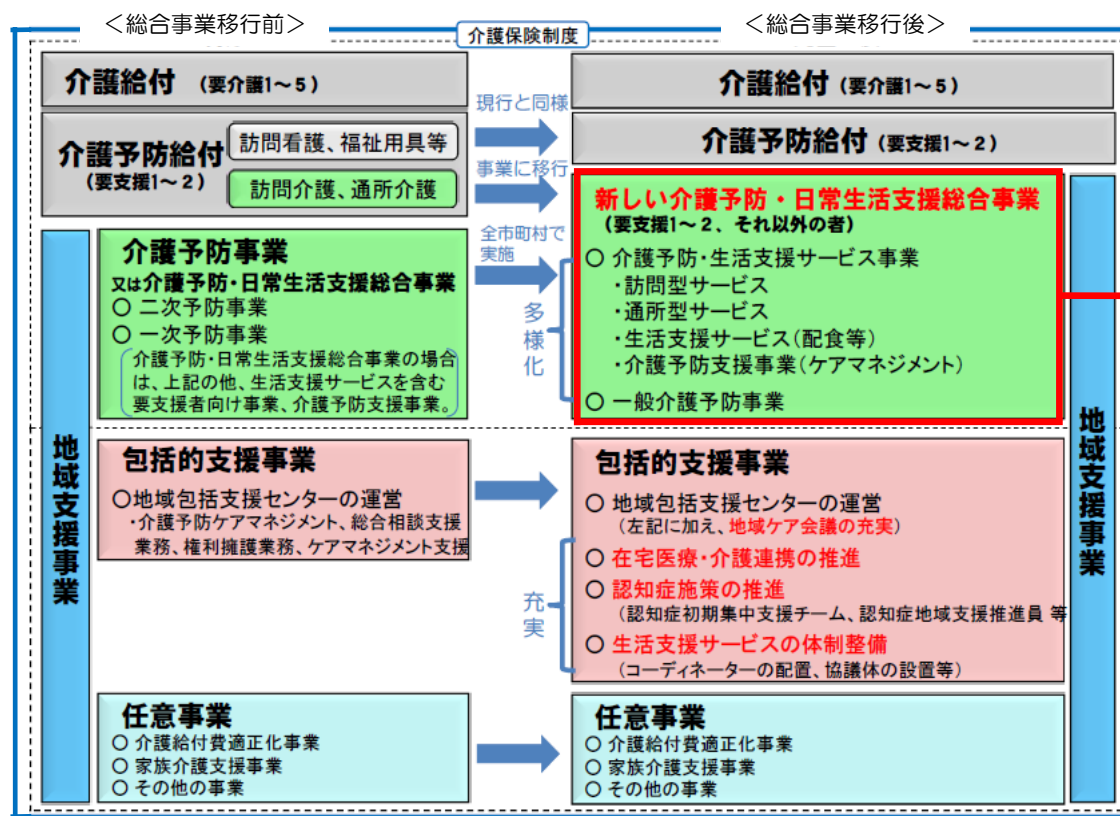
～多様な生活支援サービス（訪問型サービス）の整備・創設～

- ・身体介護を必要としない人を対象とする生活援助サービスなど多様なサービスを提供し、利用者が必要なサービスを選択できる仕組みを作ります。
- ・新たなサービスに向けた資格取得研修等を通じて、福祉分野で働くきっかけづくりと福祉現場で働き続ける意欲を高めることにより、福祉人材の確保を目指します。
- ・高齢者の増加に伴い、介護サービス利用者の増加が想定される中、新しいサービスの創設に合わせ、新たな介護の担い手を養成し、その後に介護施設等における専門的介護の担い手へステップアップできる仕組みを作ります。

【方策3 地域における高齢者の居場所等の環境づくり】

- ・地域活動が非常に有効な介護予防であることに着目し、中期的な展望の中、本市における地域活動等の推進とともに、高齢者の通いの場や居場所等の確保、また活躍できる場など、高齢者が安心して地域で活動できる環境づくりに向けて検討します。

(4) 事業の構成



（厚生労働省資料を加工して作成）

介護予防・日常生活支援総合事業

○介護予防・生活支援サービス事業

- ①指定相当訪問型サービス（従前相当）
- ②訪問型サービス（基準緩和）
- ③訪問型サービス（シルバー人材センター）
- ④指定相当通所型サービス（従前相当）
- ⑤通所型サービス（街かどデイハウス）
- ⑥通所型サービス（短期集中）
 - ・短期集中トレーニングPLUS 教室

○一般介護予防事業

- ①自主活動支援（河内音頭健康体操、ノルディックウォーキング、わかわかごぼうトレーニング）
- ②介護予防教室（みんなの認知症予防教室など）

ア. 訪問型サービスの概要

類型	①指定相当訪問型サービス (従前相当)	②訪問型サービス (基準緩和)	③訪問型サービス (シルバー人材センター)
概要	介護予防訪問介護に相当するサービスで、有資格の訪問介護員等による身体介護・生活援助	本市が実施する「生活援助サービス従事者研修」を修了した従業者等による生活援助	シルバー人材センターの会員による生活援助
目的	○要支援状態の維持・改善 ○要介護状態になることの予防	○生活の質の確保・向上	○生活の質の確保・向上
サービス内容	○訪問介護員による身体介護・生活援助	○研修修了者等による調理・掃除・買物・洗濯等の生活援助 (老計第10号の範囲内[P7参照])	○会員による調理・掃除・洗濯等の生活援助 (老計第10号の範囲内[P7参照]) ※買物、薬の受け取りは除く
対象者	要支援1または2 ○身体介護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人 (②③の利用対象者を除く)	要支援1または2、事業対象者 ○すでに他の訪問型サービスを利用している人のうち変更を希望する人 ○新たにサービス利用する人 (①③の利用対象者を除く)	要支援1または2、事業対象者 ○すでに他の訪問型サービスを利用している人のうち変更を希望する人 ○新たにサービス利用する人 (①②の利用対象者を除く)
利用頻度	要支援1 週1回程度、2回程度 要支援2 週1回程度、2回程度 2回超	要支援1 週1回程度、2回程度 要支援2 週1回程度、2回程度 2回超 事業対象者 週1回程度、2回程度	要支援1 週1回、2回 要支援2 週1回、2回 事業対象者 週1回、2回
サービス提供主体	指定介護保険サービス事業者	指定介護保険サービス事業者 (社会福祉法人で指定相当訪問型サービスを実施している等の指定基準あり)	シルバー人材センター
基準	従前の介護予防訪問介護と同じ (訪問介護サービスと一体的に提供できること)	○サービス提供者の資格要件等の人員基準を緩和 ○サービス計画の作成にかかる運営基準を一部緩和	市が定める基準に基づく
サービス提供者	訪問介護員 (介護福祉士または介護職員初任者研修修了者等)	本市が実施する生活援助サービス従事者研修修了者 (訪問介護員も可)	シルバー人材センターの会員のうち、必要な資格を有するとともに、所定の説明会または講座を受講した者等
利用者負担	あり (原則1割負担、一定以上所得の人は2割または3割負担)	あり (原則1割負担、一定以上所得の人は2割または3割負担)	あり 1回あたり200円
ケアマネジメント	○介護予防サービス計画 (介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	○介護予防サービス計画 (介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	○介護予防サービス計画 (介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)
支払い	国保連合会経由で審査・支払い	国保連合会経由で審査・支払い	市から委託料として直接支払い
サービス単価	週1回程度 1,176単位/月 週2回程度 2,349単位/月 週2回超 3,727単位/月	週1回程度 941単位/月 週2回程度 1,879単位/月 週2回超 2,982単位/月	

イ. 通所型サービスの概要

類型	④指定相当通所型サービス (従前相当)	⑤通所型サービス (街かどデイハウス)	⑥通所型サービス (短期集中)
概要	介護予防通所介護に相当するサービスで、入浴、排せつ、食事等の生活上の支援および日常生活機能向上のための機能訓練など	地域の身近な施設等を活用して行う、非営利団体等による住民参加型の介護予防活動・趣味活動等のサービス	3 か月の短期間で集中的に行う、運動器の機能向上、口腔機能向上または栄養改善 ※再利用は原則不可。
目的	○要支援状態の維持・改善 ○要介護状態になることの予防	○要支援状態の維持・改善 ○要介護状態になることの予防	○運動器・口腔の機能向上、栄養改善による生活機能の向上 ○集中介入期から移行期・生活期への心身機能・生活機能の回復
サービス内容	○入浴、排せつ、食事等の生活上の支援 ○身体機能・日常生活機能の向上のための機能訓練	○健康チェック、介護予防活動(運動、認知症予防、口腔・栄養プログラム)、趣味活動等	○訪問による自宅内外の環境調整や通所の運動プログラムの作成 ○通所による運動・口腔・栄養のプログラムの実施
対象者	要支援 1 または 2 ○入浴、排せつ、食事等の生活上の支援が必要な人	要支援 1 または 2、事業対象者(④⑥の利用対象者を除く) ○65 歳以上の高齢者(新規利用開始時にすでに要介護の認定を受けている人は除く) ※要介護認定を受ける前から本事業を利用している継続利用要介護者も利用可能	要支援 1 または 2、事業対象者 ○すでに指定相当通所型サービスを利用している人のうち変更を希望する人 ○新たにサービス利用する人(④⑤の利用対象者を除く)
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	特になし ※要支援者等についてはケアマネジメントによる	訪問 事前 1 回、事後 1 回 通所 1 回/週(全 12 回)
提供主体	指定介護保険サービス事業者	補助事業者	委託事業者
基準	従前の介護予防通所介護と同じ(通所介護サービスと一体的に提供できること)	市が定める基準に基づく	一般介護予防事業の仕様を準用した上、要支援者に対応できるよう安全管理基準を強化
利用者負担	あり (原則 1 割負担、一定以上所得の人は 2 割または 3 割負担)	あり (施設が定める利用料等)	あり (1 クール 4,900 円)
ケアマネジメント	○介護予防サービス計画(介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)	○介護予防サービス計画(介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業) ○介護サービス計画(居宅介護)	○介護予防サービス計画(介護予防支援) ○介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)
支払い	国保連合会経由で審査・支払い	市から補助金として直接支払い	市から委託料として直接支払い
サービス単価	要支援 1 (週 1 回程度) 1,798 単位/月 要支援 2 (週 2 回程度) 3,621 単位/月		

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について
 (厚生省通知「老計第 10 号 (平成 12 年 3 月 17 日)」を加工して作成)

