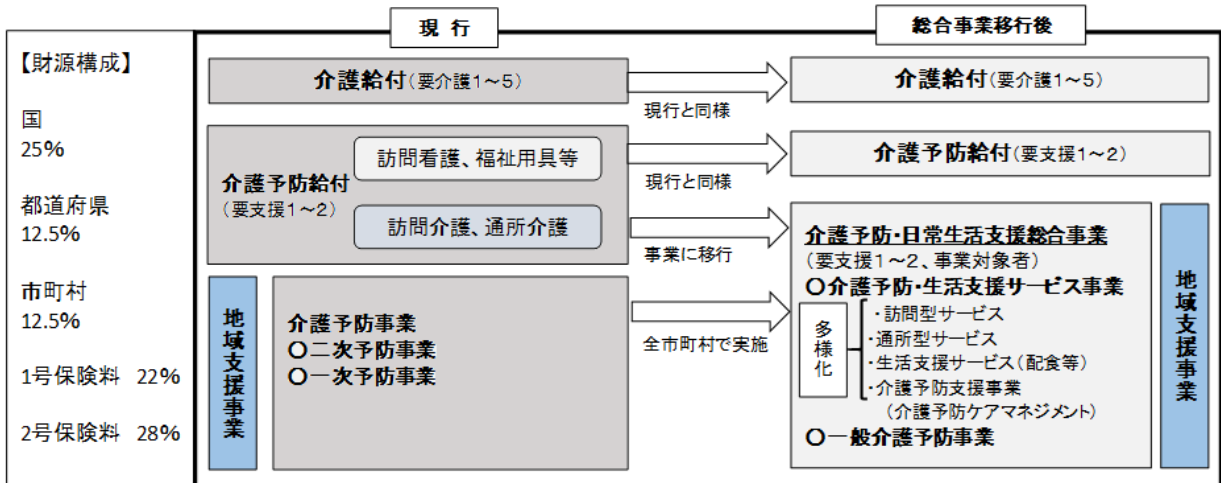


1 制度改正の趣旨

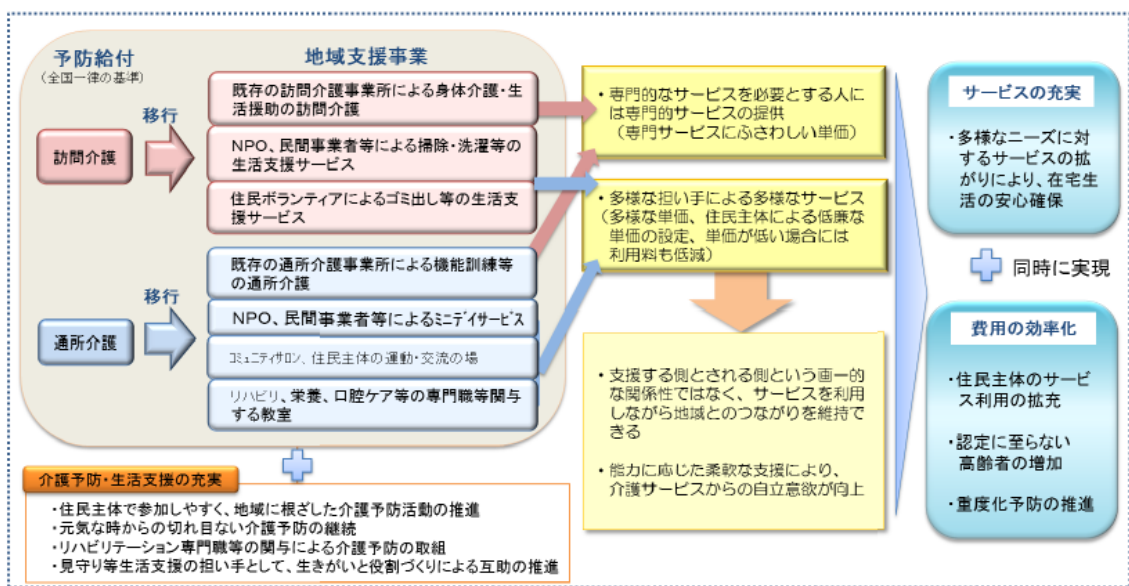
予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行します。

既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、地域住民の相互の支え合いやボランティア、NPO、民間企業など地域の多様な主体の参画を推進して高齢者を支援します。



2 目的

総合事業は、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等を可能とすることを目的としています。



3 若桜町の考え方

団塊の世代が後期高齢者となる2025年（平成37年）に向けて、要介護者等の増加が予想されるなか、介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らしを続けることができるようにするため、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムを構築することが求められています。

若桜町では、次の基本的な考え方のもと、総合事業を実施していきます。

- 高齢者の社会参加の推進を通じて、要支援・要介護状態になることをできる限り予防するよう支援します。
- 高齢者が住み慣れた地域の中で、人と人とのつながりのもと、生き生きと暮らし続けることができる、多様な主体等の参画による多様で柔軟な生活支援が受けられる地域づくりを進めます。

若桜町の総合事業実施の基本的考え方

- 高齢者の社会参加の推進と要介護状態等の予防
- 多様で柔軟な生活支援のある地域づくり

4 総合事業の構成、サービス内容等

総合事業は、旧介護予防訪問介護から移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」（介護保険法に基づく第1号事業）と、全ての第1号被保険者等が対象になる「一般介護予防事業」から構成されます。

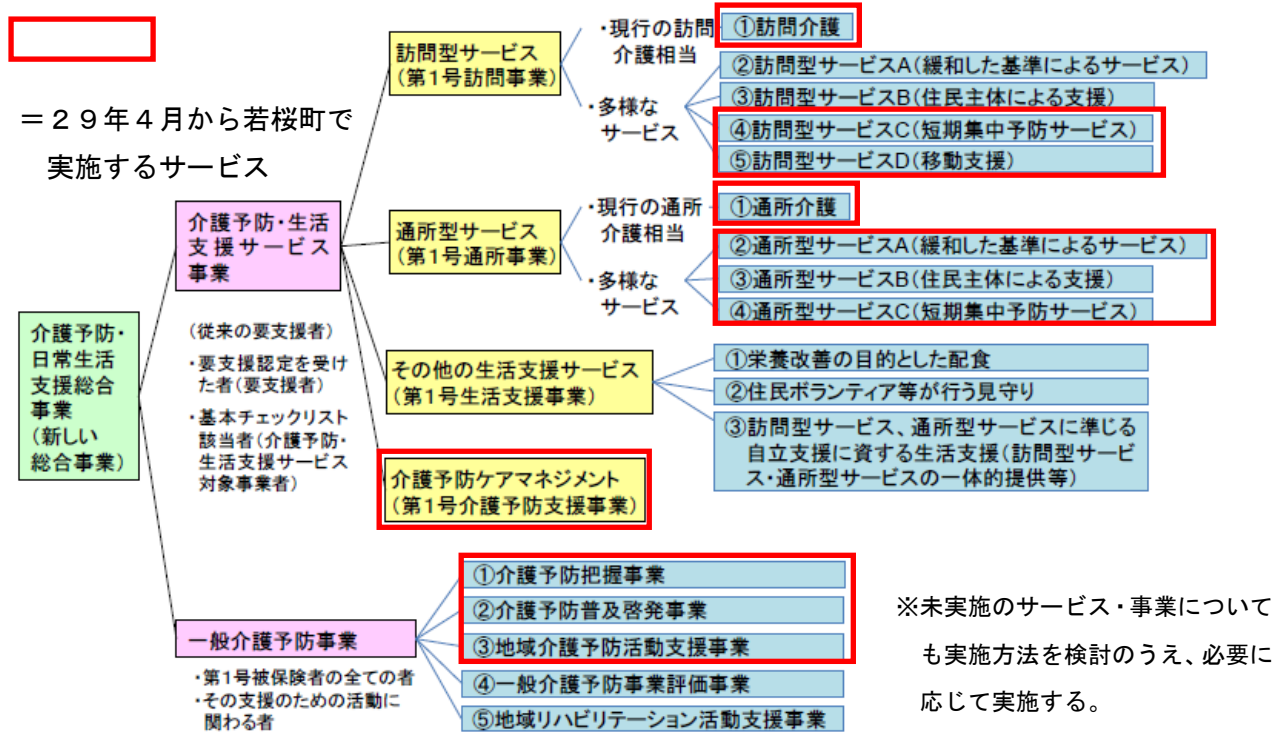
若桜町は平成29年4月1日から次の事業を実施します。

○ 介護予防・生活支援サービス事業

- （対象者） 要支援認定を受けた者、基本チェックリストで事業対象者に該当した者
（実施事業）
- ・ 現行の訪問介護相当
 - ・ 現行の通所介護相当
 - ・ 介護予防ケアマネジメント
 - ・ 若桜町独自の通所および訪問サービス

○ 一般介護予防事業

- （対象者） 65歳以上の第1号被保険者等
（実施事業）
- ・ 介護予防把握事業
 - ・ 介護予防普及啓発事業
 - ・ 地域介護予防活動支援事業



5 総合事業実施後の利用手続

サービス利用に至る流れとして、要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを受ける流れのほかに、基本チェックリストを用いた簡易な形でまず対象者を判断し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れも設けます。

1 対象者

- ① 29年4月以降に、新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方
(認定有効期間の開始年月日が29年4月以降の要支援者)
- ② 29年4月以降に、基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

