

宇城市介護予防・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マニュアル



令和8年2月
宇城市福祉部高齢介護課



はじめに

介護予防ケアマネジメントは、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）の実施において、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（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」「軽減を目指す」（厚生労働省の介護予防マニュアル令和4年3月改定版より）に沿って、利用者の自立した生活を支援するものです。

宇城市では、この事業を進めるにあたって、介護予防ケアマネジメントの在り方を定義するとともに、どのような視点で実施していくのか具体的な指標や手順を、マニュアルとしてまとめました。

なお、介護予防ケアマネジメントには、予防給付サービスも含まれますが、ここでは総合事業における事業・サービスについてマニュアルを作成しています。

目次

第1章 介護予防ケアマネジメントとは	・・・1
1 宇城市の介護予防マネジメントに関する基本方針	
2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
3 実施にあたっての留意点	
第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方	・・・2
1 介護予防ケアマネジメントの内容	
2 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	
3 介護予防ケアマネジメントの開始	・・・3
第3章 介護予防ケアマネジメント関連事項	・・・7
1 居宅介護支援事業所への委託	
2 報酬単価	・・・9
3 初回加算	
4 委託連携加算	
5 区分支給限度額	・・・10
6 予防給付と総合事業を利用した場合	
その他	
資料 介護予防・日常生活支援総合事業の内容	・・・11

第1章 介護予防ケアマネジメントとは

介護予防ケアマネジメント事業とは、介護保険法第115条の45第1項に規定される「第1号介護予防支援事業」です。

総合事業においては、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、利用者本人の主体性を軸として心身の状況、環境その他の状況に応じて、心身機能のみでなく活動・社会参加にも焦点を当て、適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な支援を行う事業です。

1 宇城市の介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

宇城市では、高齢者ができる限り自立した生活を送れるように、高齢者本人が介護予防支援において主体的に取り組むことが基本となります。

そのため、事業の実施においては、高齢者一人ひとりが、心身機能の維持・向上だけでなく、地域の中で「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための目標を設定し、自ら取り組む「自立」に資する支援を求めています。

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の実施は、事業の趣旨を踏まえ、次の基本的な視点で行います。

1) すべての利用者に対し、改善を第一の目的として支援すること

※改善は、生活機能全体の改善であり、心身機能の向上のみを指すものではありません

2) サービスが提供されるための調整ではなく、利用者がサービスを活用しながら自らの目標を達成していくことをマネジメントすること

3) 利用者のできることや頑張っていることなどが、家庭内や地域の通いの場等で発揮できるよう、利用者の役割について重視すること

4) 利用者本人の意欲、生きがいを引き出し、取り組みへの動機付けを図ること

5) 介護予防の観点から目標達成に効果的なサービスかどうか検討すること

3 実施にあたっての留意点

介護予防ケアマネジメントは、単にサービス提供の調整ではなく、利用者自らができる限り自立した生活を送るための支援です。そのため、以下のことに留意して実施することが求められます。

1) 機能回復訓練等の本来手段であることが目的になってしまうという事態が生じないこと。

2) できないことよりできていること、できるようになりたいことに焦点を当てること

3) サービス利用による依存ではなく、利用者が自らの目標のためにサービスを活用できるよう支援すること。

4) 利用者の取り組みと設定した目標が乖離しないこと

第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方

介護予防ケアマネジメントは、介護保険法第115条の22の規定に基づき、利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターが実施します。

なお、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居宅介護支援事業所に委託する場合においても、介護予防ケアマネジメントに係る責任主体は地域包括支援センターであり、当該センターは、委託を受けた居宅介護支援事業所が介護予防サービス計画書を作成した際や、当該計画の評価を行った際には、今後の方針等について適切な助言等を行うことが必要となります。

