

吉野川市介護予防ケアマネジメントの手引き



令和 6 年 4 月

吉野川市健康福祉部長寿いきがい課

第1章 総合事業総合事業の概要の概要.....	1
1 介護予防・日常生活支援総合事業.....	1
2 総合事業の構成.....	1
第2章 事業対象者決定のための基本チェックリスト実施に係る必要な事項.....	3
1 事業対象者の要件（65歳以上のつぎの者）.....	3
2 窓口での相談受付.....	3
3 基本チェックリストの活用・実施.....	4
4 介護保険認定非該当者の扱い.....	4
5 基本チェックリスト提出後の流れ.....	5
第3章 介護予防ケアマネジメントの実施.....	11
1 介護予防ケアマネジメントの実施.....	11
2 介護予防ケアマネジメントの実施にあたって.....	12
3 介護予防ケアマネジメントに係る様式.....	13
4 訪問からモニタリング・評価の実際.....	13
4章 請求等について.....	22
1 給付管理業務.....	22
2 事業所指定・サービスコード・単価について.....	22
3 日割り請求.....	25
4 利用者負担.....	26
5 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント.....	26
6 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へ委託.....	27
7 請求・支払い.....	28
第5章 住所地特例への対応について.....	29
1 住所地特例とは.....	29
2 住所地特例対象施設.....	29
3 住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施.....	29
4 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会との事務処理の流れ.....	30
【様式1】介護予防・日常生活支援サービス利用申請書.....	33
【様式2】基本チェックリスト.....	34
【様式3】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.....	35
【様式4】訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 計画書.....	36
【様式5】訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 アセスメント及び評価表.....	37
【様式6】訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 報告書.....	38
【様式7】通所型サービス・通所型サービス緩和型 計画書.....	39
【様式8】通所型サービス・通所型サービス緩和型 アセスメント.....	40
【様式10】指定介護予防支援及び第1号介護予防支援の委託届出書.....	42
【様式11】指定介護予防支援及び第1号介護予防支援の委託変更届出書.....	43

第1章 総合事業総合事業の概要の概要

1 介護予防・日常生活支援総合事業

平成26年の介護保険法改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設されました（介護保険法第115条の45第1項）。

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にすることを指すものです。

これに伴い、従前の予防訪問介護（ヘルパー）と予防通所介護（デイサービス）、介護予防事業（一次・二次予防事業）が再編され、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成される「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）が創設されました。

吉野川市では、平成28年4月から、総合事業を実施しています。

2 総合事業の構成

予防給付のうち訪問介護・通所介護が地域支援事業「介護予防・日常生活支援総合事業」に以降しました。これにより、市町村は地域の実情に応じて独自の取り組みができるようになりました。

今後は、介護事業所による既存のサービスに加えて、地域住民の相互の支え合いやボランティア、NPO、民間企業など地域の多様な主体の参画を推進して高齢者の支援体制を充実させていく予定です。

【吉野川市の総合事業サービス】

○ 介護予防・生活支援サービス事業

◆訪問型サービス（従前の訪問介護相当サービス）

従前の介護予防訪問介護に相当する（訪問介護員等による）ホームヘルプサービス

◆訪問型サービス生活緩和型

（身体介護（20分未満）訪問介護員等による）ホームヘルプサービス

◆通所型サービス（従前の通所介護相当サービス）

従前の介護予防通所介護に相当する（通所介護事業者の従事者による）デイサービス

◆通所型サービス緩和型

デイサービスセンターで、運動・レクリエーションや閉じこもり予防等、心身機能の維持・向上のためのプログラムを日帰りで受けられます。

現行相当のサービス対象者以外であり、介護保険事業所によるサービスが必要な場合

○ 一般介護予防事業（65歳以上の全ての人を対象。一般介護予防事業のみ利用の場合はケアマネジメント不要）。

◆介護予防教室

地域で活動をしている団体と連携して、介護予防のための教室を開催しています。

◆リハビリ教室

リハビリテーション専門職が定期的に係ることで、正しい運動方法を学び、住民が自ら中心となって継続して運動を実践していける健康作りの場として支援します。

◆運動器の機能向上事業（パワー・デイ）

運動を始めるきっかけづくりとして、温水プールでの水中運動やトレーニング機器などを使用した運動を実施しています。

◆支え合いサロン

身近な拠点に集まり、体操をしたり、お茶を飲んだりしながら無理なく仲間作りや社会参加をする交流の場です。

【基準が緩和されたサービスについて】

利用者の状態によって、専門職によるサービス提供が必要な場合と、有償ボランティアなどの無資格者によるサービス提供でも対応可能な場合が存在すると考えられています。

プロのサービスとその他のサービスを組み合わせることにより、介護人材の確保と、介護報酬の削減につながる利点があるため、全国の自治体において「基準を緩和したサービス」が展開されています。吉野川市では、生活援助を中心とした訪問型サービスを提供することで、利用者の自立や重度化の予防の推進に取り組んでいきます。

第2章 事業対象者決定のための基本チェックリスト実施に係る必要な事項

基本チェックリストは相談窓口において、必ずしも要介護認定を受けなくても必要なサービスを利用できるよう、本人の状態を確認するツールとして用いるものです。

介護予防・日常生活サービス事業（サービス事業）のみを利用する場合は、要介護認定等を省略して事業対象者とし、迅速なサービス利用を可能にします。

事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定しており、そのような状態に該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用につなげていきます。

要支援者は介護保険係に 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 を提出し、事業対象者は地域支援係に 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 を提出します。

事業対象者が要介護新規申請を行う場合については、暫定プランを利用する場合は介護保険でのケアマネジメントに移行することになり、暫定プランを利用しない場合については、認定結果が出るまで事業対象者として扱います。

事業対象者が、3ヵ月以上サービス事業の利用を行っていない場合、再度、基本チェックリストを行いサービス事業の利用を再開するものとします。

1 事業対象者の要件（65歳以上のつぎの者）

- （1）基本チェックリストにおいて、基準項目に該当する者。
- （2）要介護認定等の申請を行った結果、「非該当」と認定され基本チェックリストにおいて基準項目に該当する者。
- （3）要支援認定を受けている者で要支援認定の更新をしないで、有効期間満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者。
- （4）事業対象者として決定後、一般介護予防事業への移行、あるいはおおむね3ヵ月間サービスの利用がない場合に、改めてサービス利用の希望がなされた場合で、基本チェックリストにおいて基準項目に該当する者。

2 窓口での相談受付

相談受付窓口は、市長寿いきがい課・地域包括支援センターとして、基本チェックリストは各支所においても行う。

窓口における対応については次のとおりとする。

- （1）窓口担当者は、高齢者本人や家族から相談の目的や希望するサービス内容について聞き取りを行う。
- （2）窓口担当者は、サービス事業・要介護認定等の申請・一般介護予防事業についてパンフレットをもとに説明を行う。特にサービス事業については、その目的や内容、メニューや手続き等について十分に説明を行う。
- （3）聞き取りの際、寝たきり状態にある、または認知機能の低下や問題行動により目が離せない状況にあるようなあきらかに要介護認定が必要な場合、あるいは予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）や介護給付によるサービスを希望する場合等は、要介護認定の申請に導くものとする。

- (4) 総合事業の説明の際には、介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨として、次のことを十分に説明するものとする。
- ① この事業は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図るものであること。
 - ② 介護予防ケアマネジメントにおいては、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み、達成後は自立へ向けた次のステップに移っていくこと。
- (5) サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行うものであるが、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聞き取るものとする。なお、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再度確認するとともに、事業の説明を行い適切なサービス利用につなげるものとする。
- (6) 第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行うものとする。

3 基本チェックリストの活用・実施

- (1) 窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業・サービス事業及び給付）の振り分けを行う。
- (2) 基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防事業対象者の把握として利用していたものを用い、その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用する。実施に際しては、別添の「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に記入してもらう。
- (3) 基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取りをしたうえで振り分けを判断する。
- (4) 基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、要介護認定申請を行う。

4 介護保険認定非該当者の扱い

要介護認定等を受けていた人が更新申請により非該当となった場合、新規申請により非該当となった場合ともに基本チェックリストの実施が必要となります。この場合は、介護保険係から認定結果通知とともに介護予防のパンフレット等を送付し、事業の利用が必要な方は地域包括支援センターに相談してもらうように案内します。

5 基本チェックリスト提出後の流れ

- (1) 一般介護予防事業のみを利用する場合を除き、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを実施したうえでサービス利用を開始するものとする。ただし、要支援認定者が事業対象者へ移行する場合は、担当の居宅介護支援事業所への委託も可能とする。
- (2) ①介護予防・日常生活支援サービス利用申請書、②吉野川市 基本チェックリスト、③介護予防アセスメント用情報収集シートを地域支援係に提出する。
- (3) 吉野川市 基本チェックリスト及び介護予防アセスメント用情報収集シートの結果、事業対象者の基準項目に該当した者については、決定通知書及び被保険者証（事業対象者）である旨を記載したものを交付する。
認定有効期間は、基本チェックリスト実施日から2年間（月途中で実施の場合は2年後の月末日まで）とする。
- (4) 要支援認定者が、更新認定を受けずに事業対象者へ移行してサービス利用を希望する場合は、上記①から③の書類に加え④介護予防サービス・支援計画書（原案）の提出も行う。
その際の、基本チェックリストやアセスメント実施は、認定有効期間満了月の前月10日以降に行うものとする。（事業対象者の有効期間は、要支援認定有効期間満了日の翌日からとする。）
- (5) 事業対象者がサービスを利用する場合は、地域支援係に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 を提出する。

【他住所地特例対象者の基本チェックリスト】

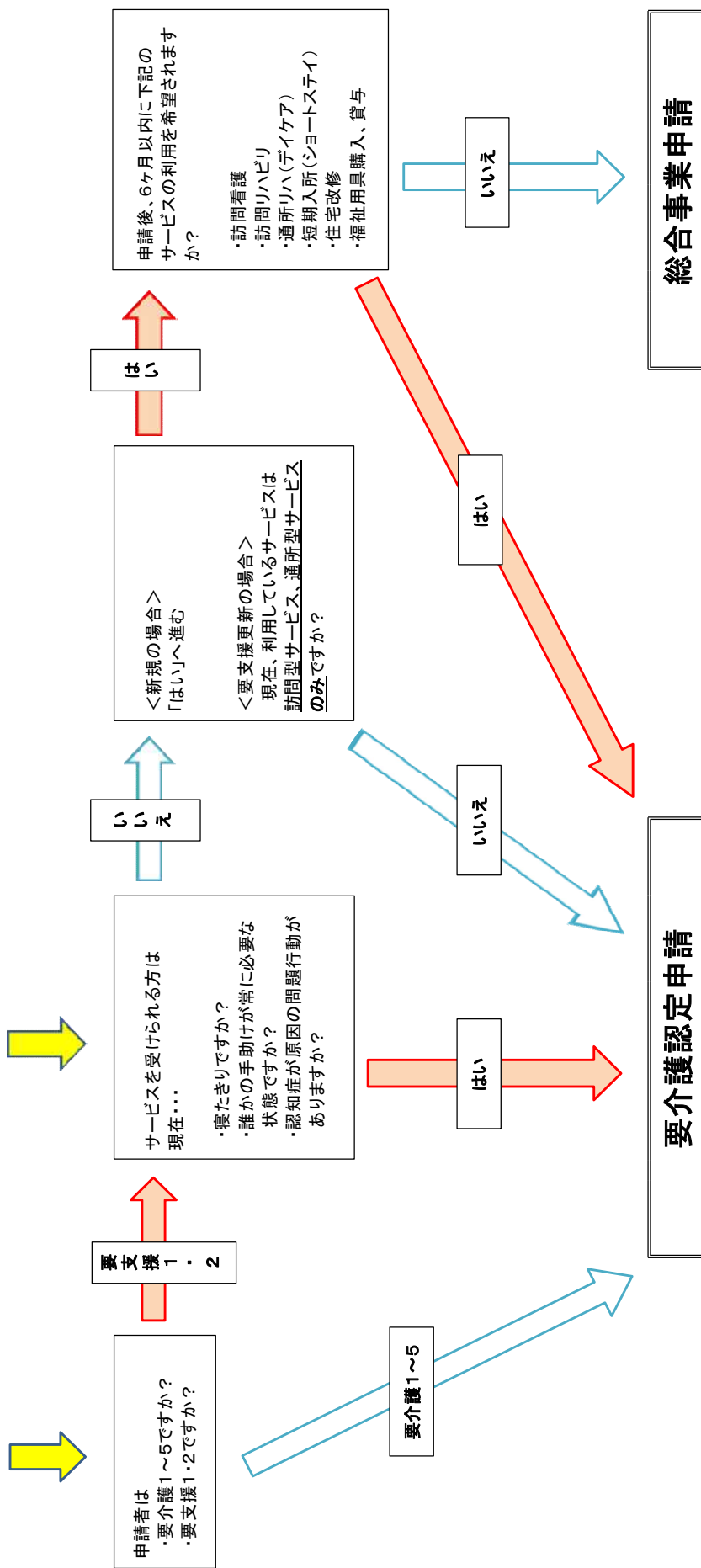
平成 27 年 4 月以降、住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター又は委託先の居宅介護支援事業所）が行うこととなったため、本市に所在する施設に入所している他住所地特例対象者は本市にて基本チェックリストを実施することになります。