<注意>

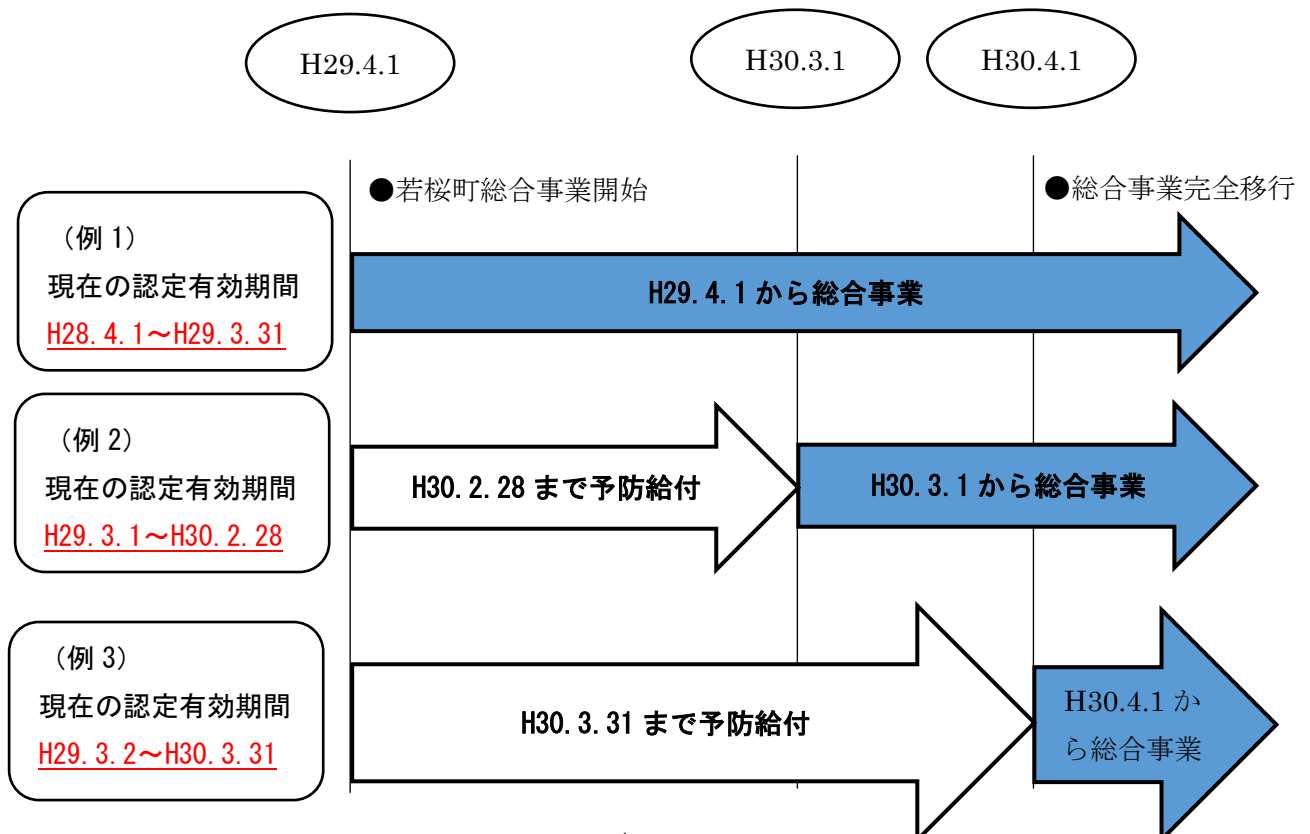
29年4月から総合事業に移行していきます。②の事業対象者だけが総合事業を利用する訳ではなく、①の要支援者が総合事業を利用するケースが多数になると思われます。

【ポイント】

29年4月より前からの要支援者について、その認定更新等までは、従前の予防給付（介護予防訪問介護・介護予防通所介護）としてサービスを提供します。

29年4月以降に認定更新等により要支援認定を受けた方が訪問介護・通所介護を利用する場合は、サービスが総合事業に変わります。（要支援者の認定有効期間は現在、最長1年ですので、若桜町全体では29年4月から1年かけて移行します。）

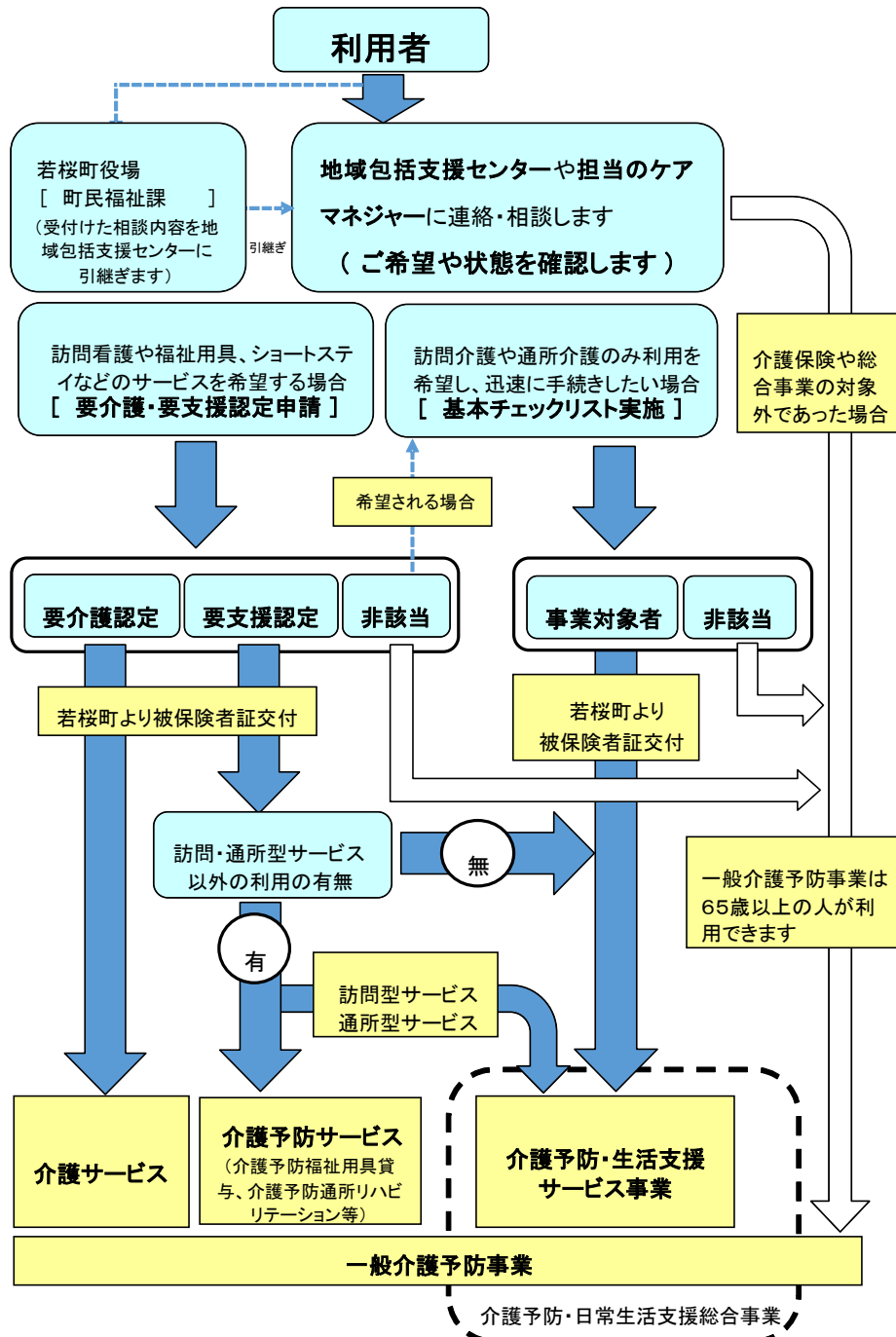
更新の場合の総合事業への移行について（例）



2 利用手続

- ① 総合事業の利用の相談・手続き支援については、現在の介護・介護予防サービスを利用する場合と同様に、今後とも地域包括支援センターの介護支援専門員等の専門職員が行います。
- ② 総合事業のみ利用する（予防給付の利用がない）ケースについては、従来の介護保険の認定申請に加えて、新たに運動機能や認知機能の低下などに関する25の質問事項で本人の状態を確認する「基本チェックリスト」により簡便・迅速にサービス利用を開始することもできます。

総合事業実施後（H29.4.1～）の利用手続



【ポイント】

I 「認定有効期間の開始年月日がH29.3.31までの要支援者」の場合。

① 総合事業移行期として、次の認定更新・区分変更までは、予防給付として介護予防訪問介護・介護予防通所介護が引き続き行われますので手続等に変更はありません。

II 「認定有効期間の開始年月日がH29.4.1からの要支援者」の場合。

② 予防給付のみ必要な場合⇒「介護予防サービス計画」

③ 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」

④ 総合事業のみ必要な場合⇒「介護予防ケアマネジメント」

III 「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。

⑤ 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」

【 訪問型サービス 】

区分		予防給付	総合事業
		介護予防訪問介護	若桜町訪問介護相当サービス
1	実施時期	認定更新時等まで	平成29年4月以降の認定更新等から
2	ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は介護予防ケアマネジメントA
3	サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	
4	サービス提供者	介護予防訪問介護の指定事業者	若桜町訪問介護相当サービスの指定事業者
5	サービスの基準	現行	現行と同様
6	単価	現行	現行と同様（1回当たりの単価等を追加）
7	サービスコード	現行	新たなコード（種類コードA1又はA2）
8	給付制限	あり	なし
9	利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ	
10	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理	
11	事業者への支払方法	国保連経由で審査・支払	

