

台東区における 介護予防ケアマネジメントについて



令和2年3月

1. 介護予防ケアマネジメントについて

介護予防ケアマネジメントとは

利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、**適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うもの**

⇒ 利用者の心身状況等に合わせ、適切なサービス利用ができるよう、援助するもの

介護予防ケアマネジメントの概要

- 実施主体は**本人居住地の地域包括支援センター**（住所地特例対象者は、施設所在地の地域包括支援センターが実施）。
- 指定居宅介護支援事業所に対する**委託も可能**。
- 望ましい実施体制
地域包括支援センターがすべての介護予防ケアマネジメントを実施する。
委託する場合においても、**そのすべてに関与する**。
- 指定事業者によるサービスを利用した場合のみ給付管理が必要となる。
- ケアマネジメントは**3つの類型に分類**される。

台東区における介護予防ケアマネジメントの考え方

- 新規の方(要支援者・事業対象者)は原則地域包括支援センターがケアマネジメントを実施すること。
 - ※1 「新規の方」には、これまで要介護の認定を受けており、サービスを利用していた方が更新申請の結果、はじめて要支援者・事業対象者になった方は含まれない
 - ※2 新規の方であっても、①すぐに要介護になりそうな方や②認定が出ていない場合で、要支援・要介護どちらの判定になるかが分からない方については、初めから居宅介護支援事業所に委託することも可能
 - ※3 今まで居宅介護支援事業所に委託していた人については引き続き委託により、介護予防ケアマネジメントを実施する
 - ※4 新規利用者の場合、1クール(6か月)終了したのち、必要に応じて、居宅介護支援事業所に委託することができる
- サービスを利用することで、自立することを目標にケアマネジメントを行うこと(継続して同じサービスを利用し続けるのではない)。
- サービスを利用した場合には、**おおむね6か月ごとに**、利用前と利用後でどのような変化があったのかを評価すること。

台東区における介護予防ケアマネジメントの類型①

★原則的なケアマネジメント(ケアマネジメントⅠ)

現行の予防給付に対する介護予防支援と同様のプロセスを実施する

⇒ 訪問型サービス、訪問型サービスA

通所型サービス、通所型サービスA を利用する場合

★簡略化したケアマネジメント(ケアマネジメントⅡ)

サービス担当者会議を必要に応じて省略し、ケアプランを作成する。

モニタリング時期は、間隔をあけて必要に応じて設定する。

⇒ 通所型サービスC を利用する場合

★初回のみでのケアマネジメント(ケアマネジメントⅢ)

初回のみ簡略化したケアマネジメントを実施する。

⇒ 一般介護予防事業等を利用する場合

台東区における介護予防ケアマネジメントの類型②

	ケアマネジメントⅠ	ケアマネジメントⅡ	ケアマネジメントⅢ
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への同意・説明	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	ケアマネジメント結果表
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)

2. 総合事業サービス利用の流れ

台東区におけるサービス利用のルール

- これまでサービス利用がなく、はじめてサービス利用を希望する場合、これまで同様、**要介護認定申請を案内**する。
- 要介護認定申請の結果「非該当」となった高齢者がサービス利用を希望した場合は、基本チェックリストを実施する。基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当する場合は、総合事業のサービスを利用することができる。
- **要介護認定申請とあわせて、基本チェックリストを実施することはできない。**要介護認定申請し、認定結果が出るまでの間、基本チェックリストを実施し、事業対象者として総合事業を利用することはできない。
⇒ すぐにサービスを利用したい場合は、これまでどおり暫定ケアプランによるサービスを利用する

基本チェックリスト①

台東区 基本チェックリスト

記入日(平成 年 月 日)

氏名				男・女	生年月日	年	月	日
記入者	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 本人以外(続柄:)		(氏名:)			
被保険者番号								
住所							電話	

