

介護予防ケアマネジメント
(第 1 号介護予防事業)
業務マニュアル

令和 7 年 6 月

熊取町 健康福祉部 介護保険課

目 次

- 1 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方・・・・・・・・・・ P1
- 2 要介護認定申請と総合事業サービスについて・・・・・・・・・・ P2
- 3 介護予防ケアマネジメントの類型・・・・・・・・・・ P11
- 4 介護予防ケアマネジメントの実施手順・・・・・・・・・・ P12
- 5 介護予防ケアマネジメント（委託）の流れ・・・・・・・・・・ P18
- 6 ケアマネジメント実施の際の留意事項・・・・・・・・・・ P20
- 7 報酬（単価、加算）、支払について・・・・・・・・・・ P20
- 8 新規申請及び区分変更申請時の取扱いについて・・・・・・・・・・ P21
- 9 住所地特例対象者に対する総合事業の実施について・・・・・・・・・・ P21

1 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、多様なニーズに対して、利用者の要介護状態等となることの予防又は自立した日常生活の支援を目的として実施するものである。
- 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）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、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）のほか一般介護予防事業も含め、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。
- 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」「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・向上させるために高齢者自身が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組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、利用者の自立支援に資するよう、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていく事が重要である。
- 以上のことから、介護予防ケアマネジメントは、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、ケアプランを作成していくこととなる。

