

岡山市

介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防ケアマネジメント手続きマニュアル

令和8年6月

岡山市保健福祉局高齢福祉部

目次

| | |
|---|----|
| 第1章 岡山市における介護予防・日常生活支援総合事業の内容 | |
| 1 総合事業の概要 | 2 |
| 2 サービス・活動事業の概要 | 2 |
| 3 訪問型サービス・通所型サービスの詳細 | 3 |
| 4 サービス・活動事業の対象者 | 8 |
| 5 事業対象者の確認にかかる届出 | 10 |
| 6 利用者負担等 | 11 |
| 第2章 サービス利用の流れ | |
| 1 サービス利用の流れ | 12 |
| 2 窓口での相談受付（確認シートの活用と実施） | 14 |
| 3 基本チェックリストの活用と実施 | 17 |
| 4 介護予防ケアマネジメント届出書等の必要の有無 | 21 |
| 5 介護予防ケアマネジメント届出書等の記載例と被保険者証 | 22 |
| 第3章 介護予防ケアマネジメント | |
| 1 ケアマネジメントの区分 | 24 |
| 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方 | 25 |
| 3 介護予防ケアマネジメントの実施 | 26 |
| 4 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の費用と請求 | 29 |
| 第4章 給付管理とサービス・活動事業費の請求事務 | |
| 1 サービス・活動事業のコードと事業所の関係 | 32 |
| 2 総合事業における日割り算定について | 33 |
| 3 総合事業における公費助成等の取扱いについて | 40 |
| 4 「給付管理票」「請求明細書」記載例 | 41 |
| 参考資料編 | |
| 目次 | 46 |
| 1 相談窓口での様式 | 47 |
| 2 介護予防ケアマネジメントの様式 | 51 |
| 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 | 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 |

第1章 岡山市における介護予防・日常生活支援総合事業の内容

1 総合事業の概要

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。)がスタートしました。

総合事業は、「サービス・活動事業」と「一般介護予防事業」で構成され、高齢者の方の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的としています。

2 サービス・活動事業の概要

サービス・活動事業は、主に、平成26年度改正前法による「介護予防訪問介護(以下「旧介護予防訪問介護」という。))」、「介護予防通所介護(以下「旧介護予防通所介護」という。))」、「二次予防事業」に相当するサービスと、「介護予防ケアマネジメント」で構成されています。

岡山市のサービス・活動事業は、下表のサービスのとおりです。

【サービス・活動事業】

| 事業 | | 内容 |
|-----------------------------|--|--|
| 訪問型 | 介護予防訪問サービス | 居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事の介助(身体介護)及び調理・掃除・その他の生活全般にわたる支援(生活援助)を提供します。 |
| | 生活支援訪問サービス | 居宅を訪問し、調理・掃除等の生活援助に限定したサービスを提供します。 |
| 通所型 | 介護予防通所サービス | 運動・入浴・レクリエーションなどの1日タイプのサービス、機能訓練等の専門性の高いサービスを提供します。 |
| | 生活支援通所サービス | 岡山市が示す運動プログラムを中心に2～4時間の短時間サービスを提供します。 |
| | 生活支援通所サービス (短期集中サービス実施加算) ※令和4年10月から実施 | 運動・栄養・口腔の専門職の指導のもと、自宅でのセルフケアを含め集中的にケアを行い、生活機能の改善・向上を図る2～4時間の短時間サービスを提供します。 |
| 介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA) | | 要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供されるようケアマネジメントを提供します。 |

3 訪問型サービス・通所型サービスの詳細

(1) 訪問型サービス

介護予防訪問サービス

| | |
|---------|---|
| 利用目的 | 日常生活を送るうえで身体介護と生活援助が一体的に必要な場合、または認知症等の症状がある方が生活の維持・悪化防止を図るもの。 |
| サービス内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護員による入浴・排せつ・食事等の介助である身体介護及び調理・掃除等の生活援助 ・ 旧介護予防訪問介護と同様に、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(老計第10号)」の範囲内で実施 |
| 対象者 | 要支援1、要支援2、事業対象者 |
| 指定基準 | 旧介護予防訪問介護の基準と同様 |
| 利用者負担 | 1割～3割 |
| 報酬・主な加算 | <p>※ 詳細は、サービスコード表 (A2介護予防訪問サービス)参照</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 月額基本報酬 <ul style="list-style-type: none"> 週1回程度:1,176単位/月 (事業対象者及び要支援1・2) 週2回程度:2,349単位/月 (事業対象者及び要支援1・2) 週3回以上:3,727単位/月 (要支援2) ○ 加算 <ul style="list-style-type: none"> 初回加算:200単位/月 生活機能向上連携加算:(Ⅰ)100単位/月、(Ⅱ)200単位/月 介護職員処遇改善加算 他 |
| 地域単価 | A2(岡山市指定事業者):岡山市の単価 10.21 (市外の事業所も同様) |
| 主な人員基準 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者:常勤専従1人以上 【資格要件なし】 ○ 訪問介護員等:常勤換算2.5人以上 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修修了者など】 ○ サービス提供責任者:利用者40人につき、常勤専従1人以上 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者など】 |
| 主な設備基準 | 事業運営のための専用区画の設置 |

生活支援訪問サービス

| | |
|---------|--|
| 利用目的 | 身体介護までは必要ないが、自力で家事を行うことが困難で、同居家族からの支援がなく、他の福祉サービスの利用が好ましくない場合に生活援助を行い、生活の維持・改善を図るもの。 |
| サービス内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活支援訪問介護員(人員・設備・運営等の基準参照)による調理・掃除等の生活援助 ・ 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(老計第10号)」のうち、生活援助の範囲で実施 |
| 対象者 | 要支援1、要支援2、事業対象者 |
| 指定基準 | 旧介護予防訪問介護の人員・設備基準を一部緩和 |
| 利用者負担 | 1割～3割 |
| 報酬・主な加算 | <p>※ 詳細は、サービスコード表 (A3生活支援訪問サービス)参照</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 月額基本報酬 <ul style="list-style-type: none"> 週1回程度: 862単位/月 (事業対象者及び要支援1・2) 週2回程度: 1,721単位/月 (事業対象者及び要支援1・2) 週3回以上: 2,722単位/月 (要支援2) ○ 加算 <ul style="list-style-type: none"> 初回加算: 200単位/月 サービス提供資格評価加算: 10単位/回 (※1) 上級資格責任者配置加算: 基本報酬の10%相当 (※2) 介護職員処遇改善加算 他 |
| 算定単位の取扱 | A3(岡山市指定事業者) |
| 地域単価 | 岡山市の単価 10.21 (市外の事業所も同様) |
| 主な人員基準 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者:専従1人 【資格要件なし】 ○ 生活支援訪問介護員:サービス提供の実施に必要な人数 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修修了者、市が定める研修修了者など】 ○ 訪問事業責任者:生活支援訪問介護員のうち、1人以上の必要数 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修修了者、市が定める研修修了者など】 <p>※ 旧介護予防訪問介護のサービス提供責任者資格要件のうち、介護職員初任者研修修了者の実務経験年数の要件を撤廃</p> <p>※ 生活支援訪問介護員等及び訪問事業責任者の合計数は、利用者の数に関わらず常勤換算1人以上</p> |
| 主な設備基準 | 事業運営のための必要な区画の設置 |

※1 介護予防訪問サービスの訪問介護員等の資格要件を満たす者を生活支援訪問介護員として配置し、当該生活支援訪問介護員がサービスを行った場合は、1回につき加算する。

※2 介護予防訪問サービスのサービス提供責任者の資格要件を満たす者を訪問事業責任者として配置し、市長へ届け出た場合は、1月につき加算する。

(2) 通所型サービス

介護予防通所サービス

| | |
|---------|---|
| 利用目的 | 日常生活を送るうえで入浴や排せつに身体介護が必要、または認知症等の症状がある方が、リハビリ専門職による機能訓練等を通じ、状態の維持・悪化防止を図るもの。 |
| サービス内容 | 入浴・運動・レクリエーションなどの1日タイプのサービスや専門性の高い機能訓練等のサービス ※ 短時間サービスにおいて、専門的な機能訓練が必要な場合(以下の加算を取得する場合)を含む ・ 栄養改善加算 ・ 口腔機能向上加算 |
| 対象者 | 要支援1、要支援2、事業対象者 |
| 指定基準 | 旧介護予防通所介護の基準と同様 |
| 利用者負担 | 1割～3割 |
| 報酬・主な加算 | ※ 詳細は、サービスコード表 (A6介護予防通所サービス)参照 ○ 月額基本報酬 要支援1、事業対象者 : 1,798単位/月 要支援2 : 3,621単位/月 ○ 加算 生活機能向上グループ活動加算: 100単位/月 サービス提供体制強化加算: 24～144単位/月 介護職員処遇改善加算 他 |
| 地域単価 | A6(岡山市指定事業者): 岡山市の単価 10.14 (市外の事業所も同様) |
| 主な人員基準 | ○ 管理者: 常勤専従1人以上 【資格要件: 実務経験2年以上】 ○ 生活相談員: 1人以上 【資格要件: 介護支援専門員、社会福祉士など】 ○ 看護職員: 1人以上(利用定員が11人以上の場合) 【資格要件: 看護師、准看護師】 ○ 機能訓練指導員: 1人以上 【資格要件: 作業療法士、理学療法士、看護職員など】 ○ 介護職員: 利用者15人まで: 専従1人以上 利用者15人以上から超えた利用者1人に0.2以上増員 【資格要件なし】 ※ 生活相談員・介護職員の1人以上は常勤 |
| 主な設備基準 | 食堂・機能訓練室: 3㎡×利用定員 以上 相談室 静養室 事務室 |