No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)		判定
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	生活機能全般 (1~20) / 20
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.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	0.はい	1.いいえ	運動機能の低下 (6~10) / 5
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0.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	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	低栄養 (11,12)
12	身長 cm 体重 kg (BMI)(注)			/ 2
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	0.いいえ	口腔機能の低下 (13~15) / 3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	閉じこもり (16,17) / 2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.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されますか	1.はい	0.いいえ	認知機能の低下 (18~20) / 3
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	0.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	0.いいえ	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	うつ病 (21~25) / 5
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	0.いいえ	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.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	0.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	0.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。

裏面につづきます

＜事業対象者の要件＞

基本チェックリストを実施し、
国が定める、①日常生活関連動作、②運動器機能、③低栄養状態、④口腔機能、⑤閉じこもり、⑥認知症、⑦うつ
の7つの分類のいずれかに該当すること

★事業対象者には有効期間を設定しない



一定期間サービス利用がなかった人が再度サービスを利用する場合の取り扱い

- ・1年以内 ⇒ 基本チェックリストの実施
- ・1年以上 ⇒ 要介護認定申請

基本チェックリスト②

＜基本チェックリスト判定＞

①NO. 1～20までの20項目のうち、10項目以上に該当

→ 生活機能全般の低下が見られる

②NO. 6～10までの5項目のうち、3項目以上に該当

→ 運動機能の低下が見られる

③NO. 11～12の2項目のすべてに該当

→ 低栄養状態の可能性はある

④NO. 13～15までの3項目のうち、2項目以上に該当

→ 口腔機能の低下が見られる

⑤NO. 16～17までの2項目のうち、NO. 16に該当

→ 閉じこもりの可能性はある

⑥NO. 18～20までの3項目のうち、いずれか1項目以上に該当

→ 認知機能の低下が見られる

⑦NO. 21～25までの5項目のうち、2項目以上に該当

→ うつ病の可能性はある

基本チェックリスト③

以下の質問に回答してください。

No.	質問項目	回答
1	家族構成を教えてください	1.ひとり暮らし 2.夫婦のみ世帯 3.その他 ()
2	健康状態はいかがですか	1.よい 2.ふつう 3.よくない
3	今までかかった病気や受けた手術はありますか	
	今、治療中の病気はありますか	
	その他健康状態で困っていることはありますか	
4	かかりつけ医はありますか	1.ある 2.ない
	ある場合 ①医療機関名 () ②主治医名 ()	
5	主治医から「運動を含む日常生活」を制限されていますか	1.ある 2.ない
6	現在、介護予防に取り組んでいるものがありますか	1.ある 2.ない
	ある場合 ()	
<p>地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、区、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 代筆 続柄()</p>		

【地域包括支援センター使用欄】

- 基本チェックリストの結果、あなたは 事業対象者 となりました。
(年 月 日から有効)
- 基本チェックリストの結果、あなたは 事業対象外 となりました。

事業対象者の要件には直接関係はないが、基本チェックリスト裏面には、医療情報等に記載してもらおう欄を新たに設けている。

★事業対象者として有効となる日

新規・・・基本チェックリスト実施日から有効

更新・・・現在持っている認定有効期間満了日の翌日から有効

※ 更新の場合、上記の扱いとなるが、「要支援」の認定を持っていれば、総合事業のすべてのサービスが使えるため、事業対象者として有効となる日以前に総合事業のサービスを利用することができる。

新規の場合②

総合事業等の説明

●総合事業の趣旨についての説明

<趣旨>

- ① 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等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること
- ② ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その目標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こと

●総合事業の制度についての説明

- ① 要介護認定申請の結果、「非該当」の判定の方
→ 基本チェックリストを実施し、事業対象者になることでサービス利用が可能
- ② 事業対象者として、サービスを利用していた方
→ 状態変化等があった場合など、必要時には要介護認定申請が再度可能
- ③ サービス利用時には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実施する

