

那須町介護予防 ケアマネジメントマニュアル

令和8年7月版
那須町保健福祉課

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）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、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、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）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において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す。

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は、心身機能向上プログラムのみによる介護予防によって活動的な生活を送るのではなく、本人の「自発性・参加意欲」、「継続性」に重点を置き、本人のしたい事や普段の生活を通し介護予防に繋げることが大切です。

介護予防の目的は従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものではありませんが、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「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」だけでなく、状態の改善を図り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す。

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、生活支援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・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、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ります。

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、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、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です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、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、具体的にサービス・活動事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

3 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て、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下の類型を想定しています。

(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、サービス担当者的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っておきます。

(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、サービス担当者的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、他のケアマネジメントに移行します。

※通所型サービスB（生きがいサロン）の利用に係るケアプラン作成については、上記類型と利用するサービスによる対応事例を巻末別添にて紹介していますので、併せてご確認ください。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

類型	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)	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)	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)
内容	・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 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等） ・短期集中サービスを利用する場合	・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後状況把握を実施)
実施主体	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所(委託)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所(委託)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所(委託)
対象事業	・現行相当サービス（訪問介護・通所介護）	・訪問型C（はつらつ訪問事業） ・通所型C（心身力アップ教室（短期集中ステップアップ倶楽部）	・通所型B（生きがいサロン）
プロセス	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【給付管理】	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（適宜））	アセスメント ↓ ケアマネジメント結果（案） ↓ 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

※（ ）内は、必要に応じて実施

4 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて、実施します。

ただし、地域包括支援センターが業務を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能とします。地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントを委託しようとするときは、介護予防支援と同様、当該事業所と委託契約の締結が必要となります。

介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合にあっても、地域包括支援センターが個別ケースについて適宜関与するものとします。具体的には、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こととしますが、困難な場合は、居宅介護支援事業所が作成するケアプランやモニタリング結果の確認を行うなど、個々のケースについて何らかの形で地域包括支援センターが関与するようにします。

なお、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、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けていません。

また、令和6年4月より介護予防支援について居宅介護支援事業所が指定を受けることが可能となりました。指定を希望される事業所におかれましては、保健福祉課までご相談ください。

5 介護予防ケアマネジメントの対象者

対象者 ケアマネジメント区分	要支援者 (予防給付のみ)	要支援者 (予防給付+ 総合事業)	要支援者 (総合事業のみ)	事業対象者
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

