

三鷹市

介護予防・日常生活支援総合事業

ガイドブック

(令和6年6月版)

三鷹市健康福祉部高齢者支援課

令和6年5月

※制度改正や厚生労働省の通知等により、
本ガイドを修正することがあります。

内容

1 介護予防・日常生活支援総合事業	1
(1) 平成 27 年度法改正による新しい総合事業.....	1
(2) 三鷹市の総合事業	2
(3) 三鷹市が目指す総合事業 ～自立支援に向けた取組～	2
2 総合事業のサービス内容	3
(1) 訪問型・通所型サービスの単位・基準（旧・令和 6 年 3 月まで）	3
(2) 訪問型・通所型サービスの単位・基準（新・令和 6 年 4 月から）	4
(3) みたかふれあい支援員.....	5
(4) 「みたか日常生活チェックシート」による事業対象者	7
(5) 一般介護予防事業等.....	8
3 従前相当サービス・基準緩和サービス振り分けの考え方	9
(1) アセスメントのポイント	9
(2) 訪問型サービスの振り分け例	10
(3) 通所型サービスの振り分け例	11
(4) 総合事業 運用のポイント.....	12
4 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）	14
(1) 介護予防支援	14
(2) 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）	14
(3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント費.....	14
(4) 「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」	15
(5) ケアマネジメントの流れ	16

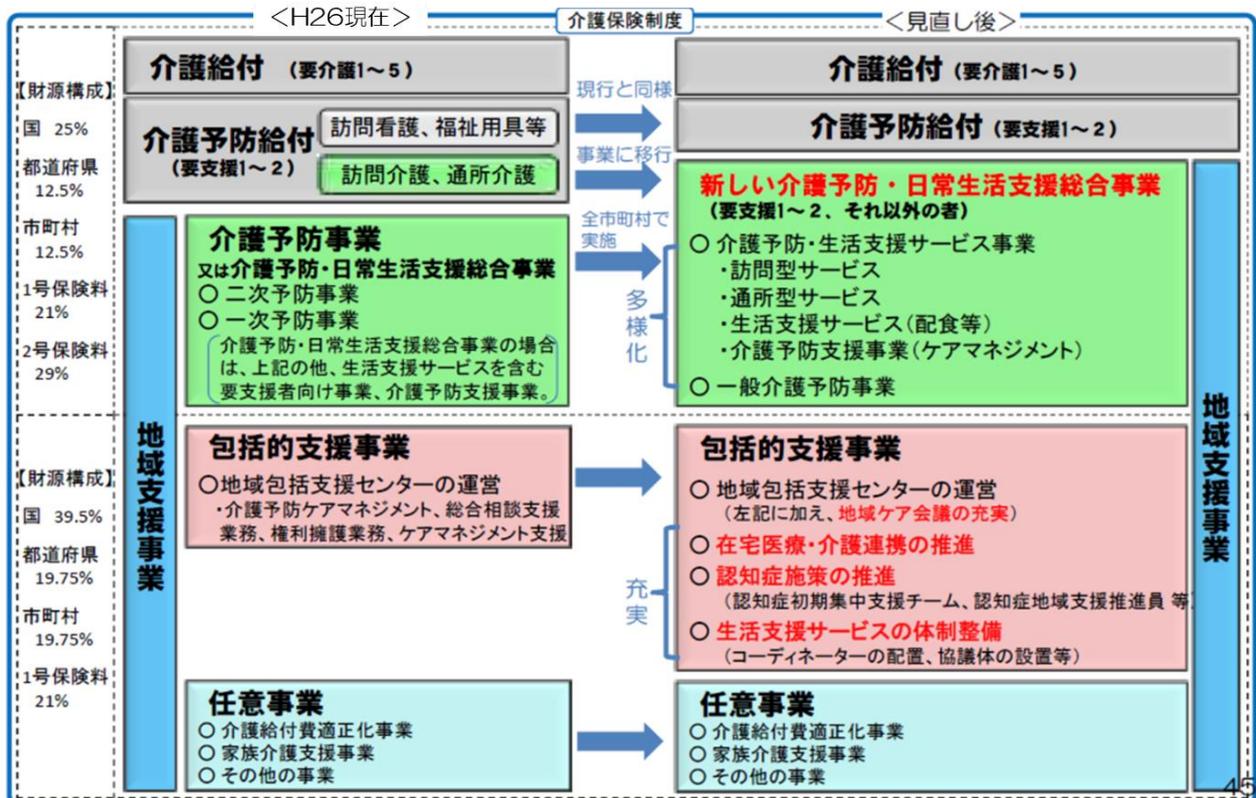
1 介護予防・日常生活支援総合事業

高齢化の進行に伴い、三鷹市においても、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加することが見込まれます。高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で高齢者を支えていくとともに、高齢者自身も要介護状態となることを自ら予防していくことが大切です。このため三鷹市では、平成28年4月1日から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を実施しています。

(1) 平成27年度法改正による新しい総合事業

住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることにより、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等を可能とすることを旨とし、平成27年度に制度改正が行われました。この改正により、全国一律の基準で実施していた要支援1・2の人への介護予防給付のうち、訪問介護・通所介護を市が実施する地域支援事業へ移行しました。

平成27年度改正における地域支援事業の全体像



(2) 三鷹市の総合事業

総合事業は、高齢者の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業です。「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」の二つからなり、地域のニーズや実情に応じた多様なサービスを提供することを目指します。

