



総合事業における 介護予防ケアマネジメント

令和7年4月～



目次

I. 用語の説明(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより)	2
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. 事業の経緯及び本冊子作成の目的	4
2. 介護予防ケアマネジメントとは	5
3. 訪問型サービス・通所型サービスの内容及び介護予防ケアマネジメントの種類	6
4. サービス・活動事業の利用対象者	7
5. 介護保険サービスの利用についての相談対応	8
6. 指定居宅介護支援事業者が本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	10
III. 基本チェックリストと介護予防ケアマネジメントの実際	10
1. 基本チェックリストの実施	11
2. 介護予防ケアマネジメントの実際	12
3. 介護予防ケアマネジメントで使用する様式	16
4. 介護予防ケアマネジメントの業務一部委託	16
IV. 給付管理について	17
1. 支給限度額	17
2. 給付管理業務	17
3. 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	18
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	18
V. その他	19
1. 住所地特例者の取り扱いについて	19
2. 暫定時利用時のケアプラン作成及び請求について	20
3. 月額包括報酬の日割り請求について	20
1. 各種様式	21
2. 参考資料、コンテンツ	25

本冊子は、介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨を踏まえ、佐賀中部広域連合管内の地域包括支援センター(以下「センター」という。)や介護支援専門員等が適切な介護予防ケアマネジメントに取り組む際の手引書として活用することを目的に作成している。

I. 用語の説明(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより)

用 語	意 味
① 総合事業	<p>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をいう。サービス・活動事業(第1号事業)及び一般介護予防事業で構成される。</p> <p>地域に暮らす高齢者の社会参加、介護予防及び自立した日常生活のためのニーズに対応するため、市町村が中心となって、地域住民等多様な主体による多様なサービス・活動の充実を図るもの。</p>
② 居宅要支援被保険者	要支援認定を受けた被保険者のうち居宅において支援を受けるもの
③ 居宅要支援被保険者等	居宅要支援被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(介護保険法施行規則第140条の62の4)
④ 事業対象者	基本チェックリストに該当した第1号被保険者。要支援者に相当する状態等の者。
⑤ 継続利用要介護者(未実施)	居宅要介護被保険者であって、要介護認定を受ける日以前から継続的にサービス・活動事業(従前相当サービス及びサービス・活動Cを除く。)を利用する者で市町村が必要と認める者
⑥ サービス・活動事業	<p>総合事業の一つ。</p> <p>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から構成される。</p>
⑦ 訪問型サービス(第1号訪問事業)	<p>総合事業におけるサービス・活動事業の一つ。</p> <p>従前相当サービス(訪問介護員等によるサービス)と、それ以外の多様なサービス・活動からなる。</p> <p>居宅要支援被保険者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するもの。</p>
⑧ 通所型サービス(第1号通所事業)	<p>総合事業におけるサービス・活動事業の一つ。</p> <p>従前相当サービス(通所介護事業者の従事者によるサービス)と、それ以外の多様なサービス・活動からなる。</p> <p>居宅要支援被保険者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供するもの。</p>
⑨ その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)	<p>総合事業におけるサービス・活動事業の一つ。</p> <p>1) 栄養改善を目的とした配食、2) 一人暮らし高齢者等への見守り(定期的な安否確認及び緊急時の対応)、3) 訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等)がある。</p>
⑩ 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)	<p>総合事業におけるサービス・活動事業の一つ。</p> <p>居宅要支援被保険者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメントを提供するもの。</p>
⑪ 従前相当サービス(訪問型・連合指定)	<p>訪問型サービスの一つ。指定事業者が行う。</p> <p>旧介護予防訪問介護等のサービスの範囲内で訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活援助のほか、短時間の身体介護といったサービス内容も含まれる。</p>
⑫ 訪問型サービス・活動A(連合指定/市町独自)	<p>訪問型サービスの一つ。指定事業者が実施、又は市町村が直接又は委託して行う。</p> <p>主に雇用される労働者(訪問介護員等又は一定の研修受講者)が行う生活援助等のサービス。</p> <p>本連合では指定事業所が行う生活援助のみのサービスを「生活援助型訪問サービス」と呼んでいる。</p>

