

郡上市

**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
マニュアル**



令和7年2月作成

Ver. 2.1

高齢福祉課

1. マニュアル作成の趣旨

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等に対して、その介護予防や社会参加の推進を目的として、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、予防給付サービス、多様なサービス・活動（総合事業として実施する訪問型サービス、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をいう。以下同じ。）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。

郡上市において、総合事業の目的である、「認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うこと」を達成するためには、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの役割が極めて重要となります。そのため、本マニュアルによる適正かつ効果的な運用を目指します。

2. 基本方針

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施するにあたっては、「郡上市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に係る基準に関する条例」に規定する基本方針を遵守するとともに、自立支援及び重度化防止の観点に十分配慮する。

具体的には、居宅要支援被保険者等に対して適切なアセスメントを実施し、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。この取り組みは、心身機能の改善だけではなく、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といった「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する。

【ケアプラン作成のポイント】

- 目標指向型のケアマネジメントを意識
 - ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
 - ・個人の興味や関心のあることを中心に目標設定
 - ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
 - ・心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出
- ⇒ より具体的な個々の目標設定および支援方針が導き出せることが重要
- 利用者のための目標設定
 - ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
 - ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に参加する」など、目標の設定を具体的にイメージできるよう支援する。

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は、居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、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、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等の多様な事業が、包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものです。選択したサービス・活動によって、実施する介護予防ケアマネジメントの類型を選択します。

類型	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント		
		A (原則的)	B (簡略化)	C (初回のみ)
内容	・予防給付サービスおよび予防給付サービスと共に総合事業のサービスを利用する場合	・従前相当サービス（指定事業者によるサービス）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	・従前相当サービス以外の多様なサービス・活動を利用する場合	・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
実施主体	地域包括支援センター 介護予防支援事業所 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）	地域包括支援センター
主なサービス等	・予防給付サービス ・予防給付＋総合事業のサービス	・従前相当サービス（指定事業者によるサービス）を含むすべての総合事業のサービス 「介護予防デイサービス 介護予防ホームヘルプ ＋ 家事援助サービス ミニデイサービス 配食見守りサービス」	・家事援助サービス ・ミニデイサービス ・配食見守りサービス	・配食見守りサービス
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 →プランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング・給付管理 →評価	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 →プランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング・給付管理 →評価	アセスメント →ケアマネジメント結果等記録表作成 →利用者と一緒に目標の確認 →利用するサービス・活動実施者等への記録表の説明・送付 →サービス利用開始 →モニタリング※ ※利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する。 または、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。	アセスメント →ケアマネジメント結果等記録表作成 →利用者と一緒に目標の確認 →利用するサービス・活動実施者等への記録表の説明・送付 →サービス利用開始※ ※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。

4. 実施の手順・実施のポイント

- 利用者等の主訴の確認
 - ・ 利用者や家族から相談を受け付けた場合、まず相談の目的やサービス等の利用希望がある場合は、その内容を聴き取る。
 - ・ 聴き取った内容を踏まえ、総合事業や一般介護予防事業等について説明を行う。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、要介護認定申請等の案内を行う。
- 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・活動事業を希望する場合、要支援認定の有無、又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及び様式1の別紙参照)
 - ・ 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、利用者本人の自宅等を訪問してアセスメント等を行うことを説明する。
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの依頼等
 - ・ 介護予防ケアマネジメントを提供するため、「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」(様式2参照)を記入してもらう。
 - ・ 指定介護予防支援事業所が介護予防支援を提供するため、「居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書」(様式3参照及び様式3の別紙参照)を記入してもらう。
 - ・ また、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおける運営規程等の重要事項や契約書、個人情報の取扱等について説明し、利用者の同意を得る。
- その他
 - ・ 総合事業利用のための手続は、原則、利用者本人が直接市町村窓口や地域包括支援センターに出向いて行う。ただし、利用者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、基本チェックリストの提出は、指定居宅介護支援事業者等からの代行も可能である。
 - ・ 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・活動事業を利用することができる。