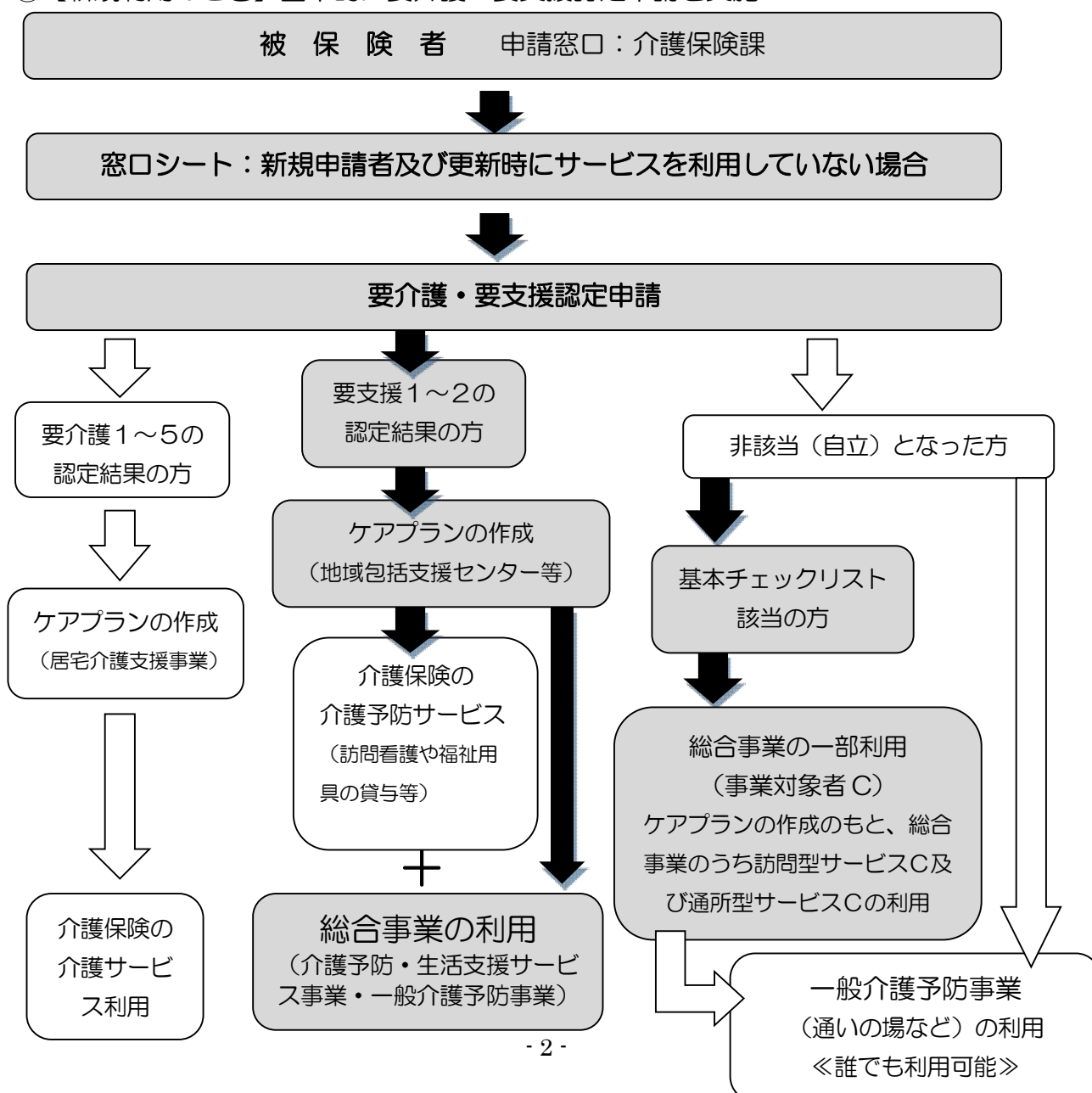
2. 要介護認定申請と総合事業サービスについて

(1) 総合事業の利用対象者

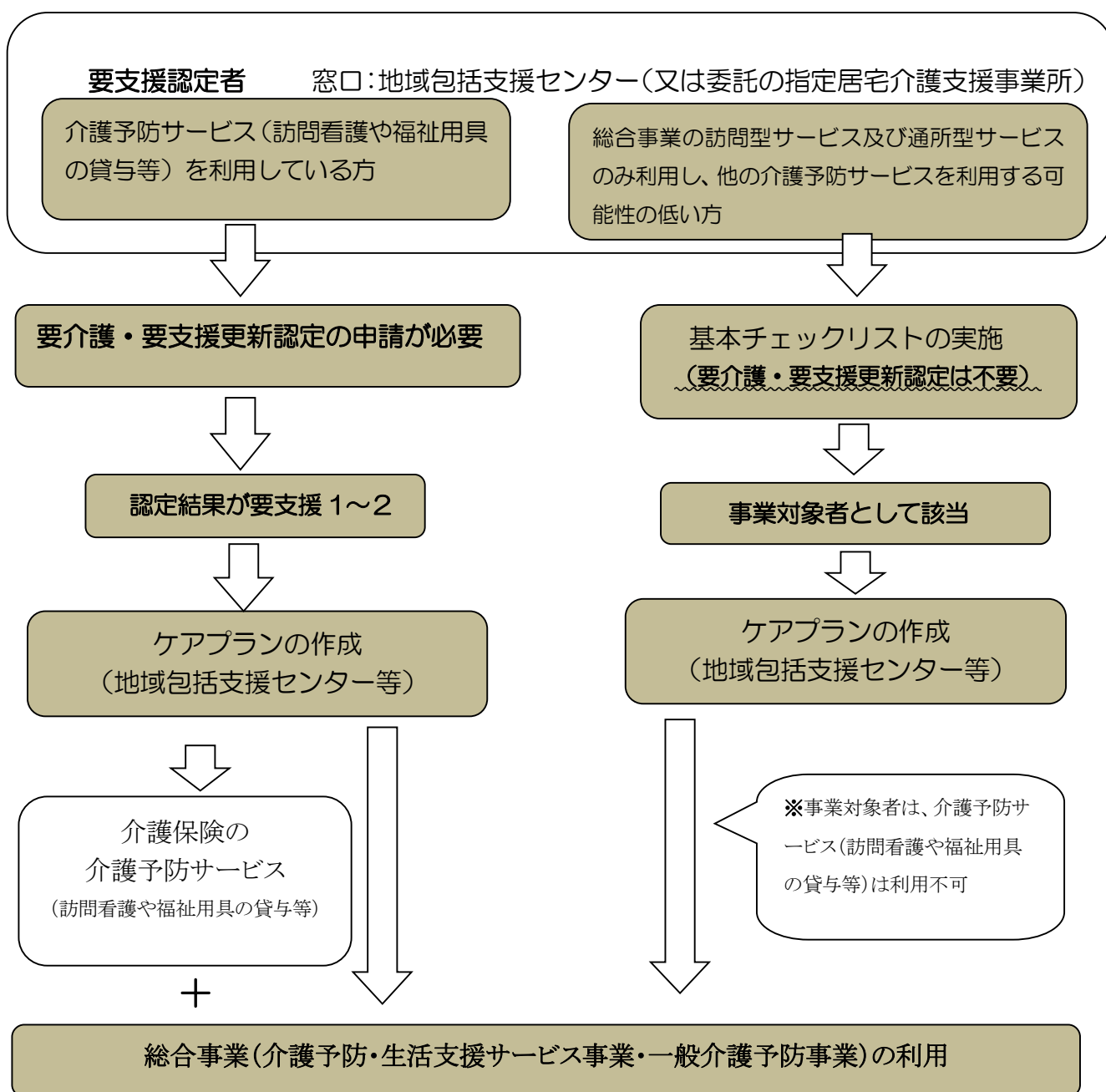
- ①要介護認定で「要支援1・2」と認定された方
- ②基本チェックリストで「事業対象者」と認定された方
 - *要支援の更新申請の時期に、その時点で基本チェックリストの実施のみで、事業対象者になることで通所型サービス/訪問型サービス事業が継続できる
 - *基本チェックリストによって認められた事業対象者のうち、訪問型サービスC、通所型サービスCのみ利用する人は、「事業対象者C」とし、本来の事業対象者と区別することとする

(2) サービス事業の利用の流れ（網掛け部分がサービス利用の流れ）

- ①【新規利用のとき】基本的に要介護・要支援認定申請を実施



②【要支援の認定更新のとき】認定の更新申請又は基本チェックリスト実施を選択



（３）認定有効期間と支給限度額

認 定 区 分	新規認定期間	更新認定期間	支 給 限 度 額
要支援１・２	６～１２か月	１２～３６か月	要支援１： ５，０３２単位
			要支援２： １０，５３１単位
事業対象者	要支援からの移行者：なし		要支援１と同じ：５，０３２単位
事業対象者Ｃ	概ね１２か月		なし

（４）総合事業のサービス類型について

① 訪問型サービス（第１号訪問事業）について

基準	現行の訪問介護に相当したサービス（※１）	緩和した基準によるサービス	訪問型介護予防事業（※２）
サービス種別	①訪問介護相当サービス	②訪問型サービスＡ	③訪問型サービスＣ （短期集中予防サービス）
サービス内容	訪問介護員による身体介護・生活援助	生活援助従事者研修修了者による生活援助のみ （例）調理や掃除など	保健・医療職による居宅での相談指導等
サービス提供主体	指定事業者	指定事業者	直接実施／委託

（※１）Ｒ７．４月～新規及び更新申請者で、がん末期、難病、認知症、その他の精神疾患により専門職の関わりが必要な状態で訪問型サービスＡの利用が難しい方は、**理由書（様式１４）を地域包括援センターへケアプランと一緒に提出が必要**

【例】認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う場合
退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場合 等

（※２）訪問型サービスＣ：短期集中予防サービス

目的	要支援者等のうち、特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者
対象者	要支援１・２ 事業対象者/事業対象者Ｃ
内容	理学療法士、作業療法士、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等が居宅に訪問し、生活機能に関する問題を把握し、３か月間で取り組むプログラム等を提案・指導するサービス。 ※サービス提供者は、熊取町です。
利用回数等	回数：基本的には１回（必要に応じて相談） 費用：無料