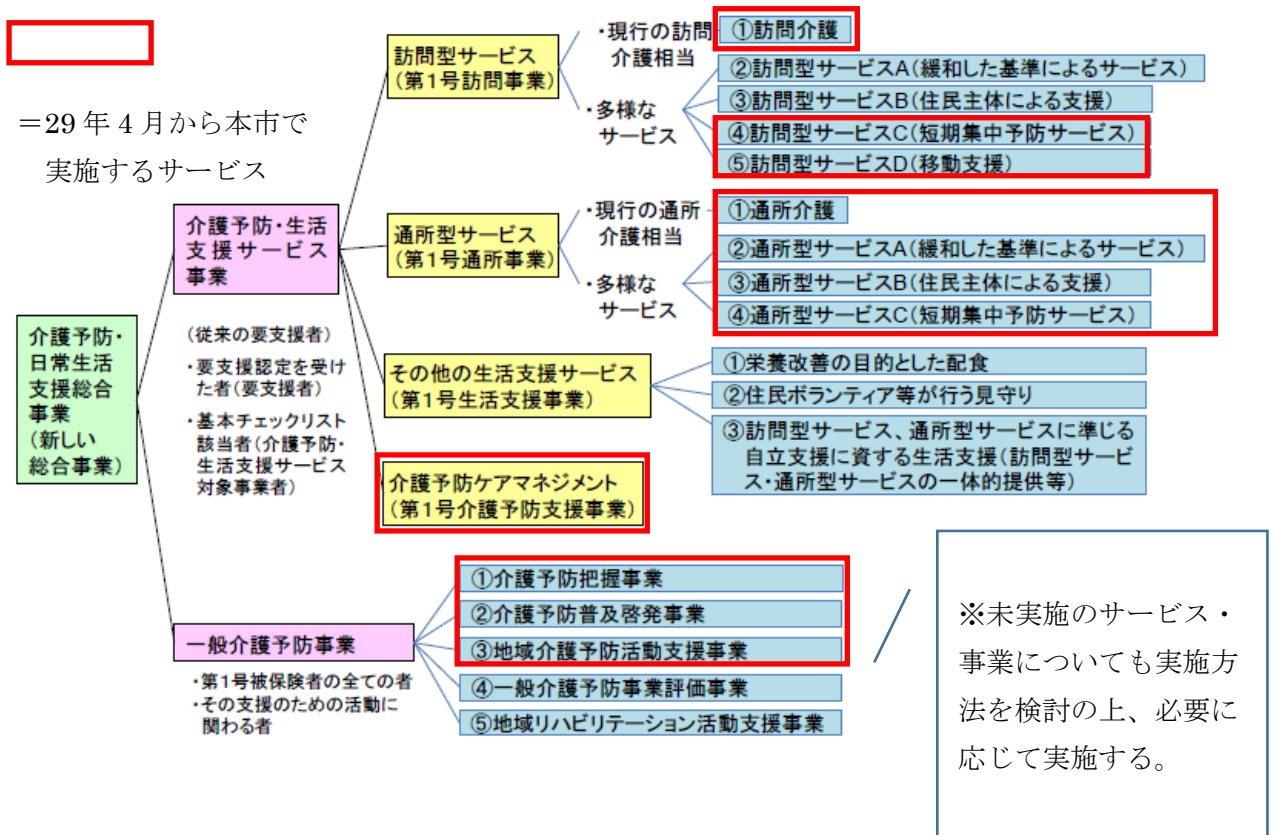
【 通所型サービス 】

区分		予防給付	総合事業
		介護予防通所介護	若桜町通所介護相当サービス
1	実施時期	認定更新時等まで	平成29年4月以降の認定更新等から
2	ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は介護予防ケアマネジメントA
3	サービス内容	通所介護事業者の従業員によるサービス	
4	サービス提供者	介護予防通所介護の指定事業者	若桜町通所介護相当サービスの指定事業者
5	サービスの基準	現行	現行と同様
6	単価	現行	回数等により整理し、 「要支援2・週1回程度」を追加
7	サービスコード	現行	新たなコード（種類コードA6）
8	給付制限	あり	なし
9	利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ	
10	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理	
11	事業者への支払方法	国保連経由で審査・支払	

1 事業内容

若桜町介護予防・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ある。

（再掲）総合事業の構成・サービス内容等



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ある。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

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る。

（ ポイント ）

「介護予防ケアマネジメント」という言葉は、従来から要支援認定者や二次予防事業対象者に対して実施するケアマネジメントを指す言葉として使用されていましたが、総合事業への移行に伴い、この資料の中で「介護予防ケアマネジメント」や「介護予防ケアマネジメント費」と明記されているものは、介護予防支援費の支給対象とならないケアマネジメントを指します。例えば、総合事業（訪問型・通所型サービス）のみ利用する者に対して実施するケアマネジメントがこれに当たります。（25～28 ページも参考にしてみてください。）

なお、介護予防支援費の支給対象となるケアマネジメントは、例えばP3の（1）の「…予防給付に対する介護予防ケアマネジメント」というように、表現を変えて使い分けをしています。

1 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、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施するものです。

若桜町においては、当面は以下の（１）ケアマネジメントAと、（２）ケアマネジメントBを実施します。

（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）

地域包括支援センターが、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します。

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か月に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きます。

（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します。

（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）

地域包括支援センターに相談された利用者であり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面に実施します。

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り組み」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ケア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。利用者の状態悪化や、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します。

なお、上記のケアマネジメントの結果は、「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）」（別冊の様式）に記載して、利用者に交付する。

（網掛け部分の記載は省略できます。）

【 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方 】

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のプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援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 ・訪問型サービスC、通所型サービスC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 	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・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
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のプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等） 	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・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 （→モニタリング（適宜））
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のプロセス）	
<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配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後状況把握を実施）	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、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。

利用者 種類	要支援認定者			事業対象者
	給付のみ	給付+事業	事業のみ	
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)	○	○	×	×

また地域包括支援センターは、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、従来の介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託して実施します。

なお、委託の対象は、当面、以下のいずれかに該当する場合とします。

- 要支援者
- 要支援の認定有効期間の終了後に更新申請しないで基本チェックリストで事業対象者となった場合。

(参考)

居宅介護支援費の取扱件数の算出に関して、委託を受けた介護予防支援は受託件数×1/2件と数えますが、介護予防ケアマネジメントの件数は居宅介護支援費の通減制には含まれませんので、取扱件数には含めません。

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援であること、又は事業対象者として若桜町に登録されることが必要であるため、窓口での対応を含めて以下の手順で実施します。

1 総合事業の説明

- 若桜町包括支援センターの窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の主旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して簡便・迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などに分かりやすく説明します。

若桜町役場町民福祉課の介護保険窓口で相談を受け付けた場合は、地域包括支援センターに引き継ぎ、包括支援センターが総合相談の対応を行います。

- 更に、総合事業の主旨として、

- 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、より自立に向け次のステップに移っていく

ことを説明します。

- このとき、予防給付や介護給付によるサービス（訪問看護や福祉用具貸与）を希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行います。
- 第2号被保険者は、要介護認定等申請の案内を行います。（基本チェックリストの対象外）

2 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認（基本チェックリスト）

- 利用者が総合事業のサービスの利用を希望する場合、要支援認定申請を希望しない、又は要支援認定の結果、非該当の場合は、地域包括支援センターは「基本チェックリスト」（別冊の様式）の実施により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認します。

「介護予防・生活支援サービス事業対象者（事業対象者）」とは

介護予防・生活支援サービス事業対象者とは65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した者をいいます。ただし、事業対象者が利用できるサービスについては、介護予防ケアマネジメントに基づいて利用することとなります。

基本チェックリストを活用するケース

本チェックリストを活用するケースとして以下の場合が考えられます。いずれの場合も、本人が基本チェックリストを希望した場合に実施します。

【 認定を受けてない方 】

- ① 若桜町訪問介護相当サービス・若桜町通所介護相当サービスのみのサービス利用を希望する場合

【 要支援1・2の方 】

- ① 現在、「介護予防訪問介護・若桜町訪問介護相当サービス」又は「介護予防通所介護・若桜町通所介護相当サービス」のみを利用していて
- ② 今後もサービスの変更の予定はなく
- ③ 要支援認定の更新時に認定申請を希望されない場合

【 要介護認定が非該当と判定された方 】

- ① 要介護認定は非該当だが、サービス利用が必要と考えられる場合

- 基本チェックリストは、地域包括支援センターの職員が質問項目の趣旨を「基本チェックリストについての考え方」（別冊の様式一覧）を利用して説明し、それを本人が聴きながら、本人が記入して作成します。ただし、本人が体の状態等により記入が困難な場合は、家族等による代筆も可能とします。

(事例 Q&A) ※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」
についての Q&A【平成26年9月30日版】より抜粋

(問) 基本チェックリストを実施して行うサービスの区分の振り分け結果に不服がある場合、行政不服審査法による不服申し立ては適用されるか。

(答) 1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における基本チェックリストについては、ガイドライン案 P56 で「相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業で利用できるよう本人の状況を確認するものとして用いる」としているとおり、基本的に質問項目の趣旨を聞きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分にはあたらないものと整理している。

2 相談に来た者に対しては、ガイドライン案 P59 のとおり、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明し、特に介護予防・生活支援サービス事業に関してはその目的や内容、メニュー、手続き等について、十分に説明することとなる。こうした説明を経て基本チェックリストを記入いただくものであり、理解・納得をいただいた上で進められるものである。