介護予防・生活支援サービス事業	
対象者 ・要支援1・2 ・事業対象者	<ul style="list-style-type: none">●訪問型サービス 掃除、洗濯、食事の準備や調理等の生活支援●通所型サービス 通所施設における生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニング等
一般介護予防事業	
対象者 ・65歳以上の方	<ul style="list-style-type: none">●介護予防体操「うごこっと」●介護予防活動立ち上げ支援事業●「うごこっと」体操チャレンジトレーニング●体力・脳力アップ教室●いきいき元気体操●講師派遣講座 など

(3) 三鷹市が目指す総合事業 ～自立支援に向けた取組～

三鷹市の考える「自立支援」とは、支援や介護の必要性にかかわらず、ご本人が「したい」「できるようになりたい」と思う具体的なことを実現し、主体的に生活できるよう支援することです。訪問型サービスや通所型サービスなどの公的なサービスと、地域のつながりや支え合いの双方から自立支援を推進し、「高齢者が地域で安心して自分らしく暮らすことができるまち三鷹」を目指します。

2 総合事業のサービス内容

(1) 訪問型・通所型サービスの単位・基準 (旧・令和6年3月まで)

訪問型		従前相当サービス (A2) ※身体介護あり	基準緩和サービス (A3) ※身体介護なし
単位	単位	■基本報酬 (月額報酬) 訪問型Ⅰ 1,176 単位/月 訪問型Ⅱ 2,349 単位/月 訪問型Ⅲ 3,727 単位/月 ■加算 初回加算 200 単位 生活機能向上連携加算 I:100 II:200 単位 処遇改善加算 特定処遇改善加算 ベースアップ等支援加算	■基本報酬 (実績払い) 訪問型Ⅰ (週1回程度) ※4回まで 254 単位/回 訪問型Ⅰ(2) (週1回上限) 1,116 単位/月 <週2回以上のサービスが必要な場合> 訪問型Ⅱ (週2回程度) ※5~8回 258 単位/回 訪問型Ⅱ(2) (週2回上限) 2,232 単位/月 訪問型Ⅲ (週3回程度) ※9~12回 272 単位/回 訪問型Ⅲ(2) (週3回上限) 3,541 単位/月 ※週3回の利用は6か月を限度として再評価する。 ■加算 初回加算 200 単位 ※ふれあい支援員等によるサービスを基本とする。
	単価	11.05 円	
基準	人員	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合、他職種、同一敷地内他事業所等の勤務に従事可能） ②訪問介護員等：常勤換算2.5人以上（介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者であること。） ③サービス提供責任者：40人毎に1人以上（介護福祉士、実務者研修修了者等）	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合、他職種、同一敷地内他事業所等の勤務に従事可能） ②従事者：常勤換算1人以上必要数（管理者との兼務不可）。介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又はふれあい支援員であること。 ③訪問事業責任者：従業者のうち1人以上必要数（要介護者と一体型で運営する場合、サービス提供責任者は40人毎に1人（常勤換算で0.5人以上の非常勤職員可）以上で訪問事業責任者を兼務可）
	設備	事業の運営に必要な広さを有する専用の区画、必要な設備、備品等	
	その他	提供時間は30分以上60分未満（身体介護なし）	

通所型		従前相当サービス (A6) ※身体介護あり	基準緩和サービス (A7) ※身体介護なし
単位	単位	■基本報酬 (月額報酬) 通所型Ⅰ 1,672 単位/月 通所型Ⅱ 3,428 単位/月 ■加算 生活機能向上グループ活動加算 100 単位 運動器機能向上加算 225 単位 若年性認知症利用者受入加算 240 単位 栄養アセスメント加算 50 単位 栄養改善加算 200 単位 口腔機能向上加算 I:150 II:160 単位 事業所評価加算 120 単位 選択的サービス複数実施加算 I:480 II:700 単位 サービス提供体制強化加算 I:88・176 II:72・144 III:24・48 単位 生活機能向上連携加算 I:100 II:200 単位 口腔・栄養スクリーニング加算 I:20 II:5 単位 科学的介護推進体制加算 40 単位 処遇改善加算 特定処遇改善加算 ベースアップ等支援加算	■基本報酬 (月額報酬) 通所型Ⅰ (週1回程度) 事業対象者・要支援1・要支援2 1,587 単位/月 通所型Ⅱ (週2回程度) 事業対象者・要支援2 3,256 単位/月 ■加算 運動器機能向上加算 225 単位 栄養アセスメント加算 50 単位 栄養改善加算 200 単位 口腔機能向上加算 I:150 II:160 単位 事業所評価加算 120 単位 口腔・栄養スクリーニング加算 I:20 II:5 単位 科学的介護推進体制加算 40 単位 自立支援強化特別配置加算 75 単位
	単価	10.68 円	
基準	人員	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合は、他の職種、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能） ②生活相談員：専従1人以上 ③看護職員：専従1人以上（定員11人以上の場合） ④介護職員 15人以下：専従1人以上 15人超：利用者1人につき専従0.2人以上（※生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤） ⑤機能訓練指導員：1人以上	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合は、他の職種、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能） ②従事者：利用者15人まで常勤1人以上（15人超は5人毎に専従1人以上、管理者との兼務不可）
	設備	食堂及び機能訓練室（合計面積：利用定員×3㎡以上）、静養室、相談室、事務室、消火設備等	