② 通所型サービス（第 1 号通所事業）について（※すべての通所型サービスに送迎付き）

基 準	現行の通所介護に相当したサービス	緩和した基準によるサービス	通所型介護予防事業※2
サービス種別	①通所介護相当サービス	②通所型サービスA	③通所型サービスC 《ふれあい元気教室》 （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 体操・運動・レクリエーションなど	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
サービス提供主体	指定事業者	指定事業者	直接実施／委託

（※2）通所型サービスC：ふれあい元気教室（短期集中予防サービス）

目的	対象者の生活機能改善（生活課題の解決）、日常生活における活動量の増加を図る。
対象者	要支援1・2 事業対象者/事業対象者C 生活動作に困りごと（IADLの低下）があり、主治医から運動制限がない方 ※がん末期、認知症、難病等に該当する方は原則として対象になりませんが、本人が希望する場合は、生活課題や病状等も含めて検討します（要相談）
内容	運動を中心に栄養・口腔のことも含め、短期間・集中的に専門職が関わる。 ※対象者の生活課題を把握するため、事前に訪問アセスメント事業（リハ職との同行訪問）の利用が必要です。 ※サービス提供者は、熊取町です。
利用回数等	期間：約3か月（必要に応じて延長あり） 週2回（火・金）午後 場所：熊取ふれあいセンター 送迎：あり 費用：無料 ※インセンティブ付与については、P8～10参照

（5）訪問アセスメント事業

【目的】

生活課題を明確にするために、リハビリ職（理学療法士及び作業療法士）がケアマネジャーとともに、自宅を訪問し、要支援認定者等の高齢者の生活課題をアセスメントし、利用者の個々の状態に応じたプラン作成及びサービスにつなげ、自立した生活を送ることができるようになることを目的とする。

【対象】

- ・ 要支援認定者及び事業対象者

- ・介護認定新規申請等の窓口相談で訪問が必要と判断した者等

【費用】利用者負担なし

【事業内容】

大阪府が養成した生活課題アセスメント訪問指導者（作業療法士及び理学療法士以下「訪問指導者」という。）が、ケアマネジャーまたは地域包括支援センター職員とともに対象者の自宅等を訪問し、要支援者等の高齢者の生活行為（IADL 等）の評価や適切なサービスの提案等が行えるようケアマネジャー等を支援するもの。

対象者の生活機能の維持・向上を図るため、ケアマネジャーとリハビリ専門職が連携（対象者宅に同行訪問）し、ICF の視点でのアセスメント（生活課題、取り戻したい元の生活の把握）や生活環境の・道具の工夫の助言、実際の場での生活行為の指導を行う。

※ICF：国際生活機能分類

診断名ではなく、生活の中で困難さに焦点を当て、複数の要素（心身機能・身体構造・活動・参加・環境因子・個人因子）間の相互作用を重視して評価する生活機能と障害分類の考え方

（１）手順・提出書類等

★利用希望者がいる場合は、地域包括支援センターに連絡

- ・居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケースの場合
→ケアマネジャー、訪問指導者で訪問
- ・地域包括支援センターのケースの場合
→地域包括支援センター担当者、訪問指導者で訪問

手順	調整・提出書類	備考
派遣依頼と日程調整 （できれば土日祝を除いた5日前までに）	MCS でリハビリ専門職のスケジュールを確認し、訪問日を調整する。	同行訪問実施にあたっての訪問指導者との調整は、地域包括支援センターが中心となり、MCS（メディカルケアステーション）を利用し、実施する。 （居宅介護支援事業所のケースも含む）
【訪問前】 帳票作成及び提出 （訪問日2日までに）	相談受付機関が事前申し送りシートの作成（様式15）	シート添付時の注意 ①事前申し送りシートパスワードをつけてMCSに添付 ②添付時の名前もイニシャル表記をする。 同行訪問者（訪問指導者、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員）とMCSにて情報共有をする。
訪問当日		現地集合・現地解散 【訪問時】 ①リハビリ専門職は、生活課題の聞き取りと実際に生活課題の動作を必ず確認する。 ②訪問指導者及びケアマネジャーは生

		活機能評価表（様式 16）を使用し、生活課題を抽出する。（すべて記入しなくてよい。対象者の生活課題の応じて記入） ③生活機能評価表より、生活課題と疾患等からの3か月後の予後予測をし、対象者、ケアマネジャー、リハビリ職の3者で今後のことを検討し、目標を明確化する。 【訪問終了後】 ④リハビリ職は、生活課題から今後予測されることや、これからの支援のポイント・方向性等の確認をケアマネジャーとする。
【訪問後】 リハビリ職は、帳票作成及び提出（7日以内に）	リハビリ職は、同行訪問実施報告書及び生活機能評価表を MCS で提出する	ケアマネジャーは同行訪問実施報告書及び生活機能評価表を参考にして、ケアプランを作成または変更をする。

（2）同行訪問実施報告書及び生活機能評価表の記入時の注意点

- ①生活課題は箇条書きにする。
- ②生活課題のところに所見、アセスメント、確認項目、支援方針等は記入しない。
また、同じ内容を重複して記入しない。
- ③医療用語や略語は使わない。
（誰が見ても対象者の状態が分かる報告書を心がけて下さい）
- ④文字のフォントは、「10.5～11」でお願いします。

