

栗東市介護予防・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の実施について

令和6年8月改定

◆栗東市栗東地域包括支援センター

〒520-3015 栗東市安養寺190番地（栗東市なごやかセンター内）

電話：077-558-6979 FAX：077-558-8736

担当エリア：治田・治田東・金勝小学校区

◆栗東市栗東西地域包括支援センター

〒520-3024 栗東市小柿一丁目10番10号（ゆうあいの家内）

電話：077-584-4121 FAX：077-584-4128

担当エリア：治田西・大宝・大宝東・大宝西小学校区

◆栗東市葉山地域包括支援センター

〒520-3041 栗東市出庭697番地1（淡海荘1階）

電話：077-552-5280 FAX：077-558-6870

担当エリア：葉山・葉山東小学校区

1. 目的

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とは、要支援者で総合事業のみ利用する者および「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、適切なサービスが提供されるよう必要な援助を行う事業です。

介護予防ケアマネジメントは、高齢者の自立支援を目的として、これまでの暮らし、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、事業対象者自らの選択に基づき、介護予防に向けたケアが包括的かつ効率的に提供されるよう支援をするものです。

介護保険制度においては、介護保険法（以下、「法」という。）第4条第1項において、「国民は、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、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されており、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についても、この法第4条などの考え方に沿って実施するものとします。

したがって、要支援者及び事業対象者には、この目的をよく説明し、理解してもらい、法第1条の基本理念にあるように「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活が営むことができる」ような、要介護状態となることを予防するための効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していく必要があります。

2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点として、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みならず、利用者の自立支援に資するよう、当事者たちが気付いていない、内に潜んでいる「状態悪化に影響を及ぼしている要因」＝真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、心身機能の改善のほか、家庭や地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチをしていくことが重要です。

また、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行けるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（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. 栗東市における介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

栗東市においては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、利用者の望む生活や目標等を踏まえて、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介護予防ケアマネジメントAを実施するものとします。

■介護予防ケアマネジメント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して行う介護予防支援同様に、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。

利用者との面談によるモニタリングについては、少なくとも3カ月に1回行い、利用者の状況に応じてケアプランの見直しを行います。

介護予防ケアマネジメントの留意点

- 利用者やその家族の真のニーズを的確に把握します。
- 専門的な視点から支援を検討します。
- 利用者に丁寧に説明します。

ケアマネジメントの結果、適当と判断したサービス内容について利用者が十分に理解し、納得できるように説明します。自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置づけていること、それによりどのような効果を期待しているかを説明します。

- 利用者の理解・同意を得て、サービスを提供します。
 - 利用者の意欲を引き出せるような関わりをします。
- ※後半にケアマネジメントのプロセスごとのポイントをあげています。

4. 実施主体（実施担当者）

介護予防ケアマネジメントは利用者が居住する地区の担当地域包括支援センターにおいて実施します。

- 栗東市栗東地域包括支援センター　　：治田・治田東・金勝小学校区
- 栗東市栗東西地域包括支援センター　：治田西・大宝・大宝東・大宝西小学校区
- 栗東市葉山地域包括支援センター　　：葉山・葉山東小学校区

ただし、地域包括支援センターが業務の全部もしくは一部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。

介護予防ケアマネジメントのポイント

事業対象者について	事業対象者 65歳以上で次の項目に該当する要支援相当の人。 ①新規の相談の人で、基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する人。 ②要介護認定（要支援者も含む）の更新をしないで、有効期限終了前に基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する人。 ③新規申請、更新申請の結果、非該当になられた方が基本チェックリストにおいて基準項目に該当する人。
------------------	---