※利用したサービスの組み合わせにより、月ごとにケアマネジメント区分が異なる場合があります。

6 事業対象者の有効期間

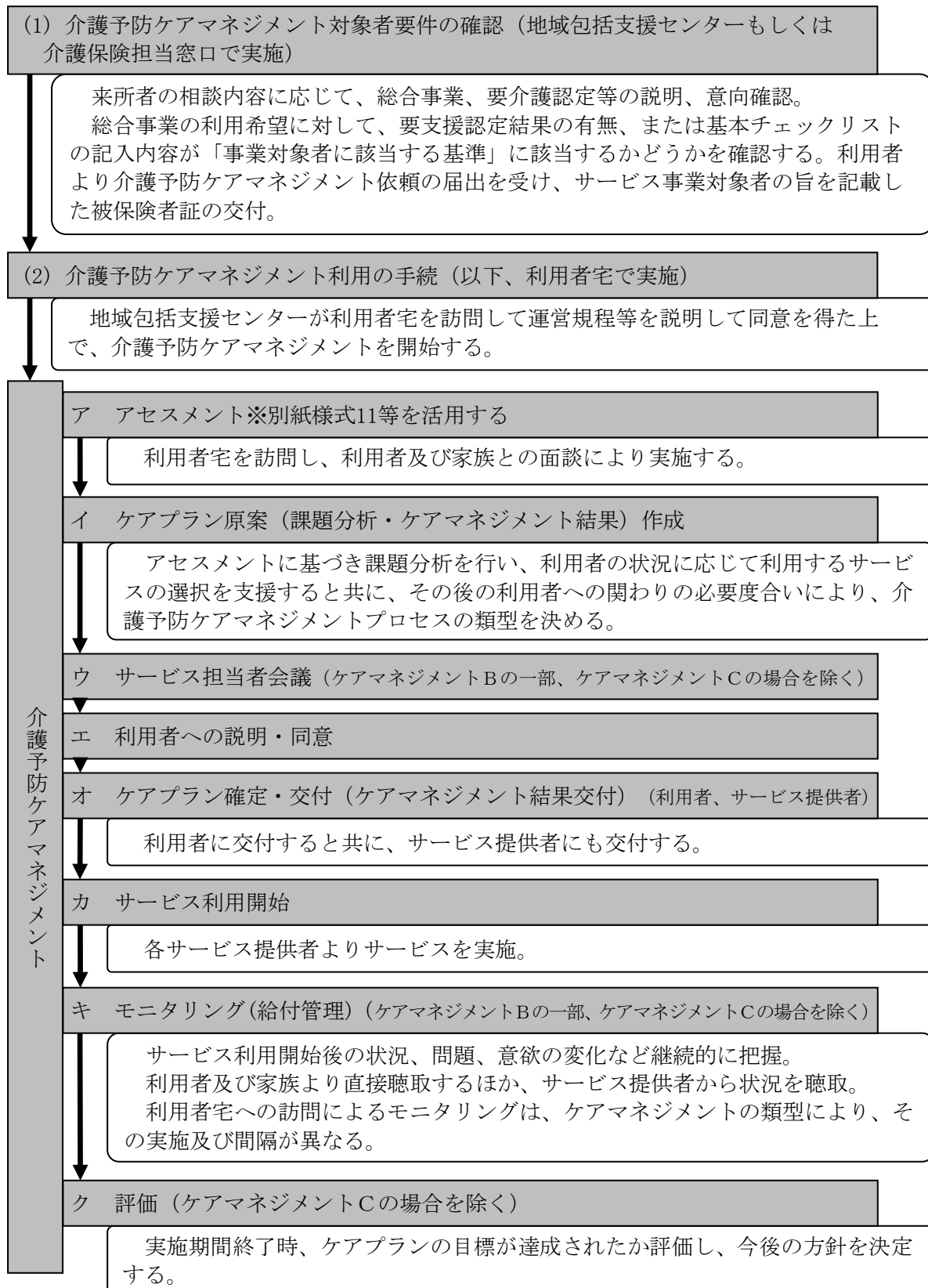
基本チェックリストによる判断により総合事業対象者になった者に関しては、要介護（支援）認定とは違い、有効期間は設けていません。

しかし、サービス利用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。

7 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること又は、事業対象者として市町村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します。

○ 概要



○ 手順の詳細

手順	内 容
介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	○ 相談受付の窓口は、介護保険担当窓口、地域包括支援センター等を想定。 担当職員は、専門職に限るものではない。 ○ 総合事業の説明 ・ 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、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。 ・ 更に、総合事業の趣旨として、①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、②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。 ・ このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。 ○ 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認 ・ 利用者が総合事業のサービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、または要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。（様式１、２参照） ○ 基本チェックリストの実施 ・ 「基本チェックリストについての考え方」（様式２）に基づき、質問項目の趣旨を説明し、地域包括支援センター職員もしくは町介護保険担当職員と対面形式で、本人等（本人または家族）が記入し、事業対象者基準の該当の有無を確認する。 ・ 要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センター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こと、そのため利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明した上で、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を記入の上、被保険者証と一緒に窓口に提出してもらう。（様式３参照） ・ 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市町村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。 ・ 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、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。 ・ サービス事業対象者の情報を速やかにその圏域担当の地域包括支援センターに送付する。

手順	内 容
介護予防ケアマネジメント 対象者要件の確認（つづき）	○ サービス事業利用のための手続は、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所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、介護予防ケアマネジメントのプロセスで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。 居宅介護支援事業所等からの代行による基本チェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。代行による提出の際は、基本チェックリスト及び被保険者証を地域包括支援センターに提出する。 ○ 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、要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる（第2号被保険者は、基本チェックリストを実施しない）。
介護予防ケアマネジメント利用の手続	○ 利用に当たっては、サービス事業の運営規程等を文書で説明し利用者の同意を得る。 ○ 電話や利用者以外の者による相談に基づいて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、利用者と面接している場合は、この場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得る。