生活支援通所サービス

| | |
|---------|--|
| 利用目的 | 身体介護までは必要ないが、日常生活を送るうえで支援が必要な方(見守り援助を含む)が、継続した短時間の運動等により、状態の維持・改善を図るもの。 |
| サービス内容 | ストレッチ、筋力トレーニング、バランストレーニング、口腔体操などで構成される市が指定する運動プログラム等を中心とした2～4時間の短時間サービス |
| 対象者 | 要支援1、要支援2、事業対象者 |
| 指定基準 | 旧介護予防通所介護の人員・設備基準を一部緩和 |
| 利用者負担 | 1割～3割 |
| 報酬・主な加算 | <p>※ 詳細はサービスコード表 (A7生活支援通所サービス)参照</p> <p>○ 月額の場合 週1回程度(要支援1・2、事業対象者): 743単位/月 週2回程度(要支援2、短期集中サービス実施加算算定対象者) : 1,519単位/月</p> <p>○ 加算 生活機能向上活動加算:100単位/月 機能回復支援加算:40単位/月 サービス提供体制強化加算:24～48単位/月 送迎加算:40単位/回 有資格管理者配置評価加算:基本報酬の10%相当 営業体制整備評価加算:基本報酬の10%相当 介護職員処遇改善加算 短期集中サービス実施加算 他 ※短期集中サービス実施加算の詳細はp.7参照</p> |
| 算定単位の取扱 | A7(岡山市指定事業者) |
| 地域単価 | 岡山市の単価 10.14 (市外の事業所も同様) |
| 主な人員基準 | <p>○ 管理者:専従1人以上 【資格要件なし】</p> <p>○ 生活相談員:不要</p> <p>○ 看護職員:不要</p> <p>○ 運動指導員:専従1人以上 【資格要件なし、資格者がいる場合には加算】</p> <p>○ 介護職員:利用者15人まで:専従1人以上 利用者15人以上から超えた利用者1人に0.2以上増員 【資格要件なし】</p> |
| 主な設備基準 | <p>機能訓練室:3㎡×利用定員 以上</p> <p>相談室 不要</p> <p>事務室</p> <p>静養スペース</p> |

生活支援通所サービス

(短期集中サービス実施加算)

「元気回復トレーニングプラス」

※令和4年10月より開始

| | |
|--------|---|
| 利用目的 | 退院直後等一時的に身体機能が低下している方が、運動・栄養・口腔の専門職の指導のもと、3ヵ月または6ヵ月の期間に集中的にケアを行うことで、生活機能の改善を図るもの。サービス終了後は一般介護予防事業や社会資源を活用しながら、自ら介護予防に取り組み自立した在宅生活を送ることができる状態を目指す。 |
| サービス内容 | 運動・栄養・口腔の専門職の指導のもと、自宅でのセルフケアを含め集中的にケアを行う2～4時間の短時間サービス (生活支援通所サービスの加算として実施) |
| 対象者 | 要支援1、要支援2、事業対象者かつ①～③すべてを満たす者 ① 短期集中サービスの利用実績がない者 ② 集中的にケアを行うことで改善の見込みがある者 ③ 自ら介護予防活動に取り組む意欲がある者 |
| 加算 | ※ 詳細はサービスコード表 (A7生活支援通所サービス)参照 ○ 加算 週2回:1,550単位/月 ※ 3月間実施するものとし、引き続き行うことが必要と認められる者については、更に3月間実施(加算期間は最長6ヵ月) 1人の利用者に対して1回のみ加算 自立支援評価加算(Ⅰ):6,780単位 自立支援評価加算(Ⅱ):1,550単位 ※ 自立支援評価加算については利用者負担なし |
| 主な人員基準 | 生活支援通所サービスの基本要件に加え、下記基準を満たすこと。 ○ 運動指導員等:1人以上 【資格要件:専ら運動指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、健康運動指導士、健康運動実践指導者、はり師又はきゅう師】 ○ 管理栄養士:1人以上 ※ 事業所の従業者又は外部との連携により配置 ※ はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。 |
| 備考 | プラン作成は、地域包括支援センターのみで行う。 |

4 サービス・活動事業の対象者

(1) 対象者

サービス・活動事業の対象者は、平成26年改正前法の要支援者に相当する方(要支援1、2相当)とします。サービス利用に至る流れとしては、以下の2点があります。

- ①要支援認定を受けて、介護予防ケアマネジメントを受ける流れ⇒要支援者(要支援1、2の方)
- ②基本チェックリストを用いて本人の状況を確認し、介護予防ケアマネジメントを受ける流れ(事業対象者の確認にかかる届出)⇒サービス・活動事業対象者(以下「事業対象者」という。)

【対象者の要件比較】

| | 要支援者 | 事業対象者 |
|-----------|-----------------------------------|--------------|
| 利用できるサービス | ・ 介護予防サービス ・ サービス・活動事業 | サービス・活動事業 |
| 有効期間 | 最長 36ヵ月(3年間) | 一律 24ヵ月(2年間) |
| 支給限度額 | 要支援1 → 5,032単位 要支援2 → 10,531単位 | 5,032単位 |

(2) 岡山市の考え方

国の示すガイドラインでは、「基本チェックリストによる事業対象者の確認については特に制限はなく、明らかに基本チェックリストが適当でない場合(明らかに要介護認定が必要又は元気高齢者)以外は、基本チェックリストを実施し、基本チェックリストの基準に該当すれば事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施し、サービス・活動事業につなげて良いこと」とされています。

しかしながら、岡山市では、利用者の状況に応じた適切なサービスを提供するためには、複数の専門職(主治医・認定調査員・認定審査会委員)による多角的な視点での状況把握が必要と考え、**新規利用者の場合は、要介護(要支援)認定が望ましい**と考えています。

要介護(要支援)認定又は事業対象者の認定更新の際に、事業対象者としてサービス利用を希望する方については、それぞれの有効期間の満了日までに事業対象者の確認の手続きを受けてください。

《留意事項》

- ・事業対象者は介護予防サービス(介護予防訪問看護や介護予防福祉用具貸与等)が利用できません。
- ・アセスメントの結果、介護予防サービスが必要であれば、要介護(要支援)認定を勧めてください。
- ・新規利用者に対しては、要介護(要支援)認定をお勧めしますが、相談支援の結果として、事業対象者の確認を選択することを拒否することはできません。
- ・更新の対象となる利用者については、これまでのプラン評価やアセスメントに基づき、特に利用者の状態像に変化がないと判断される場合、ケアマネジャーと利用者が相談の上、認定申請か事業対象者の確認にかかる届出か、どちらかを選択してください。

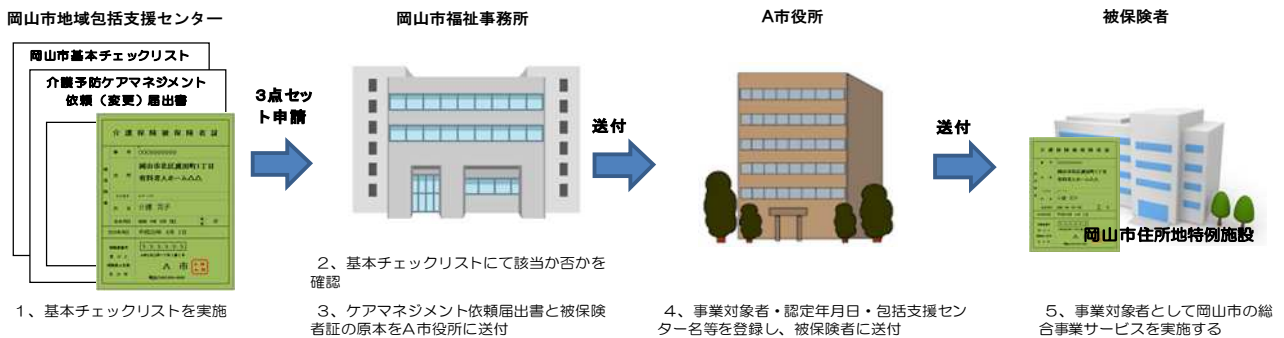
(3) 住所地特例対象者について

住所地特例者については、居住する施設の所在する市町村の総合事業を利用します。

【住所地特例者の基本チェックリスト実施からサービス利用までの流れ】

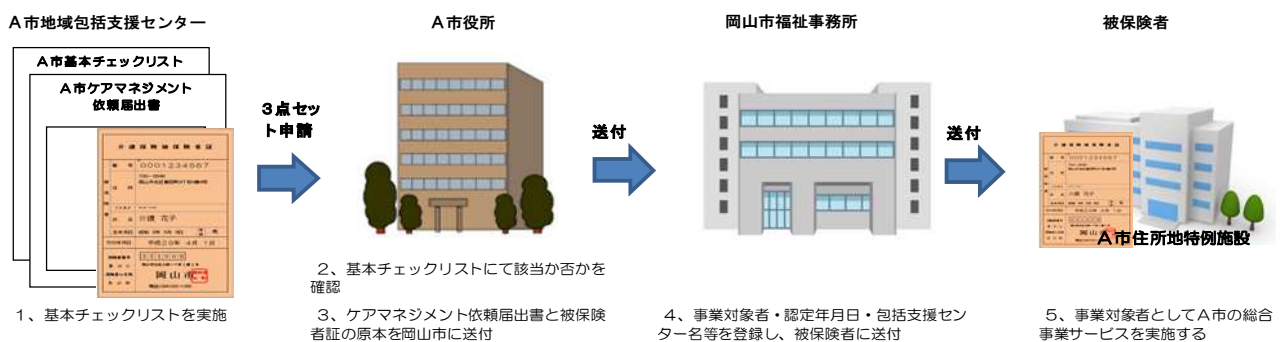
●施設所在地：岡山市/保険者：A市の場合

岡山市地域包括支援センターがケアマネジメントをします



●施設所在地：A市/保険者：岡山市の場合

A市地域包括支援センターがケアマネジメントをします



(4) 住民票を異動させずに他都市に居住している場合について

① サービス利用について

住所地(住民票)の総合事業のサービスを利用し、住所地のサービスコードで請求を行います。

※ 利用しているサービス事業所が保険者市町村の事業所指定を受けている必要があります。事業所指定、サービス内容、請求方法や手続き等は保険者市町村によって異なります。詳細は、被保険者証に記載されている保険者市町村にお問い合わせください。

