

1. サービス類型

①訪問型サービス

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものとそれ以外の多様なサービスからなる。

○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当		多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②短時間サービス	③訪問型サービスA (緩和基準によるサービス)	④訪問型サービスB (住民主体によるサービス)	⑤訪問型サービスC (短期集中サービス)	⑥訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問介護員による20分未満の生活援助等 【例】 ・シャワー入浴の見守り ・近隣の買い物 ・調理の下ごしらえ など	生活援助等 【例】 ・調理、掃除等やその一部介助 ・ゴミの分別やゴミ出し ・重い物の買い物代行や同行など	住民主体の自主活動として行う生活援助等 【例】 ・布団干し、階段の掃除 ・買い物代行や調理・ゴミ出し、電球の交換、代筆など	保健師等による居宅での相談指導等	介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行う移動支援 移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○すでにサービスを利用しているケースで、サービス利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース 【例】 ・認知機能低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴うもの。 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者。 ※状況等をふまえながら多様なサービスの利用を促進していくことが大切。		○状態を踏まえながら、住民主体による支援等、「多様なサービス」の利用を促進 ※サービス内容は柔軟に提供可能としつつ、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資するサービスを提供		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6カ月の短期間で実施 ※住民主体の通いの場など多様な通いの場に移行していくことが重要	訪問サービスBに準じる
実施方法	事業所指定		事業所指定/委託	補助（助成）	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本とする		人員を緩和した基準	個人情報の保護等の最低基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者	訪問介護員 (訪問介護事業者)		主に雇用労働者 (シルバー人材センター等)	ボランティア主体	内容に応じた独自の基準	
霧島市のサービス	・介護予防訪問介護相当サービス（みなし） ・介護予防訪問介護相当サービス（独自）		・訪問生活支援サービス (仮名)			
ケアマネジメント類型	ケアマネジメントA		ケアマネジメントB			

※現行相当のサービスについては、要支援1・2の認定者、または事業対象者（要支援1・2相当の心身の状況であると判断されるもの）が対象。

※訪問型サービスAについては、要支援1・2の認定者または事業対象者(チェックリストで対象と判断されたもの)となるが、現行相当のサービス及び予防訪問介護の利用者は除く。

②通所型サービス

○ 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。

○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	①通所介護	②通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービス B (住民主体による支援)	④通所型サービス C (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練	高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業 【例】 ・ミニデイサービス ・運動・レクリエーション等	住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり 【例】 ・体操、運動等の活動 ・趣味活動を通じた日中の居場所づくり ・定期的な交流会、サロン ・会食 等	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 ※訪問 C によるアセスメント訪問と組み合わせ、日常生活に支障のある生活行為を明らかにした上で実施。
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれているケース ※状態を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		
実施方法	事業所指定	事業所指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者+ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 スポーツクラブ等
霧島市のサービス	・介護予防通所介護相当サービス(みなし) ・介護予防通所介護相当サービス(独自)			短期集中型予防サービス (仮名)
ケアマネジメント類型	ケアマネジメントA			ケアマネジメントC

※訪問介護同様、現行相当サービスについては、要支援1・2の認定者、または事業対象者(要支援1・2相当の心身の状況であると判断されるもの)が対象。

※短期集中型予防サービスについては、要支援1・2の認定者及び事業対象者(チェックリストで対象と判断されたもの)となるが、介護予防給付対象の通所系サービス及び現行相当サービスの利用者を除く。

2. 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

総合事業が開始してからのケアマネジメントの取り扱いは下記の通りである。

種 類	要支援者 (給付のみ)	要支援者 (給付+事業)	要支援者 (事業のみ)	事業対象者
介護予防ケアマネジメント (総合事業)	×	×	○	○
介護予防支援 (予防給付)	○	○	×	×

- 事業対象者及び総合事業のみを利用する要支援者については、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施する。
- 平成29年4月以降も、要支援認定期間中は介護予防支援（予防給付）である。認定更新の際に総合事業に切り替わり、総合事業のみを利用する場合は包括支援センターへ引き継ぐ必要がある。
- 予防給付を利用する場合または予防給付と総合事業を併用する場合は、引き続き、包括支援センターまたは包括支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業所が行う。