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 【介護予防サービス計画】	介護予防ケアマネジメント 【第1号介護予防支援事業（ケアマネジメントA）】
	対象者	予防給付のみ又は予防給付及び第1号訪問事業若しくは第1号通所事業（総合事業のサービス）の両方を利用する要支援認定者	第1号訪問事業又は第1号通所事業のみを利用する要支援認定者及び事業対象者
	実施者	地域包括支援センター （指定居宅介護支援事業者に委託可能）	地域包括支援センター （指定居宅介護支援事業者に委託可能）
	算定項目	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費
	委託料	報酬単価と同額	介護予防支援の委託料と同額
基本チェックリストの取扱いについて	<p>①事業対象者がサービス事業の利用を希望する場合、地域包括支援センター（委託を受けた指定居宅介護支援事業所）が介護予防ケアマネジメントを行うことを説明し、同意を得ます。</p> <p>②利用者等に「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を記入してもらい、被保険者証を回収し、基本チェックリスト実施日、担当地域包括支援センター及び届出日が記載された被保険者証を後日交付する旨を説明します。</p> <p>③基本チェックリスト（被保険者の署名あり）、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書、回収した被保険者証を長寿福祉課介護保険係に提出します。</p> <p>④長寿福祉課介護保険係職員は、介護保険システムで基本チェックリスト実施日、担当地域包括支援センター、届出日を入力し、新しい被保険者証を交付します。</p> <p>※地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所へ委託する場合、基本チェックリストを地域包括支援センターで保管し、写しを委託事業者で保管します。</p>		
事業対象者の判定及び被保険者証の発行について	<p>地域包括支援センター（または業務委託契約をしている指定居宅介護支援事業所）が事業対象者の判定を行い、その結果に基づき、市は被保険者証を発行します。</p> <p>※事業対象者となった後やサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能です。</p>		
事業対象者の有効期限について	<p>有効期限はありませんが、ケアプランの評価時に基本チェックリストの聞き取りを再実施してください。基本チェックリストにて事業対象者に該当し引き続きサービスが必要な場合には、新しいケアプランを作成します。委託を受けた指定居宅介護支援事業所の場合は、評価表、基本チェックリスト及びケアプランを地域包括支援センターに提出します。1年に1度は基本チェックリストを再実施することになります。また、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利用者の状況を確認していただくことが望ましいです。</p>		

	<p>なお、サービスの必要性がないと判断された場合には、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント終了届出書」と「被保険者証」を市へ提出してください。なお、委託を受けた居宅介護支援事業所は、評価表（終了）については地域包括支援センターへ提出してください。</p>
<p>介護予防ケアマネジメント利用の届けについて</p>	<p>（サービス開始時）事業対象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（変更）届出書を市に提出します。</p> <p>※認定年月日＝チェックリスト実施年月日</p> <p>※事業開始年月日＝マネジメント作成依頼届出年月日</p> <p>※委任状は必要なく、利用者又は家族、地域包括支援センター、委託先の指定居宅介護支援事業所が代理で市に提出することが可能です。</p> <p>※小規模多機能型居宅介護サービスを利用する場合は、介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター欄は記入せず、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者欄のみ記入してください。</p> <p>☆「居宅サービス計画作成依頼（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）届出書の取り扱いについて」も併せてご確認ください。</p> <p>（サービス終了時）</p> <p>3か月以上サービスの利用がなく当面利用の見込みがなければ、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント終了届を市に提出します。※介護保険被保険者証を回収して市に提出してください。</p>
<p>契約について</p>	<p>介護予防ケアマネジメントに関する契約締結（重要事項説明書の交付と説明）を行い、それぞれ2部作成し、1部を利用者に交付、1部を地域包括支援センターで保管します。委託事業者も重要事項の説明・交付と契約締結について実施することができます。</p>
<p>地域包括支援センターからの情報提供について</p>	<p>個人情報開示の同意が得られた事業対象者について、地域包括支援センターから必要な情報の提供を行います。</p>
<p>医療に関する情報の取得に関して</p>	<p>介護予防ケアマネジメントを開始するにあたり、医療に関する情報の取得をする必要がある場合には【医療と居宅介護支援事業所等との連携連絡票】を活用するか、【診療情報提供書】により医療情報を取得するように努めてください。なお、診療情報提供書の作成費用は利用者負担です（医療保険扱いで自己負担250円～を想定しています）。</p> <p>【総合事業のサービス利用について主治医への相談や医療に関する情報の取得が必要と考えられる主な場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ■コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの ■収縮期血圧180mmHg以上のものや180mmHg未満であっても状態等により検討が必要なもの

