



# 総合事業における 介護予防ケアマネジメント

令和6年4月



# 目次

I. 用語の説明	3
II. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について	4
1. 事業の経緯	4
2. サービス事業の内容	5
3. 介護保険サービスの利用についての相談対応	6
4. サービス事業の対象者	7
5. 事業対象者の取扱い	8
(1) 事業対象者の登録	8
(2) 事業対象者の廃止	8
6. 指定居宅介護支援事業者が本広域連合から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い	9
III. 介護予防ケアマネジメントについて	10
1. 事業内容	10
2. 基本的な考え方	10
3. 基本チェックリストとフレイル予防	11
4. 基本チェックリストの実施について	12
5. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	14
6. 介護予防ケアマネジメントの手順	15
7. 介護予防ケアマネジメントに使用する様式	19
8. 介護予防ケアマネジメントの業務委託	20
IV. 給付管理について	22
1. 支給限度額	22
2. 給付管理業務	22
3. 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費	23
4. 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の単位数及び加算	23
V. その他	24
1. 住所地特例者の取り扱いについて	24
2. 暫定時利用時のプラン・請求の取り扱いについて	25
3. 月額包括報酬の日割り請求について	26
VI. 様式（参考）	26

## I.用語の説明

用語	意味
① 要支援者	要介護認定を経て、要支援1, 2と認定された者
② 事業対象者	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
③ サービス事業	要支援者及び事業対象者を対象として、介護予防を目的とした訪問型サービスや通所型サービスを実施し、日常生活上の支援等行う「介護予防・生活支援サービス事業」
④ 訪問介護相当サービス	旧介護予防訪問介護に相当する「介護予防訪問介護相当サービス」
⑤ 訪問型サービス A	主に雇用されている労働者により提供される、旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準による「基準緩和訪問サービス」
⑥ 生活援助型訪問サービス	⑤訪問型サービスの中で指定事業所が行う生活援助のみのサービス
⑦ 訪問型サービス B	有償・無償のボランティア等によって提供される住民主体による支援
⑧ 訪問型サービス C	保健・医療の専門職が提供する3～6か月間の「短期集中訪問サービス」
⑨ 訪問型サービス D	サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援
⑩ 通所介護相当サービス	旧介護予防通所介護に相当する「介護予防通所介護相当サービス」
⑪ 通所型サービス A	主に雇用されている労働者により提供される、旧介護予防通所介護に係る基準よりも緩和した基準による「基準緩和通所サービス」
⑫ 運動型通所サービス	⑪通所型サービス A の中で指定事業所が行う3時間未満の機能訓練のみのサービス
⑬ 通所型サービス B	有償・無償のボランティア等によって提供される住民主体による支援
⑭ 通所型サービス C	保健・医療の専門職が提供する3～6か月間の「短期集中通所サービス」
⑮ 一般介護予防事業	介護予防教室や住民運営の通いの場づくりなど、要支援者等を含めた高齢者の介護予防を推進する事業
⑯ 総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）
⑰ 介護予防支援	予防給付による介護予防支援
⑱ 介護予防ケアマネジメント	総合事業による介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防事業）
⑲ 相当サービス	④訪問介護相当サービスまたは⑩通所介護相当サービスの総称
⑳ サービス A	指定事業所が行う⑤訪問型サービス A または⑩通所型サービス A の総称
㉑ 要支援者等	①要支援者または②事業対象者の総称

## II. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

### 1. 事業の経緯

2025 年の地域包括ケアシステムの構築に向けて、第6期の制度改正では、全国一律の訪問介護及び通所介護が、予防給付から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）となりました。

総合事業には、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（以下「サービス事業」という。）』と、第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う『一般介護予防事業』があります。

本広域連合では、平成 29 年 10 月から総合事業に移行しています。

～平成28年 総合事業開始前		平成29年 総合事業開始後	
給付	介護予防通所リハビリテーション 介護予防訪問看護 介護予防福祉用具貸与 など	給付	介護予防通所リハビリテーション 介護予防訪問看護 介護予防福祉用具貸与 など
	介護予防訪問介護 介護予防通所介護		サービス事業（介護予防・生活支援サービス事業） 訪問型サービス 通所型サービス その他生活支援サービス 介護予防ケアマネジメント
	二次予防事業 二次予防事業対象者の把握事業 通所型介護予防事業 訪問型介護予防事業 など		
介護予防事業	一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業 地域介護予防活動支援事業 など	介護予防事業	一般介護予防事業 介護予防普及啓発事業 地域介護予防活動支援事業 など

## 2. サービス事業の内容

事業所指定以外のサービス事業は、地域の特定に合わせて各構成市町で事業内容、実施方法等を検討しているため、市町毎に内容が異なります。

### (1) 訪問型サービス

種類／内容		概要	実施主体		実施方法	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
訪問介護相当サービス	身体介護 生活援助	従来介護予防訪問介護に相当するサービス ※基準、報酬は国の基準に準ずる	広域連合		事業所指定	H29.4～							
生活援助型訪問サービス	生活援助等	従来介護予防訪問介護よりも緩和した基準によるサービス	広域連合		事業所指定	H30.10～							
訪問型サービスA	生活援助等	従来介護予防訪問介護よりも緩和した基準によるサービス	市町	—	委託	—							
訪問型サービスB	生活援助等	有償・無償のボランティア等によって提供される住民主体による支援	市町	佐賀市	補助	R2.9～							
				多久市	補助	R4.7～							
				小城市	補助	R1.6～							
				吉野ヶ里町	補助	R4.8～							
訪問型サービスC	介護予防	保健・医療の専門職が提供する3～6か月の短期集中サービス	市町	多久市	委託	R2.4～							
				吉野ヶ里町	委託	R4.5～							
訪問型サービスD	移動支援	サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援	市町	佐賀市	補助	R2.9～							
				多久市	補助	R4.7～							