1 介護予防ケアマネジメントの内容

介護予防ケアマネジメントについては、以下の3つのパターンに分けられます。

類 型	サービス種別	プロセス	計画作成者
ケアマネジメントA	運動型通所サービスA 認知症型予防通所サービスA 介護予防訪問介護相当サービス 生活援助型訪問サービス スポット訪問リハビリ 筋力アップ教室	介護予防支援と同様の ケアマネジメント	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所 (地域包括支援センター より委託可能)
ケアマネジメントB	みな来るサークル 元氣にかたろう会	プロセス等を簡略化し たケアマネジメント	地域包括支援センター (原則委託不可)
ケアマネジメントC	安心サポート事業	初回のみ のケアマネジメント	

2 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が総合事業のサービス事業対象者または要支援者として市に登録されることが必要です。そのため、窓口での対応も含めて以下の手順で要件を確認します。

1) 基本チェックリストの実施による判定

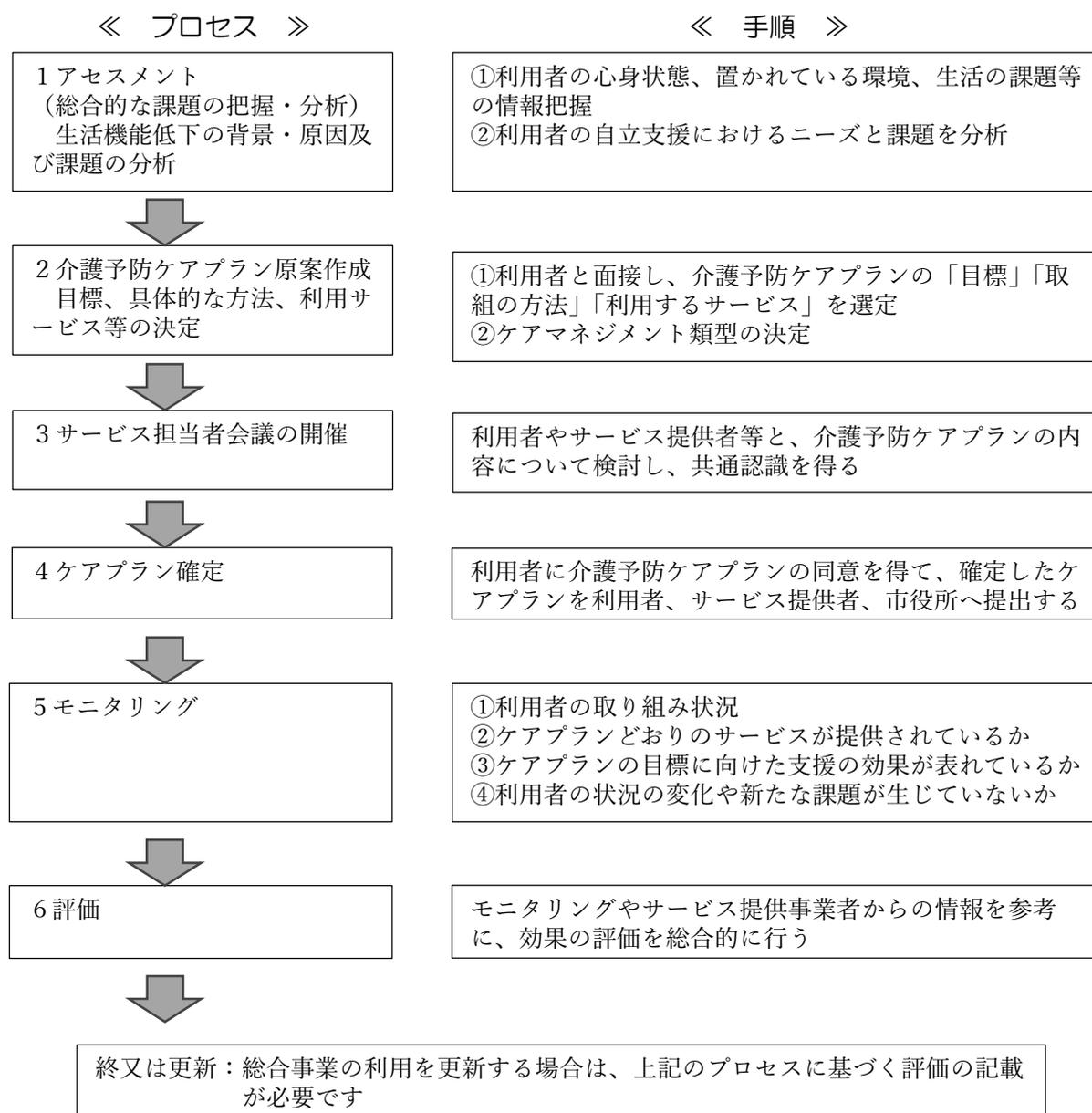
- ①相談があった場合、相談の目的や希望するサービスを聞き取る
- ②内容によっては地域の活動や見守り活動へ繋げることもある
- ③総合事業の趣旨と合致した場合、事業について説明
- ④対象者要件の確認のため、基本チェックリストの実施について了承を確認
- ⑤包括支援センター職員もしくは介護支援専門員が本人（又は家族）に対して実施
- ⑥基本チェックリストは本人が記入（代筆可）
- ⑦質問の趣旨を説明しながら進める
- ⑧要介護認定申請を同時または後に行うことができることを説明する
- ⑨本人に必要な総合事業サービスなので、家族による聞き取りのみで実施しないこと
- ⑩既に要支援認定を受けている相談者の場合は、総合事業サービスの説明をし、相談時に要支援に該当すると判断される場合、要介護申請を行う

