

# 参考資料編

## 目次

---

1	相談窓口での様式	
帳票1	介護相談連絡表	47
帳票2	要介護（要支援）認定確認シート	48
帳票3	基本チェックリスト	50
2	介護予防ケアマネジメントの様式	
	○ケアプラン関連	
(1)	利用者基本情報	51
(2)	介護予防サービス・支援計画書	53
(3)	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	54
(4)	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	55
(5)	介護予防サービス利用票	56
(6)	介護予防サービス利用票別表	57
(7-1)	岡山市版介護予防のアセスメントシート	58
(7-2)	社会性アセスメントシート	59
(8)	帳票4 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	60
(9)	帳票5 岡山市総合事業に係る介護予防ケアマネジメント 依頼（変更）届出書	61
	○請求関係	
(10)	請求書	62
3	通知：暫定居宅サービス計画・介護予防サービス計画でサービス利用 していた場合の給付管理事務取扱いの変更について	65
4	暫定ケアプランによる介護・予防サービス計画作成依頼届出書の提出 とケアプラン代の請求パターン	77



## 【帳票2】 要介護(要支援)認定確認シート

### 要介護（要支援）認定確認シート

要介護認定を受けた方が良いのか、受けなくても良いのかなどの介護相談の参考にさせていただくため、以下の質問にご協力ください。

問1 現在、要介護認定を受けていますか

- 受けていない（お体の状態を適切に把握するため認定をお勧めします）  
 受けている→今回の申請はケアマネに相談しましたか？（ はい・ いいえ）

問2 以下の質問にご協力ください

質問事項	基本チェックリストが お勧めの方	認定申請が お勧めの方
ア ヘルプサービスや デイサービスについて	<input type="checkbox"/> 体を鍛えたい・外に出たい <input type="checkbox"/> 家事ができるようになりたい	<input type="checkbox"/> リハビリがしたい <input type="checkbox"/> 家事ができない
イ 病院等の受診状況について	<input type="checkbox"/> 定期的な病院受診はない	<input type="checkbox"/> 入院、外来通院中
ウ 生活状況について（お1人で） 1) 歩行できますか 2) 着替えができますか 3) お風呂に入れますか 4) トイレに行けますか 5) 食事ができますか 6) 支障がある物忘れがありますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ある
エ 使いたいサービスは	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 一般介護予防教室	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所

対応者	所属		氏名	
記入年月日		年 月 日	対象者氏名	

## 要介護(要支援)認定確認シート 別紙

(介護認定を勧める方・基本チェックリストを勧める方の考え方)

### 岡山市・地域包括支援センターの考え方

#### 介護認定を勧める方

(心身状況の確認)

##### ○要介護認定が見込まれる

- ・介護の手間時間が多い項目が一人でできない  
(歩行、お風呂、トイレ、食事、物忘れ)
- ・本人が成年被後見人(認知症があり、判断能力の低下が見られる)
- ・本人が自力で基本チェックリストを記入できない  
(理解できない、移動に制限があり窓口に来られない など)

##### ○日常生活動作に医療上の注意事項がある

- ・運動や動作に医師の注意事項がある
- ・入院中である

(サービスの希望)

- ア 継続的な生活支援がないと自宅生活が続かない
- イ 予防給付・介護給付サービスを希望している
- ウ どんなサービスを利用していいかわからない(新規の人)
- エ 区分支給限度額が要支援1(5,032単位)範囲を超える方(更新の人)

#### 基本チェックリストを勧める方

(心身状況の確認)

##### ○お元気である(日常生活に人の手助けをほぼ必要としない)

##### ○医療上の注意事項がない

##### ○物忘れや行動・心理症状(BPSD・暴力・暴言・徘徊・幻覚など)がない

(サービスの希望)

- ア 要支援状態からの自立の促進や重症化予防をしてほしい
- イ 訪問型・通所型のサービスのみを希望している
- ウ 事前にケアマネジャーと相談し、基本チェックリストが適当であると助言を受けている方

#### 【参考】

- ・基本チェックリストで事業対象者となった後、必要なときはいつでも要介護認定の申請が可能です。
- ・要介護(要支援)認定後は、有効期間満了後に再度、認定か基本チェックリストの申請が可能です。

平成29年2月作成(岡山市)

## 【帳票3】基本チェックリスト

様式第1号（第6条関係）

<b>岡山市基本チェックリスト</b>				申請区分	1. 新規	2. 更新（要介護・要支援認定/事業対象者）
被保険者番号	0	0	0			住所地特例者 保険者名（ ）
フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( )歳
氏名						
住所 (居所)	〒 ※居所が住民登録地と異なる場合に記入してください(住民登録地: )					

聞き取り： 本人（ 年 月 日）・本人以外（誰に 年 月 日）

No.	質問事項（右の回答欄のいずれかに○をつけてください）	【回答欄】		
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	虚弱 点 10/20
2	日用品の買物をしていますか	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	運動 点 3/5
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	低栄養 点 2/2
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	
12	肥満度は18.5未満ですか 体重（ ）kg/身長（ ）cm=BMI（ ）			
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	口腔 点 2/3
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	閉込 16該
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されますか	1. はい	0. いいえ	認知 点 1/3
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	今日は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	うつ 点 2/5
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	

【確認欄】	【記入確認者 所属/氏名】	【確認相手】
地域包括支援センター		本人・家族
委託先居宅介護支援事業所		本人・家族
福祉事務所・支所		本人・家族

## 2 介護予防ケアマネジメントの様式

### ○ケアプラン関連

#### (1)利用者基本情報

#### 利用者基本情報

作成担当者：

#### 《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )		

フリガナ 本人氏名		性別	M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳		
住所			Tel ( )	Fax ( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日				
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護				
来所者 (相談者)			家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先		続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄			住所・連絡先
			家族関係等の状況		

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者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記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

(2) 介護予防サービス・支援計画書

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)

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

NO. \_\_\_\_\_ 利用者名 \_\_\_\_\_ 様 誕生年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 既定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 発注の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(運送先) \_\_\_\_\_  
 計画作成(発注)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) 担当地域包括支援センター: \_\_\_\_\_  
 目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日		1年								
アセスメント結果と現在の状況 (運動・参画について)	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画 介護保険サービス 又は地域支援事業 (総合事業のサービ ス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
(運動・参画について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
(日常生活(家庭生活)について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
(健康管理について)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

介護状態について  
主治医同意書、検診結果、観察結果等を踏まえた評価点

【本を行うべき支援が実施できない場合】  
 総合的な方針: 生活や活動継続の改善・予防のポイント

意見  
 計画に関する回覧  
 上記計画について、同意いたします。  
 年 月 日 氏名

把握包括  
 支援セ  
 ター  
 ※委託の場合

基本チェックリストの(実施した項目)／(実施項目)を記入して下さい 実施項目の欄には必要な項目のみに○印をつけて下さい	運動 不足	栄養 改善	口腔内 ケア	閉じこめ 予防	物忘れ 予防	うつ 予防	5	2	3	2	3	5
--	----------	----------	-----------	------------	-----------	----------	---	---	---	---	---	---



(4) 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)  
サービス評価表

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) サービス評価表

評価日

利用者名		殿		計画作成者氏名	
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)
					今後の方針
総合的な方針					
地域包括支援センター意見			<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了		



(6) 介護予防サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

介護予防サービス利用票別表

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	福祉用具貸与の場合のみ TACSコード・ 器具名称 (種類名)	割引後 率% 単位数	回数	サービス 単位/金額	給付管理 単位数	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象 分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定期利用者負担 単位数	利用者負担 保険/事業対象 分	利用者負担 (全額負担 分)	様	
																					サービス コード
合計																					

公費分等補足説明

その他

# (7-1) 岡山市版介護予防のアセスメントシート

【令和5年6月改訂版】

岡山市版介護予防のアセスメントシート

このシートは、サービス利用者や支援者が一緒に確認を行い、現状の把握と改善の可能性について共有することを目的としています。  
初回とモニタリングの際に現状を確認し評価結果の概要を記載してください。

初回アセスメントシート記載時に、計画したサービスを利用した場合は一年後を予測し記載してください・・・改善〇 維持△ 悪化×

ご利用者名:

種

担当事業所名:

担当ケアマネ:

初回時 令和 年 月 日  
6ヶ月後 令和 年 月 日  
1年後 令和 年 月 日  
終了時 令和 年 月 日

分類	項目	評価	詳細内容	詳細内容	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況
買い物	自分で買い物をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 商品を適切に選ぶ	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 買った物を持ち帰る	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
調理	自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 献立を考える	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 食材の下準備・処理	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
入浴・更衣	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
洗濯・清掃	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
環境	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
健康・生活	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
社会参加	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
その他	自分で洗濯をしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない								
	1 洗濯機を操作する	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								
	2 洗濯物の脱水、乾燥、取り込み	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助								