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

	介護予防支援 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	○	△	—
事業実施者等との連絡 調整や打合せ	—	○	○
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 等記録表	—	○	○
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—
評価	○	—	—

アセスメント (課題分析)	【ポイント】 ○利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聴き取り等を通じて行う。 ○利用者本人や家族の意向を尊重しつつも、生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行う。 ○利用者本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート」(様式4参照)などを活用することで趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～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。 ○この段階から、利用者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。 ○利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」(様式5参照)、「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)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)」(様式7参照)、生活状況を把握するためのアセスメントシート(様式9参照)を適宜活用して必要な情報を記録する事が可能。 ○アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「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等記録)」(様式6参照)の「アセスメント領
------------------	--

アセスメント (課題分析)	域と現在の状況」、及び「本人・家族の意欲・意向」欄、生活状況を把握するためのアセスメントシート（様式9参照）を活用する。 ○居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用する。 〈帳票〉 ・様式1 基本チェックリスト ・様式4 興味・関心チェックシート ・様式5 利用者基本情報 ・様式6 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） ・様式7 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を含む） ・様式9 生活状況を把握するためのアセスメントシート
介護予防ケアマネジメント計画原案作成 (ケアマネジメント結果等記録表作成)	【ポイント】 〔共通事項〕 ○目標の設定 ・生活の目標については、利用者本人が自身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。 ・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。 ○サービス・活動事業等の選択 ・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る。 ・サービス・活動事業の実施者の特徴を捉え、本人の状態や意向に合ったサービス・活動事業等を選択する。 ・利用者本人の意向を確認し共に作成することを意識する。 ・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。 〔介護予防支援・ケアマネジメントA〕 ○介護予防ケアマネジメント計画原案作成が必要 ○利用者本人や家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となる。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となる。 〔ケアマネジメントB・C〕 ○ケアマネジメント結果等記録表を作成 ※介護予防ケアマネジメント計画原案の作成は不要 〈帳票〉 ・様式6 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）

サービス担当者会議	【ポイント】 ○ サービス担当者会議の目的 ・ 利用者・家族の生活の意向・目標を共有する ・ さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討する。 ・ 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）（様式6参照）に示された取組や関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有する。※ケアマネジメントB・Cについては、サービス担当者会議の開催が必須では無いことから、連絡調整・打ち合わせを通して共有する。 〈帳票〉 ・ 様式6 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） ・ 様式7 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を含む）
利用者への説明・同意 計画確定・交付	〔介護予防支援・ケアマネジメントA〕 ○ サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。 ○ 本人の同意を得て、介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付する。 〔ケアマネジメントB・C〕 ○ アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方針等（ケアマネジメント結果等記録表）について、説明し、同意を得た上でサービス・活動事業の実施者へ写しを送付する。 〈帳票〉 ・ 様式6 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）
サービス利用開始	○ 各サービス・活動を実施
モニタリング（給付管理）	【ポイント】 ○ 利用者本人の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、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）の計画通り実行できているか、新たな課題が生じていないかどうかを確認する。 〔介護予防支援・ケアマネジメントA〕 利用者本人の居宅を訪問して行う必要があるタイミング 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 ○ 他のサービスとの連携によるモニタリング

モニタリング (給付管理)	・「介護予防支援」の利用者本人の居宅を訪問して行うモニタリングについて、郡上市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に係る基準に関する条例 第 31 条（指定介護予防支援の具体的取扱方針）第 19 号に規定されている要件（下記①、②）を満たす場合には、期間を 6 か月に 1 回とすることができる。 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。 a) 利用者の心身の状況が安定していること。 b) 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。 c) 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。 ※サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。 ※利用者の居宅を訪問しない月（居宅訪問に代えて、テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては、可能な限り、介護予防サービス事業所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、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。 ※少なくとも 1 月に 1 回、モニタリングの結果を記録すること。 ・「ケアマネジメント A」の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。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「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を含む）等」（様式 7 参照）に記載しておくこと。 ① 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。 ② 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。 ③ 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。 ④ 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、計画作成担当者とサービス事業者との間でも合意が得られている。 ただし、以下の場合を除く。 ※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
--------------------------	--