	身体介護	家事援助 (生活援助)
定義	(1) 利用者の身体に直接接触して行う介助サービス (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	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。
内容	○サービス準備・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 ○起床および就寝介助 ○服薬介助 ○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)	○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

ウ. サービスの併用について

	指定相当 訪問型サービス (従前相当)	訪問型サービス (基準緩和)	訪問型サービス (シルバー人材 センター)	指定相当 通所型サービス (従前相当)	通所型サービス (街かどデイハ ウス)	通所型サービス (短期集中)
指定相当訪問型サービス (従前相当)		×	×	○	○	×
訪問型サービス (基準緩和)	×		×	○	○	×
訪問型サービス (シルバー人材センター)	×	×		○	○	×
指定相当通所型サービス (従前相当)	○	○	○		×	×
通所型サービス (街かどデイハウス)	○	○	○	×		×
通所型サービス (短期集中)	×	×	×	×	×	

(※1) 原則不可だが、何らかの理由で併用が必要な場合は市に相談のこと。

○訪問型サービスと通所型サービス

- ・1 か月の中で、訪問型サービスと通所型サービスの併用は可能です。
 - ・ただし、通所型サービス（短期集中）と訪問型サービスの併用は、状態像として想定しにくいいため原則不可です。
- ※通所型サービス（短期集中）を利用することにより身体機能が向上し、訪問型サービスの利用が不要となることが見込めると高齢者あんしんセンターが判断する場合は、身体機能が向上するまでの間の併用は可能です。

○複数の訪問型サービス

- ・1 か月の中で、複数の訪問型サービスを併用することはできません。
- (例) 指定相当訪問型サービス（従前相当）を利用する場合は、訪問型サービス（基準緩和）を利用することはできません。

○複数の通所型サービス

- ・1 か月の中で、複数の通所型サービスを併用することはできません。
- (例) 指定相当通所型サービス（従前相当）を利用する場合は、通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）を利用することはできません。
- ・通所型サービス（短期集中）の教室は原則として再利用はできません。
- ※ただし、通所型サービス（短期集中）を利用した人が同サービスを再度利用することにより回復が見込めると判断された場合は、再度利用することができます。

○介護予防給付との併用

- ・訪問型サービスまたは通所型サービスと介護予防給付の併用は可能です。なお、通所型サービスと介護予防通所リハビリテーションについては、基本的にいずれか一方が選択されることとなり、両者を併用して利用することは想定していません。
 - ・通所型サービス（短期集中）と介護予防給付の併用は、原則不可です。
- ※通所型サービス（短期集中）を利用することにより身体機能が向上し介護予防給付の利用が不要となることが見込めると高齢者あんしんセンターが判断する場合は、身体機能が向上するまでの間の併用は可能です。

* * (Q&A) 総合事業の制度について * *

No.	質問	回答
1	他市町村の被保険者の総合事業利用等について、次の場合はどうなるか。 ①他市町村の被保険者であって、八尾市内に所在する住所地特例対象施設に入居する人（住民票は八尾市）の場合 ②八尾市の被保険者であって、他市町村に所在する住所地特例対象施設に入居する人（住民票は他市町村）の場合 ③八尾市の被保険者で住民票を八尾市内に残しつつ、一時的に他市町村に居住する親族のもとに滞在する場合 ④他市町村の被保険者で住民票を当該市町村に残しつつ、一時的に八尾市内に居住する親族のもとに滞在する場合 ⑤《住登外被保険者》※P19 参照 家庭内暴力等のやむを得ない理由により、住民票を他市町村に残しつつ、八尾市内に居住し、住登外被保険者となっている場合	平成 26 年の介護保険法改正により、地域支援事業の実施者が「保険者市町村」から「住所地市町村」に変更になりました。総合事業は地域支援事業として実施するものであるため次のような取り扱いとなります。 八尾市の総合事業のサービスを利用。住民票のある地域を担当する高齢者あんしんセンターがケアマネジメントを実施（一部委託可能）。 当該他市町村の総合事業のサービスを利用。 当該他市町村の地域包括支援センターがケアマネジメントを実施。 八尾市の総合事業のサービスを利用。 サービス提供事業所は八尾市の指定が必要。 住民票のある地域を担当する高齢者あんしんセンターがケアマネジメントを実施（一部委託可能）。 当該他市町村の総合事業のサービスを利用。 当該他市町村の地域包括支援センターがケアマネジメントを実施。 八尾市の総合事業のサービスを利用。 居住する地域を担当する高齢者あんしんセンターがケアマネジメントを実施（一部委託可能）。
2	障がい福祉サービスと介護保険では介護保険が優先となっているが、総合事業においても同様の認識でよいのか。	お見込みのとおり。
3	保険料の滞納が続いた場合の措置である給付制限について、総合事業のサービス利用においてはどうか。	サービスによって異なりますので、「八尾市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則」をご確認ください。なお、給付制限を受けている人または受ける恐れのある人は基本チェックリスト実施の対象になりません。
4	通所型サービス（短期集中）・通所型サービス（街かどデイハウス）の利用者負担について、生活保護受給者の場合は生活保護費から支給されるか。	お見込みのとおり。利用者が一旦支払い、生活保護担当課に領収書等を提出することにより償還されます。

2 介護予防・生活支援サービス事業の対象者について

(1) 対象者

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は次のとおりです。

- ①要支援認定者：要支援 1 または要支援 2 の認定を受けた人
- ②事業対象者：基本チェックリストを実施し、介護予防・生活支援サービス事業の対象者と判断された人

《基本チェックリスト》

- 新規利用者の内、訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）のみを利用する人は、基本チェックリスト実施を選択することができる。

⇒原則として、要介護・要支援認定を受けていない人が介護予防・生活支援サービス事業を利用しようとするときは、認定申請が必要です。

ただし、訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）のみを利用する人は、「認定申請」か「基本チェックリスト実施」のいずれかを選択して行います。

- 認定更新時、訪問型サービス（基準緩和）・訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）のみを利用する人は、基本チェックリスト実施を選択することができる。

⇒要支援 1・2 の人の認定更新時、下記の基準により、「認定申請」か「基本チェックリスト実施」のいずれかを選択して行います。

方法	選択基準
認定申請	○介護予防給付を利用している人 ・介護予防給付のみ ・介護予防給付と介護予防・生活支援サービス事業を併用 ○介護予防・生活支援サービス事業のうち、下記を利用する人 ・指定相当訪問型サービス（従前相当） ・指定相当通所型サービス（従前相当）
基本チェックリスト実施を選択できる	介護予防・生活支援サービス事業のみを利用し、心身の状態が比較的安定していて、今後、訪問型サービス（基準緩和）・訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）のみを利用する予定の人

*基本チェックリストにおける事業対象者の判断基準については、厚生労働省告示第 197 号のとおり（P12 参照）。

*事業対象者については、自治体ごとの制度であるため、転入時には他市の事業対象者であったことを引き継ぎません。

*事業対象者は、要支援 1 相当の支給限度額となります。要支援 2 相当の支給限度額までの利用が必要な人は、認定申請を行うこととします。

*第 2 号被保険者（みなし 2 号含む）は、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、介護予防・生活支援サービス事業を利用することができます。そのため、基本チェックリスト実施を選択することはできません。

*介護保険料を滞納し、給付制限を受けている人または受ける恐れのある人は、基本チェックリストの実施を選択することはできません。

(2) 利用できるサービス等

サービス等の種別			要支援 認定者	事業 対象者	要支援 認定者 (第2号 ※1)
予防給付	訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所、福祉用具貸与、住宅改修など		○	×	○
介護予防・生活支援 サービス事業	訪問	指定相当訪問型サービス（従前相当）	○	×	○
		訪問型サービス（基準緩和）	○	○	○
		訪問型サービス（シルバー人材センター）	○	○	○
	通所	指定相当通所型サービス（従前相当）	○	×	○
		通所型サービス（街かどデイハウス）	○	○	○
		通所型サービス（短期集中） 《短期集中トレーニング PLUS 教室》	○	○	○
予防事業 一般介護	自主活動支援（河内音頭健康体操、ノルディックウォーキング、わかわかごぼうトレーニング）		○	○	×
	みんなの認知症予防教室など		○	○	×

（※1）みなし2号含む。

介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 4 第 2 号の規定に基づき
厚生労働大臣が定める基準 (厚生労働省告示第 197 号)

介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 140 条の 62 の 4 第 2 号に規定する厚生労働大臣が定める基準は、様式第一の質問項目に対する回答の結果に基づき、様式第二に掲げるいずれかの基準に該当することとする。

(様式第一)

記入日：令和 年 月 日 ()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で 1 人で外出していますか	O.はい	1.いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	O.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	O.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	O.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	O.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	O.はい	1.いいえ		
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	O.はい	1.いいえ		
8	15 分位続けて歩いていますか	O.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	O.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	O.いいえ		
11	6 ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	1.はい	O.いいえ		
12	身長 cm 体重 kg (BMI＝) (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	O.いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	O.いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	O.いいえ		
16	週に 1 回以上は外出していますか	O.はい	1.いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	O.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言われますか	1.はい	O.いいえ		
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	O.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	O.いいえ		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	O.いいえ		
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	O.いいえ		
23	(ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1.はい	O.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	O.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	O.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