※していない記事については、置かしているかを特記事項に明記の上、能力継承での記入をお願いします。

分類	項目	評価	詳細内容	詳細内容	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況	実施状況
健康	1 定期的に診察を受けている	3 はい 0 いいえ								
	2 継続	3 長期 2 中長期 1 やや不規則 0 不規則								
	ア 日中寝たことになってしまっているか	<input type="checkbox"/> はい (____時間程度) <input type="checkbox"/> いいえ								
認知	イ 手帳を忘れているか	<input type="checkbox"/> はい (____種類程度) <input type="checkbox"/> いいえ								
	ウ 時計、棒を動かしていきすか	<input type="checkbox"/> はい (____分程度) <input type="checkbox"/> いいえ								
	エ 内容、・・・ 内容、・・・	<input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> その他 (____)								
歩行	エ 歩道の設備はありますか	<input type="checkbox"/> はい (____歩/日) <input type="checkbox"/> いいえ								
	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	1 肌力減	<input type="checkbox"/> 減あり (____歩/日) <input type="checkbox"/> 減なし								
食事	2 食量減	<input type="checkbox"/> 減あり <input type="checkbox"/> 減なし								
	3 飲み水	<input type="checkbox"/> 減あり <input type="checkbox"/> 減なし								
	4 歯の健康	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> その他								
口腔	5 歯の健康	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明								
	6 歯の健康	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明								
	7 歯の健康	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明								
排泄	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	1 一日の排便回数	3 三回以上 2 二回 1 一回 0 一回もない								
	2 排便の楽さ	3 はい <input type="checkbox"/> いいえ								
生活	ア 排便の状態	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 不明								
	イ 定期的な排便回数	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
睡眠	1 1日の睡眠回数	3 三回以上 2 二回 1 一回 0 一回もない								
	2 睡眠	3 あり 2 ときどきない 1 ほとんどない 0 全くない								
	3 起床時間	3 早い <input type="checkbox"/> 遅い								
社会参加	ア 1日の水分摂取量	____リットル/日								
	イ 飲食物の摂取	<input type="checkbox"/> あり (1日あたり) <input type="checkbox"/> なし								
	エ 健康の維持	<input type="checkbox"/> あり (____歩/日) <input type="checkbox"/> なし								
その他	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	【不安等・周辺環境・その他に関する特記事項】	(生活環境で困っている所などを具体的に記載 例：こまごま掃除機)								
	1 趣味や楽しみ、得意なことがある	3 ほぼ毎日 2 週に数回 1 月に数回 0 ない								
社会参加	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	趣味・楽しみ、得意な事、得意な事	これらからみて、具体的な内容を記載してください。(趣味・楽しみ等について、以前はあったが今は無いという方は、できなくなった理由を記載)								
	2 友人や近隣の人と交流している	3 ほぼ毎日 2 週に数回 1 月に数回 0 ない								
社会参加	3 趣味の移動手段	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 (____)								
	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	【特記事項】	(以前は趣味活動等に参加していたがなくなった場合はその理由などを記載)								
その他	1 予定を忘れて居ることがある	3 ない 2 月に数回 1 週に数回 0 頻りに								
	2 予定を忘れて居ることがある	3 ない 2 月に数回 1 週に数回 0 頻りに								
	3 予定を忘れて居ることがある	3 ない 2 月に数回 1 週に数回 0 頻りに								
その他	4 金銭管理について	3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 できない								
	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								
	【特記事項】	※工夫の内容や必要な支援等								

(7-2) 社会性アセスメントシート

【令和4年10月】

社会性アセスメントシート		現在の状況 (どのようなことを、どこで、どのぐらいの頻度で等)	
生きがい 自慢できること・得意なことでも可	<input type="checkbox"/> あり	(具体的な状況・「以前はあった」場合、阻害要因は)	
	<input type="checkbox"/> 思いつかない		
	<input type="checkbox"/> 以前はあった		
地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動が身近にあれば、			
参加者として参加	<input type="checkbox"/> 既に参加している <input type="checkbox"/> 参加してもよい <input type="checkbox"/> 参加したくない <input type="checkbox"/> 以前は参加していた	(具体的な状況・「以前は参加していた」場合、阻害要因は)	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり	(具体的な状況)	
家族・近隣の協力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(具体的な状況)	
【居室・周辺環境・立地環境・その他居住に関する特記事項】			

(8) 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

【帳票4】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

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	
区 分	新規・変更
フリガナ	被保険者氏名
	被保険者番号
	個人番号
	生年月日
	性 別
	明・大・昭 年 月 日
	男・女
居宅サービス計画または介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼(変更)する事業者・地域包括支援センター	
事業所名・地域包括支援センター名	所 在 地
	電話番号 ( )
事業所番号	
サービス開始・変更年月日	年 月 日
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)	
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	
居宅介護支援事業所名	所 在 地
	電話番号 ( )
事業所番号	
岡山市長 様	
上記の事業者へ <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画・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。	
年 月 日	
被保険者 住 所	
氏 名	電話番号 ( )
※小規模多機能型居宅介護を利用される場合	
作成区分をご記入ください	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護1～5
小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無	※ 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービスに限る。)の利用の有無を記入してください。
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス: _____)	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし	
(注意) 1 この届出書は、要介護認定または要支援認定の申請時に、若しくは居宅サービス計画または介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼し、契約する事業所等が決まり次第速やかに岡山市へ提出してください。	
2 居宅サービス計画または介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業所を変更するとき、または介護予防支援・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岡山市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。	
3 住所地特例の対象施設に入居中で、居宅サービス計画または介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。	
※保険者等確認欄	
	市 受 付
平成29年2月改定 (岡山市)	

(9) 岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

【帳票5】

様式第2号(第6条関係)

岡山市総合事業利用に係る介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 住所地特例者(保険者名 )
------	-----------------------------	-----------------------------	--

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

地域包括支援センター名	地域包括支援センターの所在地
	電話番号 ( )
事業所番号	

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(※地域包括支援センターが作成する場合は記入不要)

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 ( )
事業所番号	

サービス開始・変更年月日	年 月 日
--------------	-------

岡山市長 様

事業対象者として、岡山市の総合事業サービスを利用したいので、上記の事業者へ介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所

電話番号 ( )

氏名

(ご注意)

1 新規・更新の場合

この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第、速やかに岡山市へ提出してください(事業対象者の有効期間更新の場合もご提出ください。)

2 変更の場合

介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター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所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず岡山市へ届け出てください。届出のない場合、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 提出方法

介護保険被保険者証と事業対象者の確認に係る岡山市基本チェックリスト(本届出書提出日前30日以内のもの)を添付して提出してください。

保 険 認 者 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 作成者区分	市 受 付	
	<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト結果(該当/非該当)				<input type="checkbox"/> 要介護(要支援)確認シート
	<input type="checkbox"/> 要支援者からの更新				<input type="checkbox"/> 事業対象者からの更新

○請求関係

(10) 請求書 (令和6年4月以降新単価)

事業所番号

請求書

令和 年 月 日

公益財団法人岡山市ふれあい公社 御中

請求者 (受託者)

住所

名称

代表者職氏名

(印)

事業所名

登録番号 T

請求金額

円

内 消費税額(10%)

円

※小数点以下切り捨て

ケアマネジメント委託料として、下記のとおり請求します。

(令和 年 月分) ※各包括ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,978円	新規 6,978円	委託連携加算 3,000円	税込金額	備考
1	中区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
2	北区中央 地域包括支援センター	件	件	件	円	
3	東区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
4	北区北 地域包括支援センター	件	件	件	円	
5	南区西 地域包括支援センター	件	件	件	円	
6	南区南 地域包括支援センター	件	件	件	円	
計		件	件	件	円	

(月遅れ請求分) ※各包括、提供月ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,978円	新規 6,978円	委託連携加算 3,000円	税込金額	提供月	備考
1	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
2	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
3	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
4	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
5	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
計		件	件	件	円		

※介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを合わせた件数を記入してください。

※「請求書」と「実績報告資料(給付管理票CSVデータ又は紙媒体実績)」を一緒にご提出ください。

※請求者欄は、契約書の受託者欄または委託状の代理人欄のとおりに入力してください。

※訂正する場合は、二重線で修正のうえ訂正印(受託者欄と同一のもの)をお願いいたします。

(金額の訂正は不可。修正液・修正テープ・砂消しゴム・消えるボールペンは使用しないこと。)

請求書(旧単価の月遅れ請求がある場合)

事業所番号

請求書

令和 年 月 日

公益財団法人岡山市ふれあい公社 御中

請求者(受託者)

住所

名称

代表者職氏名

(印)

事業所名

登録番号 T

請求金額

円

内 消費税額(10%)

円

※小数点以下切り捨て

ケアマネジメント委託料として、下記のとおり請求します。

(令和 年 月分) ※各包括ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,978円	新規 6,978円	委託連携加算 3,000円	税込金額	備考
1	中区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
2	北区中央 地域包括支援センター	件	件	件	円	
3	東区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
4	北区北 地域包括支援センター	件	件	件	円	
5	南区西 地域包括支援センター	件	件	件	円	
6	南区南 地域包括支援センター	件	件	件	円	
計		件	件	件	円	

(月遅れ請求分) ※各包括、提供月ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,942円	新規 6,942円	委託連携加算 3,000円	税込金額	提供月	備考
1	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
2	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
3	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
4	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
5	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
計		件	件	件	円		

※介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを合わせた件数を記入してください。

※「請求書」と「実績報告資料(給付管理票CSVデータ又は紙媒体実績)」を一緒にご提出ください。

※請求者欄は、契約書の受託者欄または委託状の代理人欄のとおり記入してください。

※訂正する場合は、二重線で修正のうえ訂正印(受託者欄と同一のもの)をお願いいたします。

(金額の訂正は不可。修正液・修正テープ・砂消しゴム・消えるボールペンは使用しないこと。)

請求書(新単価と旧単価の月遅れ請求がある場合)

事業所番号

請求書

令和 年 月 日

公益財団法人岡山市ふれあい公社 御中

請求者(受託者)

住所

名称

代表者職氏名

(印)

事業所名

登録番号 T

請求金額

円

内 消費税額(10%)

