目　次

第１章　介護予防・日常生活支援総合事業

１　高齢者を取り巻く環境・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
２　「介護予防・日常生活支援総合事業」とは・・・・・・・・・・・・・・２
３　むつ市の総合事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
４　一般介護予防事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
５　介護予防・生活支援サービス事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・５
６　申請からサービス利用までの流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
７　基本チェックリストについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
８　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出・・・16
９　事業対象者の有効期限・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
10　事業対象者の区分支給限度額・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
11　利用者負担・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
12　要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係・・・・・・・18
13　住所地特例者に対する地域支援事業の実施・・・・・・・・・・・・・19
14　生活保護法における介護扶助について・・・・・・・・・・・・・・・22

第２章　介護予防ケアマネジメント

１　事業内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
２　介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方・・・・・・・・・・・・23
３　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方・・・・・・・・・・・・・24
４　利用者との契約・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25
５　介護予防ケアマネジメントＡ（原則的なケアマネジメント）・・・・・25
６　介護予防ケアマネジメントＢ（簡略化したケアマネジメント）・・・・26
７　継続利用要介護者のケアマネジメントについて・・・・・・・・・・・26
８　介護予防ケアマネジメント実施の手順・・・・・・・・・・・・・・・31
９　介護予防ケアマネジメントの報酬・・・・・・・・・・・・・・・・・36
10　介護予防ケアマネジメント費の請求・・・・・・・・・・・・・・・・37

第１章　介護予防・日常生活支援総合事業

１　高齢者を取り巻く環境

全国的に起きている高齢者を取り巻く環境はむつ市も例外ではなく、団塊の世代が 75 歳以上となり、単身高齢者や高齢者世帯の増加、認知症高齢者への対応も喫緊の課題となっています。

このような状況から、掃除や買い物などの身近な「生活支援ニーズ」はさらに多様化・複雑化していますが、高齢者を支える側である 15～64 歳の生産年齢人口の減少に伴う、介護の担い手不足も大きな課題となっています。

こうした中で、介護保険制度の根幹である「自立支援」の重要性はこれまで以上に高まっており、これからの介護予防は、単に心身機能を維持・向上させるだけではなく、住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしく暮らし続けるための「社会参加」や「地域とのつながり」が必要とされています。

これまでの公的サービス中心の提供体制から、住民主体や民間企業などによる「多様なサービス」を包括的に、適切に組み合わせることで、地域全体で高齢者を支える「重層的な支援体制」の構築を推進していく必要があります。

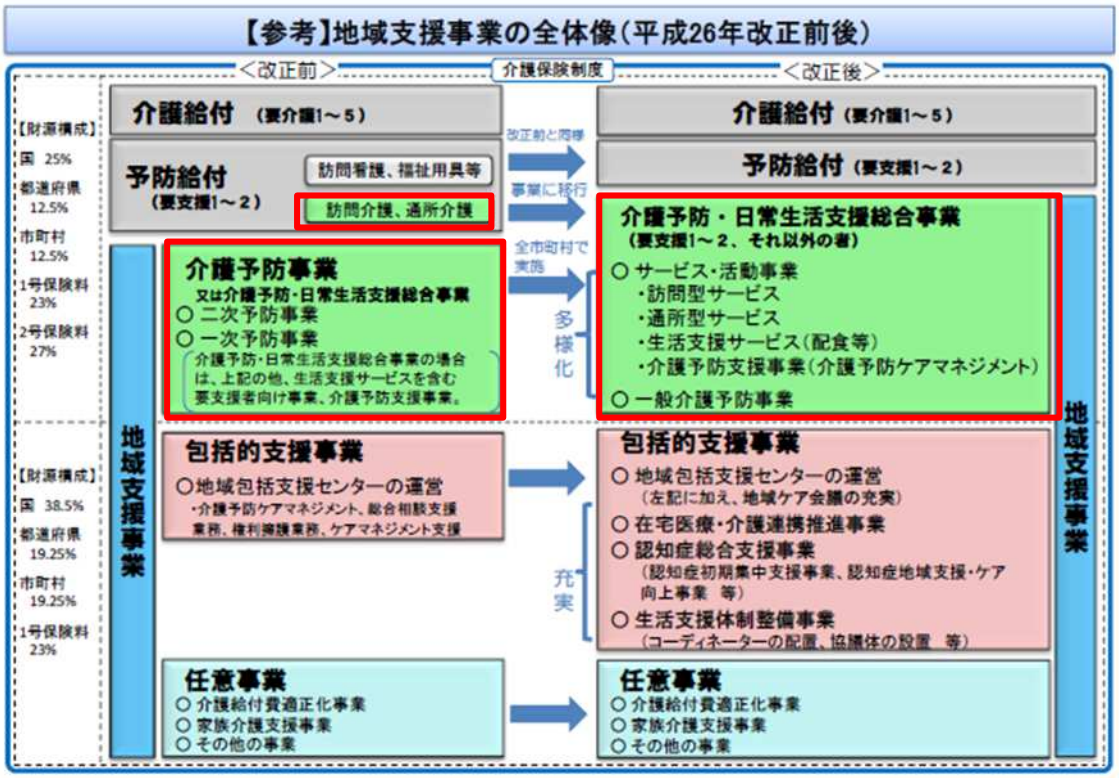
２　「介護予防・日常生活支援総合事業」とは

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

総合事業の目指すところは、多様なサービスを充実していくことで地域の支え合いの体制づくりを推進し、介護予防の理念のもと、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすること、その結果として費用の効率化が図られることです。

