

### 住所地特例に係る事務の見直しの概要について

本事務は、介護予防・日常生活支援総合事業の実施時期に係わらず、平成27年4月から、全ての市町村において必要な事務である。

#### 1. 平成27年4月からの住所地特例に係る事務の見直しの概要

- 住所地特例の対象施設にサービス付き高齢者向け住宅を含む。改正で対象となるのは、平成27年4月1日以降に該当する施設に入居した者のみとなる。
  
- 住所地特例対象者に対する地域密着型（介護予防）サービスの指定については、原則として、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。）が行うものとしているが、当該指定がない場合には転居前の市町村（以下「保険者市町村」という。）の指定によりサービスを提供することも可能である。
  
- 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）が行うこととする。
  
- 住所地特例対象者に対する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）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受けることができるよう、施設所在市町村が行うものとしている。  
ただし、任意事業については、保険者市町村も行うことができる仕組みになっており、事業の内容（例えば、給付費適正化事業など）によっては、引き続き保険者市町村が行うことを想定している。

【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	国保連理由による支払	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

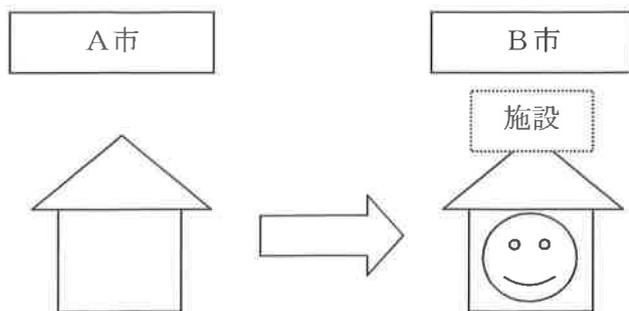
※1 住所地特例対象者が受給できる地域密着型（介護予防）サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護及び複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）。