※予防給付を計画していた利用者が、総合事業のみを利用した月は、介護予防ケアマネジメント費での請求になる。

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、利用者の状況に応じて実施する。

(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）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い、利用者の状況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。

(2) 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）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、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）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

(3) 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）

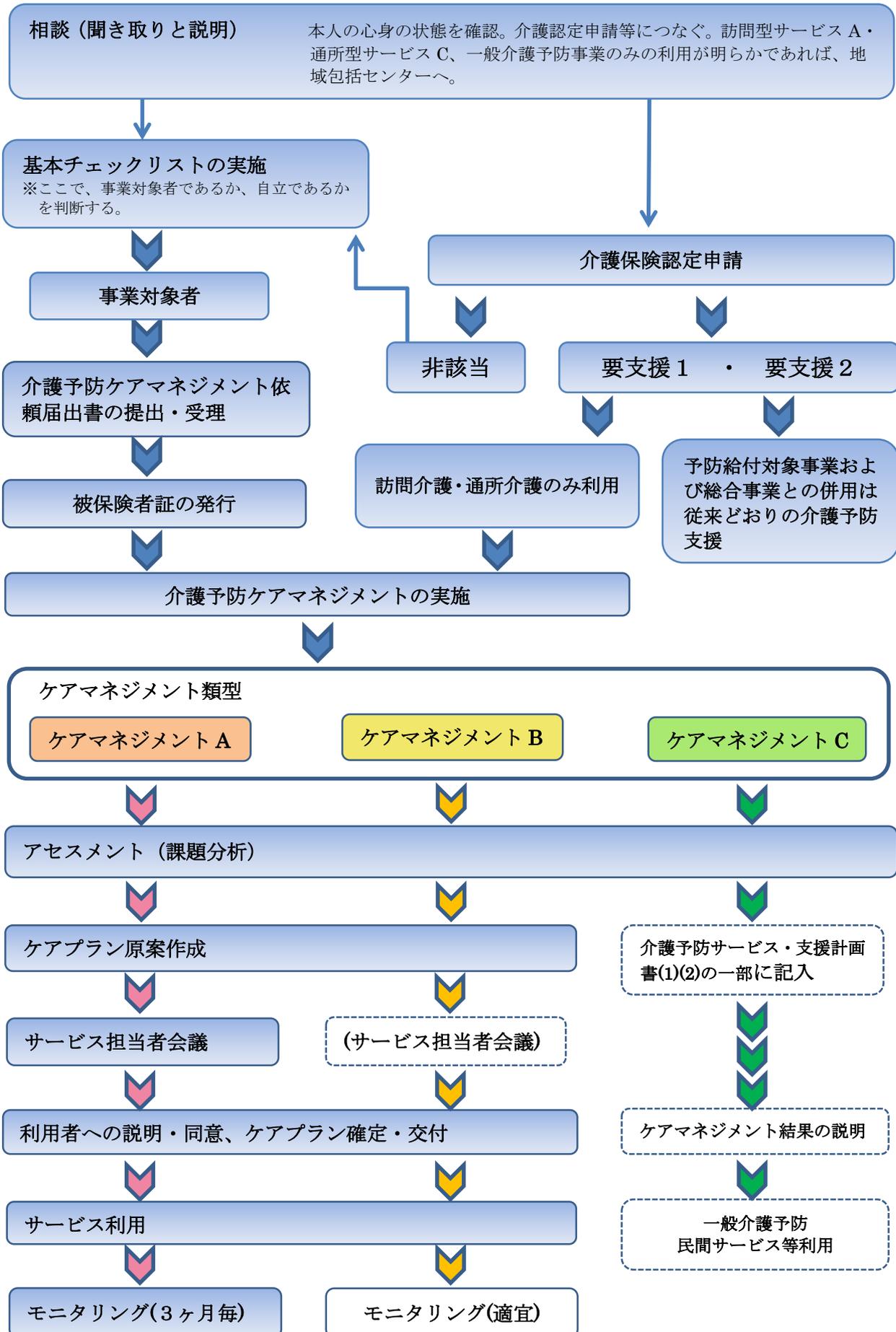
ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
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	○	△	—

(○：実施△：必要に応じて実施—：不要)

