

介護予防ケアマネジメントマニュアル

伊那市高齢者福祉課 H29.1月作成

目次

介護予防ケアマネジメントマニュアル

- 1 事業内容
- 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方
- 3 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方
- 4 実施主体(実施担当者)
- 5 実施の手順
 - (1)概要
 - (2)手順のポイント
- 6 留意事項
- 7 ケアマネジメントAについて
 - (1)ケアマネジメントの流れ
 - (2)提出様式
 - (3)契約とケアマネジメント作成依頼届について
- 8 ケアマネジメントCについて
 - (1)ケアマネジメントの流れ
 - (2)利用者の状況把握等について
- 9 介護予防ケアマネジメントの流れについて
- 10 報酬(単価・加算)・支払
 - (1)単価及び加算(平成29年4月1日)
- 11 請求までの流れ
 - (1)給付管理について
 - (2)国保連合会への請求について
- 12 利用者の移行方法と費用
 - (1)移行例と費用
 - (2)契約とケアマネジメント作成依頼届について
 - (3)重要事項説明書の変更について

<資料> 介護予防ケアマネジメントにかかるQ&A

介護予防事業ケアマネジメントマニュアル

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という)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、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者(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の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス(第1号訪問事業)、通所型サービス(第1号通所事業)、その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)のほか一般介護予防事業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、要支援認定者等の状況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です。

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、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(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」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。

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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)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。

【ポイント】

- 目標指向型のケアマネジメントを意識して
 - ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
 - ・個々人の興味や関心のあることを中心に目標設定
 - ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
 - ・心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出
- ⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要
- 利用者のための目標設定がポイント
 - ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
 - ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する

3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、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、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型を想定しています。

具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

類型	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)	②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)
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスに利用につなげる場合 (※必要に応じ、その状況把握を実施) ・短期集中予防サービスを利用する場合
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所(委託) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型(現行相当、サービスA) ・通所型(現行相当、サービスA-1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービスB ・通所型サービスA-2 ・通所型サービスB ・短期集中予防サービス(訪問型C・通所型C)
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者と一緒に目標を設定 →利用するサービス提供者等への説明・送付

4 実施主体(実施担当者)

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することとします。

※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

5 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること又は、事業対象者として市町村に登録されることが必要です。

(1)概要

① 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認(介護保険担当窓口で実施)

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。
総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または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」に該当するかどうかを確認する。利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受け、事業対象者の旨を記載した被保険者証の交付。

② 介護予防ケアマネジメント利用の手続き(以下、利用者宅で実施)

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

ア アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決める。

ウ サービス担当者会議(ケアマネジメントCの場合を除く)

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)(利用者、サービス提供者)

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング(給付管理)(ケアマネジメントCの場合を除く)

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。

利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。

利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントの類型により、その実施及び間隔が異なる。

実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。

ク 評価(ケアマネジメントCの場合を除く)

実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型も含めて今後の方針を決定する。

(2) 手順のポイント

<p>アセスメント</p> <p>●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。 ○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 ○介護予防に取り組む意欲を引き出す。 ○生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシートを用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。 ○本人から病気のことを、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。 <div data-bbox="911 596 1282 795" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●興味・関心チェックシート ●利用者基本情報 </div>
<p>ケアプラン 原案作成</p> <p>●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 ○利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所の特徴を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。 ・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。 ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・必ず本人の取組みを入れる。 <div data-bbox="819 1185 1273 1301" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書 </div>
<p>サービス担当者会議</p> <p>●家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人、事業所から目標達成のための意見を促す。 ○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有する。 ○担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくり ○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。 <div data-bbox="399 1670 1262 1893" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書 ●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)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む) </div>

<p>モニタリングと 評価</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する(ケアマネジメントA)。 ○本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。 ○受けているサービス内容についての満足度。 ○目標の達成状況。 ○新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断。 ○最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画書 ●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)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む) </div>
-----------------------	---

ケアマネジメント類型における各プロセスの実施

(○:実施 -:不要)