［図１］は、総合事業の枠組みについての図となっています。

［図 1］



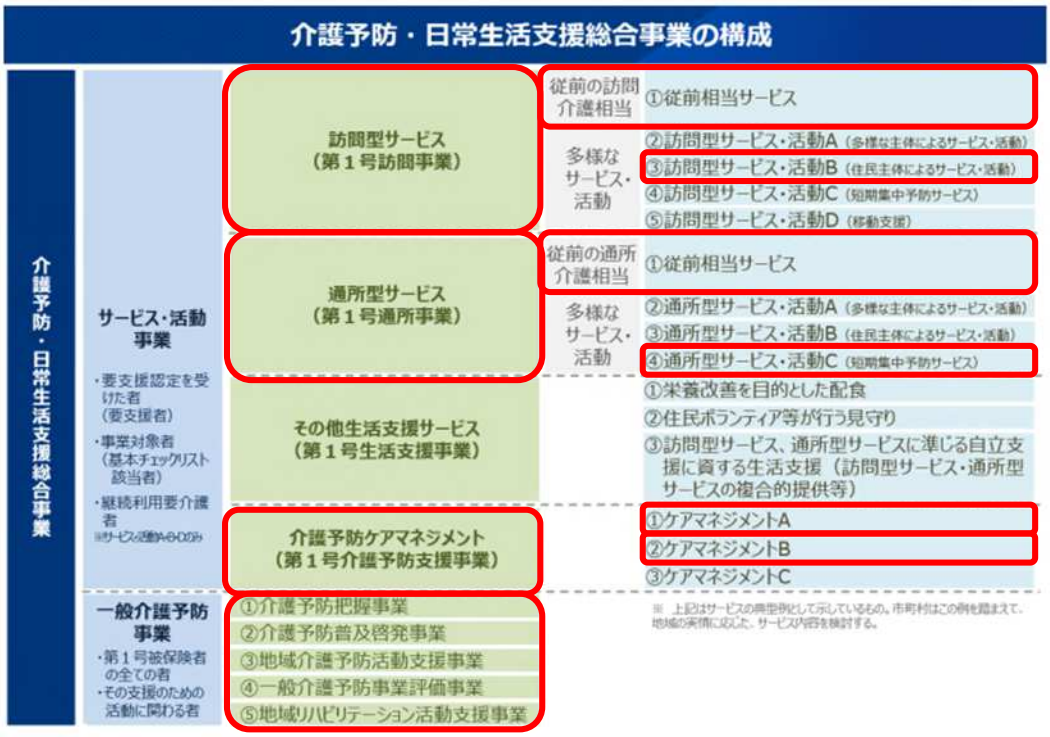
３　むつ市の総合事業

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

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

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

［図 2］　※□は、令和 8 年 10 月時点でむつ市で実施



※「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（令和 7 年 7 月 17 日 老発 0717 第 6 号 厚生労働省老健局長通知）より抜粋

4　一般介護予防事業とは

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

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

当市が実施する一般介護予防事業

介護予防把握事業

介護予防普及啓発事業

・元気☆はつらつ運動教室
・介護予防講演会（認知症予防講演会）
・介護予防セミナー
・介護予防講座
・パンフレット等の配布

地域介護予防活動支援事業

・地域サロン、介護予防運動
・ボランティア研修
・いきいき百歳体操

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

・いきいき百歳体操への理学療法士等の派遣

5　介護予防・生活支援サービス事業とは

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

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

むつ市で実施するサービス事業の内容は、[表 1]のとおりです。

＜訪問型サービス＞

[表 1]　※　　を実施

訪問型サービス・通所型サービス	従前相当サービス	多様なサービス・活動			その他
		サービス・活動A（多様な主体によるサービス・活動）		サービス・活動B、サービス・活動D（訪問型のみ）（住民主体によるサービス・活動）	サービス・活動C（短期集中予防サービス）	
		指定	委託			
実施手法	指定事業者が行うもの（第１号事業支給費の支給）		委託費の支払い	活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い	これらによらないもの（委託と補助の組み合わせなど）
想定される実施主体	・介護サービス事業者等（訪問介護・通所介護等事業者）	・介護サービス事業者等以外の多様な主体（介護サービス事業者等）		・ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ・当該活動を支援する団体	・保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等	
基準	国が定める基準※1を例にしたもの	サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの				
費用	国が定める額※2（単位数） 額の変更のみ可	加算設定も可		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額		
対象者	・要支援者・事業対象者	・要支援者・事業対象者 ・継続利用要介護者		・要支援者・事業対象者 ・継続利用要介護者 ※対象者以外の地域住民が参加することも想定	・要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者	
サービス内容（訪問型）	旧介護予防訪問介護と同様* *身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ弾力なく週計10号の範囲内で実施することが求められる	・高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ・介護予防のための地域住民等による見守り的援助の実施 ・高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動　など *市町村の判断により週計10号の範囲を越えてサービス・活動を行うことも可能 ・通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）			・対象者に対し、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的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス	
サービス内容（通所型）	旧介護予防通所介護と同様* *運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	・高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ・セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ・高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ・住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動　など ・送迎のみの実施				
支援の提供者	国が定める基準による 訪問型：訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型：生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	・地域の多様な主体の従事者 ・高齢者を含む多世代の地域住民 （有償・無償のボランティア）		市町村が定める基準による ・有償・無償のボランティア ・マッチングなどの利用調整を行う者	・保健医療専門職	
その他の生活支援サービス	その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、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）からなる。					

訪問型サービスＢ「むつスマイルサポート事業」について

１．概 要

利用者の居宅において、掃除、ゴミ出し、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理・補修、一般的な調理・配下膳、買い物代行・薬の受け取りといった生活援助サービスをシルバー人材センターが提供。（平成１２年３月１７日老計第１０号「訪問介護におけるサービス行為毎の区分等について」に定める生活援助。身体介護は含まない。）

利用頻度は週２回まで、１回あたり１時間以内。

利用料金は２００円／回（一律）。ただし、生活保護受給者は０円（介護扶助で支給）。

2．対 象 者

① 要支援認定者、事業対象者、継続利用要介護者

※継続利用要介護者とは、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、むつスマイルサポート事業を利用する方のこと。

継続して利用するためには、シルバー人材センターで継続して受入が可能であること、ケアマネジャー等が当該利用者のむつスマイルサポート事業利用について適切性を判断し、ケアプランに位置づけることが必要となる。

② 以下の場合は対象外となる。

・訪問型サービス（ヘルパー）、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、訪問介護いずれかを利用している方

・在宅以外で生活している方（施設に入居している方）

・同居家族がいる方（ただし、同居家族が障がいや疾病、その他の事情により家事を行うことが困難な場合は対象となる。）

3．サ ー ビ ス 利 用 の 流 れ

① 申　請

利用者または申請代行者が、『むつスマイルサポート事業利用申請書』※1 を提出。

※利用者等がまず地域包括支援センター等へ相談し、地域包括支援センター等がシルバー人材センターとも調整の上、代行で①申請を行うことを想定している。

② 決定通知と依頼通知

本庁担当課が、対象者か否か、地域包括支援センター等でケアマネジメントがされているかを確認の上、利用者およびシルバー人材センターに、各々利用決定（却下）通知書、依頼通知書を送付。