モニタリング (給付管理)	※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）。 〔ケアマネジメントB〕 利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施する、または、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。 〔ケアマネジメントC〕 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。 〈帳票〉 ・様式7 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を含む)
評価	〔介護予防支援・ケアマネジメントA〕 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）に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、その計画書に位置付けたサービス・活動事業等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・活動事業等の見直し等今後の方針を決定する。 〈帳票〉 ・様式8 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

介護予防支援（委託の場合）及び介護予防ケアマネジメント 地域包括支援センターに提出する書類

提出時期	内 容
初回	○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書 ○経過記録（担当者会議の要点の記録を含む）
評価	○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 ○経過記録
更新 (プラン見直し)	○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○利用者基本情報（※変更ある場合） ○介護予防サービス・支援計画書 ○経過記録（担当者会議の要点の記録を含む）

5. 報酬（単価、加算）

介護予防支援	介護予防支援費（Ⅰ）	442 単位/月
	介護予防支援費（Ⅱ）	472 単位/月
	初回加算	300 単位/月
	委託連携加算（委託初回月のみ）	300 単位/月
	高齢者等虐待防止措置未実施減算	－4 単位/月
	業務継続計画未実施減算	－4 単位/月
ケアマネジメントA	基本報酬	442 単位/月
	初回加算	300 単位/月
	委託連携加算（委託初回月のみ）	300 単位/月
	高齢者等虐待防止措置未実施減算	－4 単位/月
	業務継続計画未実施減算	－4 単位/月
ケアマネジメントB	基本報酬	442 単位/月
	初回加算	300 単位/月
	委託連携加算（委託初回月のみ）	300 単位/月
	高齢者等虐待防止措置未実施減算	－4 単位/月
	業務継続計画未実施減算	－4 単位/月
ケアマネジメントC	設定なし	

（ア）初回加算

指定居宅介護支援における基準に準じて算定する。

- a 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」を実施する場合を含む）
- b 要介護者が要介護認定の更新等の結果、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、「介護予防支援」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「介護予防ケアマネジメント」を実施するときは、初回加算の算定を行うことはできない。

（イ）委託連携加算

地域包括支援センターが「介護予防ケアマネジメント」を指定居宅介護支援事業者に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業者に提供し、介護予防ケアマネジメント計画の作成等に協力した場合に算定を行うもの。委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定することができる。

（ウ）高齢者虐待防止措置未実施減算

指定居宅介護支援における基準に準じて減算する。

（エ）業務継続計画未実施減算

指定居宅介護支援における基準に準じて減算する。

6. 請求の流れ

「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の違い

	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)
対象者	・要支援1又は2の認定を受けた方のうち、予防給付を利用する方	・基本チェックリストにより“事業対象者”となった方 ・要支援1又は2の認定を受けた方のうち、介護予防・日常生活支援総合事業のみを利用する方
要支援1・2の方の場合、その月に予防給付を利用するかしないかによって、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)」が月単位で入れ替わることになります。		
利用できるサービス	・予防給付 (通所リハ・訪問看護・福祉用具等・ショートステイ) ・予防給付+介護予防・日常生活支援総合事業	・介護予防・日常生活支援総合事業のみ (予防デイ・予防ホームヘルプ・ミニデイ・家事サポートなど)
実施方法	地域包括支援センターまたは指定を受けた居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業所として実施	地域包括支援センターにより実施
一部委託	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への一部委託が可能	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への一部委託が可能
居宅介護支援費の逓減制	逓減制の対象となる 介護予防支援受託者数を3分の1とした件数を含み、介護支援専門員(常勤換算)1人当たり45件を超えた場合、超過部分に対し、逓減制が適用される。	逓減制の対象とならない 参考: ケアマネジメントA・B・Cの種類がある