（3）同行訪問時の連絡方法について

（訪問時の連絡について）

①訪問指導者が訪問先に遅れる場合

地域包括支援センターやさか職員と訪問をする場合

地域包括支援センターやさかの事務所（☎072-453-8330）に連絡し、事務所から包括職員に連絡をする。※熊取町地域包括支援センターは土曜日も営業

居宅介護支援事業所のケアマネジャーと訪問をする場合

担当ケアマネジャーの居宅介護支援事業所に連絡し、担当ケアマネジャーに連絡してもらう。

②包括職員および居宅介護支援事業所が訪問先に遅れる場合

地域包括支援センターやさかより、訪問指導者の携帯に連絡をする。

（訪問が急遽中止の場合）

地域包括支援センターやさかから訪問指導者に連絡をし、MCS に訪問が中止となっ

たことを書き込む。

（訪問指導者の連絡先の保管について）

熊取町介護保険課・熊取町地域包括支援センターやさかの2か所で保管する。

（６）介護予防ケアマネジメントの対象者

下記①～③の該当者で「総合事業のみ」を利用する場合。

- ① 新規・区分変更、更新申請により要支援認定を受けた方
- ② 更新時、基本チェックリストにより事業対象者と判断された方
- ③ 新規及び更新申請非該当で基本チェックリストにより事業対象者Cと判断された方

【留意事項】

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターによって行われるものである。ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していないため、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必要がある。

（要介護認定結果による利用可能なサービス）

認定結果	利用可能サービス			
	予防給付	予防給付＋総合事業	総合事業 （現行相当・緩和A）	総合事業（訪問C・通所C・一般介護予防事業）
① 要支援認定者	○	○	○	○
② 更新時、要支援⇒申請せずに、事業対象者 （基本チェックリストで該当した場合）	×	×	○	○
③ 新規及び更新申請にて非該当⇒事業対象者C	×	×	×	○
ケアプラン作成の類型	予防給付より支給 ※ケアマネジメントは介護予防支援	予防給付より支給 ※ケアマネジメントは介護予防支援	事業より支給 ※ケアマネジメントは介護予防ケアマネジメント	事業より支給 ※ケアマネジメントは介護予防ケアマネジメント

（７）インセンティブ付与

【目的】

ふれあい元気教室の利用者を増やし、元気な高齢者を増やすことで、介護認定率を抑えることを目的としています。

【内容】

ふれあい元気教室修了後の3か月後に訪問モニタリングにて生活機能を評価を実施する。実施した指定介護（予防）支援事業所に500単位のインセンティブを付与する。

【対象】

教室修了後3か月間、ケアプランが発生していない（住宅改修と福祉用具の購入を除く）方が対象。

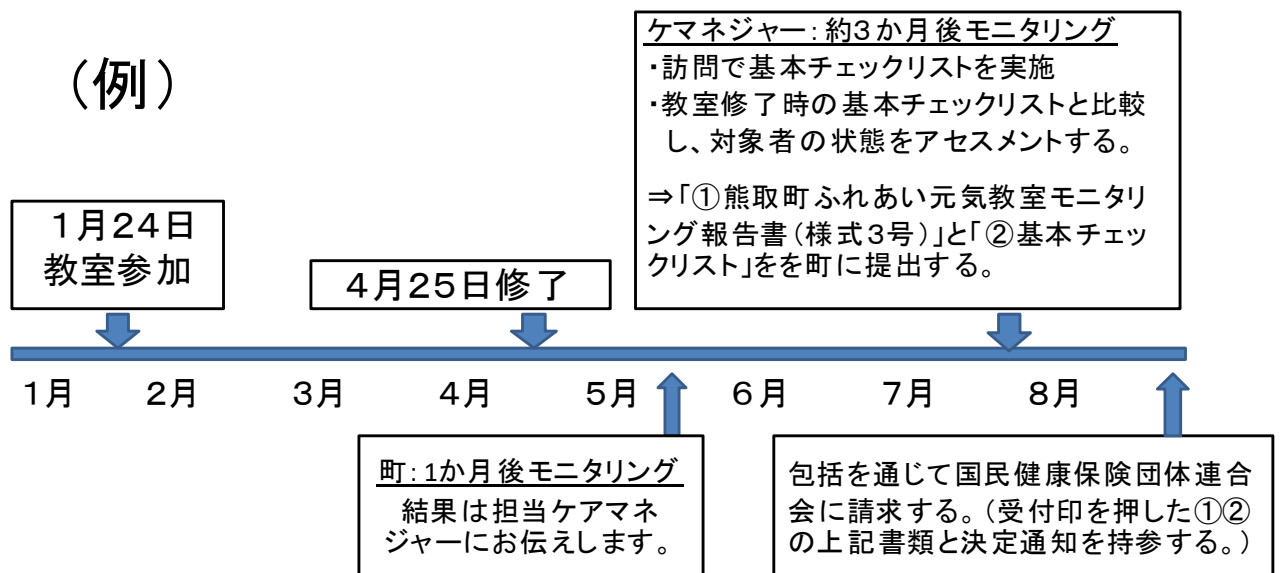
【方法】

上記対象の要件を満たし、教室修了日から3か月以降に、訪問（モニタリング）を実施する。訪問時には、アセスメントを実施し、「①熊取町ふれあい元気教室モニタリング報告書（様式3号）」と「②基本チェックリスト」を行う。