2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- ①利用者へ運営規定を説明し、同意を得た上で契約する
 - ②宇城市へ「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を提出しサービスを開始する
 - ③ケアマネジメント A に該当するサービスについては、市の許可決定が必要なため、以下の書類を提出する
 - ・「宇城市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書」
 - ・「宇城市 介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表」
- ※事業対象者においては、宇城市地域包括支援センターがケアマネジメントを行うため、「総合事業対象者異動連絡票」及び「基本チェックリスト」の提出により介護予防ケアマネジメントの届出とする
- ④市の許可決定には、申請書類が提出されてから一週間は必要です。

3 介護予防ケアマネジメントの開始

介護予防ケアマネジメントは、次のプロセスで実施します



1) アセスメント（総合的な課題の把握・分析）

アセスメントは、単なる情報収集だけでなく、専門職として利用者の生活における課題について、十分に分析し、利用者について、その有する能力、置かれている環境等の評価を通じて、利用者が気付かない課題をも明らかにし、課題解決へ利用者の積極的な参加を促すためのものです。

アセスメントで把握し分析する内容は、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題です。利用者の送りたい生活を具体化することで、積極的に取り組む動機づけを行います。

そのため、利用者の心身の状況だけでなく、楽しみや生きがいなど利用者が「したい」「できるようにになりたい」生活を導き出すことが大切です。

利用者が主体的に課題を把握し、積極的に課題解決に向けて取り組めるように、そのための目標を利用者と一緒に設定します。またこの目標は、利用者が自己評価できるものが望ましいです。

ケアプランは、このアセスメントを基に、利用者が自立した生活を送るための手段として目標とその課題解決の手段が乖離することなく作成されることが重要です。

ケアマネジメント A（スポット訪問リハビリ・筋力アップ教室を除く）では、実施した内容を「宇城市 介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表」へ落とし込み、自立した生活を送るために必要なサービスを選定します。市は、この表に記載されたアセスメントから導き出した利用者の目標とその手段として必要とするサービスが適切に選択されているかを重視して許可決定します。