～ポイント～

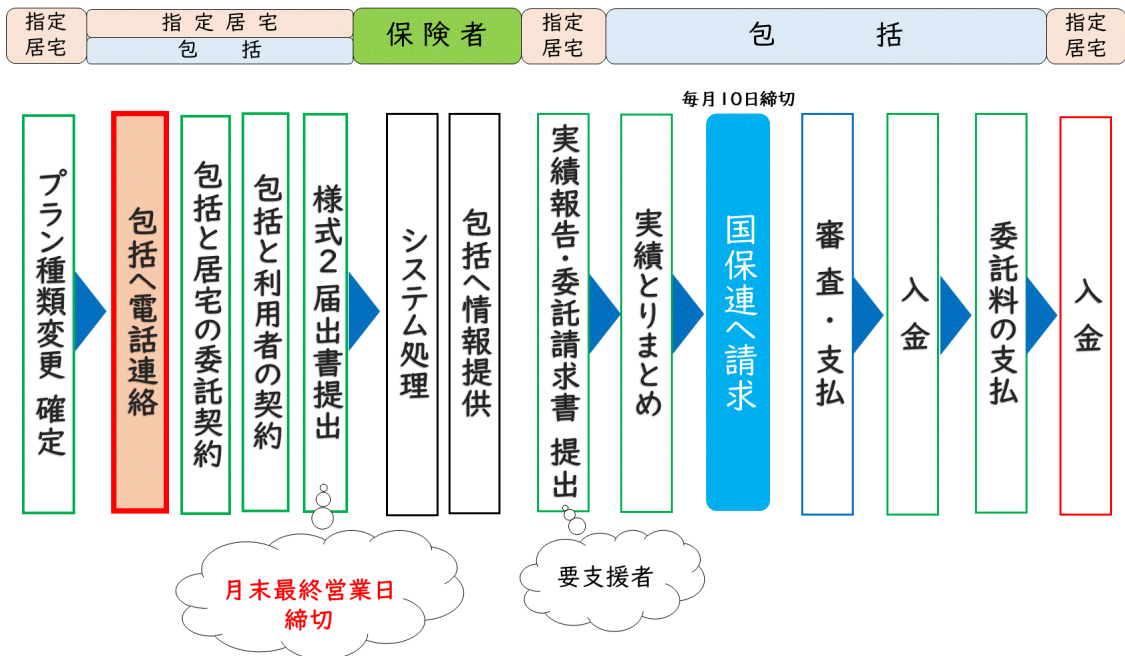
①介護予防支援の請求は※**予防指定居宅**が行う

②介護予防ケアマネジメントの請求は**包括支援センター**が行う
(包括からの委託業務)