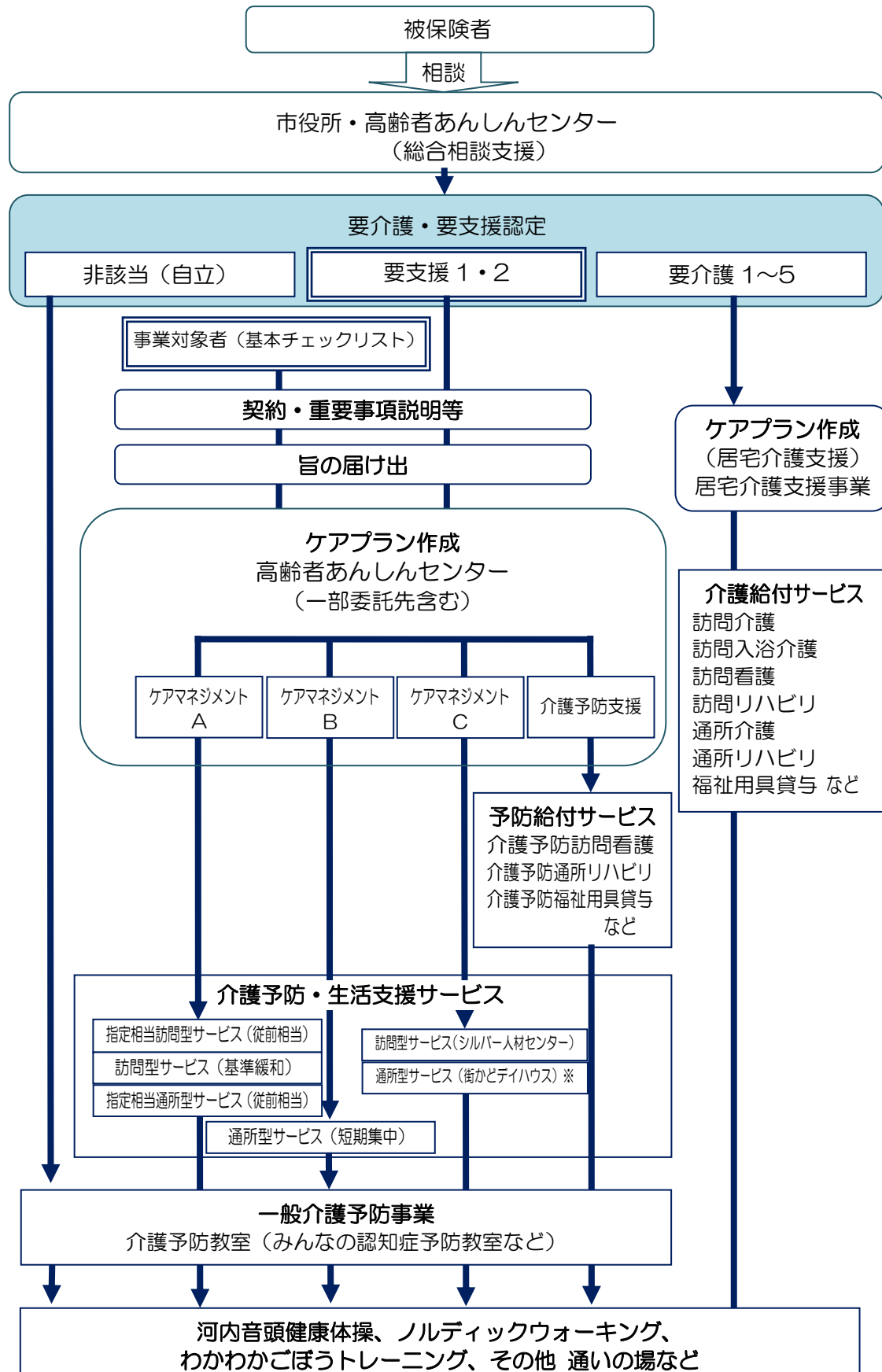
(様式第二)

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のうちすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」または「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12 に限る。) とは、BMI＝体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が 18.5 未満の場合をいう。

(3) 新規利用の流れ



※通所型サービス(街かどデイハウス)の利用対象者

要支援者、事業対象者、継続利用要介護者、65歳以上の高齢者(新規利用開始時にすでに要介護の認定を受けている人は除く)(詳細はP37参照)

(4) 継続利用の流れ

すでに要支援認定を受けて介護予防・生活支援サービスを利用している人は、利用するサービスによって、要支援認定更新時に認定更新または基本チェックリストの実施のいずれかを選択できる場合があります。

①要介護要支援認定申請

⇒指定相当訪問型サービス（従前相当）・指定相当通所型サービス（従前相当）を利用する人

②基本チェックリスト実施

⇒訪問型サービス（基準緩和）・訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）を利用する人。

*第2号被保険者（みなし2号含む）は、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、介護予防・生活支援サービス事業を利用することができます。

そのため、**基本チェックリスト実施による事業対象者としてサービスを利用することはできません。**

*事業対象者は、要支援1相当の支給限度額となります。要支援2相当の支給限度額までの利用が必要な人は、要介護要支援認定申請を選択し、要支援2の認定を受けることで、要支援2の支給限度額までの利用が可能となります。

*介護保険料を滞納し、給付制限を受けている人または受ける恐れのある人は、**基本チェックリストの実施を選択することはできません。**

①認定申請を選択する場合

・認定更新手続きを経て、要支援認定により事業の利用を継続する場合は、従来どおりの手続きとなります。

②基本チェックリストの実施を選択する場合

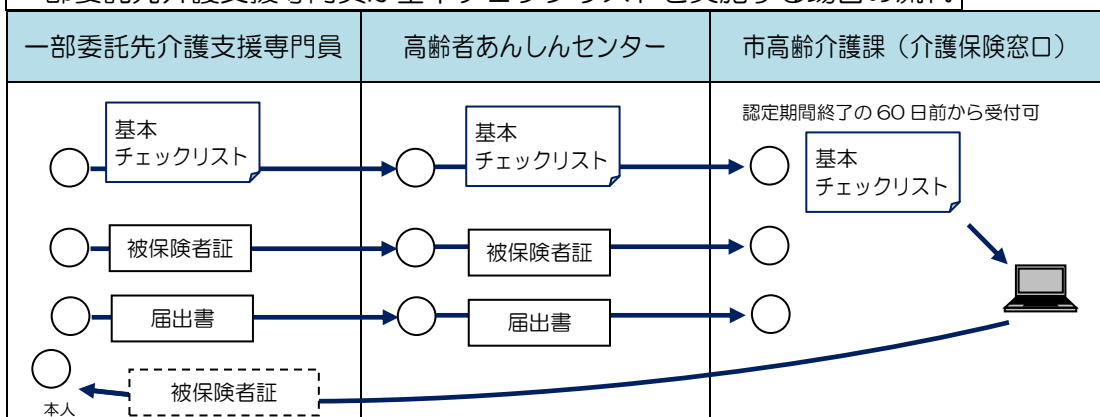
・高齢者あんしんセンター（または一部委託先介護支援専門員）が基本チェックリストを実施します。

・「居宅（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」、「介護保険被保険者証」（原本）、「基本チェックリスト」（写し：高齢者あんしんセンター名の記載があるもの）を市高齢介護課の介護保険窓口（2階）へ提出します。

・事業対象者と記載された被保険者証が交付（郵送）されます。

・事業対象者は有効期間の定めがなく、更新の必要はありません。

一部委託先介護支援専門員が基本チェックリストを実施する場合の流れ



「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）」の違い

	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 の認定を受けた人のうち、予防給付を利用する人	- 要支援 1・2 の認定を受けた人のうち、介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する人 - 基本チェックリストにより事業対象者となった人
	要支援 1・2 の人の場合、その月に予防給付を利用する場合は、月単位で「介護予防支援」になります。	
利用できるサービス	- 予防給付 - 予防給付＋介護予防・生活支援サービス事業	介護予防・生活支援サービス事業 ※事業対象者は訪問型サービス（基準緩和）・訪問型サービス（シルバー人材センター）・通所型サービス（街かどデイハウス）・通所型サービス（短期集中）のみ
実施方法	高齢者あんしんセンターが指定介護支援事業所として実施	高齢者あんしんセンターが八尾市からの業務委託により実施
一部委託	高齢者あんしんセンターから居宅介護支援事業所への一部委託が可能	高齢者あんしんセンターから居宅介護支援事業所への一部委託が可能 ※介護予防ケアマネジメントB、Cを除く
居宅介護支援費の逓減制	逓減制の対象となる 介護予防支援受託者数を3分の1とした件数を含み、介護支援専門員（常勤換算）1人あたり45件を超えた場合（一定の要件を満たした場合は50件）、超過部分に対し、逓減制が適用される。	逓減制の対象とならない

＊ ＊ （Ｑ＆Ａ）介護予防・生活支援サービス事業の対象者について ＊ ＊

No.	質問	回答
1	新規利用時または認定更新時に基本チェックリスト実施を選択した場合、基本チェックリストは誰が実施するのか。	新規利用時は高齢者あんしんセンター、認定更新時は高齢者あんしんセンターまたは一部委託先介護支援専門員が実施します。
2	要支援認定を受けて指定相当訪問型サービス（従前相当）を利用している人が、認定更新時に基本チェックリスト実施を選択した場合、指定相当通所型サービス（従前相当）を引き続き利用できるか。	できません。 指定相当訪問型サービス（従前相当）・指定相当通所型サービス（従前相当）の利用には要支援認定が要件ですので、認定更新を行う必要があります。
3	他市町村で要支援認定を受けていた人が八尾市に転入した場合、介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できるか。	他市町村での認定有効期間内であれば、初めの６か月間は介護予防・生活支援サービス事業のサービスを利用できます。

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

(1) 概要

ア 目的

介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が要介護状態となることを予防し、自立した生活を送ることができるよう、その心身の状況、置かれている環境、本人とその家族の希望などを勘案し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援し、生活の質の向上に資するサービス提供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ことを目的とします。その際、介護予防に対する具体的目標を設定し、目標達成への本人自身の意識を高めることが重要です。

イ 実施主体

介護予防ケアマネジメントは、八尾市から委託を受けた高齢者あんしんセンターが実施します。

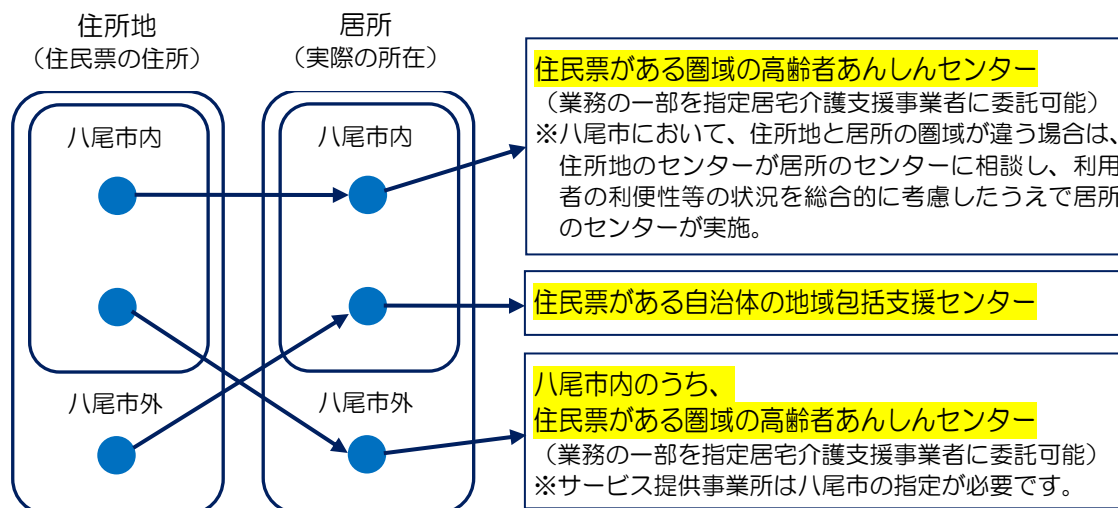
指定介護予防支援と同様に、「保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事であって、都道府県が実施する介護予防支援に関する研修を受講する等必要な知識および能力を有する者」が担当することができます。