▶アセスメントを実施する上での留意点

- ①できていないことばかりに目を向けず、自分でできること、できそうなこと（潜在能力）を探ること
- ②目指す生活が表出されにくい場合は、利用者の関心があることや、今まで行ってきたことから一緒に考えること
- ③家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけを促したり、取り組みが継続されることを活用し、環境づくりを行うこと
- ④「生活状況を把握するためのアセスメントシート」の項目を、質問するだけの一方的な面接にならないようにすること
- ⑤利用者を主体としたものであること（家族のレスパイト等には対応できない）
- ⑥アセスメント表の「特記事項／総合的な方針」欄にはサービスを利用する上での目標と、本人が自主的に取り組むこと（継続できること）を記載すること
- ⑦利用更新申請時は、同欄に、サービス利用を通じてできるようになったことや、本人の取組状況について記載すること。

2) ケアプランの原案作成

目標の設定は、アセスメントを実施した内容から具体化した利用者の自立した生活のために資するもので、利用者が主体的に取り組めるものであること、また利用者自身が評価できる内容であることが望ましく、実現可能な目標を設定することで、利用者が達成感や自信を得られ

るものであることが重要です。

目標の達成期間は概ね6カ月で設定し、単に身体機能の維持・改善を目指すのではなく、利用者自身が取り組むことで、生活機能の維持・向上を目指す内容を記載します。

また、利用者の望む生活の目標が高い場合は、それを実現するために取り組む内容を段階的に設定することで、達成感を持って継続していけるよう配慮します。

▶ケアプラン作成時の留意点

- ①利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となること（主語は利用者）
- ②アセスメントの内容から乖離した内容ではないこと
- ③高い目標は段階的に実現可能な目標として落とし込み、利用者のモチベーションの維持に努めること

3) サービス担当者会議の実施

この会議は、ケアマネジメントAにおいて実施します。利用者や家族、サービス提供者等とケアプランの内容について共通認識を得るためのものです。

利用者の生活全体及びその課題を共有します。

特に、目標達成のためにサービスを利用して取り組むことは、利用者の動機付けとして重要なことなので、利用者本人は元より、サービス提供者等にも共有してもらうことが大切です。

この段階で、利用者の課題や目標、達成のための支援方針について、それぞれの専門的な見地から協議します。

▶サービス担当者会議を実施するうえでの留意点

- ①設定された目標や利用するサービスは、介護予防の観点から本人が主体的に取り組み実践していくためのものであることを共有すること
- ②協議した内容は、ケアプランの確定に向けて落とし込むこと

4) ケアプラン確定

サービス担当者会議を経た後、支援計画の実行に向けて、必要な修正を行ったのち、ケアプランは確定されます。

担当者会議の内容を踏まえたプランについて、利用者へ説明し、ケアプランへの署名をもって同意を得た上で、確定したケアプランは利用者とサービス提供者等へ交付します。

また、適正なケアプラン作成であるか市が点検するため、ケアプランは市へ新規・変更・認定更新時のいずれも提出します。

▶ケアプラン確定時の留意事項

- ①ケアプランは、介護予防ケアマネジメント担当者とサービス提供事業者の間で共有され、担当者は、サービス提供事業者に対し、個別サービス計画の提出を求めること。
- ②個別サービス計画は、ケアプランに沿った内容になるよう、担当者はサービス提供事業者へ支援を行うこと
- ③ケアプランと個別サービス計画は、利用者の目標達成のための具体的な支援策であること

を認識し、利用者がサービスを活用していくことで、その効果を図る指標となること

5) モニタリング

ケアマネジメント A の場合、介護予防ケアマネジメント担当者は、ケアプランに沿ったサービスの実施状況と継続的なアセスメントを行うことが求められます。

モニタリングとは、この業務において、利用者がプランにより提供されたサービス利用によって、目標達成に向けて取り組んだことで、どのような変化があったのか、その効果を図ることです。

利用者が主体的に取り組めているか、目標の達成のためのサービスが計画通り提供されているか、また目標達成に向けた効果が表れているかを確認、把握し、次の支援に向けた見直しや調整を行います。