介護予防ケアマネジメント	ア アセスメント ○ 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通じて行う。 ○ より本人にあった目標設定に向けて基本チェックリストや「興味・関心シート」なども積極的に利用して、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、「～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。（様式4参照） ○ 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る。 イ ケアプラン原案（課題分析・ケアマネジメント結果）作成 ○ 課題分析 ・ アセスメントに基づき課題分析を行う。 ○ 目標の設定 ・ 生活の目標については、「表5 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、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。
--------------	--

手順	内 容
介護予防ケアマネジメント（つづき）	○ 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、ふれあいルームや生きがいサロンなどの通いの場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。 ・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。サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを組み合わせて利用することができる。例えば、通所型サービスなどの1つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる等、複数の類型（例：現行の通所介護と通所型サービスB）を合わせて利用することができる。 ・利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。 ・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、給付に残された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。 一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援1の限度額と同額とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者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ることが適当である。 ○ 更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とよく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。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（ケアマネジメント結果表等）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（ケアマネジメント結果）全体を作成する。作成したケアプランの実施期間は最長でも1年間を目途に見直しをすることが適当である。
	ウ サービス担当者会議 ○ 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は、利用者、サービス提供者ともその内容を共有することが必要である。
	エ 利用者への説明・同意
	オ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

手順	内 容
介護予防ケアマネジメント（つづき）	○ 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。 ○ 利用者の同意を得て、ケアプランをサービス提供者にも交付する。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、サービス提供者には、利用者の同意を得て送付する。
	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Bの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）
	○ ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に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。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画を見直す。 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。 ※基準省令第37号(平成18年3月14日)第30条第16項ロ各号の要件を満たす場合においては、6ヶ月に1回の訪問としても差し支えない。 ○ ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。 ○ ケアマネジメントB、ケアマネジメント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、サービス提供者側から地域包括支援センター等へ情報が入る体制を作っておく。 【体制づくりの例】 ・ サービス提供者と介護支援専門員の間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みを作る。 ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。 ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。 ・ 出席簿を作成の上、介護支援専門員に報告する。
	ク 評価（ケアマネジメントCの場合を除く） ○ 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、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今後の方針を決定する。

表2 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
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	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

表3 要介護認定申請が必要と判断される場合の例

No.	対象者の状態・状況等
①	予防給付や介護給付（訪問看護、ショートステイ、デイケア、福祉用具レンタル・購入、訪問入浴、住宅改修等）によるサービスを希望している場合
②	寝たきり状態や一人で歩けない状態の場合
③	認知機能の低下や問題行動により、目が離せない状態にある場合
④	大きな病気やけがで入院中または療養中である場合
⑤	家族の介護力等の問題で、長時間の預かりを求めている場合
⑥	本人が介護認定申請を希望している場合
⑦	第2号被保険者(40歳から64歳)の場合

表4 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）届出の有無

区 分	居宅サービス計 画作成依頼届出 書	介護予防サービ ス計画作成・介護 予防ケアマネジ メント依頼届出 書	理 由
介護給付から予防給 付に移行する場合	× 不要	○ 必要	ケアマネジメントの実施者が居宅 介護支援事業所から地域包括支援 センターに変わるため
介護給付から介護予 防・生活支援サービ ス事業に移行する場 合	× 不要	○ 必要	ケアマネジメントの実施者が居宅 介護支援事業所から地域包括支援 センターに変わるため
予防給付から介護予 防・生活支援サービ ス事業に移行する場 合	× 不要	× 不要 (※1)	介護予防支援から介護予防ケアマ ネジメントに移行するが、要支援 者であることは変わらず、ケアマ ネジメントを実施する地域包括支 援センターも変わらないため
要支援者から基本チ ェックリストによる サービス事業対象者 に移行する場合	× 不要	○ 必要	届出によりサービス事業対象者と して登録するため

※1 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出は省略することができることとなってお
り、那須町では提出不要として取り扱う。

(注1) 予防給付または事業から介護給付に移行した場合や、要支援者又は事業対象者から要介
護者に移行した場合は現行どおり「居宅サービス計画作成依頼届出書」の届出が必要。