② プラン作成者について

○ 岡山市に住民票を置いたまま他市町村に居住している場合

本来、岡山市地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントをすることになりますが、遠隔地であるため訪問などの実質的なマネジメント業務が不可能な場合があります。よって、岡山市地域包括支援センターが、居住地の居宅介護支援事業所に業務委託してください。

○ 他市町村に住民票を置いたまま岡山市に居住している場合

保険者の方針に基づいた対応になりますので、保険者市町村に相談してください。

5 事業対象者の確認にかかる届出

(1) 事業対象者の確認にかかる届出

事業対象者となるためには、基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当し、「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(以下、「介護予防ケアマネジメント届出書」という。))」、「基本チェックリストの結果」、「介護保険被保険者証」を、岡山市へ提出する必要があります。

なお、事業対象者の確認にかかる届出をされる方として、以下のような方が想定されます。

65歳以上であって、「サービス・活動事業」のみを利用希望の方で、

- ・ 要介護(要支援)認定の更新をしないで、事業対象者としてサービス利用を希望される方
- ・ 要介護(要支援)認定の結果が非該当となったが、サービス利用の必要性がある方
- ・ 新規の相談の方(岡山市では基本的には要介護(要支援)認定をお勧めします。)

※ 40歳～64歳の第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態になっていることが、サービスを受ける前提となるため、要介護(要支援)認定が必要です。

(2) 事業対象者の有効期間

国の総合事業ガイドラインでは、事業対象者に有効期間はありますが、岡山市では、適切なアセスメントのため、事業対象者に有効期間(原則2年間)を設定することとしています。

| 基本的な有効期間 | |
|----------------------------------|--|
| 一般高齢者から ⇒事業対象者に移行した場合 | 介護予防ケアマネジメント届出書に記載のあるサービス開始年月日(届出日と同日)から2年間 (開始日が月途中の場合は、開始月の残日数+2年間) |
| 要支援者(または要介護者)から ⇒事業対象者に移行した場合 | 要支援(または要介護)認定有効期間満了の翌日から2年間 |
| 事業対象者から ⇒要支援者(要介護者)に移行した場合 | 事業対象者の有効期間の終了日は、要介護(要支援)認定申請日の前日 |

※ 介護予防ケアマネジメント届出書の提出については、有効期間満了日の30日前から可能となります。

6 利用者負担等

利用者負担については以下ようになります。

(1) 利用者負担

介護給付の利用者負担割合(1割～3割)と同じとします。
介護保険負担割合証を確認してください。

(2) 支給限度額

| 要介護状態区分 | 支給限度額 | 利用可能サービス |
|---------|-----------|----------------------------|
| 事業対象者 | 5,032 単位 | サービス・活動事業のみ |
| 要支援1 | 5,032 単位 | ・介護予防サービスのみ ・介護予防サービス |
| 要支援2 | 10,531 単位 | +サービス・活動事業 ・サービス・活動事業のみ |
| 要介護 | 要介護度による | 介護サービスのみ |

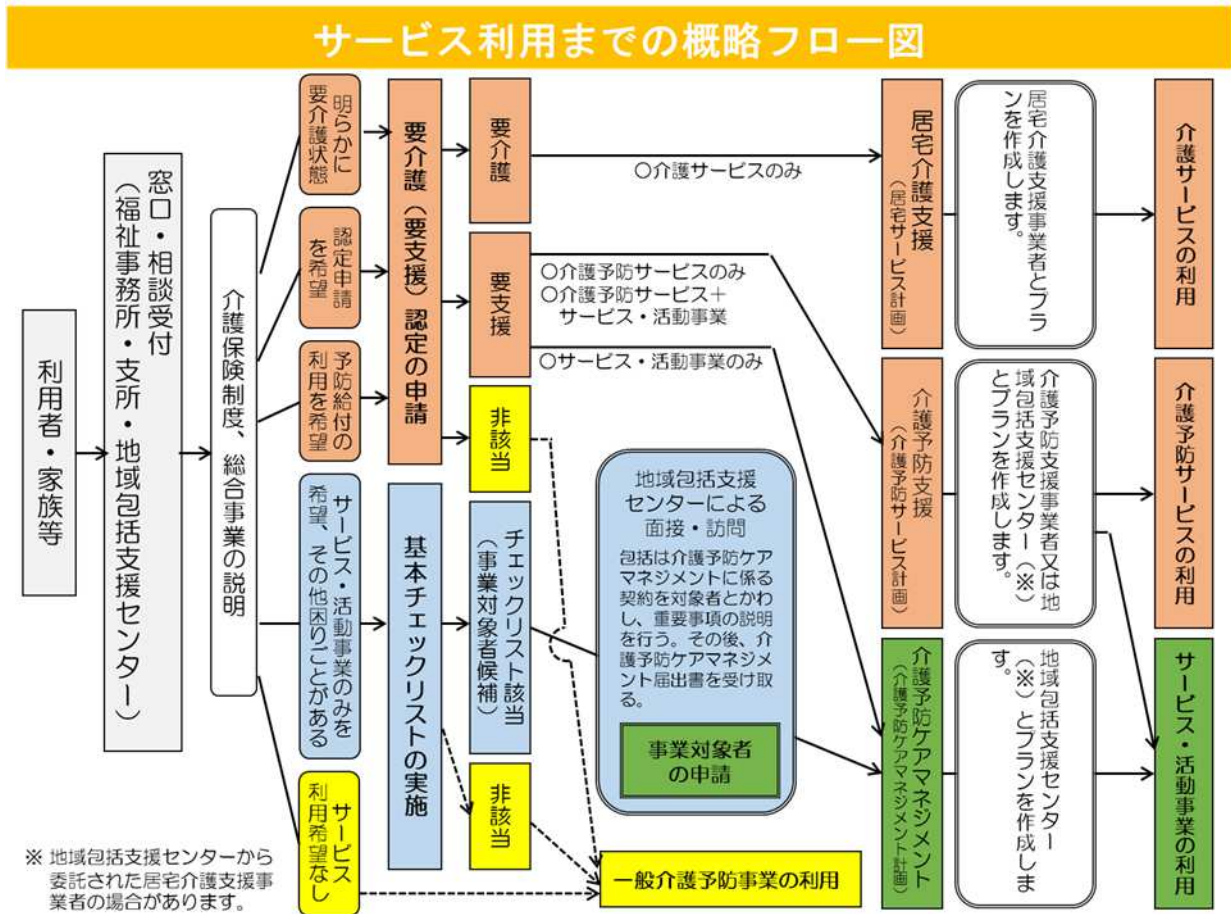
- 要支援認定を受けた方がサービス・活動事業を利用する場合には、認定区分に応じた支給限度額の範囲内で、介護予防サービスとサービス・活動事業を一体的に給付管理します。

(3) 利用者負担の軽減制度等

- ① サービス・活動事業についても、保険給付サービスにおける利用者負担額の軽減制度に相当する事業として以下の事業を実施します。
 - I 高額介護予防サービス費相当事業、高額医療合算介護予防サービス費相当事業
 - II 社会福祉法人による利用者負担の軽減制度
 - III 災害等による利用者負担の減免制度
- ② 保険料を滞納している場合の給付制限は、サービス・活動事業については、当面、適用しません。

第2章 サービス利用の流れ

1 サービス利用の流れ



事業対象者のサービス利用手続き

| 手順 | 業務内容 | 関連様式 |
|---|--|--|
| ①窓口相談受付 | 相談受付時は、制度説明の上で被保険者より相談の目的や希望するサービスを聞き取り、特に認定申請の必要があるかどうかを確認します。 | 要介護(要支援) 認定確認シート 【p.48: 帳票2】 |
| ②「認定申請」 もしくは 「事業対象者の確認 にかかる届出」 の選択 | 新規利用者には要介護(要支援)認定をお勧めします。 サービス利用中の方は、更新時に「更新申請」か「事業対象者の確認にかかる届出」かのいずれかを選択できます。 | |
| ③基本チェックリストの 実施 | ②で、事業対象者の候補となった方は、市福祉事務所、市支所、地域包括支援センター(受託居宅介護支援事業所を含む)で、本人対面のもと基本チェックリストを実施します。 申請時期【p.14参照】 実施場所【p.17参照】 | 基本チェックリスト 【p.50: 帳票3】 |
| ④地域包括支援センタ ーへの引継ぎ | 基本チェックリストで、事業対象者の基準に該当した方は、地域包括支援センターへ「事業対象者にかかる確認の届出」をします。 | 介護相談連絡表 【p.47: 帳票1】 |
| ⑤事業対象者にかかる 確認の届出 (介護予防ケアマネジ メント届出書の提出) | 「事業対象者」の方は、介護予防ケアマネジメント届出書を管轄の福祉事務所に提出する必要があります。 ※ サービス・活動事業のみ利用する場合であっても、「要支援1・2の方」は介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出となります。 | 各居宅届書 【p.60: 帳票4】 【p.61: 帳票5】 基本チェックリスト |
| ⑥被保険者証等の発行 | 概ね1週間程度で被保険者証と負担割合証を市から送付します。 | 被保険者証 【p.22~23参照】 |
| ⑦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Aを実施します。 | 【p.51~61参照】 |
| ⑧サービスの利用開始 | サービスを利用する際に、利用者は事業所に対して、被保険者証と負担割合証を提示する必要があります。 | |