●利用者負担についての確認

新規の場合③

介護予防ケアマネジメント利用の手続き

●介護予防ケアマネジメント依頼書の受理

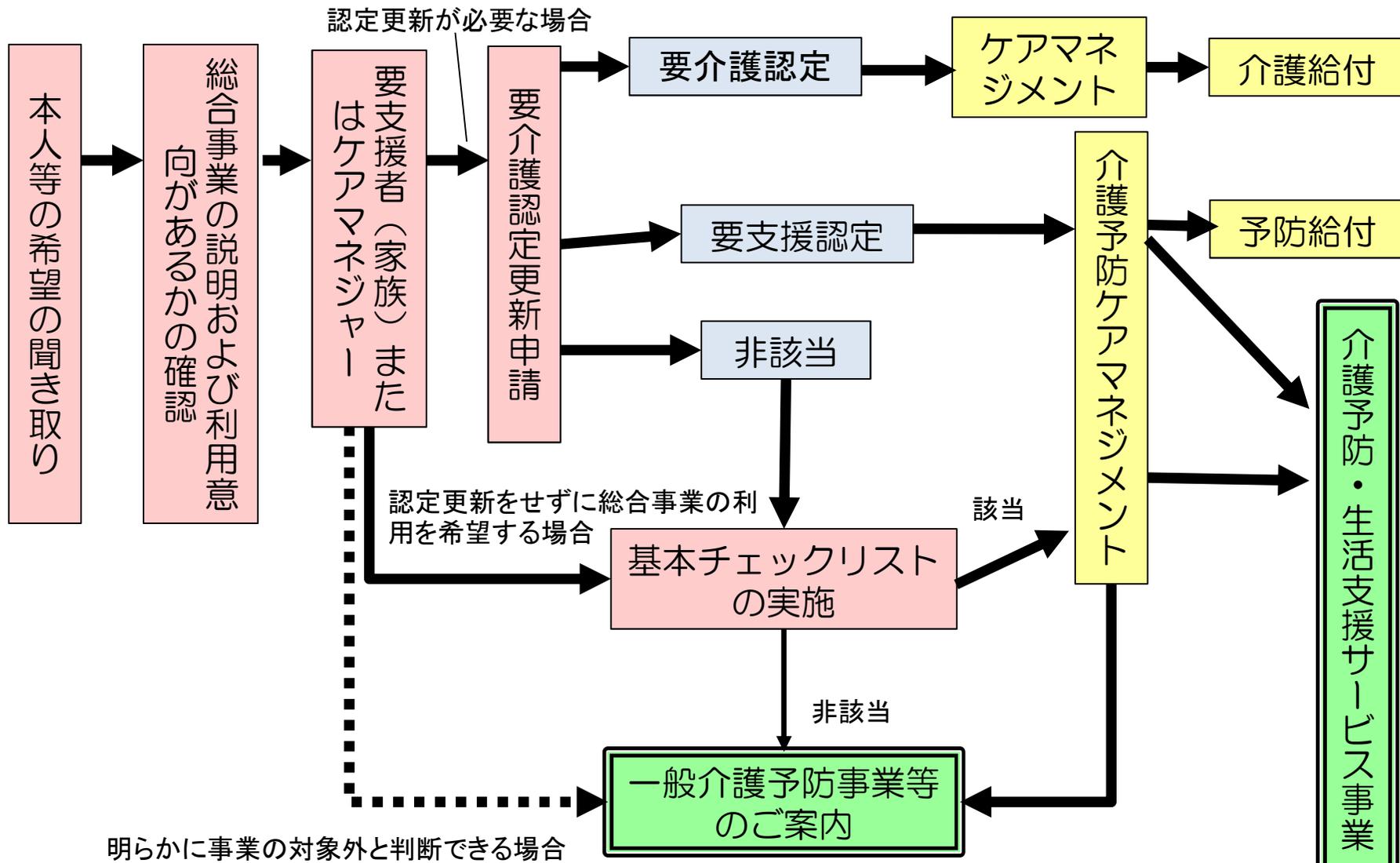
<提出場所>

- ・居宅介護(予防)サービス計画作成依頼届出書
→ 介護保険課へ提出
- ・介護予防ケアマネジメント依頼書
→ 基本チェックリスト実施時、包括へ提出

種別		提出する書類
新規 (これまでサービス利用がなかった方)		要支援 → 居宅介護(予防)サービス計画作成依頼届出書 事業対象者 → 介護予防ケアマネジメント依頼書
認定区分 の変更	事業対象者 → 要支援	居宅介護(予防)サービス計画作成依頼届出書
	要支援 → 事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼書
	要介護 → 要支援	居宅介護(予防)サービス計画作成依頼届出書
	要介護 → 事業対象者	介護予防ケアマネジメント依頼書
ケアプランの変更		必要ない