また、その業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができます。

ウ 対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、介護予防・生活支援サービス事業の対象者と同様に、要支援認定者と事業対象者です。

対象者の所在と担当する高齢者あんしんセンターの関係について



※住所地・居所が八尾市内でも、保険者が他市町村の場合（住所地特例）は、介護予防ケアマネジメントにかかる委託料の請求を保険者市町村に対して行うことになります。

※保険者が八尾市で、住所・居所が他市町村の場合（住所地特例）は、他自治体のサービスを受け、介護予防ケアマネジメントは住民票がある自治体の地域包括支援センターが実施し、八尾市に対して請求を行います。

(2) 実施上の留意事項

- 介護保険法および関係法令を遵守し、「八尾市地域支援事業実施要綱」「八尾市地域包括支援センター業務実施要領」に基づいて業務を実施してください。
- 介護予防ケアマネジメントを実施するにあたっては、国の関係法令（ガイドライン等を含む）や個人情報保護法等を遵守し、個人情報の取り扱いに十分留意してください。高齢者あんしんセンターやその業務の一部を委託されている指定居宅介護支援事業者（以下「一部委託先事業者」という。）の事業所内の個人情報を記録した書類や情報端末の管理、介護支援専門員が持ち出す磁気媒体について、個人情報の保護および漏えいを防ぐ万全の措置がとられていなければなりません。
- 介護予防ケアマネジメントを実施するにあたり、各業務の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることから、あらかじめ利用者から個人情報を業務目的の範囲内で利用することについて了承を得てください。
- 一部委託先事業者においては、高齢者あんしんセンターと締結する「介護予防支援業務一部委託に係る契約書」に基づき、中立・公正にその業務を実施する必要があります。
- 介護予防ケアマネジメントの従事者は、高齢者の人権に十分留意する必要があります。
- 介護予防ケアマネジメントの従事者は、身分を証する書類（高齢者あんしんセンターにおいては「八尾市地域包括支援センター職員身分証明書」、一部委託先事業者においては「介護支援専門員証」）を必ず携帯し、利用者やその家族の求めに応じて提示してください。
- 介護予防ケアマネジメントの従事者は、利用者やその家族に本業務の趣旨を説明したあとに、介護予防ケアマネジメント関連様式を用いて、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）を作成してください。
- 介護予防ケアマネジメントの実施にあたり重大な問題（事故）が生じたとき、あるいは利用者の権利擁護に関して留意すべき事項を認めたときは、直ちに市（一部委託先事業者の場合は高齢者あんしんセンター）に報告してください。
- 一部委託先事業者の介護支援専門員は、利用者やその家族から介護予防ケアマネジメント以外の相談を受けた場合は、特定の営業活動に関わるような適切な対応を行ったうえで、高齢者あんしんセンターに報告してください。

支援対象者が遠隔地の場合の留意事項

八尾市に住民票を残したまま一時的に他市に居住する場合、下記のとおりとなります。

- ・住民票のある地域を担当する高齢者あんしんセンターがケアマネジメントを実施（一部委託可）。
- ・住民票が八尾市であるため八尾市の総合事業のサービスを利用（居住市の総合事業は利用不可）。
- ・サービス提供事業所は八尾市の指定が必要。

この場合、ケアマネジメントにおいて下記のことには留意が必要です。

- ①支援対象者に対し、八尾市の総合事業の制度に基づく支援内容となることを説明する。
- ②担当ケアマネジャーは八尾市の総合事業の制度に基づいたケアマネジメントを行う。
- ③居住する地域に八尾市の指定事業所が乏しい場合でも、その範囲でケアプランを作成する。
- ④遠隔地であるという理由で一部委託にかかる面談が困難な場合は、電話等によって本人の意向を確認する。

住登外被保険者の取り扱いについて

○住登外被保険者とは

介護保険の被保険者は、住民登録している市町村の被保険者（住所地特例者を除く。）であることが原則です。しかし、やむを得ない理由等により住民登録したまま他の市町村に居住している場合は、本人の申し出により居住地の被保険者とすることができます（介護保険被保険者証に住登外被保険者であることは記載されません）。

やむを得ない理由等としては、「家庭内暴力等により生命の危険に晒される場合等で、住民登録を異動してもなおかつ、生命等の危険があると認められる場合が考えられる。」とされています。（資料：大阪府介護保険事務ワーキングチーム「介護保険制度事務マニュアル（平成27年度版）」）

○総合事業における取り扱い

総合事業においても、この趣旨に鑑み、住登外被保険者については、八尾市に住民登録しているものと同様に下記のとおり取り扱います。

- ・居住地の地域を担当する高齢者あんしんセンターがケアマネジメントを実施（一部委託可）。
- ・八尾市の総合事業のサービスを利用。
- ・サービス提供事業所は八尾市の指定が必要。

(3) 類型

	介護予防ケアマネジメント A (原則的なケアマネジメント)	介護予防ケアマネジメント B (簡略化したケアマネジメント)	介護予防ケアマネジメント C (初回のみケアマネジメント)
対象者	要支援認定者、事業対象者	要支援認定者、事業対象者	要支援認定者、事業対象者、継続利用要介護者（補助事業のみを継続して利用する場合）
サービス内容	対象者が対象サービスを利用する際に実施するケアマネジメント（従前の介護予防支援と同様のマネジメント） ・アセスメントの実施 ・介護予防ケアプラン原案の作成 ・サービス担当者会議の開催 ・介護予防ケアプランの説明、同意、交付 ・毎月のモニタリングの実施 など	対象者が対象サービスを利用する際の簡略化したケアマネジメント ・アセスメントの実施 ・介護予防ケアプラン原案の作成 ・介護予防ケアプランの説明、同意、交付 ・サービス終了時の再アセスメントの実施 など	対象者が対象サービスを利用する際の初回のみ実施するケアマネジメント ・アセスメントの実施 ・ケアマネジメント結果記録の作成 ・ケアマネジメント結果記録の説明、同意、交付
対象サービス	・指定相当訪問型サービス（従前相当） ・訪問型サービス（基準緩和） ・指定相当通所型サービス（従前相当）	通所型サービス（短期集中）	・訪問型サービス（シルバー人材センター） ・通所型サービス（街かどデイハウス） ・一般介護予防事業、その他（通いの場など）へつないだとき
実施方法	高齢者あんしんセンターへの委託（高齢者あんしんセンターから指定居宅介護支援事業者への一部委託も可能）	高齢者あんしんセンターへの委託	高齢者あんしんセンターへの委託
基準	従前の介護予防支援と同じ	サービス担当者会議の開催、毎月のモニタリングの実施等の運営基準の緩和	サービス担当者会議の開催、毎月のモニタリングの実施は不要
利用者負担	なし	なし	なし
支払い	国保連合会経由で審査・支払い	国保連合会経由で審査・支払い	国保連合会経由で審査・支払い

(4) 流れ

相談

高齢者あんしんセンターは、被保険者本人またはその家族からのサービス利用等に関する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聞き取り、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、手続きにつなぎます。

契約の締結

高齢者あんしんセンターは、被保険者等へ重要事項説明を行い、高齢者あんしんセンターと利用者の間で介護予防ケアマネジメントにかかる契約を締結します。

「指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書」

「個人情報使用同意書」

「重要事項説明書」

届出

・要支援認定者

被保険者等から預かった「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」、「介護保険被保険者証」（写し）を、市高齢介護課地域支援室窓口（1階）へ提出します。

・事業対象者（新規利用者、要支援1・2の人が認定更新時にチェックリストを選択した場合）

「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」、「介護保険被保険者証」（原本）、「基本チェックリスト」（写し：高齢者あんしんセンター名の記載があるもの）を市高齢介護課の介護保険窓口（2階）へ提出します。

※入院等により過去二月以上介護予防支援等を提供しておらず、その後新たに介護予防支援等を行う場合、または、高齢者あんしんセンターが原案委託先の事業所を変更する場合にも届出が必要となります。

※「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」の区分について、新規に介護予防支援等を提供する場合または過去二月以上介護予防支援等を提供していない場合の届出については「新規」となり、原案委託先の事業所を変更する場合または利用者が要介護認定から要支援認定に変更となった場合の届出については「変更」となります。

情報の開示

「介護（介護予防）サービス計画等の作成のための情報公開請求書」、「指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書（写：押印があるもの）」を、市高齢介護課の介護保険窓口（2階）へ提出し、手続きを代行します。

※基本チェックリストでの事業対象者は審査がないため情報開示はなし。

介護予防ケアマネジメント

ア) アセスメント（課題分析）

- ・要支援者等の状態の把握、支援ニーズを特定し課題を分析

介護予防ケアプラン原案（ケアマネジメント結果案）作成

- ・目標や具体策の設定、サービスの利用方針等を決定

【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】	【介護予防ケアマネジメント C】
イ) サービス担当者会議 ・原則としてケアプラン作成・変更時に利用者や家族、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等とサービス担当者会議を開催（家族やサービス提供担当者等と共通認識）		
ウ) 介護予防ケアプラン原案の説明・同意（利用者に対して）	ウ) 介護予防ケアプラン原案の説明・同意（利用者に対して）	ウ) ケアマネジメント結果案の説明・同意（利用者に対して）
	エ) 利用申請書兼同意書・事前訪問日程希望表を提出 ・提出先:市高齢介護課地域支援室	エ) 利用申請書兼同意書を提出 ※訪問型サービス（シルバー人材センターの場合のみ） ・提出先:市高齢介護課地域支援室
	オ) 事前訪問 ・理学療法士同行	
カ) 介護予防ケアプランの確定・交付（利用者・指定第 1 号事業者等に対して）	カ) 介護予防ケアプランの確定・交付（利用者に対して。変更がある場合のみ）	カ) 利用するサービス提供者等への説明、交付
キ) サービス提供	キ) サービス提供	キ) サービス提供
ク) 給付管理票・明細書を国保連合会に提出	ク) 明細書を国保連合会に提出	ク) 明細書を国保連合会に提出
ケ) モニタリング ・利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に（毎月）確認し、介護予防ケアプランどおりに実行できているかを把握（変化がなくても 3 か月に 1 回は要訪問） ・利用者等からの相談などにより必要に応じサービス利用にかかる調整	ケ) モニタリング ・利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に確認し、介護予防ケアプランどおりに実行できているかを把握（事前・中間・事後） ・利用者等からの相談などにより、必要に応じサービス利用にかかる調整（必要時のみ実施）	
コ) 評価（再アセスメント） ・サービス事業所から評価等の報告を受け、効果の評価を総合的に実施	コ) 評価（再アセスメント） ・サービス利用終了時、効果の評価を総合的に実施	
サ) 関係機関との連携	サ) 関係機関との連携	サ) 関係機関との連携 ※必要時に実施