(2) 訪問型・通所型サービスの単位・基準（新・令和6年4月から）

※一部は令和6年6月から変更

訪問型	従前相当サービス（A2）※身体介護あり	基準緩和サービス（A3）※身体介護なし
単位	■基本報酬（月額報酬） 訪問型Ⅰ 1,176 単位/月 訪問型Ⅱ 2,349 単位/月 訪問型Ⅲ 3,727 単位/月 ■加算 初回加算 200 単位 生活機能向上連携加算Ⅰ:100 単位Ⅱ:200 単位 口腔連携強化加算 50 単位 処遇改善加算（令和6年6月変更）	■基本報酬（実績払い） 訪問型 265 単位/回 【利用回数の基本】 ・事業対象者：週1回程度 ・要支援1：週1～2回程度 ・要支援2：週1～3回程度 ※5週月は5回目の算定を可とする。 ※回数は適切なケアマネジメントにより決定する。 ※週3回の利用は6か月を限度として再評価する。 ■加算 初回加算 200 単位 処遇改善加算（令和6年6月新設）
	単価	11.05 円
基準	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合、他職種、 同一敷地内 他事業所等の勤務に従事可能） ②訪問介護員等：常勤換算2.5人以上（介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者であること。） ③サービス提供責任者：40人毎に1人以上（介護福祉士、実務者研修修了者等）	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合、他職種、 同一敷地内 他事業所等の勤務に従事可能） ②従事者：常勤換算1人以上必要数（管理者との兼務不可）。介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又はみたかふれあい支援員であること。 ③訪問事業責任者：従業者のうち1人以上必要数（要介護者と一体型で運営する場合、サービス提供責任者は40人毎に1人（常勤換算で0.5人以上の非常勤職員可）以上で訪問事業責任者を兼務可）
	設備	事業の運営に必要な広さを有する専用の区画、必要な設備、備品等
	その他	提供時間は30分以上60分未満（身体介護なし）

通所型	従前相当サービス（A6）※身体介護あり	基準緩和サービス（A7）※身体介護なし
単位	■基本報酬（月額報酬） 通所型Ⅰ (R6.4月まで) 1,798 単位/月 (R6.6月から) 1,828 単位/月 通所型Ⅱ 3,621 単位/月 ■加算 生活機能向上グループ活動加算 100 単位 運動器機能向上加算 廃止 若年性認知症利用者受入加算 240 単位 栄養アセスメント加算 50 単位 栄養改善加算 200 単位 口腔機能向上加算Ⅰ:150Ⅱ:160 単位 事業所評価加算 廃止 選択的サービス複数実施加算Ⅰ・Ⅱ 廃止 一体的サービス提供加算 480 単位 サービス提供体制強化加算Ⅰ:88・176Ⅱ:72・144Ⅲ:24・48 単位 生活機能向上連携加算Ⅰ:100Ⅱ:200 単位 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ:20Ⅱ:5 単位 科学的介護推進体制加算 40 単位 処遇改善加算（令和6年6月変更）	■基本報酬（月額報酬） 通所型Ⅰ（週1回程度） 1,708 単位/月 通所型Ⅱ（週2回程度） 3,440 単位/月 【利用回数の基本】 ・事業対象者・要支援1：週1回程度 ・要支援2：週1～2回程度 ※回数は適切なケアマネジメントにより決定する。 ■加算 運動器機能向上加算 廃止 栄養アセスメント加算 50 単位 栄養改善加算 200 単位 口腔機能向上加算Ⅰ:150Ⅱ:160 単位 事業所評価加算 廃止 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ:20Ⅱ:5 単位 科学的介護推進体制加算 40 単位 自立支援強化特別配置加算Ⅰ 120 単位（令和6年6月改定） 自立支援強化特別配置加算Ⅱ 60 単位（令和6年6月新設） 処遇改善加算（令和6年6月新設）
	単価	10.68 円
基準	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合は、他の職種、 同一敷地内 の他事業所等の職務に従事可能） ②生活相談員：専従1人以上 ③看護職員：専従1人以上（定員11人以上の場合） ④介護職員 15人以下：専従1人以上 15人超：利用者1人につき専従0.2人以上（※生活相談員又は介護職員の1人以上は常勤） ⑤機能訓練指導員：1人以上	①管理者：常勤・専従1人（業務に支障がない場合は、他の職種、 同一敷地内 の他事業所等の職務に従事可能） ②従事者：利用者15人まで常勤1人以上（15人超は5人毎に専従1人以上、管理者との兼務不可）
	設備	食堂及び機能訓練室（合計面積：利用定員×3m以上）、静養室、相談室、事務室、消火設備等

※赤字部分が令和6年度変更点

※赤字に黄色の網掛けは令和6年5月通知の追加改定

※このほか、令和6年度介護報酬改定に準じた減算の設定あり。

(3) みたかふれあい支援員

市では、地域全体で高齢者を支える仕組みとして、介護福祉士等の資格がない方にも、みたかふれあい支援員として高齢者支援の一部を担っていただく取組を進めています。みたかふれあい支援員の活躍を推進するため、訪問型基準緩和サービスを利用する際は、みたかふれあい支援員によるサービスの導入を検討してください。