③ ケアプラン作成

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

④ サービス担当者会議、ケアプランの交付

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所、利用者、シルバー人材センターの間でサービス担当者会議を実施（介護予防ケアマネジメントＢの場合は、サービス担当者会議の省略が可能）。地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は利用者にケアプランを交付するとともに、利用者の同意を得て、シルバー人材センターにも交付。

⑤ 事業実施

⑥ モニタリング

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所で利用者宅を訪問し、モニタリング

を実施。シルバー人材センターは、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所及び本庁担当課に報告書を提出（※本庁担当課へは請求書に添付）。

⑦ 評　価

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、ケアプラン設定期間に応じて中間評価、最終評価を行う。サービス利用継続が必要な場合には、③から再度実施。

＜通所型サービス＞



通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）について

１．概 要

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

利用頻度は週１回。年度中１回のみの利用（開始となった月の年度で判断）。

利用料金は介護保険負担割合証の負担割合に応じて、以下のとおり。

【送迎あり】

３９７円／回（１割負担）、７９４円／回（２割負担）、１，１９１円／回（３割負担）

【送迎なし】

３１４円／回（１割負担）、６２８円／回（２割負担）、９４２円／回（３割負担）

ただし、生活保護受給者は0円（介護扶助で支給）。

2．対 象 者

① 要支援認定者、事業対象者

※事業対象者の場合、基本チェックリストの項目がプログラムごとに該当する方（例えば、運動機能向上プログラムの場合、№6～１０までの5項目のうち3項目以上に該当する方）、または№1～２０までの２０項目のうち１０項目以上に該当する方。

② 要支援認定者、事業対象者であっても、他の通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション、介護予防小規模多機能型居宅介護を利用している場合は対象外。

3．サ ー ビ ス 利 用 の 流 れ

① 申　請

利用者または申請代行者が、『むつ市通所型サービスＣ利用申請書』※2を提出。

※利用者等が最初に地域包括支援センター等へ相談し、地域包括支援センター等でサービス事業所とも調整の上、代行で①申請を行うことを想定している。

② 決定通知と依頼通知

本庁担当課が、対象者か否か、地域包括支援センター等でケアマネジメントがされているかを確認の上、利用者およびサービス事業所に、各々利用決定（却下）通知書、依頼通知書を送付。

③ ケアプラン作成

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

④ サービス担当者会議、ケアプランの交付

地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所、利用者、サービス事業所の間でサービス担当者会議を実施。地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は利用者にケアプランを交付するとともに、利用者の同意を得て、サービス事業所にも交付。

⑤ 事業実施

⑥ 事業終了後

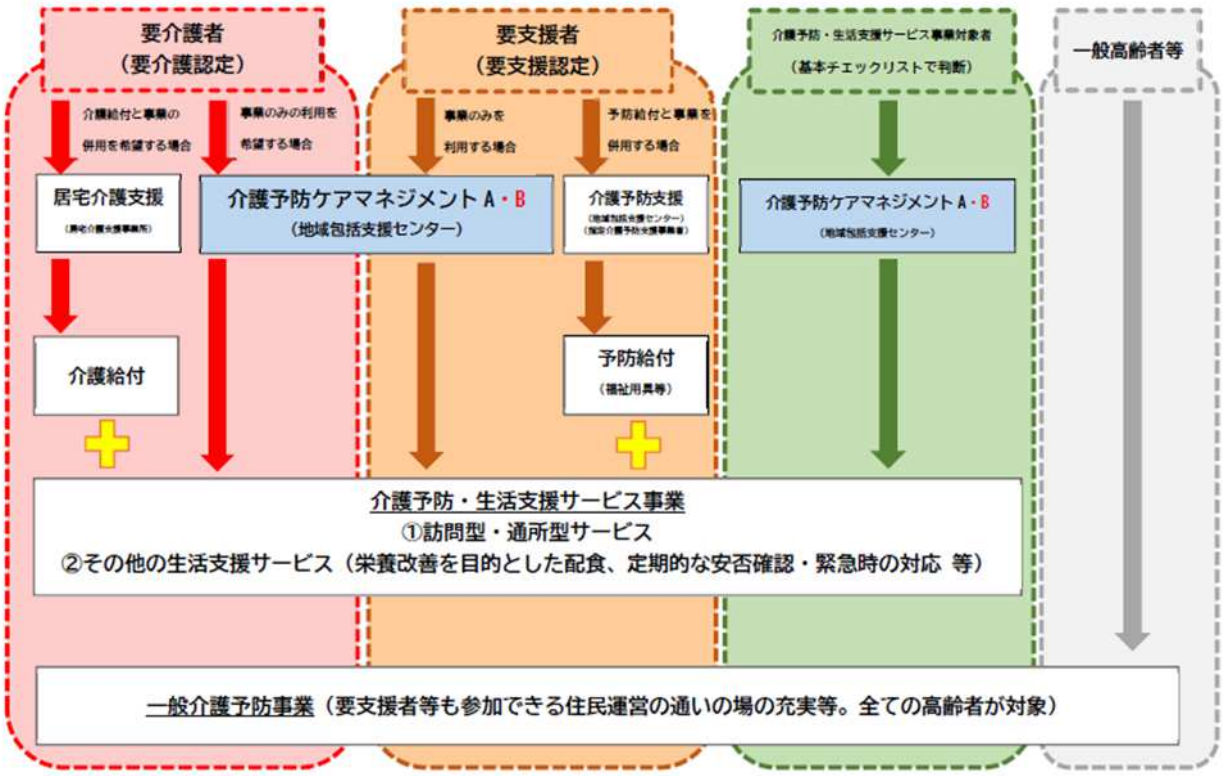
ア）サービス事業所は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所及び本庁担当課に報告書を提出（※本庁担当課へは請求書に添付）

イ）地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は利用者の介護予防ケアプランを評価。

6　申請からサービス利用までの流れ

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

[図 3]



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

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

例えば、認知症、認知症の疑いがある方、また認知症の進行が予見される方、常時見守りが必要な方、要支援認定を希望される方、第２号被保険者、介護予防給付サービスが必要な方については、要支援認定申請をすることが考えられます。