- 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ってください。そのために利用者の情報を地域包括支援センターが若桜町（保険者）やサービス事業者に伝える旨を説明し、承諾を得た場合に「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」：（別冊の様式一覧）を記入の上、若桜町役場町民福祉課又は若桜町包括支援センターに提出してもらってください。（必要に応じて、提出代行により支援を行います。）
- 基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて若桜町（保険者）が総合事業のサービス事業対象者として登録し、「事業対象者」である旨を記載した被保険者証を郵送により交付します。

- 上記の基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメントの手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行います。ただし、本人が出向くことができない（入院中である、自宅から遠い、外出に支障がある等）場合は、地域包括支援センターの職員が本人を訪問する等の方法により行います。
- 第2号被保険者については、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、要介護認定申請を行い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受けることができます。

3 介護予防ケアマネジメントの手続き

- 利用に当たっては、次の書類を作成の上、必要に応じてパンフレット等も活用しながら、利用者又はその家族に対して懇切丁寧に説明し、同意を得ます。

- ① 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
- ② 重要事項説明書
- ③ 個人情報使用同意書

4 介護予防ケアマネジメント

① アセスメント（課題分析）

- 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行います。
- より本人に合った目標設定に向けて厚生労働省が推奨する「興味・関心シート」（別冊の様式）なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等の聞き取りをしながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。
- プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築につとめます。

② ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

○ 目標の設定

- ・ 生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」（別冊の様式）などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、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します。
- ・ また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましいものと考えます。

○ 利用するサービス内容の選択

- ・ 利用するサービスを検討する際は、単に介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）の利用のみに限定せず、地域のサロンなど、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成します。
（ 「基本チェックリストの該当項目に基づき想定される「サービス利用例又は介護予防のための本人の活動例」（別冊の様式）も参考にしてみてください。 ）
- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。
- ・ 総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行います。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とします。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作成することが適当です。
例えば退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援に繋がると考えるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）ことも可能です。（39ページの「5 利用者負担の限度額」も参照してください。）
その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しを図ります。

- ・ 更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者によく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成します。

利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、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）全体を作成します。

その経過の中でケアマネジメントA、B、Cのケアマネジメントの類型についても検討されていくものと考えます。

③ サービス担当者会議

- ケアマネジメントA、Bにおいて実施します。
- ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定されていますが、ケアプランの変更等をおこなったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要です。

④ 利用者への説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者又はその家族に説明し、同意を得ます。

⑤ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- 本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付します。

⑥ サービス利用開始

⑦ モニタリング（給付管理）

- 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か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接を行います。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。

- 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します。

⑧ 評価

- ケアマネジメントA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の方針を決定します。
- 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは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なかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合等再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行います。

5 留意事項

- ケアマネジメントにおいて使用する様式は、別冊の「介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧」の様式を活用してください。
- 基本チェックリストで事業対象者となった者が、総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する必要が生じた場合等には、要介護認定等の申請をする場合においても要介護認定の結果が出るまでは総合事業を継続することができます。(ただし、認定の結果がでた後に、月遅れでサービス費の請求を行うことになります。)

同月の途中で総合事業から介護給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができます。

限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターと連絡を取り、給付管理を行ってください。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできません。
- 総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していま

せん。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要となります。

- 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。
- 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、必要な措置を講じてください。
- 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。この取組みの一つとして、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。
- 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に加え、利用者本人・家族、介護予防・生活支援サービス事業の実施主体、地域でサロン等を運営する活動主体も含めて、関わるもの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。
- 介護予防ケアマネジメントのケアプランは、現在の介護予防支援と同様に、ケアプラン点検指導や実地指導の際、内容の確認を行います。

1 要介護・要支援認定、事業対象者のサービス利用に必要な申請・届出書類

区分	必要書類
要介護・要支援認定申請を希望する方	現行どおり ① 介護保険要介護・要支援認定申請書 ② 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・廃止）届出書 ※①の認定後に届出 ③ 介護保険被保険者証
事業対象者の申請を希望する方	① 基本チェックリスト ② 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・廃止）届出書 ※①を添付して届出 ③ 介護保険被保険者証

※個人番号を記載した申請書等を提出する場合は、「番号確認」と「身元確認」ができる書類の添付が必要です。

事業対象者に該当した場合

- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証（※適用期間中の介護保険負担割合証を保有している方を除く。）

が届きます。

2 認定更新時の『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・廃止）届出』の必要の有無

区分	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	理由
介護給付から予防給付に移行する場合	○必要	×不要	居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため

介護給付から 介護予防・生活支援 サービス事業に移 行する場合	×不要	○必要	居宅介護支援事業所から地 域包括支援センターへケア マネジメントの実施者を変 更することとなるため
予防給付から 介護予防・生活支援 サービス事業に移 行する場	×不要	×不要	指定介護予防支援から介護 予防ケアマネジメントへ移 行することとなるが、この場 合は、要支援者であることは 変わらず、ケアマネジメント を実施する地域包括支援セ ンターも変わらないため
要支援者から 基本チェックリス トによるサービス 事業対象者に移行 する場合	×不要	○必要	「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・廃止） 届出書」により事業対象者と して登録するため

※ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所へケアマネジメント（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）を委託した場合における「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」については、もれなく届出をお願いします。（委託した担当事業所を介護保険システムで管理しているため。）

※ 予防給付またはサービス事業から介護給付に移行した場合、または要支援者若しくは事業対象者から要介護者に移行した場合等は、現行どおり「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」の届出が必要となります。

1 概要

地域包括支援センターで実施する介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）は、直接実施又は社会福祉法人等に地域包括支援センター（包括的支援事業）を委託する方式により実施するものとされており、予防給付の報酬を踏まえた国保連への請求を前提とする指定事業者としての単価の設定は生じませんが、介護予防ケアマネジメントの一部を地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託する場合には単価の設定が必要となります。

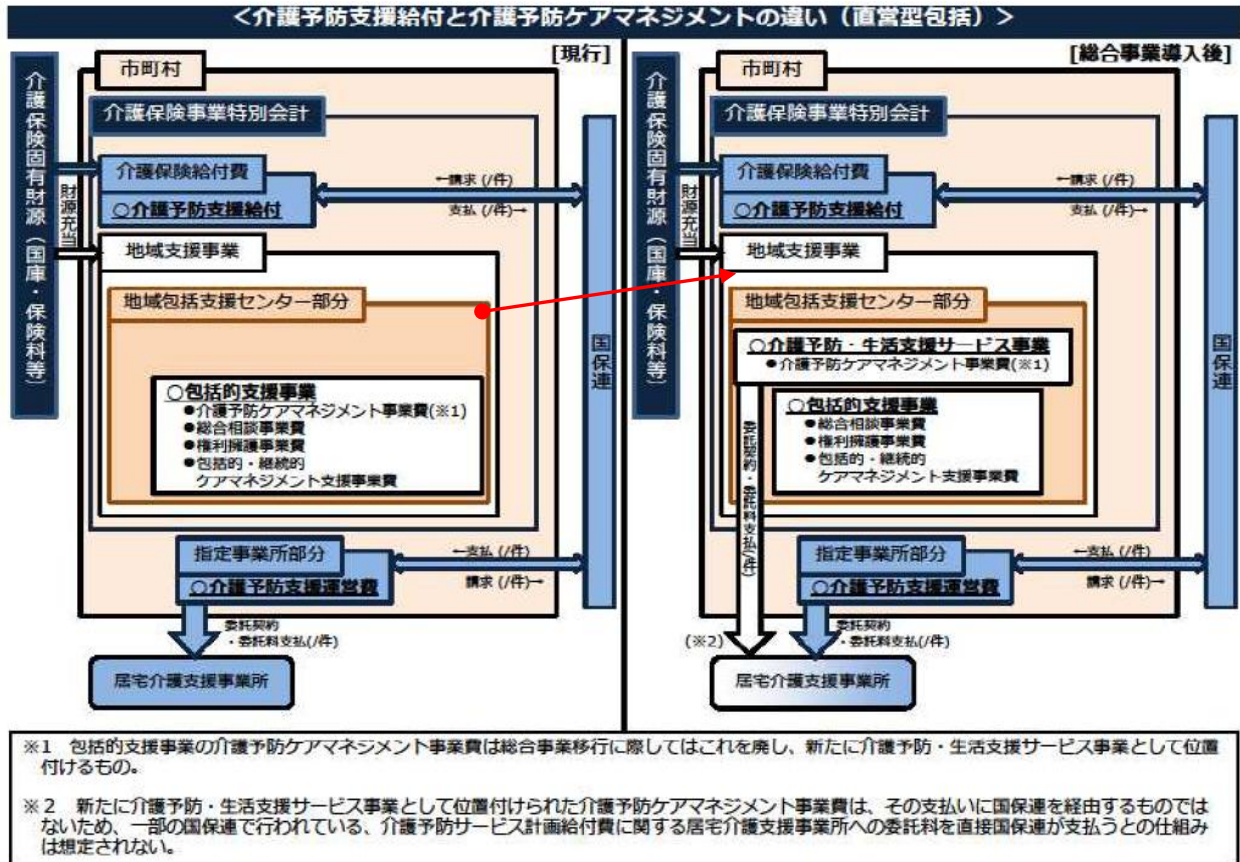
若桜町は地域包括支援センターを直営で運営しており、現行の包括的支援事業（二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント業務）に係る所要額を計上（介護特会の地域支援事業費（包括支援センター運営事業費））しているのと同じように、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメント業務の所要額を計上（介護特会の地域支援事業費（介護予防・生活支援サービス事業費））するものであるため、指定事業者としての介護予防ケアマネジメントに係る単価の設定は生じません。