逆に、吉野川市外の施設に入所している吉野川市の被保険者（住所地特例対象者）については、吉野川市では基本チェックリストを実施せず、施設所在市町村において基本チェックリストを実施することになります。

○ 要介護認定・総合事業 申請方法判断フローチャート

更新・区変申請は
ここからスタート!!

新規申請は
ここからスタート!!



出典：対馬市 介護予防ケアマネジメントマニュアルを一部改変

(資料 2 - 2)

吉野川市 基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男	明・大・昭	年	月	日 (満 歳)
本人氏名		・	住所 吉野川市			
		女	電話番号			
希望するサービス内容		訪問型サービス ・ 通所型サービス				

No.	質問項目	(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ヶ月間で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いわれますか	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1) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

(注2) 右記の票には記入しないでください

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいたうえ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下記のとおりです。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には「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・親類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ずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわ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。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分くらい続けて歩いていますか	15分くらい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。
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、低栄養かどうかについて尋ねています。		
11	6ヶ月で 2～3kg 以上の体重減少がありましたか	6ヶ月間で 2～3kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヶ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	身長は小数点第一位、体重は整数で記載してください。体重は1ヶ月以内の値を、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。	お茶や汁物等で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ヶ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「いつも同じことを聞く」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。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。
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) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
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	

(資料 2 - 4)

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

基本チェックリスト				
No.	質問項目	回答		得点
暮らしぶりその1	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	
	No.1～5の合計			
運動器関係	6 階段を手すりや壁をつたわ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	
	No.6～10の合計			➡ ②3点以上
栄養・口腔機能関係	11 6ヶ月間で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=18.5未満の場合に該当) ※BMI(=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm))	1. はい	0. いいえ	
	No.11～12の合計			➡ ③2点以上
	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	
	No.13～15の合計			➡ ④2点以上
	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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
暮らしぶりその2	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	
	No.18～20の合計			➡ ⑥1点以上
	No.1～20の合計			➡ ①10点以上
こころ	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	
	No.21～25の合計			➡ ⑦2点以上

★チェック方法

回答欄の はい、いいえ の前にある数字(0または1)を得点欄に記入してください。

- ①質問項目 No.1～No.20の合計が10点以上
- ②質問項目 No.6～No.10の合計が3点以上
- ③質問項目 No.11～No.12の合計が2点
- ④質問項目 No.13～No.15の合計が2点以上
- ⑤質問項目 No.16に該当
- ⑥質問項目 No.18～No.20が1点以上
- ⑦質問項目 No.21～No.25が2点以上

第3章 介護予防ケアマネジメントの実施

1 介護予防ケアマネジメントの実施

介護予防ケアマネジメントは、介護保険法第115条の4第1号ニに規定するサービスであり、対象者の依頼を受け、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、対象者の状態等にあった、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。

総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、本人の興味、関心を踏まえた目標設定や本人の意欲や力を活かすため、どのような「サービス」や「地域での活動」を、どのくらいの頻度で利用することが「身体機能」や「生活の質」の改善につながるのか、自立支援を志向したケアマネジメントを実施することが求められます。

介護予防ケアマネジメントは、利用者と地域包括支援センターが締結する契約に基づき行われます。

★ケアマネジメントの目的

- 高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐ
- 要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする

介護予防ケアマネジメントは、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるようにケアマネジメントのプロセスに基づき支援します。また、対象者のアセスメントを行い、目標を設定し、達成に向け介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自らが取り組み、評価ができるように支援をします。

地域での活動を継続することで「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となる選択を支援していくことが重要です。

総合事業では、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、追加で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になります。

2 介護予防ケアマネジメントの実施にあたって

●原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）

通所型サービス（国基準相当）、通所型サービス緩和型、訪問型サービス（国基準相当）、訪問型サービス生活緩和型を利用する場合は、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のプロセスを実施します。

★現行相当サービス対象者・サービス提供の基準・考え方

通所型は①～⑤、訪問型は下記の①～③のいずれかに該当になった場合は現行相当サービスの対象となります。

○通所型現行相当サービス

1. 主治医意見書で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ b 以上の場合（要支援者）。
2. 長谷川式簡易知能スケールが20点以下（中等度以下の場合）。
3. 基本チェックリスト運動機能、No 6～No 10 全て該当の場合。
4. 基本チェックリスト運動機能、No 6～No 10 のうち3項目以上該当となった上、入浴の直接介助が必要な場合。
5. 精神的不安定な状態であると医師が判断し、かつ現行相当サービスの利用が適当とされた場合。（職員が常時個別対応を強いられる状況下になる場合）

○訪問型現行相当サービス

1. 主治医意見書で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ b 以上の場合（要支援者）。
2. 直接的な身体介助（排泄、入浴、食事、着替え、移動等生活動作の介助等）が必要な方（簡易な清拭等は除く）。
3. 精神的不安定な状態であると医師が判断し、かつ現行相当サービスの利用が適当とされた場合。（職員が常時個別対応を強いられる状況下になる場合）

プロセス

1. アセスメント（課題分析）
2. ケアプラン原案作成
3. サービス担当者会議
4. 利用者への説明と同意
5. ケアプラン確定、本人・家族に交付
6. ケアプランの実行（サービス提供）
7. モニタリング（おおむね3ヶ月ごとに行う）
8. 評価

3 介護予防ケアマネジメントに係る様式

介護予防ケアマネジメントに使用する様式は、次のとおりです。

1. 利用者基本情報（認定毎）
2. 基本チェックリスト（計画修正時）
3. 介護予防支援アセスメント用情報収集シート（初回・必要時）
4. 介護予防サービス支援計画表（計画修正時）
5. 介護予防支援経過表（毎月）
6. サービス担当者会議（計画修正時）
7. 介護予防サービス支援評価表（計画修正時）
8. 興味・関心チェックシート（計画修正時）
9. 給付管理表
10. 介護予防支援介護給付費明細書

4 訪問からモニタリング・評価の実際

（1）訪問

事業対象者について、介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整します。地域包括支援センターに来所し、基本チェックリストを実施した場合においても、事業対象者宅の訪問によるアセスメントを行います。

訪問することで、本人の身体的状況や生活機能、住宅環境、または家族が同居している場合は家族間の関係性、自宅で日常生活を送る上で具体的に困っていることなどが把握できます。

先入観で判断せずアセスメントを行います。本人の声のトーンや会話の速度、会話時の目線、表情など様々な角度から利用者を見るようにします。また、それが信頼関係を築くきっかけになる場合もあります。

環境面において、自宅内の空気感や臭いなども重要な情報であり、五感をフルに活用し情報を得るようにしましょう。

初回訪問では、利用者も緊張していますので、まずは利用者や家族の訴えに耳を傾けるように心がけましょう。また、一度の訪問で全ての情報を得ようとせず、日を変えての訪問などで情報を得ることも大切です。

●訪問時に持参する書類等

限られた訪問時間を効率的に活用し、利用者を取り巻く様々な状況を把握するとともに必要な申請手続きを実施するためには、書類の不備等がないよう事前に書類を確認し手元に準備していく必要があります。

訪問時の七つ道具（例）

1. 身分証（介護支援専門員証など）

2. 説明用パンフレット

- ☐ ともにはぐくむ介護保険
- ☐ 吉野川市地域包括支援センターちらし
- ☐ 吉野川市在宅医療介護連携事業所マップ など

3. サービスに係る各種様式

- ☐ 基本チェックリスト
- ☐ 介護保険要介護認定申請書
- ☐ 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 など

4. 介護予防ケアマネジメント様式一式

- ☐ 利用者基本情報
- ☐ 基本チェックリスト
- ☐ アセスメントシート
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書 など

5. 介護保険サービス・介護保険以外のサービスの利用調整に係る資料

- ☐ 在宅医療社会資源一覧表
- ☐ 一般介護予防事業の案内書類
- ☐ インフォーマルサービス（配食一覧など）

6. ノート、筆記用具（朱肉・電卓など）

7. その他必要に応じて

出典：松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアルを一部改変

●訪問の意義・重要性、訪問時の心構え、留意点等

☆五感をフルに活用



- ・臭い、空気のだよみなど、適正な住環境になっているか
- ・玄関、庭も含めて汚れの具合、家屋がメンテナンスされているか
- ・何のために、なぜその質問をするのかが、わかるように聞く

☆ほめる

玄関に入ったら→きれいですね等、努力していることをほめる

本人の趣味・興味のあると思われるもの（庭木・書・人形・手芸作品・本・絵・写真）

→話しやすい雰囲気を作り本人の情報を収集する

→家族写真などからは、家族の介護力などを確認しやすい

☆状況の確認

「どんなものを召し上がっているか心配なので」 → 信頼関係を構築し、同意を得て冷蔵庫
・同じものをいくつも買い置きしていないか の中を確認できる場合もある

・適正なものが入っているか

・作り置きがあるか

「手すりなど必要なところを確認しましょう」

・居室以外の台所、洗面、浴室等も見せてもらう

・清潔に保たれているか、整理できているか

▽オムツを使用しているなど介護度が高い方がいるのに、室内があまりにもきれいで緊張感のある
雰囲気は危険な香りと察知する

→介護に手がかかるはずなのに？

→介護放棄ではないか？虐待されていないか？等も考える

出典：松戸市介護予防ケアマネジメント実務マニュアル

(2) アセスメント（課題分析）

本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、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）」を明らかにするために行います。

アセスメントの課程を通して、生活希望のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことができ、今後の生活機能低下を予防することもつながります。

本人の状態を確認する際にできていない、問題があるといった部分だけを見るのではなく、本人ができている、取り組んでいる部分にも目を向け、本人が家庭内で発揮できないか、地域の憩いの場に参加できないかなどを検討することが重要です。