※ 計画の届出と費用請求コードは一致しないことに留意

更新の場合①



更新の場合②

★要支援認定更新をするのか、基本チェックリストの実施にするのかの振り分けを行う

【判断する際のポイント】

- * 利用しているサービスには予防給付が含まれているか
- * 利用しているサービス量は5,032単位を超えているか
- * 区の福祉サービス(紙おむつ支給等)は利用しているか
- * 一人で移動することはできるか
- * 一人で入浴することはできるか
- * 認知症はあるのか
(日常生活に支障を来たしている状態か)

迷った場合は要支援認定更新を！！

更新の場合③

明らかに要介護認定等が必要な場合(例)

- 屋外において、杖や歩行器などの福祉用具を使用しても、一人で移動ができない場合
- 認知症等があり、日常生活に支障をきたしている場合や判断力の低下が見られる場合
 - ・買うものを忘れてしまい、必要なものを一人で購入することができない
 - ・料理をする段取りを忘れてしまい、一人で調理ができない
 - ・金銭管理ができない
- 一人で入浴ができない場合(心臓病等の疾患により、見守りがないと一人で入れない場合を除く)
- 訪問介護、通所介護以外のサービスを希望する場合
 - ・服薬や病気の管理が自分でできない→「訪問看護」など
 - ・自宅内での移動が難しかったり、浴槽が深くまたげなかったりする→「住宅改修」「福祉用具」
- 家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合
- 支給限度額が要支援1(5,032単位)相当を超える見込みがある場合

明らかに事業の対象外と判断できる場合(例)

- 介護事業者等が提供するサービスを希望しておらず、単に体操などの活動場所を探している場合
- 明らかに要介護認定が必要な場合の例に該当せず、かつサービス利用を希望していない場合

3. 介護予防ケアマネジメント実施手順

(1) アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問して、利用者及び家族との面談により実施する

- 状態把握のために「なぜ～」を考える
- 望んでいる生活(「したい」と現状の生活(「うまくできていない」とのギャップについて、その要因を分析する。
- できていない部分のみに着目するのではなく、「できている、頑張っている」というプラスの部分も把握し、それが地域の中で発揮できないのかを検討する。

(2) ケアプラン原案作成①

目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案(ケアマネジメント結果表)全体を作成する。

- 目標を設定する際は、利用者が**自分の目標だと意識**できるような内容・表現とし、実施期間において、達成が可能と見込まれるものとする。
- 利用するサービスを検討する際は、総合事業のサービスだけに着目するのではなく、住民主体の活動や民間企業の活用など、広く社会資源にも目を向ける。また、総合事業の指定事業者によるサービスは併用することが可能なため、**本人の心身状況に合わせた柔軟なケアプランを作成**する。

(2) ケアプラン原案作成②

【サービスの組み合わせ】

- 訪問型サービス(国基準)と訪問型サービスA(緩和)は併用できない。
また、同様に通所型サービス(国基準)と通所型サービスA(緩和)は併用できない。
- 訪問型・通所型のサービス間において、国基準と緩和によるサービスを利用することが可能。
ex. 訪問型サービスと通所型サービスA、訪問型サービスAと通所型サービス
- 予防給付内のサービスの併用については、これまでの介護保険の考え方に準じるものとする。
- 総合事業と予防給付の組み合わせについても、これまでの介護保険の考え方に準じるものとする。「訪問型サービス(A)」は介護予防訪問介護と置き換え、「通所型サービス(A)」は介護予防通所介護と置き換えて、併用について考えること。