	<ul style="list-style-type: none"> ■急性期の関節痛。関節炎・神経症状のあるもの ■慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫など）で息切れ・呼吸困難があるもの ■急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの ■骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの ■認知機能低下により、サービス提供に支障をきたすもの ■栄養改善を必要とし、3ヶ月以内の手術や糖尿病、腎疾患、心疾患、肝疾患などがあり食事療法が必要なもの ■その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの 														
基本チェックリストについて	<p>事業対象者に該当する基準（国が提示するものと同様です）</p> <table border="1" data-bbox="296 801 1355 1240"> <tr> <td>①No1～20までの20項目のうち10項目以上に該当</td> <td>生活機能全般の低下</td> </tr> <tr> <td>②No6～10までの5項目のうち3項目以上に該当</td> <td>運動機能の低下</td> </tr> <tr> <td>③No11～12までの2項目のすべてに該当</td> <td>低栄養状態</td> </tr> <tr> <td>④No13～15までの3項目のうち2項目以上に該当</td> <td>口腔機能の低下</td> </tr> <tr> <td>⑤No16に該当</td> <td>閉じこもり</td> </tr> <tr> <td>⑥No18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当</td> <td>認知機能の低下</td> </tr> <tr> <td>⑦No21～25までの5項目のうち2項目以上に該当</td> <td>うつ病の可能性</td> </tr> </table> <p>※この表における該当（No12を除く。）と①～⑦のいずれか又は全部に該当することをいう。No12は、BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合をいう。</p> <p>☆別に「基本チェックリストの考え方」があります。</p>	①No1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般の低下	②No6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下	③No11～12までの2項目のすべてに該当	低栄養状態	④No13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下	⑤No16に該当	閉じこもり	⑥No18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能の低下	⑦No21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ病の可能性
①No1～20までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般の低下														
②No6～10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下														
③No11～12までの2項目のすべてに該当	低栄養状態														
④No13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下														
⑤No16に該当	閉じこもり														
⑥No18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能の低下														
⑦No21～25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ病の可能性														

基本チェックリストの実施対象者と要介護(要支援)認定申請書提出対象者について	基本チェックリストの実施対象者と要介護（要支援）認定申請書提出対象者			
	区分	基本チェックリスト	要介護（要支援）認定申請書の提出	
		■訪問型・通所型サービスのみサービスを利用したい人	■訪問・通所以外のサービス（福祉用具貸与など）を利用したい人 ■寝たきりの状態など、常に介護が必要な人	
	新規	○	○	
	更新	要介護認定者	すべて認定申請	
		要支援認定者	○	
	区分変更	要支援 要介護	すべて認定申請	
	第2号被保険者	×	すべて認定申請	
転入者	上記の取り扱いに準じる			
第2号被保険者について	<p>第2号被保険者がサービスの利用を希望する場合は要支援認定を受ける必要があります。</p> <p>また、第2号被保険者が、要介護等認定申請をおこない、特定疾病には該当するが「非該当（自立）」と判定された場合はサービス事業を利用することはできません。</p>			

<p>実施の手順について</p>	<p>実施の手順</p> <p>地域包括支援センターが利用者宅を訪問して事業内容及び地域包括支援センターの重要事項説明書を説明して同意を得た上で契約を締結します。居宅サービス計画作成依頼（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）届出書を市に提出して、介護予防ケアマネジメントを開始します。</p>
	<p>介護予防ケアマネジメント</p> <p>ア アセスメント（課題分析・基本チェックリスト含む）利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。</p> <p>イ 介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）原案作成 ※利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援する。</p> <p>ウ サービス担当者会議（ケアプラン原案確定・利用者への説明・同意）</p> <p>エ ケアプラン、サービス利用票・提供票及び別表の交付 ※利用者に交付すると共に、サービス提供事業者にも交付する。</p> <p>オ サービス利用開始 ※各サービス提供事業者によるサービスの実施。</p> <p>カ モニタリング・（給付管理）※サービス利用開始後の状況、課題、意欲の変化など継続的に把握。利用者及び家族より直接聴収するほか、サービス提供事業者から状況を聴取。3 ヶ月に 1 回自宅訪問（テレビ電話等によるモニタリングを含む）する。</p> <p>キ 評価（要支援の方は6か月毎、事業対象者の方は1年毎） ※実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価票にて評価、基本チェックリストを実施し評価。今後の方針を決定。</p> <p>ア に戻る</p>