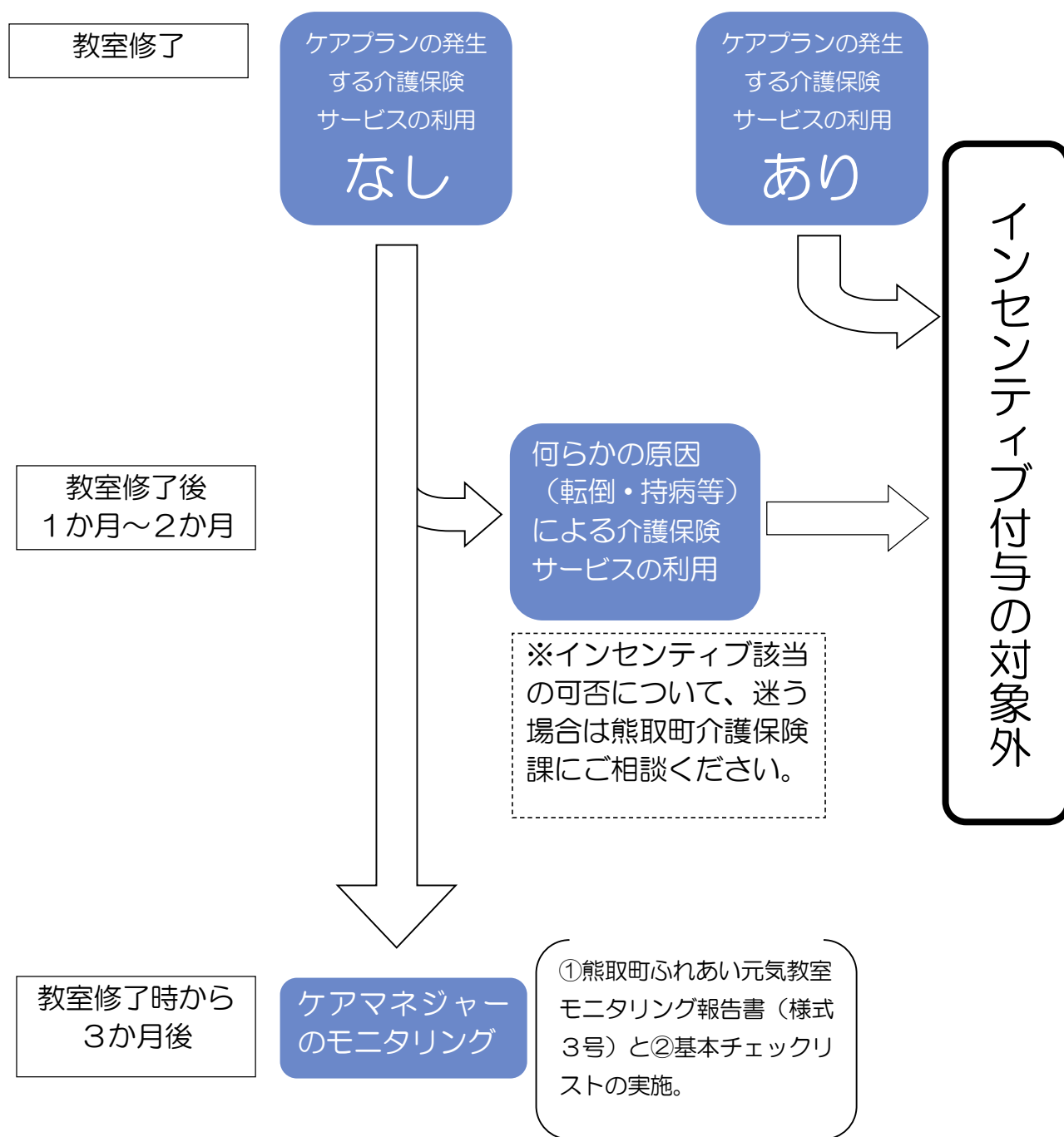
その後、①②の記入を行ったものを熊取町介護保険課に提出する。提出時に、受付印を押した控え（コピー）を即日交付する。後日、提出書類の審査を行った結果を決定通知を受け取る。その後すみやかに、決定通知と受付印を押した控えを持って、地域包括支援センターを通じて国民健康保険団体連合会に請求するものとする。

インセンティブの付与のイメージ図

(例)



【インセンティブ付与にかかるフローチャート図】



モニタリング終了後、すみやかに以下の①②を町に提出する。
①熊取町ふれあい元気教室モニタリング報告書（様式3号）と
②基本チェックリスト

※教室利用者に対して、6か月後フォローのため、上記①及び②の内容は地域包括支援センターに情報提供を行います。

3. 介護予防ケアマネジメントの類型

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、以下の類型により実施する。

(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）

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が、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する。

利用者へのモニタリングは毎月行うものとし、また、面接を通して行う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っておく。

(2) ケアプランを作成しないケアマネジメント（ケアマネジメント費は発生しない）

一般介護予防事業を利用する場合に実施する。初回のみ、簡易的に介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、「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組」等を利用者に説明し、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、一般介護予防事業等の住民主体の支援の利用等を開始する。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。

利用者の状況の悪化や利用者からの相談があった場合に備えて、相談先を伝えておく等対応を行い、生活機能が低下した場合には、適宜、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

（具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方）

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）	
・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・評価【給付管理】

4. 介護予防ケアマネジメントの実施手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として町に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施する。

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

ア サービス利用に関する相談の受付

①地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所で相談者の意向確認。

イ 総合事業の趣旨説明

①窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の趣旨を説明する。

②総合事業の趣旨として、「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等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」「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、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと」を説明する。

ウ 総合事業対象者の説明

①総合事業の利用にあたり、基本的には「要介護認定申請」による「要支援1・2の認定」が必要であることを説明する。

②サービス種別（※訪問型サービスC及び通所型サービスC）によっては、「基本チェックリスト」で該当し、専門職（OT,PT）の訪問により生活課題が明確になった場合事業の利用が可能であることを説明する。

エ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

①利用者が総合事業の利用を希望する場合は、被保険者証により「要支援認定の有無」、「事業対象者」及び「事業対象者C」であるかを確認する。

②要支援認定者には認定区分や認定期間が記載されているが、「事業対象者」の場合、基本的に有効期間は設定されていないことに注意する。ただし、「事業対象者C」で有効期間が記載されている場合は、「事業対象者C」となるため、利用できるサービスに注意する。

③要支援認定を受けてない者については、「要介護認定申請」を介護保険担当課で行う。

オ 基本チェックリストの実施について

①基本チェックリスト（様式1）は、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する

際や要支援認定者へのアセスメントの際等に実施する。

②基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること。

③基本チェックリストについて、本人ができない（遠方の病院等に入院中である等）場合は、家族による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。