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
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	○	(○)(ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○
モニタリング	○	(状態の変化を基本チェックリストにより確認 概ね12カ月後)

6 留意事項

1. サービス選択の基本方針は、利用者の状態像から「改善」「維持」等の適切な目標設定を行い、達成するためのサービス選択を行うことです。なお、「改善」された場合は、その都度状態像にあった適切なサービスを選択してください。
2. 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
3. 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
4. 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

7 ケアマネジメントAについて

「ケアマネジメントA」は、給付管理の対象となる総合事業サービスのみを利用する場合に適用されます。「ケアマネジメントA」については従来の「指定介護予防支援」とプロセスに変更点はありません（介護報酬の請求方法を除く）。また、ここでの利用者は、介護保険サービスの利用を必要としない利用者であり、ケアマネジメントAの対象者像については、

- 介護予防の取り組みにより、将来的にも介護保険サービスを利用しない状態を維持できる者
 - 状態改善を目指すことで、結果として利用サービスが基準緩和サービスや住民主体サービスに軽度化されることを目標にできる者
- とします。

(1) ケアマネジメントの流れ

ア アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ 主治医への参加の有無の確認

医療と介護との連携連絡票を使用する。

ウ ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

エ サービス担当者会議(委託の場合、基本的に地域包括支援センター職員出席)

オ 利用者への説明・同意

カ ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)(利用者、サービス提供者)

ケアプランは利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

キ サービス利用開始

ク モニタリング・評価

6ヶ月終了日または1年終了日までに、事業所は個別支援計画・評価表により評価する。地域包括支援センター等はカンファレンスを開催し、ケアプランの目標が達成されたか評価し、再アセスメント、再プランニングを検討する。

※カンファレンスは事業所での実施が可能。

※ケアプラン変更の場合はサービス担当者会議が必要だが、軽微な変更の場合は省略可能。

8 ケアマネジメントCについて

介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取り組みとして短期集中サービスを利用する場合、保険外のサービスのみまたは、通所サービスA-2の利用となります。伊那市では、地域包括支援センターでのみ実施します。予防給付と併用の場合は予防支援となります。

(1)ケアマネジメントの流れ

ア アセスメント(課題分析)

アセスメント様式を用いてアセスメントを行い、課題整理し、介護予防事業等の利用についての検討を実施。

【帳票】 ・興味・関心チェックシート

イ 利用者への説明・同意

・利用者基本情報

介護予防事業等の利用だけでなく、日常生活上の課題も含めたプランの作成について説明し、同意を得る。*同意書の記載まで求めない。

ウ プラン作成

生活目標・その為の必要なサービスを記入。初回については、地域包括支援センターが本人の課題を整理し、本人の同意のもと作成を行う。

エ サービスの利用見込み・利用開始

利用するサービス提供者等への説明・送付

オ 状態変化の確認

モニタリングは実施せず、12ヵ月後に状態の変化を確認するため基本チェックリストとプランの達成状況の確認。※継続してサービス利用が必要な場合は、再度ケアマネジメントを実施。

一般介護予防事業(脳いきいき教室)利用希望の際には社協へ参加希望の旨を伝えてください。通所型サービスA-2については利用者基本情報の提供をお願いします。

(2) 利用者の状況把握等について

① サービス提供時

サービス提供時は、定期的に行う業務はありません。ただし、利用者がサービスを長期間欠席した、状態の悪化が懸念される場合等に、サービス提供者からケアプラン作成者へ連絡します。

② 電話等による状況把握

サービス提供者からの連絡があった場合や、面接から3～6ヶ月経過している場合等において、電話等により利用者の状況把握(状態変化の連絡がない場合は簡易的な把握)を実施します。

③ 訪問による状況把握(評価・再アセスメントを含む)

ケアマネジメントCの目的(早期アプローチによる状態悪化の予防)が計画通り達成されているかを確認するため、計画作成月から1年以内に1回実施します。状況の変化が認められる場合には、利用サービスの選定(ケアマネジメント類型の見直し)等、ケアプランを再作成します。