① 新たな介護の担い手の確保

みたかふれあい支援員養成研修の実施

→訪問型基準緩和サービス事業所と契約してA3サービスに従事

② 介護職員へのキャリアアップ支援

みたかふれあい支援員に介護職員初任者研修課程の受講料を補助

③ 地域の担い手の確保

みたかふれあい支援員養成研修の受講者には、介護の担い手としてだけでなく、様々な地域活動における幅広い活躍を期待

みたかふれあい支援員		
1	みたかふれあい支援員養成研修（予定）	<p>みたかふれあい支援員となるためには、市が指定した養成研修の受講が必要です。研修では、三鷹市の福祉施策や介護保険制度、コミュニケーション技術、生活支援技術などを講義と演習、グループワークを通して学びます。</p> <p>研修は毎年実施しています。詳細は、広報みたかや市ホームページ等でお知らせします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6年6月 Aコース（3時間×4日） ・令和6年7月 Bコース（6時間×2日） ・令和6年9月 Cコース（6時間×2日）
2	みたかふれあい支援員指定事業者	<p>みたかふれあい支援員によるサービスを希望する場合は、以下の指定事業者へお申し込みください。</p> <p>また、みたかふれあい支援員の雇用を希望する訪問型基準緩和サービス事業者は、高齢者支援課へご連絡ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ヘルパーステーションはなかいどう 三鷹市牟礼六丁目12番30号（電話 0422-43-8810） ■三鷹市社会福祉協議会訪問介護事業所 三鷹市新川六丁目37番1号 三鷹中央防災公園・元気創造プラザ3階（電話 0422-79-3509） ■三鷹市シルバー人材センター訪問介護事業所 三鷹市新川六丁目35番16号（電話 0422-76-6366）

		<p>■ラヴィータ三鷹 三鷹市上連雀二丁目4番4号 アルカス三鷹1階（電話 0422-70-3075）</p> <p>■NPO グレースケア 三鷹市下連雀三丁目17番9号（電話 0422-70-2805）</p> <p>■こもれば訪問介護事業所 三鷹市上連雀九丁目1番21号（電話 0422-42-4469）</p> <p>■オレンジハート指定訪問介護事業所 三鷹市井口一丁目8番23-105号（電話 0422-30-8255）</p> <p>■なのはな介護三鷹 三鷹市上連雀四丁目1番8号 1階（電話 0422-29-9129）</p>
3	みたかふれあい支援員の利用者が、更新・区分変更により要介護認定が見込まれる場合	<p>みたかふれあい支援員は、総合事業の訪問型基準緩和サービスのみに従事できます。また、総合事業は事業対象者と要支援1・2の方のみが利用できるサービスのため、三鷹市では原則、要介護認定者は総合事業を利用できません。</p> <p>みたかふれあい支援員を利用していた方が、更新や区分変更により要介護認定が見込まれる場合は、事業所を含めたアセスメントにより、有資格ヘルパーの利用を検討することが必要です。</p>
4	みたかふれあい支援員の利用者が、更新・区分変更により要介護認定となった場合	<p>みたかふれあい支援員は、総合事業の訪問型基準緩和サービスのみに従事できます。また、総合事業は事業対象者と要支援1・2の方のみが利用できるサービスのため、三鷹市では原則、要介護認定者は総合事業を利用できません。</p> <p>認定の有効期間は申請日に遡るため、総合事業を既に利用した方が遡って要介護1以上になった場合、不利益を被る（全額自己負担となる）可能性があります。そこで、こうした不利益が生じないようにするため、「有効期間の始期について申請日を基準としない考え方も可能」という主旨が、国の総合事業のQ&Aにおいて示されています。これに基づき三鷹市では、要介護の認定結果が出る前にみたかふれあい支援員を利用していた場合は、要介護認定結果の出た日以前のサービス利用分の報酬は、総合事業で請求することができます。</p> <p>※請求に当たっては事前に市に相談が必要です。</p>
5	有資格ヘルパーを利用している方の同居家族への生活援助	<p>有資格ヘルパーを利用している方の同居家族が新たに事業対象者又は要支援認定者となり、訪問型サービスを希望するときは、同居家族と同じ有資格ヘルパーによるサービス提供が可能です。ただし、利用する訪問型サービスの種類（A2又はA3）は、アセスメント及びケアマネジメントに応じて振り分けてください。</p> <p>※複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについては「それぞれの標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画に位置付ける。ただし、生活援助については要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとする（指定居宅サービスの介護報酬の通則より抜粋）」とされています。</p>

(4) 「みたか日常生活チェックシート」による事業対象者

みたか日常生活チェックシート（以下「チェックシート」という。）を地域包括支援センターで実施し、回答した結果が基準を満たした方が事業対象者として認定されます。

事業対象者		
1	「みたか日常生活チェックシート」による事業対象者の判定	<p>チェックシートの実施は地域包括支援センターが担当し、居宅介護支援事業所への委託はできません。</p> <p>第2号被保険者は事業対象者の認定ができないため、総合サービスのサービスを利用するためには、要介護・要支援認定が必要です。</p>
2	市役所への届出	<p>判定結果が事業対象者となった場合、包括がチェックシート（写し）と「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」を市に提出する（委託の場合も同じ）。</p> <p>判定結果が非該当となった場合も、実施件数を把握するため、チェックシート（写し）のみを提出してください。（市から事業対象者非該当通知の発送はありません。）</p>
3	認定証等の発行	事業対象者には、市から被保険者証及び負担割合証を発送します
4	事業対象者の認定有効期間	<p>令和6年4月1日付の制度改正において、事業対象者の認定有効期間（2年間）を廃止するため、令和6年3月31日までの認定者を含めて、事業対象者の認定の有効期限は無くなります。</p> <p>サービス提供時の状況や状態の変化に応じて、適宜、基本チェックリストを実施するなどして、事業対象者の状況を確認してください。</p> <p>また、事業対象者になった後も、要介護・要支援認定申請は可能です。要支援・要介護認定の必要性については、適切なケアマネジメントにより判断してください。</p>
5	事業対象者が要介護・要支援認定で非該当となった場合	事業対象者が要介護・要支援の新規申請をした結果、非該当となった場合、事業対象者としての資格が継続します。
6	事業対象者が使えるサービス	<p>事業対象者が利用できるのは、総合サービスのサービス（訪問型・通所型サービス）のみです。福祉用具貸与や住宅改修、居宅療養管理指導等の介護予防サービスは利用できません。これらのサービスを利用するには、要支援・要介護認定が必要です。</p> <p>また、事業対象者はふれあいサポート事業（ゴミ出し支援と安否確認）の利用対象外です。（要支援1と要介護認定申請中も対象外）</p>
7	事業対象者の支給限度額	事業対象者の支給限度額は要支援1と同額です。
8	事業対象者の状態像	<p>事業対象者の状態像は、要支援1相当又は要支援1よりも介護の必要性が低い方を基本と考えます。ただし、総合サービスのサービスのみを利用する方などで、要支援認定を受けない方もいることから、要支援2相当までを含む幅広い状態像となる可能性があります。事業対象者のサービス利用回数については、本人の状況に応じて適切なアセスメントにより決定してください。</p>