2 窓口での相談受付(確認シートの活用と実施)

相談窓口は、市福祉事務所、市支所、地域包括支援センターとします。
 相談においては、要介護(要支援)認定確認シート(【帳票2:p.48】以下「確認シート」という)と基本チェックリスト【帳票3:p.50】を活用します。

(1) 事業対象者の確認にかかる届出

事業対象者の確認にかかる届出とは、

「介護予防ケアマネジメント届出書」
 「基本チェックリストの結果」(原本)
 「介護保険被保険者証」

}を岡山市へ提出することです。

(2) 届出時期

届出時期は、主に、新規の利用者の方は、随時、サービスをご利用中の方の場合は、認定有効期間満了日の30日前からとなります。

以下のように、表【届出時期の目安例】を整理しましたので、ご確認ください。

なお、本人の状態像、サービス利用状況や今後の利用見込みを勘案し、基本チェックリスト実施可能と判断される場合には、利用者に対して基本チェックリストの説明、活用を検討します。

また、認定申請か、基本チェックリストか、判断に迷う際には必要に応じて「確認シート」を使用します。【届出時期の目安例】

<要介護(支援)認定なし>

| 事業対象認定の有無 | 届出時期 |
|-----------|-------------------|
| 持っている | 事業対象認定有効期間満了の30日前 |
| 持っていない | 随時実施 |

<要介護(支援)認定あり>

| 基本チェックリスト実施希望の時点 | 届出時期 |
|---------------------------------|----------------------|
| 有効期間満了日の30日より前 | 届出不可 |
| 有効期間満了日の30日以内 | |
| ①有効期間満了日以降も引き続き、要介護(支援)認定を受けている | 想定していない |
| ②要介護(支援)認定の更新を受けていない | |
| 要介護(支援)認定更新申請を実施 | 想定していない |
| 基本チェックリストを実施 | 要介護(支援)認定有効期間満了の30日前 |
| ③更新申請の結果、非該当認定を受けた | 要介護(支援)認定有効期間満了の30日前 |

※ 基本チェックリストを実施した日から30日以内に届出が必要です。

※ なお、要介護(支援)認定有効期間中の取扱いについては、次ページの留意事項に注意してください。

《留意事項》 要介護(支援)認定有効期間中の取扱について

岡山市では要支援(要介護)認定有効期間中や事業対象者有効期間中の区分の扱いを以下のとおりとします。

① 要介護(要支援)認定有効期間中の事業対象者の確認にかかる届出

要支援1・2の認定を受けていれば「サービス・活動事業」を利用することができることや、急な状態像の変化があっても保険給付サービスの利用ができることなどから、要介護(要支援)認定有効期間中の事業対象者の確認にかかる届出は、想定していません。(ただし、確認シートにより基本チェックリストを実施する場合及び要介護(支援)認定更新申請の結果、非該当となった場合を除く。)

なお、要介護1～5の改善にかかる区分変更申請は要支援認定申請をお勧めします。

② 事業対象者の有効期間中の要介護(要支援)認定新規申請

必要に応じて受け付けます。

③ 事業対象者が要介護(要支援)認定新規申請をし、認定結果が非該当となったら

要介護(要支援)認定新規申請における結果が非該当の場合、**事業対象者の認定も要介護(要支援)認定日の前日で取り消されます。**

岡山市独自のルールですのでご注意ください。

④ 想定した介護度と認定結果が異なった場合(介護区分の見込み違い[要支援⇔要介護])の手続きを、以下のように変更します。

認定結果後に、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、居宅サービス計画作成依頼届出書・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届出書を、記載するサービス開始年月日を暫定サービス開始日に遡及して市へ提出し、給付管理票の伝送を行う。

詳しくは、以下を参考にしてください。

○ 平成29年2月14日岡介第1345号通知

「暫定居宅サービス計画・介護予防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.65参照)

(3) 要介護(要支援)認定確認シートの目的【帳票2:p.48】

要介護(要支援)認定が必要かどうかの判断をするための目安として作成したものです。必要に応じてご活用ください。

最終的には、要介護(要支援)認定申請か、事業対象者の確認にかかる届出(基本チェックリスト)かは、利用者本人が決定します。

<確認シートの手順>

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います。記入は本人だけで実施せず、必ず相談窓口担当者が立ち会いのもと行います。

1. 年齢を確認します

40～64歳の第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態になっていることが、サービスを受ける前提となるため、要介護(要支援)認定申請が必要です。

2. 要介護認定状況の確認を行います(問1関係)

サービス・活動事業を初めて利用する場合は、適切なアセスメントを行うため、要介護(要支援)認定申請を勧めます。また、既に介護保険給付サービスを利用している場合には、サービス・活動事業だけの利用でも支障がないかの確認が必要です。

3. 相談に来られた理由、本人の状態像及びサービスの希望の確認を行います(問2関係)

要介護(要支援)認定の申請が必要であるかを、簡易に判断するための項目を挙げています。「できない」を選択したり、生活状況に「不安」があったりしたときは、要介護(要支援)認定申請を案内します。

4. 結果の確認をします(問2関係)

回答の中に、1つでも要介護(要支援)認定をお勧めすべき回答がある場合は、要介護(要支援)認定申請を勧めます。

なお、問2のウの回答がすべて「できる」を選択しているにも関わらず、エの回答欄で、サービス利用の希望が選択されている場合などは、サービスの利用希望が不明瞭であり、例えば、利用者の不安感等からサービス利用の希望だけが先行していることもあるため、適切なアセスメントが必要であると考えられます。この場合は、最終的には地域包括支援センターと相談の上、要介護(要支援)認定申請か、介護予防ケアマネジメント届出書かの判断をしてもらう旨につき本人の理解を得られるならば基本チェックリストを実施し、地域包括支援センターへ引き継ぎます。対象者が、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においては、要介護(要支援)認定申請を妨げるものではありません。

3 基本チェックリストの活用と実施

<基本チェックリスト【帳票3:p.50】の目的>

基本チェックリストは、従来のような二次予防事業対象者の把握のためという活用方法ではなく、相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスが利用できるよう、**本人の状況を確認するツールとして用いるもの**です。

(1) 基本チェックリストの実施

基本チェックリストの実施にあたっては、原則本人に記入してもらいます。

相談窓口で、本人以外の来所があり、基本チェックリストを仮実施した場合は、後日、地域包括支援センターが記入した内容について本人に確認することとなります。

なお、サービス・活動事業を利用するに際しては、基本チェックリストの基準に該当した後に、以下の書類を福祉事務所に提出します。

【必要な書類】

- ①介護予防ケアマネジメント届出書
- ②基本チェックリスト結果(原本)
- ③介護保険被保険者証(紛失している場合は、再発行の必要はありません。)

(2) 基本チェックリストの実施者

相談窓口において、本人に記入していただく以外に、利用者の利便性をはかるため、地域包括支援センター・委託先居宅介護支援事業所が自宅訪問する場合等も認めます。ご協力をお願いいたします。

【基本チェックリストの実施例】

<要介護(支援)認定なし>

| 事業対象認定の有無 | 実施者 |
|-----------|----------|
| 持っている | 包括・委託先居宅 |
| 持っていない | 包括 |

<要介護(支援)認定あり>

| 基本チェックリスト実施希望の時点 | 実施者 |
|-------------------|----------|
| 要介護認定を持っている | 包括 |
| 要支援認定を持っている | 包括・委託先居宅 |
| 更新申請の結果、非該当認定を受けた | 包括 |

※ 相談窓口＝市福祉事務所、市支所、地域包括支援センター

※ 包括＝居住圏域の地域包括支援センター

※ 居宅＝居宅介護支援事業所

(3) 基本チェックリストの実施手順

基本チェックリストの質問項目及び基準については、以下の「**基本チェックリストについて**」及び「**事業対象者に該当する基準**」で示されたものとします。

次頁の「基本チェックリストについて」【留意事項】に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に基本チェックリストの回答欄に丸印を記入してもらいます。

基本チェックリストについて

【留意事項】

- ・基本チェックリストは、ケアマネジメント届出提出日の30日以内に実施したものが有効です。
- ・対象者には、各質問事項の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。
- ・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。
- ・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。
- ・各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問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・親戚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分位続けて歩いていますか | 15分位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、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | |
| 11 | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 6カ月間で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カ月以上かかって減少している場合には「いいえ」となります。 |
| 12 | 身長、体重 | 身長、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。 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ で計算してください。意味合いは痩せ状態の判定であり、「BMI18.5未満」が「はい」となります。 |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。 | | |
| 13 | 半年前に比べて堅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 | お茶や汁物等を飲む時に、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 | 口の渇きがきになりますか | 口の中の渇きがきになるかどうかを、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カ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「いつも同じ事を聞く」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。月と日の一方しか分からない場合には「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)以前は楽に出来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 | |

