

目 次

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業

1	高齢者を取り巻く環境	2
2	「介護予防・日常生活支援総合事業」とは	2
3	むつ市の総合事業	3
4	一般介護予防事業とは	4
5	介護予防・生活支援サービス事業とは	5
6	申請からサービス利用までの流れ	7
7	基本チェックリストについて	9
8	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届出	14
9	事業対象者の有効期限	14
10	事業対象者の区分支給限度額	15
11	利用者負担	16
12	要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係	16
13	住所地特例者に対する地域支援事業の実施	17
14	生活保護法における介護扶助について	20

第2章 介護予防ケアマネジメント

1	事業内容	21
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	22
3	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	23
4	利用者との契約	23
5	介護予防ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）	24
6	介護予防ケアマネジメントの報酬	30
7	介護予防ケアマネジメント費の請求	31

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業

1 高齢者を取り巻く環境

全国的に起きている高齢者を取り巻く環境はむつ市も例外ではなく、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）には、後期高齢者の人口の増加に伴い、単身高齢者や高齢者のみの世帯は増加、認知症高齢者は増加が予想されます。

このような状況から、掃除や買い物などの簡易な支援を求める層が増加し、「生活ニーズの増加」が見込まれますが、高齢者を支える側である15～64歳の生産年齢人口は減少の一途をたどっており、介護の担い手不足は大きな課題となっています。そして、これまで以上に介護保険制度の理念である、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むための「介護予防」は、より効果的なものを求められています。

それまでの介護予防や生活支援のあり方では、今後の少子高齢化に対応することが困難な事態となり、住民等による多様なサービス、地域の支え合いの体制づくりが必要とされました。

そこで、平成29年度に、それまでの介護予防や生活支援体制が、旧介護予防訪問介護相当サービス等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供することが可能な仕組みである「介護予防・日常生活支援総合事業」へと移行されました。

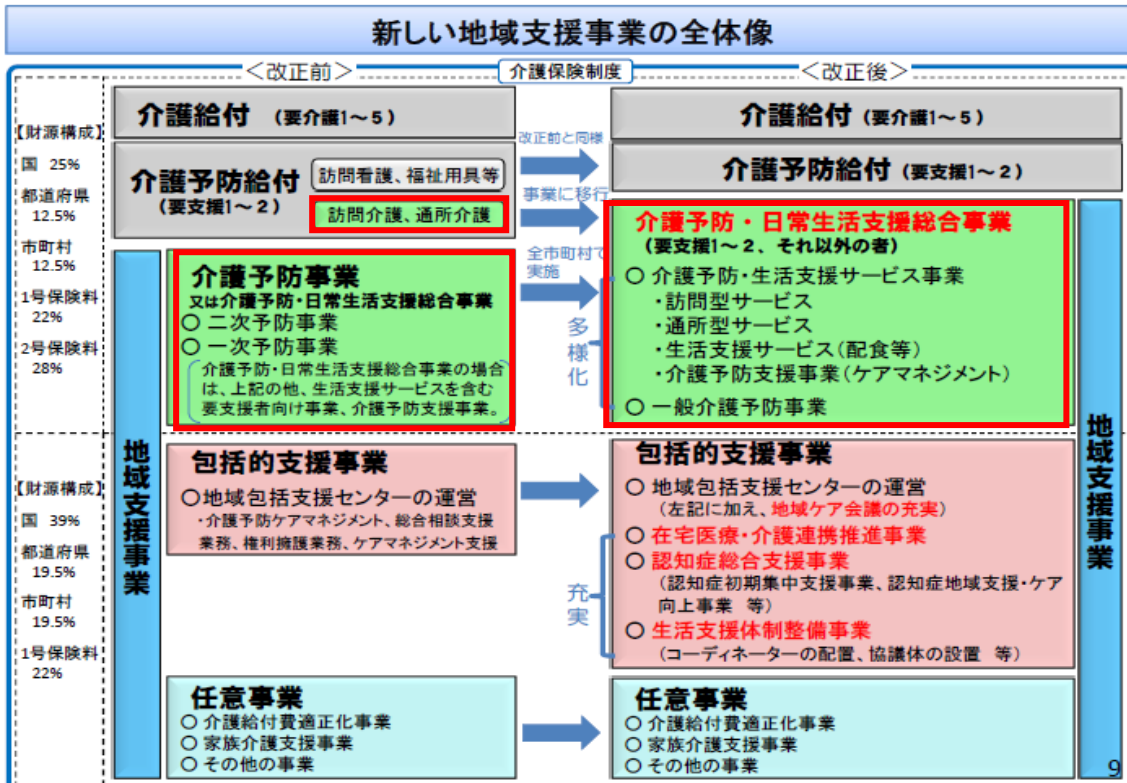
2 「介護予防・日常生活支援総合事業」とは

介護保険法第115条の45第1項に規定する「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下「総合事業」という。）は、要支援者等の多様な生活支援ニーズの解決のために、従来は予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護・介護予防通所介護を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限に活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供することが可能な仕組みに見直したものです。

総合事業の目指すところは、多様なサービスを充実していくことで地域の支え合いの体制づくりを推進し、介護予防の理念のもと、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、その結果として費用の効率化が図られることです。

[図1]は、総合事業の枠組みについての図となっています。

[図1]