④居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの実施も可とする。その際は、事業対象者の情報を「被保険者証」と「実施したチェックリスト」とともに、速やかに地域包括支援センターに提出する。

⑤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、要支援認定を受けることが必要である。

カ 事業対象者の届け出について

①事業対象者に該当した者については、地域包括支援センター（委託居宅介護支援事業所）が利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行う。

②地域包括支援センターは、「基本チェックリスト」（様式1）と「介護予防ケアマネジメント依頼（変更・終了）届出書」（様式3）を記入の上、介護保険被保険者証とともに総合事業担当窓口へ提出する。

また、届出については、基本チェックリスト実施日から1か月以内に行わなければならない。

③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町がサービス事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「サービス事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日サービス事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。

④要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、地域包括支援センターより「居宅サービス計画作成依頼（変更・終了）届出書」が提出されている場合は、改めて被保険者証を提出する必要はない。

⑤事業対象者として届出を行った場合、基本的に有効期間の設定が無いため、以後はケアプランの評価時等に基本チェックリストを実施し事業対象者の確認をする事でサービスの継続が可能のため、二度目の届出は不要である。

⑥「事業対象者C」の場合は、届出日より概ね3～6か月の認定期間が設定されること

に留意する。また、利用希望サービスが「通所型サービスC」及び「訪問型サービスC」以外の場合は、介護保険認定の申請が必要となる。

⑦総合事業のサービス利用開始後も状況に応じて、「事業対象者」の場合は「要介護認定申請」が、「要支援認定者」の場合は「区分変更申請」が可能であることを説明する。その際、認定結果等により「事業対象者」⇒「要支援者」⇒「事業対象者」となるような場合は、その都度、介護保険窓口それぞれの届出の提出が必要となる。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続

ア 利用者宅へ訪問

①利用に当たっては、介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者等と面接し、サービス事業の運営規程等重要事項を文書で説明し、利用者等の同意を得る。

(3) 介護予防ケアマネジメント

ア アセスメント（課題分析）（様式4～9使用）

①利用者の自宅に訪問して本人及び家族との面接による聴き取り等を通じて行う。基本的に「様式4～9」を使用するとともに、「お薬手帳等」による内服薬の確認など、アセスメント時に必要な情報をできるだけ収集することで、より利用者の課題等が明確になる。

②利用者の個々の状態に応じたプラン作成のために、訪問アセスメント事業（リハビリ職との同行訪問により、生活課題をより具体的に明確にするための支援）を利用する。（訪問アセスメント事業 P5参照）

③本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」（様式4）を必要に応じて活用し、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、「～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ある。

イ ケアプラン原案作成（様式10使用）

①目標の設定

(a) 生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、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（より具体的なものにして記入）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。

(b) 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。

②利用するサービス内容の選択

(a) 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する。

(b) サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

《第1号通所事業について》

- ・介護予防通所リハビリテーション（デイケア）と第1号通所事業（現行相当及び緩和型通所A）との併用は不可。
- ・通所型サービスCを利用中は、デイケアや他の第1号通所事業（現行相当及び通所A）との併用は不可。
- ・同じサービス種別（現行相当と現行相当、通所Aと通所A）での複数の事業所によるサービス実施は基本的に不可。ただし、特別な理由（事業所廃止等による変更、同一保険者内での居住地の変更等）がある場合は、特定の日（移動日）を境に併用可能。
- ・別のサービス種別であれば、組み合わせて実施可能。

(例) ・週2回のデイサービスのうち、1日は現行相当、1日は緩和型通所Aを利用。
・隔週で現行相当と緩和型通所Aを利用。

《第1号訪問事業について》

- ・訪問Cは、医療専門職の短期訪問のため、他の第1号訪問事業との併用可能。
- ・同じサービス種別（現行相当と現行相当、訪問Aと訪問A）での複数の事業所によるサービス実施は基本的に不可。ただし特別な理由がある場合は、特定の日（移動日）を境に併用可能。
- ・別のサービス種別であれば、組み合わせて実施可能。

(例) ・週2回のヘルパーサービスのうち、1日は現行相当、1日は緩和型訪問Aを利用。
・隔週で現行相当と緩和型訪問Aを利用。

(c) 支給限度額の管理について

- ・総合事業の支給限度額管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。
- ・事業対象者については、予防給付の要支援1の限度額が上限となる。そのため、限度額を超える利用が必要な場合は、認定申請につなげ、要支援2以上の認定結果が必要となる。

(d) ケアプランの実施期間（最長1年）、モニタリングの実施間隔についても利用者とはよく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。

(e) 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、ケアプラン原案を作成する。

③ケアプラン原案の承認

- (a) ケアプラン作成を委託された指定居宅介護支援事業所は、作成した様式全てについて地域包括支援センターに提出し、確認を受ける必要がある。
- (b) また、「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）原案」については、地域包括支援センターの職員がサービス担当者会議に参加する場合には、会議終了時に原案等の確認を行っても差し支えない。

ウ サービス担当者会議

①介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式 11）には、担当者会議の要点を記載する。

エ 利用者への説明・同意

①サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプラン原案について、利用者及び家族に説明し、同意（利用者署名・捺印）を得る。⇒ 承認されたケアプラン（原本）となる。

オ ケアプラン確定・交付（利用者及びサービス事業者への交付等）

- ①担当ケアマネジャー等よりケアプラン（原本）の写しをサービス事業者に交付する。
- ②委託の指定居宅介護支援事業所がケアプランを作成した場合は、ケアプラン（原本）とサービス担当者会議の要点を記載した支援経過記録を地域包括支援センターに提出する。

カ サービス利用開始

キ モニタリング

- ①介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。それ以外の月においては、可能な限り、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する。
- ②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う。この場合、総合事業サービスにおける月途中のケアプラン変更は可能。