一方で、介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託して実施するため、1件あたりの委託単価を設定する必要があります。国は、この委託単価は予防給付の報酬単価以下の単価（介護予防ケアマネジメントの一部を委託することから、委託する事務量に応じた単価で設定する必要がある）で市町村が定めることとしています。

また現在、介護予防支援については地域包括支援センターから国保連へ介護予防支援費を請求していますが、前述したとおり、若桜町は地域包括支援センターを直営で運営しているため、地域包括支援センターから国保連への介護予防ケアマネジメント費の請求は生じないこととなります。

【 介護予防給付と介護予防ケアマネジメントの違い 】

(直営型の地域包括支援センターの場合)



2 介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所へ委託

若桜町では、介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託して実施します。

委託単価については、以下のとおり介護予防支援の委託単価と同額とします。

【 委託単価 】

区分	居宅介護支援	介護予防 ケアマネジメントA・B
基本部分	3,870円	3,870円
初回加算分	3,000円	3,000円

【 初回加算の取扱い 】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて、初回加算を算定できるのは次の場合です。

- ① 当該利用者について、過去2ヶ月以上、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合で、介護予防サービス・支援計画書を作成（アセスメント実施を含む。）した場合
- ② 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

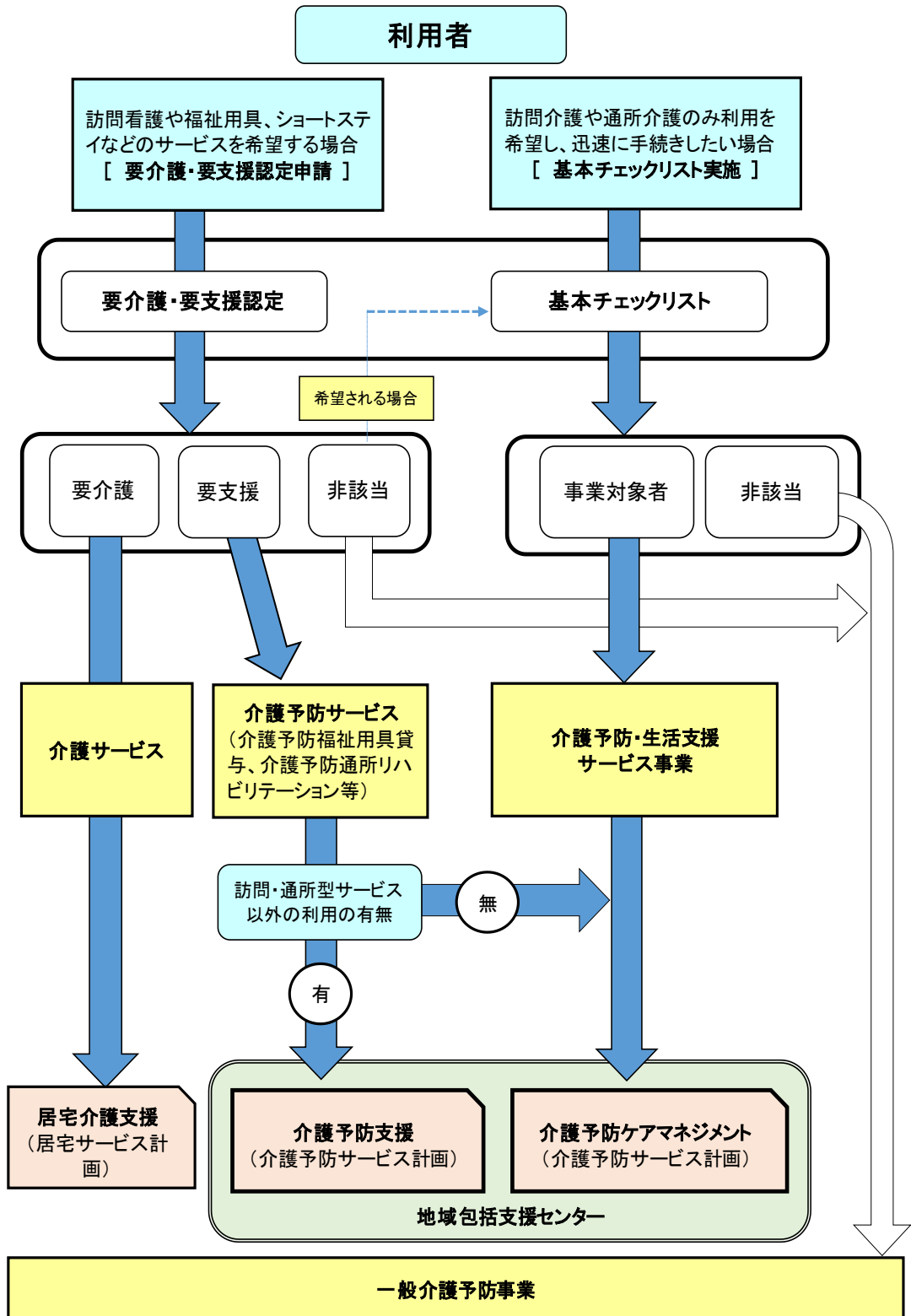
一方、単に次のような場合は、初回加算を算定できません。

- 要支援者が認定の更新をして、総合事業のサービスを利用した場合
- 要支援者が事業対象者となった場合（又はその逆の場合）
- 予防給付のサービスを使うことになり介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合（又はその逆の場合）

3 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの使用方法

要支援認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付のサービス利用があれば、地域包括支援センターは介護予防支援費として国保連に請求することとなり、事業対象者又は要支援認定を受けたが、その月が総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを直接実施することとなるため、国保連への請求は行わないこととなります。（介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託している場合、当該事業所は地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメント費を請求することとなります。）

【予防給付と総合事業の関係概念図】



(1) 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の算定例

当月に1日でも予防給付のサービスを利用している場合は、地域包括支援センターは介護予防支援費として国保連に請求します。(委託を受けている居宅介護支援事業所は、実績報告を「介護予防支援」として集計し、地域包括支援センターに請求します。)

また、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが直接実施することとなるため、センターは国保連への請求は行いません。以下の介護予防ケアマネジメント費の請求例は、委託を受けた居宅介護支援事業所が地域包括支援センターに請求するケースについての説明したものです。(この場合、委託を受けている居宅介護支援事業所は、実績報告を「介護予防ケアマネジメント費」として集計し、地域包括支援センターに請求します。)

(例) ① 月途中で、介護予防訪問看護を中止し、総合事業（訪問型・通所型サービス）のみのサービス利用に変更した場合

⇒ 介護予防支援費で請求

② 要支援認定を有している総合事業（訪問型・通所型サービス）のみの利用者が、月途中で予防給付の介護予防福祉用具貸与を利用した場合

⇒ 介護予防支援費で請求

③ 要支援認定を有している総合事業（訪問型・通所型サービス）のみの利用者が、月途中で予防給付の介護予防居宅療養管理指導を利用した場合

⇒ 介護予防ケアマネジメント費で請求

このケースは予防給付との併用ではあるが、介護予防ケアマネジメント費で請求することとなる。例えば、ある月に、総合事業の現行相当の訪問介護又は通所介護の利用者が介護予防居宅療養管理指導を利用した場合、介護予防居宅療養管理指導は給付管理を行わない介護予防支援費の支給対象外サービスであるため、予防給付との併用ではあるが、介護予防支援費ではなく介護予防ケアマネジメント費で請求することとなる。

④ 総合事業の訪問型サービス（ホームヘルプ）と介護予防給付の介護予防通所リハビリテーション（デイケア）を利用していたが、体調不良により1ヶ月デイケアを休んだ場合

⇒ 介護予防ケアマネジメント費で請求

(2) 総合事業を利用中の者が途中で要介護認定を受けた場合の取扱い

事業対象者として総合事業のサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始する前までの間にあつては事業対象者として取扱います。

(事例 Q&A) ※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」
についての Q&A 【平成 27 年 3 月 31 日版】より抜粋

(問) 基本チェックリストにより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申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具を利用していたところ、要介護 1 と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答) 要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した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の利用を継続することを可能としている。

事例の場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため 総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与費が全額自己負担になる。

1 事業者指定

① 27年3月31日までに介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けていた事業者

27年4月1日に総合事業（現行相当サービス）の指定を受けたものとみなされています。指定の有効期間は、30年3月31日までです。

※ みなし指定は、全市町村に効力が及びます。

② 27年4月1日から29年3月31日までに介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けた事業者

27年4月以降に指定された事業者については、みなし指定の対象になりません。年度内の申請により29年4月1日にそれぞれ若桜町訪問介護相当サービス・若桜町通所介護相当サービスの指定を行います。指定の有効期間は、30年3月31日までとします。

③ 29年4月1日からの若桜町訪問介護相当サービス・若桜町通所介護相当サービスの指定

訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護の指定を受ける、または既に受けた事業者から申請を受け付け、訪問介護の指定事業者は若桜町訪問介護相当サービス、通所介護または地域密着型通所介護の指定事業者は若桜町通所介護相当サービスの指定を併せて受けることができるよう手続を行います。指定の有効期間の満了日は、訪問介護、通所介護及び地域密着型通所介護の指定の有効期間の満了日と同日とします。

ただし、訪問介護・通所介護・地域密着型通所介護の指定を受けていないみなし指定の事業者（予防専門のみなし指定事業者）については、30年4月1日以降も指定の更新を受けることが可能です。