* 年数回の電話等による状況把握を継続する等、状態悪化の予防や早期把握に努めてください。

9 介護予防ケアマネジメントの流れについて

～フローは基本的な手順のため、
順序が前後する場合があります～

●・・・居宅介護事業所に委託した場合の委託業務
◎・・・委託可能業務とするが、包括の関与が必要な業務

	介護予防支援費	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC	備考等／【様式】	包括	サービス提供者	利用者	
計画期	アセスメント			【基本チェックリスト】	○	→	○	
	介護予防サービス計画原案作成			ケアマネジメント類型(利用サービス)の仮決定	●			
	サービス担当者会議			【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(担当者会議の要点)】	◎	○	○	
	計画原案の説明と同意				●	→	○	
	介護予防サービス計画の確定と交付			ケアマネジメント類型(利用サービス)の確定 【利用者基本情報】 【介護予防サービス・支援計画書】	●	→	○	
	個別計画の作成指導と確認				○	→	○	
	個別計画の作成と交付					○	→	○
提供期	サービス提供					○	→	○
	サービス提供記録作成・報告			【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録】	○	←	○	
	提供状況と利用者状況の連絡			【必要時】とは長期欠席や状態悪化等の場合に提供者が行う連絡を想定	○	←	○	
モニタリング期	利用者の状況把握							
	電話等	毎月(訪問月を除く)	3月に1回程度	電話等はサービス提供場所等への訪問を含む。	○	→	△	○
	訪問	3月に1回	初回年に1	【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録】	○	→	○	
	給付管理/請求			【サービス利用票/提供票】 【介護給付費請求明細書】 【給付管理票】	◎	→	△	
	評価・再アセスメント			ケアマネジメントCは、電話等により把握した状況に応じた適切な時期に実施。初回計画作成月より1年以内に再評価を行う。(初回年のみで可)	●	←	○	
	計画目標達成状況の報告							
	訪問	3月に1回初	初回年に1回	【介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録】	●	→	○	
介護予防サービス計画原案作成に戻る【必				●			10	

10 報酬(単価、加算)、支払

(1) 単価及び加算(平成29年4月1日)

類型	利用サービス	利用者	報酬	委託の可否
ケアマネジメントA	・訪問型 (現行相当、サービスA) ・通所型 (現行相当、サービスA-1)	要支援認定者 事業対象者	4,275円 + 初回加算2,730円	可
ケアマネジメントC	・訪問型サービスB ・通所型サービスA-2 ・通所型サービスB ・短期集中予防サービス (訪問型C・通所型C)	要支援認定者 事業対象者		否

○考え方

ケアマネジメントA 現行の介護予防支援費と同様の業務を行うことから、同額の単位設定とする。

ケアマネジメントC 地域包括支援センターが実施する報酬の単位設定はしない。

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

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二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を含む

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス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

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

○介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算(以下、連携加算)について

連携加算は、現行の指定介護予防支援における取扱いに準じます。

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を行うものです。ただし、6月以内に当該加算を算定した利用者については算定できません。また、当該加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができます

11 請求までの流れ

(1) 給付管理について

総合事業(現行相当サービス、基準緩和サービスのみ)においても、介護予防給付サービスと一体的に給付管理を行います。そのため、事業対象者についても、下記表のとおり区分支給限度額を設定します。また、給付管理を行ううえで、次の3点についても留意してください。

○総合事業においては、給付管理を行うサービスであっても給付制限を適用しません。

○総合事業においても、現行の高額介護サービス相当の事業(支給)を実施します。

○総合事業(現行相当サービス、基準緩和サービスのみ)においても、介護保険負担割合証の割合に応じた自己負担とします。

【区分支給限度額(利用限度額)】

基本チェックリストからの事業対象者については、予防給付の要支援1と同じ利用限度額とします。現行相当サービスにおいて、サービスの組合せにより、要支援2相当のサービス量が必要となる(5,003単位を超える)場合は、市と相談のうえ利用限度額を決定します。