4. 総合事業のケアマネジメントの流れ



5. 手順の詳細

(1) 相談対応

★新規の場合

聞き取り

- ◆相談受付の窓口は、介護保険担当窓口、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等を想定。
- ◆相談目的や希望するサービスを聴き取る。

説明

- ◆介護保険・総合事業の目的や内容、手続き等について十分な説明を行う。

〈介護予防・日常生活総合事業の趣旨〉

- ①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を利用することで、心身の機能の維持や重度化を予防する事業であること。
- ②ケアマネジメントの中で、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り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていく事業であること。

〈サービスの利用について〉

- ①地域包括支援センターにおける基本チェックリストの実施により、サービスの利用が可能であること。
- ②事業対象者となった後やサービス事業によるサービスを利用し始めたあとも、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること。

つなぐ

- ◆以下の場合には認定申請につなぐ。
 - ①明らかに要介護認定が必要な方。
 - ②新規のサービス利用希望者。
 - ③第2号被保険者で特定疾病により介護が必要となった方。
- ◆以下の場合には地域包括支援センターへつなぐ。
 - ①訪問型サービスA、通所型サービスC、一般介護予防事業のみを利用することが明らかである方。

★更新の場合

確認する

- ◆要支援1・2の認定を受けている事業対象者（予防訪問介護・予防通所介護のみ利用している者）に更新申請を行うか、申請を行わずに総合事業へ移行するかを確認する。

※予防給付対象者（介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリ、介護予防通所リハビリ、介護予防福祉用具貸与の利用希望、住宅改修・福祉用具購入希望のある者）及び予防給付と総合事業の併用の利用者は、居宅介護支援事業所への委託を予定している。

つなぐ

- ◆以下の場合には認定申請につなぐ
 - ①予防給付対象の利用者
 - ②事業対象者であるが、認定申請を希望する者
 - ③第2号被保険者で特定疾病により介護が必要な方
- ◆以下の場合には包括支援センターにつなぐ
 - ①事業対象者のうち総合事業へ移行を希望する者。
 - ②更新申請を行わず、訪問型サービスA・通所型サービスC・一般介護予防事業の利用を希望する者。

(2) 基本チェックリストの活用・実施

基本チェック
リストの実施

- ◆地域包括支援センターが実施。
- ◆質問項目の趣旨を説明しながら、本人・家族等が記入、または包括支援センター職員が記入。

〈再申請・基本チェックリストの再実施〉

本人の状態変化に応じて、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用が無かった場合に、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、申請・基本チェックリスト等を実施する。

介護予防ケア
マネジメント
依頼(変更)
届出書の受理

- ◆要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うことを説明し、その上で、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を記入の上、窓口へ提出してもらう。
- ◆本人の代理として、地域包括支援センターからの提出も可能。
- ◆住所地特例対象者は、各保険者の様式を使用して霧島市へ提出する。