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

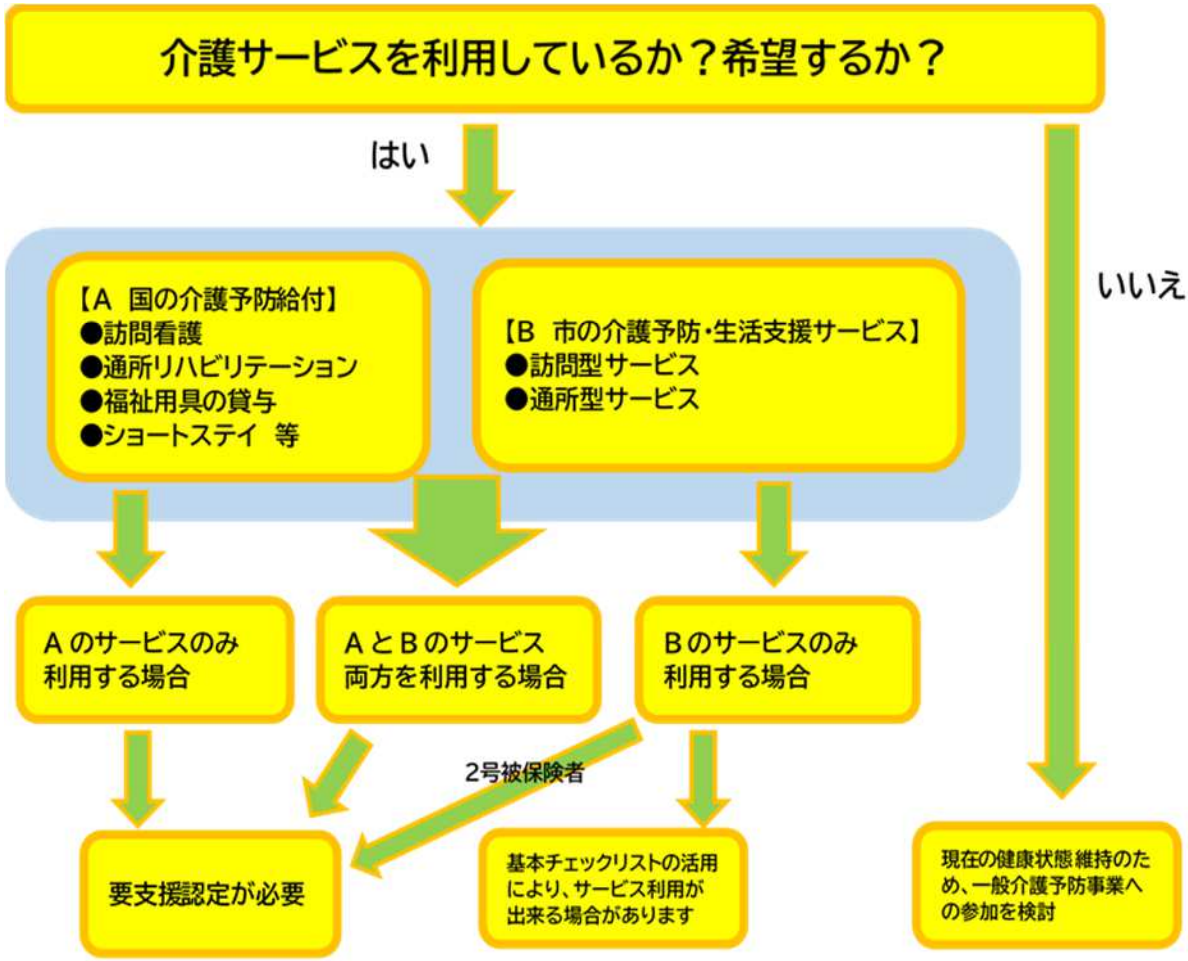
サービス事業の対象者はこれまで、要支援認定者と事業対象者に限定されていましたが、

対象者の弾力化が図られ、令和 3 年度より要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける前から住民主体による総合事業の住民主体のサービス（B または D）を継続的に利用していた居宅要介護被保険者も対象となりました。

要介護認定申請期間中に事業対象者として総合事業のサービスを利用することは、市及び事業所での資格管理が複雑となり、請求でのエラーにつながりやすいため、認定非該当となる可能性がある場合は認定結果が出てからのサービス利用を原則とし、暫定期間中に急ぎでサービス利用する必要があるなどの事由がない限り、避けることが望ましい。

［図 4］

予防給付を利用する場合は、要支援認定が必要となります



7　基本チェックリストについて

事業対象者となる、基本チェックリスト※3の該当基準は[図 5]のとおりです。

【図5】

基本チェックリスト

記入日:　　年　　月　　日(　　)

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					

No	質問項目	回答:いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
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カ月間で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=　　)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
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
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
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする　※不明な場合は、「いいえ」を選択

〈該当基準〉下記のいずれかに該当

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

基本チェックリストについての考え方

① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。

② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。

③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。

④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

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

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

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

基本チェックリストの実施者

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

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

基本チェックリストの受付

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

（例１）令和 8 年 4 月 30 日認定切れの場合は、チェックリスト実施は 60 日前の 3 月 1 日から可能
（例２）令和 8 年 5 月 31 日認定切れの場合は、チェックリスト実施は 60 日前の 4 月 1 日から可能