※介護予防ケアマネジメント Q&A（P.32）や関連資料（P.34）も参照のこと。

(5) 実施のポイント

ア) アセスメント（課題分析）および介護予防ケアプラン原案の作成

- ①介護予防ケアプラン作成に必要な個人情報の収集を行う際は、要支援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。また、要支援者等が話しやすい内容（サービスを利用するに至った経過やサービスに対する期待など）から始めるなど、聞き取り方法の工夫をしてください。
 - ②介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、要支援者等の状態を踏まえた目標を設定するとともに、利用者本人を含めたサービス担当者会議等を通じ、専門的な見地から意見を求め、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者の改善の可能性を実現するための適切なサービスを選択できるよう、利用者の自立に向けた目標志向型の計画策定が必要です
 - ③自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントを円滑に進めるにあたっては、要支援者等の主体的な取り組みが不可欠です。要支援者等に対して課題に対する目標と具体策を示し、適切なコミュニケーションを通じて、主体的な取り組みを引き出し、合意のプロセスを進めましょう。利用者の意欲が高まるよう、コミュニケーションの取り方をはじめ、さまざまな工夫をして、適切に働きかけてください。
 - ④サービス事業者の選択においては、要支援者等に公平・中立な観点で広く情報提供することが必要です。
 - ⑤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。
 - ⑥「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、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しょう。
 - ⑦利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態に至る直接的・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。
 - ⑧短期目標の到達時期等を勘案し、評価時期を設定してください。
- *介護予防ケアマネジメントの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、初回の相談および契約のための訪問と合わせて実施することも考えられます。
- *契約時に介護予防ケアマネジメントにかかる個人情報使用同意書を受け取っていない場合は、この段階で必ず受け取ります。

【帳票】

- ・利用者基本情報（資料 1）
- ・基本チェックリスト（資料 2）
- ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（資料 4）
- ・個人情報使用同意書（様式D）

イ) サービス担当者会議

①利用者や家族、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等と介護予防ケアプランの目標や課題を共有し、役割分担を行います。

②会議の内容は「支援経過記録」に記載してください。

*介護予防ケアプランの変更やサービスの中断等が生じる場合にも開催が必要です。

【帳票】

- ・支援経過記録（資料 3）
- ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（資料 4）

ウ) 介護予防ケアプラン原案（ケアマネジメント結果案）の説明・同意

要支援者等（利用者）に介護予防ケアプラン原案を提示し、説明を行ってください。また要支援者等の意見を聞き、必要時修正を行います。

力) 介護予防ケアプランの確定・交付（利用者・指定第 1 号事業者等に対して）

要支援者等に介護予防ケアプラン原案を提示し、説明を行ってください。要支援者等の意見を聞き、必要な修正を加えたうえで、介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）の本人同意欄に署名等で本人の確認を受けてください。（利用者交付用、保管用の 2 部）

ク) 給付管理票（ケアマネジメント A のみ）・明細書を国保連合会に提出

1) 総合事業サービス利用実績の報告（ケアマネジメント A のみ）

サービス事業者に対して、介護予防ケアプランに基づき、個別サービス計画の作成を依頼するとともに、サービスの実施状況等に関する報告を月に 1 回求めてください。

※サービス事業者からの報告を受理・確認し、必要に応じて実績の修正を行ってください。

2) 給付管理票・明細書の作成

サービス利用実績に基づき給付管理票（ケアマネジメント A のみ）と明細書を作成し、国保連合会に提出してください。

ケ) モニタリング

- ①利用者の生活状況、日常生活能力、社会状況等に変化がないかを確認します。
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか、目標達成に至っているかを確認します。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、目標の達成状況等から適切であるかどうか確認します。
- ④利用しているサービス等に対して、利用者は満足しているかどうか確認します。
- ⑤その他、介護予防ケア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確認します。

*変化がなくても3か月に1回（テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用した場合は6か月に1回）は自宅訪問が必要です。訪問しない月についても、何らかの方法（自宅以外の場所への訪問や電話など）で利用者の状況を把握し、記録に残すことが基本です。

【帳票】

- ・支援経過記録（資料3）等

コ) 評価（再アセスメント）

- ①サービス利用等については、介護予防ケアプランに基づく評価月で評価をしますが、それまでの間に状態に変化（改善も含め）がある場合には評価を行い、ケアプランの見直しが必要になります。なお、ケアプランの作成から最長で12か月をめぐって見直しを行ってください。

- ②その際も、要支援者等の意向に配慮するとともに、利用者の生活の自立を支援する観点が必要です。

*介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかを確認するとともに、評価結果に応じて今後のケアプランの見直しが必要です。

*利用者とともに、心身機能の改善のほか、地域の中で役割を持って生活できるような居場所があるかなど、「心身機能」「日常生活」「社会参加」「対人関係」等の視点で評価を行います。

*通所型サービス（短期集中）については、期間内で目標を達成していなくても、所定の回数利用後はサービスの利用を終了し、評価（再アセスメント）する必要があります。

*介護予防ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）では、短期集中トレーニングPLUS教室の利用終了後にモニタリングを実施します。

【帳票】

- ・介護予防ケアマネジメントB（簡略化したケアマネジメント）は基本チェックリスト（資料2）
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（資料5）

サ) 関係機関との連携

① 要支援者からの情報収集

関係する指定第 1 号事業者等が共通した援助の目標やそれぞれの役割を理解して活動するために、要支援者等の了解のもとに、指定第 1 号事業者と情報共有を図り、介護予防ケアプランの写しを指定第 1 号事業者に送付します。

② 主治医との連携

介護予防ケアプラン作成からサービス提供の過程において、当該意見書を作成した主治医との連携が重要です。

高齢者は複数の疾患を抱えていることが多く、治療している疾患にあたる医師が意見書の主治医以外の場合もあります。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動器の機能向上に関して専門的な意見をさらに仰ぎたい場合は、当該意見書を作成した主治医と相談のうえ、治療中の整形外科医等に意見を聞くなどの連携も必要になることに留意するようにします。

主治医との連携は、認知症高齢者支援の観点からも重要です。高齢者あんしんセンターと主治医が連携や情報共有を図るなかで、主治医は早期段階での認知症の発見や専門医療機関への受診誘導などを行う一方で、高齢者あんしんセンターには閉じこもり防止のための各種サービスや地域の社会資源へのつなぎ、身寄りのない世帯等への見守り体制づくりを行うことが求められます。

個人情報の取り扱いについて

介護予防ケアマネジメントは八尾市の委託事業であることから、各高齢者あんしんセンターおよび一部委託先事業者においては、個人情報保護法等の趣旨をふまえ、個人情報の適切な取り扱いを行うとともに、個人情報漏えい等事故の防止に努める必要があります。

誤送付、誤交付、紛失などの個人情報漏えい等事故が発生した場合は、速やかに八尾市健康福祉部高齢介護課地域支援室に連絡してください。その後、速やかに本人・関係者への説明・謝罪や情報の回収など被害の拡大防止を行ってください。

（６）指定居宅介護支援事業所への一部委託について

ア．指定居宅介護支援事業者との契約の締結

要支援者等から相談を受けた指定居宅介護支援事業者が一部委託先事業者として第１号介護予防支援事業の一部を実施する場合、高齢者あんしんセンターと指定居宅介護支援事業者が「介護予防支援等業務委託契約書」（様式Ｂ）による契約をあらかじめ締結しておく必要があります。

「介護予防支援等業務委託契約書」（様式Ｂ）を２通準備し、高齢者あんしんセンターと居宅介護支援事業者が１通ずつ保管します。

※他市町村から基準該当事業者として業務委託を受けているケースについては、その市町村の指示に従ってください。

やむを得ない理由により住民票を移さずに八尾市外に居住する利用者の場合も、当該利用者が居住する他市町村の指定居宅介護支援事業者と一部委託契約をすることができます。

イ．一部委託先事業者に対し一部委託できる範囲

指定居宅介護支援事業者へは、次の業務内容の範囲で介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）の一部を委託することができます。一部委託を行うためには、あらかじめ、高齢者あんしんセンターと一部委託先事業者間で「介護予防支援等業務委託契約書」（様式Ｂ）を締結しておくことが必要です。「また、一部委託先事業者は、高齢者あんしんセンターと利用者間で締結する「指定介護予防支援・第１号介護予防支援事業契約書（写）」（様式Ａ－１）があれば、情報開示手続きを行うことができます。

- ① 高齢者あんしんセンターと委託先事業者間の契約の締結
- ② 高齢者あんしんセンターと利用者間の契約の締結
- ③ 重要事項説明
- ④ アセスメントの実施
- ⑤ 介護予防ケアプラン原案等の作成
- ⑥ サービス担当国会議の開催
- ⑦ 介護予防ケアプラン原案等の説明・同意
- ⑧ 介護予防ケアプランの交付
- ⑨ サービス提供の連絡・調整
- ⑩ モニタリング
- ⑪ 評価
- ⑫ 給付管理業務
- ⑬ その他日常の利用者・サービス提供事業者との連絡・調整

ウ．介護予防ケアプラン原案の確認

- ① 一部委託先事業者は、サービス担当国会議後に、介護予防ケアプラン原案（利用者の同意を得たもの）を高齢者あんしんセンターに提出してください。
- ② 高齢者あんしんセンターは、一部委託先事業者から介護予防ケアプラン原案の提出を受け、

- ・介護予防ケアプラン原案の内容のチェック
- ・意見の記入
- ・確認印の押印
- ・控え（コピー）をとる

以上のことを行い、原本は一部委託先事業者へ渡し、写し（コピー）を高齢者あんしんセンターで保管します。

【必要書類】

- ・利用者基本情報（資料 1）
- ・基本チェックリスト（資料 2）
- ・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）（資料 4）
- ・サービス利用票・サービス利用票別表
- ・支援経過記録（資料 3）
- ・主治医意見書（写し）、認定調査票及び特記事項（写し） 等