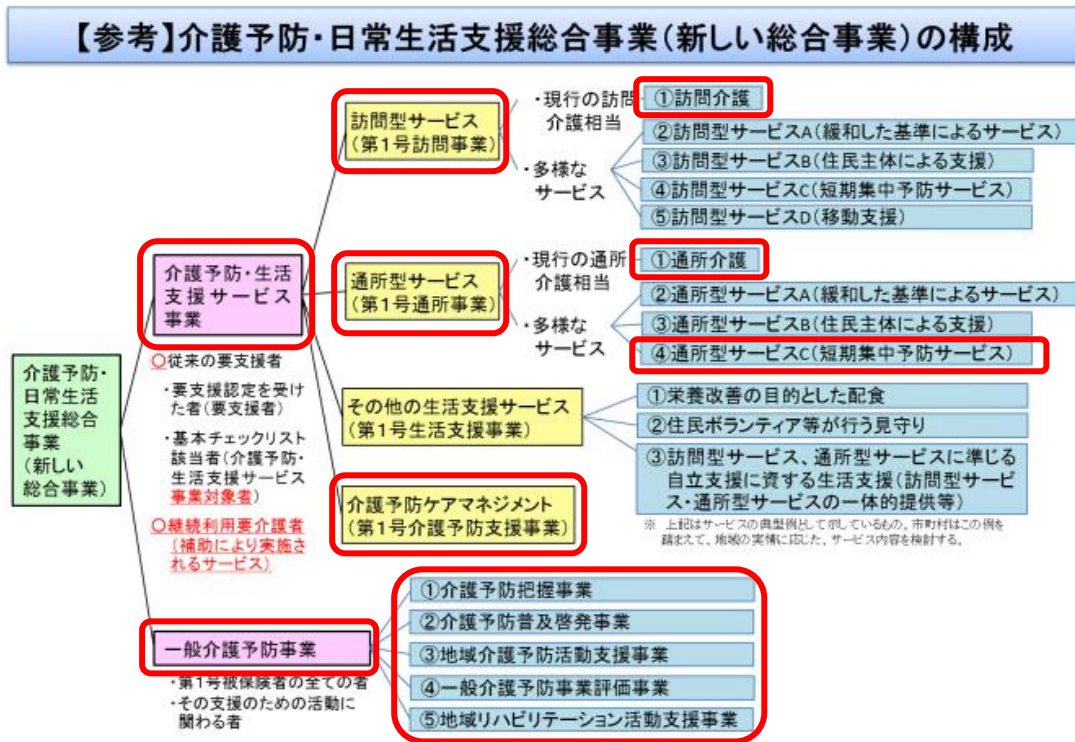
3 むつ市の総合事業

むつ市においても、従来の介護予防訪問介護や介護予防通所介護だけではなく、住民が実施する取り組みも含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中につくっていくことが必要になっています。

自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努め、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。役割を担うことは介護予防にもつながります。

むつ市では、平成29年4月1日より、総合事業を実施しました。平成29年度時点で、[図2]の赤枠で囲んだ事業、サービスを実施しましたが、前述したとおり、総合事業の目指すところは「地域の支え合いの体制づくり＝地域づくり」です。つまり、今の形が完成形ではなく、今後、多様なサービス、地域の支え合い体制づくりのための検討を引き続き行っていきます。そのため、利用者のニーズを身近に聴き、地域の課題を把握できるケアマネジャーの皆様と一緒に地域ケア会議等の場を通じ、地域づくりに取り組んでいきたいと考えています。

[図2] ※□は、令和6年4月時点でむつ市で実施

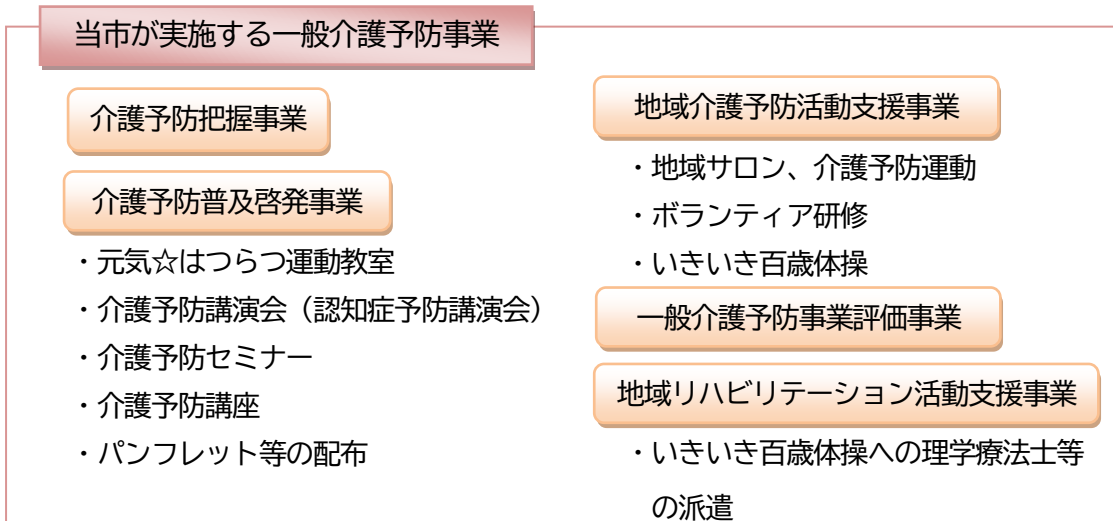


※「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(平成 27 年6月5日老発 0605 第5号 厚生労働省老健局長通知)より抜粋

4 一般介護予防事業とは

一般介護予防事業の対象者は、第1号被保険者のすべての者であり、要支援者も要介護者も利用できます。また、その支援のための活動に係る者も対象となります。

むつ市で実施する一般介護予防事業は下記のとおりとなります。具体的な事業内容は、随時むつ市ホームページや高齢者福祉・介護保険ガイドブックでご紹介します。



5 介護予防・生活支援サービス事業とは

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。）の対象者は、居宅において支援を受ける要支援者及び基本チェックリストにより該当した第1号被保険者（以下、「事業対象者」という。）となります。

サービス事業には、「訪問型サービス」「通所型サービス」「その他の生活支援サービス」「介護予防ケアマネジメント」があります。

むつ市で実施するサービス事業の内容は、[表1]のとおりです。

[表1] ※ を実施

①訪問型サービス

- 訪問型サービスは、従前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・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤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	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
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いるケースで、サービスの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) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・通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 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・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月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/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(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

- 通所型サービスは、従前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	従前の通所介護相当	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 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	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
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、サービスの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・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/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(例)	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(市町村)

通所型サービスC（短期集中予防サービス）について

1. 概要

原則3か月の短期間で、保健・医療の専門職が生活機能の改善・維持を目的に運動器の機能向上プログラムなどを提供します。運動器の機能向上プログラムは、食事・入浴サービスはなく、送迎は事業所によって実施の有無が異なります。

他の通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション、介護予防小規模多機能型居宅介護との併用はできません。

利用頻度は週1回、年度中1回のみ利用となります。

※開始となった月の年度で判断

利用料金は介護保険負担割合証の負担割合に応じて、以下のとおりです。

【送迎あり】397円/回（1割負担）、794円/回（2割負担）、1,191円（3割負担）

【送迎なし】314円/回（1割負担）、628円/回（2割負担）、942円（3割負担）

2. 対象者

要支援認定者、事業対象者であって、他の通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション、介護予防小規模多機能型居宅介護を利用していない方が対象です。

3. サービス利用の流れ

① 申請

利用者または申請代行者が、『むつ市通所型サービスC利用申請書』※1を提出します。

② 決定通知と依頼通知

本庁担当課が、利用者およびサービス事業所に、各々利用決定（却下）通知書、依頼通知書を送付します。

③ 介護予防ケアプラン作成

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が利用者宅を訪問し、介護予防ケアマネジメントを実施し、介護予防ケアプランを作成します。

④ サービス担当者会議、介護予防ケアプランの交付

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所、利用者、サービス事業所の間でサービス担当者会議を実施します。地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は利用者に介護予防ケアプランを交付します。