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出の有無

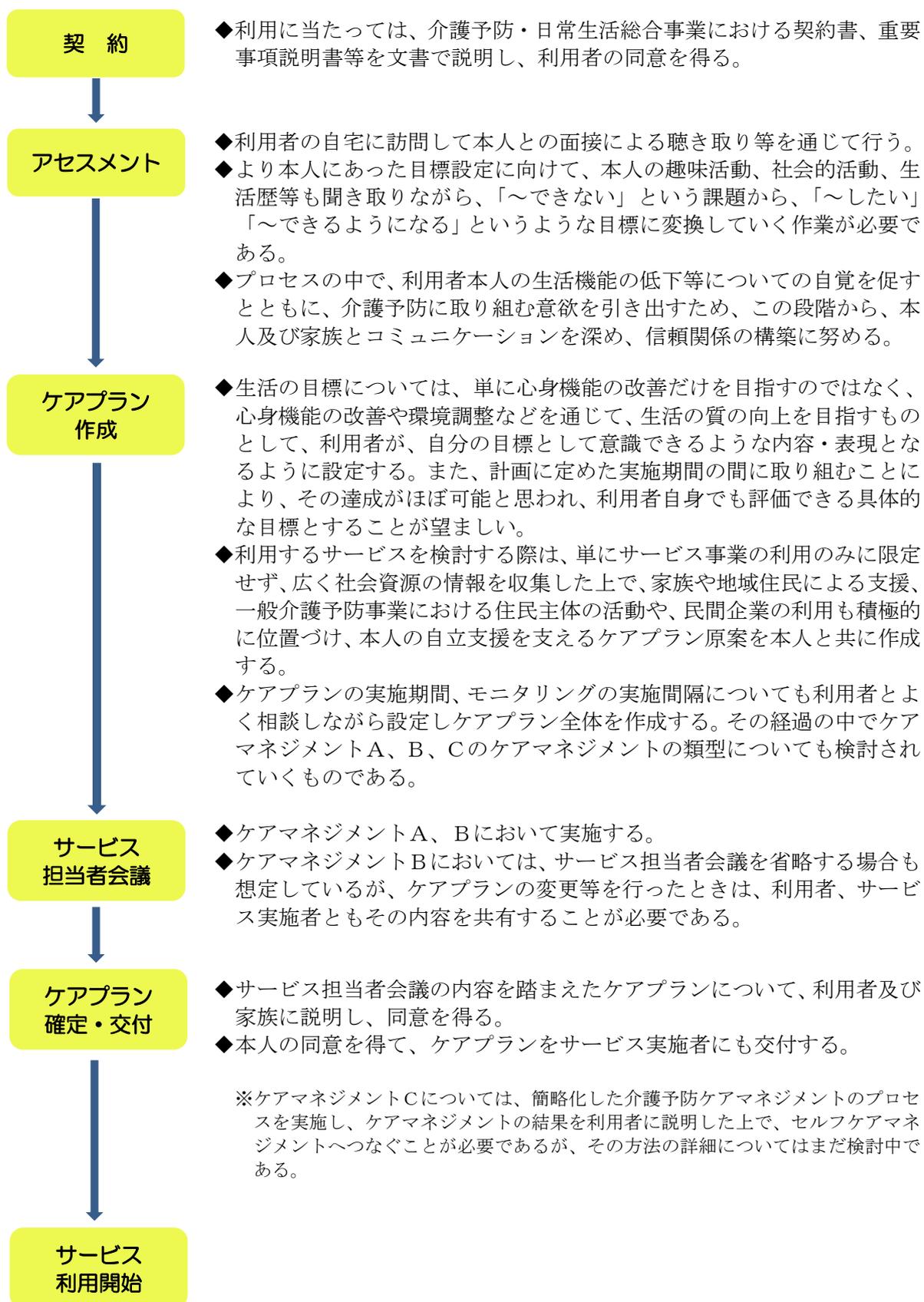
区分	介護予防サービス計 画作成依頼届出書	介護予防ケアマネジ メント依頼届出書
介護給付から予防給付へ移行 する場合	○	×
介護給付から総合事業に移行 する場合	×	○
予防給付から総合事業に移行 する場合	×	○
新規の事業対象者	×	○
予防給付と総合事業の併用と なった場合	○	×(※1)

※1 計画作成時に介護予防支援であったものが、総合事業のみを利用した月は介護予防ケアマネジメント費での請求となるが、届出書を2種類提出する必要はない。

被保険者証の
発行

- ◆事業対象者の基準に該当した者については、届出に基づいて市町村が事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する。
- ◆霧島市は、事業対象者に有効期間を定めない。

(3) 介護予防ケアマネジメントの実施



モニタリング

- ◆ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも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ときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。
- ◆ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。
※具体的な期間設定については、検討中である。
- ◆ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センター等へ情報が入る体制を作っておく。

評価

- ◆ケアマネジメントA、Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。
- ◆通所型サービスCについては短期集中のサービス(ケアマネジメントC)であるため、終了時の評価のみを想定している。

ケアプランへの記載

- ◆介護予防サービス・支援計画書のサービス種別の部分に総合事業であることを明記し、それぞれ、対応する事業所、期間等を記載する。

※記載様式等については、現行システムのバージョンアップ等にて確認後、詳細を伝達する。

サービス利用票・利用票別表

- ◆予防給付と総合事業の併用の場合は、同じ紙面上に両方のサービスとも記載する。

※記載方法、様式等については、現行システムのバージョンアップ等にて確認後、詳細を伝達する。