### (2) 通所型サービス

種類／内容		概要	実施主体		実施方法	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
通所介護相当サービス	生活機能訓練等	従来介護予防通所介護に相当するサービス ※基準、報酬は国の基準に準ずる	広域連合		事業所指定	H29.4～							
運動型通所サービス	運動・レク等	従来介護予防通所介護よりも緩和した基準によるサービス	広域連合		事業所指定	H30.10～							
通所型サービスA	運動・レク等	従来介護予防通所介護よりも緩和した基準によるサービス	市町	小城市	委託	H30.10～							
通所型サービスB	体操・運動等の活動など自主的な通いの場	有償・無償のボランティア等によって提供される住民主体による支援	市町	佐賀市	補助	R2.9～							
通所型サービスC	運動機能向上、栄養改善、口腔等プログラム	保健・医療の専門職が提供する3～6か月の短期集中サービス	市町	佐賀市	委託	H30.10～							
				多久市	委託	R2.6～							
				小城市	委託	R1.10～							
				神崎市	委託	R4.4～							



## (1) 訪問型サービス

	訪問介護相当サービス	生活援助型サービス	訪問型サービス B (住民主体)	訪問型サービス C (短期集中)	訪問型サービス D (移動支援)
訪問介護相当サービス		×	○(※1)	○	○
生活援助型訪問サービス	×		○(※1)	○	○
訪問型サービス B (住民主体)	○(※1)	○(※1)		○	○
訪問型サービス C (短期集中)	○	○	○		○
訪問型サービス D (移動支援)	○	○	○	○	

※1) 訪問型サービス B (住民主体) の他に、訪問介護相当サービスや生活援助型サービスによる専門的なサービスが必要と認められる場合は、対象者の状態にふさわしい専門職等の支援を組み合わせることは可能です。また、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り訪問型サービス B (住民主体) のみへの移行を検討してください。

## (2) 通所型サービス

	通所介護相当サービス	運動型通所サービス	通所型サービス A (委託)	通所型サービス B (住民主体)	通所型サービス C (短期集中)
通所介護相当サービス		×(※2)	×	○(※3)	×
運動型通所サービス	×(※2)		×	○(※3)	×
通所型サービス A (委託)	×	×		○(※3)	×
通所型サービス B (住民主体)	○(※3)	○(※3)	○(※3)		○(※3)
通所型サービス C (短期集中)	×	×	×	○(※3)	

※2) 通所介護相当サービスと運動型通所サービスの併用はできません(令和6年度～)。

※3) 生活機能の改善や自立支援に向けて対象者が取り組む部分と専門職等の支援を受ける部分が生じる場合について、通所型サービス B (住民主体) と対象者の状態にふさわしい専門職等の支援を組み合わせることは可能です。(退院直後で状態が変化しやすいケース、自立支援に向けて相当サービスから住民主体の支援へつなげるケースなど。) また、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り通所型サービス B (住民主体) のみへの移行を検討してください。

## 4. サービス事業の対象者

サービス事業の利用対象者は、事業対象者と要支援者です。事業対象者は、予防給付サービスを利用することはできません。

	利用できるサービス	
	予防給付	サービス事業
事業対象者	×	○
要支援1	○	○
要支援2	○	○



## 5. 事業対象者の取扱い

基本チェックリストを用いて基準に該当し、事業対象者として取り扱う場合は、本広域連合に事前に手続きが必要です。基本チェックリストの結果を十分にアセスメントしたうえで手続きをお願いします。また、事業対象者に該当しなくなったら廃止の手続きを行います。

### (1) 事業対象者の登録

基本チェックリストを実施し、事業対象者としての取扱いが必要かをアセスメントします。事業対象者として登録する場合は、本広域連合（給付課給付係）に書類を提出します。

尚、他保険者・他構成市町における事業対象者の資格は引き継がないものとします。転入先の地域包括支援センターで改めて基本チェックリストを実施し、必要に応じて登録手続きをお願いします。

#### [本広域連合に提出する書類]

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、介護保険被保険者証

本広域連合より介護保険被保険者証（該当者へは負担割合証）を送付します。登録日（認定日）は、基本チェックリストの実施日となります。

### (2) 事業対象者の廃止

以下の場合、広域連合（給付課給付係）に事業対象者廃止届を提出します。

#### [本広域連合に廃止届が必要な場合]

- 基本チェックリストの基準に該当しなくなったとき
- サービス事業の利用を終了するとき
- 他保険者、又は他構成市町に転出するとき

※ 同市町での転居の場合（例：佐賀市内での転居）は、廃止届は不要です。転居先の地域包括支援センターで基本チェックリストを実施し、事業対象者として取り扱う場合は、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を本広域連合に提出します。基本チェックリストに該当しない場合、又は事業対象者として取り扱わない場合は、転居先の地域包括支援センターが廃止の手続き行ってください。

※ 要支援及び要介護の区分に認定された場合は、事業対象者廃止届の提出がなくても廃止となります。

※ 「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」及び「居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書」の提出については、下記の表のとおりです。

変更区分		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	居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書
変更前	変更後		
要介護者	要支援者	○	×
	事業対象者	○	×
要支援者	要介護者	×	○
	事業対象者	○	×
事業対象者	要介護者	×	○
	要支援者	×	×
新規申請者	要介護者	×	○
	要支援者	○	×
	事業対象者	○	×