⑤ 事業実施

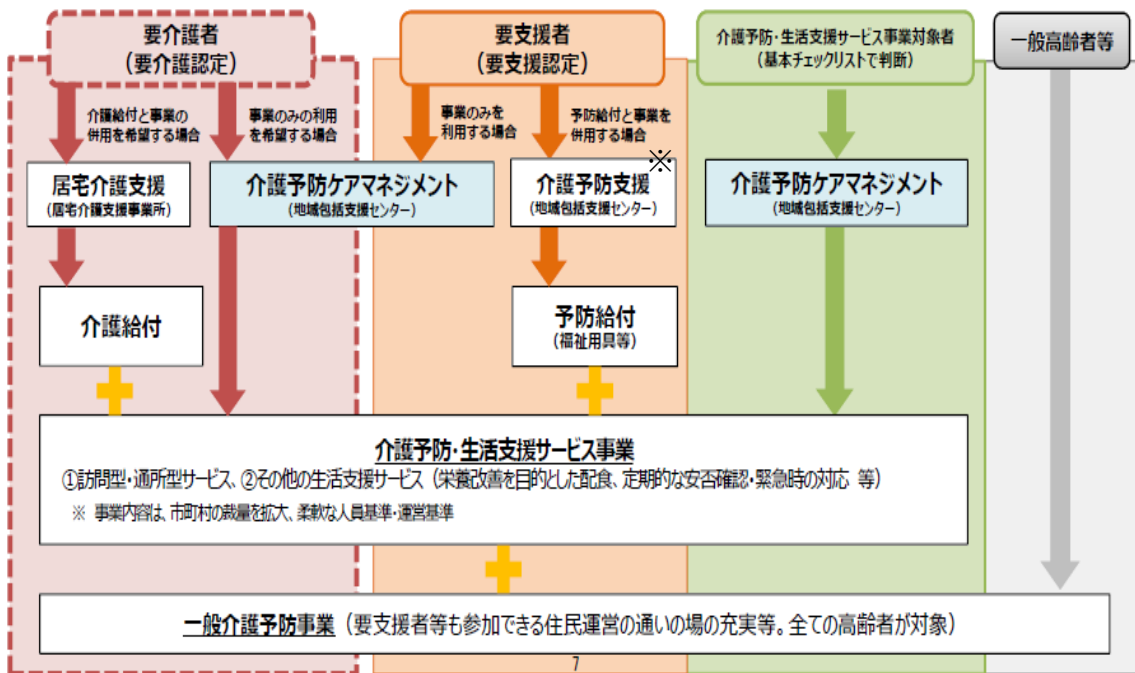
⑥ 事業終了後

- ア) サービス事業所は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所及び本庁担当課に報告書を提出します。
- イ) 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は利用者の介護予防ケアプラン評価をします。
- ウ) 居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに介護予防ケアプラン評価を提出します。

6 申請からサービス利用までの流れ

サービス利用までの流れについて、介護給付・予防給付利用の場合も含めて全体的に表したのが[図3]です。

[図3] ※令和6年4月より、「介護予防支援」については、指定居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受けて実施することも可能となりました。



要支援認定の有効期間の満了時や新規申請時には、まず基本チェックリストの活用を検討します。基本チェックリストにより事業者と認定することで、訪問型サービス等について簡便に迅速なサービス利用が可能となります。

ただし、利用するサービスの種別や利用者の状態等によっては、要支援認定申請が必要となる場合もあります。

例えば、認知症、認知症の疑いがある方、また認知症の進行が予見される方、常時見守

りが必要な方、要支援認定を希望される方、第2号被保険者、介護予防給付サービスが必要な方については、要支援認定申請をすることが考えられます。

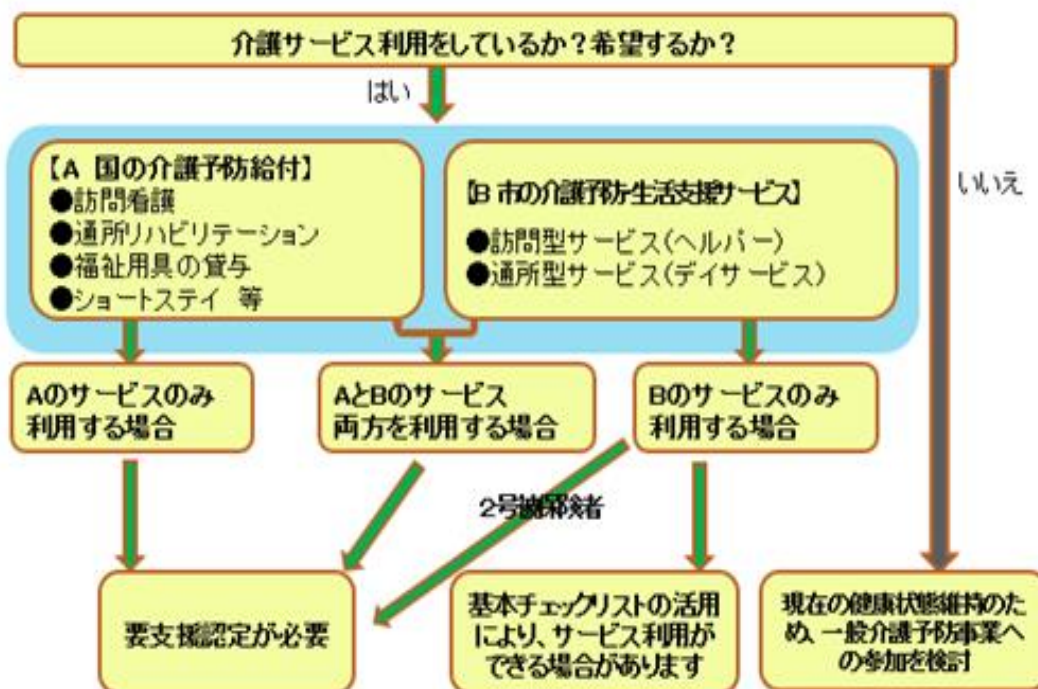
第2号被保険者については、例え利用するサービスがサービス事業のみであっても、要支援認定が必要です。申請についての考え方は、[図4]を参考にしてください。

サービス事業の対象者はこれまで、要支援認定者と事業対象者に限定されていましたが、対象者の弾力化が図られ、令和3年度より要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける前から住民主体による総合事業の住民主体のサービス（BまたはD）を継続的に利用していた居宅要介護被保険者も対象となりました。（むつ市での該当サービスはありません。）

[図4]

介護予防訪問介護・通所介護以外の予防給付を

利用している場合には、要支援認定が必要になります



7 基本チェックリストについて

事業対象者となる、基本チェックリスト※2の該当基準は[図5]のとおりです。

[図5]

基本チェックリスト

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	No.1~20 10項目以上該当
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	No.6~10 運動機能 3項目以上該当
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	No.11,12 栄養状態 2項目とも該当
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	No.13~15 口腔機能 2項目以上該当
12	身長 m 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	No.16,17 閉じこもり No.16に該当
15	口の湿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	No.18~20 認知機能1 項目以上該当
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	No.21~25 うつ 2項目以上該当
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