(2) ケアプラン原案作成③

ケアプラン作成の視点

- ・「どのように改善を図るのか(最も効果的な方法の選択)
- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」(最も効果的な手段の選択)
- ・「いつごろまでに」(期限)

本人や家族に説明しておくべきこと

- ①本人のしたい生活(生活の目標)のイメージを共有し、
- ②生活の目標が達成されるためには、「維持・改善すべき課題(目標)」の解決を図ることが大切であること、
- ③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であること

ずっとサービスを使い続けるのではなく、少しでも自立して生活できるようになるために、サービスを使うということをサービス利用前に意識づけする必要がある
(これまでのサービス利用の考えからの脱却)

(2) ケアプラン原案作成④

NO. _____	総合事業サービス計画表(ケアマネジメント結果表)	(様式第2号)																					
利用者名: _____ 様	実施(評価)期間: _____年____月____日 ~ _____年____月____日	計画作成(変更)日: _____年____月____日																					
担当者名: _____																							
【健康状態について: 主治医意見書、総合健康診査等を踏まえた留意点】		【基本チェックリスト結果】 (状態区分) 要支援1・2・事業対象者																					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">実施日</th> <th style="width: 10%;">運動器の機能向上</th> <th style="width: 10%;">栄養改善</th> <th style="width: 10%;">口腔機能の向上</th> <th style="width: 10%;">閉じこもり予防</th> <th style="width: 10%;">物忘れ予防</th> <th style="width: 10%;">うつ予防</th> </tr> <tr> <td>〇〇年</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>〇月〇日</td> <td>/5</td> <td>/2</td> <td>/3</td> <td>/2</td> <td>/3</td> <td>/5</td> </tr> </table>	実施日	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	〇〇年							〇月〇日	/5	/2	/3	/2	/3	/5
実施日	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防																	
〇〇年																							
〇月〇日	/5	/2	/3	/2	/3	/5																	
現在の状況について	いずれかに○を付けてください	集計	3・6 か月後(評価日)	集計	できるようにすると良いこと、目標、そのための取組など																		
◆運動・移動について			(年 月 日)		本人 サービス提供事業所 サービス提供事業所 ケアマネジャー・地域包括支援センター 取組に対する評価と今後の方針(総合的な方針) 【評価結果】 <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 【ご本人記入欄】 総合事業サービス計画について同意します。 _____年____月____日 氏名 _____ 印																		
1 自宅内・外を転倒の不安なく歩くことができますか	はい いいえ		はい いいえ																				
2 屋外を15分くらい続けて歩くことができますか	はい いいえ		はい いいえ																				
3 玄関やベッド(布団)からの立ち座りの動作はスムーズですか	はい いいえ		はい いいえ																				
4 階段や段差を昇降できますか	はい いいえ		はい いいえ																				
5 電車やバス等を利用して外出できますか	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5																			
◆日常生活(家庭生活)について																							
6 ご自分で食事の準備をして食べることはできますか	はい いいえ		はい いいえ																				
7 規則正しく3食食べていますか	はい いいえ		はい いいえ																				
8 定期的にご自分で入浴することはできますか	はい いいえ		はい いいえ																				
9 家事仕事(掃除や洗濯、買い物など)を自分でできますか	はい いいえ		はい いいえ																				
10 ご自分で使える金銭の管理はできますか	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5																			
◆社会参加、対人関係・コミュニケーションについて																							
11 1週間に1回以上外出していますか	はい いいえ		はい いいえ																				
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	はい いいえ		はい いいえ																				
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	はい いいえ		はい いいえ																				
14 地域活動で何か参加していることはありますか	はい いいえ		はい いいえ																				
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	はい いいえ	/5	はい いいえ	/5																			
◆健康管理について																							
16 体調は安定していますか	はい いいえ		はい いいえ																				
17 飲み忘れなく、薬の管理・内服を自分でできますか	はい いいえ		はい いいえ																				
18 固いものが食べにくいことやむせ・口の渇きは気にならないですか	はい いいえ		はい いいえ																				
19 排せつの失敗や不安はないですか	はい いいえ		はい いいえ																				
20 夜はよく眠れますか	はい いいえ		はい いいえ																				
21 物忘れは気にならないですか	はい いいえ	/6	はい いいえ	/6																			
◆その他の事項について		計		計																			
22		/21		/21																			