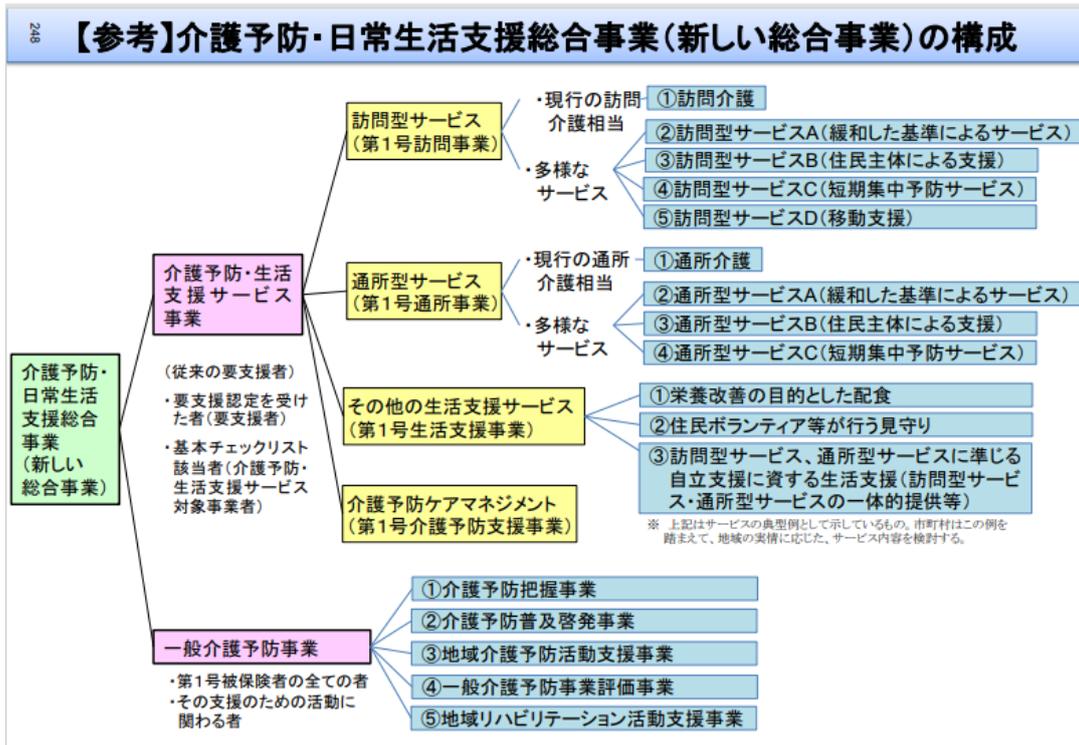
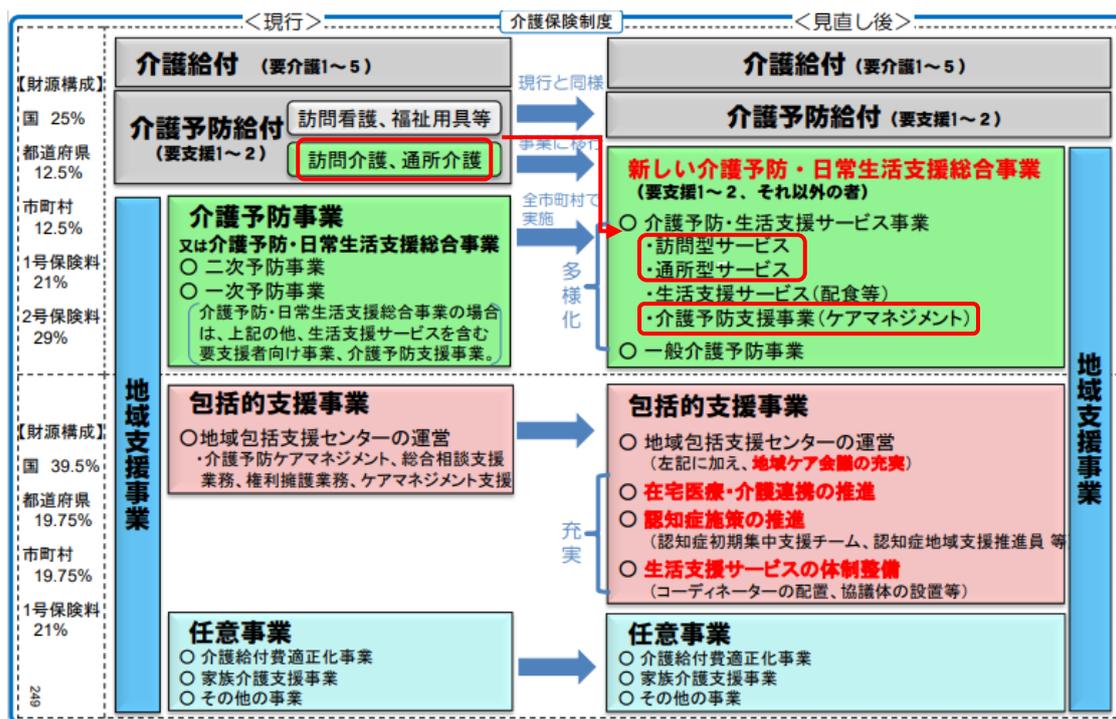
<p>⑬ 訪問型サービス・活動 B (市町独自)</p>	<p>訪問型サービスの一つ。市町村が補助・助成を行う。 主に住民ボランティア等、住民主体の自主活動として行う生活援助等の多様な支援。(訪問型サービス・活動 D に該当するものを除く。) 例えば買い物代行、調理、ゴミ出し、電球の交換、布団干し、階段の掃除といった支援等が考えられ、生活上の困りごとへの支援を柔軟に行う。 また、高齢者自身が支援の担い手として社会参加できるような取組を行うことも望ましい。</p>
<p>⑭ 訪問型サービス・活動 C (市町独自)</p>	<p>訪問型サービスの一つ。市町村が直接又は委託して行う。 3月以上6月以下の期間を定めて、保健医療に関する専門職が居宅を訪問し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する。効果的と判断される場合は通所型サービス・活動Cと組み合わせて実施できる。</p>
<p>⑮ 訪問型サービス・活動 D (市町独自)</p>	<p>訪問型サービスの一つ。市町村が補助・助成を行う。 有償・無償のボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体及び当該活動を支援する団体が提供するサービス・活動のうち、移動支援や移送前後の生活支援のみを行うもの。</p>
<p>⑯ 従前相当サービス (通所型・連合指定)</p>	<p>通所型サービスの一つ。指定事業者が行う。 施設に通い、入浴、排せつ、食事等の介護等の日常生活上の支援及び機能訓練を行うもの。</p>
<p>⑰ 通所型サービス・活動 A (連合指定/市町独自)</p>	<p>通所型サービスの一つ。指定事業者が実施、又は市町村が直接又は委託して行う。 多様な主体によるサービス・活動で、高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業であり、例えばミニデイサービスや運動、レクリエーション活動を行う。 本連合では指定事業所が行う3時間未満の機能訓練のみのサービスを「運動型通所サービス」と呼んでいる。</p>
<p>⑱ 通所型サービス・活動 B (市町独自)</p>	<p>通所型サービスの一つ。市町村が補助・助成を行う。 住民主体による居宅要支援被保険者等を中心とした定期的な利用が可能な自主的な通いの場。例えば体操・運動等の活動、趣味活動、交流会・サロン、会食などを行う。 障害者や子ども、居宅要支援被保険者等以外の高齢者等も加わる共生型での実施も可能。 また、サービス・活動Bでの送迎実施や、訪問型サービス・活動Dを組み合わせ、送迎を別主体が行うことも可能。</p>
<p>⑲ 通所型サービス・活動 C (市町独自)</p>	<p>通所型サービスの一つ。市町村が直接又は委託して行う。 3月以上6月以下の期間を定めて、保健医療に関する専門職が居宅や地域での生活環境を踏まえた評価のために訪問した上で、おおよそ週1回以上介護予防プログラムを実施し、家庭や社会への参加につなげる。効果的と判断される場合は訪問型サービス・活動Cと組み合わせて実施できる。</p>
<p>⑳ 一般介護予防事業</p>	<p>総合事業の一つ。 市町村や地域住民が主体となった体操等の介護予防教室や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。 一般介護予防事業には、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、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業がある。</p>
<p>㉑ 生活支援・介護予防サービス</p>	<p>介護保険制度の地域支援事業(サービス・活動事業、一般介護予防事業、任意事業)及び介護保険制度外(その他市町村実施事業、民間市場でのサービス提供)をいう。</p>
<p>㉒ 要支援者</p>	<p>要介護認定を経て、要支援1,2と認定された者</p>
<p>㉓ 要支援者等</p>	<p>①要支援者または②事業対象者の総称</p>
<p>㉔ 指定介護予防支援</p>	<p>居宅要支援被保険者が介護予防サービス等の利用できるよう、介護予防サービス計画を作成するとともに、関係機関との連絡調整などを行うもの。</p>

II. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

1. 事業の経緯及び本冊子作成の目的

地域包括ケアシステムの構築に向けて、第6期（H27～29）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地域の実情に応じ市区町村が実施していく介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）となった。佐賀中部広域連合（以下「連合」という）では、平成 29 年 10 月から総合事業に移行した。

OH27「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」より

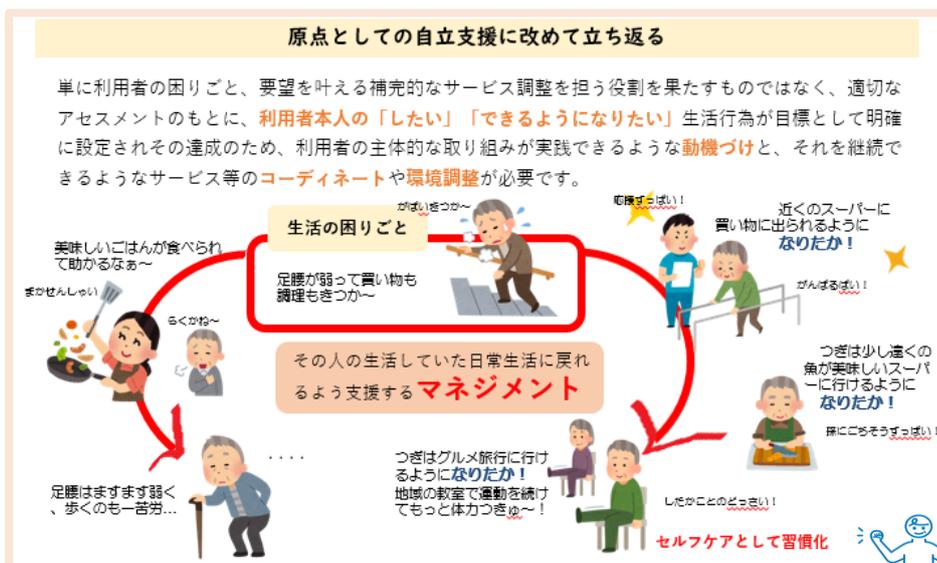


2. 介護予防ケアマネジメントとは

介護予防ケアマネジメントは、センターが居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援等を受けている者を除く）に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、訪問型サービス、通所型サービス及びその他生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市町村の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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。