(5) 介護予防事業等

高齢者支援課の介護予防事業（問：高齢者支援課 0422-29-9272）		
一般介護予防事業	介護予防体操「うごこっと」	高齢者の体力維持向上を目的として、市オリジナルの介護予防体操を作成。体操をイラスト入りで解説したハンドブックを配布しているほか、体操の動画を YouTube で公開。
	「うごこっと」体操チャレンジトレーニング	気軽に取り組み始める運動をきっかけに、仲間づくりを応援し、運動の継続を目指す全8回の健康教室。 対象：要支援2までの方
	体力・脳力アップ教室	ストレッチをメインとした体操、脳トレ、ちょこっと健康講座を組み合わせた週1回、1年間の教室。 対象：要支援1までの方
	いきいき元気体操	ストレッチをメインとした体操、脳トレ、ちょこっと健康講座を組み合わせた隔週（月2回）、1年間の教室。 対象：要支援1までの方
	講師派遣講座	市民10人以上で構成するグループに、希望するテーマに合わせた講師を派遣する。（管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士等）
	介護予防活動立ち上げ支援事業	市民の運営による介護予防活動の立ち上げを支援する。介護予防のための体操（毎回10分以上）を取り入れて、月2回以上活動する10人以上（65歳以上の方が半数以上）のグループに、月額5千円・3年間を上限に活動費を助成。
包括的支援事業	生活支援体制整備事業	市や関係機関が実施する介護予防に資する取組が効果的に連動し、「通いの場」の立ち上げと活動継続につながるよう、生活支援コーディネーター（各圏域ごとに2人ずつ配置）が関係機関と連携して市民の活動を支援する。
任意事業	リハビリテーション専門職の派遣	介護予防を取り入れた活動をしている自主グループに対し、リハビリテーション専門職を派遣し、介護予防に関する講演や、体操メニュー「うごこっと」の運動指導等を行う。
その他、介護予防のための事業		
みたかボランティアセンターの事業（問 0422-76-1271）		
	地域のサロン活動資金助成	市内で地域の仲間づくりや見守り、助け合い活動を行っている非営利自主サークルへの支援。月1回以上活動し、おおむね3人以上が参加するグループに年額1万円を助成。（繰越金が1万円を超えないこと。）
三鷹市総合保健センターの事業（問 0422-24-8207）		
	健康栄養歯科相談（要予約）	より健康になるための生活の見直し、食事・運動・歯科に関する個別相談を行う。食べること、体重減少、口腔機能（滑舌低下・飲み込み・むせ・口渇）に関する相談も受ける。
	食べるちからチェック会（申込制）	低栄養予防をテーマにした全3回の健康教室。栄養、歯科に関する講話や、握力・口腔機能等の測定を行う。 対象：体重減少やお口の衰えが気になる65歳以上の市民

3 従前相当サービス・基準緩和サービス 振り分けの考え方

介護予防・生活支援サービスの訪問型サービスと通所型サービスにおいて、「従前相当サービス」とするか「基準緩和サービス」とするかの振り分けは、本人の「自立支援」を目指したケアマネジメントを念頭に、適切なアセスメントにより関係者で協議の上判断します。

(1) アセスメントのポイント

ア 生活の自立状況の確認

本人や家族等との面談のほか、認定調査票、主治医意見書等も参考に検討

イ 本人の希望・意向確認

本人が今後どのようにして行きたいかを確認し、その意向とアセスメントに応じて利用するサービス（フォーマル・インフォーマル）を検討

ウ サービス利用に関する本人の意思確認

本人がサービス利用に向けた意欲と目的意識を持っており、自分自身でサービスをスムーズに利用できるか。若しくは、サービス提供事業者による継続的な働きかけが必要か。

エ 直接的な介助の有無

本人に対し、より専門性を生かした関わりや直接的な介助が必要か。

オ 関係者による協議

本人、サービス提供事業者、ケアプラン作成者で協議し、本人同意のもと、本人の自立支援に資するサービスを選択する。

(2) 訪問型サービスの振り分け例

訪問型サービスの利用では、本人ができないことを支援し続けるのではなく、できるようになったらサービスを終了することや、介護保険外のサービスを活用した支援方法などを検討する視点が必要です。