ク 給付管理

- ①給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、予防給付サービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。
- ②指定事業者によるサービス利用の場合、地域包括支援センターより国保連へ「ケアマネジメント費請求書」と「給付管理票」を国保連へ提出する。

③給付管理票によるサービス提供事業所への支払いは、実績払いとなる。

（例）週2回の訪問介護相当サービスの利用を計画していたが、結果的に週1回しか利用がなかった場合：週2コードの1回単価で請求する。しかし、このような状況が継続された場合、3か月を限度にケアプランの見直しを行うこと。

④指定事業者によるサービス以外（訪問C及び通所C）のケアプランを作成する場合は、給付管理票の提出は行わないが、ケアマネジメント費請求は地域包括支援センターより国保連に行う。

ケ 評価

①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、利用者と共有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今後の方針を決定する。（様式12）

②ケアプランの作成期間は、最長1年を超えない範囲で設定する。

③評価ごとに基本チェックリスト（様式1）を実施し、事業対象者である確認を行う。なお、非該当となった場合は、ケアプラン作成期間終了後のサービス利用はできないため、サービス利用を希望される場合は、あらためて新規申請を行う必要がある。

④訪問型サービスC及び通所型サービスCについては、概ね3～4か月のプラン設定となる。

⑤様式4～10については、評価時及び内容変更ごとに作成する。

⑥事業対象者については、届出からサービス利用まで期間が空いた場合、サービス利用の際に、再度基本チェックリストを実施すること。

コ 要支援認定の更新申請時の取り扱いについて

①要支援認定の更新申請を実施しない場合の手続きは、有効期限60日前から手続き可能。

②チェックリスト実施後、30日以内に地域包括支援センターより町へ届出を行う。

5. 介護予防ケアマネジメント（委託）の流れ

介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託する際の業務の流れは、以下のとおりとする。

《介護予防ケアマネジメント（委託） 業務の流れ》

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「地域包括」と略す)	居宅介護支援事業所が行う一部 業務委託(以下「居宅」と略す)	その他
①総合事業のサービス利用に関する相談の受付から事業対象者の登録までの流れ	○総合事業の説明 ・要支援認定の有無の確認。無認定者については、認定申請を行う。 ・要支援認定更新が不要の人は、基本チェックリスト（様式1）の実施により事業対象者の基準に該当するかを確認する。 ・通所C及び訪問Cのみ希望の場合は、認定申請不要で、基本チェックリスト該当で利用可能。		
	被保険者証 + 基本チェックリスト	○様式1の結果、事業対象者の基準に該当した場合は、様式1と被保険者証を地域包括に提出。	
	○様式1及び介護予防ケアマネジメント依頼（変更・終了）届出書（様式3）、被保険者証を総合事業担当窓口へ提出する。（サービス事業者として登録後の被保険者証が発行される） ○居宅に契約書、重要事項説明書を預ける。	・契約書 ・重要事項 ・個人情報同意書 + ・被保険者証の返却（窓口で即時発行する場合は包括より返却するが、それ以外は利用者宅へ郵送）	被保険者証は、即時発行の場合は、包括に手渡しとなる。
②契約の締結		○介護予防ケアマネジメント利用契約書にて利用申込者と契約を締結する。	
③介護予防ケアマネジメントの開始	・契約書 ・重要事項 ・個人情報同意書 ・様式4～11 ・利用表	○アセスメント実施 ○ケアプラン原案等の作成 ○包括に提出	ケアプランの作成期間は最長1年とする。
④介護予防サービス・支援計画書の承認	○提出されたケアプラン（原案）が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。 ○介護予防サービス・支援計画書の包括名欄に意見を記入し居宅へ渡す。	・ケアプラン原案（包括コメント済）	コメント記入済みのケアプランは原則2日で準備出来る。急ぎの時は、事前にその旨を包括に連絡する。

⑤サービス担当者会議の開催（ケアプランの説明と同意）	○可能な限りサービス担当者会議に出席する。	○利用者・家族を交えてサービス担当者会議の開催 ○介護予防サービス・支援計画書の内容を利用者に説明し同意を得る（利用者署名・捺印）。	包括が担当者会議に参加する場合は、原案の承認は会議時でも可能。
⑥介護予防サービス・支援計画書（原本）等の提出	・ケアプラン原本 ・様式 11（サービス担当者会議の要点が記載された支援経過）	○介護予防サービス・支援計画書（原本）と様式 11 を包括に提出。写しは居宅で保管する。 ○利用者及びサービス担当者に介護予防サービス・支援計画書（写し）を交付する。	包括…原本 居宅…写し
⑦総合事業サービス利用開始から評価までの流れ		○介護予防支援と同じ業務で介護予防ケアマネジメント業務を行う。 ○モニタリング 電話等での毎月の状況確認及び3か月に1回の利用者宅に訪問してのモニタリング実施。 ○評価 モニタリングの結果、計画見直しや計画実施期間の終了前までに評価を実施。 その際、基本チェックリスト（様式1）にて事業対象者である確認を行う。 評価実施後、様式1及び様式4～12を包括に提出。 以後、③～⑧を繰り返す。 ○要支援認定更新申請等の代行 ○事業対象者の「新規申請」又は要支援認定者の「区分変更申請」の際は、事前に包括まで連絡する。	要支援認定者で認定有効期間が2年の場合でも、ケアプラン作成期間（最長1年）に合わせて評価を実施すること。
⑧毎月の国保連への給付管理	・給付管理票 ・実績票 ・ケアマネジメント費請求書	○介護予防支援と同じ給付管理業務 ○毎月6日までに包括に提出 ○通所C及び訪問Cのみのケアマネジメント費請求	同一建物減算対象施設：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サ高住
	○予防給付請求及び総合事業の給付管理票は、毎月10日までに国保連に提出 ○給付管理を伴わない委託事業者に対する委託費は、毎月10日までに保険者へ提出 ・委託料請求書 ○2号みなしにかかる委託料は、居宅からの請求書を受けて直接居宅に支払う。	○要支援認定者で2号みなしの方のケアプラン料については、国保連を通じての代理委任払いの委託はしないため、包括に「委託料請求書」を提出する。	