そのようなことが、本人の意欲を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことにつながっていきます。

本人・家族の望む生活について、本人や家族から意向を聴き取ります。

例えば、元気であるために本人が行っていることや心がけていること、具体的には、本人がしてみたいこと・興味があること、ADL、IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を「興味・関心チェックシート」などを活用しながら聴き取ることが重要です。

本人がしてみたいという生活目標を認識し、それを意識付けることにより、生活の意欲を高めることにつながっていきます。

(資料3-2)

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにもかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会（2014. 3）

（３）ケアプランの作成

１．目的と手法

ケアプランは、「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が目的です。

手法としては、１２か月先を目途に、本人が望む「自立した生活の目標」を立て、その目標が達成されるために、６か月を目途に「どのように維持・改善を図るのか」、「どこで誰がアプローチするとよいのか」、「いつ頃までに達成するのか」を考慮し計画を作成します。

目標を設定する際は、単に心身機能の改善だけを指すのではなく、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や表現とすることが大切です。

計画の期間に取り組むことで、その目標がほぼ達成されたと考えられ、利用者が評価できるような具体的な目標となるように十分に配慮して目標を立てます。

２．作成の際の留意点

ケアプランの作成の際には、本人・家族と本人がこのような生活を送りたいというイメージを共有することが大切です。

利用者が自らのケアプランであると理解し、主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できません。

目標が達成されると、次のステップとして生活機能を維持しつつ、さらに機能を高めていくために地域の活動の場や社会参加の場などに通うことが大切であることも利用者へ説明します。

３．サービス内容の選択

利用サービスの検討の際には、アセスメントで得られた情報をもとに、利用者の状況や環境、希望等から、サービスの種類や回数、利用時間を設定します。

サービス事業の利用のみに限定することなく、社会資源の情報を広く収集した上で、家族や地域住民などによる支援、一般介護予防事業、民間のサービス等も把握した上でプランに位置づけるように工夫をします。

※サービス事業所が総合事業の指定事業所であることを確認してください。

事業対象者が総合事業のサービスを利用する場合には、そのサービス事業所が保険者市町村の総合事業指定事業所であるかを事前に確認する必要があります。

市から指定を受けている事業所については、ホームページ上で最新情報を掲載しているので、サービスを調整する際には必ず確認をお願いします。

介護予防ケアマネジメントで最も重要なことは、目標が達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるような目標を設定することです。そのためには、以前、本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなった）で、介護予防に一定期間取り組むことにより実現可能なこと、そしてそれが達成されたかどうかが具体的に分かることを目標とすることが望ましいです。（課題別の目標(案)は次のとおりです。）

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、TPO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、TPO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

出典：介護予防マニュアル改訂版

（４）サービス担当者会議

１．会議開催目的

- ・利用者と家族の生活状況及びその課題の共通理解のため
- ・地域の公的サービス、インフォーマルサービスの状況共有をし、その役割を理解するため
- ・利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などの協議を行うため
- ・介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を総合に理解するため

２．開催時期

- ・初回の介護予防ケアプランを作成する時
- ・介護保険更新申請、区分変更申請をする時
- ・介護予防ケアプランを変更する時
- ・臨時開催（必要性がある）をする時

３．会議参加者

- ・利用者、家族
- ・介護予防ケアプラン作成者
- ・サービス事業担当者
- ・主治医（必要性がある時）

４．ケアマネジメント担当者が説明する事項

- ・ケースの年齢や家族構成、現病歴などの基本情報
- ・今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程
- ・計画の原案 等

５．検討内容

- ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ・サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成のためのアセスメント等

６．記録

- ・サービス担当者会議の記録様式に記載
- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録にサービス担当者会議開催の記載

（５）ケアプランへの本人同意と交付

利用者及び家族から、同意を得た後ケアプランを交付し、サービス事業所にサービス提供開始を伝えます。

（６）サービスの利用開始

サービス事業所は、事業実施前に、事前アセスメントを行い、それを基に個別サービス計画を立て、介護予防ケアマネジメント実施者に対し提出します。

サービスは個別サービス計画に基づき提供されることとし、効果やサービスが適切か確認しながら実施されます。支援が開始後に必要があれば事業所での個別計画を見直します。サービス提供後は、その効果について事後のアセスメントを行い、事後アセスメントの結果については、介護予防ケアプラン作成者に報告します。

(7) モニタリング

モニタリングは、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標の設定の必要性を確認し、次の支援計画に結びつけていくことを目的に行います。

●時期

サービス提供月・・・毎月モニタリングを実施。

訪問はサービス提供から3ヶ月に1回、利用者に著しい変化があった時や必要がある場合、サービスの評価期間終了月には、その都度必要に応じて訪問を行いモニタリングを実施する（電話・デイでの面接での対応可）。

●モニタリングの視点

- ・利用者の生活状況に変化がないか。
- ・介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・個々のサービス提供時の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ・利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ・その他、新たな課題が生じていないか。

●計画の組み直し等

- ・目標が達成された場合、改めて課題の分析を行い、計画を組み直す。
- ・目標が解決された場合は、次のステップアップのための目標、取り組みを行う。
- ・新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合、課題分析結果に基づき、計画を組み直す。

●記録

- ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記載する。
- ・モニタリングの結果、ケアプランの変更の必要性がある場合や区分変更申請が必要な場合は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス支援評価表」に記入する。

●評価

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたか否かを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直す。

4 章 請求等について

1 給付管理業務

総合事業では、原則、指定事業所によるサービスを利用する場合にのみ給付管理を行います。給付管理を行うのは、訪問型サービス（国基準相当サービス・生活緩和型）、通所型サービス（国基準相当サービス・緩和型）となります。一般介護予防事業の給付管理は行いません。

また、要支援者が、予防給付と総合事業サービスを併用（例えば福祉用具レンタルと訪問型サービスを共に利用）する場合の給付管理については、予防給付の支給限度額の範囲で給付と事業を一体的に行います。この場合、給付管理業務を行ったケアマネジャーに支払われる報酬は、「介護予防支援費」（サービス種類コード 46）です。

なお、要支援者であっても、予防給付を利用せず、総合事業サービスのみ利用した場合、ケアマネジャーへの報酬は、「介護予防ケアマネジメント費」（サービス種類コード AF）から支払われることになります。

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費

利用者区分	サービス利用 パターン例	ケアマネジメン ト費の区分	サービス 種類コード	基本報酬	初回加算	委託連携 加算
事業対象者	事業（※）のみ	介護予防ケアマ ネジメント費	AF	442 単位	300 単位	300 単位
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費	4 6			
	予防給付と事業					
	事業のみ	介護予防ケアマ ネジメント費	AF			
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費	4 6			
	予防給付と事業					
	事業のみ	介護予防ケアマ ネジメント費	AF			

※事業：訪問型サービス（国基準相当サービス） 訪問型サービス生活緩和型
通所型サービス（国基準相当サービス） 通所型サービス緩和型

2 事業所指定・サービスコード・単価について

（1）事業所指定

総合事業サービスの訪問型サービス又は通所型サービスを提供する事業所は、利用者の住所地の市町村から総合事業の指定を受けている必要があります。新規指定は、申請書提出の翌々月の1日を指定日としています。

指定の有効期間は6年間です。指定の有効期限が満了する日の3月前までに指定更新手続きをしてください。総合事業指定事業所一覧については、ホームページ上で公表しています。

（２）サービスコード

総合事業のサービスコードは次のとおりです。

個別のサービスコード表は、P.46～及びホームページ上に掲載しています。

サービス種類	サービスコード
訪問型サービス（従前の予防訪問介護相当サービス）	A2
訪問型サービス生活緩和型	A3
通所型サービス（従前の予防通所介護相当サービス）	A6-1
通所型サービス緩和型	A6-2
介護予防ケアマネジメント	AF

（３）単価

吉野川市の総合事業における訪問型サービス（国基準相当）及び通所型サービス（国基準相当）・通所型サービス緩和型では、原則として、月額包括報酬額を上限に、１回あたりの単価設定による報酬額により算定することとします。１単位あたりの単価は、吉野川市の場合１０円です。

事業対象者及び要支援１・要支援２の支給限度額

利用者区分	サービス利用 パターン例	ケアマネジメント費の区分	支給限度額
事業対象者	事業（※）のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,032 単位
要支援１	予防給付のみ	介護予防支援費	5,032 単位
	予防給付と事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	
要支援２	予防給付のみ	介護予防支援費	10,531 単位
	予防給付と事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント費	

例１）訪問型サービス（国基準相当サービス）

① 要支援１の人でサービス計画に週１回程度の位置づけ

- ・ ２回の実績（一時的に体調を崩したなどで計画の回数がこなせない、など）

287 単位×２回＝574 単位＜1,176 単位（月額）のため、574 単位を請求

- ・ ４回の実績

287 単位×４回＝1,148 単位＜1,176 単位（月額）のため、1,148 単位を請求

- ・ ５回の実績

287 単位×５回＝1,435 単位＞1,176 単位（月額）のため、1,176 単位を請求

※５回～月額報酬で請求

② 要支援 2 の人でサービス計画に週 2 回程度の位置づけ

- ・ 1 回の実績（一時的に体調を崩したなどで計画の回数がこなせない、など）

287 単位×1 回=287 単位<2,349 単位（月額）のため、287 単位の請求

※キャンセルがあった場合でも、当初の計画の区分で算定できますが、計画の変更を妨げるものではありません。

- ・ 8 回の実績

287 単位×8 回=2,296 単位<2,349 単位（月額）のため、2,296 単位の請求

- ・ 9 回の実績

287 単位×9 回=2,583 単位>2,349 単位（月額）のため、2,349 単位の請求

※ 9 回～月額報酬で請求

例 2）通所型サービス（国基準相当サービス）

① 要支援 1 の人

436 単位×1 回=436 単位<1,798 単位（月額）のため、436 単位の請求

436 単位×4 回=1,744 単位<1,798 単位（月額）のため、1,744 単位の請求

436 単位×5 回=2,180 単位>1,798 単位（月額）のため、1,798 単位の請求

※5 回～月額包括報酬単価で請求。

②要支援 2 の人

447 単位×1 回=447 単位<3,621 単位（月額）のため、447 単位の請求

447 単位×8 回=3,576 単位<3,621 単位（月額）のため、3,576 単位の請求

447 単位×9 回=4,023 単位>3,621 単位（月額）のため、3,621 単位の請求

※9 回～月額包括報酬単価で請求。

（４）初回加算について

介護予防ケアマネジメントにおける初回加算の算定については、指定介護予防支援における基準に準拠することとしています。そのため、介護予防ケアマネジメントについて、初回加算を算定できるのは、次の場合になります。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施した場合

②当該利用者について、過去 2 ヶ月以上、当該地域包括支援センターにおいて介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防支援費又は介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス・支援計画を作成した場合

③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した場合

なお、次のような場合には初回加算を算定することはできませんので、ご注意ください。

①要支援者が認定の更新をして、総合事業のサービスを利用した場合

②要支援者が事業対象者となった場合（またはその逆の場合）

③予防給付のサービスを利用することになり、介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合（またはその逆の場合）

3 日割り請求

1月のサービス提供回数が一定回数を超え、月額包括報酬の単位数となる場合で、次の対象事由に該当するときは、日割り計算を行います。

日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとなります。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定します。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。