円

※小数点以下切り捨て

ケアマネジメント委託料として、下記のとおり請求します。

(令和 年 月分) ※各包括ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,978円	新規 6,978円	委託連携加算 3,000円	税込金額	備考
1	中区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
2	北区中央 地域包括支援センター	件	件	件	円	
3	東区 地域包括支援センター	件	件	件	円	
4	北区北 地域包括支援センター	件	件	件	円	
5	南区西 地域包括支援センター	件	件	件	円	
6	南区南 地域包括支援センター	件	件	件	円	
	計	件	件	件	円	

(月遅れ請求分) ※各包括、提供月ごとの人数を記入してください。

No.	担当地域包括	継続 3,978円	新規 6,978円	委託連携加算 3,000円	税込金額	提供月	備考
1	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
2	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
3	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
No.	担当地域包括	継続 3,942円	新規 6,942円	委託連携加算 3,000円	税込金額	提供月	備考
1	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
2	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
3	地域包括支援センター	件	件	件	円	月	
	計	件	件	件	円		

※介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを合わせた件数を記入してください。

※「請求書」と「実績報告資料(給付管理票CSVデータ又は紙媒体実績)」を一緒にご提出ください。

※請求者欄は、契約書の受託者欄または委託状の代理人欄のとおりに入力してください。

※訂正する場合は、二重線で修正のうえ訂正印(受託者欄と同一のもの)をお願いいたします。

(金額の訂正は不可。修正液・修正テープ・砂消しゴム・消えるボールペンは使用しないこと。)

### 3 通知:暫定居宅サービス計画・介護予防サービス計画でサービス利用していた場合の給付管理事務取扱の変更について

(p.65～76)

岡介第 1345 号  
平成 29年 2月 14日

岡山市内指定居宅介護支援事業所管理者 様  
岡山市地域包括支援センター長 様  
岡山市内指定小規模多機能型居宅介護事業所管理者 様

岡山市長 大森 雅夫  
(公印省略)

暫定居宅サービス計画・介護予防サービス計画でサービス利用していた場合の  
給付管理事務取扱の変更について

平素より、本市介護保険行政の推進にあたりましてご協力をいただき、お礼を申し上げます。  
さて介護保険法改正に基づき、本市では平成 29 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業  
(以下、「総合事業」という。)を開始し、予防給付サービスのうち訪問介護、通所介護が総合事  
業に移管されます。

あわせて国から「総合事業におけるケアプランの自己作成(自己作成扱いを含む)は想定され  
ていない」との考え方が示されたことから、従前行ってきた「自己作成扱い(※)」事務処理の継  
続が不可能となる一方、見込みと異なる認定結果が出た場合には、一部利用サービスを全額自己  
負担とする例示がなされているところです(別紙 1 参照)。

本市では、暫定の居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画(以下「暫定ケアプラン」と  
いう。)があるにも関わらず、一部利用サービスが全額自己負担となる事態を可能な限り回避する  
ため、暫定ケアプラン作成によりサービスを利用後、見込みと異なる認定結果が出た場合の取扱  
いを、これまでの保険給付サービス利用の場合も含め下記のとおり変更しますので、ご協力のほ  
どよろしく願いいたします。

※自己作成扱い…認定申請中に暫定ケアプラン作成によりサービス利用後、見込みと異なる認定結果が  
月を超えて出た場合に、当該暫定ケアプランを自己作成したプランとみなし市から給  
付管理票を国保連に提出することで被保険者に給付がなされるようにするもの

#### 記

1 対象となる暫定ケアプラン 認定申請中に暫定ケアプランを作成したが、見込みと異  
なる認定結果が出た場合のすべてのケアプラン

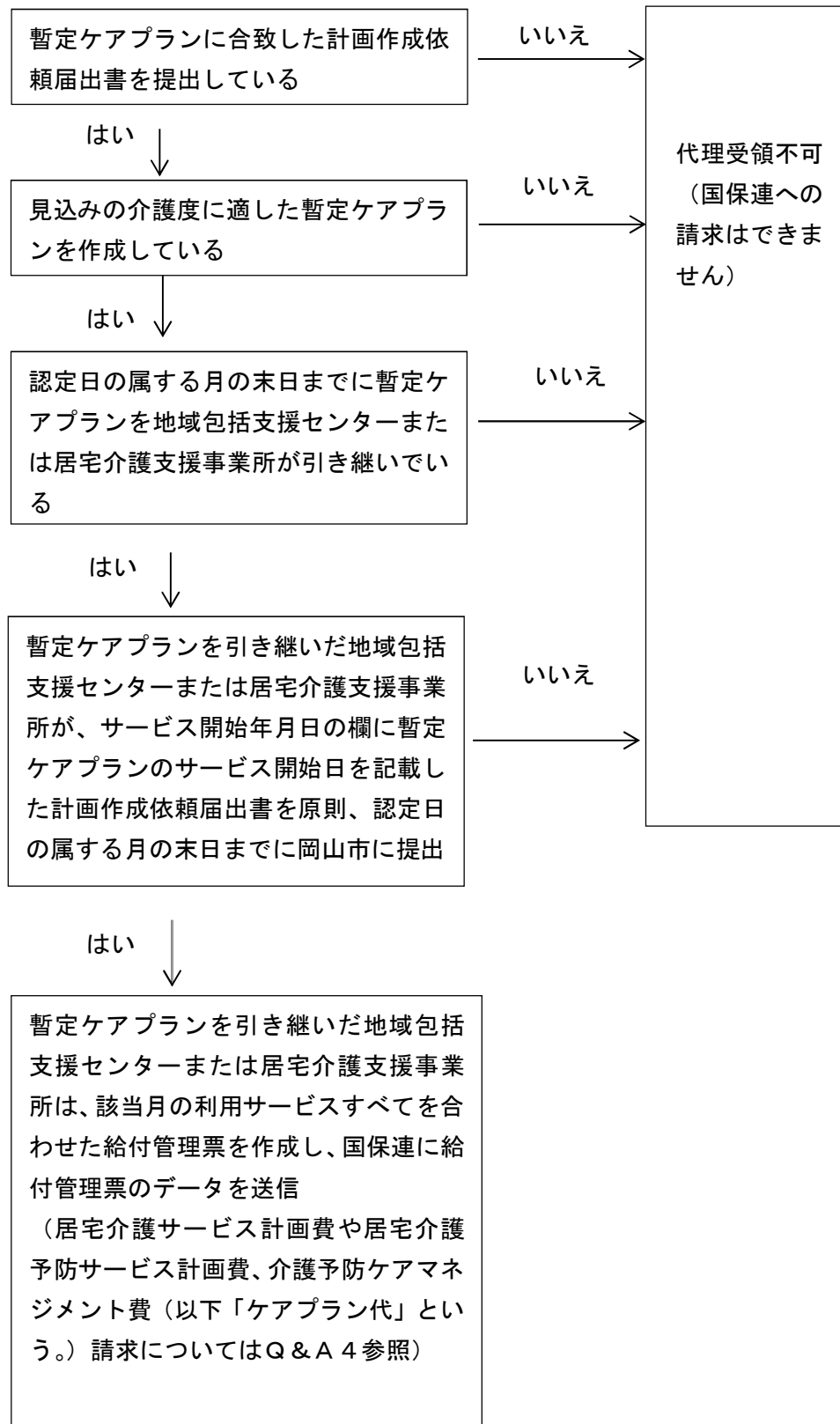
#### 2 運用方法

廃止	市が給付管理票の提出を行う「自己作成扱い」の取扱い事務(別紙 2)
新設	暫定ケアプランの引き継ぎを受けた地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所が、認 定結果後にサービス開始日を暫定サービス開始日に遡及して「居宅・介護予防サービス計 画作成依頼(変更)届出書(以下「計画作成依頼届出書」という。)」を提出し、給付管 理票の伝送を行う。