要支援2	要支援1	事業対象者
10,473単位	5,003単位	5,003単位

※保険給付サービスと総合事業サービスを併用している場合は、その利用単位を合算し、表の上限となります。

(2) 国保連合会への請求について

- 「介護予防給付(介護予防支援費を含む)」及び「総合事業のうち給付管理を行うサービス」は一体的に管理を行うことになるため、従来と同様に国保連合会へ請求します。
- 「介護予防ケアマネジメント費」は、伊那市を經由して国保連合会へ請求します。
- 「住民主体サービス」「その他生活支援サービス」は、給付管理を行わないため、ケアプランへ位置付けるのみとなります。
- 総合事業のサービスに移行した場合は、総合事業用(現行相当サービス)のサービスコードによる請求になります。

項目	内容
申請	要支援認定(更新)申請(認定調査・審査会)、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
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(変更)届出書の提出 ⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施(アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等)
利用	ケアプランの交付・サービス利用

請 求	給付管理票・請求書の提出(委託元:地域包括支援センターへ) * 地域包括支援センター ○介護予防支援費を国保連に請求 国保連より支払 ○介護予防ケアマネジメント費を市に請求 市より支払
-----	---

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は市から地域包括支援センターへ費用が支払われます。委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。なお、請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費を分けて請求を行ってください。

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント費を市へ請求してください

12 利用者の移行方法と費用

要支援認定者等が認定有効期間終了に伴い、引き続き介護サービスを利用する場合

要支援認定有効期間の終了時(従来の認定更新申請時)において、下記の例に該当する場合には、利用者と相談したうえで基本チェックリストによる事業対象者としての手続きを進めてください。

認定更新申請の代替として基本チェックリストによる事業対象者の手続きを行う例
総合事業に移行されるサービスのみ(介護予防訪問介護、介護予防通所介護)を利用しており、利用サービスの変更をしない場合 ※利用限度額を超える場合を除く
事業に移行されない介護給付サービス(福祉用具貸与等)を利用しているが、更新のタイミングで利用サービスの変更を行い、総合事業に移行されるサービスのみを利用する場合
要支援の認定を受けているが介護サービスの利用をしておらず、有効期間終了後においても介護サービスの利用予定はないが、介護サービスが利用できる状態の担保を希望している場合

○「認定有効期間の開始年月日がH29.4.1以降の要支援者」の場合

- ・**予防給付**のみ必要な場合 ⇒「介護予防サービス計画」
- ・**予防給付と総合事業**が必要な場合 ⇒「介護予防サービス計画」
- ・**総合事業**のみ必要な場合 ⇒「介護予防ケアマネジメント」

○「H29.4以降に基本チェックリストにより事業対象者」になった場合

- ・事業対象者が**総合事業**が必要な場合 ⇒「介護予防ケアマネジメント」

○平成29年3月までに基本チェックリストを実施し、事業対象者となり平成29年4月から総合事業のサービスを受ける場合 ⇒「介護予防ケアマネジメント」

* 要支援認定者の場合、有効期間が切れる前に実施してください。

市提出書類

- ①申請書②基本チェックリスト③介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼届出書

※提出後、新たな介護保険被保険者証(資格者証)を発行し、郵送します。

(1)移行例と費用

①Aさん85歳(女) 要支援認定者 更新の場合

介護度:要支援2 有効期間:平成28年4月1日から平成29年3月31日

利用サービス 訪問介護:1/W 通所介護:1/W 福祉用具貸与を検討中

○認定結果介護度:要支援2 有効期間:平成29年4月1日から平成30年3月31日

総合事業への移行	費用
訪問介護:平成29年4月1日	総合事業
通所介護:平成29年4月1日	総合事業
ケアマネジメント:平成29年4月1日	総合事業

○認定日が4月中旬になり、かつ結果が介護1以上となった場合

利用サービス	考え方	費用
訪問介護 通所介護	<p>① 総合事業の訪問介護・通所介護が利用できるのは、要支援認定者・事業対象者のみ。要介護者は利用できない。</p> <p>② 認定結果が出る前にサービス利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分のサービスは、総合事業より支給。</p>	<p>認定結果が出る前 :総合事業より支給</p> <p>認定結果後 :介護給付より支給</p>
ケアマネジメント	<p>① 給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行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し、請求する。</p> <p>② 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。</p>	<p>介護給付より支給</p>