## 6. 指定居宅介護支援事業者が本広域連合から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い

要支援者のケアプランは、介護予防サービスを含んだ「介護予防支援」と総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」があります。令和5年度まではどちらも地域包括支援センターとの契約が必要で、「地域包括支援センター」又は「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」がケアプランを作成しましたが、令和6年4月1日からは介護保険法が改正され、「介護予防支援について本広域連合の指定を受けた居宅介護支援事業者」が介護予防支援のみ直接契約し、ケアプランを作成できます（介護予防ケアマネジメントは、引き続き地域包括支援センターからの委託が必要）。

介護予防支援について指定を受けていない居宅介護支援事業者への介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの委託は、引き続き可能です。

また、介護予防支援について、居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者として指定を受けていても、ケースによって地域包括支援センターからの委託で介護予防支援を行うこともできます。

被保険者	利用サービス	ケアマネジメントの種類	実施主体（担当事業所）
要支援1・2	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センター
要支援1・2	予防給付+総合事業	介護予防支援	地域包括支援センター 指定介護予防支援事業所 (指定居宅介護支援事業所)

以下のように、利用サービスを追加したり中止したりする場合、その都度「介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の提出が必要な場合がありますので、注意が必要です。

（例）

利用月	利用するサービス	担当事業所	プラン	必要な届出
R6年 5月	通所型サービス（総合事業） 介護予防福祉用具貸与	指定介護予防支援事業所 （指定居宅介護支援事業所）	介護予防支援	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
6月	通所型サービス（総合事業）	地域包括支援センター（委託可）	介護予防ケアマネジメント	同上
7月	通所型サービス（総合事業） 介護予防福祉用具貸与	指定介護予防支援事業所 （指定居宅介護支援事業所）	介護予防支援	同上

※上記の取扱いは、今後、国からの通知により変更となる場合があります。

※指定居宅介護支援事業所との連携を密にとっていただきますようお願いします。

[参考:佐賀中部広域連合ホームページ]

- ・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の様式について

ホーム>介護保険>各種申請書>事業者向け>給付関係>給付【居宅介護支援事業所等用】

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/shinseisho/\\_I263/\\_I275/\\_I345.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/shinseisho/_I263/_I275/_I345.html)

- ・基本チェックリスト及び事業対象者廃止届について

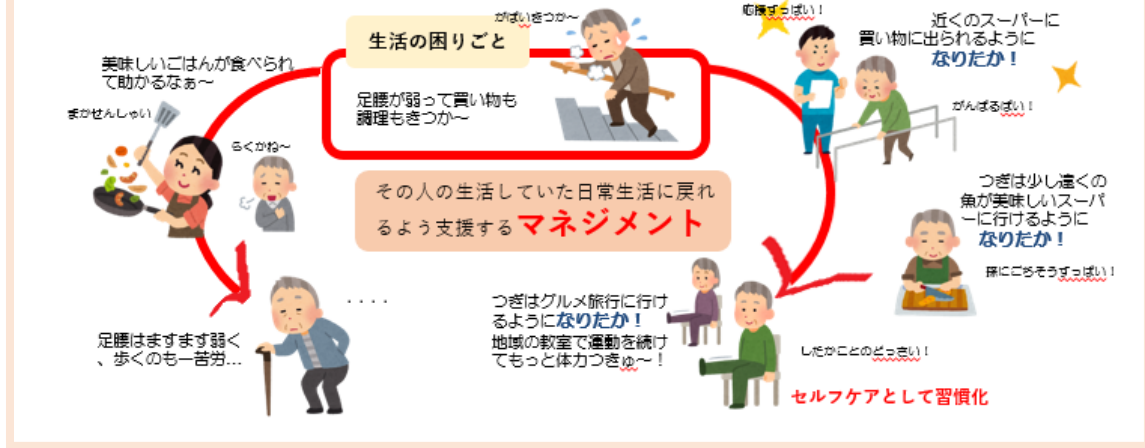
ホーム>介護保険>各種申請書>事業者向け>（事業対象者）基本チェックリスト

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/shinseisho/\\_I263/\\_I968.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/shinseisho/_I263/_I968.html)



### 原点としての自立支援に改めて立ち返る

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を担う役割を果たすものではなく、適切なアセスメントのもとに、**利用者本人の「したい」「できるようにになりたい」**生活行為が目標として明確に設定されその達成のため、利用者の主体的な取り組みが実践できるような**動機づけ**と、それを継続できるようなサービス等の**コーディネート**や**環境調整**が必要です。



### 3. 基本チェックリストとフレイル予防

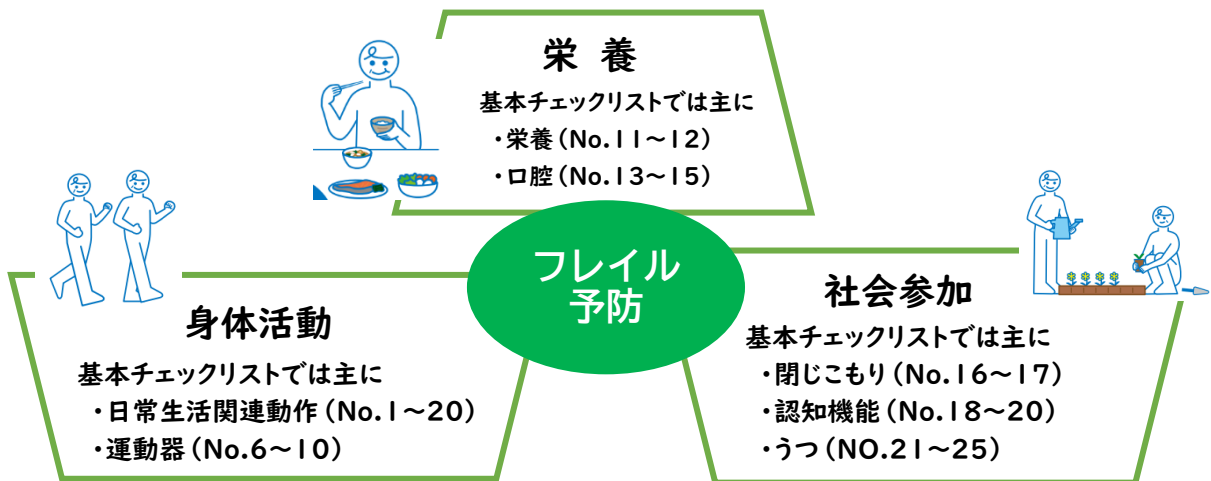
フレイルとは要支援・要介護の状態に陥る可能性が高い状態を指します。フレイル予防には、**栄養、身体活動、社会参加**の三位一体で取り組みます。