2 サービスコード

(1) 一般事項

平成27年3月31日までに介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けた事業者は、平成27年4月1日に総合事業（現行の訪問介護相当・通所介護相当）の指定を受けたものと見なされ、市町村は必要に応じて、指定の有効期限の平成30年3月31日まで事業者にA1・A5のコードを使用させることができます。また、平成27年4月1日以降に指定を受けた事業者は、A2・A6のコードを使用することになります。

(2) 若桜町の取扱い

若桜町は、上記(1)を基本としながら、若桜町通所介護相当サービスに限って、みなし指定事業者も平成29年4月の総合事業開始時から独自コード(A6)を使用することとします。

【若桜町訪問介護相当サービス】

区分	町内事業者		町外事業者	
	申請・届出	サービスコード	申請・届出	サービスコード
・27年3月31日までに介護予防訪問介護の指定を受けた事業者(みなし指定事業者)	不要	A1	不要	A1
・27年4月1日から29年3月31日までの間に介護予防訪問介護の指定を受けた事業者 ・29年4月1日以降に訪問介護の指定を受けた事業者	要申請	A2	要申請	A2

【若桜町通所介護相当サービス】

区分	町内事業者		町外事業者	
	申請・届出	サービスコード	申請・届出	サービスコード
・27年3月31日までに介護予防通所介護の指定を受けた事業者(みなし指定事業者)	<u>要届出※</u>	A6	<u>要届出※</u>	A6
・27年4月1日から29年3月31日までの間に介護予防通所介護の指定を受けた事業者 ・29年4月1日以降に通所介護又は地域密着型通所介護の指定を受けた事業者	要申請	A6	要申請	A6

※若桜町独自のサービスコードを使用する(サービス種類コードが一般的なA5ではなくA6を使用する)ため、事業者は若桜町への届出が必要になります。

【ポイント】

国保連合会に請求する流れは変わりませんが、サービスコードが変更になります。

29年4月以降に認定の更新等により要支援認定を受け、総合事業に移行した方の訪問介護・通所介護についてのみ、総合事業のサービスコードで請求してください。

移行期間中は、予防給付の方と総合事業の方が混在しますのでご注意ください。

2 サービス基準

人員、設備、運営の基準については、現行の介護予防訪問介護・介護予防通所介護と同様の基準とします。

また、同一の事業所において要支援者等と要介護者とを一体的にサービスを提供する場合、現行と同様に、要支援者等と要介護者を合わせた数で基準を満たす必要があります。

3 単価

- 介護予防訪問介護・介護予防通所介護では、月額包括報酬（定額制）とされていましたが、若桜町訪問介護相当サービス（従来の介護予防訪問介護相当）及び若桜町通所介護相当サービス（従来の介護予防通所介護相当）においては、「サービス利用実績に応じた報酬設定」及び「その他の多様なサービスとの併用」の観点から、原則として、1回当たりの単価設定による報酬を用いることとします。
- 加算・減算については、現行の介護予防訪問介護・介護予防通所介護と同様です。
- 1単位あたりの単価は、現行の介護予防訪問介護・介護予防通所介護と同様です。（若桜町の地域区分単価は「その他10円」となります。）

（1）若桜町訪問介護相当サービスの基本報酬

- 回数等により整理し、20分未満の短時間サービスの単位を追加します。

【現行報酬との比較】

現在の介護予防訪問介護	➔ 若桜町訪問介護相当サービス
<p>○ 月額包括報酬</p> <p>□要支援1・2 週1回程度 1, 168単位/月</p> <p>□要支援1・2 週2回程度 2, 335単位/月</p> <p>□要支援2 週3回以上 3, 704単位/月</p>	<p>○ 1回当たりの報酬単価を設定</p> <p>□要支援1・2、事業対象者 週1回程度 266単位/回 月4回超えの場合 1, 168単位/月</p> <p>□要支援1・2、事業対象者 週2回程度 270単位/回 月8回超えの場合 2, 335単位/月</p> <p>□要支援2 週3回以上 285単位/回 月12回超えの場合 3, 704単位/月</p> <p>□要支援1・2、事業対象者 20分未満で主に身体介護 を行う場合 165単位/回 (支援1、事業対象者は、月14回まで算定可能) (支援2は、月22回まで算定可能)</p>

○ 算定要件等

対象	回数等	サービス内容略称	算定単位数	算定要件
事業対象者 要支援1・2	週1回 程度	訪問型サービスⅣ	266 単位/回	1ヶ月の提供回数が 4回までの場合
		訪問型サービスⅠ	1, 168 単位/月	1ヶ月の提供回数が 4回を超えた場合
事業対象者 要支援1・2	週2回 程度	訪問型サービスⅤ	270 単位/回	1ヶ月の提供回数が 8回までの場合
		訪問型サービスⅡ	2, 335 単位/月	1か月の提供回数が 8回を超えた場合
要支援2	週3回 以上	訪問型サービスⅥ	285 単位/回	1ヶ月の提供回数が 12回までの場合
		訪問型サービスⅢ	3, 704 単位/月	1か月の提供回数が 12回を超えた場合
事業対象者 要支援1・2	20分 未満	訪問型サービス(短 時間サービス)	165 単位/回	20分未満で主に身 体介護を行う場合 ※支援1、事業対象者は月 14回まで ※支援2は月22回まで

- 原則として、サービス提供実績に基づき、1回当たりの単価により請求します。(例外的に日割り計算を行う場合については15ページ「4 日割り請求にかかる取扱い」を参照)

(例1) 週に1回程度の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した。

→ 266単位×4回

(例2) 週に1回程度の利用者に対し、1月に5回サービスを提供した。

→ 1,168単位

(例3) 週に2回程度の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した。

→ 270単位×8回

(例4) 週に2回程度の利用者に対し、1月に9回サービスを提供した。

→ 2,335単位

(例5) 週に2回程度の利用者で、1月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により1月に3回の提供となった。

→ 270単位×3回

- 1回当たりのサービス提供時間

介護予防サービス計画において設定された生活機能向上に係る目標の達成状況に応じて、必要な程度の量を若桜町訪問介護相当サービス事業者が作成する訪問型サービス計画に位置付けます。

(2) 若桜町通所介護相当サービスの基本報酬

- 回数等により整理するとともに、要支援2(週1回程度)の区分を追加します。

現在の介護予防通所介護	→ 若桜町通所介護相当サービス
<input type="radio"/> 月額包括報酬 <input type="checkbox"/> 要支援1 1,647単位/月 <input type="checkbox"/> 要支援2 3,377単位/月	<input checked="" type="radio"/> 1回当たりの報酬単価を設定 <input type="checkbox"/> 要支援1・事業対象者(週1回程度) <div style="text-align: right;">378単位/回</div> 月4回超えの場合 1,647単位/月 <input type="checkbox"/> 要支援2(週1回程度) <div style="text-align: right;">378単位/回</div> <div style="text-align: right;">月4回超えの場合 1,647単位/月</div> <input type="checkbox"/> 要支援2(週2回程度) <div style="text-align: right;">389単位/回</div> 月8回超えの場合 3,377単位/月

【ポイント】

介護予防通所介護では要支援2の方は、3,377単位の区分しか選択できませんでしたが、総合事業では要支援2の方であっても、介護予防ケアマネジメントにより週1回程度の通所が必要とされた方については、1,647単位の区分を使用することになります。

○ 算定要件等

対象	回数等	サービス内容略称	算定単位数	算定要件
要支援1 事業対象者	週1回 程度	通所型独自サービス1回数	<u>378</u> 単位/回	1ヶ月の提供回数が4回までの場合
		通所型独自サービス1	<u>1,647</u> 単位/月	1ヶ月の提供回数が4回を超えた場合
要支援2	週1回 程度	通所型独自サービス22回数	<u>378</u> 単位/回	1ヶ月の提供回数が4回までの場合
		通所型独自サービス22	<u>1,647</u> 単位/月	1ヶ月の提供回数が4回を超えた場合
要支援2	週2回 程度	通所型独自サービス2回数	<u>389</u> 単位/回	1ヶ月の提供回数が8回までの場合
		通所型独自サービス2	<u>3,377</u> 単位/月	1ヶ月の提供回数が8回を超えた場合

○ 原則として、サービス提供実績に基づき、1回当たりの単価により請求します。(例外的に日割り計算を行う場合については36ページ「4 日割り請求にかかる取扱い」を参照)

(例1) 要支援1の利用者に対し、1か月に4回サービスを提供した。

→ **378単位×4回**

(例2) 要支援1の利用者に対し、1か月に5回サービスを提供した。

→ **1,647単位**

(例3) 要支援2の利用者に対し、1か月に8回サービスを提供した。

→ **389単位×8回**

(例4) 要支援2の利用者に対し、1か月に9回サービスを提供した。

→ **3,377単位**

(例5) 要支援2の利用者で、1か月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により3回の提供となった。

→ **389単位×3回**

○ 他のサービスとの関係

利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。

- ① 介護予防短期入所生活介護
- ② 介護予防短期入所療養介護
- ③ 介護予防特定施設入居者生活介護
- ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護
- ⑤ 介護予防認知症対応型共同生活介護

3 支給区分（1週間のサービス回数）

あらかじめ、地域包括支援センターによる適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見等を勘案して、標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けてください。

利用者の状態像の改善に伴って、当初の支給区分において想定されたよりも、少ないサービス提供になること、又はその逆に、傷病等で利用者の状態が悪化することによって、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得ますが、その場合であっても、月の途中での支給区分の変更は不要です。