確認のポイント

- ＊必要書類がそろっているか。
- ＊空欄や書き漏れがないか。
- ＊初回アセスメントで確認した総合的課題や目標、サービス担当者会議で共有した内容がプランに反映されているか。
- ＊必要に応じ、高齢者あんしんセンターから介護予防ケアプラン原案の修正および再提出を求めてください。

エ. 給付管理業務

高齢者あんしんセンターは、一部委託先事業者へ、給付管理票を CD 等の電子媒体および紙媒体で提出するよう求め、内容をチェックしてください。総合事業費請求書、総合事業費明細書は、給付管理、内容チェックに必要な場合は、随時、提出を求めてください。

一部委託先事業者からの請求データの提出締切日は、毎月 5 日を基本とします（休日の場合は翌営業日）。

オ. モニタリングと評価の確認

一部委託先事業者に対し、サービス評価期間の終了月に評価を行い、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント評価表」（資料 5）を高齢者あんしんセンターに提出するよう求めてください。高齢者あんしんセンターでは、チェックを行い、今後の方針を決定してください。高齢者あんしんセンターが押印した評価表の写しは高齢者あんしんセンターで保管し、原本を一部委託先事業者へ渡してください。

【提出書類】

- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（資料 5）
- ・支援経過記録（資料 3）等

(7) 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）にかかる委託料について

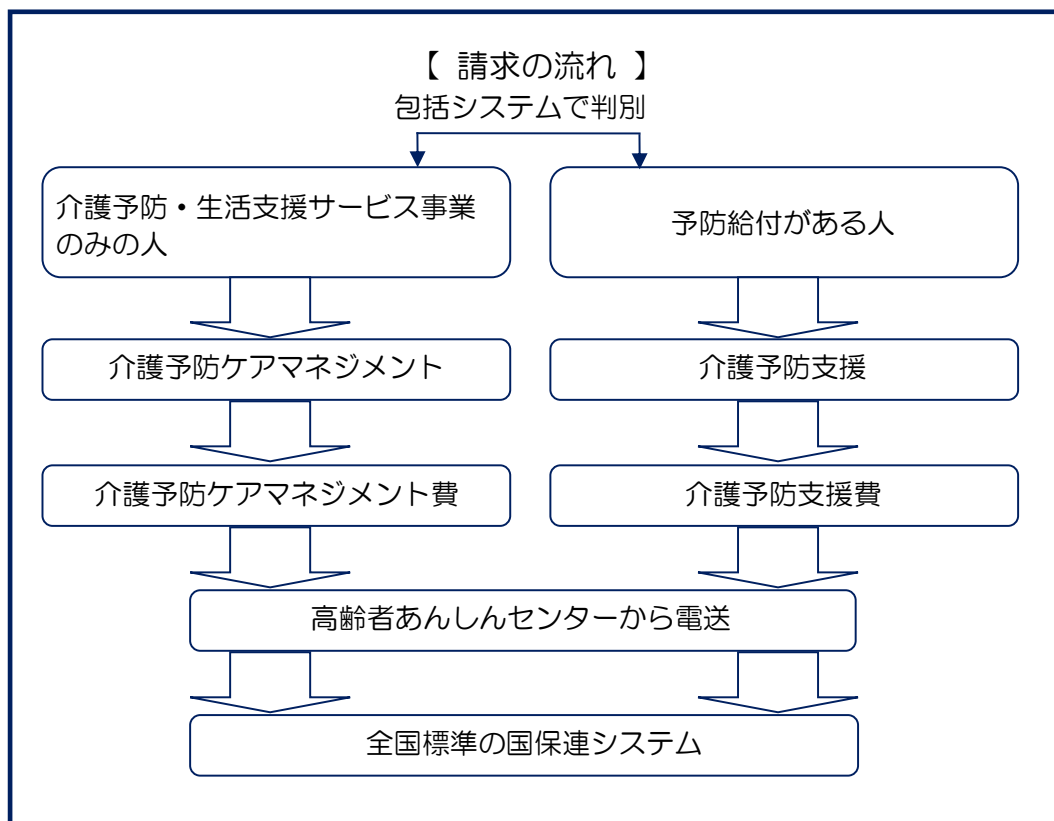
ア. 単価設定について

- *「介護予防ケアマネジメント A（原則的なケアマネジメント）」「介護予防ケアマネジメント B（簡略化したケアマネジメント）」ともに、これまで同様に月当たりの包括単価となります。
- *「介護予防ケアマネジメント A（原則的なケアマネジメント）」は、各種加算を含めて介護予防支援（Ⅰ）と同等の単価設定です。
- *「介護予防ケアマネジメント B（簡略化したケアマネジメント）」は、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成となりますが、サービス利用中の中間評価及びサービス終了時の再アセスメント実施を義務付けることにより、介護予防支援（Ⅰ）と同等の単価設定です。
- *高齢者あんしんセンターから指定居宅介護支援事業所へ、原案作成等の一部委託を行う場合の単価設定は、介護予防支援（Ⅰ）と同等の単価設定です。

		介護予防ケアマネジメント			【参考】 介護予防支援 1 単位当たり 10.7 円
		介護予防ケア マネジメント A (原則的なケアマネジメント)	介護予防ケア マネジメント B (簡略化した ケアマネジメント)	介護予防ケア マネジメント C (初回のみ ケアマネジメント)	
基本単価		442 単位/月 (4,729 円)	442 単位/月 (4,729 円)	442 単位/月 (4,729 円)	442 単位/月 (4,729 円)
一部委託料		4,102 円			4,102 円
各種 加算	初回加算	300 単位 (3,210 円)	300 単位 (3,210 円)		300 単位 (3,210 円)
	一部委託料	2,592 円			2,592 円
	委託連携加算	300 単位 (3,210 円)			300 単位 (3,210 円)
	一部委託料	1,604 円			1,604 円

*サービスコード 保険者番号 八尾市 272120 地域区分単価 5 級地 10.7

サービスコード	サービスコード名称	単位数	委託料
AF 1001	介護予防ケアマネジメント A	442	4,102 円
AF 1002	介護予防ケアマネジメント A・初回	742	6,694 円
AF 1005	介護予防ケアマネジメント A・委託連携	742	5,706 円
AF 1006	介護予防ケアマネジメント A・初回・委託連携	1042	8,298 円
AF 1011	介護予防ケアマネジメント B	442	
AF 1012	介護予防ケアマネジメント B・初回	742	
AF 1021	介護予防ケアマネジメント C	442	



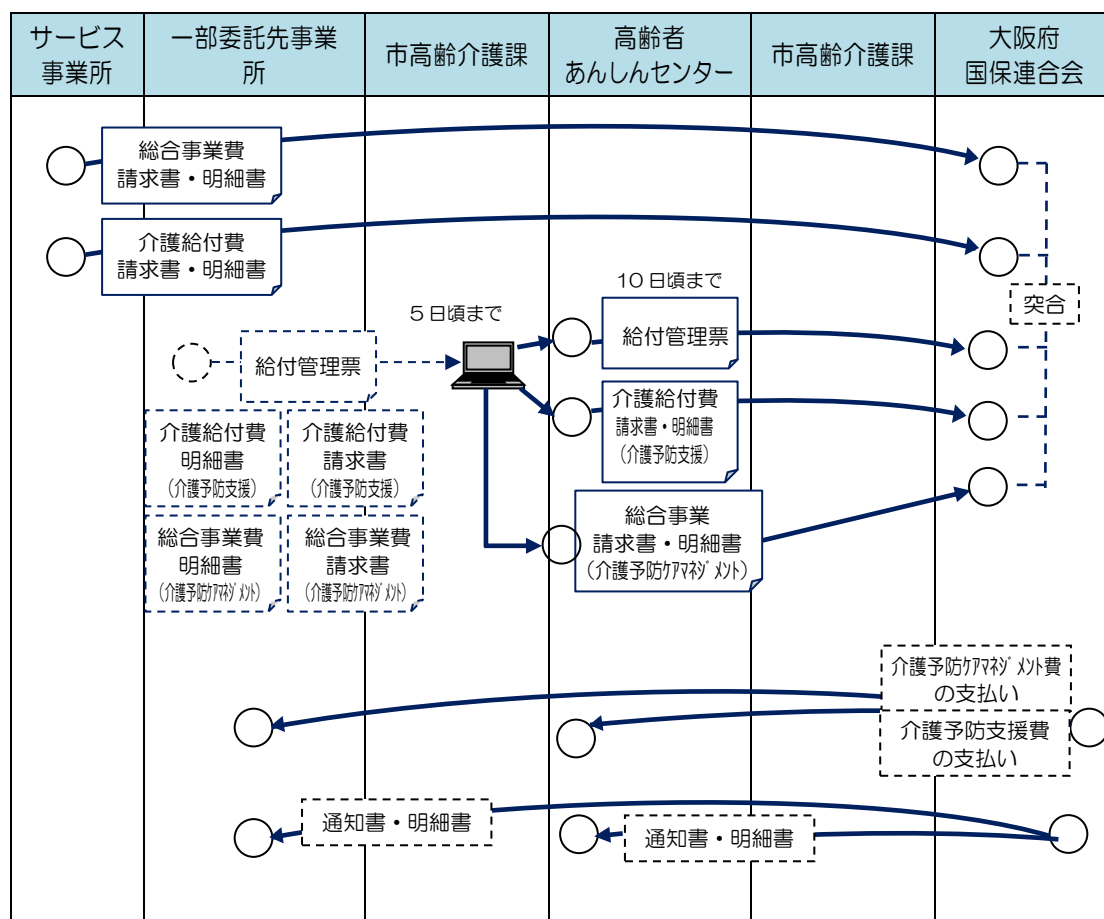
イ. 請求区分について

対象者	利用したサービス			委託先事業所の把握	請求区分
	予防 給付	介護予防・生活支援サービス			
		限度額対象 (サービス A※)	限度額対象外 (サービス A 以外)		
事業対象者		○		給付管理票	介護予防ケアマネジメント (委託料)
事業対象者			○		介護予防ケアマネジメント (委託料)
事業対象者		○	○	給付管理票	介護予防ケアマネジメント (委託料)
要支援者		○		給付管理票	介護予防ケアマネジメント (委託料)
要支援者			○		介護予防ケアマネジメント (委託料)
要支援者		○	○	給付管理票	介護予防ケアマネジメント (委託料)
要支援者	○	○		給付管理票	介護予防支援 (報酬)
要支援者	○		○	給付管理票	介護予防支援 (報酬)
要支援者	○			給付管理票	介護予防支援 (報酬)
要支援者	○	○	○	給付管理票	介護予防支援 (報酬)