▶モニタリングを実施する上での留意事項

- ①利用者の居宅を訪問し、3 カ月に 1 回、面談にて実施すること
- ②利用しているサービスに対する利用者の満足度も確認すること（意欲や動機づけに関連）
- ③介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか確認すること
- ④実施時期については、利用者に変化が生じた場合も実施すること。
- ④サービス提供事業者から、利用者の取り組み状況について月 1 回実績報告してもらうこと

6) 評価

介護予防ケアマネジメント担当者は、ケアプランに記載した実践期間の終了時には、ケアプランにより提供されたサービスによる利用者の課題解消や目標の達成状況について評価します。

評価は、ケアプラン自体の評価、サービスの評価、利用者本人の評価であり、「ケアプランが有効に作用したか」、「ケアプランに沿ったサービスが提供されたか」、「利用者の生活機能の向上が図れたか、目標とする生活にどれだけ近づいたか」を評価します。これはモニタリングの内容と同じです。

評価は、利用者本人の取り組みによる効果を評価することで、次への動機付けを図るため、利用者と一緒にいきます。

必要に応じて今後のケアプランを見直すことにより、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階に繋げていくことが大切です。

▶評価における留意点

- ①評価は、本人へのモニタリングの他、サービス提供事業者からの情報を元に、客観的に行うこと
- ②利用者も一緒に評価に関わる自らの実践について評価することで、取り組みの課題について再認識できるようにすること
- ③目標達成の場合は、課題の根本的解決に向けた支援継続の可能性及び内容の検討、未達成の場合は、その原因を踏まえた計画の見直しを検討すること
- ④総合事業の利用を更新する場合は、この評価が反映された内容で更新申請を行うこと

第3章 介護予防ケアマネジメント関連事項

介護予防ケアマネジメントに関する居宅支援事業所への委託や、報酬及び加算等については次のとおりです。

1 居宅介護事業所への委託

介護予防ケアマネジメントは、その一部を居宅介護支援事業所へ委託することができます。委託のプロセスについては以下のとおりです。

<居宅介護支援事業所への委託のプロセス>

プロセス	地域包括支援センター (以下、「包括」という)	居宅介護支援事業所 (以下、「事業所」という)	利用帳票
利用申込 契約締結	<p>【新規認定者】 利用者に事業所への委託について意向を確認後、事業者へ締結する</p> <p>【要介護→要支援認定者となった場合】 包括より担当事業所へ要支援認定を連絡し、利用者の意向を確認後、依頼する</p> <p>①同行訪問調整 ②利用者に、契約書及び重要事項説明文を説明・交付、個人情報の取扱いに対する同意を得る（契約締結）</p>	<p>【要介護→要支援認定者となった場合】 包括からの連絡を基に、事業所より利用者へ意向確認後、包括へ連絡</p> <p>①同行訪問調整</p> <p>➡ 介護予防ケアマネジメントスタート</p> <p>②介護予防サービス計画作成依頼届出書を宇城市へ提出する ③介護予防認定等の資料提供に係る届出書等の請求</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 要介護認定等の資料提供に係る届出書
アセスメント		<p>①アセスメントを実施し、利用者の状況を把握する ②状況を踏まえ、目標や具体的な支援策を提案し、利用者で調整する</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報アセスメント表
ケアプラン 原案の 作成	<p>①介護予防ケアプランの確認</p>	<p>①アセスメントにより利用者で調整し合意した結果に基づき、介護予防支援・サービス計画書(以下、「介護予防ケアプラン」という)を作成する ②サービス利用について、包括及びサービス提供事業所等と調整する ★計画期間は、有効期間概ね6カ月で作成する ★総合事業（運動型通所サービスA・認知症予防型通所サービスA、介護予防訪問介護相当サービス、生活援助型訪問サービス）利用する際には、宇城市介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表を作成、申請し、市の利用許可を受ける</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアプラン 【総合事業を利用する場合】 宇城市介護予防生活支援サービス事業利用申請書 宇城市介護予防日常生活支援総合事業のためのアセスメント表 認知症デイ利用の場合はDASK等により認知症の進行症状がわかるもの
サービス 担当者 会議の 開催	<p>①原則担当者会議に出席し、支援方法、ケアプランの妥当性を確認する ②参加が難しい場合は、事前にケアプラン(原案)を確認し、包括の意見を事業所へ送付する {包括支援センターの意見欄}</p>	<p>①サービス担当者会議の開催により、専門的意見を聴取する ②目標について共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を確認する ③介護予防ケアプランに必要な修正を加え、計画を先過的に決定する</p>	
ケアプラン の同意 確定		<p>①介護予防ケアプランの内容を利用者や家族に説明し、同意を得る ②利用者及びサービス提供事業所等へ介護予防ケアプラン(写)を交付</p>	