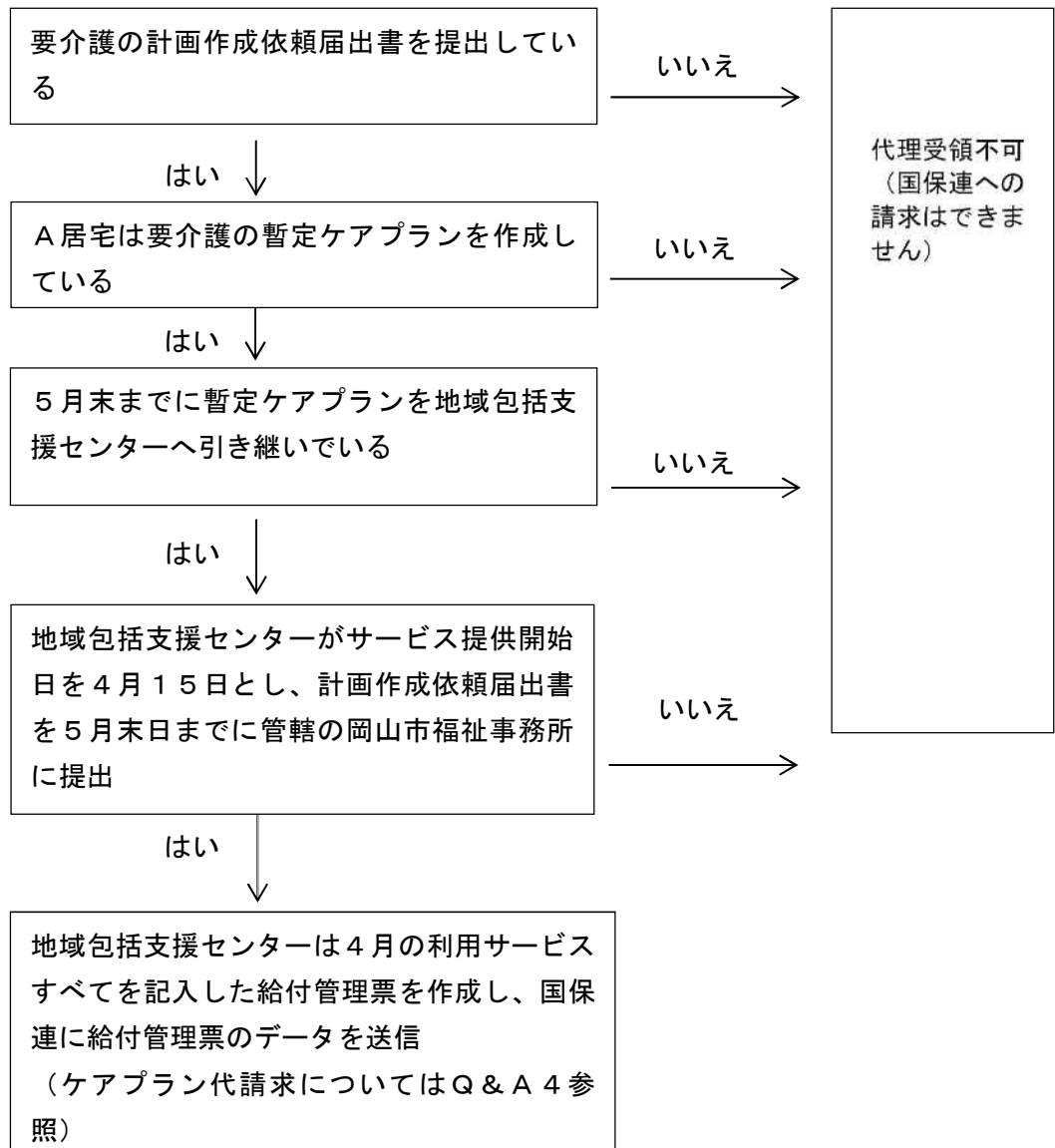
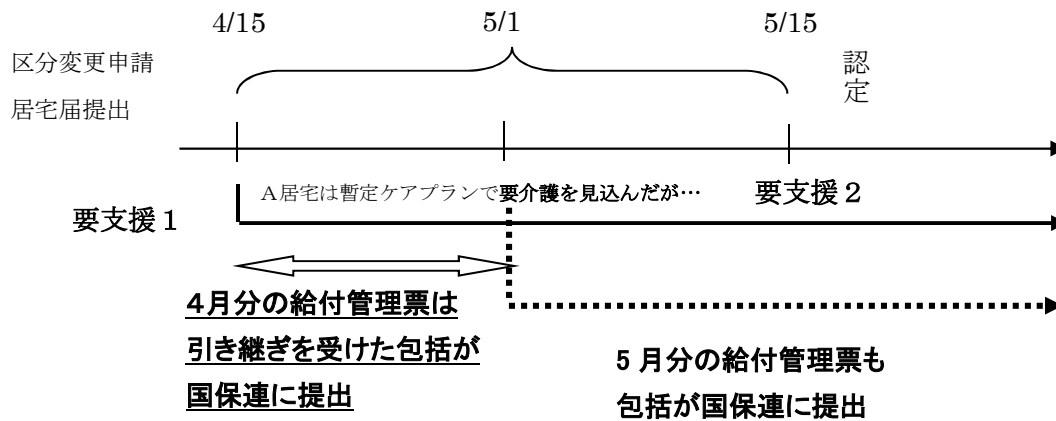
3 適用年月日 平成 29 年 4 月 1 日

◆問合せ先  
岡山市保健福祉局介護保険課 管理係  
TEL 086-803-1240  
FAX 086-803-1869

# 1 見込み違い（介護給付⇔予防給付）が判明した場合の事務処理手順



《事例》 要支援から要介護を見込み、要支援・要介護者新規申請（区分変更申請）したが、結果が要支援になった場合



## 2 状況別の具体的手順

(1) 要介護が出ると見込み、居宅がケアマネジメントをしていたが、要支援が出た場合

	居宅	包括	福祉事務所 介護サービス係
認定申請月	① 暫定利用を希望する旨の相談を受ける 認定前にサービスを利用する必要性を確認する		
	② 利用者の状態を確認し、介護か予防の見込みを立てる 要介護が出る見込みで、居宅がケアマネジメントを行う		
	③ サービスの暫定利用に向けて、サービス利用開始日までに計画作成依頼届出書を市へ提出する		④ 計画作成依頼届出書を受理する
	⑤ ケアマネジメント(訪問・担当者会議開催等)を行い、暫定ケアプランを作成し、同意を得る。サービスの暫定利用を開始する		
	⑥ (翌月以降)		
認定決定月	⑦ 認定結果を確認する 見込み違いが発生する		
	⑧ 暫定利用月のケアプラン、サービス利用票(別表含む)、実績確認を行ったサービス提供票(別表含む)を用意し、包括へ渡す		
	⑨ ケアプランを引き継ぐ		
	⑩ 暫定ケアプランに位置付けられた介護サービスを予防サービスに置き換えて給付管理票を作成する		
		⑪ 必要書類(引き継がれたケアプラン)を添えて、開始日を遡及した計画作成依頼届出書を、原則、月末までに市へ提出する	⑫ 計画作成依頼届出書を受理する
翌月10日まで		⑬ 認定月の利用分の給付管理票を通常どおり翌月10日までに国保連へ伝送する (ケアプラン代は請求しない 詳しくは請求関係QA4参照)	

(2) 要支援が出ると見込み、包括がケアマネジメントをしていたが、要介護が出た場合

	居宅	包括	福祉事務所 介護サービス係
認定申請月	① 暫定利用を希望する旨の相談を受ける 認定前にサービスを利用する必要性を確認する		
	② 利用者の状態を確認し、介護か予防の見込みを立てる 要支援が出る見込みで、居宅がケアマネジメントを行う		
		③ サービスの暫定利用に向けて、サービス利用開始日までに計画作成依頼届出書を市へ提出する	④ 計画作成依頼届出書を受理する
		⑤ ケアマネジメント(訪問・担当者会議開催等)を行い、暫定ケアプランを作成し、同意を得る。サービスの暫定利用を開始する	
認定決定月	⑥ (翌月以降)		
		⑦ 認定結果を確認する 見込み違いが発生する	
		⑧ 暫定利用月のケアプラン、サービス利用票(別表含む)、実績確認を行ったサービス提供票(別表含む)を用意し、居宅へ渡す	
	⑨ ケアプランを引き継ぐ		
		⑩ 暫定ケアプランに位置付けられた予防サービスを介護サービスに置き換えて給付管理票を作成する	
		⑪ 必要書類(引き継がれたケアプラン)を添えて、 <u>開始日を遡及した計画作成依頼届出書</u> を、原則、月末までに市へ提出する	⑫ 計画作成依頼届出書を受理する
翌月10日まで	⑬ 認定月の利用分の給付管理票を通常どおり翌月10日までに国保連へ伝送する (ケアプラン代は請求しない 詳しくは請求関係QA4参照)		

(3) 要介護・要支援どちらが出るか見込みが極めて困難な場合  
→あらかじめ2通りの暫定ケアプランを作成しておく特別なケース

	居宅	包括	福祉事務所 介護サービス係
認定申請月	①暫定利用を希望する旨の相談を受ける 認定前にサービスを利用する必要性を確認する		
	②利用者の状態を確認した結果、見込みが困難なため、居宅介護・包括両方が ケアマネジメントを行い、2通りの暫定ケアプランを作成する		
	③サービスの暫定利用に向けて、計 画作成依頼届出書を市へ提出する	③サービスの暫定利用に向けて、計画作 成依頼届出書を市へ提出する	④暫定利用する 方の計画作成 依頼届出書を 受理する
	⑤ケアマネジメント(訪問・担当者会議 開催等)を行い、暫定ケアプランを作 成し、同意を得る サービスの暫定利用を開始する	⑤ケアマネジメント(訪問・担当者会議 開催等)を行い、暫定ケアプランを作 成し、同意を得る サービスの暫定利用を開始する	
認定決定月	⑥ (翌月以降)		
	⑦認定結果を確認する 該当した方のケアプランを採用し、ケアプランを引き継がれた方が、認定申請 月の給付管理を行う		⑧暫定利用して いたケアプラ ンとは違う方 の結果になれ ば、該当した方 の計画作成依 頼届書の内容 を追加入力す る
翌 月 10 日 ま で	⑨ケアプランを引き継がれた方が、前2月分の給付管理票・ケアプラン代の請求 を国保連へ伝送する (ケアプラン代請求については請求関係QA4参照)		

(4) 要介護(要支援)が出ると見込み、居宅(包括)がケアマネジメントをしていたが、要支援(要介護)が出た場合で、同居宅が包括から委託を受けることが可能な(引き続き、居宅がケアマネジメントを行う)場合→同一のケアマネジャー(同一の居宅)がケアマネジメントを行っている場合