基本チェックリストについての考え方

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

質問項目		質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。

質問項目		質問項目の趣旨
10	転倒に対する不安は大きい ですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の 主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体 重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどう かを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場 合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ 月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支 えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが 食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどう かを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにく く、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」 となります。
14	お茶や汁物等でむせること がありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどう かを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基 づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出してい ますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状 態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が 減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向 にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ 事を聞く」などの物忘れが あると言われますか	本人は物忘れがあると思っ ていても、周りの人から指 摘されることがない場合は 「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話 番号を調べて、電話をかけ ているかどうかを尋ねてい ます。誰かに電話番号を尋 ねて電話をかける場合や、 誰かにダイヤルをしてもら い会話だけする場合には 「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからな い時がありますか	今日が何月何日かわからな い時があるかどうかを、本 人の主観に基づき回答して ください。月と日の一方し か分からない場合には 「はい」となります。

質問項目		質問項目の趣旨
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

基本チェックリストの実施者

基本チェックリストは、市役所本庁舎に相談に来所した場合は介護保険課地域包括支援センター職員が、市役所分庁舎に来所した場合は川内庁舎・大畑庁舎市民生活課職員、脇野沢庁舎総合課職員が実施します。

また、委託型地域包括支援センターや居宅介護支援事業所での基本チェックリストの実施、市への代行申請も可能です。

基本チェックリストの受付

また、要支援認定から事業対象者となる場合は、要支援認定有効期間の60日前から、基本チェックリスト実施が可能です。

(例1) 令和6年4月30日認定切れの場合は、チェックリスト実施は60日前の3月1日から可能

(例2) 令和6年5月31日認定切れの場合は、チェックリスト実施は60日前の4月1日から可能

基本チェックリスト該当後の手続き

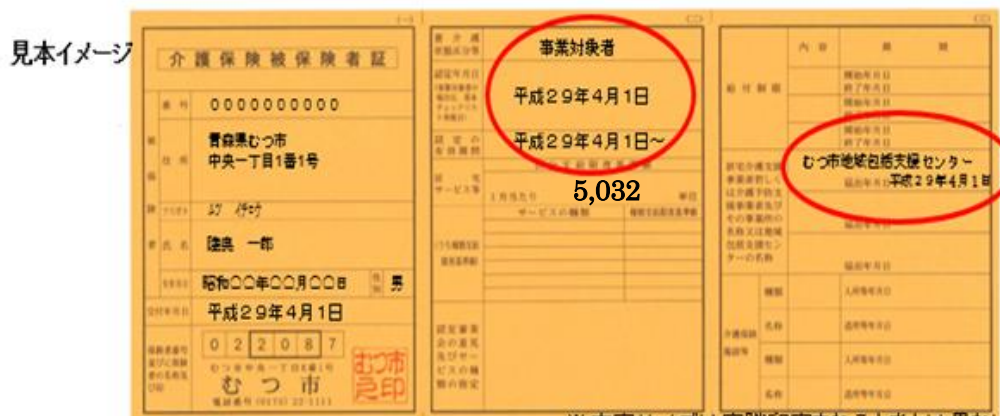
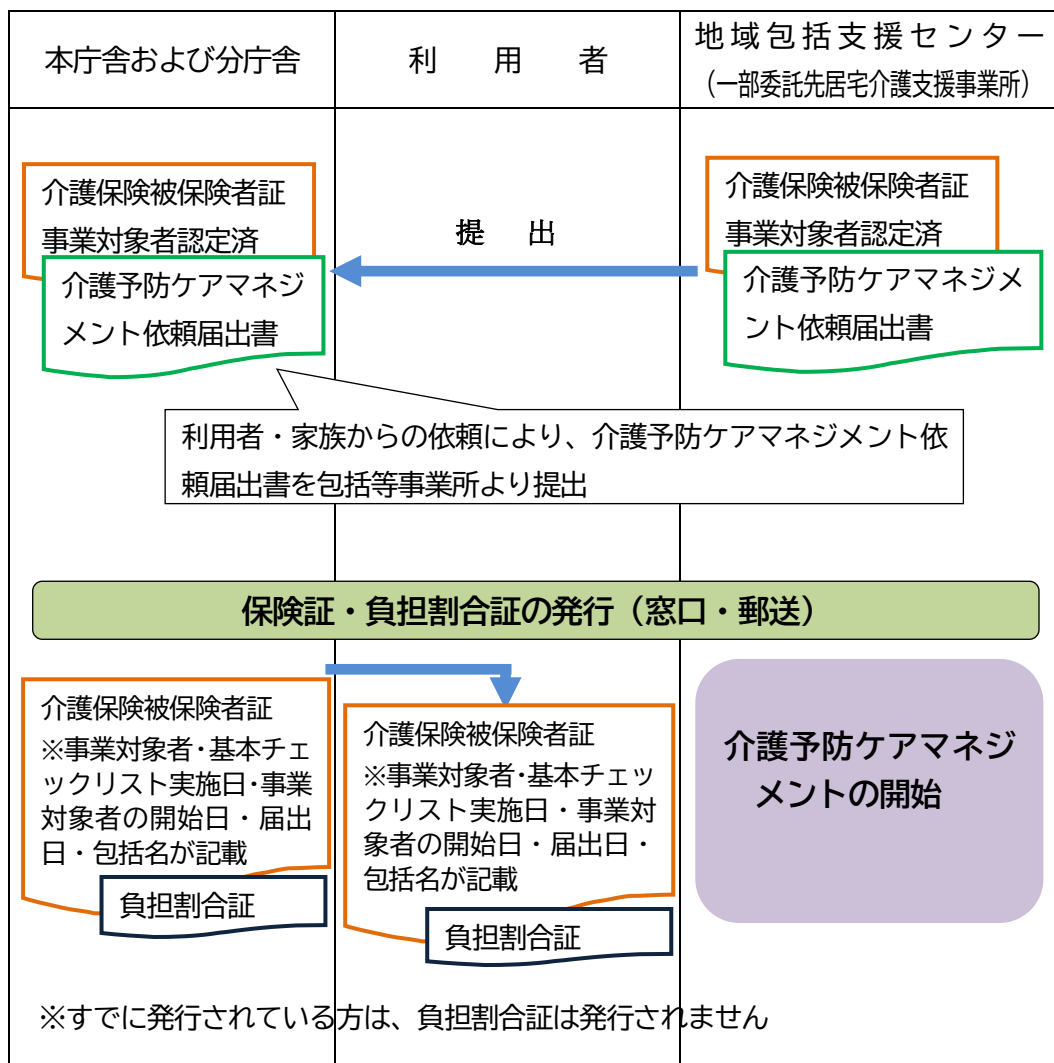
上記基本チェックリストの基準に該当し、「事業対象者」となった場合は、その後、[図6]のような手続きとなります。

事業対象者の基本チェックリストの情報提供

事業対象者の基本チェックリストについては、提出先の市役所本庁舎又は川内庁舎・大畑庁舎市民生活課、脇野沢庁舎総合課にて写しの交付ができます。

情報提供を受ける際は、「事業対象者」と「担当の地域包括支援センター名」の両方が記載された、利用者の介護保険被保険者証をご持参ください。

[図6]