月の途中に終了した場合は、月初めから起算日までの期間。

また、日割り請求において、予防給付ではなかったケースでの適用が追加されたことに注意が必要です。具体的には、「開始月」の日割り事由として「利用者との契約開始」（起算日は契約日）が追加され、「終了月」の日割り事由として「利用者との契約解除」（起算日は契約解除日。ただし、引き続き月途中からの開始事由がある場合はその前日）が追加されています。

（資料4－1）日割り請求事由一覧

平成30年3月30日 老健局介護保険計画課・老人保健課／事務連絡・I資料9より

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス（独自） 通所型サービス（独自） ※月額包括報酬を単位とした場合	・区分変更（要支援1⇔要支援2） ・区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
	・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）※1 ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・利用者との契約開始	契約日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退去※1	退去日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除※1	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所※1	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 （65歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	・区分変更（要支援1⇔要支援2） ・区分変更（事業対象者→要支援）	変更日
	・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）※1 ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
	・利用者との契約解除	契約解除日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居※1	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始※1	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所※1	入所日の前日
	公費適用の有効期間終了	終了日

居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	・日割りは行わない ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする※1 ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする	
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	・日割りは行わない ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする※1 ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする	

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

4 利用者負担

総合事業のうち、訪問型サービス（従前の訪問介護相当）・訪問型サービス生活緩和型及び通所型サービス（従前の通所介護相当）・通所型サービス緩和型における利用者負担は、介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2～3割）と同じとします。

また、これらについて、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（介護予防）サービス費相当事業等を実施します。

なお、保険料を滞納している方に対する総合事業の給付制限措置については、当面適用しませんが、滞納が続いている対象者については、申請時や被保険者証の交付前に吉野川市が納付（滞納）相談を行うこととします。

5 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

給付管理票の提出と介護予防ケアマネジメント費の請求は、被保険者証の認定結果を確認の上、行ってください。支援費は、基本的に月末時点での介護度に応じた事業所が給付管理を行い請求しますが、認定日の前日まで事業対象者として考えて差し支えありませんので、請求時にはどの居宅が請求を行うのか確認してください。なお、総合事業については自己作成がありませんのでご注意ください。

例：事業対象者が4月16日に新規申請を行い、5月22日に認定が出た場合

①Wプラン・W居宅で行く場合。（介護の居宅の届出が4月16日）

4月分から介護の居宅が請求する。4月1日～4月15日までは、総合事業のサービスコードで、4月16日から介護サービスコードで請求してもらう。

→総合事業の利用票は、引き継ぎの時に包括から居宅に渡します。

②5月22日に居宅が届出を出してくれた場合

認定日の前日まで事業対象者のため、5月21日まで事業対象者。

4月分は包括が請求

5月分は、5月1日～5月21日までは総合事業のサービスコードで、5月22日から介護のサービスコードで、月末の居宅にまとめて請求してもらいます。

→総合事業の利用票は引き継ぎの時に包括から居宅に渡します。

→認定結果について、連合会へ送る台帳が変更になるので、介護保険係に台帳の変更の連絡をお願いします（包括がします）。

③6月1日に居宅が届出を出してくれた場合

認定日の前日まで事業対象者のため、5月21日まで事業対象者です。4月分・5月分（ただし、21日まで）は包括が請求します。

5月22日～5月31日の間については、サービスを使うと自費になるので、注意してください。

*総合事業は自己作成がないため

→長寿いきがい課の給付担当に事業対象者で申請することを伝えてください（包括が伝えます）

連合会へ送る台帳は要介護になっているので、事業対象者で請求する旨伝える必要があるためです。

→6月1日から居宅が請求します。

6 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へ委託

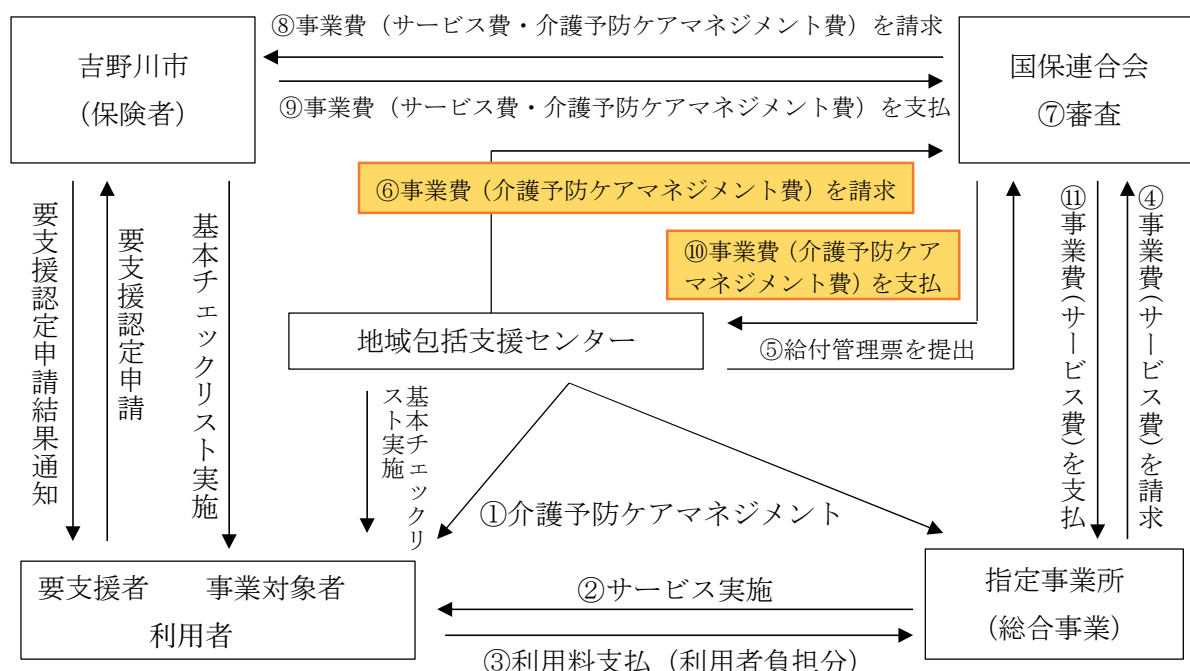
吉野川市は、介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメントを吉野川市地域包括支援センターに委託して実施します。吉野川市地域包括支援センターは指定介護予防支援及び第1号介護予防支援の委託届出書を市に提出することで、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。ただし、委託する際の事業所選定については、公平性・中立性を確保すること、「吉野川市介護予防ケアマネジメントの手引き」にそって業務を遂行できるよう、吉野川市地域包括支援センターが支援を行うこととします。

委託する際に、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ことができます。

7 請求・支払い

事業費（介護予防ケアマネジメント費）の請求、支払い手順については、下の図のとおりです。

★利用者が訪問・通所型サービスのみを利用する（予防給付を利用しない）場合



日程		事務処理内容	
サービス提供月前月		①介護予防ケアマネジメント	包括支援センターは、利用者・事業所と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。
サービス提供月		②サービス実施 ③利用料支払い（利用者負担分）	指定事業所は、利用者へサービスを実施 利用者は事業所へ利用料を支払う
サービス提供月翌月	10日まで	④事業費を請求 ⑤給付管理票を提出 ⑥事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求	指定事業所は、国保連合会へ請求明細書を提出し、事業費を請求する。 包括は、国保連合会へ給付管理票及び請求明細書を提出し、事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求する。
	～	⑦審査	国保連合会は審査を行う
サービス提供月翌々月	20日まで	⑧事業費（サービス費・介護予防ケアマネジメント費）を請求	国保連合会は、市へ事業費（サービス費・介護予防ケアマネジメント費）及び審査支払手数料を請求する。
	25日まで	⑨事業費（サービス費・介護予防ケアマネジメント費）を支払	市は国保連合会へ事業費（サービス費・介護予防ケアマネジメント費）及び審査支払手数料を支払う。
	月末まで	⑩事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払 ⑪事業費（サービス費）を支払	国保連合会は、包括へ事業費（介護予防ケアマネジメント費）を支払う。 国保連合会は、事業所へ事業費（サービス費）を支払う。

第5章 住所地特例への対応について

1 住所地特例とは

介護保険では、被保険者資格の適用は、原則として住所地主義により行うこととされていますが、介護保険施設等への入所に伴って当該施設の所在地に住所を移転した場合等、全ての場合に住所地主義を貫くと、介護保険施設等の所在市町村の介護保険財政の負担が大きくなる等の不都合が生じます。そこで、一定の場合に住所地主義の原則に対する例外的な適用を行うこととし、住所地主義に伴う保険者間の財政的な不均衡の是正を図るものです。

この場合、介護保険料は前住所地の市町村に支払うほか、要介護認定や介護給付も保険者である前住所地の市町村から受けることとなります。

2 住所地特例対象施設

- 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院
- 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設、救護施設）

3 住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施

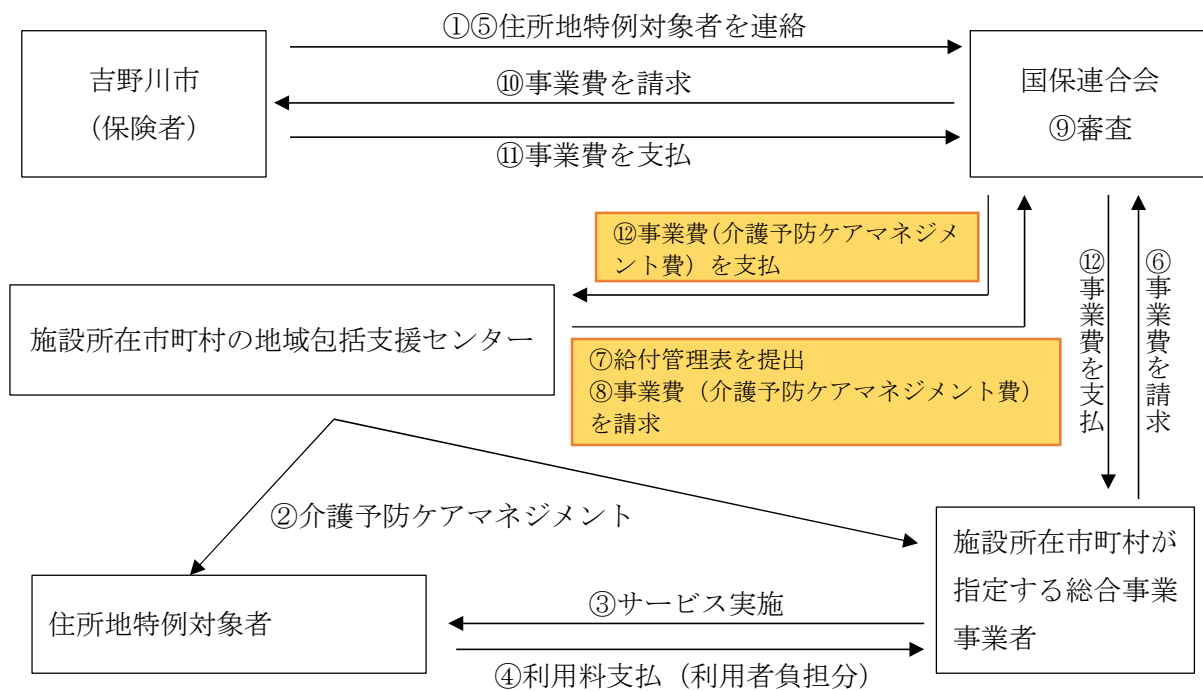
住所地特例対象者に対する介護予防支援については、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が行うこととされています。（法第 58 条第 1 項）。住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、住所地特例対象者がより円滑にサービスを利用することができるよう施設所在市町村が行うものとされています。（法第 115 条の 45 第 1 項）