	居宅	包括	福祉事務所 介護サービス係
認定申請月	① 暫定利用を希望する旨の相談を受ける 認定前にサービスを利用する必要性を確認する		
	② 利用者の状態を確認し、介護か予防の見込みを立てる 要介護が出る見込みで、居宅がケアマネジメントを行う <u>(見込み違いが生じた場合の説明を、あらかじめ利用者にして、その内容をサービス担当者会議の記録に残す。)</u>		
	③ サービスの暫定利用に向けて、計画作成依頼届出書を市へ提出する		④ 計画作成依頼届出書を受理する
	⑤ ケアマネジメント(訪問・担当者会議開催等) <u>(見込み違いが生じた場合の説明内容を、サービス担当者会議録に記述)</u> を行い、暫定ケアプランを作成し、同意を得る サービスの暫定利用を開始する		
⑥ (翌月以降)			
認定決定月	⑦ 認定結果を確認する 見込み違いが発生する		
	⑧ 当該利用者の認定申請月からのケアマネジメントを、包括から受託した立場の居宅が行う		
	⑨ 暫定利用開始月(=認定申請月)分の利用者の同意がある暫定ケアプラン・サービス担当者会議の記録の写しを包括へ提供する		
	⑩ 開始日を遡及した計画作成依頼届出書(委託有り)に、⑨の書類を付して原則、月末までに市へ提出する		⑪ ⑨の書類を確認し、計画作成依頼届出書を受理する
	⑫ 予防ケアプランを作成し同意を得る 前月及び当月の通常の給付管理を行う		
翌月10日まで	⑬ 前月2月分の給付管理票・ケアプラン代請求書を包括へ提出 (ケアプラン代請求詳細については請求関係QA4参照)	⑭ 請求書を国保連へ伝送する	

※この場合、暫定利用開始月(=認定申請月)は一定の手続きを行っているため、運営基準減算の適用にはなりません。

### 3 見込み違いの事務処理に関するQ & A

#### 提出関係

Q 1 : 開始日を遡及する場合、岡山市に提出する書類は何が必要か。

A 1 : ○居宅・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

○引き継いだ暫定サービス計画書の写し

##### 【予防の場合】

介護予防サービス・支援計画表 1

介護予防サービス・支援計画表 2

介護予防サービス利用表

介護予防サービス利用表 別表

##### 【介護の場合】

居宅介護サービス計画書 第1表～第3表及び第6表～第7表

○サービス担当者会議の記録の写し（2 状況別の具体的手順（4）の場合）

Q 2 : 要介護認定日が月末であり、引き継ぎが間に合わなかった場合の取り扱い如何。

A 2 : 結果を知り得た時点で電話連絡後、翌月10日までに必要書類を提出願います。

電話連絡及び書類提出先：当該被保険者を管轄する福祉事務所

なお、連絡や提出いただけない場合は代理受領ができなくなるため、認定結果が月末近くになる可能性がある場合は特にご注意ください。

Q 3 : 提出、連絡を失念した場合はどうなるか。

A 3 : この取り扱いの適用対象外となり「計画作成依頼届出書」の開始日を遡及できません。

#### 請求関係

Q 4 : 引き継ぎを受けた居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが、見込み違いで引き継がれた月のケアプラン代を請求できるか。

A 4 : 原則、請求できません。見込み違いで引き継ぎを受けた月については、給付管理票のみを作成し、国保連に提出をお願いします。

しかし、一定の要件を満たせば請求可能です。（2 状況別の具体的手順（3）（4）のケースで要件を満たす場合に限る。）

※一定の要件とは、①アセスメント ②サービス担当者会議 ③計画作成・説明同意・交付④モニタリング等の必要な一連の業務を指し、単なるサービス計画書の引き継ぎのみでは、それらを満たさないため請求できません。

（根拠）指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護

予防のための効果的な支援の方法に関する基準第30条

・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第13条

・岡山市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等を定める条例

平成26年3月25日市条例第31号

改正 平成27年3月16日市条例第14号 平成28年3月24日市条例第11号  
・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号）

Q5：誤ってケアプラン代を請求した場合はどのようになるか。

A5：過誤調整を行ってください。

Q6：要支援を見込み暫定ケアプランに位置づけた上で介護予防・生活支援サービス（総合事業）を利用していたが、要介護の認定結果となり、介護サービスに置き換えることができない場合はあるのか。

A6：当該サービス提供事業者が、介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けていない場合は、置き換えることができず、利用者の全額自己負担となります。またはその逆も置き換えることができません。

Q7：暫定サービス利用と費用の関係や、生活支援サービスと訪問介護・通所介護の置き換えはどのようにしたらよいか。

A7：次ページのとおりです。

●要介護認定等の申請中のサービス利用と費用の関係

		申請中に利用したサービス		
		給付サービス (訪問介護・通所介護以外)	(総)介護予防サービス (給)訪問介護・通所介護	(総)生活支援サービス
認定結果	非該当	全額自己負担	全額自己負担	全額自己負担
	要支援認定	予防給付より支給	事業より支給(※3)	事業より支給(※4)
	要介護認定	介護給付より支給	介護給付より支給(※3)	介護給付より支給(※4)

注1) 上記は、事業所がそれぞれの指定を受けていることが前提

注2) (給)は保険給付サービス、(総)総合事業サービスをあらわす。

注3) (総)介護予防サービスと(給)訪問介護・通所介護は、「提供内容」をそれぞれのサービスに置き替えて請求が可能

注4) (総)生活支援サービスと(給)訪問介護・通所介護の置き換えは以下の注意が必要

①	(総)生活支援訪問サービスから(給)訪問介護	生活援助中心型のみへ置き換え
②	(給)訪問介護から(総)生活支援訪問サービス	置き換え不可 (介護予防サービスで請求)
③	(総)生活支援通所サービスから(給)通所介護	事業所規模に応じた4時間以上5時間未満の請求の100分の70 ただし、短期集中サービス実施加算利用者場合は、個別機能訓練加算、口腔機能向上加算、栄養改善加算の各種算定要件をすべて満たしている場合に限り、置き換え可能とする
④	(給)通所介護から(総)生活支援通所サービス	置き換え不可 (介護予防サービスで請求)

〈参考〉「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ & A

【平成 27 年 3 月 31 日版】

#### 問 4

基本チェックリストにより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申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護 1 と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

#### (答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護 1 以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

- ① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

(注意) 岡山市では①②いずれも選択せず  
この取り扱いをしません。

介護サービス計画・介護予防サービス計画を作成依頼する場合や  
介護予防ケアマネジメントを依頼する際には、  
あらかじめ岡山市へ計画作成依頼届出書の提出が必要です。

**【計画作成依頼届出書の提出が必要な場合】**

○初めて介護サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成を依頼するとき

○介護給付と予防給付をまたいで要介護度が変更となったとき

○介護給付と予防給付をまたいだ要介護度を見込んで、区分変更申請（要支援・要介護者新規申請）をするとき

（認定結果が出てからではなく、暫定ケアプランを作成するとき）

○岡山市へ届け出ている居宅介護（予防）支援事業所を変更するとき

（受託事業者の変更も含む）

**【未提出の場合】**

代理受領（国保連への請求）が不可となりますので、ご注意ください。

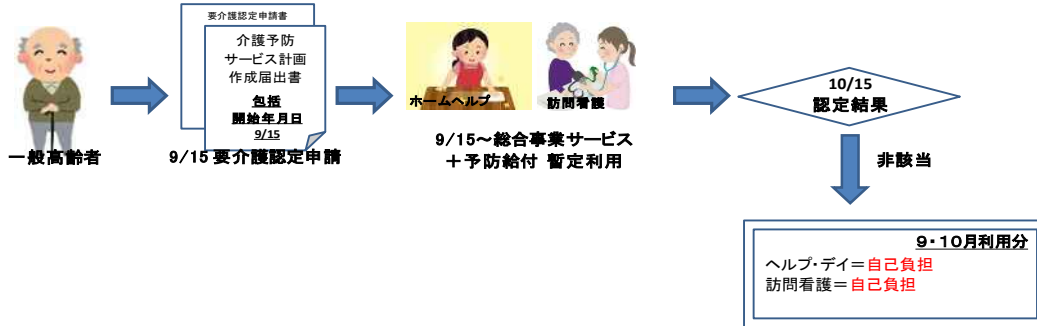
ケアプランが存在していても、計画作成依頼届出書の提出がなければ、利用者が一旦全額負担（10割負担）をしなければならず、全額負担後に9割～7割の払い戻しを受けるための申請が必要となる場合があります。

# 4 暫定ケアプランによる介護・予防サービス計画作成依頼届出書の提出とケアプラン代の請求パターン

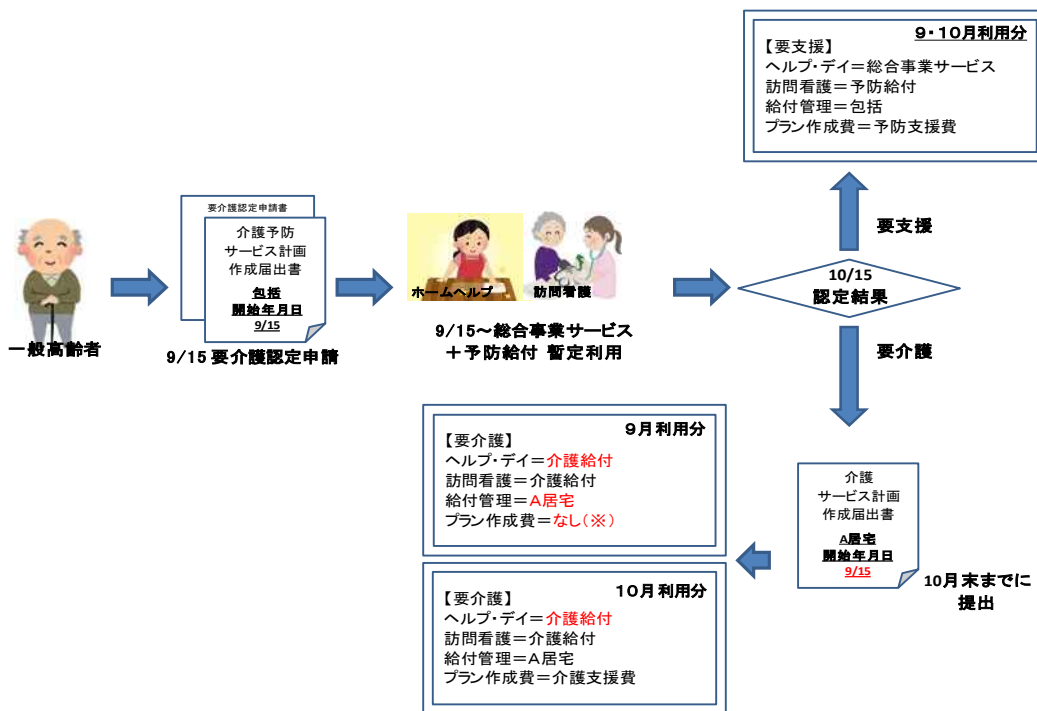
岡山市介護保険課

①【一般高齢者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、総合事業サービスと予防給付を暫定利用する