センターは居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、目標を設定し、その達成に向けて介護予防に自ら取り組み、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、地域の中で生きがいや役割を持つ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利用者の多様な選択を支援していくことが重要である。



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行う。



3. 訪問型サービス・通所型サービスの内容及び介護予防ケアマネジメントの類型

事業所指定は連合が行う。それ以外の訪問型サービス及び通所型サービスは、地域の特定に合わせてそれぞれの構成市町（以下「市町」という）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る。

介護予防ケアマネジメントの類型は A、B、C の 3 種類があり、利用するサービス・活動事業により決まる（詳細は [PI2](#)～参照）。また、センターは利用するサービス・活動によって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できる（詳細は [PI6](#)～参照）。

(1) 訪問型サービス

名称	実施主体		実施方法	開始年月	マネジメント 類型	居宅事業所への委託	
						要支援者	事業対象者
従前相当サービス (訪問型)	連合		事業所 指定	H29.4～	A	可	基本的に不 可(※1)
生活援助型訪問 サービス	連合		事業所 指定	H30.10～	A	可	基本的に不 可(※1)
訪問型サービス・ 活動 A	市町	実施なし	委託	—	—	—	—
訪問型サービス・ 活動 B (住民主体)	市町	佐賀市	補助	R2.9～	C	不可 ※但し、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・活動 B 追加の 場合は委託可	
		多久市	補助	R4.7～			
		小城市	補助	R1.6～			
		神崎市	補助	R7.4～			
		吉野ヶ里町	補助	R4.8～			
訪問型サービス・ 活動 C (短期集中)	市町	多久市	委託	R2.4～	A	不可	
		吉野ヶ里町	委託	R4.5～			
訪問型サービス・ 活動 D (移動支援)	市町	佐賀市	補助	R2.9～	C	不可 ※但し、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 追加の場合は 委託可	
		多久市	補助	R4.7～			
		神崎市	補助	R7.4～			
		吉野ヶ里町	補助	R7.4～			

(2) 通所型サービス

種類／内容	実施主体		実施方法	開始年月	マネジ メント 類型	居宅事業所への委託	
						要支援者	事業対象者
従前相当サービス (通所型)	連合		事業所 指定	H29.4～	A	可	基本的に不 可(※1)
運動型通所サービ ス	連合		事業所 指定	H30.10～	A	可	基本的に不 可(※1)
通所型サービス・活 動 A	市町	小城市	委託	H30.10～	B	不可	
通所型サービス・活 動 B (住民主体)	市町	佐賀市	補助	R2.9～	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・活動 B 追加 の場合は委託可	
通所型サービス・活 動 C (短期集中)	市町	佐賀市	委託	H30.10～	A	不可	
		多久市	委託	R2.6～			
		小城市	委託	R1.10～			
		神崎市	委託	R4.4～			

※1) 要支援者からの継続委託等は委託可だが、その場合は事前に本広域連合まで相談すること。

(1) 訪問型サービスの併用

	従前相当サービス(訪問型)	生活援助型訪問サービス	訪問型サービス・活動 B (住民主体)	訪問型サービス・活動 C (短期集中)	訪問型サービス・活動 D (移動支援)
従前相当サービス(訪問型)		×	○(※2)	○	○
生活援助型訪問サービス	×		○(※2)	○	○
訪問型サービス・活動 B (住民主体)	○(※2)	○(※2)		○	○
訪問型サービス・活動 C (短期集中)	○	○	○		○
訪問型サービス・活動 D (移動支援)	○	○	○	○	

※2) 訪問型サービス・活動 B の他に、従前相当や生活援助型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だが、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する。

(2) 通所型サービスの併用

	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		×	×	○(※3)	×
運動型通所サービス	×		×	○(※3)	×
通所型サービス・活動 A (市町実施分)	×	×		○(※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)	

※3) 生活機能の改善や自立支援に向けて、通所型サービス・活動 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(退院直後で状態が変化しやすいケース、自立支援に向けて従前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)だが、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・活動 B (住民主体) のみへの移行を検討する。