②Bさん76歳(男)事業対象者 事業対象者が介護保険サービスを暫定利用する場合

利用サービス 訪問介護:2/W、福祉用具貸与(平成29年5月1日から利用開始)

※福祉用具貸与希望のため、要支援認定等申請(平成29年5月1日)

○認定結果:要支援1 有効期間:平成29年5月1日から平成30年4月30日

利用サービス	費用
訪問介護	総合事業
通所介護	予防給付
ケアマネジメント	予防給付

○認定結果:要介護1 認定日:6月1日 有効期間:平成29年5月1日から平成30年4月30日

考え方	利用サービス	費用(5月1日から5月31日)
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サービス事業によるサービス利用を継続することが可能。 ①要介護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は利用できない ②事業対象者のまま、取り扱うことが可能 ※①か②の選択が可能	訪問介護	① : 全額自己負担 ② : 総合事業より支給
	福祉用具	① : 介護給付より支給 ② : 全額自己負担
	ケアマネジメント	① : 介護給付より支給 ② : 総合事業より支給

***6月1日以降は、介護給付より支給**

③Cさん67歳(女) 要介護認定者更新の場合

介護度:要介護1 有効期間:平成28年6月1日から平成29年5月31日

利用サービス 通所介護:2/W

○認定結果介護度:要支援2 有効期間:平成29年6月1日から平成30年5月31日

総合事業への移行	費用
通所介護:平成29年6月1日	総合事業
ケアマネジメント:平成29年6月1日	総合事業

○認定日が6月下旬になった場合(要支援2)認定日までは暫定プランとして、通所介護を利用

利用サービス	考え方	費用
通所介護	下記の表から結果要支援認定で暫定プランで介護1の通所として対応したため、給付のみと判断し、予防給付より支給。	認定日まで: 予防給付 認定日以降: 総合事業
ケアマネジメント	給付のルールに準じて、月末の時点で居宅介護支援を行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し、請求します。	6月1日から: 予防給付より支給

表 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・ 事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(2) 契約とマネジメント作成依頼届けについて

対象者		ケアマネジメント作成依頼届	契約書(再契約)
新規利用者	事業対象者	介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書
	要支援認定者	介護予防サービス計画書 介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	
既利用者	事業対象者に変更	介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	提出省略
	要支援認定者	提出省略	
		提出省略	

(3) 重要事項説明書の変更について

利用するサービスや有効期間の考え方が総合事業への移行に伴い変更されるため、介護予防ケアマネジメントの実施を契機に、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントの内容を併記した重要事項説明書への切り替えが必要となります。

○切り替えが必要な対象者(①②の両方に該当する人)

- ①平成29年4月以降に新規・更新・区分変更により要支援認定を受けた人
(認定有効期間の開始年月日が平成29年4月1日以降の人)
- ②現行相当サービス(訪問介護、通所介護)、多様なサービス(訪問型サービスA、通所型サービスA)を利用し、予防給付のサービスを利用しない人

○切り替えが望ましい対象者

上記①に該当するが、予防給付のサービスを利用している場合。

(給付サービスを利用休止した場合は、介護予防ケアマネジメント費となる可能性があるため)