プロセス	地域包括支援センター (以下、「包括」という)	居宅介護支援事業所 (以下、「事業所」という)	利用帳票
ケアプランの 実行	①実績に基づく給付管理	①介護予防サービス計画書に基づき、適切にサービスが提供されるよう、利用者サービス提供事業所との調整を行う ②サービス提供事業所における個別サービス計画の作成を指導する	
モニタリング 給付管理		①必要に応じて利用者宅を訪問する等の方法で、介護予防サービス計画の実施状況を把握する ②少なくとも3ヵ月に1回は利用者宅を訪問し面接する ③訪問しない月も、電話等や事業所からの報告にて利用者の状況を確認する	
給付管理	①ケアマネジメント請求(予定)を事業所へ送付する ②実績に基づく給付管理をする(介護給付費請求書及び給付管理票総括表を作成し、毎月10日までに北保連合会へ伝送する)	①包括より送付されたマネジメント請求(予定)を確認し、マネジメント実績サービス実績を包括へ送付する(目安:請求日5日前)	・マネジメント実績表 ・サービス実績表
評価及び 記録等の 提出	①介護予防支援・サービス評価表、更新された介護予防プランの内容を確認し、「包括支援センターの意見欄」に記載する 	①介護予防ケアプランに位置付けた期間の終了ごとに、利用者との面接やサービス提供事業所からの評価表等により計画の達成状況について評価を行い、計画の見直しを行う ②介護予防支援・サービス評価表、更新された介護予防ケアプランを包括へ送付、「包括支援センターの意見欄」に記載を依頼する ★総合事業を継続利用する場合は、所定の更新手続きを行い、市より許可決定を受ける ★介護保険の見直しを行う際は、包括へ相談・連絡を行う	・介護予防支援サービス評価表 ・介護予防ケアプラン 【総合事業を更新利用する場合】 ・宇城市介護予防生活支援サービス事業利用申請書 ・宇城市介護予防・日常生活支援総合事業のためのアセスメント表 ・利用事業所の評価表 ・介護予防ケアプランサービス評価表
★包括・事業所、双方ともに、評価表、介護予防ケアプランのコメント記載のやりとりを厳守			
終結	①事業所より提出された書類を綴り、5年間保管する	①支援が終結した際は包括へ全書類を提出する	

※総合事業利用申請書類一覧

1) 新規申請時

- ①宇城市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書
- ②基本チェックリスト(事業対象者の場合)
- ③宇城市介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表
- ④認知症デイ利用の場合は、DASK等により認知症の進行症状がわかるもの

2) 利用継続更新時

- ①基本チェックリスト(事業対象者の場合)
- ②宇城市介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表
- ③利用事業所の評価(運動型通所サービスA)
- ④ケアマネジメントサービス評価表

3) 変更申請時

- ①基本チェックリスト(事業対象者の場合)
- ②宇城市介護予防・日常生活支援総合事業利用のためのアセスメント表
- ③利用事業所の評価(運動型通所サービスA)
- ④ケアマネジメントサービス評価表