特に事業対象者では基本チェックリストでの該当項目とフレイル予防を意識したアセスメントをお願いします。

[参考:厚生労働省ホームページ]

・高齢者のフレイル予防(パンフレット・動画)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299_00002.html)



#### 4. 基本チェックリストの実施について

基本チェックリストは、本広域連合管内の地域包括支援センター職員が質問項目の趣旨を本人や家族に説明し実施します。

原則として本人との対面にて行うものとしませんが、入院中などやむを得ない理由がある場合は、電話または家族の来所による相談に基づき実施することも可能とします。

寝たきりの状態または認知機能の低下がみられる場合は、要介護認定を申請します。

##### (1) 質問項目の趣旨及び事業対象者の該当基準

質問項目		質問項目の趣旨	
1～20 まで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下さい。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。	★日常生活 関連動作 No.1～20 のうち10項目 以上に該当 する場合
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、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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。電話による交流は含みません。また、家族や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 まで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。	★運動器 No.6～10 のうち3項目 以上に該当 する場合
7	椅子に座った状態から何もつかまらず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。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。	
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。	
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下さい。	
11～12 まで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。	★栄養 No.11～12 のすべてに 該当する 場合
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 BMI 18.5未満が該当	

13～15 までの質問項目は口腔機能について尋ねています。			★口腔 No.13～ 15のうち 2項目以 上に該当 する場合
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下さい。	
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。	
16～17 までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。			★閉じこもり No.16 に該 当する場合
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。			★認知機能 No.18～ 20のうち1 項目以上に 該当する場合
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も、周りの人から指摘されない場合は「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。	
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。			★うつ No.21～ 25のうち 2項目以 上に該当 する場合
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		
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		

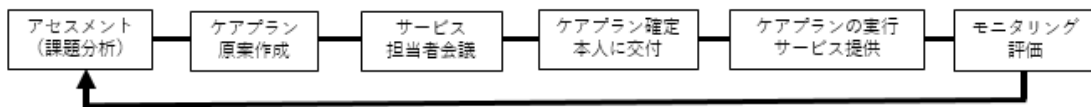


## 5. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントの類型は以下のケアマネジメントA、B、Cの3種類となり、利用するサービス事業の種類によってどの類型で実施するかが決まります。原則的なケアマネジメントのプロセスと同様、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。

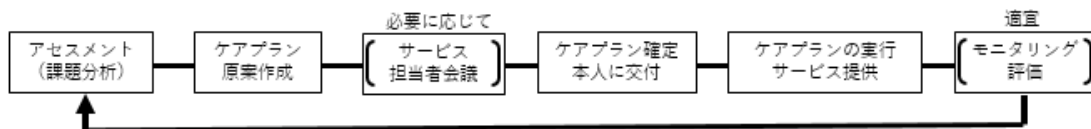
### (1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターが、現行の介護予防支援と同様に、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ります。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、面接できない場合は、電話等により利用者との連絡をとり実施します。



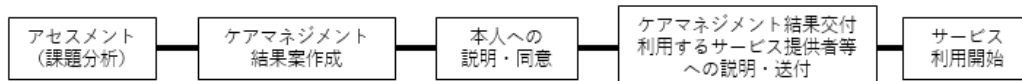
### (2) ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、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）

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合に実施します。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を利用者に説明し、理解を得た上で利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続します。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いません。利用者の状況の悪化や、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。



※セルフマネジメントの推進

## 6. 介護予防ケアマネジメントの手順

### (1) 介護予防ケアマネジメント対象者の要件を確認します

- ① 利用者の状況や意向を確認し、総合事業、要介護認定等の説明を行います。  
総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が事業対象者の基準に該当するかを確認します。

### (2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続きを行います

- ① 地域包括支援センターは、利用者宅を訪問して運営規定等を説明。重要事項を期した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得た上で、ケアマネジメントを開始します。(利用者との契約)  
② 地域包括支援センターは、利用者又はその家族に対し、もし利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、センター担当職員名及び連絡先を入院先に伝えてもらうよう依頼します。  
③ サービス利用開始前に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)を届出します。

#### 介護予防ケアマネジメント

##### ア) 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聞き取り等を通じ行います。
- ・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」などを利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら「～できない」という課題から「～たい」「～できるようにする」というような目的に変換します。
- ・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、信頼関係の構築に努めます。
- ・ケアマネジメント C については、介護予防手帳「おたっしや手帳」を活用し、アセスメントの段階から、利用者とは相談しながら、利用者の興味、関心のあることを通して生活の目標やその達成のために取り組むことを決定し、活動の記録を記載するなどセルフマネジメントツールとして活用することを想定しています。利用者自身が自身の目標や取り組み、達成状況を自分で確認、周囲と共有しながら評価していくための記録として有効に活用します。

##### イ) ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

※ケアマネジメントCでは、ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有します。

##### 目標の設定

生活の目標については、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、計画に定められ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です。