吉野川市が保険者の住所地特例対象者がサービスを利用する場合は、施設所在市町村が指定した事業所を利用することになりますので、吉野川市の指定は必要ありません。

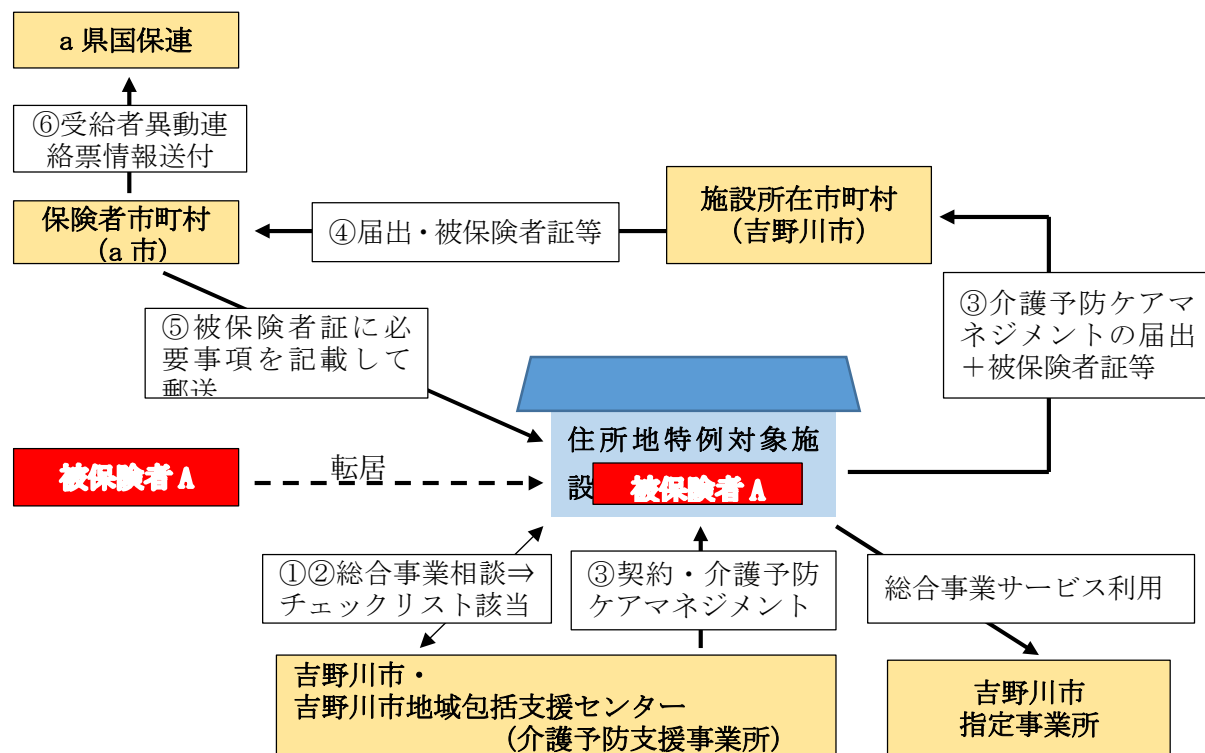
一方、住所を吉野川市に置いたまま生活拠点のみ移している場合は、住所地特例対象者となりませんので、吉野川市地域包括支援センターが介護予防支援を担当し、サービスを提供する事業所は、吉野川市の指定が必要となります。

4 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会との事務処理の流れ

(1) 審査支払いの流れ 住所地特例対象者に係る審査支払いの流れは、次のとおりです。



(2) 住所地特例対象者における必要な事務手続の例



【基本チェックリストにより総合事業を利用する場合】

①他市（a市）被保険者（Aさん）

Aさんは施設所在市町村(吉野川市)に対して総合事業のサービス利用を相談する。

②施設所在市町村（吉野川市）

吉野川市の市窓口又は地域包括支援センターは、基本チェックリストで事業対象者に該当するか否かを確認。（確認の結果、事業対象者に該当したこととする。）

③被保険者(Aさん)

Aさんは、吉野川市地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント契約を結び、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、介護予防・日常生活支援サービス利用申請書、被保険者証を吉野川市に対して提出。

④施設所在市町村（吉野川市）

吉野川市は介護予防ケアマネジメント依頼届出書及び基本チェックリスト、被保険者証をa市に送付（原本又は写し）する。

⑤保険者市町村(a市)

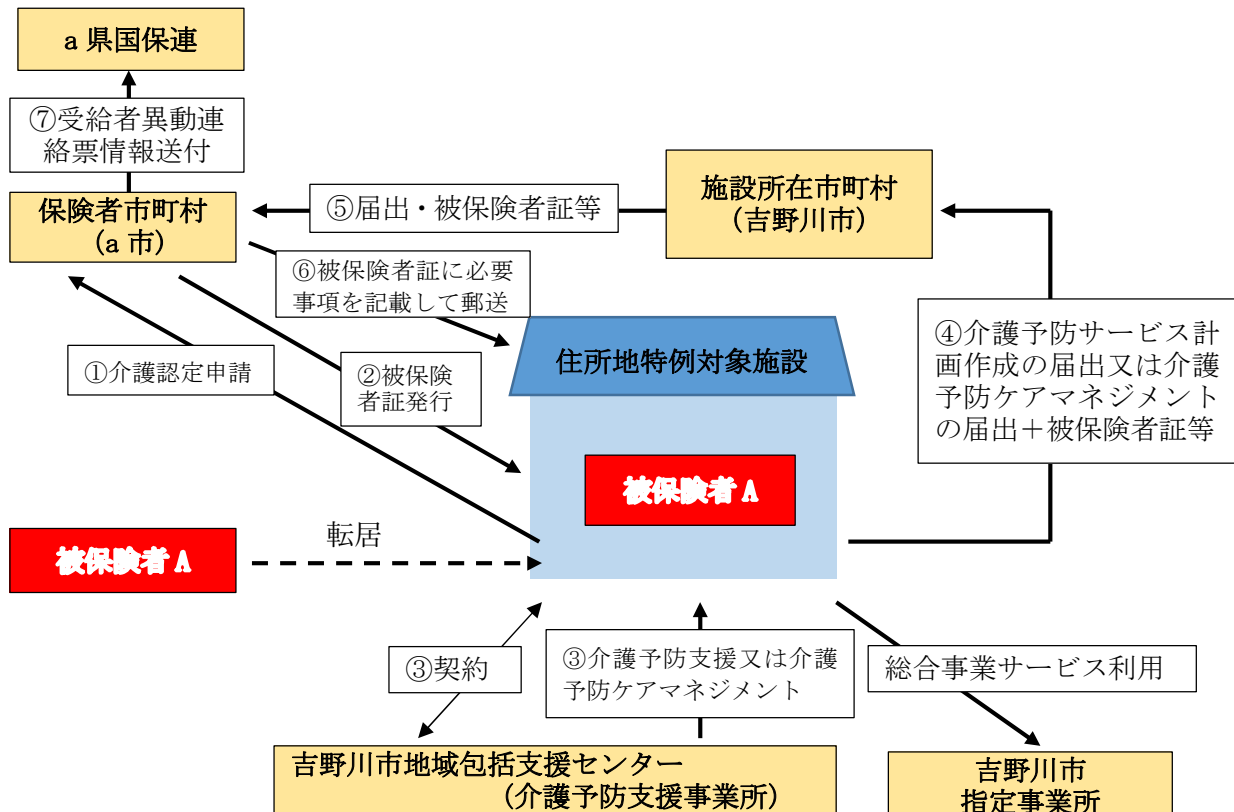
a市は④により送付された届出書をもとに、被保険者証に必要事項を記載してAさんへ郵送する。
〈必要事項〉

- ・要介護状態区分：事業対象者
- ・認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- ・居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- ・届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

⑥保険者市町村（a市）

a市は、所在する都道府県（a県）の国保連合会に事業対象者であること、住所地特例項目、地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を送付する。

【要支援認定を受けて総合事業を利用する場合】



住所地特例対象者として新たに総合事業を利用する場合

①②他市（a市）被保険者（Aさん）

Aさんは保険者市町村（a市）に対して要介護（支援）認定申請を行い、認定の結果、被保険者証を発行する。

③他市被保険者（Aさん）

Aさんは吉野川市地域包括支援センターと契約を結ぶ。

④他市被保険者（Aさん）

Aさんは「介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に被保険者証を添付して吉野川市に対し届出する。→介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

⑤施設所在市町村（吉野川市）

吉野川市は「介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の写し及び被保険者証の原本をa市に送付する。

⑥保険者市町村（a市）

a市は⑤により送付された届出書をもとに、被保険者証に必要事項を記載してAさんへ郵送する。

<必要事項> ・要介護状態区分：要支援者 ・認定年月日：要支援者の認定日

・居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称

・届出年月日：介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼届出日

⑦保険者市町村（a市）

a市は、該当の住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する都道府県（a県）国保連合会に送付する。

【様式1】介護予防・日常生活支援サービス利用申請書

介護予防・日常生活支援サービス利用申請書

様式第1号-1(第5条関係)

吉野川市長 様

吉野川市地域支援事業実施規則第5条の2の規定により、基本チェックリストを添付し、次のとおり申請します。

※ この申請書は、総合事業のサービスのみ利用される方の申請書です。介護給付のサービス（短期入所、福祉用具レンタル等）を利用される方は要介護・要支援認定の申請になります。

被保険者番号											申請区分	新規・更新
個人番号											申請日	令和 年 月 日
フリガナ											性別	男・女
氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳) 85歳以上の方に属する
住所											区	
備考 ※必ず記入して下さい	家族状況 : 独居・家族あり 日中の連絡先: 自宅・その他() 通知送付先 : 自宅・その他() 利用予定のサービス: 訪問型サービス・通所型サービス											
施設等への入所状況	施設等の名称・所在地	区										
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日										

介護保険要介護認定申請中で、本申請後に要介護認定等が決定したときには、この申請を取り下げるものとします。

提出代行者	名 称	該当するものに○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者)
	所 在 地	区

※ 次の欄は、要介護認定等を受けている方または総合事業を更新申請される方のみご記入ください。

前回の申請結果	要介護区分等	事業対象者	要支援1	要支援2	要介護
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

介護予防ケアマネジメントを実施するために本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリストを吉野川市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス提供者及びその他総合事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示すること、また、申請にあたり吉野川市が介護保険料の支払い等の調査を行うことに同意します。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄等 _____)

市記入欄	受付者	予防ケアマネジメント	認定申請中	入力者	入力日	事業対象者	証交付
		同日届出・提出済・無	有・無			該当・非該当	有・無
サービス確認	福祉用具レンタル、通所リハビリ、訪問看護、ショートステイ、住宅改修予定						

吉野川市 基本チェックリスト

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)
本人氏名			住所 吉野川市
			電話番号
希望するサービス内容	訪問型サービス ・ 通所型サービス		

No.	質問項目	(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	預貯金のお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ヶ月間で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いわれますか	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1) BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が 18.5 未満の場合に該当とする