基本チェックリスト該当後の手続き

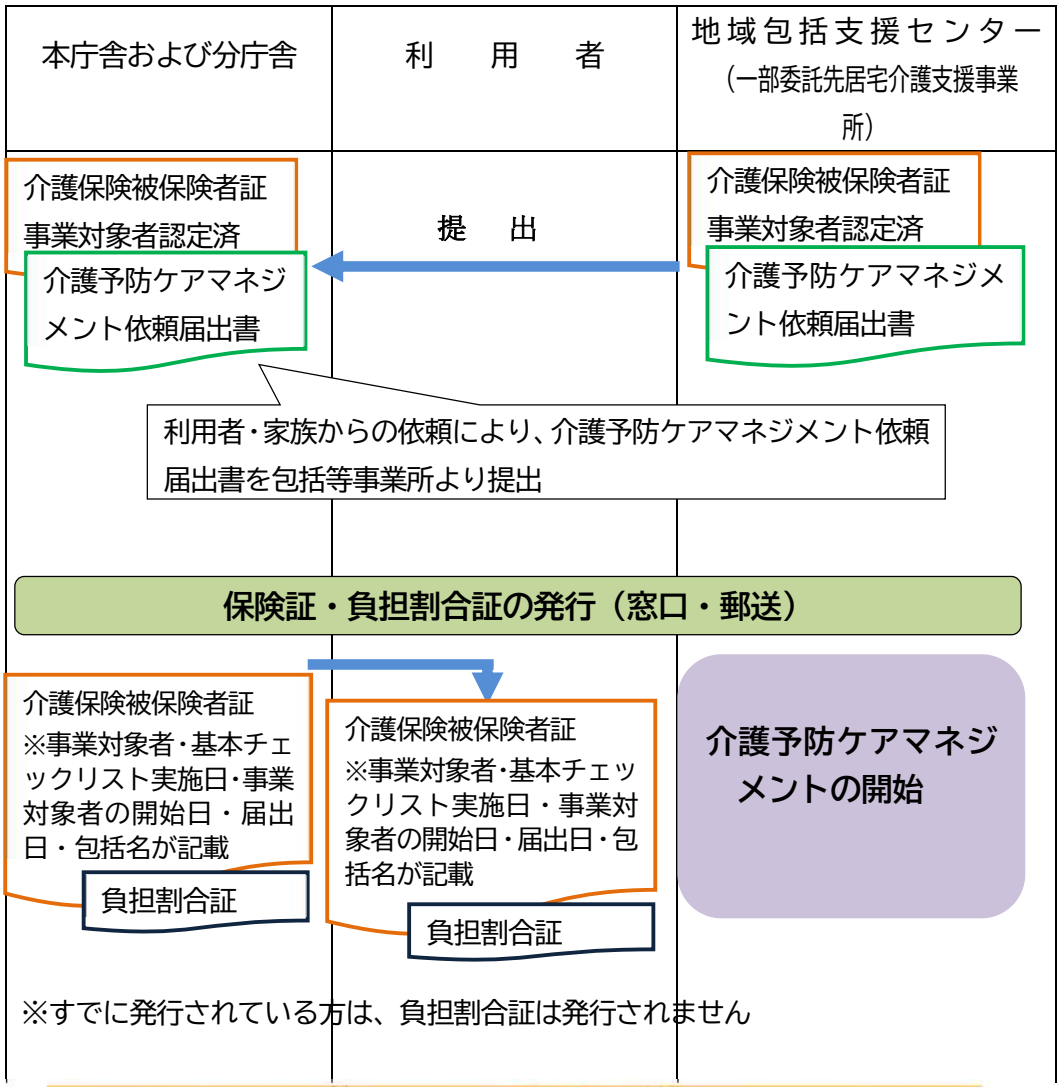
上記基本チェックリストの基準に該当し、「事業対象者」となった場合は、その後、[図 6]のような手続きとなります。

事業対象者の基本チェックリストの情報提供

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

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

［図 6］



※すでに発行されている方は、負担割合証は発行されません

見本イメージ



※文字サイズは実際印字されるときとは異なります

8　介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書※4は、介護予防サービス計画作成依頼書と統一した様式を使用します。

届出提出の有無については、[表 2]をご参照ください。

[表 2]

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

9　事業対象者の有効期限

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

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

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

10　事業対象者の区分支給限度額

事業対象者の区分支給限度額は[表 3]のとおりですが、利用者の状態によっては、上限 10,531 単位までの範囲で、支給限度額の拡大が可能となります。その場合、市に「事業対象者に係る区分支給限度額変更申請書※5」と添付書類（介護予防サービス支援計画書・サービス担当者会議の要点）の提出が必要となります。

[表 3]　要支援・事業対象者の区分支給限度額

利用者区分	区　分　支　給　限　度　額
事業対象者	要支援１相当　　**5,032単位** ※介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業所によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作成することが適当であり、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる場合など、利用者の状態によっては、要支援２相当（10,531単位）とすることができる。
要支援 1	**5,032単位**
要支援 2	**10,531単位**

区分支給限度額対象サービス

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

◆事業対象者については、指定事業者のサービスを利用する場合のみ給付管理を行います。

□ 訪問型サービスのうち従前の訪問介護相当

□ 通所型サービスのうち従前の通所介護相当

※むつスマイルサポート事業(訪問型サービスＢ)及び通所型サービスＣについては、区分支給限度額対象外となる為、給付管理対象外のサービスとなります。

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

◆予防給付とサービス事業を併用した場合

□ 予防給付によるケアマネジメントにより、介護報酬が支払われます

□ 給付管理は、予防給付とサービス事業（指定事業者が行うもの）を併せて行います

サービスの日割り算定について

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

その他の起算日及び終了日については、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）」をご覧ください。

11　利用者負担

従前相当の訪問型・通所型サービス及び通所型サービスＣの利用者負担は、介護保険負担割合証に表示された負担割合となります。負担割合証の発行については、Ｐ15 の[図 6]をご参照ください。

むつスマイルサポート事業（訪問型サービスＢ）の利用者負担は一律１回あたり２００円となります。

また、予防給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護予防サービス費相当事業等を実施します。その対象となるサービスは指定事業所によるサービスとなります。

12　要介護認定の申請期間中のサービス利用と費用の関係

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

また、事業対象者としてサービス・活動事業を利用した後、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。要介護認定申請期間中に事業対象者としてサービス利用するか、暫定プランで介護給付サービス利用するかはケースにより適宜判断をしてください。

[表 4]

認定結果	介護（予防）給付によるサービスのみ	介護（予防）給付によるサービスと総合事業によるサービス	総合事業によるサービスのみ
非該当（事業対象者）	全額自己負担	給付分は全額自己負担 総合事業によるサービス利用分は第１号事業支給費から支給	第１号事業支給費から支給
要支援	予防給付より支給	給付分は予防給付より支給 総合事業によるサービス利用分は第１号事業支給費から支給	第１号事業支給費から支給
要介護	介護給付より支給	給付分は、介護給付より支給 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第１号事業支給費から支給	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第１号事業支給費から支給