##### 利用するサービスの内容の選択

利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、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づけ、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。

- ・期間の設定については、「支援計画期間」を参照。



ウ) サービス担当者会議 ※ケアマネジメント A、B の一部の場合のみ

・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していますが、ケアプランの変更等を行ったときには、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。

エ) 利用者への説明・同意

オ) ケアプランの確定・交付 (ケアマネジメント結果交付)

・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及び家族に説明し、同意を得ます。

・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。

・ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、センターから送付します。

カ) サービス利用開始

キ) モニタリング (給付管理) ※ケアマネジメント A、B の一部の場合のみ

**ケアマネジメントAの場合**

少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月並びに利用者の状況に著しい変化のあったときは、訪問して面接します(※1)。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、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。

(※1)ただし、次のいずれにも該当する場合、3か月ごとの期間(以下「期間」という。)について、少なくとも連続する2期間に1回、利用者の居宅を訪問して面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができます。

- ①テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- ②サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
  - 1) 利用者の心身の状況が安定していること。
  - 2) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
  - 3) 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

**ケアマネジメントBの場合**

モニタリングの期間を利用するサービス種類に応じて市町にて別途定める。しかし、少なくともサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときは訪問して面接し、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、面接できない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する

・ケアマネジメント B、C の該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておきましょう。

ク) 評価 ※ケアマネジメント A、B の場合のみ

・ケアマネジメントA、B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、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今後の方針を決定します。

[介護予防ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施]

	介護予防支援	ケアマネジメント		
		A	B	C
ア. アセスメント	○	○	○	○
イ. ケアプラン原案作成	○	○	○	—
ウ. サービス担当者会議	○	○	△	—
エ. 利用者への説明・同意	○	○	○	○
オ. ケアプラン確定・交付	○	○	○	○ マネジメント結果
カ. サービス利用開始	○	○	○	○
キ. モニタリング	○	○	○適宜	—
ク. 評価	○	○	○適宜	—

○:実施、△必要に応じて実施、—不要

[介護予防ケアマネジメントの実施にあたっての留意点]

- ・介護予防ケアマネジメントは、利用者本人の住所地を担当する地域包括支援センター配置の3職種及び介護予防支援業務を行う職員が互いに連携・協力しながら実施します。
- ・単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援します。
- ・利用者の状態の特性を踏まえた具体的な目標を、期間を定めて設定し(※4)、利用者、サービス提供者等とともに共有します。
- ・利用者の自立支援を基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮します。
- ・サービス担当者会議、地域ケア会議等を通じて多職種連携により、総合事業以外保健医療・福祉サービス、住民サービス等、又は地域の予防活動等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用します。
- ・介護予防サービス・支援計画の策定に当たっては、利用者の個性を重視した効果的なものとします。
- ・機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めます。
- ・利用者自らが、自身のケアマネジメントを行うことの推進を図るため、介護予防の効果が期待できる利用者に対して、アセスメントの段階から、利用者の興味・関心に基づいた生活の目標を立て、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら利用者、家族、介護予防ケアマネジメント受託者、総合事業実施事業者等で情報共有できるようにします。

※4) 支援計画期間について

佐賀中部広域連合では、支援計画期間において上限を設けています。

対象者		上限とする計画期間
要 支 援 者	状態が安定している	認定有効期間を考慮し設定 ※計画期間を6月以上とする場合は最長6月毎に中間評価を行う
	状態が安定していない (新規申請・区分変更よる者、サービス導入後間もない者、その他状態安定していないと判断される者)	最長6月
事 業 対 象 者	ケアマネジメントA	最長1年 ※計画期間を6月以上とする場合は最長6月毎に中間評価を行う
	ケアマネジメントB	最長2年 ※計画期間を6月以上とする場合は最長6月毎に中間評価を行う
	ケアマネジメントC	期間の設定なし

\*中間評価では、経過記録等に目標達成の状況・今後の方針等並びに支援計画の見直しについて、担当者の判断及び理由を明確に記載します。

佐中広給第36号  
平成24年4月17日

指定介護予防支援事業所 管理者 様

佐賀中部広域連合  
事務局長 松尾安朋

介護予防支援業務に係る『計画期間』について（再通知）

介護予防支援業務に係る介護予防サービス・支援計画書に定める支援計画の期間（以下、計画期間という）について、平成24年3月28日付け佐中広給第28号で通知した内容を一部修正し、下記のとおりとしますのでお知らせいたします。

記

1 介護予防支援業務に係る『計画期間』について

（従来の取り扱い）6月ごと

⇒ （平成24年4月以降作成分より）認定有効期間を考慮し設定する。

【注意点】

「計画期間」は、設定した目標を達成するために「支援内容」に掲げた支援を、どの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

「計画期間」の設定においては、「認定の有効期間」を考慮し、その範囲内で設定するものとする。  
なお、目標に対し適切な計画期間が設定されていないと思われる場合には、指導を行うこととなる。

「計画期間」は、基準省令により最長で認定の有効期間とするが、「計画期間」を6月以上12月とする場合は、中間評価を行うものとする。

ただし、中間評価の結果、支援計画修正の必要が認められない場合は、支援計画書の再作成は不要とする。

なお、中間評価の時期については、「計画期間」の半期以内の期間で行うこととし、中間評価においては、介護予防支援経過記録等に目標達成の状況・今後の方針等並びに支援計画の見直しについての担当者の判断及び理由を明確に記載することとする。

2 変更にあたって

今回の見直しは、要介護認定に係る有効期間の見直しを踏まえ、状態の安定した要支援者に対する業務の簡素化を図ったものであるが、その対応にあたっては、これまで同様、適切なマネジメントによる対応をお願いしたい。