※サービスA：指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービス、訪問型サービス（基準緩和）

ウ. 請求の流れについて

- 一部委託先事業所は、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）実施の翌月5日頃までに、市高齢介護課地域支援室地域包括支援センター担当に「給付管理票」（データ、紙媒体）「介護給付費明細書・請求書（介護予防支援）」「総合事業費明細書・請求書（介護予防ケアマネジメント）」「サービス利用表・別表」（紙媒体）を提出する。※データ内は「給付管理票」のみ
市高齢介護課地域支援室地域包括支援センター担当は、一部委託先事業所から提出のあったデータを集約・分散し、各高齢者あんしんセンターにデータ、紙媒体を渡す。
※介護予防支援に関する提出も同時に行う。
※紙媒体のみの場合、各高齢者あんしんセンターに提出。
- 高齢者あんしんセンターは、高齢者あんしんセンターが直接実施した介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）分と合わせ、「給付管理票」「介護給付費明細書・請求書（介護予防支援）」「総合事業費明細書・請求書（介護予防ケアマネジメント）」を、翌月10日頃までに、大阪府国民健康保険団連合会に電送で提出する。



＊ ＊ （Q&A）介護予防ケアマネジメントについて ＊ ＊

No.	質問	回答
1	「介護予防ケアマネジメント C（初回のみケアマネジメント）」の場合も、利用者との契約が必要になるか。	訪問型サービス（シルバー人材センター）、通所型サービス（街かどデイハウス）、一般介護予防事業、その他通いの場などへつなぐ「介護予防ケアマネジメント C（初回のみケアマネジメント）」の場合も、利用者と高齢者あんしんセンターの契約が必要です。
2	サービス利用状況によって、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントが毎月入れ替わるような場合は、その都度ケアプランの作成が必要か。	介護予防ケアマネジメントのケアプランの様式は、従来の介護予防支援と同一の様式であり、目標設定や支援計画の内容等に変更がなければ、改めて計画を作成し直す必要はありません。
3	通所型サービス（短期集中）は「同じ教室の再度利用は原則不可」とされているが、これは同一年度内ということか。それとも一度利用すると二度と利用できないのか。	通所型サービス（短期集中）は、集中介入期→移行期→生活期と状態を改善し、教室終了後は必要に応じて生活期のさまざまなサービス（一般介護予防事業、その他通いの場など）へつなぐことを想定していますので、一度利用すると実施年度に関わらず、再度利用することは原則できません。 ただし、当該教室を利用することにより回復が見込めると判断された場合は再度利用することができます。
4	通所型サービス（短期集中）の利用が終了した後に指定相当通所型サービス（従前相当）を利用することは可能か。	通所型サービス（短期集中）が終了しても状態の改善が見られず、継続的な通所サービスの利用が必要な場合は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、指定相当通所型サービス（従前相当）を含め必要なサービスを利用することにより、要支援状態の維持または改善を目指すこととなります。

5	介護予防ケアマネジメントの初回加算について、次の場合はどうなるか。	契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か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は、初回加算の対象となるなど、基本的にはこれまでの介護予防支援の考え方と同じです。	
	①一部委託事業所を変更した場合	委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、高齢者あんしんセンターとしては初めて当該利用者を担当するのではないので、初回加算の対象にはなりません。	
	②要介護者だった人が要支援者または事業対象者となり、介護予防ケアマネジメントを実施する場合	ケアマネジメントの主体が居宅介護支援事業所から高齢者あんしんセンターに移るので、初回加算の対象となります。	
	③要支援の人で、予防給付を利用するかしないかによって、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で入れ替わった場合	「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」との入れ替わりについては、新たにアセスメント等が必要とならないので、初回加算の対象にはなりません。	
6	介護予防ケアマネジメントBの請求のタイミングはいつか。	介護予防ケアマネジメントBの対象となるのは通所型サービス（短期集中）ですが、3ヶ月の限定したサービスであるため、介護予防ケアマネジメント費の請求は3ヶ月のみとなります。なお、対象月は、サービス利用開始月、中間評価月、サービス終了月となります。	
7	通所型サービス（短期集中）が利用中止となった場合の請求はどうなるか。	下記の表のとおりとなります。	
	利用中止時期	請求内容	備考
	事前訪問前	請求なし	
	事前訪問後～通所開始前	①	
	通所開始後～中間評価前	①、②※	※利用中止後に評価を行うこと（通所開始月の翌月に実施）
	中間評価後～事後評価前	①、②、③※	※利用中止後に評価を行うこと（中間評価実施月の翌月に実施）
	事後評価実施	①、②、③	

＊ ＊ 介護予防ケアマネジメント・多様なサービス関連資料 ＊ ＊

介護予防ケアマネジメント関連で問合せの多い内容や、多様なサービスを利用する場合の参考資料を掲載しています。

1 介護予防ケアマネジメントにおける使用書類一覧

種別	対象サービス	対象者	原案委託	旨の届※	使用書類	担当者 会議
介護予防 ケアマネジメント A	指定相当訪問型サービス（従前相当） 指定相当通所型サービス（従前相当）	要支援者	可	介護予防用	・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書 ・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書 ・介護予防支援等事業契約に関する個人情報使用同意書	要
	訪問型サービス（基準緩和）	要支援者 事業対象者				
介護予防 ケアマネジメント B	通所型サービス（短期集中）	要支援者 事業対象者	不可	介護予防用	・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書 ・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業に関する重要事項説明書 ・介護予防支援等事業契約に関する個人情報使用同意書	不要
介護予防 ケアマネジメント C	訪問型サービス（シルバー人材センター）	要支援者 事業対象者	不可	介護予防用	・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書 ・介護予防ケアマネジメント業務に関する重要事項説明書 ・介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書	不要
	通所型サービス（街かどデイハウス）	要支援者 事業対象者	不可	介護予防用	・指定介護予防支援・第1号介護予防支援事業契約書 ・介護予防ケアマネジメント業務に関する重要事項説明書 ・介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書	不要
		継続利用要介護者		要介護用	・継続利用要介護者における第1号介護予防支援事業契約書 ・介護予防ケアマネジメント業務に関する重要事項説明書 ・介護予防ケアマネジメントに関する個人情報使用同意書	
サービス 併用時	●対象サービス A+B ⇒ ケアマネジメント A ●対象サービス A+C ⇒ ケアマネジメント A（例：訪問型サービス（基準緩和）と通所型サービス（街かどデイハウス）の併用） 注）訪問型サービス（シルバー人材センター）、通所型サービス（街かどデイハウス）、通所型サービス（短期集中）については、限度額管理対象外のサービスのため、給付管理票への記載は不要。 ●対象サービス B+C ⇒ ケアマネジメント B ・通所同士（通所リハビリテーションも含む）、訪問同士の併用は不可。 ・通所型サービス（短期集中）と他のサービス（住宅改修・福祉用具含む）との併用については市にご相談ください。					

※旨の届：介護予防用／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
 要介護用／居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

2 介護予防ケアマネジメントCについて

(1) 概要

初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげます。サービス担当者会議や毎月のモニタリングの実施は不要です。

※初回のみケアマネジメントとなりますので、サービス利用開始月の翌月（月初め頃）に限り、サービス提供者から担当の高齢者あんしんセンターへ利用実績の報告があります。

(2) 対象者

- ・要支援認定者
- ・事業対象者
- ・継続利用要介護者※

※通所型サービス（街かどデイハウス）のみを継続して利用する場合

(3) 対象となる主なサービス

- ・訪問型サービス（シルバー人材センター）
- ・通所型サービス（街かどデイハウス）

※各サービスの利用の流れについては、次ページ以降をご参照ください。

(4) 介護予防ケアマネジメント費を再度算定できる想定例

介護予防ケアマネジメントCは初回のみケアマネジメントですが、下記の場合はケアマネジメント費を再度算定することが可能です。その他事例については、市高齢介護課地域支援室までお問合せください。

- ① サービス利用開始後、利用者の心身の状況変化により住民主体サービスの利用内容等が変更となる場合
例：訪問型サービス（シルバー人材センター）のサービス提供内容の変更、利用頻度が増える場合
- ② サービス利用開始後、住民主体サービスの利用種別が増える場合
例：訪問型サービス（シルバー人材センター）に加え、通所型サービス（街かどデイハウス）を利用する場合
- ③ 認定更新や区分変更により、利用者の要介護状態区分が変更となった場合
※認定更新を行ったが、利用者の要介護状態区分が変わらなかった場合はケアマネジメントの再実施は不要

※要介護状態区分が変更となった場合の住民主体サービスの取扱いについては下記のとおり

●訪問型サービス（シルバー人材センター）

市から高齢者あんしんセンターへ、介護予防ケアマネジメントCの再実施を依頼。その後、ケアプランを高齢者あんしんセンターから市高齢介護課地域支援室へ提出。

●通所型サービス（街かどデイハウス）

各施設から高齢者あんしんセンターへ、介護予防ケアマネジメントCの再実施を依頼。その後、ケアプランの控えを利用者から各施設へ提出。

※他の介護保険サービスとの併用が必要となった場合には、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントA・Bに変更となります。

3 訪問型サービス（シルバー人材センター）の利用について

○内 容：調理・掃除・洗濯等の生活援助（老計第 10 号範囲内）※買物、薬の受取は除く
○対象者：要支援 1 または 2、事業対象者 ○利用料：1 回あたり 200 円（1 時間まで）