○平成29年4月以降に新規で基本チェックリストにより「事業対象者」となった人

契約当初から変更後の重要事項説明書で契約してください。

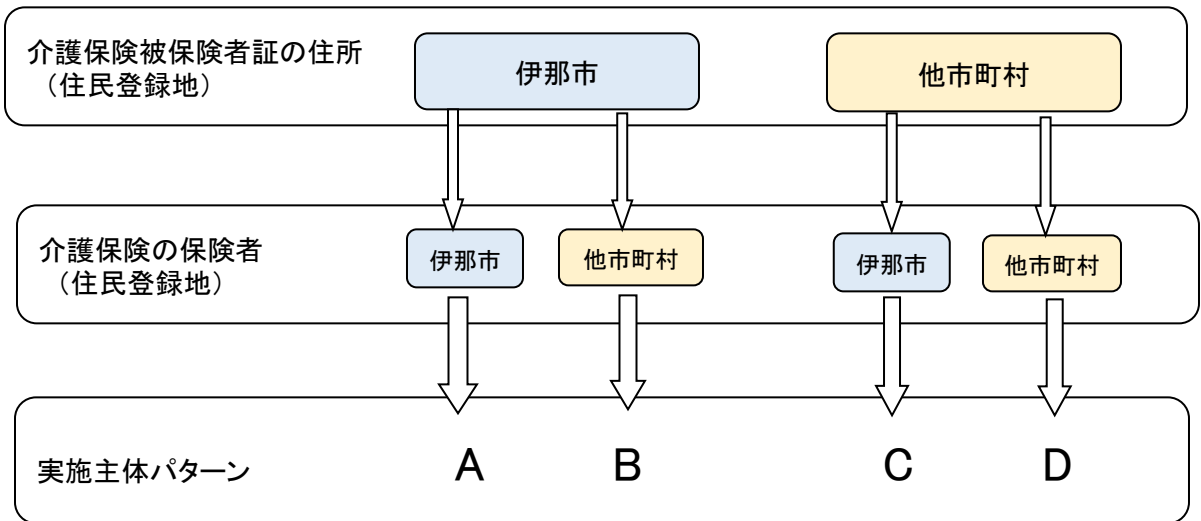
(給付サービスは利用できないため、介護予防ケアマネジメント単独様式の利用でも構いません)

<資料> 介護予防ケアマネジメントにかかるQ&A

問1

伊那市に居住しているが、住民票が他市町村にあり、介護保険の保険者が伊那市ではない場合においても、総合事業の対象者としてよいか？

総合事業を実施するにあたり、伊那市に居住しているものの、「住民登録地」や「介護保険の保険者」が伊那市ではない場合には、基本チェックリストの提出先や総合事業サービスの利用有無が変わりますので、つぎのとおり取扱いに留意してください。



* 居住地が伊那市の場合

パターン	介護予防ケアマネジメント依頼届出 (基本チェックリストの提出先)	総合事業の利用可否
A	伊那市	利用可
B	伊那市 (市から他市町村へ送付)	利用可
C	施設住所地の市町村へ提出。事業の利用可否は他市町村の実施状況による。 (住所地特例による他市町村の施設居住者以外に、Cのパターンが生じることは原則ありません)	
D	他市町村	サービス事業者が保険者市町村の総合事業にかかる指定を受けている場合のみ利用可

* Dに該当する場合は、保険者により取り扱いが異なる場合がありますので、対象者の保険者である市町村に必ず相談を行ってください。

問2

基本チェックリストにより総合事業対象者となった場合、認定の有効期間はありますか？

基本チェックリストによる判断により事業対象者になった場合については、要介護(支援)認定と違い事業対象者である有効期間の終期はありません。そのため、ケアマネジメントAにより現行相当サービス等の提供を受けていたものの、状態が改善しサービスが不要となった場合は、①ケアプランの見直しによりケアマネジメントCに移行し(※)経過を見守る、②再度基本チェックリストを行い「非該当」の結果を記録し、終結する(該当の場合は①へ)といった整理となります。

なお、事業対象者としての有効期間はありますが、状態像は変わる場合があるため、事業対象者としての判断に使用する基本チェックリストは、直近(少なくとも1ヶ月前後)に実施したものである必要があります。