特に、新規申請・区分変更申請による認定者、サービス導入後間もない利用者においては、十分な配慮が必要であり、“状態の安定した要支援者”に該当するものではない。

なお、見直しに係る経過等は、別記の内容を参照されたい。

## 7. 介護予防ケアマネジメントに使用する様式

	介護予防支援	ケアマネジメント		
		A	B	C
利用者基本情報	○	○	○	○
介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果記録表)	○	○	○	ケアマネジメント結果
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	○	○	○	△
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	○	○	○	△
基本チェックリスト	○	○	○	○

○:必須、△:必要に応じて活用

※「興味・関心チェックシート」「生活状況を把握するためのアセスメントシート」「課題整理総括表・評価表」は必須ではありません。必要に応じて活用ください(令和5年度～)。

ケアマネジメントCで使用する様式は、国が例示するケアマネジメントAの様式を活用した「ケアマネジメント結果等記録表」を用いるほか、構成市町の判断で任意の様式を用いることもできます。

ただし、その場合は、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題(アセスメント結果)」「課題の解決への具体的対策(利用サービス)」「注意事項」といった内容とすることが望まれます。構成市町独自の様式を使用する際は、事前に本広域連合と協議の上で内容を決定します。

[参考:佐賀中部広域連合ホームページ]

・介護予防ケアマネジメントに使用する様式について

ホーム>介護保険>介護予防について>【事業所向け】介護予防・日常生活支援総合事業>介護予防ケアマネジメント関連様式一覧

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/\\_1316/\\_1317.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/_1316/_1317.html)

## 8. 介護予防ケアマネジメントの業務委託

包括的支援事業全体の円滑な実施を考慮し、地域包括支援センターが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することは可能です。しかし、請求事務は委託できませんので、地域包括支援センター経由で佐賀県国民健康保険団体連合会に提出します。

また、ケアマネジメント全体に地域包括支援センターの関与(※5)が必要であり、指定居宅介護支援事業所に委託した場合も、最終的な責任は地域包括支援センターとなります。

### (1) ケアマネジメント A

ケアマネジメントAは以下の表のとおり、利用するサービスによって地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所への一部委託が可能です。ケアマネジメント A を委託可能な場合に、構成市町が実施するサービス B やサービス D を追加する際も委託可能です。

委託する際は、自立支援・重度化防止に資する介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方等を地域包括支援センターが委託先指定居宅介護支援事業所の担当者へ説明します。

委託する介護予防ケアマネジメント業務は介護予防支援同様、台帳への記録及び進行管理を行います。

サービス事業		指定居宅介護支援事業所への委託の考え方
訪問介護相当サービス 生活援助型訪問サービス 通所介護相当サービス 運動型通所サービス	事業対象者	基本的に委託不可 (※6 ただし、要支援者からの継続委託等は可)
	要支援者	委託可(継続・新規)
訪問型サービス C 通所型サービス C		委託不可

※6) 事業対象者を例外的に委託したい場合は事前に本広域連合までご相談ください。

### (2) ケアマネジメント B 及び C・・・委託不可です。

各サービス事業におけるケアマネジメント類型については、実施状況等を踏まえながら毎年度構成市町の意向を確認したうえで、決定しています。

#### ※5) ケアマネジメント全体に地域包括支援センターの関与とは

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、一般的に当該居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを適切に行っているかについて確認することが重要。具体的には、委託事業者が作成した介護予防サービス計画原案の適切性や内容の妥当性を地域ケア会議の活用等何らかの形で確認する必要がある。

平成 27 年 6 月 5 日付老健発 0605 第 1 号介護予防・日常生活支援総合事業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)の実施及び介護予防手帳の活用について【一部抜粋】

#### 4実施主体(実施担当者)

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の実施件数、指定介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減性には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。

介護予防ケアマネジメントの望ましい実施体制の例として、(1)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行う、(2)居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが行い(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所が行い、適宜地域包括支援センターが関与する等が考えられる。なお、居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議を活用しつつ、その全てに関与されたい。

● 各サービス事業におけるケアマネジメント類型と業務委託一覧

(1) 訪問型サービス

サービス種類	対象区域		マネジメント類型	居宅への委託	
				要支援者	事業対象者
訪問介護相当サービス	全域		A	可	基本的に不可(※7)
生活援助型訪問サービス	全域		A	可	基本的に不可(※7)
訪問型サービス A	市町	—	—	—	—
訪問型サービス B (住民主体)	市町	佐賀市	C	不可 ※ただし、委託可能なケアマネジメント A の利用者に訪問型サービス B を追加する 場合は委託可	
		多久市			
		小城市			
		吉野ヶ里町			
訪問型サービス C (短期集中)	市町	多久市	A	不可	
		吉野ヶ里町			
訪問型サービス D (移動支援)	市町	佐賀市	C	不可 ※ただし、委託可能なケアマネジメント A の利用者に訪問型サービス D を追加する 場合は委託可	
		多久市			

※7) 要支援者からの継続委託等は委託可ですが、その場合は事前に本広域連合までご相談ください。

(2) 通所型サービス

サービス種類	対象区域		マネジメント類型	居宅への委託	
				要支援者	事業対象者
通所介護相当サービス	全域		A	可	基本的に不可(※8)
運動型通所サービス	全域		A	可	基本的に不可(※8)
通所型サービス A(委託)	市町	小城市	B	不可	
通所型サービス B (住民主体)	市町	佐賀市	C	不可 ※ただし、委託可能なケアマネジメント A の利用者に通所型サービス B を追加する 場合は委託可	
通所型サービス C (短期集中)	市町	佐賀市	A	不可	
		多久市			
		小城市			
		神崎市			