訪問型	従前相当サービス (A2)	基準緩和サービス (A3)
対象者	事業対象者、要支援1、要支援2	
判断基準	身体介護を含め、有資格者による専門性を生かした関わりが必要な方。	身体介護を含まない、洗濯・掃除・簡単な調理などの支援があることで生活ができる方。 (買い物支援は代行のみ) ※まずは、ふれあい支援員によるサービスを検討してください。
事例	<p>①退院後に自宅での入浴介助が必要。入浴動作の工夫や回復状態を評価するため、有資格ヘルパーを依頼した。1人で入浴ができるようになり、サービスを終了した。</p> <p>②がんの治療中で独居。体力低下と状態の変化が予測されるため、有資格ヘルパーに掃除支援を依頼した。</p> <p>③要介護1の夫に有資格ヘルパーが入浴介助を行っている。妻が家事を担っていたが、介護負担が続き腰痛が日々悪化してきた。家事支援の利用を検討するため、みたか日常生活チェックシートを実施し、事業対象者となった。妻は今後の経過観察が必要と判断されたため、夫と同じ有資格ヘルパーに掃除支援を依頼した。</p> <p>④最近、もの忘れ症状が出てきている。身の回りのことはおおむねできているが、片付けやゴミの分別ができなくなり、ゴミを出さない日が多くなってきた。声掛けがあればゴミの分別が可能のため、関係構築も含めて掃除とゴミの分別支援を有資格ヘルパーに依頼した。</p> <p>⑤精神疾患があり、家に閉じこもりがち。外出の機会作りを兼ねて有資格ヘルパーによる買い物同行を導入した。ただし、精神的に不安定になり、買い物に行けない時は買い物代行を行うこととした。</p> <p>⑥認知症の疑いで、生活に支障をきたしている。状態を悪化させないために、有資格ヘルパーを導入し、生活の様子経過を見て行く事となった。</p>	<p>①腰の痛みや股関節疾患があり、かがむ動作や腰を曲げての家事が困難。それ以外の家事は自分のできる範囲で行っている。生活を維持するために、掃除機がけやトイレ掃除など、本人には困難な部分の家事支援を週1回みたかふれあい支援員に依頼した。</p> <p>②腕の骨折で、急に家事支援が必要となった。一時的な利用の可能性があり、掃除と調理支援を週2回依頼した。</p> <p>③要支援1。足の骨折で入院治療後、退院したが松葉杖使用で外出が困難な状態。しばらくの間、買い物代行と掃除支援が必要なため、みたかふれあい支援員に週2回のサービスを依頼した。</p> <p>④独居だが身の回りのことは自分でできる。最近、一人暮らしに対する不安から食欲がなく、調理をすることもなくなり、体重減少がみられる。栄養確保のため、調理支援を依頼した。</p>

(3) 通所型サービスの振り分け例

通所型サービスでは、サービスの利用により本人ができなかったことをできるようしたり、本人が生きがいを見つけその人らしい生活を送れるよう、自立支援につながるケアマネジメントが必要です。生活の視点を持って、本人が地域とのつながりを作っていくことを大切にします。

通所型	従前相当サービス (A6)	基準緩和サービス (A7)
対象者	事業対象者、要支援1、要支援2	
判断基準	身体介護を含む専門的な視点で関わりが必要な方。	直接的な介助の必要性はなく、軽度の見守りや声かけで生活できる方。
事例	<p>①退院後の筋力低下から歩行が不安定で、外出動作や送迎車の乗降時に介助を要する。経過を追って評価していく必要があり、従前相当サービスとした。</p> <p>②軽度認知症。時々日付を忘れたり、同じものを買ってきいたりする。うつ症状もみられ、デイサービスの利用には消極的。利用日や送迎時間の確認、本人への動機づけなど、事業者側の継続的な働きかけが必要なため、従前相当サービスとした。</p> <p>③リハビリパンツを使用しているが、排泄のトラブルが続いている。下着やパットを適切に使用するため、デイサービスの職員から声掛けやトイレ誘導などの必要があり、従前相当サービスとした。</p>	<p>①自宅でTVを見て過ごすことが多く、閉じこもり気味。デイサービスで生活リズムをつくり、生きがいを見つけないとの希望があり、基準緩和サービスとした。デイサービス利用により、生活意欲を取り戻し、デイサービス以外の地域の通いの場にも行けるようになるなど、外出機会が増えた。</p> <p>②軽度認知症。生活に支障は出ていないが、時々日付を忘れたり、同じものを買ってきいたりする。地域の力も借りて見守り体制が取れているため、基準緩和サービスを利用。デイサービスで生活の工夫をしていきながら、生活が維持されている。</p> <p>③腰椎圧迫骨折にて入院。退院後、入院前に通っていた地域の体操教室に復帰したいと、本人がサービス利用の意思や目標を持っているため、基準緩和サービスとした。デイサービスで自宅でも取り組めるプログラムを作成し、6か月後、リハビリの目標達成が評価できたため、サービスを終了し地域の活動に復帰した。</p> <p>④体力低下があり、長距離の歩行が困難なため、リハビリ目的でデイサービスの利用を検討した。近所に事業所があることから、本人の希望もあり、歩行訓練を兼ねて送迎車を使わず、1人で歩いてデイサービスへ通うことになり、基準緩和サービスとした。</p>