なお、この場合にあっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態や新たに設定した目標に応じた区分による「介護予防サービス計画」及び「訪問型サービス計画又は通所型サービス計画」を定める必要があります。

【若桜町訪問型介護相当サービスの例】

（例1）事業対象者で、週に1回のサービス利用を想定していたが、状態の悪化に伴い1月に7回サービスを利用した場合

→「事業対象者（週1回程度）」として、1,168単位を算定

（例2）事業対象者で、週に2回のサービス利用を想定していたが、状態の改善に伴い1月に4回サービスを利用した場合

→「事業対象者（週2回程度）」として、270単位×4回を算定

【若桜町通所介護相当サービスの例】

（例1）事業対象者で、週に1回のサービス利用を想定していたが、状態の悪化に伴い1か月に7回サービスを利用した場合

→「事業対象者（週1回程度）」として、1,647単位を算定

(例2) 要支援2で、週に2回の提供を想定していたが、状態の改善に伴い1か月に4回サービスを提供した。

→「要支援2(週2回程度)」として、389単位×4回を算定

4 日割り請求に係る取扱い

1月の提供回数が一定回数を超え、月額包括報酬の単位数となる場合で、以下の対象事由に該当するときは、日割り計算を行います。

【 介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)

平成27年3月31日事務連絡 I-資料9の抜粋】

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額報酬で算定する。
- ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとなる。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中で開始した場合は、起算日から月末までの期間。

月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間。

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日(※2)	
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(みなし) ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(みなし) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	・区分変更(要支援1⇔要支援2) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日	
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一保険者内のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日	
	・利用者との契約開始	契約日	
	・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)の場合) ・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)の場合)	契約解除日の翌日	
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退去(※1)	退去日の翌日	
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日	
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日	
	開始		

	終了	・区分変更（要支援1⇔要支援2） ・区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
		・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
		・利用者との契約解除	契約解除日
		・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(みなし)、訪問型サービス(独自)の場合) ・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(みなし)、通所型サービス(独自)の場合)	サービス提供日の前日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者登録の開始（※1）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日
		月額報酬対象サービス全て（居宅介護支援費、介護予防支援費及び日割り計算用サービスコードがない加算を除く）	開始
・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日		
終了	・公費適用の有効期間終了		終了日
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費 日割り計算用サービスコードがない加算	—	・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。	—

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

【その他参考】

- ① 介護予防特定施設入居者生活介護や介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防短期入所生活介護や介護予防短期入所療養介護を利用する場合、訪問型サービス費・通所型サービス費は、当該利用日数を減じた日数による日割り計算を行います

4 利用者負担

介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2割）と同じとします。

また、給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施します。

なお、保険料を滞納している方が介護保険サービスを受けた時にとられる給付制限と同様の措置については、当面、適用しません。

【ポイント】

介護給付・予防給付のサービスについては、従来通り、給付制限は適用されます。

総合事業に移行した要支援者で、被保険者証に給付制限の記載がある方の請求時、給付のサービスについては給付制限が適用されますが、総合事業のサービスについては給付制限が適用されませんので、ご注意ください。

区分	利用するサービス	
	予防給付	総合事業
要支援者	給付制限あり	給付制限なし
事業対象者		給付制限なし

5 利用者負担の限度額

指定事業者のサービスを利用する場合にのみ、給付管理を行います。

要支援認定を受けた方が総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に給付管理します。

基本チェックリストにより事業対象者と判断された方については、予防給付の要支援1の利用限度額と同じとします。

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

【ポイント】

事業対象者については、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるような「特段の事情」があるケースについては、事前に市に届出（専用の届出様式）を行い、一時的に要支援2の限度額まで利用可能です。ただし、その場合は、「特段の事情」について記録を整備し、後日、市の実地指導等で説明できるようにする必要があります。

【利用者区分・サービス利用パターンごとの費用比較】

利用者区分	サービス利用パターン		ケアマネジメント代	支給限度額
要支援2	予防給付のみ		介護予防支援費	10,473単位
	予防給付+	事業(訪問介護)		
		事業(通所介護)		
事業(訪問介護と通所介護)		介護予防ケアマネジメント費		
要支援1	予防給付のみ		介護予防支援費	5,003単位
	予防給付+	事業(訪問介護)		
		事業(通所介護)		
事業(訪問介護と通所介護)		介護予防ケアマネジメント費		
事業対象者	事業(訪問介護)		介護予防ケアマネジメント費	5,003単位
	事業(通所介護)			
	事業(訪問介護と通所介護)			

1 概要

地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援するものです。

また、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援していくことも重要です。

- 利用するサービスが「給付」または「給付＋総合事業」 → 介護予防支援（給付）
- 利用するサービスが「総合事業」「一般介護予防事業等」 → 介護予防ケアマネジメント（事業）

2 実施主体

利用者本人が居住する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します。

委託するのは、介護予防ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）を行うケースで、以下のいずれかに該当する場合があります。

- 要支援者
- 新規の事業対象者の場合（これまで介護保険申請をしたことがない方）は、地域包括支援センターで初回の介護予防ケアマネジメントを実施し1クール（概ね3か月）終了後のケアプランの継続、変更の時点以後であること
- 要支援の認定有効期間の終了後に更新申請せずチェックリストで事業対象者となった場合

介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、当該事業を実施している市町村に限り、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12か月、上限24か月に延長されることになりました。

若桜町については、平成29年4月より総合事業へ移行するため、平成29年4月1日有効期間開始の被保険者の更新申請分から延長が可能です。

1 適用時期

更新申請の有効期間延長について、平成29年4月1日から認定有効期間が開始する（平成29年2月1日以降の）更新申請から適用します。

2 認定有効期間の見直しの内容

以下の介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（抜粋）のとおり。

【参考】厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（抜粋）

申請区分等	現行		改正案		
	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	
新規申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月	
区分変更申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月	
更新申請	前回要支援→今回要支援	12か月	3か月～12か月	3か月～24か月	
	前回要支援→今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要介護	12か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

若桜町は、基本チェックリストによる事業対象者について有効期間は設けません。

ただし、総合事業のサービス利用のない期間がある場合は、適時、基本チェックリストを実施し、アセスメントの実施に活用することとします。

【事業対象者に係る被保険者証のイメージ】

「基本チェックリストの実施日」を表示

「事業対象者」と表示

事業対象者に係る被保険者証の記入のイメージ（平成27年8月7日に窓口に来たケース）

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等	事業対象者	給付制限	期間
番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成 27年 8月 7日		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇 〇-〇	認定の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
フリガナ	〇〇〇 〇〇〇〇	居宅サービス等	認定支給限度基準額		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
氏名	〇〇 〇〇	1月当たり		居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	〇〇地域包括支援センター 届出年月日 平成27年8月10日 届出年月日 平成 年 月 日
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 性別 男 女	うち種類支給限度基準額	サービスの種類 種類支給限度基準額		届出年月日 平成 年 月 日
交付年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険施設等	種類 入所等年月日 平成 年 月 日 名称 退所等年月日 平成 年 月 日 種類 入所等年月日 平成 年 月 日 名称 退所等年月日 平成 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				

「認定の有効期間」は空欄

「担当する地域包括支援センター」と「届出日」を表示。この日からサービス利用可能。

1 住所地特例とは

介護保険では、被保険者資格の適用は、原則として住所地主義により行うこととされていますが、介護保険施設等への入所に伴って当該施設の所在地に住所を移転した場合等すべての場合に住所地主義を貫くと、介護保険施設等の所在市町村の介護保険財政の負担が大きくなる等の不都合が生じます。そこで、一定の場合に住所地主義の原則に対する例外的な適用を行うこととし、住所地主義に伴う保険者間の財政的な不均衡の是正を図るものです。

この場合、介護保険料は前住所地の市町村に支払うほか、要介護認定や介護給付も保険者である前住所地の市町村から受けることとなります。

【 介護保険施設等に入所中の被保険者の特例（介護保険法第13条） 】

介護保険施設等に入所することにより、施設の所在地に市町村の区域を越えて住所を移転した被保険者は、引き続き従前市町村（住所移転前に保険者であった市町村）の被保険者とする。

2 住所地特例対象施設

- 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）
- 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅）
※住所地特例の適用が拡大されたサービス付き高齢者向け住宅については、平成27年4月1日以降の転入者が対象になります。
- 養護老人ホーム

3 住所地特例対象者の総合事業への移行

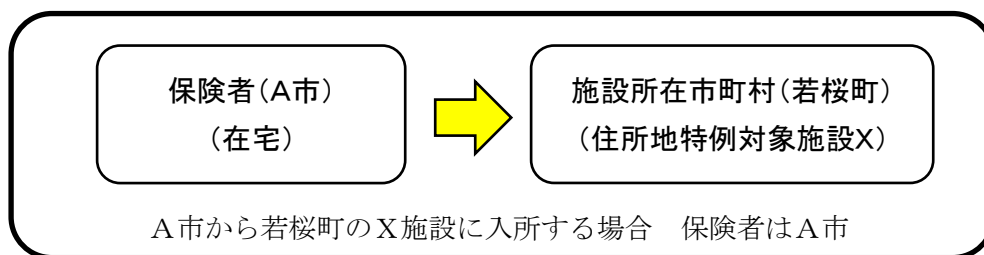
総合事業は、平成29年3月末まで、市町村ごとに事業実施の猶予を認めることとしていることから、住所地特例対象者においては保険者市町村と当該者が居住する施設が所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）で、受けるサービスが異なることがあります。