表5 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TP0 に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TP0 に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

(介護予防マニュアル改定委員会 (2012.3) 「介護予防マニュアル改訂版」 三菱総合研究所)

8 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、介護予防支援業務における関連の様式例を活用します。 ※ 様式例を参照ください。
- (2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定されます。

その場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て迅速にサービス事業のサービスを利用することができます。

その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付の利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができます。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる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。

- ※ 要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が居宅介護支援費を請求することができます。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡を取り給付管理を行います。
- (3) サービス事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していません。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ことが必要です。
 - (4) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。
 - (5) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
 - (6) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
 - (7) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

その中で、特にケアマネジメントCでは、そのプロセスの一部を本人や家族、主な利用先と想定される地域介護予防活動支援事業やB型サービスを運営する住民主体が、担うことになり、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センター職員等専門職と共に、ケアマネジメント結果等が共有されていることが必要です。
 - (8) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にしながら、取り組んでください。

9 報酬（単価、加算）、支払

(1) 単価及び加算（令和8年6月1日）

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターによる直接実施又は委託により実施するものです。

那須町における介護予防ケアマネジメントの報酬は、以下のとおりです。

類型	利用サービス	委託可否	基本報酬	加算
ケアマネジメント A	介護保険相当サービス	可	438単位	初回加算：300単位 委託連携加算：300単位
ケアマネジメント B	短期集中予防サービス	可	300単位	
ケアマネジメント C	通所型サービスB 一般介護予防事業等	可	215単位	

※1単位当たりの単価：10円

※処遇改善加算が加算される場合があります。

① 初回加算 （300単位）

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、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2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ません。

② 委託連携加算 （300単位）

利用者に係る必要な情報を指定居宅介護支援事業所に提供し、ケアプラン作成等に協力した場合、委託を開始した日の属する月のみ算定できます。

なお、介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取り組みとして保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントC）場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われるものです。

(2) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合事業の関係

要介護等認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防ケアマネジメントの介護報酬（介護予防支援費）が支払われるこ

とになり(国保連合会支払)、要支援認定を受けていない事業対象者(申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者)又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が、町から支払われることになります。

ア サービス事業に関する費用の支払：

要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとします。

イ 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱います。

表6 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。

【参考】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案についてのQ&A(平成27年3月31日版)」

問4 基本チェックリストにより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申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため 総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

(3) 介護予防ケアマネジメント費の請求及び支払について

介護予防支援は指定事業者制度に基づき、国保連合会を通じて報酬が支払われますが、介護予防ケアマネジメントは、町から地域包括支援センターへ費用が支払われます。地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント費を町へ請求してください。

委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターに報告、請求をしてください。

なお、ケアマネジメントAについては、令和4年度から地域包括支援センターにおいて1件当たり20単位(200円)の手数料を徴収することになりました。委託を受けている居宅介護支援事業所はケアマネジメントA1件につき438単位から20単位を引いた金額を請求してください。

また、委託料の請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントを分けて請求を行ってください。

10 住所地特例者の対応について

住所地特例対象者に対する総合事業によるサービス提供については、施設所在市町村が行うこととなるため、総合事業による介護予防ケアマネジメントについては、施設所在市町村の地域包括支援センターが行うこととなります。介護予防ケアマネジメント依頼届出書は、施設所在市町村に届出します。

介護予防ケアマネジメントに要した費用については、国保連合会経由による支払いではなく、施設所在市町村が介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターに支払うこととなります。

なお、予防給付による介護予防支援については、施設所在市町村の地域包括支援センターからの請求により、国保連合会経由で保険者市町村が審査・支払いを行うため、給付と総合事業による請求の流れが異なることに留意してください。

11 その他の制度における総合事業の取り扱い

(1) 生活保護受給者の対応について

生活保護の介護扶助については、今回の介護保険法の改正に合わせて生活保護法の改正が行われ、引き続き、総合事業の利用者負担に対しても支給されることとされています。給付対象の範囲としては、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、指定事業所によるサービス提供の利用者自己負担分や、市町村による直接、委託、補助により実施されるサービスの利用料負担分が介護扶助費として給付されます。