（注）　上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」より

13　住所地特例者に対する地域支援事業の実施

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

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

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

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

相談してください。

住所地特例対象者における必要な事務手続き

○ 要支援認定申請をする場合

① 利用者が保険者市町村（A市）に認定申請

↓

② 保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行

↓

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

↓

④ 利用者は介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書に被保険者証を添付して、施設所在市町村（むつ市）へ届出

↓

⑤ 施設所在市町村（むつ市）は介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付

↓

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

↓

⑦ 担当の地域包括支援センターでは、むつ市の請求の仕方（P37 参照）に則って、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を、国保連あるいは市へ請求

○ 事業対象者の場合

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

↓

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

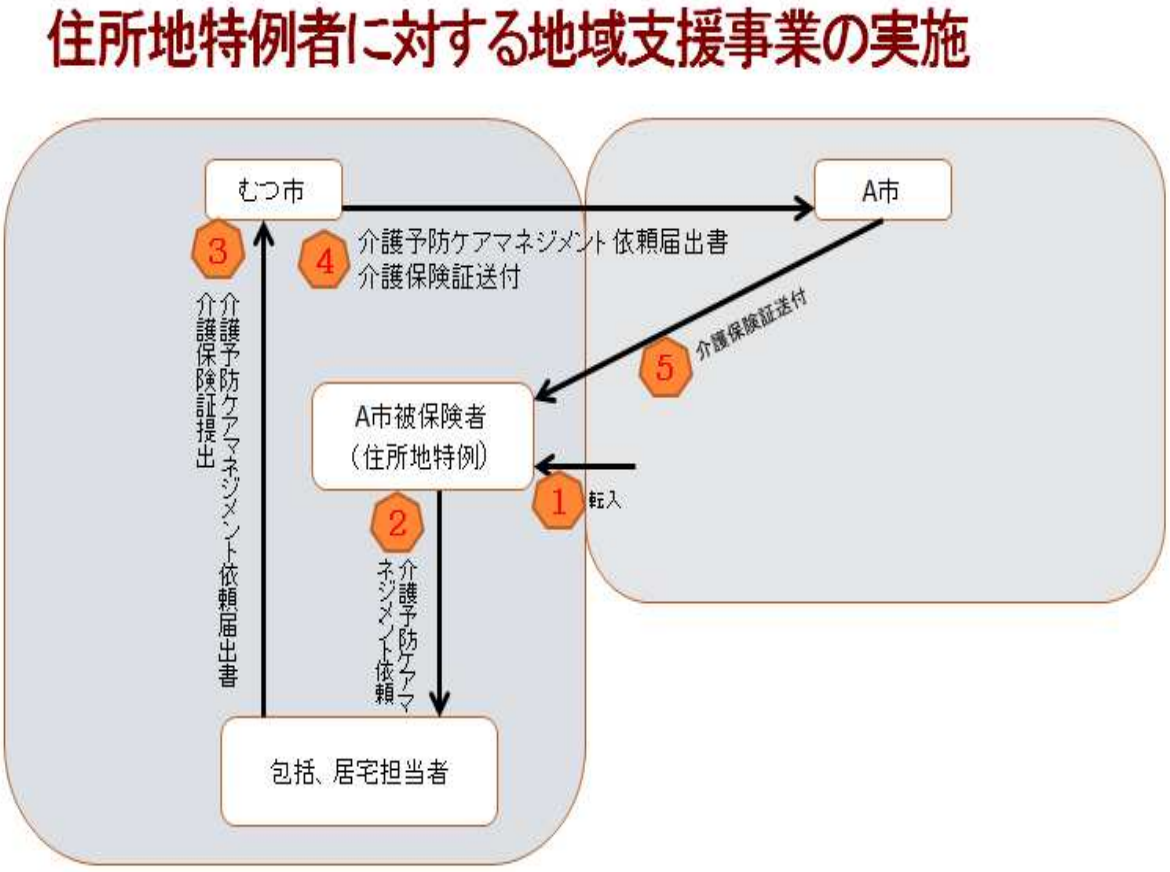
③ 施設所在市町村（むつ市）は介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付

③ 利用者は施設所在市町村（むつ市）の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメントの契約

④ 保険者市町村（A市）は、被保険者証に「事業対象者」、「担当地域包括支援センター名」等を記載し、利用者へ郵送

⑤ 担当の地域包括支援センターでは、むつ市の請求の仕方（P37 参照）に則って、介護予防ケアマネジメント費を、国保連あるいは市へ請求

[図 7]



14　生活保護法における介護扶助について

従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、すべてのサービスについて給付対象となります。

具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施または補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとなります。

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

第２章　介護予防ケアマネジメント

1　事業内容

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、継続利用要介護者・要支援認定者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、その置かれている環境、その他の状況に応じて、その選択に基づき、総合事業の訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの他、一般介護予防事業や市町村の独自施策、民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況に合った適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

ご注意いただきたいのは、「介護予防ケアマネジメント」と「介護予防支援」「居宅介護支援」との区別です。総合事業のサービス事業を利用する方でも、介護予防支援もしくは居宅介護支援にてケアプランを立てる方もいます。

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

［表５］

「居宅介護支援」「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」

☞総合事業のサービスを利用する方でも、従来の介護予防支援もしくは居宅介護支援にてケアプラン作成必要となる方もいます。

利用者区分	サービス内容				支援費			
	介護給付	予防給付	従前・通所C	訪問B	居宅介護支援費	介護予防支援費	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB
要介護者（継続含）	○				◎			
	○			○	◎			
				○			◎	
要支援者		○				◎		
		○		○		◎		
		○	○			◎		
		○	○	○		◎		
			○				◎	
			○	○			◎	
				○				◎
事業対象者			○				◎	
			○	○			◎	
				○				◎

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

2　介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護保険法

「介護予防」

☞　第１条（介護保険の目的）
「高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むこと」を目指す。

☞　第２条（介護保険）
被保険者に対する必要な保険給付は、「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行わなければならない」

☞　第４条第１項（国民の努力と義務）
国民一人ひとりにおいても、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有している能力の維持向上に努めるものとす

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

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

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

総合事業においては、単に利用者の困りごと、要望を叶える補完的なサービス調整ではない、自立を支えるケアマネジメントが必要とされます。利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要となります。