㊦ 要介護認定結果【非該当】



㊧ 要介護認定結果【要支援・要介護】



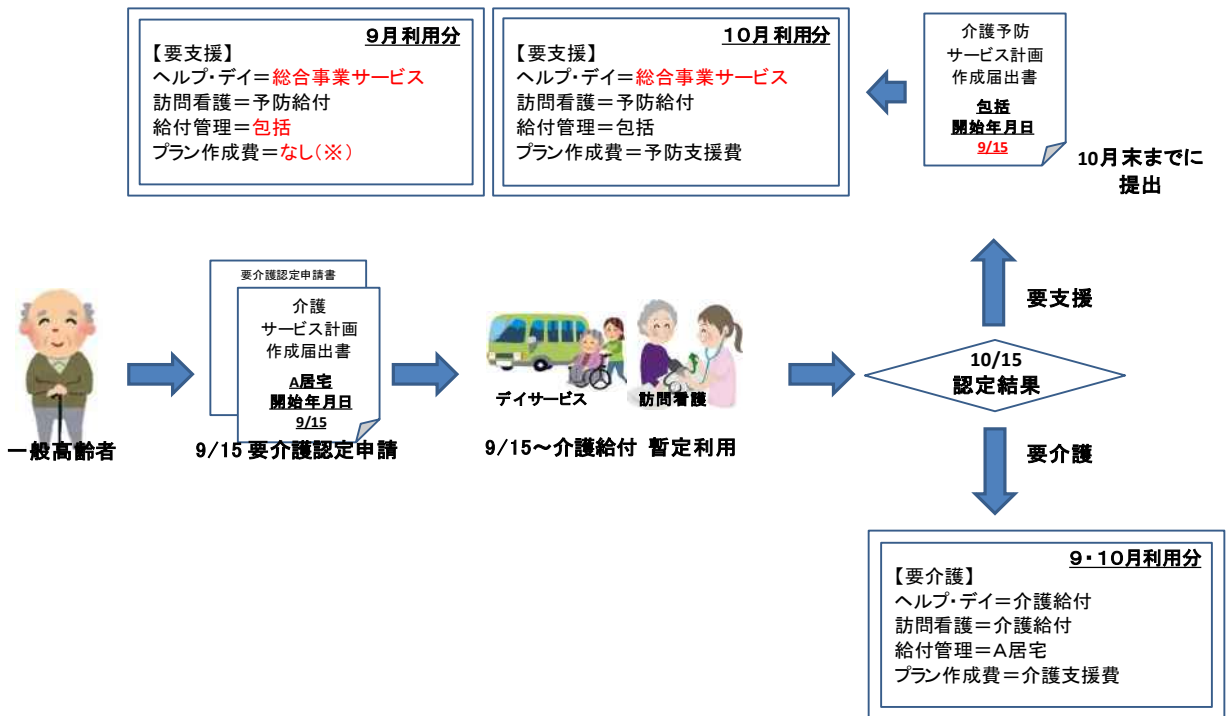
(※) ケアプラン代が請求できるパターンについては、平成29年2月14日 岡介第1345号「暫定居宅サービス計画・介護予防サービス計画でサービス利用していた場合の給付管理事務取扱いの変更について」を参照してください。