(注2) 右記の表には
記入しないでください

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

【様式3】 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

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

										区分				
										新規・変更				
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号									
フリガナ														
					個 人 番 号									
					生 年 月 日						性 別			
					明・大・昭 年 月 日						男 ・ 女			
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 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														
介護予防支援事業所名					介護予防支援事業所の所在地									
吉野川市地域包括支援センター					電話番号									
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 ※居宅介護支援事業者が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場合のみ記入してください。														
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地				〒					
					電話番号（ ） —									
事業所を変更する場合の事由等					※事業所を変更する場合のみ記入してください。									
変更年月日 (令和 年 月 日付)														
吉野川市長 様 上記の指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成 又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏 名 電話番号（ ） —														
被保険者確認欄		☐ 被保険者資格 ☐ 届け出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号												
		3	6	0	1	7	0	0	0	2	8			

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が
決まり次第速やかに吉野川市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所
又は介護予防支援若しく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所を変更する
ときは、変更年月日を記入のうえ、必ず吉野川市へ届け出てください。
- 届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 計画書

利用者氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日	担当ケアマネ	
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	区分	要支援 1 ・ 2	事業対象者
計画期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		(訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型)	
サ ー ビ ス 支 援 計 画				
本人及び家族の希望・要望		訪問介護計画の総合的援助の方針		
訪 問 介 護 の 支 援 目 標				
長期:		短期:		
具 体 的 援 助 内 容				
区分	身体 ・ 生活	身体 ・ 生活	身体 ・ 生活	
時間 実施曜日	曜日 : ~ :	曜日 : ~ :	曜日 : ~ :	
サービス内容		サービス内容	サービス内容	
本人の参加状態		本人の参加状態	本人の参加状態	
留意事項		留意事項	留意事項	

上記の計画書について、説明を受け実施することに同意します。

事業所名:	令和 年 月 日
サービス提供責任者	利用者 : 氏名 印
(説明者)	代理人 : 氏名 印

【様式 5】訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 アセスメント及び評価表

訪問型サービス ・ 訪問型サービス生活緩和型 アセスメント及び評価表

利用者氏名		(男 ・ 女)		生年月日 年 月 日		担当ケアマネ			
計画期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日		区分		要支援 1 ・ 2		事業対象者	
						(訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型)			
目標の達成	長期					☐ 達成	☐ 未達成	☐ 後退	
	短期					☐ 達成	☐ 未達成	☐ 後退	
チェック項目			アセスメント(援助要否)					留意事項	
生活状況	掃除(掃除機)		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	掃き掃除・拭き掃除		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	買い物		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	調理		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	配膳・下膳・後片付け		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	食事の見守り		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	服薬確認・薬の受け取り		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	ゴミ出し・分別		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	洗濯・洗濯干し		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	衣類の整理		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
	布団干し		自立 ・ ヘルパーと共に行う ・ ヘルパー対応 ・ 家族対応						
清潔	入浴・シャワー浴		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	部分浴(手・足浴など)		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	洗髪		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	清拭(全身、部分)		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	ひげそり、爪切り		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	洗面・口腔ケア		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	排泄		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
食 事	食事介助		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	水分摂取		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	介護食調理		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
薬	軟膏・湿布貼付		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	服薬管理・介助		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
評 価		☐ 達成 ☐ 未達成							
今後の方針									

評価年月日: 年 月 日

事業所名:

担 当 者 :

【様式6】訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 報告書

訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型 報告書 (月分)

利用者氏名	(男 ・ 女)	生年月日 年 月 日	担当ケアマネ	
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	区分	要支援 1 ・ 2 事業対象者	
計画期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		(訪問型サービス・訪問型サービス生活緩和型)	

以下の通りモニタリングを実施しましたので、ご報告致します

訪 問 日										
訪問時間	開 始	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	終 了	:	:	:	:	:	:	:	:	:
介 護 内 容	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生	身・生
訪問ヘルパー名										
入浴介助・シャワー浴										
部分浴(手・足・髪)										
全身清拭・一部										
整容(ひげ・髪・爪)										
整容(入歯・うがい)										
更衣介助(全部・一部)										
排泄介助(トイレ・ポータブル)										
オムツ交換										
起床・就寝・臥床介助										
移動介助(歩行)										
移乗介助(ベッド・椅子)										
食事全介助・一部介助										
健康チェック										
服薬確認										
掃除(居間・寝室・台所)										
掃除(トイレ・風呂・その他)										
洗濯(干す・たたむ・収納)										
シーツ・布団カバー交換										
布団交換・入れ替え										
布団干し										
衣類の整理・補修										
調理(普通食・ミキサー刻み食)										
配膳・後片付け										
買い物・薬取り										
火元確認・安全確認										
戸締まり・戸開閉										
公共機関への代行										
ゴミ出し										
助言(生活・身上・介護)										
片付け(部屋・ゴミ)										
郵便確認・声かけ・見守り										
相談(生活・身上・介護)										
ケアマネへの報告 モニタリング										

作成年月日: 年 月 日

事業所名: _____

報告者: _____

【様式 7】通所型サービス・通所型サービス緩和型 計画書

通所型サービス・通所型サービス緩和型 計画書

利用者氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日	担当ケアマネ
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	区分	要支援 1 ・ 2 事業対象者
計画期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		(通所型サービス・通所型サービス緩和型)
本人の希望		家族の希望	
課題分析情報 (自宅での活動、参加・役割など)			
痛み(部位と程度)			
運動に際しての リスクと特記事項			
通 所 介 護 の 目 標			
長期目標			
短期目標			

【援助内容】

プ ロ グ ラ ム			
8:30		13:00	
9:00		13:30	
9:30		14:00	
10:00		14:30	
10:30		15:00	
11:00		15:30	
11:30		16:00	
12:00		16:30	
12:30		17:00	

【個別援助内容】

ニーズ	支援内容

提 供 時 間	曜 日	加 算 区 分	
時 分 ～ 時 分		栄養改善	口腔機能向上
		生活機能向上グループ活動	

	初 月		3ヶ月目	
集団運動		(分)		(分)
		(分)		(分)
		(分)		(分)
個別運動		(分)		(分)
		(分)		(分)
		(分)		(分)
レクリエーション		(分)		(分)
		(分)		(分)
入浴		(分)		(分)

上記の計画書について、説明を受け実施することに同意します。

令和 年 月 日

事業所名：_____

利用者 氏名 _____ 印

説明者：_____

代理人 氏名 _____ 印

【様式8】通所型サービス・通所型サービス緩和型 アセスメント

通所型サービス・通所型サービス緩和型 アセスメント及び評価表

利用者氏名		(男・女)		生年月日 年 月 日		担当ケアマネ	
計画期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日		区分	要支援 1 ・ 2 事業対象者 (通所型サービス・通所型サービス緩和型)		
目標の達成	長期					☐ 達成	☐ 維持 ☐ 後退
	短期					☐ 達成	☐ 維持 ☐ 後退
基本動作	座位	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	立位	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	移動	(補助具) ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車イス ☐ シルバーカー					
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
ADL	食事	食事形態 ☐ 普通食 ☐ 特別食 ()					
	入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 入浴形態 ☐ 一般浴 ☐ 個浴 ☐ 特浴					
	整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 爪切り ☐ 整髪 ☐ 髭剃り					
	排泄	☐ サインなし ☐ サインあり (要介助) (要介助)					
	コミュニケーション	視力 問題 ☐ なし ☐ あり() 聴力 問題 ☐ なし ☐ あり()					
活動	体操・レク 趣味活動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	口腔ケア	義歯 ☐ 無 ☐ 有(上・下) ☐ 一部					
身体状況		皮膚以上 ☐ 無 ☐ 有(部位/ (状態)					
		痛み ☐ 無 ☐ 有(部位/ (状態)					
精神面		☐ 無 ☐ 有					
特記事項							
評価	自主訓練	☐ 達成 ☐ 未達成					
	全体評価	☐ 達成 ☐ 未達成					
今後の方針		☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了					

評価年月日 年 月 日

事業所名:

担当者:

【様式 9】通所型サービス・通所型サービス緩和型 報告書

通所型サービス・通所型サービス緩和型 報告書 (月分)

利用者氏名	(男 ・ 女)	生年月日 年 月 日	担当ケアマネ	
認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	区分	要支援 1 ・ 2 事業対象者	
計画期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		(通所型サービス・通所型サービス緩和型)	

体力測定(3 か月ごとの実施) 実施日(/)

項目	結果	項目	結果
握力測定	(左) (右)		

週間計画

曜 日	提 供 時 間	加 算 区 分
	時 分 ～ 時 分	栄養改善 口腔機能向上
	時 分 ～ 時 分	生活機能向上グループ活動

援助内容

利 用 日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
集団運動	ストレッチ(個別・集団) (分)									
	介護予防体操() (分)									
個別運動	マシーントレーニング									
レクリエーション										
自主訓練										
入 浴										
血圧測定値										
体重測定値(1 か月に1 回測定)										
ケアマネへの報告 モニタリング (自主訓練の実施状況を含め)										

作成年月日: 令和 年 月 日

事業所名:

報告者:

【様式 10】指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の委託届出書

指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の委託届出書

令和 年 月 日

吉野川市長

所在地
届出者
代表者（職・氏名）

	介護保険事業所番号	3601700028										
指定介護予防支援事業所	名 称	吉野川市地域包括支援センター										
	所 在 地	吉野川市鴨島町鴨島252番地1										
委託しようとする指定介護予防支援の内容 <table border="0"> <tr> <td>1 アセスメント</td> <td>2 介護予防サービス計画原案の作成</td> </tr> <tr> <td>3 サービス担当者会議の開催</td> <td>4 介護予防サービス計画書原案の説明・同意</td> </tr> <tr> <td>5 介護予防サービス計画書の交付</td> <td>6 モニタリング</td> </tr> <tr> <td>7 評価</td> <td>8 給付管理</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整</td> </tr> </table>			1 アセスメント	2 介護予防サービス計画原案の作成	3 サービス担当者会議の開催	4 介護予防サービス計画書原案の説明・同意	5 介護予防サービス計画書の交付	6 モニタリング	7 評価	8 給付管理	9 日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整	
1 アセスメント	2 介護予防サービス計画原案の作成											
3 サービス担当者会議の開催	4 介護予防サービス計画書原案の説明・同意											
5 介護予防サービス計画書の交付	6 モニタリング											
7 評価	8 給付管理											
9 日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整												

指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援に関する業務の一部を委託したいので下記のとおり届出ます。

委託しようとする指定居宅介護支援事業所の状況

備考

1 委託内容が分かる書類を添付して下さい。

No.	指定居宅介護支援事業所名	所 在 地	委 託 期 間	(吉野川市外に所在する) 事業所に委託する理由
	事業所番号			
1			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
2				
3				
4				
5				

2 「委託しようとする指定介護予防支援の内容」欄又は「委託しようとする指定居宅介護支援事業所の状況」欄が不足する場合は、適宜用紙を追加してください。

連絡先：tel
担当者：

【様式 1 1】 指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の委託変更届出書

指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の委託変更届出書

令和 年 月 日

吉野川市長

所在地 吉野川市

届出者 名 称

代表者（職・氏名）

次のとおり指定介護予防支援及び第 1 号介護予防支援の委託内容を変更したいので届け出ます。

		介護保険事業所番号	3 6 0 1 7 0 0 0 2 8
指 定 介 護 予 防 支 援 事 業 所	名 称	吉野川市地域包括支援センター	
	所在地	吉野川市鴨島町鴨島 2 5 2 番地 1	

委託しようとする指定居宅介護支援事業所の状況

委託内容を変更したい指定 居宅介護支援事業所		名 称	
		所 在 地	
		事業所番号	
変 更 す る 事 項			変 更 の 内 容
1	委託の休止又は廃止		(変更前)
2	事業所の名称		
3	事業所の所在地		
4	委託しようとする指定介護予防支援の内容		
5	委託期間		(変更後)
変 更 年 月 日			