※8) 要支援者からの継続委託等は委託可ですが、その場合は事前に本広域連合までご相談ください。



## IV. 給付管理について

### 1. 支給限度額

事業対象者、要支援者の支給限度額は下記のとおりです。

対象者	支給限度額(1月あたり)	利用負担割合
事業対象者	5,032 単位	1割、一定以上の所得の利用者は2割または3割
要支援1		
要支援2	10,531 単位	

### 2. 給付管理業務

サービス事業で給付管理が必要となるサービスは、下記の表の「限度額管理対象サービス」です。「限度額対象外サービス」は給付管理が不要となります。要支援者は、予防給付と限度額管理対象サービス事業の合計額で支給限度額管理を行います。サービス事業所からの実績報告に基づき、給付管理票等の作成し、佐賀県国民健康保険団体連合会へ提出してください。

\*総合事業においては、給付管理を行うサービスであっても給付制限は適用しません。

	限度額管理対象サービス (給付管理必要)	限度額管理対象外サービス (給付管理不要)
予防給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防訪問入浴介護</li> <li>・介護予防訪問看護</li> <li>・介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>・介護予防通所リハビリテーション</li> <li>・介護予防福祉用具貸与</li> <li>・介護予防短期入所生活介護</li> <li>・介護予防短期入所療養介護</li> <li>・介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>・介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>・介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用に限る)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防居宅療養管理指導</li> <li>・介護予防特定施設入居者生活介護(外部サービス利用型を除く) ※外部サービス利用型は、要支援度に応じた限度単位数が上記とは別に設定</li> <li>・介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く)</li> <li>・(介護予防支援)</li> </ul>
サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護相当サービス</li> <li>・生活援助型訪問サービス</li> <li>・通所介護相当サービス</li> <li>・運動型通所サービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービス B(住民主体)</li> <li>・訪問型サービス C(短期集中)</li> <li>・訪問型サービス D(移動支援)</li> <li>・通所型サービス A(委託)</li> <li>・通所型サービス B(住民主体)</li> <li>・通所型サービス C(短期集中)</li> </ul>

### [サービス事業の種別コード]

種別コード	種類
A2	訪問介護相当サービス・生活援助型サービス
A6	通所介護相当サービス・運動型通所サービス
AF	介護予防ケアマネジメント



### 3. 介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン

予防給付の限度額対象サービスの利用が当月に1日でもあれば「介護予防支援費」としての請求となり、予防給付の限度額対象サービスの利用はないが、総合事業のサービス事業の利用がある場合は「介護予防ケアマネジメント費」として請求事務を行います。令和6年4月1日時点での提出パターンは以下の参考資料を参照ください。

参考資料「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(その4)(令和6年3月18日事務連絡)-資料6)」  
・介護予防・日常生活支援総合事業における請求明細書と給付管理票の提出パターン  
<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryuu/detail?gno=20453&ct=020050010>

### 4. 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の単位数及び加算

#### (1) 介護予防支援費

指定介護予防支援	
介護予防支援費(1月につき)	442 単位
初回加算	300 単位
委託連携加算	300 単位

#### (2) 介護予防ケアマネジメント費

介護予防ケアマネジメント A	
介護予防ケアマネジメント A 費(1月につき)	442 単位
初回加算	300 単位
委託連携加算	300 単位
介護予防ケアマネジメント B	
介護予防ケアマネジメント B 費(1月につき)	425 単位
初回加算	300 単位
介護予防ケアマネジメント C	
介護予防ケアマネジメント C 費(1月につき)	425 単位

#### (3) 加算

##### ① 初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア) 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2か月以上経過後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいは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、サービス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。

##### ② 委託連携加算

地域包括支援センターが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際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合に算定を行います。委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができます。

## V. その他

### 1. 住所地特例者の取り扱いについて

住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメント及び介護予防支援は、利用者本人が居住する（住民票を有する）施設所在地の地域包括支援センターが実施します。

住民票が居住地と異なる場合、居住地の総合事業のサービスは利用できません。また、介護予防ケアマネジメント及び給付管理は、原則どおり住民票の住所を担当する地域包括支援センターが行います。

#### 例1) 域外から転入の場合

A市から、佐賀中部広域連合（域内）の住所地特例施設へ転入された場合	
保険者	A市
介護予防サービス計画作成依頼届	域内の施設所在地市町の地域包括支援センターが、A市の介護予防サービス計画作成依頼届を、佐賀中部広域連合に提出する。
被保険者証	A市から送付
要介護認定等の資料提供に係る申出書	直接A市に請求する。（主治医意見書等は、直接A市へ）
サービス利用	佐賀中部広域連合の総合事業を利用することが可能
請求	保険者は、A市なので請求は、被保険者証に記載されているA市の番号を記載して佐賀県国保連合会に提出
介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	A市から支払

#### 例2) 域内からの転入の場合

吉野ヶ里町から、佐賀市の住所地特例施設へ転入された場合	
保険者	吉野ヶ里町
介護予防サービス計画作成依頼届	佐賀市の地域包括支援センターが、介護予防サービス計画作成依頼届を佐賀中部広域連合に提出する。
被保険者証	佐賀中部広域連合から送付 保険証は、現住所「佐賀市」が記載される。
請求	被保険者証に記載されている佐賀市の番号を記載して佐賀県国保連合会に提出
介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	佐賀中部広域連合から支払

\*域内の住所地特例施設へ転居される場合、被保険者証に記載されているとおりに請求します。域内の住所地特例の情報は、他の利用者と同様の手続きで完了です。

## 2. 暫定時利用時のプラン・請求の取り扱いについて

### (1) 暫定利用時の認定申請から給付管理までの流れについて

[参考:佐賀中部広域連合ホームページ]