※文字サイズは実際印字されるときとは異なります。

8 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届出

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^{※3}は、介護予防サービス計画作成依頼書と統一した様式を使用します。

届出提出の有無については、[表2]をご参照ください。

[表2]

事 由	介護予防ケアマネジメント依頼届
要介護 ⇒ 要支援	○必 要
要介護 ⇒ 事業対象者	○必 要
要支援 ⇒ 事業対象者	×不 要
事業対象者 ⇒ 要支援	×不 要
新規の事業対象者	○必 要
新規の要支援者	○必 要
委託居宅介護支援事業者の変更	×不 要

9 事業対象者の有効期限

むつ市では、基本チェックリストにより事業対象者となった方の有効期間は設定しません。ケアマネジメントの過程で、利用者の心身の状況に応じて、要支援・要介護認定申請を行うなどの対応を図ってもらうこととなります。

基本チェックリストの再実施については、介護予防ケアマネジメントの過程であるケアプランの最終評価時に、基本チェックリストを行い利用者の状況を確認していただくことが必要です。介護予防ケアマネジメントを一部委託先の居宅介護支援事業所で実施している場合には、基本チェックリストは担当の地域包括支援センターに提出します。提出を受けた地域包括支援センターでは、基本チェックリストの結果と介護予防ケアマネジメントの内容を確認し、必要な助言等を行います。

また、ケアプランの最終評価時以外であっても、サービス提供時の状況や利用者の状態等の変化に応じて、適宜基本チェックリストで本人の状況を確認していただくことが望ましいと考えます。

10 事業対象者の区分支給限度額

事業対象者の区分支給限度額は[表 3]のとおりですが、利用者の状態によっては、上限10,531単位までの範囲で、支給限度額の拡大が可能となります。その場合、市に「事業対象者に係る区分支給限度額変更申請書^{※4}」と添付書類（介護予防サービス支援計画書・サービス担当者会議の要点）の提出が必要となります。

[表 3] 要支援・事業対象者の区分支給限度額

利用者区分	区 分 支 給 限 度 額
事業対象者	要支援1相当 5,032単位 ※介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業所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あり、 <u>利用者の状態^{※5}</u> によっては、5,032単位を超えることができる。 ⇒その場合の上限10,531単位（現行の要支援2相当）
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位

※5「利用者の状態によって」とは・・・

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ケース等が該当

区分支給限度額対象サービス

むつ市が実施する総合事業のうち、区分支給限度額対象（給付管理の対象となる）サービスは、指定事業者による以下のサービスとなります。

- ◆事業対象者については、指定事業者のサービスを利用する場合のみ給付管理を行います。
 - 訪問型サービスのうち従前の訪問介護相当
 - 通所型サービスのうち従前の通所介護相当
 - ※ 通所型サービスCについては、区分支給限度額対象外となる為、給付管理対象外のサービスとなります。

- ◆要支援認定者については、予防給付の区分支給限度額の範囲で、給付と事業のサービスを一体的に給付管理します。

◆予防給付とサービス事業を併用した場合

- 予防給付によるケアマネジメントにより、介護報酬が支払われます
- 給付管理は、予防給付とサービス事業（指定事業者が行うもの）を併せて行います

サービスの日割り算定について

総合事業のうち、従前相当の訪問型サービス・通所型サービスについては、予防給付と同様、月額包括報酬となりますが、月途中でサービス事業所と利用開始の契約を締結した場合、包括報酬ではなく契約日を起算日としての日割りとなります。（※月途中で契約を解除した場合も日割り）ただし、サービス事業所と利用者との協議によりサービス開始日初日を日割り算定の起算日とすることも可能とします。

その他の起算日及び終了日については、令和6年5月10日付厚生労働省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）の一部訂正」資料I-9をご覧ください。

11 利用者負担

訪問型・通所型サービスの利用者負担は、介護保険負担割合証に表示された負担割合となります。負担割合証の発行については、P13の[図6]をご参照ください。

また、予防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予防サービス費相当事業等を実施します。その対象となるサービスは指定事業所によるサービスとなります。

12 要介護認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係

要介護認定申請と同時、もしくは申請期間中に事業対象者の申請をすることは可能です。その場合、暫定の介護保険被保険者証に「事業対象者」として記載されるため、要介護認定の結果が出た日以前までは事業対象者として取り扱われ、プラン作成した上でサービスの利用及び請求が可能となります（介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできません）。

また、事業対象者であった方が状態変化に伴い要介護認定申請を行う場合、その申請中にサービス事業を利用する場合は、要介護認定の結果が出た日以前まで（認定日結果が出る前に介護給付サービスを利用する場合はその利用を開始するまでの間）は、「事業

対象者」として取り扱います。要介護認定申請期間中に事業対象者としてサービス利用するか、暫定プランで介護給付サービス利用するかはケース等により適宜判断をしてください。

[表4] 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

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」

13 住所地特例者に対する地域支援事業の実施

住所地特例者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、住所地特例者がより円滑にサービスを受けることができるよう、当該者が居住する施設が所在する市町村が行います。

そして、住所地特例者である要支援者及び事業対象者のケアマネジメントは、施設が所在する市町村の地域包括支援センター（または当該地域包括支援センターより委託を受けた居宅介護支援事業所）が行うこととなっています。

ただし、住所地特例者ではなく、むつ市の住所を変えずに他市町村へ居住している方の場合は、むつ市の地域包括支援センターより居住地最寄りの居宅介護支援事業所への委託を行ってケアマネジメントを実施してもらうこととなります。

いずれにしろ、居宅介護支援事業所にて担当している要支援者及び事業対象者が他市町村へ居住する場合であって、他市町村でサービスを利用予定である場合は、他市町村の地域包括支援センター等との調整が必要となりますので、委託元の地域包括支援センターに相談してください。

住所地特例対象者における必要な事務手続き

○ 要支援認定申請をする場合

① 利用者が保険者市町村（A市）に認定申請



② 保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行



③ 利用者は施設所在市町村（むつ市）の地域包括支援センターと介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの契約
（介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所と介護予防支援の契約をする場合は、令和6年4月26日付事務連絡「指定居宅介護支援事業所が市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施する場合の留意事項について」を参照）



④ 利用者は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届出書に被保険者証を添付して、施設所在市町村（むつ市）へ届出



⑤ 施設所在市町村（むつ市）は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届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付