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

連絡先：TEL

担当者：

介護予防・日常生活支援総合事業費

単位数サービスコード表

(令和6年6月版)

- 1 訪問型サービス（独自）サービスコード表 A 2
現行相当サービス
- 2 訪問型サービス（独自／定率）サービスコード表 A 3
訪問型サービス生活緩和型
- 3 通所型サービス（独自）サービスコード表 A 6／1
現行相当サービス
- 4 通所型サービス（独自）サービスコード表 A 6／2
通所型サービス緩和型
- 5 介護予防ケアマネジメントサービスコード表 A F

A2

1 訪問型サービス(独自)サービスコード表【R6.6.1～】

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A2	1111	訪問型独自サービス11	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	1,176単位	1,176
A2	2111	訪問型独自サービス11日割	事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	39単位	39
A2	1211	訪問型独自サービス12	事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	2,349単位	2,349
A2	2211	訪問型独自サービス12日割	事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	77単位	77
A2	1321	訪問型独自サービス13	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	3,727単位	3,727
A2	2321	訪問型独自サービス13日割	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	123単位	123
A2	2411	訪問型独自サービス21	事業対象者・要支援1・2 (1)標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合	287単位	287
A2	2511	訪問型独自サービス22	事業対象者・要支援1・2 (2)生活援助が中心である場合	(一)所要時間20分以上45分未満の場合 179単位	179
A2	2621	訪問型独自サービス23	(二)所要時間45分以上の場合	220単位	220
A2	1411	訪問型独自短時間サービス	事業対象者・要支援1・2(20分未満) (3)短時間の身体介護が中心である場合	163単位	163
A2	C211	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算11	高齢者虐待防止措置未実施減算 イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	12単位減算	-12
A2	C220	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算11日割	事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	1単位減算	-1
A2	C212	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算12	事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	23単位減算	-23
A2	C213	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算12日割	事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	1単位減算	-1
A2	C214	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算13	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	37単位減算	-37
A2	C215	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算13日割	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	1単位減算	-1
A2	C216	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算21	ロ 1月当たりの回数を定める場合 事業対象者・要支援1・2 (1)標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合	3単位減算	-3
A2	C217	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算22	事業対象者・要支援1・2 (2)生活援助が中心である場合	(一)所要時間20分以上45分未満の場合 2単位減算	-2
A2	C218	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算23	(二)所要時間45分以上の場合	2単位減算	-2
A2	C219	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算短時間	事業対象者・要支援1・2(20分未満) (3)短時間の身体介護が中心である場合	2単位減算	-2
A2	6001	訪問型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一建物の利用者等にサービスを行う場合 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 10% 減算	
A2	6003	訪問型独自サービス同一建物減算2	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	所定単位数の 15% 減算	
A2	6002	訪問型独自サービス同一建物減算3	同一の建物等に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合	所定単位数の 12% 減算	
A2	8000	訪問型独自サービス特別地域加算	特別地域加算	所定単位数の 15% 加算	
A2	8001	訪問型独自サービス特別地域加算日割		所定単位数の 15% 加算	
A2	8002	訪問型独自サービス特別地域加算回数		所定単位数の 15% 加算	
A2	8100	訪問型独自サービス小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10% 加算	
A2	8101	訪問型独自サービス小規模事業所加算日割		所定単位数の 10% 加算	
A2	8102	訪問型独自サービス小規模事業所加算回数		所定単位数の 10% 加算	
A2	8110	訪問型独自サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5% 加算	
A2	8111	訪問型独自サービス中山間地域等加算日割		所定単位数の 5% 加算	
A2	8112	訪問型独自サービス中山間地域等加算回数		所定単位数の 5% 加算	
A2	4001	訪問型独自サービス初回加算	ハ 初回加算	200単位加算	200
A2	4003	訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	二 生活機能向上連携加算 (1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位加算	100
A2	4002	訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ	(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位加算	200
A2	6102	訪問型独自口腔連携強化加算	ホ 口腔連携強化加算	50単位加算	50
A2	6269	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	ヘ 介護職員等処遇改善加算 (1)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 245/1000 加算	
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ	(2)介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 224/1000 加算	
A2	6271	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ	(3)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 182/1000 加算	
A2	6380	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ	(4)介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の 145/1000 加算	
A2	6381	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ1	(5)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ) (一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)	所定単位数の 221/1000 加算	
A2	6382	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ2	(二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)	所定単位数の 208/1000 加算	
A2	6383	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ3	(三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)	所定単位数の 200/1000 加算	
A2	6384	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ4	(四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)	所定単位数の 187/1000 加算	
A2	6385	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ5	(五)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)	所定単位数の 184/1000 加算	
A2	6386	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ6	(六)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)	所定単位数の 163/1000 加算	
A2	6387	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ7	(七)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)	所定単位数の 163/1000 加算	
A2	6388	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ8	(八)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)	所定単位数の 158/1000 加算	
A2	6389	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ9	(九)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)	所定単位数の 142/1000 加算	
A2	6390	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ10	(十)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)	所定単位数の 139/1000 加算	
A2	6391	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ11	(十一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)	所定単位数の 121/1000 加算	
A2	6392	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ12	(十二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)	所定単位数の 118/1000 加算	
A2	6393	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ13	(十三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)	所定単位数の 100/1000 加算	
A2	6394	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ14	(十四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)	所定単位数の 76/1000 加算	

2 訪問型サービス(独自/定率)サービスコード表 訪問型サービス緩和型(9割対象者)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A3	1020	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ(1割負担)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度: * 1月の中で全部で5回まで)	225	1回につき
A3	1021	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ・同一(1割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1022	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ(1割負担)	事業対象者・要支援1・2(週2回程度: * 1月の中で全部で10回まで)	225	
A3	1023	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ・同一(1割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1024	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ(1割負担)	事業対象者・要支援1・2(週3回程度: * 1月の中で全部で14回まで)	225	
A3	1025	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ・同一(1割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1026	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ(1割負担)	事業対象者・要支援1・2(20分以上45分未満) * 1月に14回まで	185	
A3	1027	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ・同一(1割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	167	
A3	1029	訪問型サービス生活緩和型初回加算(1割負担)	初回加算 200 単位加算	200	1月につき

3 訪問型サービス(独自/定率)サービスコード表 訪問型サービス緩和型(8割対象者)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A3	1030	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ(2割負担)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度: * 1月の中で全部で5回まで)	225	1回につき
A3	1031	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ・同一(2割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1032	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ(2割負担)	事業対象者・要支援1・2(週2回程度: * 1月の中で全部で10回まで)	225	
A3	1033	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ・同一(2割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1034	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ(2割負担)	事業対象者・要支援1・2(週3回程度: * 1月の中で全部で14回まで)	225	
A3	1035	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ・同一(2割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1036	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ(2割負担)	事業対象者・要支援1・2(20分以上45分未満) * 1月に14回まで	185	
A3	1037	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ・同一(2割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	167	
A3	1039	訪問型サービス生活緩和型初回加算(2割負担)	初回加算 200 単位加算	200	1月につき

3 訪問型サービス(独自/定率)サービスコード表 訪問型サービス緩和型(7割対象者)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A3	1040	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ(3割負担)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度: * 1月の中で全部で5回まで)	225	1回につき
A3	1041	訪問型サービス生活緩和型Ⅰ・同一(3割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1042	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ(3割負担)	事業対象者・要支援1・2(週2回程度: * 1月の中で全部で10回まで)	225	
A3	1043	訪問型サービス生活緩和型Ⅱ・同一(3割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1044	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ(3割負担)	事業対象者・要支援1・2(週3回程度: * 1月の中で全部で14回まで)	225	
A3	1045	訪問型サービス生活緩和型Ⅲ・同一(3割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	203	
A3	1046	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ(3割負担)	事業対象者・要支援1・2(20分以上45分未満) * 1月に14回まで	185	
A3	1047	訪問型サービス生活緩和型Ⅳ・同一(3割負担)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	167	
A3	1049	訪問型サービス生活緩和型初回加算(3割負担)	初回加算 200 単位加算	200	1月につき

3 通所型サービス(独自)サービスコード表【R6.6.1～】

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定		
種類	項目					単位数	単位			
A6	1111	通所型独自サービス11	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		1,798単位	1,798	1月につき		
A6	1112	通所型独自サービス11日割				59単位	59	1日につき		
A6	1121	通所型独自サービス12		事業対象者・要支援2		3,621単位	3,621	1月につき		
A6	1122	通所型独自サービス12日割				119単位	119	1日につき		
A6	1113	通所型独自サービス21	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで			436単位	436	1回につき	
A6	1123	通所型独自サービス22		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで			447単位	447		
A6	C211	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算11	高齢者虐待防止措置未実施減算	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		18単位減算	-18	1月につき	
A6	C212	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算11日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	C213	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算12			事業対象者・要支援2		36単位減算	-36	1月につき	
A6	C214	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算12日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	C215	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算21	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1		4単位減算	-4	1回につき		
A6	C216	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算22		事業対象者・要支援2		4単位減算	-4			
A6	D211	通所型独自業務継続計画未策定減算11	業務継続計画未策定減算	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		18単位減算	-18	1月につき	
A6	D212	通所型独自業務継続計画未策定減算11日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	D213	通所型独自業務継続計画未策定減算12			事業対象者・要支援2		36単位減算	-36	1月につき	
A6	D214	通所型独自業務継続計画未策定減算12日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	D215	通所型独自業務継続計画未策定減算21	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1		4単位減算	-4	1回につき		
A6	D216	通所型独自業務継続計画未策定減算22		事業対象者・要支援2		4単位減算	-4			
A6	8110	通所型独自サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算			所定単位数の 5% 加算		1月につき		
A6	8111	通所型独自サービス中山間地域等加算日割				所定単位数の 5% 加算		1日につき		
A6	8112	通所型独自サービス中山間地域等加算回数				所定単位数の 5% 加算		1回につき		
A6	6105	通所型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(独自)を行う場合	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		376単位減算	-376	1月につき	
A6	6106	通所型独自サービス同一建物減算2			事業対象者・要支援2		752単位減算	-752		
A6	6207	通所型独自サービス同一建物減算3		ロ 1月当たりの回数を定める場合			94単位減算	-94	1回につき	
A6	5612	通所型独自送迎減算	事務所が送迎を行わない場合				47単位減算	-47	片道につき	
A6	5010	通所型独自生活上グループ活動加算	ハ 生活機能向上グループ活動加算				100単位加算	100	1月につき	
A6	6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	ニ 若年性認知症患者受入加算				240単位加算	240		
A6	6116	通所型独自サービス栄養アセスメント加算	ホ 栄養アセスメント加算				50単位加算	50		
A6	5003	通所型独自サービス栄養改善加算	ヘ 栄養改善加算				200単位加算	200		
A6	5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ	ト 口腔機能向上加算	(1)口腔機能向上加算(Ⅰ)			150単位加算	150		
A6	5011	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ		(2)口腔機能向上加算(Ⅱ)			160単位加算	160		
A6	6310	通所型独自一体的サービス提供加算	チ 一体的サービス提供加算				480単位加算	480		
A6	6011	通所型独自サービス提供体制加算ⅠⅠ	リ サービス提供体制強化加算	(1)サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		事業対象者・要支援1	88単位加算	88		
A6	6012	通所型独自サービス提供体制加算ⅠⅡ				事業対象者・要支援2	176単位加算	176		
A6	6107	通所型独自サービス提供体制加算ⅡⅠ		(2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		事業対象者・要支援1	72単位加算	72		
A6	6108	通所型独自サービス提供体制加算ⅡⅡ				事業対象者・要支援2	144単位加算	144		
A6	6103	通所型独自サービス提供体制加算ⅢⅠ		(3)サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		事業対象者・要支援1	24単位加算	24		
A6	6104	通所型独自サービス提供体制加算ⅢⅡ				事業対象者・要支援2	48単位加算	48		
A6	4001	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ	ヌ 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に1回を限度)			100単位加算	100		
A6	4002	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ		(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)			200単位加算	200		
A6	6200	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ	ル 口腔・栄養スクリーニング加算	(1)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)			20単位加算	20	1回につき	
A6	6201	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ		(2)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)			5単位加算	5		
A6	6311	通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	ヲ 科学的介護推進体制加算				40単位加算	40	1月につき	
A6	6100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	ワ 介護職員等処遇改善加算	(1)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			所定単位数の 92/1000 加算			
A6	6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)			所定単位数の 90/1000 加算			
A6	6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			所定単位数の 80/1000 加算			
A6	6380	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			所定単位数の 64/1000 加算			
A6	6381	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅠ		(5)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	(一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)			所定単位数の 81/1000 加算		
A6	6382	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅡ			(二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)			所定単位数の 76/1000 加算		
A6	6383	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅢ			(三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)			所定単位数の 79/1000 加算		
A6	6384	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅣ			(四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)			所定単位数の 74/1000 加算		
A6	6385	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅤ			(五)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)			所定単位数の 65/1000 加算		
A6	6386	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅥ			(六)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)			所定単位数の 63/1000 加算		
A6	6387	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅦ			(七)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)			所定単位数の 56/1000 加算		
A6	6388	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅧ			(八)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)			所定単位数の 69/1000 加算		
A6	6389	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅨ			(九)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)			所定単位数の 54/1000 加算		
A6	6390	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅩ			(十)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)			所定単位数の 45/1000 加算		
A6	6391	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅪ			(十一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)			所定単位数の 53/1000 加算		
A6	6392	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅫ			(十二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)			所定単位数の 43/1000 加算		
A6	6393	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅬ			(十三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)			所定単位数の 44/1000 加算		
A6	6394	通所型独自サービス処遇改善加算ⅤⅭ			(十四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)			所定単位数の 33/1000 加算		