4. サービス・活動事業の利用対象者

本連合におけるサービス・活動事業の利用対象者は、事業対象者と要支援者である。事業対象者は、予防給付サービスを利用することはできない。

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

5. 介護保険サービスの利用についての相談対応

(1) 要介護認定申請と事業対象者

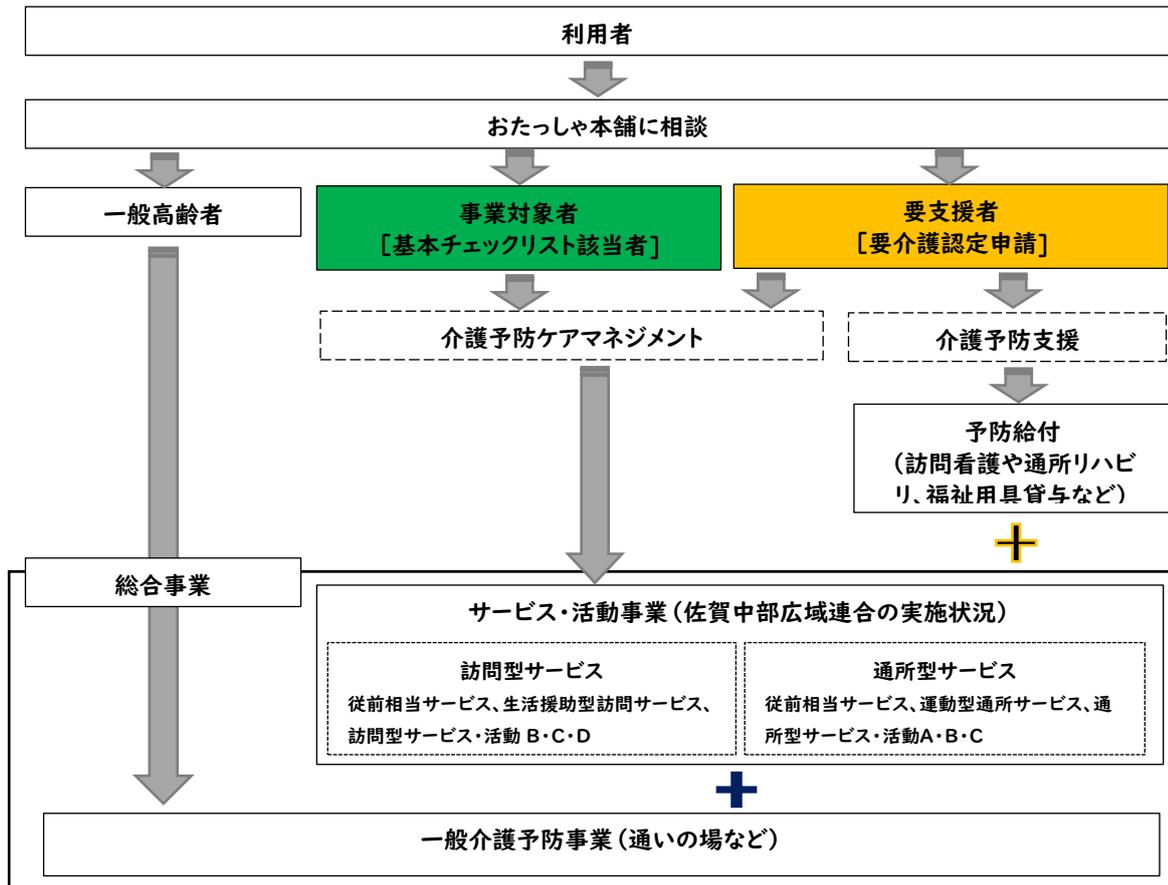
1) 下記のいずれかに該当する場合は、要介護認定の申請を案内する。

- 第2号被保険者
- 要介護認定の申請を希望されるとき
- 保険給付によるサービスの利用を希望されるとき
- 基本チェックリストのみでは本人の状態の判断が困難であり、医学的な視点を含む客観的な視点で本人の状態等を確認し、適切なサービスにつなげる必要があるとき

2) 下記のいずれかに該当する場合は、事業対象者としてサービス利用につなげる。

- サービス・活動事業のみの利用を希望し、要介護認定を省略し、迅速にサービスにつなげる必要があるとき
- 本人の希望により要介護認定の更新申請を行わず、サービス・活動事業のみの利用を希望されるとき
- サービス・活動事業のみを希望されるとき

フロー図



(2) 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事前に手続きが必要。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行う。

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う。

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する。事業対象者として登録する場合は、本連合給付課給付係に書類を提出する。

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する。転入先の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行う。

[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

連合より介護保険被保険者証（該当者へは負担割合証も）を送付する。登録日（認定日）は、基本チェックリストの実施日となる。

※要介護認定等申請をして「要介護Ⅰ以上」に認定された場合は、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者として総合事業のサービス・活動事業の利用を継続することができる。但し、介護給付サービスとサービス・活動事業を併用することはできない。

2) 事業対象者の廃止

以下の場合には、本連合給付課給付係に事業対象者廃止届を提出する。

[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・活動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

※同市町内転居（例：佐賀市内での転居）時は、転居先の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の本広域連合に提出する。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、転居先のセンターが廃止手続きを行う。

※要支援及び要介護に認定された場合は、事業対象者廃止届の提出は不要。（自動的に廃止となる）。

(3) サービス計画等作成依頼（変更）届出書

「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、以下の表のとおり。

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」がある。令和5年度まではどちらもセンターとの契約が必要で、「センター」又は「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る。しかし、介護予防ケアマネジメントは、直接契約はできず、引き続き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、引き続き可能である。