(3) サービス担当者会議

本人の支援者達が集まり、ケアマネジャーが作成したケアプランについて検討・意見交換し、情報共有を図る。

- ケアマネジメントⅠ、Ⅱにおいて実施する。
- ケアマネジメントⅠでは、原則3か月に1回サービス担当者会議を開催する。ただし、サービス内容に変更がない場合は、会議の場を設定せず、利用者と支援者間での電話等による情報共有をすることも可能。
- サービス提供事業者だけでなく、必要に応じてPT、OT、STなどのリハビリ専門職にも参加してもらえるよう呼びかけを行う

- (4)利用者への説明・同意
- (5)ケアプラン確定・交付

ケアプランを、利用者へ交付するとともに、サービス提供者にも交付する。

※ このときまでに利用者との契約を済ませておくこと

- ケアプランの内容について利用者およびその家族に説明し、同意を得る。
- 利用者負担割合について確認し、サービスを利用した場合の金額について説明する。

※ 総合事業では給付制限は実施しない

(6) サービス利用開始
(7) モニタリング(給付管理)

○各サービス事業者と契約を結び、サービス利用を開始する。

○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する。

- ケアマネジメントの類型により、モニタリングの実施方法や実施間隔が異なってくる。
- ケアマネジメント I の場合は、少なくとも3か月に1回は訪問して面接する。それ以外の月においても、利用者の通所先などを訪問するなどして、利用者に面接するように努めるとともに、面接ができない場合でも、電話等により、連絡を実施する。
- 事業対象者として、総合事業のサービスを利用していたとしても、利用者の状態等の変化により、給付によるサービスが必要になった場合は、速やかに要介護認定申請につなげる。

(8) 評価

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、今後の方針を決定する。

- 利用者宅を訪問して、ケアプランの実施状況を踏まえて目標の達成状況
を評価する。目標が達成された場合は、**新たな目標を設定し、利用する
サービスの見直し**をする。
- 一般介護予防事業など次のステップにつなげていくなど**スムーズな移行
に配慮**する。
- モニタリング・評価の結果、状態悪化が見られた場合は、速やかにサー
ビス内容を再検討し、必要に応じて要介護認定申請するか、区分変更申
請するなどの対応をとる。
※ その際、サービス費用が自己負担になる可能性があるということを忘れない
こと

4. 介護予防ケアマネジメント費

費用請求について①

★利用するサービスによって、ケアマネジメントの種類が変わる

状態区分	要支援者			事業対象者
利用するサービス区分	予防給付のみ	予防給付と 総合事業	総合事業のみ	総合事業のみ
ケアマネジメントの種類	介護予防支援 (予防給付)	介護予防支援 (予防給付)	介護予防ケア マネジメント (総合事業)	介護予防ケアマ ネジメント (総合事業)
請求コード	46	46	1001～1005	1001～1005
支給限度額	要支援1:5, 032単位 要支援2:10, 531単位			5, 032単位

費用請求について②

費用コード	費用コード略称	内容	単位数	介護報酬額	
				委託先居宅介護支援事業所(9割)	地域包括支援センター
1001	ケアマネジメントⅠ	原則的なケアマネジメント費の基本報酬	431	4,422円	4,913円 (491円)
1002	ケアマネジメントⅠ・初回	原則的なケアマネジメント費の基本報酬+初回加算	731	7,500円	8,333円 (833円)
1003	ケアマネジメントⅡ	簡略化したケアマネジメント費の基本報酬	350	—	3,990円
1004	ケアマネジメントⅡ・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	650	—	7,410円
1005	ケアマネジメントⅢ	初回のみでのケアマネジメント費の基本報酬	315	—	3,591円