(4) 総合事業 運用のポイント

項目		運用
サービス利用の基本	1	<p>従前相当サービスと基準緩和サービスの振り分けの考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従前相当サービスは身体介護あり ・基準緩和サービスは身体介護なし <p>を基本とし、本人の「自立支援」を目指したケアマネジメントを念頭に、適切なアセスメントにより関係者で協議の上判断します。(P.9～11 参照)</p>
	2	<p>サービス利用回数の基本</p> <p>■訪問型</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者：週1回程度 ・要支援1：週1～2回程度 ・要支援2：週1～3回程度 <p>※5週月は5回目の算定を可とする。 ※週3回の利用は6か月を限度として再評価する。</p> <p>■通所型</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者・要支援1：週1回程度 ・要支援2：週1～2回程度 <p>※利用回数は多職種による地域包括ケア会議等も活用し、適切なケアマネジメントにより決定する。</p>
	3	<p>要支援1で算定できない従前相当サービスの種類</p> <p>要支援1の場合、従前相当サービスの通所型Ⅱ(週2回程度)は算定できません。</p> <p>※令和6年4月から基準緩和サービスでは要支援1でも訪問型週3回、通所型週2回の算定が可能となりました。ただしこれは、要支援1の認定ではあるものの、要支援2又は要介護相当の状態にある方など、特段の事情によりサービスの増回が必要な場合に対応するための例外的な扱いです。前述した「サービス利用回数の基本」によらない利用をする場合は、多職種によるアセスメント等により、介護度の変更申請の検討を含めて適切に判断してください。</p>
	4	<p>訪問型を週3回利用する場合のケアプランについて</p> <p>アセスメントの結果、訪問型サービスを週3回算定することとした場合は、原則6か月程度を利用の期限として評価し、ケアプランの見直しを検討してください。</p>
	5	<p>ケアプラン更新のためのサービス担当者会議の開催頻度</p> <p>要支援認定有効期間中(最長4年)、特に変化がない場合でも、ケアプラン更新のためのサービス担当者会議を1年に1回は実施してください。</p>
利用回数と算定コード	6	<p>利用日の振替</p> <p>利用日の振替対応を事業所に依頼することは可能です。その際、振替はできるだけ当該週になるよう事業所と調整してください。</p>
	7	<p>ケアプラン上、週2回の利用としている方が、自己都合により週1回の利用となった場合</p> <p>月額報酬の場合はケアプランどおり週2回のサービスコード、実績払いの場合は実績回数に応じた算定となります。ケアプランと実績が異なる状況が続く場合は、ケアプランの見直しも検討してください。</p>

8	<p>月途中でケアプランを変更し、サービス種類は変わらないが、利用回数が変わった場合</p>	<p>A2（週1回）→A2（週2回） A3（週1回）→A3（週2回）など</p> <p>月途中でケアプランを変更し、サービス種類は変わらず利用回数が変わった場合、月額報酬は月初から変更後のサービスコード、実績払いは実績回数に応じた算定となります。</p> <p>※週1回のプランで2週目まで利用した後に、週2回にプラン変更した場合、3週目以降に週3回利用するなどして、計8回までまとめて利用することはできません。</p>
9	<p>月途中でケアプランを変更し、サービス種類を変更した場合</p>	<p>A2（週1回）→A3（週2回） A6（週1回）→A7（週1回）など</p> <p>月途中でケアプランを変更し、サービス種類を変更した場合、月額報酬は日割コードによる算定、実績払いは利用回数に応じた算定となります。</p>

4 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）

(1) 介護予防支援

総合事業の訪問型・通所型サービスのほかに、介護予防訪問看護や介護予防福祉用具貸与等の介護予防サービスを利用する場合は、「介護予防支援」となります。

(2) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

総合事業の訪問型・通所型サービスのみを利用する場合は、「介護予防ケアマネジメント」（第1号介護予防支援事業）となります。

また、介護保険支給限度額対象外のサービス（介護予防住宅改修、特定介護予防福祉用具購入、介護予防居宅療養管理指導）と総合事業の訪問型・通所型サービスのみを利用する場合も、「介護予防ケアマネジメント」（第1号介護予防支援）となります。

なお、事業対象者が利用できるのは、総合事業のサービス（訪問型・通所型サービス）のみです。

(3) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント費

費用区分	単位数/月	説明（単価：11.05円）
介護予防支援費	442 単位	地域包括支援センターが行う場合 （指定居宅介護支援事業者への委託も可）
	472 単位	指定居宅介護支援事業者が行う場合
介護予防ケアマネジメント費	442 単位	地域包括支援センターのみが行う （指定居宅介護支援事業者への委託も可）
初回加算	300 単位	新規にケアプランを作成する利用者に対し、1回のみ算定 できます。 ■初回加算が算定できる場合 ①2か月以上サービス利用を中断した後に、サービス利用 を再開した場合 ②一度初回加算を算定していた要支援認定者が、要介護認 定（もしくは自立）となり、再度要支援認定となった場 合 ③利用者の転居等により、指定介護予防支援事業所（包 括）が変更となった場合

		<p>■初回加算が算定できない場合</p> <p>①事業対象者・要支援1・2の間で変更があった場合</p> <p>②包括は変わらず、委託先の指定居宅介護支援事業所を変更した場合</p> <p>③委託先の指定居宅介護支援事業所内で担当ケアマネジャーを変更した場合</p>
委託連携加算	300 単位	<p>利用者1人につき、地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業者に委託する初回に限り算定できます。</p> <p>■委託連携加算が算定できる場合</p> <p>①当初A事業所に委託して委託連携加算を算定 →その後、委託先をB事業所に変更した場合</p> <p>②当初A事業所に委託して委託連携加算を算定 →その後、要介護となりA事業所がそのまま本人と契約 →その後、再度要支援となりA事業所に委託した場合</p> <p>③利用者の転居により、担当包括が変更になった場合</p> <p>④包括は変わらず、委託先の事業所を変更した場合</p> <p>■委託連携加算が算定できない場合</p> <p>①サービス利用を複数月中断した後に再開する場合</p> <p>②包括や委託先の事業所内で担当ケアマネジャーが変わった場合</p>
初回のみ介護予防ケアマネジメント費	150 単位	<p>一般介護予防事業に適用されるものであり、包括から居宅介護支援事業所への委託はできません。また、初回加算も算定できません。</p>