- 窓口担当者が、基本チェックリストの右欄の分類項目ごとに、点数を記入します。
 分類項目は、以下の「事業対象者に該当する基準」で構成されています。

事業対象者に該当する基準

下表の基準のひとつでも該当すれば、「事業対象者」の候補に該当します。

| | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------------|
| ① No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 | (複数の項目に支障) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ② No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当 | (運動機能の低下) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ③ No.11～12の2項目のすべてに該当 | (低栄養状態) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ④ No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当 | (口腔機能の低下) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当 | (閉じこもり) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ⑥ No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | (認知機能の低下) | <input type="checkbox"/> 該当 |
| ⑦ No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当 | (うつ病の可能性) | <input type="checkbox"/> 該当 |

ア 基準に一つでも該当

相談窓口が地域包括支援センターの場合

事業対象者の候補となりますので、サービス・活動事業か一般介護予防事業等のどちらが適切なかを判断し、サービス・活動事業が必要であれば「介護予防ケアマネジメント届出書」を作成し、手続きを開始してください。

相談窓口が市の場合

事業対象者の候補となることを伝え、事業対象者としてサービスを利用するには、事業対象者の確認にかかる届出の手続きをする必要があるため、基本的には地域包括支援センターへ連絡を取るようご案内ください。(ただし、細かな連絡方法は各福祉事務所・支所でのルールにより実施されます。) その連絡時、必要に応じて「介護相談連絡表」(介護相談連絡表と確認シートは両面)(p. 47～p. 48参照)を、利用者に記入してもらってください。依頼を受けた地域包括支援センターは、速やかに介護予防ケアマネジメントを開始します。

イ 基準に一つも該当しない 一般介護予防事業等を勧めます。

ウ 基準に多数該当

確認シートを用いて聞き取った内容も考慮し、明らかに要介護(要支援)認定が必要(要介護1以上と想定される)な場合は、再度、要介護(要支援)認定申請を勧めます。

《留意事項》

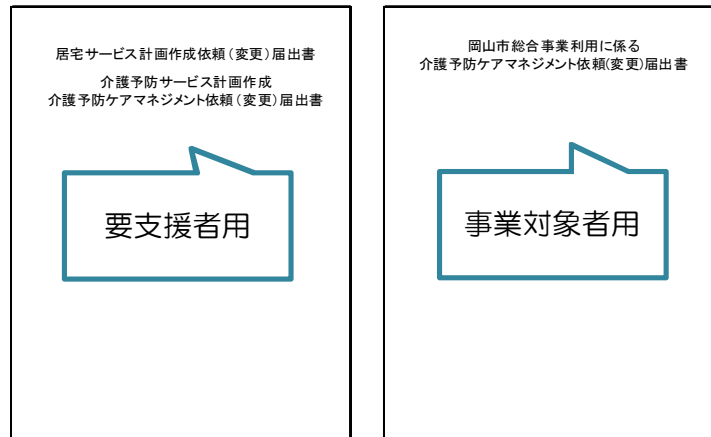
- ① 更新申請の場合は、基本チェックリストを受託居宅介護支援事業所が行うことを可とします。
- ② 更新申請及び委託先変更を行う場合は、「介護予防ケアマネジメント届出書」の変更届は必須とします。ただし、基本チェックリスト・被保険者証・介護予防ケアマネジメント届出書(居宅介護支援事業所名と事業所番号を居宅介護支援事業所で記入)の提出者は地域包括支援センター又は受託する居宅介護支援事業所でも可とします。

4 介護予防ケアマネジメント届出書等の必要の有無

(1) 様式について

サービスの利用状況によって、提出する届出書が異なります。

基本的には、要介護や要支援1・2の方が提出する「居宅サービス計画作成(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」【帳票4:p.60】と、事業対象者の方が提出する「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:p.61】の2種類になります。



(2) 新たに届出が必要な場合

【介護予防ケアマネジメント依頼届出書等の必要の有無】

| 区分 | 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【帳票4:p.60】 | 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:p.61】 | 理由 |
|--|--|---|---|
| 新たに <u>事業対象者</u> になる場合 | × 不要 | ○ 必要 | サービス・活動事業の事業対象者として登録するため |
| 事業対象者から <u>事業対象者</u> に更新する場合 | × 不要 | ○ 必要 | サービス・活動事業の事業対象者として更新登録するため |
| 要支援者から <u>事業対象者</u> に移行する場合 | × 不要 | ○ 必要 | サービス・活動事業の事業対象者として登録するため |
| 事業対象者から <u>要支援者</u> に移行する場合※ | ○ 必要 | × 不要 | 介護予防サービスの対象者として登録するため |
| 要支援者(既に介護予防サービス計画作成依頼届出書を提出済)がサービス・活動事業のみを利用する場合 | × 不要 | × 不要 | 介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行するが要支援者であることは変わらないため |

※ 事業対象者が要支援者になる場合、プランは同じ介護予防ケアマネジメント計画でも認定区分が変更するため届出が必要になります。要支援認定申請をし、暫定でサービスを利用する時点で届出をしてください。

【新規の場合】

様式第1号（第6条関係）

岡山市基本チェックリスト

申請区分 1.新規 2.更新

被保険者番号 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8

フリガナ カイゴ ウメコ

氏名 介護 梅子

性別 女

生年月日 昭和10年10月10日

交付年月日 平成30年6月29日

保険者番号並びに保険者の名称及び印 岡山市 電話(086)803-1000

No. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

1 5分位続けて歩いていますか

2 この1年間に転んだことがありますか

3 転倒に対する不安は大きいですか

4 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか

5 肥満度は18.5未満ですか 体重()kg/身長()cm

6 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

7 お茶や汁物等でむせることがありますか

8 口の渇きが気になりますか

9 週に1回以上は外出していますか

10 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

11 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云われますか

12 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

基本チェックリストの有効期限は最大30日です。提出日に注意してください。

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 新規 更新 住所地特例者（保険者名）

東区福祉事務所 H30.5.15 受付

被保険者氏名 フリガナ カイゴ ウメコ

被保険者番号 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8

個人番号

氏名 介護 梅子

生年月日 平成10年10月10日

性別 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 ④ 岡山市東区地域包括支援センター

地域包括支援センターの所在地 岡山市東区西大寺中二丁目16番33号

電話番号 086(944)1866

事業所番号 3 3 0 0 1 0 0 0 3 3

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）

居宅介護支援事業者名 〇〇居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業者の所在地 岡山市東区西大寺南一丁目2番4号

電話番号 ()

事業所番号 3 3 7 7 7 7 7 7 7 7

サービス開始・変更年月日 平成30年6月1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することを依頼することをご提出します。

30年5月15日

被保険者 住所 岡山市

電話番号 086(777)7777

③⑤ サービス開始年月日：
介護予防ケアマネジメント届出書提出日

介護保険被保険者証

番号 0 0 0 2 3 4 5 6 7 8

住所 岡山市東区西大寺南町七丁目7番7号

フリガナ カイゴ ウメコ

氏名 介護 梅子

生年月日 昭和10年10月10日

性別 女

交付年月日 平成30年6月29日

保険者番号並びに保険者の名称及び印 岡山市 電話(086)803-1000

① 要介護状態区分等

認定年月日 平成30年6月15日

② 認定の有効期間 平成30年6月15日 ~ 平成32年6月30日

③ 区分支給限度基準額

④ 地域包括支援センターの名称 岡山市東区地域包括支援センター

⑤ 届出年月日 平成30年6月22日

⑥ 区分支給限度額

1月あたり サービスの種類 種類支給限度基準額

認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

給付制限

内容 期間

開始年月日 終了年月日

開始年月日 終了年月日

開始年月日 終了年月日

開始年月日 終了年月日

介護保険施設等

種類 名称 入所等年月日

種類 名称 退所等年月日

種類 名称 入所等年月日

種類 名称 退所等年月日

- ①「要介護状態区分等」: 事業対象者
- ②「認定年月日」: 基本チェックリストを実施し、事業対象者候補となった日
- ③「認定の有効期間」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日(介護予防ケアマネジメント届出書提出日)から2年間
- ④「地域包括支援センターの名称」: 介護予防ケアマネジメント届出書に記載された地域包括支援センターの名称
- ⑤「届出年月日」: 介護予防ケアマネジメント届出書のサービス開始年月日
- ⑥「区分支給限度額」: 表示はされませんが「5,032単位」です。注意してください。

第3章 介護予防ケアマネジメント

1 ケアマネジメントの区分

平成26年法改正により、介護予防ケアマネジメントは、予防給付による「介護予防支援」(以下「介護予防支援」という。)と総合事業による「介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)」(以下「介護予防ケアマネジメント」という。)の2種類になっています。

ケアマネジメントの区分は、利用するサービスにより異なります。

以下、図表で整理していますのでご確認ください。

| 利用者区分 | サービス利用パターン | サービス費の区分 | ケアマネジメントの区分 |
|------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| 事業対象者 | サービス・活動事業のみ (訪問型・通所型) | 総合事業 | 介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメント A) |
| 要支援 1・2 | 介護予防サービスのみ (訪問看護・福祉用具貸与等) | 予防給付 | 介護予防支援 |
| | 介護予防サービス + サービス・活動事業 | 予防給付と 総合事業 | 介護予防支援 |
| | サービス・活動事業のみ (訪問型・通所型) | 総合事業 | 介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメント A) |