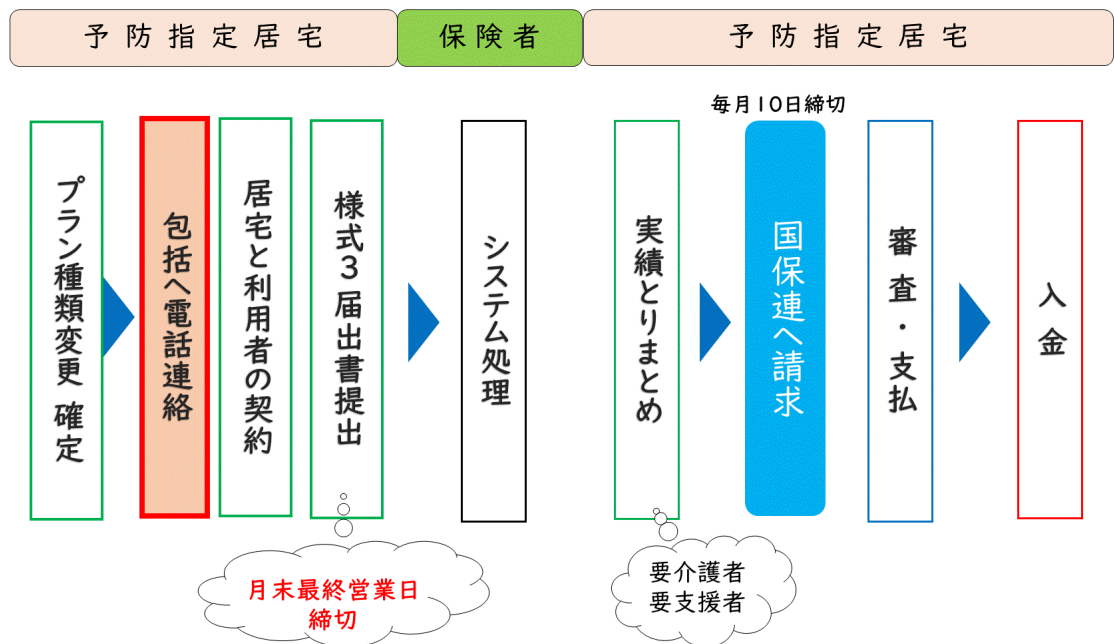
→プラン種類変更時は、まず包括に電話

※予防指定居宅…介護予防支援の指定を受けている居宅介護支援事業所

サービス提供の流れ 利用者のプラン種類変更
(介護予防支援→介護予防ケアマネジメント)



サービス提供の流れ 利用者のプラン種類変更
(介護予防ケアマネジメント→介護予防支援)



7. 介護予防ケアマネジメント実施に係る留意事項

- (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を活用する。
 - (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る。
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総合事業のサービス・活動事業を利用することができる。
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、総合事業によるサービス・活動の利用を継続することができる。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を利用している場合は、並行して総合事業のサービス・活動事業を利用することはできない。
- ※要介護認定等申請とサービス・活動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・活動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る。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指定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、給付管理を行う。
- (3) 要介護認定等申請を行った結果、非該当となった者について、基本チェックリストを行い、事業対象者の基準に該当した場合は、サービス・活動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ることができる。
 - (4) 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に関する知り得た秘密が第3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る。
 - (5) 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あり、その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の支援も積極的に進める。
 - (6) 介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス・活動の実施主体、地域住民による主体的な活動等を行う団体等を含めて、関わる者すべてが総合事業等における介護予防の考えを共有する必要がある。

8. 給付サービスと総合事業との費用負担関係・用語の定義

○要介護認定等の申請期間中のサービスの利用と費用の関係

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

※上記はそれぞれの指定を受けていることが前提

※サービス利用に係る基準日（要介護認定等の申請日、サービス利用開始日、要介護認定等の認定日）により、事業のサービス利用分、給付サービス利用分のどちらかが全額自己負担になる可能性があることに留意すること。

【例1】

総合事業のみを利用している事業対象者が認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランにより、総合事業と給付サービスの利用を開始したあと、要支援となった場合

	内容（例）	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	令和6年〇月〇日に事業対象者に該当		総合事業	
認定申請	令和7年5月1日に要支援認定申請	申請日	（例）家事サポート、介護予防デイなど	総合事業のサービス利用分は総合事業へ報酬請求
暫定利用	認定申請日以降、総合事業に加え、介護予防支援の暫定プランにより予防給付サービスを利用開始	利用日	総合事業＋予防給付サービス	予防給付サービス利用分および介護予防支援分は予防給付
要支援1・2認定	令和7年6月1日に要支援の認定結果 ※認定期間（R7.5.1～）	認定日	（例）家事サポート＋介護予防福祉用具貸与など	