4 住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施

住所地特例対象者に対する介護予防支援については、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が行うこととされています。（法第58条第1項）。

住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問介護等を総合事業に移行すること等を踏まえ、住所地特例対象者がより円滑にサービスを利用することができるよう施設所在市町村が行うものとされています。（法第115条の4第1項）

【 住所地特例のイメージ 】



下記の表のとおり施設所在市町村の状況に合わせて、住所地特例対象者はサービスを利用することができます。

区分	保険者市町村	施設所在市町村	利用できるサービス
パターン1	給付	給付	給付
パターン2	給付	総合事業	総合事業
パターン2	総合事業	給付	給付
パターン4	総合事業	総合事業	総合事業

5 住所地特例対象者に対するサービスごとの事務の整理

サービス区分	住所地特例対象者に対する対応			
	サービスを受けられる事業者	費用の額	費用負担	留意事項
地域密着型（介護予防）サービス（※1）	施設所在市町村が指定する事業者（※2）	厚生労働大臣が定める基準により算定した額に代えて施設所在市町村が定める額とすることができる（※2）	保険者市町村	
	保険者市町村が指定する事業者（※2）	厚生労働大臣が定める基準により算定した額に代えて保険者市町村が定める額とすることができる（※2）	保険者市町村	
介護予防支援	施設所在市町村が指定する介護予防支援事業者（地域包括支援センター）		保険者市町村	
介護予防・日常生活支援総合事業	国保連經由による支払	施設所在市町村が指定する事業者	施設所在市町村が定める額	保険者市町村
	市町村支払	施設所在市町村が指定する事業者	施設所在市町村が定める額	施設所在市町村

※1 住所地特例対象者が受給できる地域密着型（介護予防）サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護（短期利用）、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）。

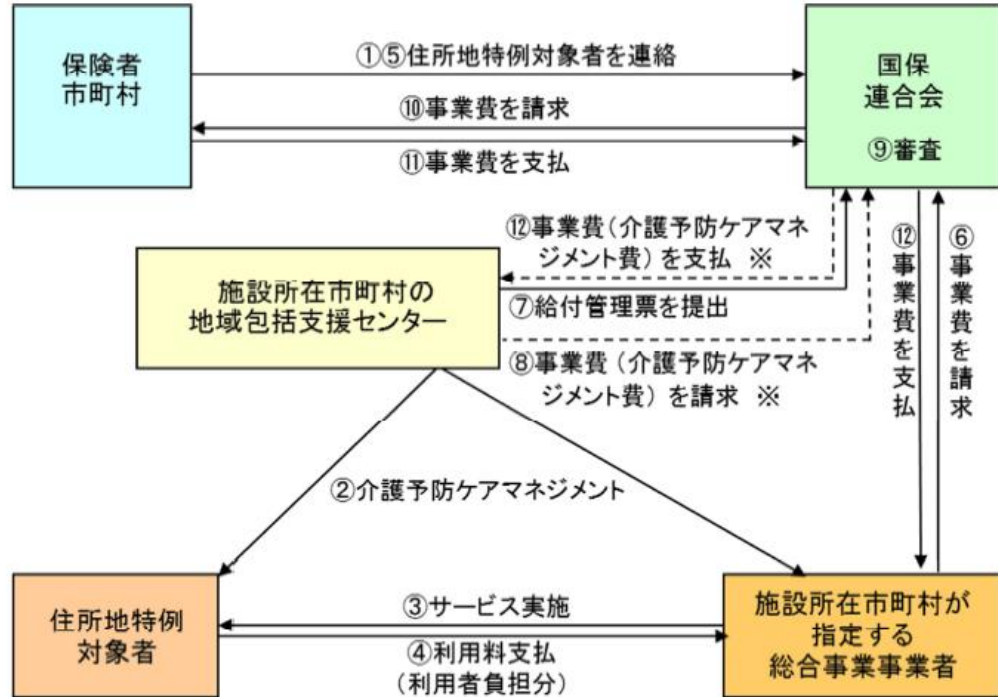
※2 施設所在市町村と保険者市町村の両方の指定がある場合は、施設所在市町村の定めに従う。

※3 住所地特例対象者に対する要介護認定及び要支援認定は、保険者市町村が実施。

住所地特例対象者に対する事業対象者把握のための基本チェックリストは施設所在市町村が実施。

6 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会との事務処理の流れ

(1) 審査支払（介護予防・日常生活支援総合事業の国保連支払の場合）



※総合事業を実施する市町村の流れ。

※⑧、⑫の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。

なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

7 住所地特例対象者における必要な事務手続の例

【 要支援認定を受けて総合事業を利用する場合 】

① A市被保険者（Cさん）

A市被保険者（Cさん）は保険者市町村（A市）に対して要介護（支援）認定の申請を行う。

② 保険者市町村（A市）

保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行する。

③ 他市被保険者（Cさん）

A市被保険者（Cさん）は施設所在市町村（若桜町）の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約を結ぶ。

④ A市被保険者（Cさん）

A市被保険者（Cさん）は『介護予防サービス計画作成届出書』又は『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』に被保険者証を添付して施設所在市町村（若桜町）に対して届け出ることとなり、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

⑤ 施設所在市町村（若桜町）

施設所在市町村（若桜町）は『介護予防サービス計画作成届出書』又は『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付（原本又は写しを送付）する。

⑥ 保険者市町村（A市）

保険者市町村（A市）は⑤の『介護予防サービス計画作成届出書』又は『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』（原本又は写し）をもとに、被保険者証に必要事項を記載してA市被保険者（Cさん）へ郵送する。

- ・ 居宅介護支援事業者
- ・ 届出年月日

⑦ 保険者市町村（A市）

保険者市町村（A市）は、該当の住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡表を所在する都道府県国保連に送付する。

【 基本チェックリストにより総合事業を利用する場合 】

① A市被保険者（Cさん）

A市被保険者（Cさん）は施設所在市町村（若桜町）に対して総合事業のサービス利用を相談。

② 施設所在市町村（若桜町）

施設所在市町村（若桜町）の地域包括支援センターは、基本チェックリストで事業対象者に該当か否かを確認。（確認の結果、事業対象者に該当）

③ A市被保険者（Cさん）

A市被保険者（Cさん）は、施設所在市町村（若桜町）の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント契約を結ぶ。『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』に基本チェックリストと被保険者証を添付して施設所在市町村（若桜町）に対して届け出。介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

④ 施設所在市町村（若桜町）

施設所在市町村（若桜町）は『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』及び基本チェックリスト、被保険者証を保険者市町村（A市）に送付（原本又は写しを送付）する。

⑤ 保険者市町村（A市）

保険者市町村（A市）は④の『介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』（原本又は写し）をもとに、被保険者証に必要事項を記載してA市被保険者（Cさん）へ郵送する。

- ・要介護状態区分：事業対象者
- ・認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- ・居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- ・届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

⑥ 保険者市町村（A市）

保険者市町村（A市）は、所在する都道府県の国保連に、事業対象者であること、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡表を所在する都道府県国保連に送付する。

1 現行どおり（介護保険・介護扶助・障害者総合支援法）

- 65歳以上の第1号被保険者

介護保険（※以下の①と②） > 障害者総合支援法

- 40歳以上65歳未満の第2号被保険者

介護保険（※以下の①と②） > 障害者総合支援法

- 40歳以上65歳未満の医療保険未加入の生活保護受給者

障害者総合支援法 > 介護扶助

※① 介護保険法の規定による介護給付（高額医療合算介護サービス費の支給を除く。）、
予防給付（高額医療合算介護予防サービス費の支給を除く。）及び市町村特別給付

※② 介護保険法の規定による地域支援事業（第一号事業に限る。）

2 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋（P113）**（12） その他の制度における総合事業の取扱いについて****イ 生活保護法における介護扶助について**

- 今般の改正に伴い、生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。)における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。(生活保護法(昭和25年法律第144号)第15の2)
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

ロ 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

○ 原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、今般の総合事業の実施に伴う助成範囲については、現行相当サービスとして、サービス種類コードA1、A2、A5、A6のものとする。

※ サービス種類コードの詳細については、「平成27年4月の新しい総合事業等改正介護保険法施行に係る事業所指定事務等の取扱いについて」（平成27年2月24日事務連絡）及び「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」（平成27年3月31日事務連絡）を参照。

（サービス種類コードA1、A2、A5、A6について）

障害給付
における介
護優先につ
いて

サービス種類コード	サービス	事業所の基準	単価
A1 A5	平成27年4月までに指定介護予防訪問介護又は指定介護予防通所介護の指定を受けた事業所が行う現行の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準	国が定める単価
A2 A6	現行の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準 又は、国が定める基準を緩和した基準	国が定める単価 以下

障害者に係る自立支援給付については、介護保険において自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定がある。（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」という。）第7条）

○ 今般の法改正により、当該規定に地域支援事業（第一号事業に限る。以下同じ。）を追加した（障害者総合支援法施行令第2条）ことから、サービス内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなる。

○ しかしながら、障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けられるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

- したがって、市町村では、障害者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断することが必要である。

2 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより抜粋（P108）

「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」（平成12年老発474号）に基づき、

- ① 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業
- ② 社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度
- ③ 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置事業
- ④ 中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減措置事業

が行われているが、今般の改正に伴い、当該通知を改正し、予防給付と同様、総合事業により実施しているサービスのうち、現行相当サービスであって給付と同じ自己負担割合が設定されているサービスについて、対象とすることとする。（「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」の一部改正について（平成27年4月3日老発0403第2号厚生労働省老健局長））