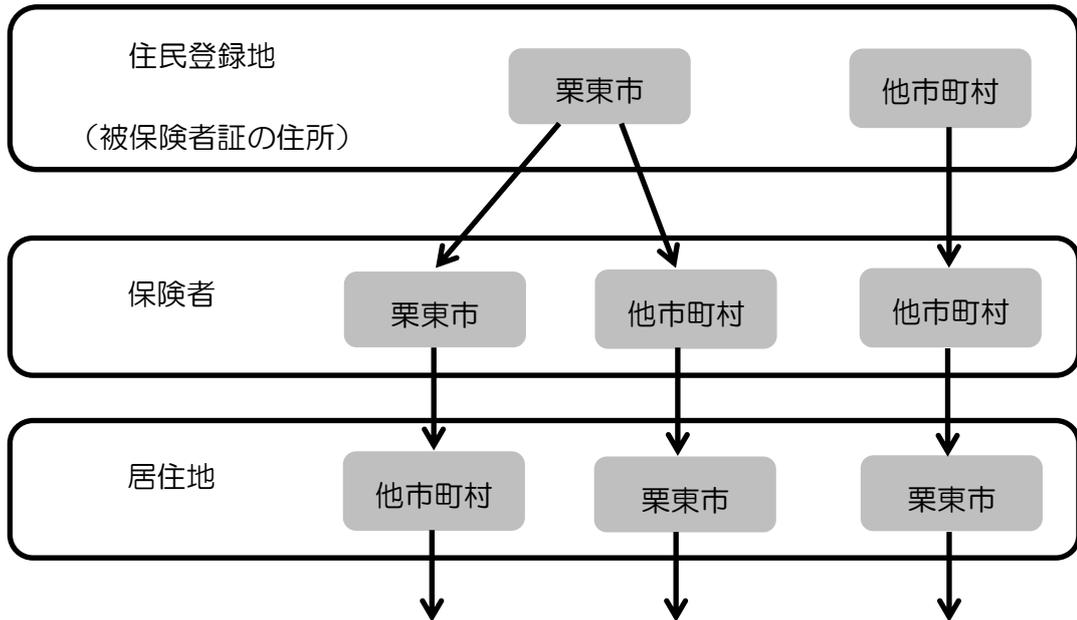
	<p>※アセスメントについて</p> <p>より利用者に合った目標を設定できるように、趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら「～できない」という課題よりも「～したい」「～できるようになる」という目標に変換できるようにしてください。</p> <p>利用者等には生活機能低下についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、利用者及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めてください。</p> <p>※ケアプラン原案の作成について</p> <p>ケアプランの目的は「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。介護予防サービス・支援計画書に必要事項を記載します。</p> <p>(目標の設定について)</p> <p>単に心身機能の改善を目指すのではなく、心身機能の改善や環境整備などを通じて、QOL（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してください。</p> <p>計画に定めた実施期間内に取り組むことで、その達成の可能性があり、利用者自身でも評価できる目標とすることが望ましいです。</p> <p>(利用するサービスの選択について)</p> <p>単にサービス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、利用者の自立支援を支えるケアプラン原案を利用者と共に作成します。</p> <p>そして利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。</p> <p>※モニタリングについて</p> <p>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談するよう努めるとともに、面接ができない場合には電話等により利用者との連絡を実施しその結果を記録します。</p> <p>☆別に「居宅サービス計画作成依頼（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）届出書の取り扱いについて」（令和4年2月24日付け栗東市長寿福祉課事務連絡）があります。</p>
<p>従前相当サービスの利用について</p>	<p>栗東市では原則的なサービスとして緩和した基準によるサービスを位置づけており、訪問型サービス及び通所型サービスの従前相当サービスの利用については「専門職による支援が必要と認められる人」に限られ、事前に担当地域包括支援センターへ従前相当サービス利用理由書・利用者基本情報・ケアプランの提出が必要です。</p>