⑥ 保険者市町村（A市）は、被保険者証に「担当地域包括支援センター名」等を記載し、利用者へ郵送



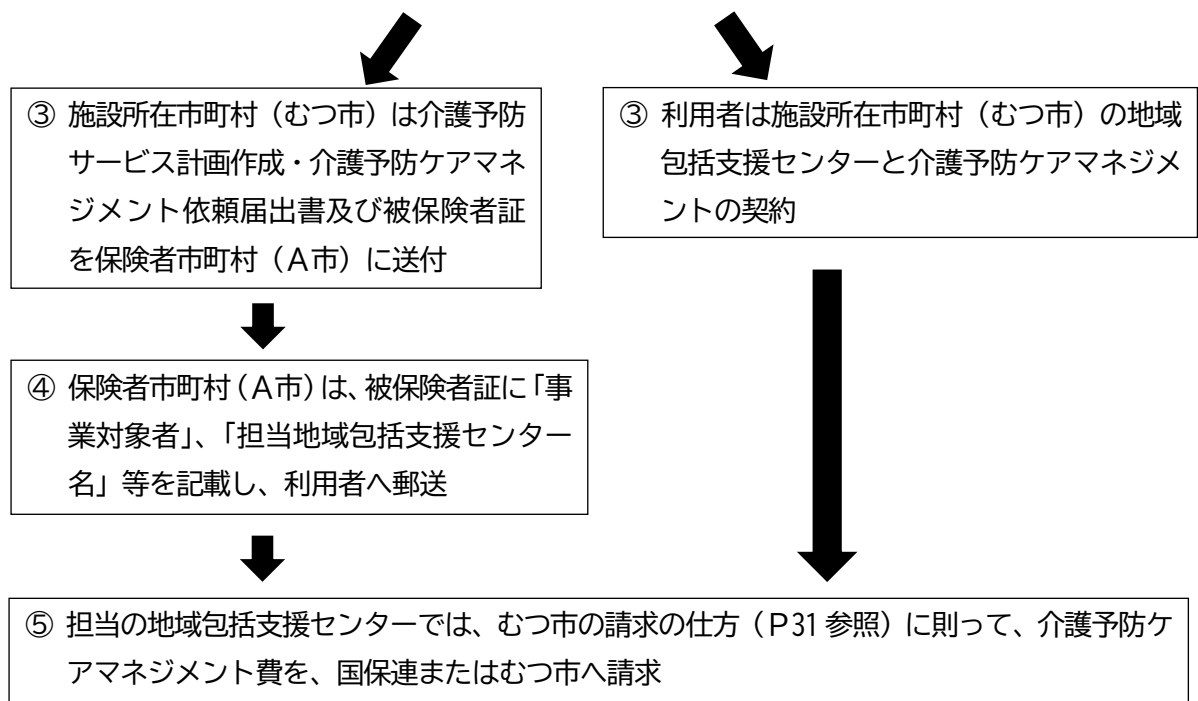
⑦ 担当の地域包括支援センターでは、むつ市の請求の仕方（P31 参照）に則って、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を、国保連またはむつ市へ請求

○ 事業対象者の場合

① 施設所在市町村（むつ市）が基本チェックリストを実施
※ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の実施は可能

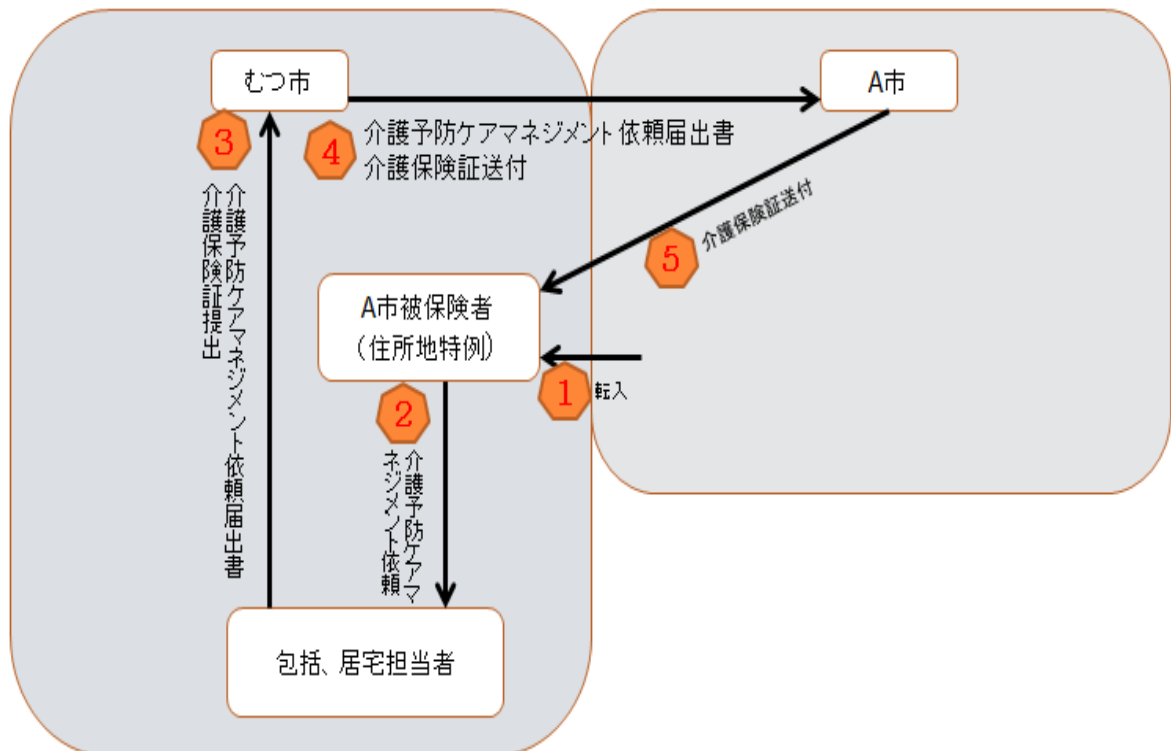


② 利用者は基本チェックリスト、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を被保険者証を添付して、施設所在市町村（むつ市）へ届出



[図 7]

住所地特例者に対する地域支援事業の実施



14 生活保護法における介護扶助について

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、すべてのサービスについて給付対象となります。

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、委託による実施また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なります。

生活保護法第54条の2第2項の規定により、介護保険法の規定による指定または開設許可がなされた場合には、生活保護法の指定介護機関として指定を受けたものとみなされます。

第2章 介護予防ケアマネジメント

1 事業内容

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び事業対象者に対して、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、その置かれている環境、その他の状況に応じて、その選択に基づき、総合事業の訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの他、一般介護予防事業や市町村の独自施策、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合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す。

ご注意くださいのは、「介護予防ケアマネジメント」と「介護予防支援」との区別です。総合事業のサービス事業を利用する方でも、介護予防支援にてケアプランを立てる方もいます。

「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の区別については、[表5]をご覧ください。[表5]のとおり、月によって、その利用しているサービス内容により、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が変わる場合（例として、訪問看護を利用する月、しない月）も想定されますので、請求の際には区分にご注意ください。

[表5]