※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。

【イメージ（介護予防支援の場合）】



A市自宅よりB市の施設に住所を異動した場合引き続きA市が保険者となる。

① 介護予防支援事業の場合

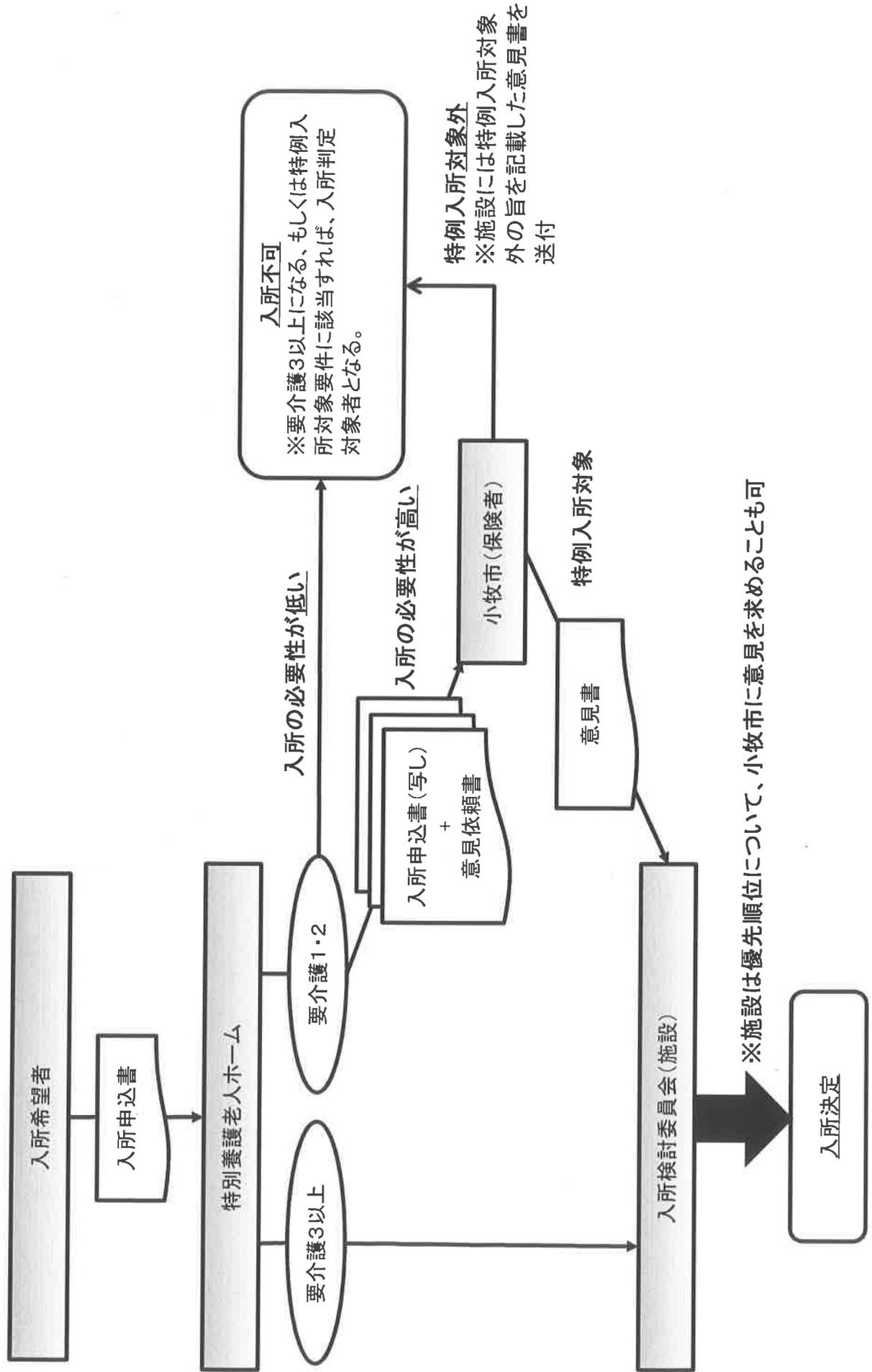
→請求先：A市

② 介護予防ケアマネジメントの場合

→請求先：B市

①・②の場合も国保連を通して審査・支払いを行う。

# 入所希望者のフロー図



※施設は優先順位について、小牧市に意見を求めることも可

表7 基本チェックリスト様式例

記入日：平成 年 月 日( )

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
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		
2	日用品の買い物をしていますか	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		
7	椅子に座った状態から何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ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長           cm    体重           kg   (BMI =           ) (注)				
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		
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		
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言われるですか	1. はい	0. いいえ		
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		
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

表8 事業対象者に該当する基準

① No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
② No.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)
③ No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④ No.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)
⑤ No.16～17 の 2 項目のうち No.16 に該当	(閉じこもり)
⑥ No.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)
⑦ No.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)

## 介護予防ケアマネジメントの類型

- ①原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
- ②簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
- ③初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

### 【具体的な介護予防ケアマネジメントの考え方】

<b>①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントA）</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合</li> <li>・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ケアプラン原案作成</li> <li>→サービス担当者会議</li> <li>→利用者への説明・同意</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ）</li> <li>→サービス利用開始</li> <li>→モニタリング（給付管理）</li> </ul>
<b>②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントB）</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）</li> </ul>	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ケアプラン原案作成</li> <li>（→サービス担当者会議）</li> <li>→利用者への説明・同意</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ）</li> <li>→サービス利用開始</li> <li>→モニタリング（適宜）</li> </ul>
<b>③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントC）</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、その後の状況把握を実施）</li> </ul>	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ケアマネジメント結果案作成</li> <li>→利用者への説明・同意</li> <li>→利用するサービス提供者等への説明・送付</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>→サービス利用開始</li> </ul>

<表10 サービス事業のみ利用のケアマネジメント費（サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方）>

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス	サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)	
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面積による) (※1)
			報酬	基本報酬 + 初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型・ 通所型C サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬 + 初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント		その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	△	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)
			報酬	(基本報酬-X-Y) + 初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
		その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
初回のみ ケアマネジメント	作成なし。 ケアマネ ジメント 結果の 通知	一般介護 予防・民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X：サービス担当者会議実施分相当単位、Y：モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価