【例２】

総合事業のみを利用している事業対象者が認定申請を行い。介護予防支援の暫定プランにより、総合事業と給付サービスの利用を開始した後、非該当となった場合

	内容（例）	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	令和６年〇月〇日に事業対象者に該当		総合事業	総合事業のサービス利用分と介護予防ケアマネジメントは総合事業へ報酬請求 予防給付サービス利用分は全額自己負担
認定申請	令和７年５月１日に要支援認定申請	申請日	（例）家事サポート、介護予防デイなど	
暫定利用	認定申請日以降、総合事業に加え、介護予防支援の暫定プランにより予防給付サービスを利用開始	利用日	総合事業＋予防給付サービス	
非該当	令和７年６月１日に認定結果「非該当」 ⇒事業対象者のまま	認定日	（例）家事サポート＋介護予防福祉用具貸与など	

【例３】

総合事業のみを利用している事業対象者が要介護認定となった場合

- ①介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者として取り扱うことができる。
- ②介護給付サービスを利用開始以降は、「継続利用要介護者」として、利用していた総合事業に限り継続利用できる。

	内容（例）	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	令和６年〇月〇日に事業対象者に該当		総合事業	総合事業の利用分と介護予防ケアマネジメントは総合事業として報酬請求
認定申請	令和７年５月１日に要介護等認定申請	申請日	（例）家事サポート・ミニデイ	

要介護 1～5 認定	令和7年6月1日に 要介護1～5の認定結果 ※認定期間（R7.5.1～） ※5月中に介護給付サービスの利用無し	認定日		※介護給付サービスの利用日前日まで可 ※ケアマネジメントが居宅介護支援となる場合は、介護予防ケアマネジメント費は請求しない
	令和7年6月1日から 給付サービスを利用開始	利用日	介護給付サービス （例）福祉用具貸与、 訪問看護など ※総合事業については、弾力化による利用可	介護給付 ※弾力化による総合事業利用分については、総合事業として報酬請求

○用語の定義

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（老振発0605第1号 平成27年6月5日 一部改正：令和6年8月5日）から引用

※マニュアル文中に使用していない用語も掲載しています

① 総合事業

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）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。

② 居宅要支援被保険者等

法第115条の45第1項第1号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。

③ 訪問型サービス

法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業をいう。

④ 通所型サービス

法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業をいう。

⑤ その他生活支援サービス

法第115条の45第1項第1号ハに規定する第1号生活支援事業をいう。

⑥ 介護予防ケアマネジメント

法第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業をいう。

⑦ サービス・活動事業

訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントから構成されるものをいう。

⑧ 従前相当サービス

訪問型サービス及び通所型サービス（以下「訪問型サービス等」という。）であって、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）第 140 条の 63 の 6 第 1 号の基準に従い指定事業者（法第 115 条の 45 の 3 第 1 項に規定する指定事業者をいう。）が行うものをいう。

例）介護予防デイサービス、介護予防ホームヘルプ

⑨ サービス・活動 A

訪問型サービス等であって、施行規則第 140 条の 63 の 6 第 2 号の基準に従い指定事業者が行うもの（当該基準を踏まえ、市町村が直接又は委託により実施するものを含む。）

例）ミニデイサービス、家事サポートサービス

⑩ サービス・活動 B

訪問型サービス等であって、施行規則第 140 条の 62 の 3 第 1 項第 2 号の規定に基づき、補助その他の支援を通じて地域の人材や社会資源の活用を図るもの（サービス・活動 D に該当するものを除く。）をいう。

⑪ サービス・活動 C

訪問型サービス等であって、高齢者の目標の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、介護予防及び自立支援の効果が増大すると認められる者に対し、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ものであって、市町村が直接又は委託により実施するものをいう。

⑫ サービス・活動 D

訪問型サービスであって、施行規則第 140 条の 62 の 3 第 1 項第 2 号の規定に基づき、補助その他の支援を通じて地域の人材や社会資源の活用を図るものであって、移動支援や移送前後の生活支援のみを行うものをいう。

⑬ 一般介護予防事業

法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号に規定する事業

⑭ 生活支援・介護予防サービス

高齢者の自立した生活や介護予防に資する多様な活動をいう。