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、ケースによってセンターからの委託で介護予防支援を行うこともできる。

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又は中止する場合、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るので、注意が必要。

(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

※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たい。

III. 基本チェックリストと介護予防ケアマネジメントの実際



1. 基本チェックリストの実施

基本チェックリストは、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する。

原則として本人との対面で実施するが、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する。

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、要介護認定を申請する。

(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	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る。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する。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る。	日常生活 関連動作 No.1 ~ 20のうち 10項目 以上該当
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)を尋ねている。頻度は、本人の判断に基づき回答する。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となる。	
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る。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」となる。	
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る。電話による交流は含まない。また、家族や親戚の家への訪問は含まない。	
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る。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とする。	
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る。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とする。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」となる。	
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る。時々、つかまっている程度であれば「はい」とする。	
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る。屋内、屋外等の場所は問わない。	
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る。	
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する。	★栄養 No.11 ~ 12の全 てに該当
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る。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となる。	
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載する。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えない。BMI18.5未満が該当。	
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る。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」となる。	★口腔 No.13 ~ 15のうち 2項目以 上該当
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する。	
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する。	★閉じこ もり No.16に 該当
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か月の状態を平均する。	
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、今年度の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となる。	
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となる。	★認知機 能 No.18 ~ 20のうち 1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	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る。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」となる。	
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する。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となる。	

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する。
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	

★うつ
No.21～
25のうち
2項目以上
該当

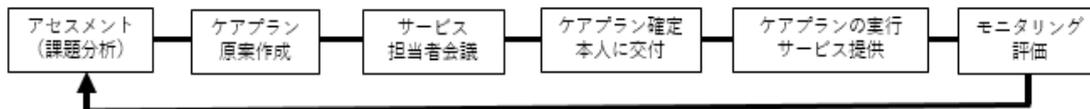
2. 介護予防ケアマネジメントの実践

(1) 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 種類があり、利用するサービス・活動事業の種類によってどの類型で実施するかが決まる(6ページの**類型**参照)。

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する。

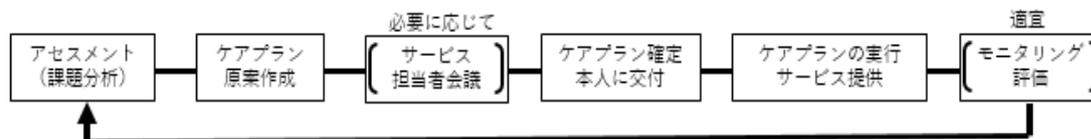
(1) ケアマネジメント A (原則的な介護予防ケアマネジメント)

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①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったときに行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行う。それ以外の月は、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る。



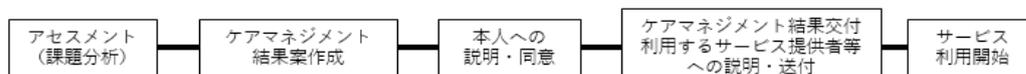
(2) ケアマネジメント B (簡略化した介護予防ケアマネジメント)

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する。サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。



(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、住民主体のサービス等のみを利用する場合に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する。利用者本人のセルフマネジメントを推進する観点から介護予防手帳(おたっしゅ手帳)を活用し、アセスメント(課題分析)の段階から利用者とは相談しながら、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する。ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解を得てから住民主体の支援の利用等を継続する。センターによるモニタリングは行わないので、その後は、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築しておく。



※セルフマネジメントの推進

(2) 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
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う。 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する。
2) 介護予防ケアマネジメントの利用手続き
①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する。(利用者との契約) ②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する。 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)届出書を連合に提出。
3) 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行う。 ・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」「～できるようになる」というような目的に変換する。 ・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る。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する。
②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」として共有する。 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する。 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。 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、単にサービス・活動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する。 ・期間の設定については、「※4」支援計画期間」を参照。
③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において実施する。 ・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るが、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。
④利用者への説明・同意
⑤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、同意を得る。 ・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する。 ・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、センターから送付する。
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、B の一部の場合のみ

※指定介護予防支援は取扱いが異なるので注意！

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、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、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する。

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。

（テレビ電話装置等を活用した面接：すべてを満たすこと）

- 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。

また、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう支援経過記録等に記載しておく。

（モニタリング延長の要件：すべてを満たすこと）

- ・ 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。
- ・ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ・ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。
- ・ 但し以下の場合は除く。
 - 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合（延長不可）。
 - 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者などは延長不可）。

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く。

⑧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、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する。

[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

※4) 支援計画期間について

本連合では、支援計画期間において上限を設けている。

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。最長 6 か月毎に中間評価(※5)
	状態が安定していない(※5)	最長 6 か月
事業対象者	ケアマネジメント A	最長 1 年。最長 6 か月毎に中間評価(※6)
	ケアマネジメント B	最長 2 年。最長 6 か月毎に中間評価(※6)
	ケアマネジメント C	期間の設定なし