2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

(1) 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センター（委託を受けた居宅介護支援事業者を含む）が居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援するものです。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。このようなことから、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなります。

（平成27年6月5日老振発0605第1号通知 別紙「地域支援事業実施要項」
（令和6年8月5日一部改正）より抜粋）

(2) 岡山市の介護予防ケアマネジメントの考え方

岡山市では、「第1章 4 サービス・活動事業の対象者」で述べているとおり、サービス・活動事業のみを希望する場合であっても、利用者の状況に応じた適切なサービスを提供するためには、**新規利用者の場合は、要介護(要支援)認定が望ましい**と考えています。

要支援者は、介護予防サービスも含めてケアマネジメントを実施すること、また、岡山市のサービス・活動事業については、指定事業であり、どのサービスにおいても給付管理が必要になることを踏まえ、介護予防ケアマネジメントについても、介護予防支援に相当する「ケアマネジメントA」を実施することとしています。

また、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時にすすめていく地域包括ケアシステムの実現のための仕組みのひとつとして、地域ケア会議があります。岡山市では、個別事例の検討を行う地域ケア個別会議、住民主体で個別課題・地域課題の解決のための地域づくり活動を行う小地域ケア会議、この2種類の会議で把握された地域課題の共有化を行う地域ケア連携会議、そして、地域ケア連携会議から集約された地域課題等について庁内で検討し、政策形成に結び付けていくための地域ケア推進会議を実施しています。

3 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業務の流れ

業務の流れについては、別冊の「**受託者向け 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ**」を参照してください。

令和6年4月1日施行の介護保険法の改正により、介護予防支援事業所の指定を受けることが可能となりました。直接契約に係る業務の流れについては、「**指定介護予防支援事業者向け 介護予防支援業務の流れ**」を参照してください。

(2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託について

介護予防支援事業者・介護予防ケアマネジメント受託者である地域包括支援センターは介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業者に委託することができます。

ただし、委託業務を行うにあたっては事前に、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者との間で業務委託契約が締結されていることが必要です。

(3) 介護予防訪問(通所)サービスと生活支援訪問(通所)サービスの利用者の考え方

介護予防訪問(通所)サービスと生活支援訪問(通所)サービスの利用者の考え方の目安を、以下の図表のとおり整理していますので、ご確認ください。

なお、図表はあくまでも業務の人員・設備・運営基準等を基にした目安となっています。

介護予防訪問(通所)サービスを介護予防サービス計画原案等に位置付けた場合には、「**介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)**」(P.57参照)にその必要性について理由を記載してください。

「岡山市版介護予防のアセスメントシート」(P.58参照)は、利用者の状況を踏まえた目標設定や状態の維持改善に向けた支援を行うために、市、県介護支援専門員協会、地域包括支援センターで作成したものです。

計画書原案作成前の段階では、計画を作成する上で必要と判断される項目についてご確認ください。必ずしも全項目を確認する必要はありません。

ただし、3～6ヵ月を目途に全項目の確認をお願いします。

項目は、多様なサービスを構築して行くうえでの重要な視点が含まれています。

- ・ケアマネジャーがどのような視点でサービス導入をしているのか
- ・地域に必要なサービスとは
- ・どんな状態像の利用者がどのサービスを使うことが利用者の自立支援につながるのか 等

「社会性アセスメントシート」(P.59参照)は、サービス・活動事業の中でも短期集中サービス実施加算の利用を検討する際に、「**岡山市版介護予防のアセスメントシート**」に加えて使用してください。

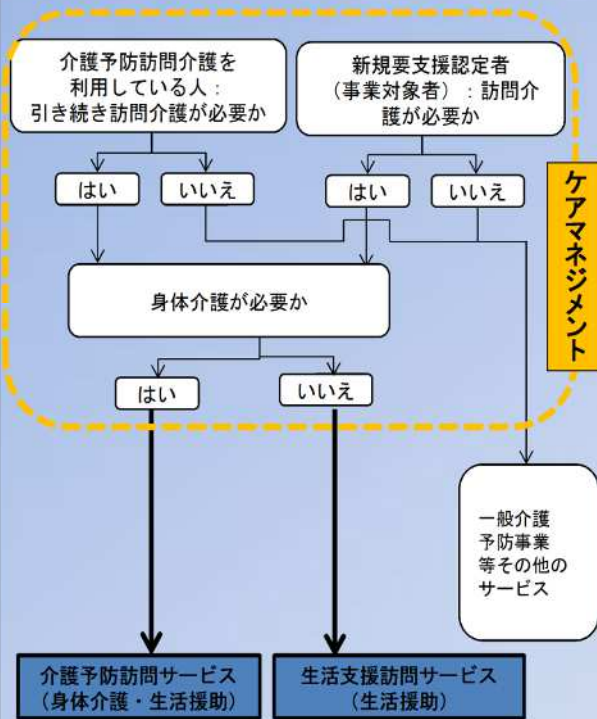
利用者の生きがいや地域とのつながりを確認し、地域において自立した在宅生活を送ることができると目指した目標設定をするうえで必要となる生きがい等に関する項目などを追加しています。

① 訪問型サービス

介護予防訪問サービスと生活支援訪問サービスの利用の目安

訪問型サービス

○適切な介護予防ケアマネジメントの過程を通じて必要な支援の内容と回数等を決定



判断基準の目安について

介護予防訪問サービス

- 身体介護と生活援助の一体的な提供が必要な場合
- 家族と同居しているなどの理由により生活援助は必要ないが、身体介護が必要な場合
身体介護：①排泄・食事介助 ②清拭・入浴、身体整容
③体位変換、移動・移乗介助、外出介助 ④起床及び就寝介助 ⑤服薬介助 ⑥自立支援のための見守りの援助
- 日常生活自立度が低下がみられる場合
障がい高齢者の日常生活自立度がランクA以上
認知症高齢者の日常生活自立度がランクII以上

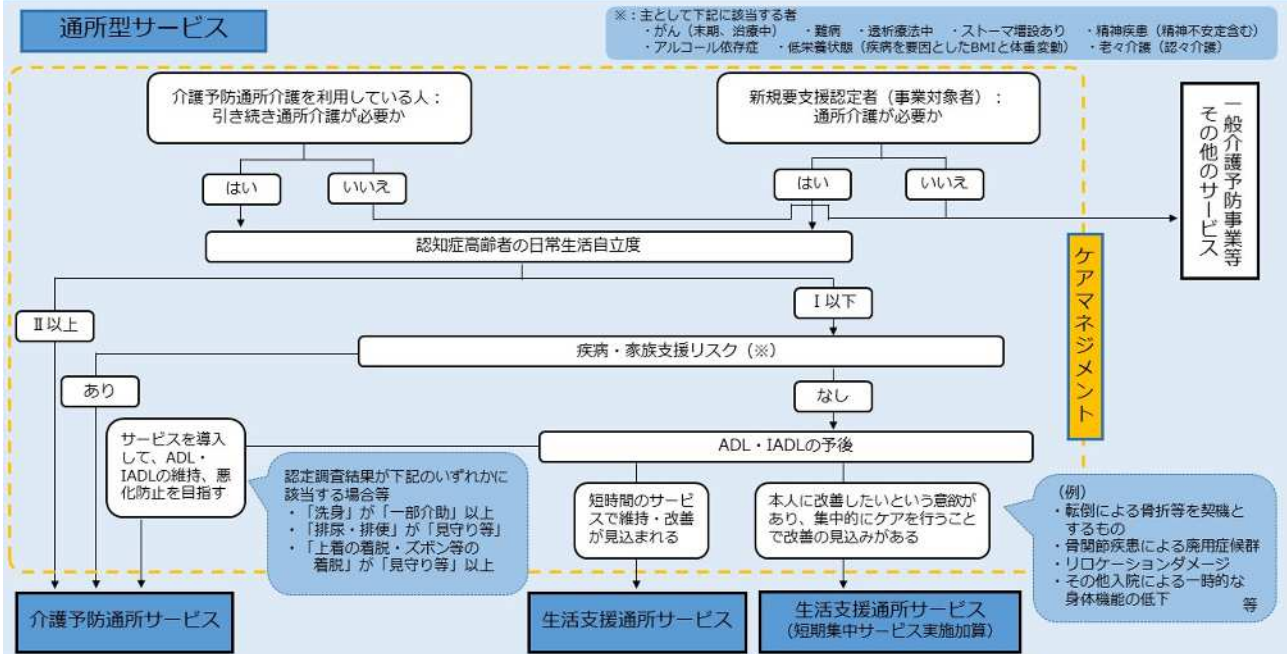
生活支援訪問サービス

- 利用者が自力で家事等を行うことが困難なケースで、同居の家族からの援助がなく、地域住民による支え合いや他の福祉サービスの利用が好ましくない場合
生活援助：①掃除 ②洗濯 ③ベッドメイク ④衣類の整理・被服の補修 ⑤一般的な調理、配下膳 ⑥買い物・薬の受け取り

※参考：訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について
(平成12年3月17日老計第10号)

② 通所型サービス

介護予防通所サービスと生活支援通所サービスの利用の目安①



介護予防通所サービスと生活支援通所サービスの利用の目安②

～判断基準の目安について～

① 介護予防通所サービス

- 1 入浴や排せつなどで介助や見守りが必要な場合
- 2 引きこもりの防止などで、長時間のサービス利用が必要な場合
- 3 精神疾患等の疾病があり、環境の変化等が病状悪化につながる恐れがある場合
- 4 専門的な機能訓練が必要な場合
- 5 日常生活自立度に低下がみられる場合
 障害高齢者の日常生活自立度がランクA以上
 認知症高齢者の日常生活自立度がランクII以上