・ホーム>介護保険>事業者・医療機関の方へ>制度改正等のお知らせ>居宅サービス計画作成依頼届出書および暫定ケアプランの取扱いの変更について

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/jigyoiryo/\\_I304/\\_I338.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/jigyoiryo/_I304/_I338.html)

### (2) 介護予防・日常生活支援総合事業及び訪問介護、通所介護の暫定利用時の請求の取り扱いについて

[参考:佐賀中部広域連合ホームページ]

・ホーム>介護保険>介護予防について>【事業者向け】介護予防・日常生活支援総合事業>■総合事業に関する QandA>介護予防・日常生活支援総合事業及び訪問介護・通所介護の暫定利用時の請求の取り扱いについて

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/\\_I316.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/_I316.html)

### (3) 介護予防・日常生活支援総合事業（緩和サービス）の暫定利用時の請求の取り扱いについて

[参考:佐賀中部広域連合ホームページ]

・ホーム>介護保険>介護予防について>【事業者向け】介護予防・日常生活支援総合事業>■総合事業に関する QandA>QandA 別紙 総合事業（緩和サービス）の暫定利用時の請求の取り扱いについて

[https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/\\_I316.html](https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/_I316.html)

## 3. 月額包括報酬の日割り請求について

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について、令和6年4月1日時点での対象事由と起算日は以下の参考資料で確認ください。

- ・対象事由に該当する場合、日割りで算定します。該当しない場合は、月額包括報酬で算定します。
- ・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します。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します。

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

月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

参考資料「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（その4）（令和6年3月18日事務連絡）-資料9）」

・月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=20453&ct=020050010>

## VI. 様式(参考)

### 利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者：

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話・訪問		初回
		その他 ( )		再来(前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )			
被保険者番号 フリガナ		性別	M・T・S 年 月 日生	
本人氏名				
住所			Tel	
			fax	( )
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 )			
障害等認定	身障 ( ) ・ 療育 ( ) ・ 精神 ( ) ・ 難病 ( ) ・ その他 ( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室(有階・無)・住宅改修(有・無) 浴室：有・無 便所：洋式・和式 段差の問題：有・無 床材、じゅうたんの状況 ( ) 照明の状況 ( ) 履物の状況 ( )			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・( )			
来所者(相談者)		続柄	家族構成	
来所者(相談者)住所・連絡先	Tel ( )		◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
			日中独居(有・無) 家族関係等の状況	

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況  (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

### 《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
				Tel	治療中 経過観察中 その他	
				Tel	治療中 経過観察中 その他	
				Tel	治療中 経過観察中 その他	
				Tel	治療中 経過観察中 その他	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス



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）

No. \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）  
 委託の場合：作成計画者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）  
 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

アセスメント領域と現在の状況 <small>（運動・移動について）</small>	本人・家族の意志・意向	領域における課題 <small>（背景・原因）</small>	総合的課題	課題に関する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援 （介護保険サービス以外の利用サービス）	介護保険サービスは地域支援事業（総合的課題のサービス）	サービス種別	事業所 <small>（利用先）</small>	期間	
（日常生活（介護生活）について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
（社会参加、友人関係、コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
（健康管理について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来自らへき支援が実施できない場合】  
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。  
 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

地域包括支援センター意見

運動不足	5 / 5	栄養改善	2 / 2	口腔内ケア	3 / 3	閉じこもり予防	2 / 3	物忘れ予防	3 / 5
------	-------	------	-------	-------	-------	---------	-------	-------	-------

基本チェックリストの（該当した項目数）/（質問項目数）を記入してください  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

予防給付または地域支援事業



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）

No. \_\_\_\_\_ 利用者名 \_\_\_\_\_ 機 \_\_\_\_\_

認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期限 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合、作成計画者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

初回・紹介・継続 \_\_\_\_\_ 認定済・申請中 \_\_\_\_\_ 要支援1・要支援2 \_\_\_\_\_ 地域支援事業 \_\_\_\_\_

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	本人・家族の意志・意向	領域における課題 (背景・原因)	課題に関する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	支援計画			期間		
							本人等のセルフケアや家族の支援 （利用サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業 （総合事業のサービス）	サービス種別		事業所 (利用先)	
(日常生活（食生活）について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
(社会参加、対人関係、コミュニケーションについて)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
(健康増進について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
御膳状態について <input type="checkbox"/> 主治医患患書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点												
【本来的うべき支援が実施できない場合】 必要な支援の実施に向けた方針												
総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント												
基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。												
運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/3	/5	
地域包括支援センター意見												
計画に関する同意												
上記計画について、同意いたします。												
年 _____ 月 _____ 日												



事業所名

評価日 年 月 日

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）サービス評価表

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/> フロン継続 <input type="checkbox"/> フロン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
---	--

## 基本チェックリスト

記入日 年 月 日

氏名		生年月日	
		年 月 日	

この基本チェックリストでは、現時点での日常生活、運動機能、栄養、口腔、閉じこもり、認知機能、うつ症状を確認することができます。各質問に対し「はい」「いいえ」でお答えください。

No	質問項目	回答		「1」の数
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	日常生活 No.1~20 (10個以上は該当)  _____個
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 No.6~10 (3個以上は該当)  _____個
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か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	栄養 No.11~12 (2個以上は該当)  _____個
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____ ) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合は、「1.はい」に該当	1.はい	0.いいえ	
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 No.13~15 (2個以上は該当)  _____個
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 No.16
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ますか	1.はい	0.いいえ	認知機能 No.18~20 (1個以上は該当)  _____個
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 No.21~25 (2個以上は該当)  _____個
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	