※5) 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

※6) 計画期間を 6 か月以上とする場合は最長 6 か月毎に中間評価を行う。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する。

参考資料

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。

3. 介護予防ケアマネジメントで使用する様式

	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	○	○	○	○※7
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	○	○	○	○
介護予防手帳(おたっしゅ手帳)	△	△	△	○

○:必須、△:必要に応じて活用

※7) 介護予防ケアマネジメントCについて(R7年度から)

適切なアセスメントの結果、本人の選択及び目標を踏まえて介護予防ケアマネジメントCを実施し、事業実施者との利用調整等を行った場合は、利用実績の有無に関わらずケアマネジメントCを実施した月に請求できる。ただし、支援した内容を必ず経過記録に残すこと。(ケアマネジメントA及びBは不可。)

※「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」は必須ではないため、必要に応じて活用する(令和5年度から)。

※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る。

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。

4. 介護予防ケアマネジメントの業務一部委託

包括的支援事業全体の円滑な実施を考慮し、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ある。しかし、請求事務は委託できないため、センター経由で佐賀県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という)に提出する。

また、ケアマネジメント全体にセンターの関与(※8)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、最終的な責任はセンターとなる。

(1) ケアマネジメント A

ケアマネジメントAは利用するサービスによって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ある。ケアマネジメントAを委託可能な場合に、市町が実施するサービス・活動Bやサービス・活動Dを追加する際も委託可能である。

委託をする際は、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する。

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う。

(2) ケアマネジメント B 及び C・・・委託不可

サービス・活動事業		指定居宅介護支援事業所への委託の考え方
従前相当サービス(訪問型・通所型) 生活援助型訪問サービス 運動型通所サービス	事業対象者	基本的に委託不可 (※1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・活動C 通所型サービス・活動C		委託不可

※1) 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。

○ケアマネジメント類型は、実施状況等を踏まえつつ毎年度構成市町の意向を確認して決定している。

※8) 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。

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

(1) サービス・活動事業で給付管理が必要となるサービスは、表(※9)の「限度額管理対象サービス」である。「限度額対象外サービス」は給付管理が不要となる。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う。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、佐賀県国保連合会へ提出していただきたい。

*総合事業(サービス・活動事業)は、給付管理が必要なサービスでも給付制限は適用しない。

○限度額管理表(※9)

	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"> ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防福祉用具貸与 ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・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 ・介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防居宅療養管理指導 ・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 ・介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用を除く) ・(介護予防支援)
サービス・活動	<ul style="list-style-type: none"> ・従前相当サービス(訪問型) ・生活援助型訪問サービス ・従前相当サービス(通所型) ・運動型通所サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス・活動B(住民主体) ・訪問型サービス・活動C(短期集中) ・訪問型サービス・活動D(移動支援) ・通所型サービス・活動A(委託) ・通所型サービス・活動B(住民主体) ・通所型サービス・活動C(短期集中)

(2) サービス・活動事業の種別コード

種別コード	種類
A2	従前相当サービス(訪問型)、生活援助型サービス
A6	従前相当サービス(通所型)、運動型通所サービス
AF	介護予防ケアマネジメントA、B、C

3. 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

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)(令和7年3月28日事務連絡)・・・wamnet

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=21470&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

- ・予防給付の限度額対象サービスの利用が1日でもある → 「介護予防支援費」を請求
- ・総合事業のサービス・活動事業のみの利用であれば「介護予防ケアマネジメント費」を請求
- ・予防給付、総合事業両方のサービス利用があれば「介護予防支援費」を請求(Cは1回のみ)

(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る。

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、又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、初回加算の算定はできない。

2) 委託連携加算

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する。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できる。

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）施設所在地のセンターが実施する。

住民票が居住地と異なる場合は、居住地の総合事業のサービスは基本的に利用できない（※10）。その際の介護予防ケアマネジメント及び給付管理は、住民票の住所を担当するセンターが行う。

例1) 域外からの転入（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した場合）

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センターが、A市の介護予防サービス計画作成依頼届を、本連合に提出
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市に申出）
サービス利用	本連合の総合事業を利用できる
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（吉野ヶ里町から、佐賀市の住所地特例施設へ転入した場合）

保険者	吉野ヶ里町
介護予防サービス計画作成依頼届	佐賀市の住所地を担当するセンターが、介護予防サービス計画作成依頼届を本連合に提出
被保険者証	本連合から送付 保険者は、現住所の「佐賀市」が記載される。
要介護認定等の資料提供に係る申出書	本連合に請求
サービス利用	本連合の総合事業を利用できる
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	本連合から支払

※10) まれに本連合において総合事業の指定を受けている事業所があり、その場合は利用できる。本連合の指定を受けていない場合は全額自己負担となるため、利用前に必ず本連合に確認すること。