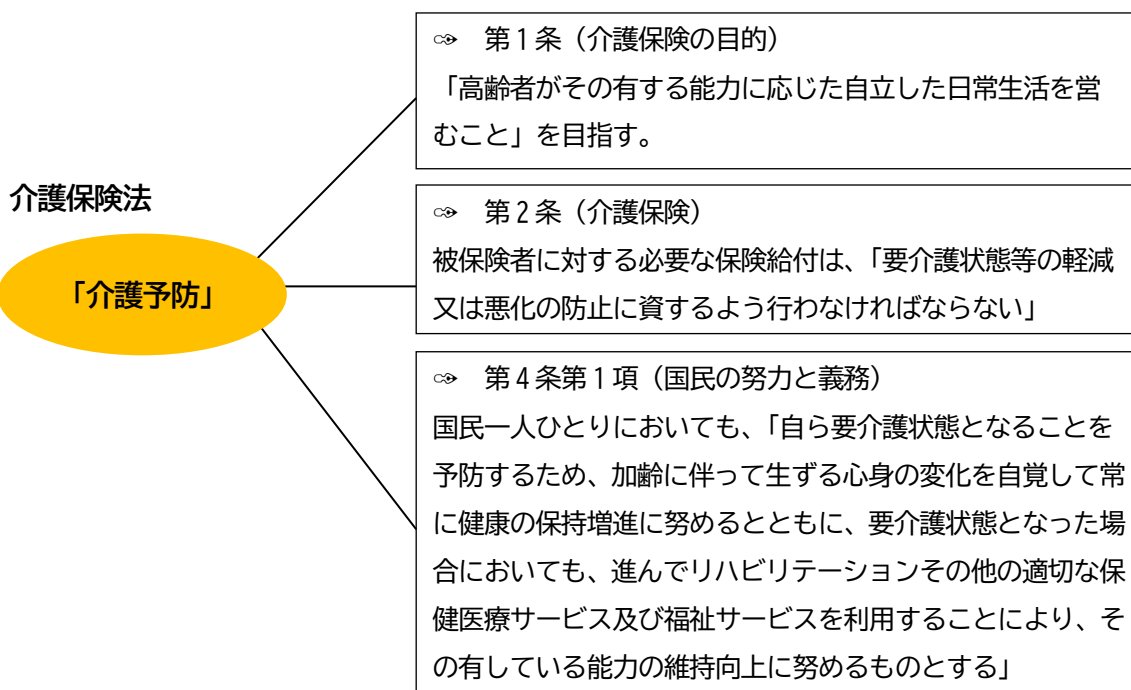
「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」

⇒ 総合事業のサービスを利用する方でも、従来の介護予防支援にてケアプランを立てる方もいます。

区分	要支援者 (給付のみ)	要支援者 (給付+事業)	要支援者 (給付管理を行わない給付+事業)	要支援者 (事業のみ)	事業対象者
介護予防支援 (介護保険法)	○	○	—	—	—
介護予防 ケアマネジメント (総合事業)	—	—	○	○	○

介護予防給付のサービス利用がない月は、「介護予防ケアマネジメント」となります。請求する際にご注意ください。

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の目的の一つである「介護予防」については、上記のように介護保険法に、介護保険の目的として明記されています。

介護予防とは、「要介護状態等の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらにはその軽減を目指すこと」と定義されますが、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、日常生活の「活動」を高め、家庭や社会への「参加」を促し、それにより生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）向上を目指すものです。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントは、そのプロセスを通じ、本人の意欲に働きかけながら、目標志向型の計画を策定し、社会参加の機会を増やし、状況等に応じて、要支援者等同士が地域のお互いの支え手になることを目指します。

総合事業においては、単に利用者の困りごと、要望を叶える補完的なサービス調整ではない、自立を支えるケアマネジメントが必要とされます。利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、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となります。

3 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

むつ市において実施する介護予防ケアマネジメントは[表6]の通りとなります。

[表6] **当市の介護予防ケアマネジメントの種類**

※□は、令和6年4月時点でむつ市で実施

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問型・通所型サービスにおいて指定事業者のサービスを利用するケース ●訪問型・通所型サービスCを利用するケース 	●ケアマネジメントA又はC以外のケース	●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、一般介護予防事業等の利用につなげるケース
内容	【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→サービス利用開始→モニタリング】	緩和した基準によるケアマネジメント 【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→サービス利用開始(→モニタリング ※間隔をあけて必要時時期を設定)】	初回のみケアマネジメントを実施 【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】 ※その後は事業者より適時情報提供を受け、必要に応じて関与
様式	別に示したとおり。介護予防支援で使用している様式をそのまま使用しても可		
サービス提供者	地域包括支援センター(地域包括支援センターより委託された居宅介護支援事業所)		

4 利用者との契約

「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係わる契約書(個人用)」と、「地域包括支援センター重要事項説明書」「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書」とともに、契約の締結を行います。

(地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合には、令和6年4月26日付事務連絡「指定居宅介護支援事業所が市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施する場合の留意事項について」を参照してください。)

5 介護予防ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）

実施主体

地域包括支援センターにおいて実施しますが、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することが可能です。その場合、地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

居宅介護支援事業所への一部委託

委託元の地域包括支援センターでは、ケアプラン等のチェックや必要書類の提出を受け、請求及び給付管理票の国保連への送付を行います。

また、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」において、その望ましい実施体制として、地域包括支援センターが適宜関与することが求められており、総合事業の要である自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの実施のため、利用者との「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係わる契約書（個人用）」締結の際に、地域包括支援センターが同行訪問し、重要事項や契約内容、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係わる説明を行います。

ただし、サービス利用日が迫っているが地域包括支援センターとの同行訪問日を調整できない等の場合は、利用者の不利益とならないことを最優先とし、委託を受けた居宅介護支援事業所での事業説明や契約の取り交わしも可能とします。ケースによって、担当の地域包括支援センターと協議を行ってください。

(地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合には、令和6年4月26日付事務連絡「指定居宅介護支援事業所が市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施する場合の留意事項について」を参照してください。)

実施の手順

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

- ① 要支援認定を受けているか、または基本チェックリストで事業対象者に該当しているかを確認（介護保険被保険者証に「要支援認定」または「事業対象者」の記載があるか）。
- ② 利用が必要とされるサービスが介護予防ケアマネジメントの対象であるか確認（P 21、表 5 を参照）。
- ③ 利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出がされているか（介護保険被保険者証に、担当地域包括支援センター名の記載があるか）。

※実際には、基本チェックリストを実施する前から相談を受けることが多いと思われます。P7の「申請からサービス利用までの流れ」についてもご参照ください。



(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- ① 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係わる契約書」「重要事項説明書」「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント説明書」等の説明、契約締結を行います。

※一部委託先の居宅介護支援事業所で担当する場合であって、新規の場合は、地域包括支援センターが同行訪問することを原則とします（詳細はP24をご参照ください）。



(3) 介護予防ケアマネジメントの開始

① アセスメント（課題分析）

【帳票】 利用者基本情報^{※6}、興味・関心チェックシート（任意）^{※7}、プログラム参加に係るチェックシート（任意）^{※8}

利用者の健康状態、生活機能とともに、背景因子となる生育歴や趣味、嗜好等や、家族状況等の情報を総合的に収集し、課題を探ります。

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味や特技、楽しみにしていたことや関心があったことなどを探り、そこから目標の設定や具体的な取り組みにつなげていきます。