ケアマネジメント対象者が生活保護受給者の場合は、ケアプランに含むサービス事業者へ利用者が生活保護受給者であることを伝えてください。

(2) 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、今般の総合事業の実施に伴う助成範囲については、現行相当サービスとして、サービス種類コードA1、A2、A5、A6のものとする。

(サービス種類コードA2、A6、A7について)

サービス 種類コード	サービス	事業所の基準	単価
A2 A6 A7	現行の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準 又は、国が定める基準を緩和した基準	国が定める単価を勘案し町が定める単価

(3) 高齢障がい者への給付における介護保険優先について

障がい者に係る自立支援給付（以下、「障害福祉サービス等」という。）については、介護保険において障害福祉サービス等のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定があります。

今般の法改正により、当該規定に地域支援事業（第一号事業に限る。以下同じ。）を追加した（障害者総合支援法施行令第2条）ことから、サービス内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービス等に相当する介護保険サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなります。

しかしながら、障がい者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させることにより、必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービス等の種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととされています。

生きがいサロン利用に係るケアプラン作成について

総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいて、それぞれの類型と利用を開始・終了するサービスについて下記を参考にご対応願います。

○総合事業について

1.通所型サービスB（生きがいサロン）のみ利用の場合

ケアマネジメントCでケアプランを作成する。

初回のみの介護予防ケアマネジメントのため有効期限なし。

2.通所型サービスBを利用中、現行相当サービスの利用も開始する場合

（ケアマネジメントCでケアプラン作成後、通所介護・訪問介護を利用開始）

通所型サービスBを利用しているが、現行相当サービスの利用も開始する場合は、ケアマネジメントAでケアプランを作成し、通所型サービスBも位置付ける。また、通所型サービスBのみ利用時に作成したケアマネジメントCのケアプランは終了する。

3.通所型サービスBを利用中、通所型サービスCの利用を開始する場合

（ケアマネジメントCでケアプラン作成後、心身力アップ教室・短期集中ステップアップ倶楽部を利用開始）

ケアマネジメントBでケアプランを作成し、通所型サービスBも位置付ける。また、通所型サービスBの利用時に作成したケアマネジメントCでのケアプランは終了する。

4.通所型サービスCを利用中、通所型サービスBを利用する場合

（ケアマネジメントBでケアプラン作成後、生きがいサロンを利用開始）

ケアマネジメントBで作成したケアプランに通所型サービスBの利用を追加する。

5.現行相当サービスを利用中、通所型サービスBの利用をケアプランに位置付ける場合

（ケアマネジメントAでケアプラン作成後、生きがいサロンを利用開始）

現行相当サービスを利用しており、通所型サービスBをケアマネジメントに位置付けて利用開始する場合は、ケアマネジメントAで作成したケアプランに通所型サービスBを位置付ける。

○介護予防給付について

6.通所型サービスBを利用中、介護予防サービスの利用も開始する場合

（ケアマネジメントCのケアプラン作成後、福祉用具貸与、通所リハビリテーション等を利用開始）

通所型サービスBを利用しているが、介護予防サービスの利用も開始する場合は、介護予防支援でケアプランを作成し、通所型サービスBも位置付ける。また、通所型サービスBのみ利用時に作成したケアマネジメントCのケアプランは終了する。

7.介護予防サービスを利用中、通所型サービスBの利用も開始する場合

（介護予防支援のケアプラン作成後、生きがいサロンを利用開始）

介護予防サービスを利用しており、通所型サービスBをケアマネジメントに位置付けて利用開始する場合は、介護予防支援で作成したケアプランに通所型サービスBを位置付ける。

※ 2～7において、アセスメントの結果、通所型サービスBの利用をケアプランに位置付ける必要がないと判断された場合は、ケアプランに入れない（1において、同様の判断をした場合は、ケアプランの作成は不要）。その場合、生きがいサロンの利用は一般介護予防としての利用となり、本人の生きがいサロン利用を妨げるものではない。また、上記の際2、3、6については新しいケアプラン作成後は、ケアマネジメントCで作成したケアプランは終了する。