②-1 生活支援通所サービス

- 1 短時間のサービス利用で、状態の維持・改善が見込まれる人
- 2 身体機能の維持向上に、市が示す運動プログラム（利用者が自力で実施できるプログラム）で廃用性症候群等を予防する必要がある場合
- 3 職員のアドバイスや提案があれば、短時間の利用に加えて、家庭での機能訓練の実施等により、自立した生活が継続できる場合
- 4 認知症高齢者の日常生活自立度がランクI以下
- 5 疾病・家族支援リスク(※)がない場合

※：主として下記に該当する者

- ・がん（末期、治療中） ・難病 ・透析療法中
- ・ストーマ増設あり ・精神疾患（精神不安定含む）
- ・アルコール依存症 ・老々介護（認々介護）
- ・低栄養状態（疾病を要因としたBMIと体重変動）

【短期集中サービスの利用実績がない人のみ利用可能】

②-2 生活支援通所サービス（短期集中サービス実施加算）

【②-1の項目4、5に加えて以下の項目に該当する場合】

- 1 本人に「改善したい」という意欲がある場合
- 2 自立した生活の維持・改善を目指してサービスの終了後も自ら介護予防活動に取り組む意欲のある方
- 3 「短期集中サービス」の目的及び内容を理解し、自ら参加を希望する方
- 4 病氣やけが等により一時的な筋力低下がある方で、集中的に専門的なプログラムを実施することにより生活機能の向上が見込める方、または運動不足や閉じこもり傾向があるために活動が不活発になっていて、廃用性による能力低下が推測される方

4 介護予防ケアマネジメントと介護予防支援の費用と請求

(1) 介護予防ケアマネジメント費と介護予防支援費の報酬単位と請求について

地域包括支援センターが実施(居宅介護支援事業所に委託している場合を含む)する介護予防ケアマネジメント費については、次の報酬単位となります。介護予防支援費(Ⅰ)については「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」を参照してください。

なお、居宅介護支援事業者が実施する介護予防支援費(Ⅱ)については、報酬単位や請求方法が異なりますので、本マニュアルの対象外となります。

介護予防ケアマネジメント

| | |
|----------|--|
| 対象者 | 事業対象者、要支援者(介護予防支援の対象者を除く) |
| プラン作成者 | 地域包括支援センター又は委託先居宅介護支援事業所 |
| 提出方法 | 給付管理票 (地域包括支援センター→国保連) ケアマネジメント費請求情報 (地域包括支援センター→国保連) |
| 報酬の支払い方法 | 国保連から地域包括支援センター・委託先居宅介護支援事業所に直接支払われる |

岡山市介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード表(AF)(令和8年6月施行版)

| サービスコード | サービス内容略称 | 単位数 |
|---------|------------------------|-----|
| 1001 | 介護予防ケアマネジメント(本体) | 442 |
| 1007 | 介護予防ケアマネジメント・虐待(本体) | 438 |
| 1011 | 介護予防ケアマネジメント・業未(本体) | 438 |
| 1012 | 介護予防ケアマネジメント・虐待・業未(本体) | 434 |
| 4001 | 介護予防ケアマネジメント初回加算 | 300 |
| 6132 | 介護予防ケアマネジメント委託連携加算 | 300 |
| 6207 | 介護予防ケアマネジメント処遇改善加算11 | 9 |
| 6208 | 介護予防ケアマネジメント処遇改善加算12 | 15 |
| 6209 | 介護予防ケアマネジメント処遇改善加算13 | 16 |
| 6210 | 介護予防ケアマネジメント処遇改善加算14 | 22 |

※ 1単位の単価:10.21円

○ 過誤申立の方法

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書を岡山市に請求してください。

(2) 地域包括支援センターから委託を受けている居宅介護支援事業者について

請求時期は翌月4日が締切となっています。提出書類や請求方法等、詳しくは別冊の「受託者向け 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ」を参照ください。

請求したケアマネジメント委託料は、国保連合会から支払われることとなります(県外の居宅介護支援事業所、県外保険者の住所地特例者を除く)。事業所番号等十分注意のうえ、給付管理票を作成してください。

(3) 加算について

① 初回加算

新規に介護予防ケアプランを作成する場合に算定されます。

※「新規」の考え方は、居宅介護支援及び介護予防支援と同様の取り扱いとなります。

具体的には、次のとおりです。

- 契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去2ヵ月以上、当該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に、当該利用者に対して介護予防ケアプランを作成した場合
- 要介護認定者が、更新の結果、要支援1・2となり、介護予防ケアマネジメントを実施する場合に、当該利用者に対して介護予防ケアプランを作成した場合

② 委託連携加算

地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該居宅介護支援事業所に提供(*1)し、当該居宅介護支援事業所における介護予防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(*2)の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として算定されます。

なお、地域包括支援センターから居宅介護事業所に支払われる委託費は当該加算を勘案して設定することとなります。

*1…地域包括支援センター及び居宅介護事業所の双方で必要書類の受け渡し等を行い、双方がその旨を経過記録に記載した場合

*2…地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託し、サービスを開始した日

【委託連携加算算定要件】

| 条件 | | | 委託連携加算 |
|-------------|---------------|------------|--------|
| 新規 | 新規委託 | | ○ |
| 再開 | 2ヵ月以上の未利用 | | × |
| 委託元・委託先の変更等 | 委託元包括 | 委託先 | |
| | 変更あり | 変更なし | ○ |
| | 変更あり | 変更あり | ○ |
| | 変更なし | 変更あり | ○ |
| 更新 | 要介護認定 | 変更なし | ○ |
| | →要支援認定 | 変更あり | ○ |
| 暫定 | 新規暫定プラン→結果要支援 | | ○ |

③ 介護職員等処遇改善加算

介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして届出を行った地域包括支援センターが、利用者に対し、介護予防ケアマネジメントを行った場合に算定されます。

なお、地域包括支援センターから居宅介護事業所に支払われる委託費は当該加算を勘案して設定することとなります。

(4) 減算について

① 高齢者虐待防止未実施減算

次のア～エの虐待の防止の措置を講じていない場合に減算されます。

ア 当該介護予防ケアマネジメント受託事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図る

イ 当該介護予防ケアマネジメント受託事業所における虐待の防止のための指針を整備する

ウ 当該介護予防ケアマネジメント受託事業所において、担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する

エ ア～ウに掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く

② 業務継続計画未策定減算

次の業務継続計画の策定等の措置を講じていない場合に減算されます。

○ 介護予防ケアマネジメント受託者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる

第4章 給付管理とサービス・活動事業費の請求事務

1 サービス・活動事業のコードと事業所の関係

サービス種類コードと事業所指定の関係及びサービス種類ごとの1単位の単価については以下のとおりです。

(1) サービス種類コードと事業所指定 ※詳細なコードは別表単位数サービスコード表を参照

| サービス種類コード | サービス種類名 | 該当する事業所 |
|-----------|------------|-------------------------------|
| A2 | 介護予防訪問サービス | 岡山市の介護予防訪問サービス事業者の指定を受けている事業所 |
| A3 | 生活支援訪問サービス | 岡山市の生活支援訪問サービス事業者の指定を受けている事業所 |
| A6 | 介護予防通所サービス | 岡山市の介護予防通所サービス事業者の指定を受けている事業所 |
| A7 | 生活支援通所サービス | 岡山市の生活支援通所サービス事業者の指定を受けている事業所 |

※ 総合事業のサービス・活動事業者の指定状況は事業者指導課のホームページに掲載しています。
(毎月更新)

(2) サービス種類ごとの1単位の単価について

| サービス | 1単位の単価 |
|---------------|--------|
| A2:介護予防訪問サービス | 10.21 |
| A3:生活支援訪問サービス | 10.21 |
| A6:介護予防通所サービス | 10.14 |
| A7:生活支援通所サービス | 10.14 |

<対象事由と起算日>

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | 起算日※2 | |
|---|--------|---|--------------------------------|
| 介護予防通所リハ (介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む) | 開始 | ・ 区分変更 (要支援Ⅰ ⇄ 要支援Ⅱ) | 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 |
| | | ・ 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居 (※1) | 退居日の翌日 |
| | | ・ 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 |
| | 終了 | ・ 区分変更 (要支援Ⅰ ⇄ 要支援Ⅱ) | 変更日 |
| | | ・ 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) |
| | | ・ 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 |

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | | 起算日※2 |
|--|--------|---|--|
| 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | 開始 | ・区分変更（要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ） | 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） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く） | サービス提供日 （通い、訪問又は宿泊） |
| | | ・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 |
| | 終了 | ・区分変更（要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ） | 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） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除 | 契約解除日 （廃止・満了日） （開始日） （喪失日） （転出日） |
| | | ・公費適用の有効期間終了 | 終了日 |
| | | ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く） | 契約日 |
| 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護（療養通所介護） | 開始 | ・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 |
| | | ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除 | 契約解除日 （満了日） （開始日） |
| | 終了 | ・公費適用の有効期間終了 | 終了日 |