※赤字部分が令和6年度変更点

※このほか、令和6年度介護報酬改定に準じた減算の設定あり。

(4) 「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」提出の要否は、下記のとおりです。届け出がないと国保連での突合チェックでエラーになってしまうため、包括や委託先の事業所が変わらない場合でも下記のとおり提出をお願いします。

- | | | |
|--------|-----------|----|
| ● 新規認定 | | 必要 |
| ● 区分変更 | 事業対象者→要支援 | 必要 |
| | 要支援→事業対象者 | 必要 |
| ● 更新認定 | 要支援→要支援 | 不要 |

(5) ケアマネジメントの流れ

- ① 「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」を市に提出（包括から居宅介護支援事業所へ委託する場合は、委託元である包括から提出）する。
- ② 委託の場合、委託先事業所は「介護予防支援・第1号介護予防支援業務受託届出書」を包括に提出する。
- ③ 利用者宅を訪問し、ケアマネジメントの流れを説明の上、契約書及び重要事項説明書に署名をもらう（委託の場合は委託元・委託先の両者で行う）。
- ④ 「利用者基本情報」を作成する。
- ⑤ 「計画原案」を作成する。

介護予防支援の様式は、東京都推奨様式等、従来の様式を使用する。

介護予防ケアマネジメントの様式は、三鷹市独自の様式「三鷹市 総合事業・介護予防サービス 支援計画表」（従来介護予防支援アセスメント用情報収集シート、A表、B表、C表、F表を統合したエクセルシート）を使用する。D表（介護予防週間支援計画表）、E表（介護予防支援経過記録）については、従来様式を使用する。【参考資料1～3参照】

※三鷹市では、介護予防担当者会議の場で包括と協議しながら、介護予防ケアマネジメントの三鷹市独自様式を作成しました。複数の様式が混在することによる混乱を避けるため、介護予防ケアマネジメントにおいては、三鷹市独自様式を使用するよう、取扱いを統一しています。ただし、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントが月によって頻繁に変わる場合など、独自様式の使用が著しく不都合な場合は、包括と委託先事業所で協議の上、使いやすい方を使用してください。

- ⑥ サービス担当者会議の開催
委託先事業所は、作成した計画表（原案）を事前に包括に送り、内容を確認してもらう。
会議の場で計画表を利用者に説明し、サービス事業者等から専門的知見に基づく意見を聞き、本人から同意・署名を得る。
- ⑦ 計画書の交付
介護予防ケアマネジメントの場合は、三鷹市独自の支援計画表及びD表（介護予防週間支援計画表）を交付する。委託の場合、委託先事業所が原本を保管し、利用者と包括に写しを送付する。
- ⑧ サービスの提供

⑨ モニタリング、利用者宅への訪問

3か月に1回の訪問を原則としつつ、一定の要件（下記ア～ウ参照）を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを可能とする（令和6年4月から）。訪問又はテレビ電話装置等による面接を行わない月は、事業者への訪問や電話等による確認を行う。

モニタリングの結果は月に1回記録し、2年間保存する。

ア 利用者の同意を得ること。

イ サービス担当者会議等において、次の事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

i) 利用者の状態が安定していること。

ii) 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。

iii) テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

ウ 少なくとも2月に1回（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

⑩ 評価はおおむね6か月に1回実施し、計画表の評価欄に記入後、包括及びサービス提供事業所と共有する（配布については必ずしも必須としない）。

必要に応じて包括から確認・助言を受ける。

Q. 評価を行う際にサービス担当者会議は必要か。また、評価実施ごとに総合事業・介護予防サービス支援計画表を作成し直す必要はあるか。

A. おおむね6か月後の評価のタイミングでサービス担当者会議を行うことが望ましいが、支援計画表の内容が変わらないような場合は、サービス担当者会議を行わずに評価を実施することも可。この場合は、同支援計画表を継続して使用して構いません。

⑪ 委託先事業所は、毎月の実績を包括へ提出する。（毎月6日正午まで）

⑫ 必要がある場合は、計画を見直す。

⑬ 給付管理票の作成、委託料の請求は従来介護予防支援に準じて行う。

⑭ 介護予防ケアマネジメントについては、国保連の入カソフトを使用して包括が対象者データを作成し、指定日までに市へ送信する。

⑮ 市から国保連へ介護予防ケアマネジメントファイル提出

◆介護保険サービス事業者向けの情報（三鷹市 HP）

[トップページ](#) > [福祉・健康](#) > [高齢福祉](#) > [介護保険](#) > 介護保険サービス事業者向けの情報

[HTTPS://WWW.CITY.MITAKA.LG.JP/C_CATEGORIES/INDEX02001002009.HTML](https://www.city.mitaka.lg.jp/c_categories/index02001002009.html)

三鷹市健康福祉部高齢者支援課
電話 0422-29-9272
FAX 0422-48-2813
メール koreisha@city.mitaka.lg.jp