定員超過の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定
種類	項目						単位数	単位
A6	8001	通所型独自サービス11・定超	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	定員超過の場合 × 70%	1,259	1月につき
A6	8002	通所型独自サービス11日割・定超			59単位		41	1日につき
A6	8011	通所型独自サービス12・定超		事業対象者・要支援2	3,621単位		2,535	1月につき
A6	8012	通所型独自サービス12日割・定超			119単位		83	1日につき
A6	8003	通所型独自サービス21・定超	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	436単位		305	1回につき
A6	8013	通所型独自サービス22・定超		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	447単位		313	

看護・介護職員が欠員の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定
種類	項目						単位数	単位
A6	9001	通所型独自サービス11・人欠	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	看護・介護職員が欠員の場合 × 70%	1,259	1月につき
A6	9002	通所型独自サービス11日割・人欠			59単位		41	1日につき
A6	9011	通所型独自サービス12・人欠		事業対象者・要支援2	3,621単位		2,535	1月につき
A6	9012	通所型独自サービス12日割・人欠			119単位		83	1日につき
A6	9003	通所型独自サービス21・人欠	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	436単位		305	1回につき
A6	9013	通所型独自サービス22・人欠		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	447単位		313	

4 通所型サービス(独自)サービスコード表(通所型サービス緩和型)【R6.6.1～】

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定		
種類	項目						単位数	単位		
A6	1211	通所型独自サービス／211	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1				1,618単位	1,618	1月につき	
A6	1212	通所型独自サービス／211日割					53単位	53	1日につき	
A6	1221	通所型独自サービス／212		事業対象者・要支援2				3,259単位	3,259	1月につき
A6	1222	通所型独自サービス／212日割						107単位	107	1日につき
A6	1213	通所型独自サービス／221	ロ 1月当たりの回数を定める場合 事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで				392単位	392	1回につき	
A6	1223	通所型独自サービス／222		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで				402単位	402	1回につき
A6	C221	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／211	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1				16単位減算	-16	1月につき	
A6	C222	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／211日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	C223	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／212		事業対象者・要支援2				32単位減算	-32	1月につき
A6	C224	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／212日割						1単位減算	-1	1日につき
A6	C225	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／221	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1			4単位減算	-4	1回につき	
A6	C226	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算／222		事業対象者・要支援2				4単位減算	-4	1回につき
A6	D221	通所型独自業務継続計画未策定減算／211	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1				16単位減算	-16	1月につき	
A6	D222	通所型独自業務継続計画未策定減算／211日割					1単位減算	-1	1日につき	
A6	D223	通所型独自業務継続計画未策定減算／212		事業対象者・要支援2				32単位減算	-32	1月につき
A6	D224	通所型独自業務継続計画未策定減算／212日割						1単位減算	-1	1日につき
A6	D225	通所型独自業務継続計画未策定減算／221	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1			4単位減算	-4	1回につき	
A6	D226	通所型独自業務継続計画未策定減算／222		事業対象者・要支援2				4単位減算	-4	1回につき
A6	8110	通所型独自サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算				所定単位数の 5%	加算	1月につき	
A6	8111	通所型独自サービス中山間地域等加算日割					所定単位数の 5%	加算	1日につき	
A6	8112	通所型独自サービス中山間地域等加算回数					所定単位数の 5%	加算	1回につき	
A6	6125	通所型独自サービス同一建物減算／21	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 事業対象者・要支援1				338単位減算	-338	1月につき	
A6	6126	通所型独自サービス同一建物減算／22		事業対象者・要支援2				677単位減算	-677	1月につき
A6	6227	通所型独自サービス同一建物減算／23	ロ 1月当たりの回数を定める場合					85単位減算	-85	1回につき
A6	5622	通所型独自送迎減算／2	事業所が送迎を行わない場合				42単位減算	-42	1回につき	
A6	5020	通所型独自生活上グループ活動加算／2	ハ 生活機能向上グループ活動加算				100単位加算	100	1月につき	
A6	6129	通所型独自サービス若年性認知症受入加算／2	ニ 若年性認知症利用者受入加算				240単位加算	240	1月につき	
A6	6120	通所型独自サービス栄養アセスメント加算／2	ホ 栄養アセスメント加算				50単位加算	50	1月につき	
A6	5013	通所型独自サービス栄養改善加算／2	ヘ 栄養改善加算				200単位加算	200	1月につき	
A6	5014	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ／2	ト 口腔機能向上加算	(1)口腔機能向上加算(Ⅰ)			150単位加算	150	1回につき	
A6	5021	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ／2		(2)口腔機能向上加算(Ⅱ)			160単位加算	160	1回につき	
A6	6320	通所型独自一体的サービス提供加算／2	チ 一体的サービス提供加算				480単位加算	480	1月につき	
A6	6021	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ／21	(1)サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (3)サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1			88単位加算	88	1月につき	
A6	6022	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ／22		事業対象者・要支援2			176単位加算	176	1月につき	
A6	6127	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ／21		事業対象者・要支援1			72単位加算	72	1月につき	
A6	6128	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ／22		事業対象者・要支援2			144単位加算	144	1月につき	
A6	6123	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ／21					24単位加算	24	1月につき	
A6	6124	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ／22					48単位加算	48	1月につき	
A6	4011	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ／2	ヌ 生活機能向上連携加算	(1)生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月に1回を限度)			100単位加算	100	1回につき	
A6	4012	通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ／2		(2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)			200単位加算	200	1回につき	
A6	6210	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ／2	ル 口腔・栄養スクリーニング加算	(1)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)			20単位加算	20	1回につき	
A6	6211	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ／2		(2)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)			5単位加算	5	1回につき	
A6	6311	通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	ヲ 科学的介護推進体制加算				40単位加算	40	1月につき	
A6	6100	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	ワ 介護職員等処遇改善加算	(1)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)			所定単位数の 92/1000 加算			
A6	6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)			所定単位数の 90/1000 加算			
A6	6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			所定単位数の 80/1000 加算			
A6	6380	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			所定単位数の 64/1000 加算			
A6	6381	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ1		(5)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)	(一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)		所定単位数の 81/1000 加算			
A6	6382	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ2			(二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)		所定単位数の 76/1000 加算			
A6	6383	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ3			(三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)		所定単位数の 79/1000 加算			
A6	6384	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ4			(四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)		所定単位数の 74/1000 加算			
A6	6385	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ5			(五)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)		所定単位数の 65/1000 加算			
A6	6386	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ6			(六)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)		所定単位数の 63/1000 加算			
A6	6387	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ7			(七)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)		所定単位数の 56/1000 加算			
A6	6388	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ8			(八)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)		所定単位数の 69/1000 加算			
A6	6389	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ9			(九)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)		所定単位数の 54/1000 加算			
A6	6390	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ10			(十)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)		所定単位数の 45/1000 加算			
A6	6391	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ11		(十一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)		所定単位数の 53/1000 加算				
A6	6392	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ12		(十二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)		所定単位数の 43/1000 加算				
A6	6393	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ13		(十三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)		所定単位数の 44/1000 加算				
A6	6394	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅴ14		(十四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)		所定単位数の 33/1000 加算				

定員超過の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定	
種類	項目						単位数	単位	
A6	8004	通所型独自サービス／211・定超	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		1,618単位	定員超過の場合 × 70%	1,133	1月につき
A6	8005	通所型独自サービス／211日割・定超				53単位			37
A6	8014	通所型独自サービス／212・定超		事業対象者・要支援2		3,259単位		2,281	1月につき
A6	8015	通所型独自サービス／212日割・定超				107単位			75
A6	8006	通所型独自サービス／221・定超	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	※1月の中で全部で4回まで	392単位		274	1回につき
A6	8016	通所型独自サービス／222・定超		事業対象者・要支援2	※1月の中で全部で5回から8回まで	402単位		281	

看護・介護職員が欠員の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成	算定	
種類	項目						単位数	単位	
A6	9004	通所型独自サービス／211・人欠	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		1,618単位	看護・介護職員が欠員の場合 × 70%	1,133	1月につき
A6	9005	通所型独自サービス／211日割・人欠				53単位			37
A6	9014	通所型独自サービス／212・人欠	事業対象者・要支援2		3,259単位	2,281		1月につき	
A6	9015	通所型独自サービス／212日割・人欠			107単位			75	1日につき
A6	9006	通所型独自サービス／221・人欠	ロ 1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1	※1月の中で全部で4回まで	392単位		274	1回につき
A6	9016	通所型独自サービス／222・人欠		事業対象者・要支援2	※1月の中で全部で5回から8回まで	402単位		281	

AF

介護予防ケアマネジメントサービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目		合成	算定
種類	項目				単位数	単位
AF	2111	介護予防ケアマネジメント	イ 介護予防ケアマネジメント費	事業対象者 要支援1・2	442単位	1月につき
AF	5001			高齢者虐待防止措置未実施減算 4単位減算	438単位	
AF	5002			業務継続計画未策定減算 4単位減算	434単位	
AF	5003			業務継続計画未策定減算 4単位減算	438単位	
AF	4001	介護予防ケア初回加算	ロ 初回加算		300 単位加算	
AF	6132	介護予防ケア委託連携加算	ハ 委託連携加算		300 単位加算	300

参考文献

徳島市介護予防ケアマネジメントの手引き Ver. 2. 1	徳島市
松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアル	千葉県松戸市
総合事業窓口対応マニュアル 介護予防ケアマネジメントマニュアル	長崎県対馬市