費用請求について③

<初回加算の取り扱い>

基本的には、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、下記①、②の場合に算定することができる。

① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

・介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2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

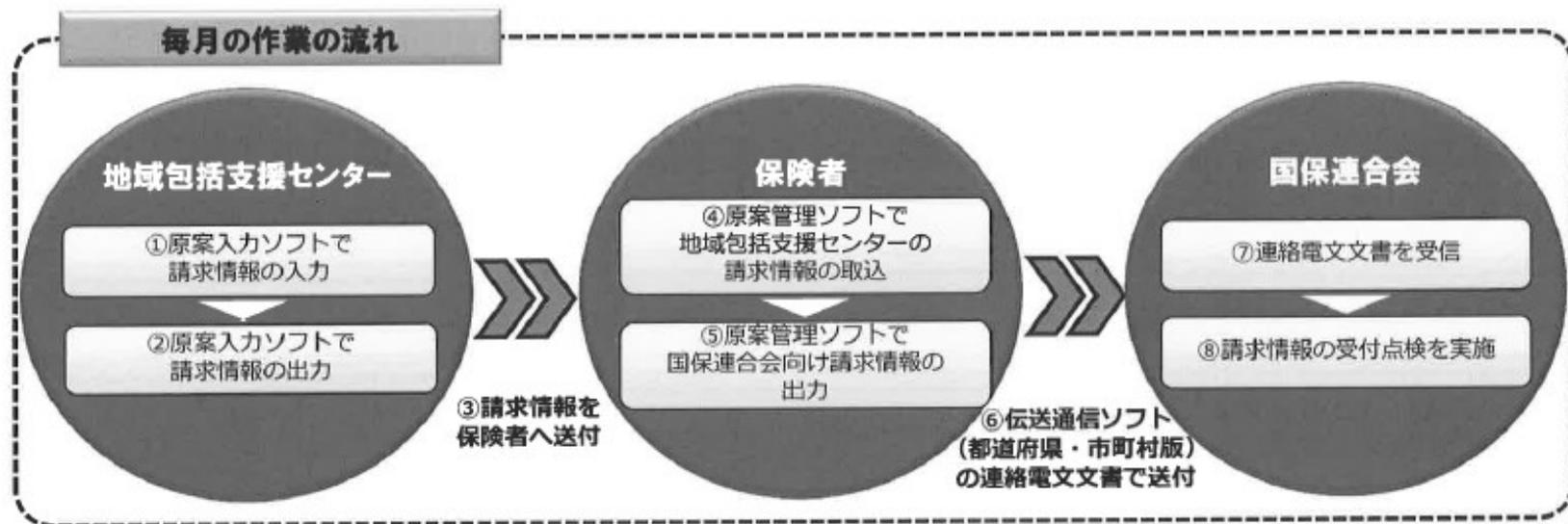
② 利用者の状態区分が変わり、介護予防ケアマネジメントを実施する場合

- ・要介護者が要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- ・要介護者が基本チェックリストを実施後、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

※ 総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによる事業対象者として、総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできない

請求事務の流れ

- 介護予防ケアマネジメント費の請求はこれまでと異なり、**保険者(区)を通しての請求**となる。
- 地域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はこれまでどおり地域包括支援センターに請求情報をあげる
- 介護予防支援費の請求はこれまでと変わらない。



5. 総合事業におけるケアマネジメントについて のまとめ

まとめ

<サービス利用の手続き>

- 新規の方は原則要介護認定申請につなげる。
- 更新の方は、要介護認定申請につなげるのか、基本チェックリストを実施するの
かの振り分けを行う。
- 要介護認定申請と同時に、基本チェックリストを実施することはできない。

<介護予防ケアマネジメント>

- サービスを利用し続けるのではなく、サービスを利用することで自立を促進し、ス
テップアップしていくための援助を行う。
- 利用するサービスによって、介護予防支援費とするのか、介護予防ケアマネジメ
ント費にするのかが決定される。
- 費用請求の流れは変わらないが、請求コードが分かれる。