<p>短期集中訪問型・通所型サービスC事業の利用申請について</p>	<p>■短期集中訪問型サービスC 管理栄養士を派遣し、栄養改善をねらうもので支給限度額管理の対象外となります。 【手続き方法】 利用者（家族の代筆可）に利用申請書を記入してもらい、栗東市役所長寿福祉課へ提出します。<u>市による利用決定を経たうえでケアプランに位置づけます。</u></p>	<p>■短期集中通所型サービスC 短期間集中的に通所することにより生活機能の向上、口腔機能の向上、栄養改善をねらうもので支給限度額管理の対象となります。 【手続き方法】 利用者（家族の代筆可）に利用申請書を記入してもらい、栗東市役所長寿福祉課へ提出します。<u>市による利用決定を経たうえでケアプランに位置づけます。</u></p>
<p>介護予防ケアマネジメント費の各加算について</p>	<p>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します。 ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（契約継続の有無に関わらず、サービス利用が休止して2ヶ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） ② 要介護認定から要支援認定に変更となり介護予防ケアマネジメントを実施した場合。 ③ 転居等により担当する地域包括支援センターが変更された場合。 ※介護予防ケアマネジメントを実施している地域包括支援センターから委託事業者に引き継がれた場合や委託事業者が変更となった場合は初回加算が算定できません。</p> <p>2. 委託連携加算 介護予防ケアマネジメント事業所が利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該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、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該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回を限度として所定単位数を加算する。</p>	
<p>給付管理について</p>	<p>地域包括支援センターが給付管理票を作成し国保連合会に提出をします。また、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費に関しても地域包括支援センターが取りまとめ国保連合会に請求します。 地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業者に委託している場合は「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務報告書」を作成し、サービス利用票・サービス利用票別表（実績）、委託料請求書と共に長寿福祉課もしくは、担当地域包括支援センターに提出してください。 ※予防給付（介護予防短期入所生活介護等）サービス休止や再開があるケースにおいては、給付実績により、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを切り替える必要がありますので、請求コードに注意してください。また、切り替わる場合において初回加算は算定できません。 なお、介護予防サービス計画書と介護予防ケアマネジメントにおけるケアプランの様式は同じですので計画書を作成しなす必要はありません。</p>	

	<p><委託された場合の提出する書類について></p> <p>○請求書</p> <p>①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務報告書兼請求書</p> <p>②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務報告書（別紙1）</p> <p>○利用票および利用票別表</p> <p>※毎月5日午前中までに長寿福祉課もしくは、担当する地域包括支援センターに提出してください。5日が土曜日、日曜日、休日である場合は、前日の営業日とします。</p>
介護予防ケアマネジメントにおける様式と地域包括支援センターで原本を保管する書類について	<p>地域包括支援センターでは下記の書類の原本を保管することにします。</p> <p>○基本チェックリスト</p> <p>○利用者基本情報</p> <p>○介護予防サービス・支援計画書</p> <p>○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）</p> <p>○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</p> <p>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント利用契約書、重要事項説明書、個人情報利用同意書</p>
生活保護受給者の対応について	<p>1. 介護扶助の対象について</p> <p>生活保護の介護扶助については、介護保険法の改正に併せて生活保護法の改正が行われ、引き続きサービス事業の利用者負担に対しても支給されます。</p> <p>2. サービス事業者への連絡</p> <p>事業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、社会福祉課にケアプラン、利用票、実績の報告を行い介護扶助の方法で利用してください。</p>
障がい福祉サービスとの関係	<p>サービス内容や機能をふまえた上で、障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には介護保険サービスが優先されます。総合事業についても同様の取扱いとなります。</p>

住所地特例等の取扱いについて

住民登録地や保険者が居住市町村と異なる場合には、介護予防ケアマネジメント依頼届出書（基本チェックリストの提出先）等が下記のとおりとなります。



	居住地のみ他市町村	住所地特例で栗東市に居住	居住地のみ栗東市
介護予防ケアマネジメント	栗東市の包括 → (場合により) 他市町村の居宅	栗東市の包括	他市町村の包括 → (場合により) 栗東市の居宅
介護予防ケアマネジメント依頼届 (基本チェックリスト提出先)	栗東市	栗東市 → 他市町村	他市町村
サービス事業利用の可否	栗東市の指定を受けている事業所は利用可能	栗東市のサービス事業の利用が可能	他市町村の指定を受けている事業所は利用可能
費用負担	栗東市	他市町村	他市町村

介護予防・生活支援サービス事業（サービス事業）

種類	事業名	対象者	事業費単価		利用料
			1単位当たりの単価は国が定める地域区分によるサービス種別毎の単価とする		
訪問型サービス (第1号訪問事業)	訪問型サービス (従前相当) 事業	要支援1、2又は事業対象者で、進行性の疾患や医療依存度が高いなど、専門職の関わりが必要なもの	週1回程度 1176単位/月	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条の規定による改正前の法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護に係る加算・減算と同等	法の定める予防給付と同様の割合を負担する。また、区分支給限度
			週2回程度 2349単位/月		