作成するケアプランの類型

分類	No	利用中のサービス	利用を開始するサービス	現在のケアプラン	新しく作成するケアプラン
総合事業	1	なし	通所型サービスB (生きがいサロン)	なし	⇒ ケアマネジメントC
	2	通所型サービスB (生きがいサロン)	現行相当サービス (通所介護、訪問介護)	ケアマネジメントC	⇒ ケアマネジメントA (※)
	3	通所型サービスB (生きがいサロン)	通所型サービスC (心身力アップ教室等)	ケアマネジメントC	⇒ ケアマネジメントB (※)
	4	通所型サービスC (心身力アップ教室等)	通所型サービスB (生きがいサロン)	ケアマネジメントB	⇒ ケアマネジメントB
	5	現行相当サービス (通所介護、訪問介護)	通所型サービスB (生きがいサロン)	ケアマネジメントA	⇒ ケアマネジメントA
介護予防給付	6	通所型サービスB (生きがいサロン)	介護予防サービス (福祉用具貸与、通所リハビリテーション等)	ケアマネジメントC	⇒ 介護予防支援 (※)
	7	介護予防サービス (福祉用具貸与、通所リハビリテーション等)	通所型サービスB (生きがいサロン)	介護予防支援	⇒ 介護予防支援

※ 通常ケアマネジメントCは有効期限がないものであるが、新しいケアプラン作成後は終了することとする。

○サービス利用を終了し、通所型サービスBのみ利用する場合

8. 現行相当サービス（または通所型サービスC）及び介護予防サービス利用終了後、通所型サービスB（生きがいサロン）のみ利用する場合

ケアマネジメントA（またはケアマネジメントB）及び介護予防支援で作成したケアプランを終了し、ケアマネジメントCでケアプランを作成する。初回のみの介護予防ケアマネジメントのため有効期限なし。

※8においては以前にケアマネジメントCでケアプランを作成していた場合でも、ケアマネジメントAまたはB作成により従前のケアマネジメントCは終了しているため、再度ケアマネジメントCでケアプランを作成することになる。

※アセスメントの結果、通所型サービスBの利用をケアプランに位置付ける必要がないと判断された場合は、ケアマネジメントCによるケアプランの作成は不要。その場合、生きがいサロンの利用は一般介護予防としての利用となり、本人の生きがいサロン利用を妨げるものではない。

作成するケアプランの類型

分類	No	終了するサービス	引き続き利用する/利用を開始するサービス	現在のケアプラン (終了するケアプラン)	新しく作成する ケアプラン
総合事業	8	通所型サービスC (心身力アップ教室等)	通所型サービスB (生きがいサロン)	ケアマネジメントB	⇒ケアマネジメントC
		現行相当サービス (通所介護、訪問介護)	通所型サービスB (生きがいサロン)	ケアマネジメントA	⇒ケアマネジメントC
介護予防給付		介護予防サービス (福祉用具貸与、通所リハビリテーション等)	通所型サービスB (生きがいサロン)	介護予防支援	⇒ケアマネジメントC

○サービス担当者会議について

生きがいサロン運営者（以下、「運営者」とする。）のサービス担当者会議の参加については、必須とはせず、地域包括支援センターもしくは委託を受けた指定居宅介護支援事業所が必要と判断した場合に、利用者の同意を得て参加を求めることとする。ただし、ケアプラン（ケアマネジメント結果）については、利用者の同意を得て、運営者へ送付する。

(参考) 総合事業サービスと併用が出来ないサービス一覧 ※小規模多機能型居宅介護も含む

利用中のサービス	併用が出来ないサービス
訪問介護、通所介護 (現行相当サービス)	訪問型短期集中サービス (訪問型サービスC) 通所型短期集中サービス (通所型サービスC)
訪問型短期集中サービス (訪問型サービスC) 通所型短期集中サービス (通所型サービスC)	訪問介護、通所介護 (現行相当サービス)
居宅療養管理指導・住宅改修 福祉用具貸与・福祉用具販売 を除いた介護予防サービス(※)	訪問型短期集中サービス (訪問型サービスC) 通所型短期集中サービス (通所型サービスC)