6. ケアマネジメント実施の際の留意事項

(1) 介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、「介護予防ケアマネジメント実施における関連様式」を用いる事。ただし、「総合事業用アセスメントシート」(様式6)については、他の書式を活用しても構わない。

(2) 主治医との連携

介護予防のための包括的な生活機能評価において、通所型サービスCにおける介護予防プログラム(「運動器の機能向上」等)に参加する際の医学的観点からの留意点等について不明な部分がある場合には、介護予防ケアプラン作成に際して、かかりつけ医師に確認する等の配慮が必要である。

7. 報酬(単価・加算)、支払について

(1) 単価について

介護予防ケアマネジメント費にかかる単価は、介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱により設定する。

(2) 加算について

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か月以上経過した後に、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ない。

② 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能型居宅介護における指定介護予防サービス等の利用に係る計画の作成に協力を行った場合に算定を

行うもの。ただし、6か月以内に当該加算を算定した利用者については算定できない。

また、当該加算は、利用者が介護予防小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合にのみ算定することができる。

8. 新規申請及び区分変更申請時等の取扱いについて

総合事業を利用している事業対象者及び要支援認定者が、要介護認定申請（区分変更申請含む）をした場合や、日割り単価適用の場合の取扱いについて提示する。

（１）事業対象者から非該当・要介護・要支援認定者へ変更となった場合、認定結果が出た時点でケアマネジメント終了届（様式３）を総合事業担当窓口に提出する。

ただし、死亡・転居等により終了した場合は、届出は不要。

（２）事業対象者が総合事業サービスを提供された後、新規申請により要介護認定を受けた場合には、基本的に認定結果の出た日以前の総合事業サービス利用分の報酬は総合事業より支給される。

また、新規申請の結果、非該当となった場合は、認定結果の出た月末まで総合事業が利用できる。

（３）（２）の場合において、申請日より介護給付を利用する場合は、介護給付の暫定ケアプランの作成が必要となる。また、その際の給付については介護給付より支給となるため、総合事業における指定事業所が介護給付の指定を受けていない場合は、全額自己負担となる。

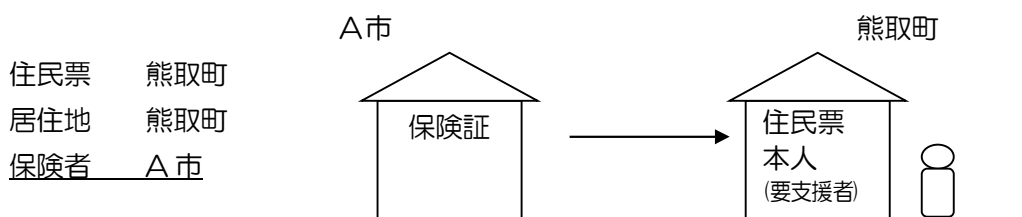
（４）（３）の場合において、総合事業にて支給する場合は、介護給付分について、全額自己負担となる。

（５）包括単価で請求する月において、①同一保険者内での同サービス種別による事業所の変更、②要介護（要支援）認定区分の変更、③短期入所利用や特定施設等入退所の場合、事業費の算定については、日割り計算とする。

9. 住所地特例対象者に対する総合事業の実施について

住所地特例

他市の被保険者が町内のケアハウスなどに入所し、住所地特例対象者となった場合



上記のケースについて、熊取町の地域包括支援センターが予防プラン作成を行う。
(1) 事務的な流れ1 ～申請から被保険者証の発行等の事務的な流れ～

① 新規申請の場合（基本は認定申請）

- ・施設所在市町村（熊取町）の窓口相談
（施設所在市町村に相談があった場合は、保険者市町村（A市）に認定申請することを説明）
- ・利用者が保険者市町村（A市）に認定申請
- ・保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行
- ・利用者は施設所在市町村（熊取町）の地域包括支援センターと介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの契約
- ・包括センターは、介護予防サービス計画作成の届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村（熊取町）に対して届け出ることにより、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
- ・施設所在市町村（熊取町）は介護予防サービス計画作成の届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付
- ・保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（熊取町）から送付のあった介護予防サービス計画作成の届出書をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送
- ・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票を所在する都道府県国保連に送付

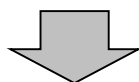
② 事業対象者（要支援認定更新者・通所型サービスC及び訪問型サービスC利用希望者）

- ・施設所在市町村（熊取町）の窓口相談⇒総合事業のサービスを希望。施設所在市町村（熊取町）の地域包括支援センター（委託の居宅介護支援事業者）が基本チェックリストにて該当か否かを確認
- ・包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更・終了）届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村（熊取町）に対して届け出
- ・利用者は施設所在市町村（熊取町）の地域包括支援センターと介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの契約

- 施設所在市町村（熊取町）は利用者から提出された介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更・終了）届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付
- 保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（熊取町）から送付のあった介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更・終了）届出書をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送
 - • 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
- 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、住所地特例項目及び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票を送付

（２）事務的な流れ２ ～ケアマネジメントの実施及び請求～

- 熊取町の地域包括支援センターが、要支援者・事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施。
- ケアマネジメントに基づき、熊取町の指定する事業者等がサービスを提供。



（事業者及び包括センターによる費用の請求）

- ① 熊取町の指定事業者及び地域包括支援センターは、大阪府国保連合会を通じて、A市に対して第1号事業支給費を請求する。
- ② 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いては、地域包括支援センターが国保連を通じて熊取町に要した費用をへ請求する。