３　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

むつ市において実施する介護予防ケアマネジメントは[表 6]の通りとなります。

［表 6］当市の介護予防ケアマネジメントの種類

※□は、令和８年１０月時点でむつ市で実施

	ケアマネジメントA （原則的なケアマネジメント）	ケアマネジメントB （簡略化したケアマネジメント）	ケアマネジメントC （初回のみのケアマネジメント）
対象ケース	●訪問型・通所型サービスにおいて指定事業者のサービスを利用するケース ●訪問型・通所型サービスCを利用するケース	●ケアマネジメントA又はC以外のケース	●ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービス、一般介護予防事業等の利用につなげるケース
内　容	【アセスメント→ケアプラン原案作成→サービス担当者会議→利用者への説明・同意→ケアプランの確定・交付→サービス利用開始→モニタリング】	緩和した基準によるケアマネジメント 【アセスメント→ケアプラン原案作成(→サービス担当者会議)→利用者への説明・同意→ケアプランの確定・交付→サービス利用開始(→モニタリング　※間隔をあけて必要時時期を設定)】	初回のみのケアマネジメントを実施 【アセスメント→ケアマネジメント結果案作成→利用者への説明・同意→利用するサービス提供者等への説明・送付→サービス利用開始】 ※その後は事業者より適時情報提供を受け、必要に応じて関与
様　式	別に示したとおり。介護予防支援で使用している様式をそのまま使用しても可		
サービス提供者	地域包括支援センター （地域包括支援センターより委託された居宅介護支援事業所）		

4　利用者との契約

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

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

5　介護予防ケアマネジメントＡ（原則的なケアマネジメント）

実施主体

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

居宅介護支援事業所への一部委託

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

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

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

（地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの一部を指定介護予防支援事業者

としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合については、令和6年4月26日付事務連絡「指定居宅介護支援事業所が市町村長からの指定を受けて介護予防支援を実施する場合の留意事項について」を参照してください。）

6　介護予防ケアマネジメントＢ（簡略化したケアマネジメント）

実施主体

介護予防ケアマネジメントＡと同様となります。

居宅介護支援事業所への一部委託

委託元の地域包括支援センターでは、ケアプラン等のチェックや必要書類の提出を受け、請求は国保連に行います（給付管理票はありません）。

介護予防ケアマネジメントＢは、利用者の心身の状態が比較的安定しており、定型的なサービス提供が適している場合に適用されることから、サービス担当者会議の開催を省略可能とするほか、モニタリング訪問の頻度について柔軟な運用が可能です。

また、地域包括支援センターが適宜関与する体制はケアマネジメントＡと同様ですが、利用者との「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係わる契約書（個人用）」締結時の同行訪問については、利用者の状態やリスクを考慮し、地域包括支援センターが必要と判断する場合に行うものとします。

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

7　継続利用要介護者のケアマネジメントについて

継続利用要介護者とは

継続利用要介護者とは、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、従前相当サービス及びサービス事業Cを除くサービス事業　むつスマイルサポート事業（訪問型サービスＢ）を利用する方のことを言います。

対象サービス・活動

続利用要介護者が利用できるむつ市のサービス事業は、むつスマイルサポート事業（訪問型サービスＢ）のみです。

ケアマネジメントの実施主体

	介護給付とむつスマイルサポート事業併用	むつスマイルサポート事業のみ
実施主体	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター又は 一部委託先居宅介護支援事業所
ケアマネジメント種別	居宅介護支援	介護予防ケアマネジメントＡ
報酬単価	居宅介護支援費	介護予防ケアマネジメントＡ費

介護支援専門員向けの留意事項（介護予防･日常生活支援総合事業ガイドライン一部抜粋）

（１）準備

○　継続利用要介護者対象サービス事業の実施者は、フローチャート等を参照しながら、要介護者ごとに緊急時等の連絡・相談先（※）を整理する。[図８]
○　介護支援専門員等は、担当する要介護者に係る相談先等が整理されていることを確認する。

（※）家族、介護支援専門員、地域包括支援センター 等

（２）ケアマネジメントの実施

○　介護支援専門員等は、担当する要介護者が継続利用要介護者対象サービス事業の継続利用を検討している場合には、継続利用要介護者対象サービス事業の実施者に対して、提供できるサービス事業の内容について確認する。
○　あわせて、要介護者に対して、①介護給付を受けながら、引き続き継続利用要介護

者対象サービス事業を利用できること、②継続利用要介護者対象サービス事業が実施できる内容について説明した上で、改めて意向を確認する。

○　介護支援専門員は、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、居宅サービス計画の原案に継続利用要介護者対象サービス事業を位置付ける。

（3）利用者の変化状態等への対応

○　介護支援専門員等は、モニタリングを通じて要介護者の状態変化等に留意する。

○　介護支援専門員等は、要介護者に状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、必要な対応（※）を行う。

（※）継続利用要介護者対象サービス・活動の利用に関する助言、介護給付の内容の見直し等

（4）Q＆A

Q：継続利用要介護者としてむつスマイルサポート事業を利用できるのはどのような人か。

A：継続利用要介護者として、むつスマイルサポート事業を利用するためには、以下の要件をすべて満たす必要があります。

・要介護認定を受ける前から、要支援者等としてむつスマイルサポート事業を利用し、その後介護認定による介護給付サービスを受けた以降も継続してむつスマイルサポート事業を利用すること。

・利用を受け入れる団体が、要介護認定後による介護給付サービスを受けた以降も継続して受け入れが可能であること。

・ケアマネジャー等が当該利用者のむつスマイルサポート事業の利用について適切性を判断し、ケアプランに位置付けること。

Q：継続利用要介護者の利用の判断について

A：原則、本人の希望がある場合には、サービスを継続できるようサービス実施団体との連携に努めてください。 ただし、状態像はそれぞれ異なることから、ケアマネジメントの中で適切性を判断し、利用の可否についての助言等を行ってください。