内 容		備 考（必要書類等）
相談 (事前調整)	①	●利用希望者がいる場合、高齢者あんしんセンターから市高齢介護課地域支援室へ電話で連絡 利用者の基本情報や下記内容を確認 ・依頼内容 ・利用頻度、希望曜日、時間帯 ・世帯状況 ・戸建かマンションか ・疾患、既往等 ・他に利用中のサービス ・ペットの有無
	②	(市高齢介護課地域支援室からシルバー人材センターに援助会員調整依頼)
	③	●市高齢介護課地域支援室からサービス提供可否の回答を受ける (①から3日～1週間以内を想定) ●回答後、④～⑥と並行しサービス調整開始 (高齢者あんしんセンター・シルバー人材センター／電話等で必要に応じ情報共有)
契約の締結 マネジメント 実施	④	●介護予防ケアマネジメント C を実施 ※他の介護保険サービスを併用する場合は、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント A・B。訪問型サービス（シルバー人材センター）は限度額管理対象外。介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント A を原案委託している場合は居宅介護支援事業者から市高齢介護課地域支援室に相談のこと。 ・契約書 ・重要事項説明書 ・個人情報使用同意書
旨の届出	⑤	●提出窓口 ・要支援者 市高齢介護課地域支援室窓口（1 階） ・事業対象者 市高齢介護課介護保険窓口（2 階） ・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
利用申込み	⑥	●市高齢介護課地域支援室に右記書類を提出 ※シルバー人材センターには書類を市高齢介護課地域支援室から送付 ・利用申請書兼同意書 ・介護保険被保険者証写し ・利用者基本情報 ・ケアマネジメント結果等記録表 (介護予防サービス・支援計画書の一部も可)
サービス 提供準備	⑦	(サービス調整) (利用者・シルバー人材センター) (市から利用者に利用決定通知書送付) (利用者とシルバー人材センター間で契約書等取り交わし)
サービス 提供	⑧	※高齢者あんしんセンターへ送付される書類（市高齢介護課地域支援室経由） 【サービス提供開始頃】 ・個別支援計画書 【サービス利用開始月の翌月初旬】 ・履行確認書（サービス提供票の代わり）
介護予防 ケアマネジ メント費 請求	⑨	(サービス提供の翌月) ●明細書を国保連合会に提出 (初回のみ) ・明細書 ※個別支援計画書、初回の履行確認書でサービス提供開始を確認のこと

※利用開始後、利用者の状況変化によりサービス依頼内容等に変更が生じる場合は、改めてマネジメントを行うことで、介護予防ケアマネジメント費を再度算定できる。（その場合「利用変更届」「利用者基本情報」「ケアマネジメント結果等記録表」を市高齢介護課地域支援室に提出）

4 通所型サービス（街かどデイハウス）の利用について

（１）概要

- 地域の身近な施設等を活用して行う、非営利団体等による住民参加型の
介護予防活動・趣味活動等の日帰りでのサービス（給食は施設により任意実施）
- 提供時間：9:00～17:00 など。施設による。（利用は1時間からでも可能）
- 利用料：各団体の定める金額（利用者が直接支払い）

（２）利用対象者

第一号被保険者（本事業を新規で利用する要介護者は利用対象外）

○以下の者は介護予防ケアマネジメントに基づく利用となります。

- ・事業対象者※¹
- ・要支援認定者
- ・継続利用要介護者※²

※¹要支援認定を持たない新規利用者について、基本チェックリスト実施による判定も可能です。

※²令和3年4月1日の国の制度改正により、介護給付を受けながら住民主体のサービスを利用する要介護者については、居宅介護支援事業所が居宅サービス計画に位置付ける一方で、介護給付を受けず、住民主体のサービスのみを利用する要介護者については、高齢者あんしんセンターが介護予防ケアマネジメントを実施します。

注）利用頻度が月1、2回の要支援認定者等については、当面の間、ケアマネジメント不要とします。

注）本事業のみ利用の場合、ケアマネジメント種別は介護予防ケアマネジメントCとなります。介護度別の利用回数の目安はありませんが、ケアマネジメントにおいて、利用者の自立支援に資する回数をご確認ください。プランには、利用頻度（週1回、週2回など）もご記入いただくようお願いいたします。

（３）ケアマネジメントの実施について

○対象者：施設利用状況がおおむね週1回程度以上の要支援者等※³

※³要支援者等とは、事業対象者、要支援認定者、又は継続利用要介護者
事業対象者については、見込み（施設で実施した基本チェックリストの該当者）を含みます。

●通所型サービス（街かどデイハウス）のみを利用する場合

事業対象者・**要支援認定者**・**継続利用要介護者**

高齢者あんしんセンターが介護予防ケアマネジメントCを実施します。

●通所型サービス（街かどデイハウス）と他のサービスを併用する場合

事業対象者・**要支援認定者**

介護予防支援または介護予防ケアマネジメントAを実施します。なお、本事業は限度額管理対象外のサービスのため、給付管理票への記載は不要です。

継続利用要介護者

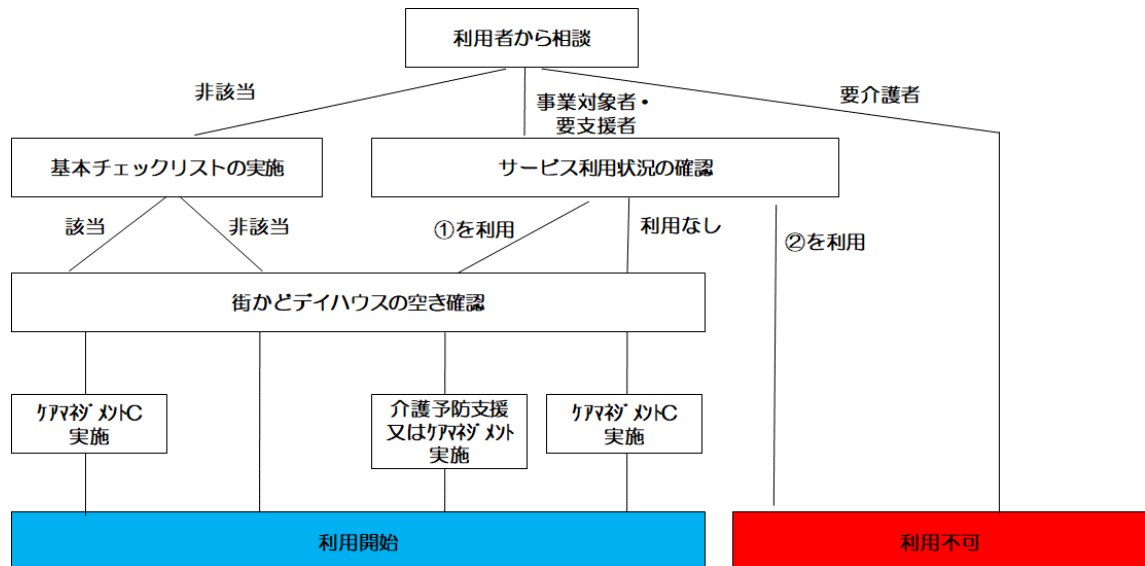
介護給付利用者の場合、居宅介護支援事業所が居宅サービス計画に位置付けます。なお、本事業は限度額管理対象外のサービスのため、給付管理票への記載は不要です。

(4) 利用の流れ

○新規利用者について

【利用者から高齢者あんしんセンターに直接相談があった場合】

おおむね週1回程度以上利用希望の方のみ、下記手順に沿ってご対応ください。



①：訪問型サービス、介護予防給付（通所リハビリテーションを除く）

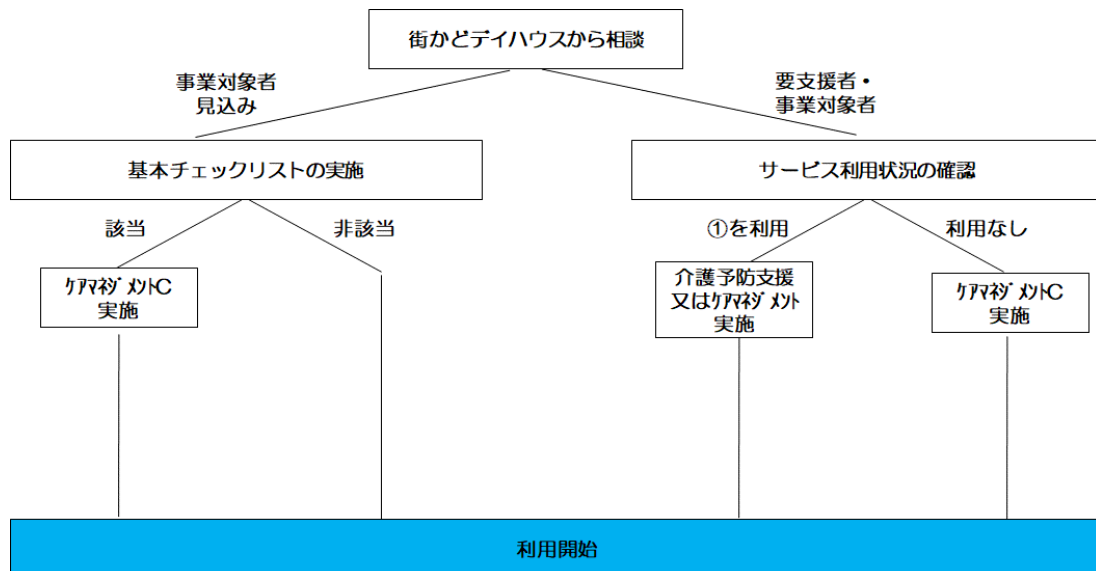
②：通所型サービス（街かどデイハウス）以外の通所型サービス、通所リハビリテーション

注）通所型サービス（短期集中）との併用は原則不可。何らかの理由で併用が必要な場合は市に相談のこと。

【利用者から施設に相談があった場合】

おおむね週1回程度以上利用希望かつ、事業対象者見込み・要支援者である場合、施設より担当の高齢者あんしんセンターへ連絡が入ります。

事業対象者は、見込み（施設で実施した基本チェックリストが該当）を含みます。



①：訪問型サービス、介護予防給付（通所リハビリテーションを除く）

注）通所型サービス（短期集中）との併用は原則不可。何らかの理由で併用が必要な場合は市に相談のこと。

○既存利用者について

施設利用継続中に要支援者等になったとの相談が入りましたら、P37（3）に記載のとおり、サービス併用有無によりご対応くださいますようお願いいたします。

5 通所型サービス（短期集中）「短期集中トレーニング PLUS 教室」利用の流れ

時期	内 容	書 類
	契約の締結	・ 契約書 ・ 重要事項説明書 ・ 個人情報使用同意書
	旨の届け出 （事前訪問実施予定月） ※継続利用時不要	・ 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
教室参加開始月の2か月前の 月末締め切り ※定員に達している場合を除く	利用申込み	・ 利用申請書 ・ 事前訪問日程希望表 ・ 介護保険被保険者証写し ・ 介護予防支援計画表 ・ 利用者基本情報 ・ 基本チェックリスト ・ アセスメントシート
教室参加開始月の前月	事前訪問（PT・包括）	
基本月初め～3か月間	教室（月4回×3か月、全12回）	
（第1回目教室の翌月以降）	明細書を国保連合会に提出（初回）	・ 明細書
6回目以降 （PT 中間評価報告書が届き次第）	中間評価	（提出日はその都度連絡） ・ 事後訪問日程希望表
（第6回目教室の翌月以降）	明細書を国保連合会に提出（中間）	・ 明細書
教室終了後	事後訪問（PT・包括）	
（事後訪問の翌月以降）	明細書を国保連合会に提出（評価）	・ 明細書