②【一般高齢者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

㊦ 要介護認定結果【非該当】



㊧ 要介護認定結果【要支援・要介護】



③【事業対象者】 総合事業サービスのみ利用する

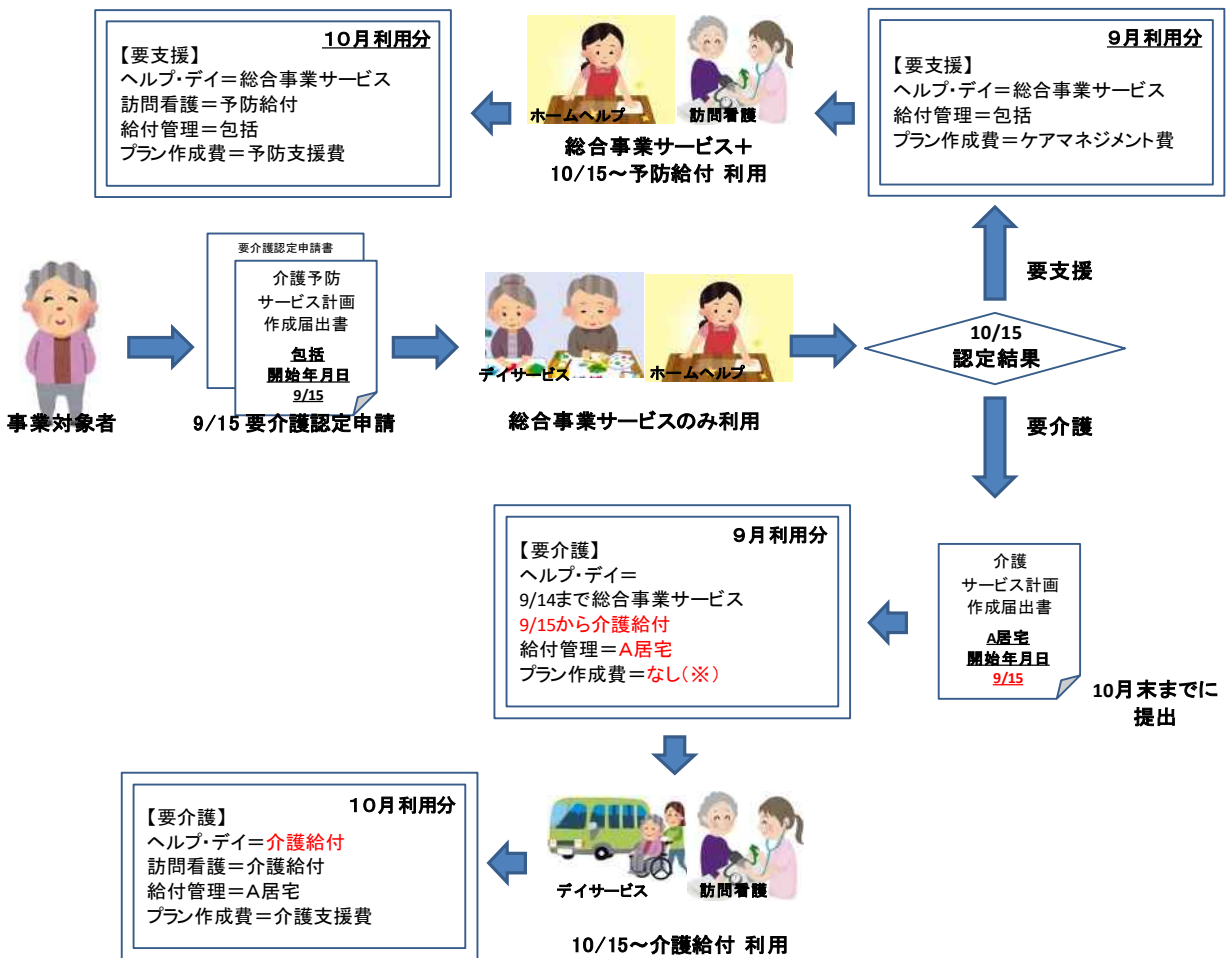


④【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、総合事業サービスのみ利用する

㊦ 要介護認定結果【非該当】

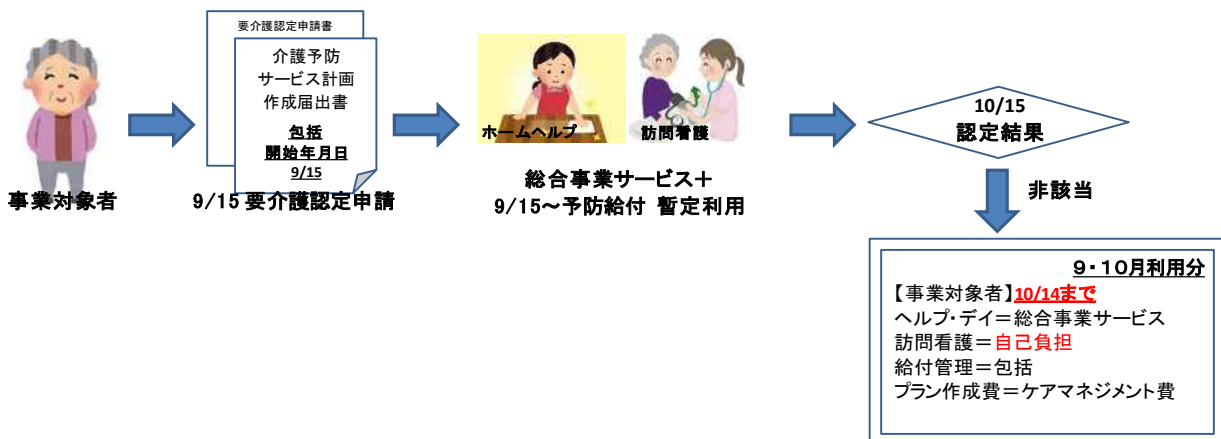


㊧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

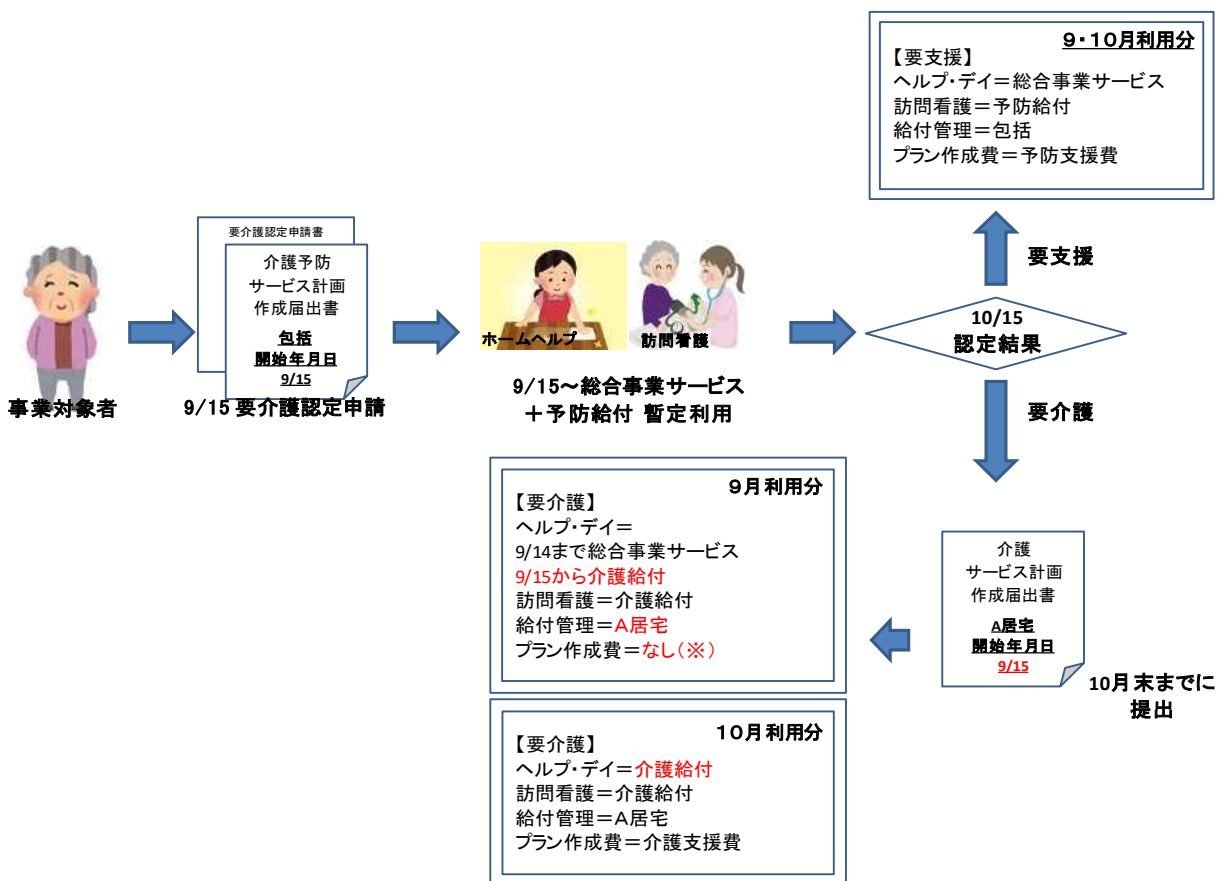


⑤【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、総合事業サービスと予防給付を暫定利用する

⑦ 要介護認定結果【非該当】

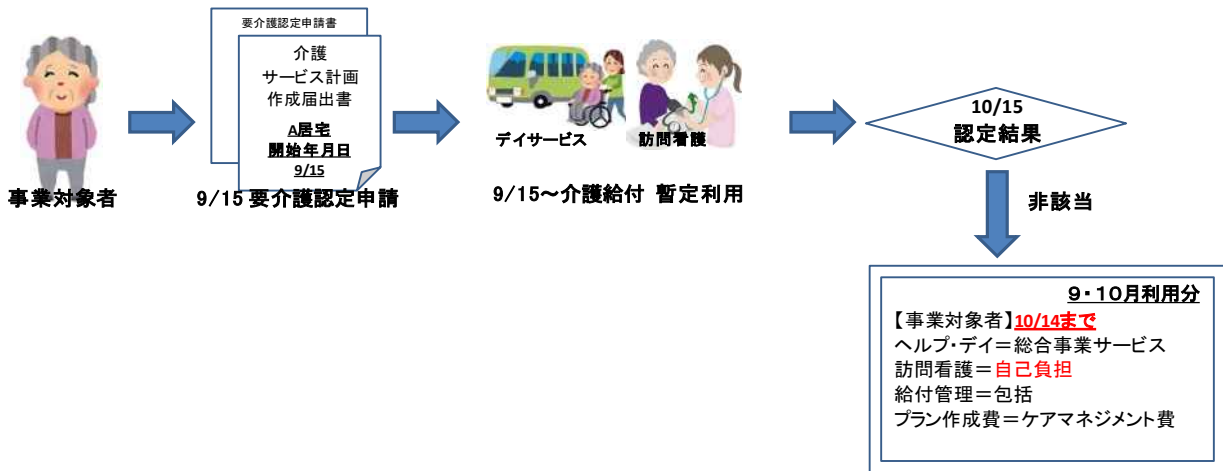


⑧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