Q:居宅介護支援事業所が継続利用要介護者に対して行う居宅介護支援のケアプランは、どの様式を使うのか。

A：継続利用要介護者に対する様式も通常のケアプランの様式と変わりありません。居

宅サービス計画書の第２表と第３表に、利用するむつスマイルサポート事業を記載してください。

Q：継続利用要介護者がむつスマイルサポート事業を利用した場合、給付管理票に記載するのか

A：要支援者等がむつスマイルサポート事業を利用する場合と同様に、限度額管理を行う必要がないため、給付管理票に記載する必要はありません。

Q：継続利用要介護者が介護給付サービスを利用せず、むつスマイルサポート事業のみを利用した場合、なぜ介護予防ケアマネジメントＡとなるのか。

A：限度額管理対象の介護給付サービスを利用しない場合、居宅介護支援費の算定はできないため、介護予防ケアマネジメントの算定となります。また、事業対象者及び要支援者がむつスマイルサポート事業のみを利用した場合は、介護予防ケアマネジメントＢとなりますが、継続利用要介護者の場合は、要介護者であり、その状態変化をよりモニタリングしていく必要性があることから、介護予防ケアマネジメントＡとなります。

［図８］ ※ 当該様式は継続利用要介護者以外の対象者についても使用可能です。

むつスマイルサポート事業 利用者情報

【居宅介護支援事業所（地域包括支援センター）⇔実施団体　共有用】

記入日：　　年　　月　　日

記載される情報は、利用者様が安全に訪問型サービスＢを利用し続けられるように、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）又は地域包括支援センターと実施団体との間で共有されますので、ご了承ください。

■利用者の基本情報

氏名		生年月日	
住所		電話番号	

■利用者の状態変化時・長期欠席時・緊急時などの連絡先

【居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）または地域包括支援センター】

事業所名		担当者名	
電話番号			

【ご家族等】※住所は、自治体名・町名までで可。複数名必要な場合は適宜追加。

氏名		続柄	
住所		電話番号	

■その他特記事項・情報共有すべき事項

※どのようなとき（状態変化・長期欠席等）にケアマネジャーに連絡するか等を記載

■むつスマイルサポート事業実施団体　留意事項

※利用者に状態変化があったとき及び長期欠席があったときは、担当ケアマネジャーに相談する。

※緊急時（ケガ・病気等）には、担当ケアマネジャーに連絡するとともに、ご家族へも連絡する。

8. 介護予防ケアマネジメント実施の手順

（1） 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

① 要支援（要介護）認定を受けているか、または基本チェックリストで事業対象者に該当しているかを確認（介護保険被保険者証に「要支援（要介護）認定」または「事業対象者」の記載があるか）。

② 利用が必要とされるサービスが介護予防ケアマネジメントの対象であるか確認（P23、表 5 を参照）。

③ 利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出がされているか（介護保険被保険者証に、担当地域包括支援センター名の記載があるか）。

※実際には、基本チェックリストを実施する前から相談を受けることが多いと思われます。P9 の「申請からサービス利用までの流れ」についてもご参照ください。

（2） 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

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

※一部委託先の居宅介護支援事業所で担当する場合であって、新規の場合は、地域包括支援センターが同行訪問することを原則とします（詳細はP25、26 をご参照ください）。

（3） 介護予防ケアマネジメントの開始

① アセスメント（課題分析）

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

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

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

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

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

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

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

②　ケアプラン原案作成

【帳票】　介護予防サービス・支援計画書※9

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

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

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

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

③　サービス担当者会議

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

【ケアマネジメントＡの場合】

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

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

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

【ケアマネジメントＢの場合】

サービス担当者会議を省略することが可能です。ただし、会議を省略する場合であっても、サービス実施者との個別の連絡調整を通じ、利用者の状況やプラン内容についての情報共有・合意形成は必ず行ってください。

④　利用者への説明・同意

⑤　ケアプラン確定・交付

利用者に交付するとともに、利用者の同意を得て、ケアプランをサービス実施者にも交付します。

⑥　サービス利用開始

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

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

また、利用者への利用予定の提示は必要に応じて行ってください。

⑦　モニタリング

【ケアマネジメントＡの場合】

介護予防支援と同様、少なくとも 3 か月に 1 回、サービス評価期間の終了月、状態変化が認められるときには、利用者宅を訪問します。それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により、利用者と面接するよう努め、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施します。

【ケアマネジメントＢの場合】

少なくともケアプラン設定期間の半期に 1 回、サービス評価期間の終了月、状態変化が認められるときは、利用者宅を訪問します。それ以外の月においては、サービス実

施者からの状況報告（定期的な報告書や電話連絡等）を受けることで実施します。

【ケアマネジメントＡ・Ｂ共通】

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

※　給付管理

指定事業所の区分支給限度額サービス（P17）を利用する場合は、給付管理を行います。訪問型サービスＢ及び通所型サービスＣについては、給付管理対象外のサービスとなります。

要支援認定を受けた方が総合事業を利用する場合は、適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に給付管理します。

⑧　評価

【帳票】介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表※11

設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問し、目標の達成状況を評価し、利用者と共有します。

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

新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定します。

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

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

地域包括支援センターへの提出書類

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

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

９　介護予防ケアマネジメントの報酬

報　酬

類　型	報　酬
介護予防ケアマネジメントＡ	１月につき 442 単位 ・高齢者虐待防止措置未実施減算　１月につき 4 単位減算 ・業務継続計画未策定減算　１月につき 4 単位減算 〇介護予防ケアマネジメント初回加算　１月につき 300 単位 〇委託連携加算　300 単位
介護予防ケアマネジメントＢ	１月につき 360 単位 ・高齢者虐待防止措置未実施減算　１月につき 4 単位減算 ・業務継続計画未策定減算　１月につき 4 単位減算 〇介護予防ケアマネジメント初回加算　１月につき 300 単位 〇委託連携加算　300 単位

介護予防ケアマネジメントＡ・Ｂ共通　初回加算

介護予防支援における基準に準じて算定できます。

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

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

介護予防ケアマネジメントＡ・Ｂ共通　委託連携加算

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

① 指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が、指定居宅介護支援事業所に対して「介護予防支援」または「介護予防ケアマネジメント」の業務を委託すること。
② 委託先の事業所（介護支援専門員）に対して、対象となる利用者の情報を適切に提供すること。
③ 委託先の事業所が行う「介護予防サービス計画書」等の業務に対して、地域包括支援センターが協力を行うこと。

１０　介護予防ケアマネジメント費の請求

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

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

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

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

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

※1～6、9　　各様式は市ホームページに掲載

※7、10～11　各様式は厚生労働省「介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧」参照

※8　　様式は厚生労働省ホームページ掲載「介護予防マニュアル」参照