			要支援2（週3回程度の必要性のもの）であり、進行性の疾患や医療依存度が高いなど、専門職の関わりが必要なもの	週2回超 3727単位/月		基準額を超えて利用する場合は、全額自己負担とする。
緩和した基準によるサービス	訪問型サービスA（一体型）事業	要支援1 基本チェックリストによる事業対象者	利用限度：週1回 （月5回まで） 250単位/回	初回加算200単位		
		要支援2	利用限度：週2回 （月10回まで） 250単位/回			
	訪問型サービスA（単独型）事業	要支援1 基本チェックリストによる事業対象者	利用限度：週1回 （月5回まで） 212単位/回	適用なし		
		要支援2	利用限度：週2回 （月10回まで） 212単位/回			
短期集中予防サービス	短期集中訪問型サービスC事業	要支援1、2 基本チェックリストによる事業対象者	管理栄養士：5,000円（月2回まで）	適用なし ※支給限度額管理の対象外	法の定める予防給付と同様の割合を負担する。	
通所型サービス（第1号通所事業）	従前相当サービス	要支援1、2又は事業対象者で、進行性の疾患や医療依存度が高いなど、専門職の関わりが必要なもの	週1回：1798 単位/月	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条の規定による改正前の法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護に係る加算・減算と同等	法の定める予防給付と同様の割合を負担する。また、区分支給限度基準額を超え	
		要支援2であり、進行性の疾患や医療依存度が高いなど、専門職の関わりが必要なもの	週2回：3621 単位/月			

緩和した基準によるサービス	通所型サービスA（一体型）事業	要支援1、2 基本チェックリストによる 事業対象者	1日型（5時間以上）378単位／回 半日型（2.5時間以上）305単位／回	①運動器加算（45単位／回。ただし最大1ヶ月225単位まで） ②事業所評価加算（24単位／回。ただし1ヶ月120単位まで） ③送迎減算（片道につき38単位／回） ④定員超過減算（所定の70%） ⑤人員基準欠如減算（所定の70%） ※利用回数は事業対象者、要支援1は週1回まで、要支援2は週2回まで	て利用 する場 合は、 全額自 己負担 とす る。
	通所型サービスA（単独型）事業	要支援1、2 基本チェックリストによる 事業対象者	1日型（5時間以上）378単位／回 半日型（2.5時間以上）305単位／回		
	短期集中通所型サービスC事業	要支援1、2 基本チェックリストによる 事業対象者 疾病等により一時的に生活機能が低下しているもの （利用者1人に対し、1回限りの提供とする）	生活機能向上：523単位 口腔機能向上又は栄養改善：506単位 上記のうち2種類を利用：582単位 上記3種類を利用：632単位 ※全期間で24回以内		
	介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA 要支援1・2 （訪問型サービス、通所型サービスのみを利用するものに限る） 基本チェックリストによる 事業対象者	442単位 指定介護予防支援費に要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第129号）に規定する介護予防支援費に要する費用の額 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位		
一般介護予防事業	介護予防把握事業	65歳以上のもの			事業に 必要な 経費の 一部
	介護予防普及啓発事業				
	地域介護予防活動支援事業				
	地域リハビリテーション活動支援事業				
	一般介護予防事業評価事業				

総合事業におけるサービスの併用について

	訪問介護 (従前相当)	訪問型A (基準緩和)	訪問型C (短期集中)	通所介護 (従前相当)	通所型A (基準緩和)	通所型C (短期集中)	訪問看護	訪問 リハビリ	通所 リハビリ
訪問介護 (従前相当)		×	○	○	○	○	○	○	○
訪問型A (基準緩和)	×		○	○	○	○	○	○	○
訪問型C (短期集中)	○	○		○	○	○	○	○	○
通所介護 (従前相当)	○	○	○		×	×	○	○	×
通所型A (基準緩和)	○	○	○	×		×	○	○	×
通所型C (短期集中)	○	○	○	×	×		○	○	×
訪問看護	○	○	○	○	○	○		○	○
訪問 リハビリ	○	○	○	○	○	○	○		○
通所 リハビリ	○	○	○	×	×	×	○	○	

※通所リハビリと訪問リハビリを併用する場合は、ケアプランに理由の記載が必要。