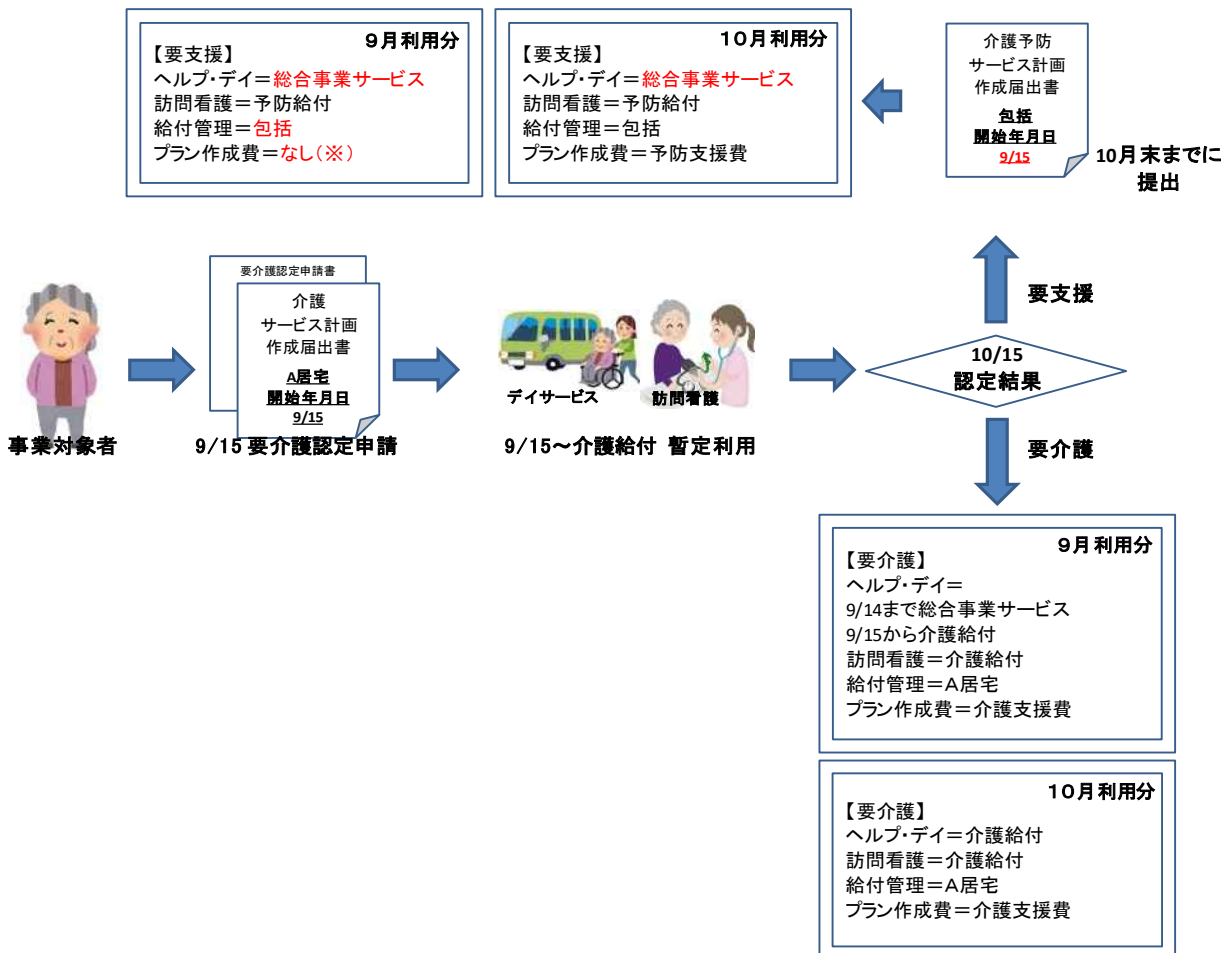


⑥【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

㊦ 要介護認定結果【非該当】

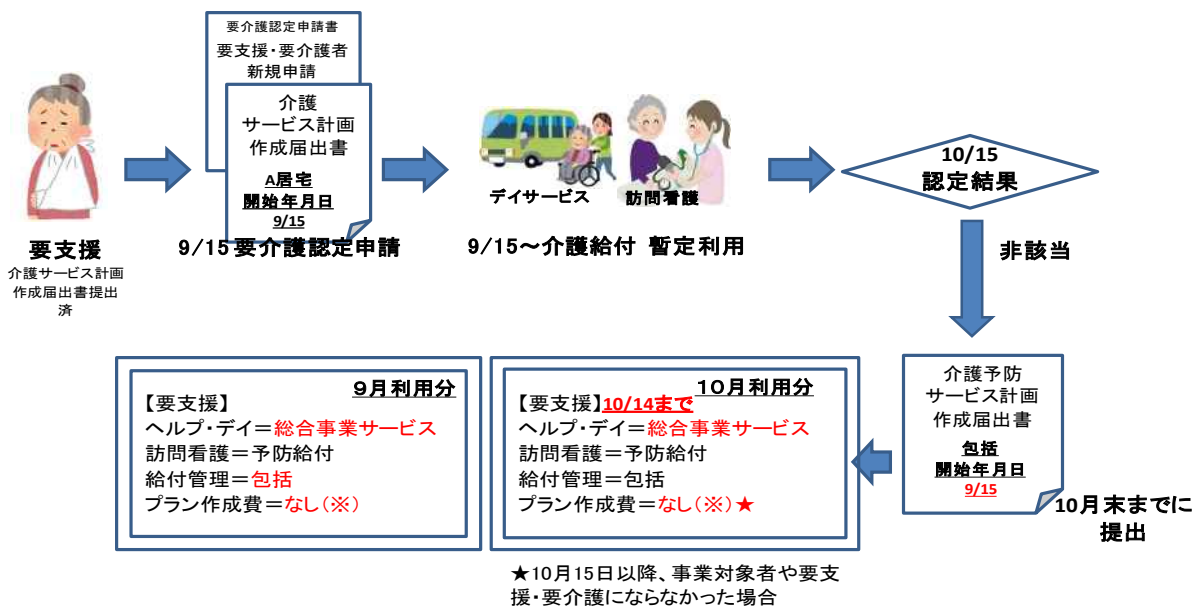


㊧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

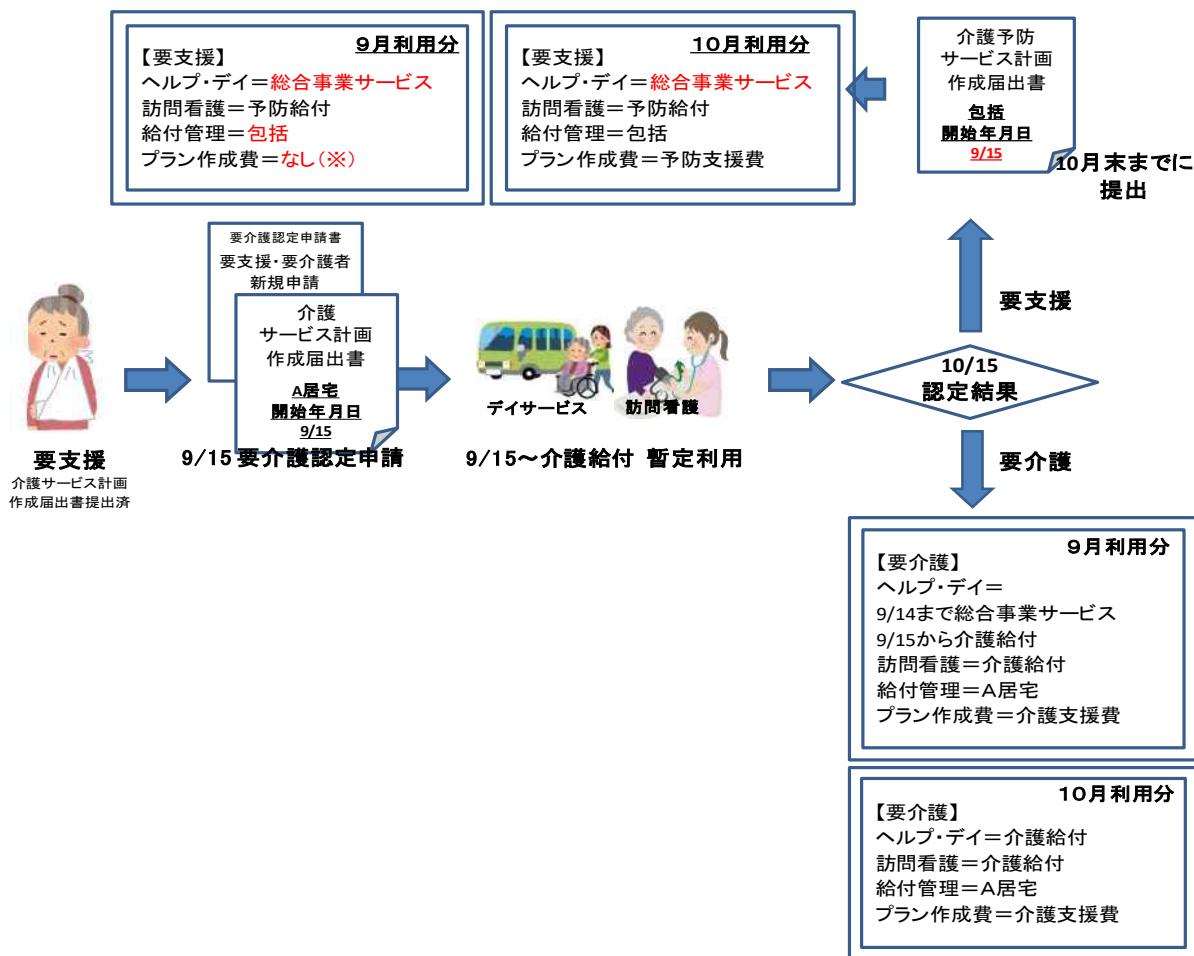


⑦【要支援】 要支援・要介護者新規申請をし、結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

⑦ 要介護認定結果【非該当】

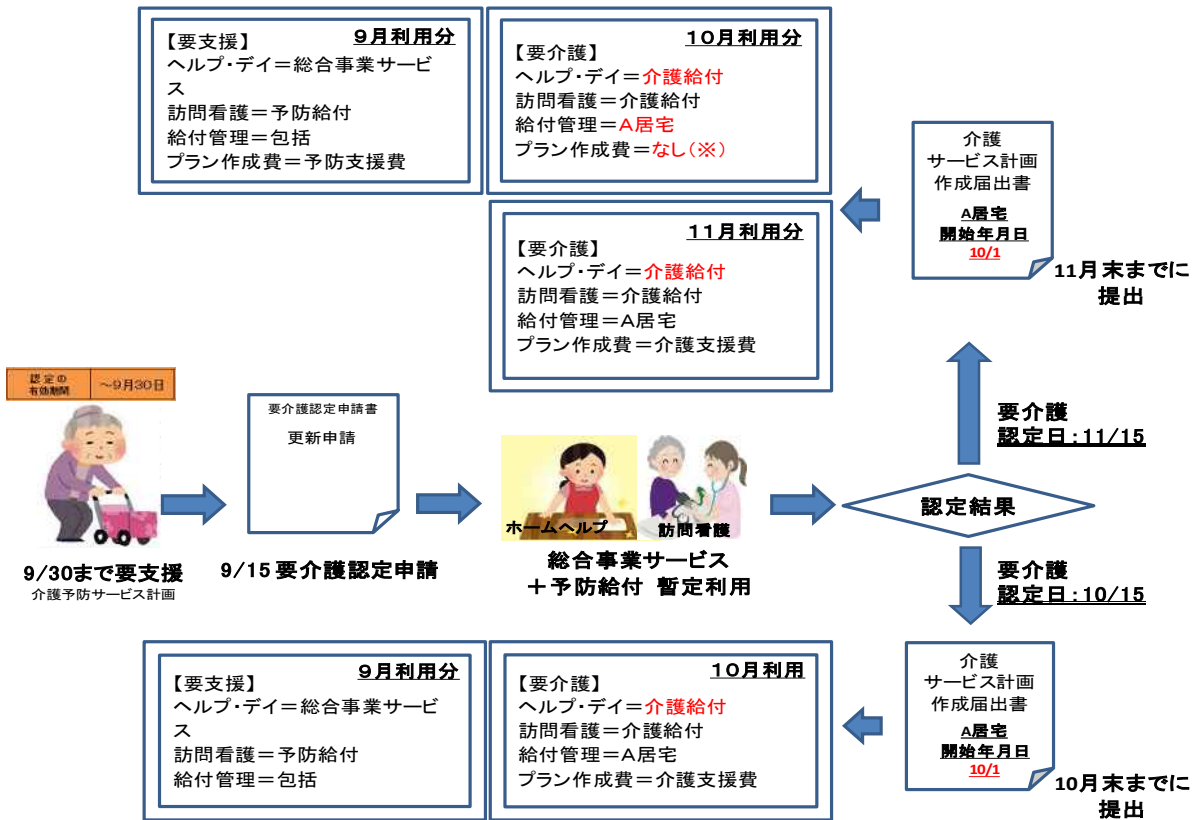


① 要介護認定結果【要支援・要介護】



⑧【要支援】更新申請をし、前有効期間終了後結果が出るまでの間、総合事業サービスと予防給付を暫定利用

要介護認定結果【要介護】



⑨【要介護】更新申請をし、前有効期間終了後結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

要介護認定結果【要支援】