2. 暫定時利用時のケアプラン作成及び請求について

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は、連合ホームページに掲載している通知を確認する。

介護給付の訪問（通所）介護との間で置き換えられる、総合事業の訪問（通所）型サービス・活動は次のとおり。

暫定ケアプランに位置付けている総合事業のサービス	置き換える介護給付のサービス ※11
従前相当サービス（訪問型）	訪問介護（身体介護又は生活援助）
生活援助型訪問サービス	置換不可（※12）
従前相当サービス（通所型）	通所介護又は地域密着型通所介護
運動型通所サービス	置換不可（※12）

※11）置き換えるためには該当する介護給付サービスの指定を受けている必要がある。指定を受けていない場合は全額自己負担となるため注意！

※12）置換不可のサービスは、全額自己負担となるため注意！

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7年4月時点での対象事由と起算日は以下の参考資料で確認いただきたい。

- ・対象事由に該当する場合は日割りで算定し、該当しない場合は月額包括報酬で算定する。
- ・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（※13）に応じた日数による日割りとする（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）。

※13）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。

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 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

利用者氏名 _____ 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） _____

計画作成者（要項）日 年 月 日（初回作成日） 年 月 日（更新日） _____

計画作成者（要項）日 年 月 日（初回作成日） 年 月 日（更新日） _____

担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 → こんな風に暮らしたいとイメージを持つことは、利用者が自ら介護予防に取り組みきっかけとなります。利用者と一緒に考えましょう。

1日 *大きな目標にたどり着くための段階的な目標、日課にできることなど *今後の生活で達成したい目標、達成可能な具体的な目標

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意志・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に関する目標と具体策の提案	目標	支援計画
<p>*事実のみを記載（運動・移動） 室内外の歩行状況、転倒歴や転倒不安、ふらつきの有無や移動介（距離）、交通機関を利用した移動状況など</p> <p>（日常生活） 身の回りのことや家事全般をどうしているか、預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況など</p> <p>（社会参加・対人関係） 近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味など</p> <p>（健康管理） 健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無や清潔保持についての状況</p>	<p>本人・家族の意志・意向</p>	<p>ADL・IADLに支援を要する状況になっている原因を整理する</p> <p>領域ごとに課題の背景や要因を整理</p> <p>●個人因子 ●普段の体調管理・身体機能・認知機能・疾病・性格など</p> <p>回復可能なものか ⇒期間を区切った自立支援か、ずっと続く自立支援の見極め</p> <p>●環境因子 ●家族・友人・知人・近隣環境・住環境・在宅や地域の生活動線・かかりつけ医・民生委員・生涯生活歴（経済的因子にも注意）</p>	<p>重複する課題と優先順位の整理</p>	<p>課題に関する目標と具体策の提案</p> <p>本人・家族 本人・家族 本人・家族</p>	<p>目標</p>	<p>支援計画</p> <p>本人等のセルフケアや家族の支援、介護保険サービス又は地域支援事業（原案事業のサービス）</p> <p>サービス種別</p> <p>事業所 (市/田/保)</p> <p>期間</p>

ケアプラン

専門家の提案した目標と具体策に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階

目標を考える時の視点
その人の生活史、大切にしている・してきたこと、周囲の環境などを知ることが大切です。

- 「暮らし方、生活習慣」で取り戻したいこと
- 「していること」で維持し続けたいこと
- 「できること(可能性)」で始めたいこと
- 「望む・目指す生活」で実現したいこと

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

【本来行うべ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

【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	5	2	3	2	3	2	3	5
予防給付または地域支援事業	5	2	3	2	3	2	3	5

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						事業所名 評価日 年 月 日
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 達成/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"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <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		
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	栄養 No.11~12 (2個以上は該当) _____個
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	
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	

2. 参考資料、コンテンツ

- 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて(令和6年8月5日付け老発 0805 第4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(令和6年8月5日付け老振発 0605 第1号)
- 地域支援事業の実施について(令和6年8月5日付け老発 0805 第3号)
- 地域包括支援センターの設置運営について(令和6年8月5日付け老計発第1018001号、老振発第1018001号、老老発第1018001号)
- 【事業者向け】介護予防・日常生活支援総合事業 ……連合ホームページ
https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/_1316.html
- 高齢者のフレイル予防(パンフレット・動画) ……厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089299_00002.html
- 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 ……連合ホームページ
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/_1263/_1275/_1345.html
- 基本チェックリスト及び事業対象者廃止届について ……連合ホームページ
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/_1263/_1968.html
- 介護予防ケアマネジメントに使用する様式について ……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
- 介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)(令和7年3月28日事務連絡) ……wamnet
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/gyoseiShiryou/detail?gno=21470&ct=020050010>
- 暫定利用時の認定申請から給付管理までの流れ ……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/_1304/_1338.html
- 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扱い ……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扱いについて
- 総合事業の暫定利用時の請求の取扱い ……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扱いについて
https://www.chubu.saga.saga.jp/kaigohoken/kaigoyobo/_1316.html
- 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について ……wamnet
<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=20453&ct=020050010>



【問合せ先】

佐賀中部広域連合 給付課包括支援係

〒840-0826 佐賀県佐賀市白山二丁目1番12号

電話:0952-40-1134

FAX:0952-40-1165

Email:rengo@chubu.saga.saga.jp