その際に活用できるツールとして、「興味・関心チェックシート」をご参照ください。

また、利用者が病気について主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかなど、ケアマネジメント実施にあたり、利用者が罹患している疾病についての医療情報も把握するようにします。

そして、利用者の望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について、うまくできなかった背景や要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにしていきます。

利用者の生活機能の低下等について自覚を促し、介護予防への意欲を引き出します。そのためにも、利用者・家族との信頼関係の構築が重要となります。

② ケアプラン原案作成

【帳票】 介護予防サービス・支援計画書^{※9}

「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標・支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することを目指します。

課題である「目標」が達成されることを目的に、「利用者本人が取り組むこと」「周囲の支援をうけること」を整理しながら計画を策定します。必ず、利用者の取り組みを入れるようにします。

「目標」については、自分の目標として意識できるような内容・表現をし、利用者が評価できる具体的な目標とします。

自立支援のため、サービス事業のみに限定せず、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業、民間企業の利用も積極的に位置づけます。

③ サービス担当者会議

【帳票】 介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点含む）^{※10}

利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有し、専門的見地からの意見を求め、具体的なサービス内容の検討、調整を行います。

多職種が関与することで、見落としていた課題や、より留意した方が効果的であるもの、各専門職の角度からの目標設定、課題解決策などについて意見を得ます。そして、その意見を利用者に説明し、合意を得てケアプランに反映させます。

そして、利用者の状態の変化や新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりも行います。

④ 利用者への説明・同意

⑤ ケアプラン確定・交付

利用者に交付するとともに、利用者の同意を得て、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

訪問介護相当・通所介護相当サービス利用の提供票・利用票は介護予防支援と同様の取扱いとします。

限度額管理対象外サービスである通所型サービスCについて、提供票・利用票の作成は必要ありませんが、通所型サービスCのみをケアプランに位置づけている場合、少なくとも月1回以上はサービス利用実績がなければ、介護予防ケアマネジメント費は請求できませんので、サービス利用実績の確認を適宜、利用者等から行ってください。

また、利用者への利用予定の提示は必要に応じて行ってください。

⑦ モニタリング

介護予防支援と同様、少なくとも3か月に1回、サービス評価期間の終了月、状態変化が認められるときには、利用者宅を訪問します。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、利用者とは面接するよう努め、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。

モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合には、次のステップアップを図ります。新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合には、維持・改善の可能性を追求し、ケアプランの見直しを行います。

※ 給付管理

指定事業所の区分支給限度額サービス（P15）を利用する場合は、給付管理を行います。通所型サービスCについては、給付管理対象外のサービスとなります。

要支援認定を受けた方が総合事業を利用する場合は、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。

⑧ 評価

【帳票】介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表^{※11}

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、目標の達成状況を評価し、利用者と共有します。

通所型サービスCでは、実施期間終了時に「運動器の機能向上プログラム報告書」が担当のケアマネジャーに提出され、評価の参考となります。

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します。

評価期間は、介護予防支援と同様に最長1年の評価期間が可能とし、その場合は6ヶ月での中間評価が必要となります(利用者の状態やサービス実施期間により、適宜、評価期間を設定してください)。

また、最終評価時に、基本チェックリストの再実施を行い利用者の状況を確認していただくことが必要です。介護予防ケアマネジメントを一部委託先の居宅介護支援事業所で実施している場合には、基本チェックリストは担当の地域包括支援センターに提出します。提出を受けた地域包括支援センターでは、基本チェックリストの結果と介護予防ケアマネジメントの内容を確認し、必要な助言等を行います。

地域包括支援センターへの提出書類

地域包括支援センターより委託を受けて居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを実施する場合、居宅介護支援事業所より地域包括支援センターへ提出する書類は、以下の通りとします。

提出時	内 容
初回時	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（市窓口で実施した写しでも可） <input type="checkbox"/> プログラム参加に係るチェックシート ※活用した場合 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証写し <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証写し <input type="checkbox"/> 利用票（利用開始月のみ）※ 利用票がある場合 ※ 契約書及び重要事項説明書を居宅介護支援事業所のみで締結した場合はそれらも提出
評価時	<input type="checkbox"/> 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
更新時 （プランの見直し）	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（評価終了時に実施したもの） <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> プログラム参加に係るチェックシート ※活用した場合 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> 利用票（変更月のみ）※利用票がある場合 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証写し <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証写し
その他	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議録（ヘルパーの隔週以下の利用、通院支援の場合や軽度者の福祉用具貸与の場合。その他、各包括で確認の必要があると判断した場合） ※ その他、ケースに応じて、各包括で必要と判断したものの提出を行う

6 介護予防ケアマネジメントの報酬

報 酬

類 型	報 酬
介護予防ケアマネジメントA	1月につき 442 単位 ・高齢者虐待防止措置未実施減算 1月につき 4 単位減算 ・業務継続計画未策定減算 1月につき 4 単位減算 ※業務継続計画未策定減算については令和7年4月1日から適用 ○介護予防ケアマネジメント初回加算 1月につき 300 単位 ○委託連携加算 300 単位

介護予防ケアマネジメントA 初回加算

介護予防支援における基準に準じて算定できます。

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
 ※契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後、介護予防ケアマネジメントを実施する場合も含む
- ② 要介護者が要支援認定を受け、あるいは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

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。逆の場合も同様です。

介護予防ケアマネジメントA 委託連携加算（R3新設）

利用者1人につき介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り算定できます。

7 介護予防ケアマネジメント費の請求

介護予防ケアマネジメント費の請求及び給付管理票の国保連への送付は、地域包括支援センターが行います。

介護予防ケアマネジメントの一部委託を受けている居宅介護支援事業所は、サービス月の翌月5日までに、各地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメント費の内訳書、給付管理票データを提出^{※12}します。その後、各地域包括支援センターより介護予防ケアマネジメント委託料が支払われます。

各地域包括支援センターでは、指定居宅介護支援事業所からの請求分に地域包括支援センターからの請求分も併せて、市あるいは国保連へ介護予防ケアマネジメント費の請求を行います。

※12 地域包括支援センターへの介護予防ケアマネジメント費の内訳書、給付管理票データの提出について…

USBでの提出の他、メールでの提出も可能ですが、メールにパスワードをかける、データを添付したメールとは別にパスワードを伝えるなど、いずれの提出方法においても十分なセキュリティ対策を行い、個人情報の取扱いに注意するようにしてください。

※1～4、6、9 各様式は市ホームページに掲載

※7、10、11 各様式は厚生労働省「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」参照

※8 様式は厚生労働省ホームページ掲載「介護予防マニュアル 第4版」参照