2 報酬単価

ケアマネジメントに係る報酬は、以下のとおり区分ごとに単価が設定されています。基本報酬と加算については以下のとおりです。

<ケアマネジメント別による報酬一覧>

項目	区分	支払時期	基本報酬	加算
介護予防ケアマネジメント	ケアマネジメント A	毎月支払	442 単位 (4,420 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,000 円) ・委託連携加算 300 単位 (3,000 円)
	ケアマネジメント B	<ul style="list-style-type: none"> ・初回 ・年 1 回モニタリング時 ・状態の変化等により関与した時 	359 単位 (3,590 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,000 円)
	ケアマネジメント C	初回のみ	256 単位 (2,560 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・初回加算 300 単位 (3,000 円)

3 初回加算

現行の指定居宅支援介護、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる加算で、次の項目により算定できます。

- 1) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- 2) 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ものが、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時は、初回加算の算定を行うことはできない

4 委託連携加算

利用者一人につき、指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、以下の内容で所定単位数を算定できます。

- 1) 地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報（利用者のアセスメント情報等）を、居宅介護支援事業所へ提供し、居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合
- 2) 委託先の居宅介護支援事業所が変更になる場合、算定要件を満たせば再算定が可能

＜初回加算及び委託連携加算の算定基準の例＞

加算を算定できる要件		初回加算	委託連携加算
1	地域包括支援センターが担当していたケースを居宅介護支援事業所に委託する場合	×	○
2	要介護から要支援になった利用者について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターから委託を受けて、新たに介護予防サービス計画を作成する場合	○	×
3	委託しているケースが過去2カ月間、予防給付や総合事業（訪問型・通所型）を利用していなかったが、サービス未利用期間も委託契約は継続している（終了していない）場合	○	×
4	同一の利用者について、サービス利用がないため居宅介護支援事業所との委託に係る契約を終了した後、再度サービスを利用開始するために居宅介護支援事業所と委託の再契約をした場合	○ 2カ月以上 未利用の場合	○
5	地域包括支援センターが担当していたが、過去2カ月以上介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合	○	○

※委託連携加算の算定は、算定要件に注意すること

5 区分支給限度額

事業対象者の支給限度額は、要支援1の利用限度額と同じとします。

要支援2	要支援1	事業対象者
10,531 単位	5,032 単位	5,032 単位

※事業対象者の支給単位は、特別な事業がある場合、10,531 単位まで可

6 介護予防ケアマネジメント費の請求と支払い

予防給付と総合事業を利用した場合は次の通りです。

利用者区分	サービス利用パターン	プランの種類	ケアマネジメントの種類	請求先
要支援2	予防給付のみ	介護予防支援費	/	国保連
要支援1	予防給付と総合事業の併用			
要支援2	総合事業のみ	※1	A	
要支援1		※2・3	B	
事業対象者		※4	C	
		※5		

※1 総合事業訪問介護・通所介護 ※2 スポット訪問リハビリ ※3 筋力アップ教室

※4 一般介護予防事業 ※5 安心生活サポート事業

その他

資料 介護予防・日常生活支援総合事業の内容

介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・日常生活支援サービス事業	通所型サービス	筋力アップ教室（三角・松合地区）	事業対象者 要支援1・2	
			筋力アップ教室 （不知火地区・松橋・小川・豊野）		
			指定事業所による通所型サービス		
		訪問型サービス	安心生活サポート事業		
			スポット訪問リハビリ 指定事業所による訪問型サービス		
	その他の生活支援サービス	配食事業			
	介護予防ケアマネジメント	第1号介護予防支援事業			
	一般介護予防事業	介護予防把握事業	介護予防把握事業		一般高齢者
		介護予防普及啓発事業	元気にかたろう会 （三角・不知火・松橋・小川）		
			みな来るサークル（三角・松橋）		
男性のボディーメイク講座					
地域巡回型介護予防教室					
地域介護予防活動支援事業		介護予防サポーター事業			
		いきいき百歳体操			
	地域型認知症予防教室（脳いき）				