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | 起算日※2 |
|---|--------|--|
| 訪問看護（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合） | 開始 | ・ 区分変更（要介護1～要介護5の間） 変更日 |
| | | ・ 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） ・ 事業開始（指定有効期間開始） ・ 事業所指定効力停止の解除 ・ 利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く） 契約日 |
| | | ・ 短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・ 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1） 退所日の翌日 退居日の翌日 |
| | | ・ 医療保険の訪問看護の給付対象となった期間（ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く） 給付終了日の翌日 |
| | | ・ 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（要介護1～要介護5の間） 変更日 |
| | 終了 | ・ 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） ・ 事業廃止（指定有効期間満了） ・ 事業所指定効力停止の開始 ・ 利用者との契約解除 契約解除日 （満了日） （開始日） |
| | | ・ 短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・ 小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1） 入所日の前日 入居日の前日 |
| | | ・ 医療保険の訪問看護の給付対象となった期間（ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く） 給付開始日の前日 |
| | | ・ 公費適用の有効期間終了 終了日 |

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | | 起算日※2 | |
|--|--|--|-----------------------------|-------|
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 開始 | ・区分変更（要介護1～要介護5の間） | 変更日 | |
| | | ・区分変更（要支援→要介護） | 契約日 | |
| | | ・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 | | |
| | | ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く） | | |
| | | ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） | 退所日 | |
| | 終了 | ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1） | 退居日 | |
| | | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 | 給付終了日の翌日 | |
| | | ・公費適用の有効期間開始 | 開始日 | |
| | 開始 | ・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 | |
| | | 終了 | ・区分変更（要介護1～要介護5の間） | 変更日 |
| | | | ・区分変更（要介護→要支援） | 契約解除日 |
| | | | ・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） | | | （満了日） | |
| ・事業所指定効力停止の開始 | | | （開始日） | |
| ・利用者との契約解除 | | | | |
| ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） | 入所日の前日 | | | |
| 終了 | ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1） | 入居日の前日 | | |
| | ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 | 給付開始日の前日 | | |
| | ・公費適用の有効期間終了 | 終了日 | | |
| 福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 （特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む） | 開始 | ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない） | 開始日 | |
| | | ・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 | |
| | 終了 | ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない） | 中止日 | |
| | | ・公費適用の有効期間終了 | 終了日 | |

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | 起算日※2 | |
|--|--------|---|------------------------------------|
| <p>介護予防・日常生活支援総合事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自） <p>※月額包括報酬の単位とした場合</p> | 開始 | <ul style="list-style-type: none"> ・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ） | 変更日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約開始 | 契約日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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居（※1） | 退居日の翌日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護の退所（※1） | 退所日の翌日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所療養介護の退所・退院（※1） | 退所・退院日又は退所・退院日の翌日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間開始 | 開始日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ） | 変更日 |
| | 終了 | <ul style="list-style-type: none"> ・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） |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者との契約解除 | 契約解除日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・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 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護の入所（※1） | 入所日の前日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所療養介護の入所・入院（※1） | 入所・入院日又は入所・入院日の前日 |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間終了 | 終了日 |

| 月額報酬対象サービス | 月途中の事由 | | 起算日※2 |
|-------------------------------------|--------|--|-------|
| 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 | — | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | — | <ul style="list-style-type: none"> ・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（要支援含む）に変更がある場合は、月末における要介護度（要支援含む）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。（月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様） | — |

※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。
 なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※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。

3 総合事業における公費助成等の取扱いについて

その他の制度における総合事業の取扱いについては以下のとおりです。

【その他の制度における総合事業の取扱い】

| | A2 | A3 | A6 | A7 |
|------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | 訪問型サービス (独自) | 訪問型サービス (独自/定率) | 通所型サービス (独自) | 通所型サービス (独自/定率) |
| 12 生活保護 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 25 中国残留 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 81 原爆助成 | ○ | | ○ | |
| 58 全額免除 | ○ | | | |

○印は請求が可能な公費

ア) 生活保護・中国残留邦人

生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含みます。)における、介護扶助給付対象の範囲としては、全てのサービスについて給付対象とします。

イ) 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について全額公費による助成事業が行われているところですが、今般の総合事業の実施に伴う助成範囲については、介護予防サービスのみであり生活支援サービスは対象ではありません。

ウ) 障害者総合支援法に基づく自立支援給付(障害福祉サービス)について

総合事業(第1号事業)は、介護保険サービスと同様に、障害福祉サービスに優先します。すなわち、サービス内容や機能から障害福祉サービスに相当する介護保険サービス(第1号事業を含む)がある場合には、介護保険を優先して受けることとなります。

そこで、障害福祉サービスを受給することができる障害者については、障害者が必要としている支援内容を受けることが可能か否かを適切に判断したうえで、介護保険サービス(第1号事業を含む)を利用し、それだけでは必要と認められる支給量が確保できない場合、又はサービス内容や機能から介護保険サービス(第1号事業を含む)には相当するものがない障害福祉サービスについて、障害福祉サービスを利用することになります。

4 「給付管理票」「請求明細書」記載例

概略

記載例1

パターン:『事業対象者』が総合事業を利用
認定:総合事業[生活支援訪問A3]、事業対象者、2割
ポイント:・事業対象者は支給限度額が5,032単位
・生活支援訪問(A3)、生活支援通所(A7)は請求書に給付率を記入しない
・同じサービスでも1割～3割で異なる専用コードがある

記載例2

パターン:『要支援者』が生活支援訪問(A3)を利用
翌月、身体状況の変化により月途中で介護予防サービス(A2)を利用
設定:総合事業[介護予防訪問A2][生活支援訪問サービスA3]要支援1、1割
ポイント:介護予防訪問(A2)と生活支援訪問(A3)を同月に請求する場合は給付率を記入する

記載例3

パターン:『事業対象者(住所地特例者)』が総合事業を利用
設定:総合事業[介護予防訪問A2] 事業対象者 1割
・保険者(他市)
・住所地(岡山市)
・岡山市総合事業利用
ポイント:岡山市のサービスコードを記入する
住所地特例用の事業費明細書欄に記入する
岡山市の総合事業ルール(有効期間あり、支給限度額5,032単位)が適用される

【請求方法についてのお問い合わせ先】

〒700-8568

岡山市北区桑田町17番5号

岡山県国民健康保険団体連合会 介護保険課

TEL 086-223-8876

様式第二の三（附則第二条関係）

【記載例1】請求明細書

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 （訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

| | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|----|
| 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 8 | 月分 |
| 保険者番号 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | |
| (フリガナ) | カイゴ ウメコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 梅子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 1 | 0 | 年 | 1 | 0 | 月 | 1 | 0 | 日 | 性別 | 1 | 男 | 2 | 女 | | | | | | | | |
| 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 6 | 月 | 1 | 5 | 日 | から | 令和 | 0 | 4 | 年 | 0 | 6 | 月 | 3 | 0 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 3 | 3 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 事業所名称 | △△ヘルパーステーション | | | | | | | | | |

| | |
|------------------|---------------------------------------|
| 介護保険負担割合証 | |
| 交付年月日 令和2年 8月 1日 | |
| 番号 | 0002345678 |
| 住所 | 704-8545 岡山市東区西大寺南町七丁目7番7号 |
| フリガナ | カイゴ ウメコ |
| 氏名 | 介護 梅子 |
| 生年月日 | 昭和10年10月10日 |
| 性別 | 女 |
| 利用者負担の割合 | 適用期間 |
| 2割 | 開始年月日 令和2年 8月 1日 終了年月日 令和3年 7月 31日 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|--|--|
| 介護予防サービス計画 | 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 事業名称 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 開始年月日 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 6 | 月 | 1 | 5 | 日 |
|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 |
|------------|-------------|-----|----|---------|
| 支援訪問1 (8割) | A 3 1 6 0 0 | | 1 | 9 8 |
| 2割のサービスコード | | | | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 |
|--------|---------|-----|
| | | |

| | | |
|------------------------|---------|--------------------|
| ①サービス種類コード ②名称 | A 3 | 訪問型サービス (独自/定率) |
| ③サービス実日数 | 4 | 日 |
| ④計画単位数 | | 9 8 8 |
| ⑤限度額管理対象単位数 | | 9 8 8 |
| ⑥限度額管理対象外単位数 | | 0 |
| ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | | 9 8 8 |
| ⑧公費分単位数 | | 0 |
| ⑨単位数単価 | 1 0 2 1 | 円 |
| ⑩事業費請求額 | 8 0 6 9 | |
| ⑪利用者負担額 | 2 0 1 8 | |
| ⑫公費請求額 | 0 | |
| ⑬ | | |

1. 事業所請求額を求める
 ⑩事業費請求額
 $⑦給付単位数 \times ⑨単位数単価 \times 給付率$
 $988 \text{ 単位} \times 10.21 \text{ 円} = 10,087.4 \quad \doteq 10,087 \text{ 円}$
 $10,087 \text{ 円} \times 80\% = 8,069.6 \quad \doteq 8,069 \text{ 円}$

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額
 $⑦給付単位数 \times ⑨単位数単価 - ⑩事業費請求額$
 $988 \text{ 単位} \times 10.21 \text{ 円} = 10,087.4 \quad \doteq 10,087$
 $10,087 \text{ 円} - 8,069 \text{ 円} = 2,018 \text{ 円}$

岡山市の地域区分
 7級地の単価を設定する
 訪問...10. 21
 通所...10. 14

サービス種類
 A3(訪問型サービス 独自定率)
 A7(通所型サービス 独自定率)
 は負担割合証の割合で審査を行わないので給付率を記入しない

サービス種類A3 A7についてはサービスコードと異なる割合で計算されていれば返戻となります。

| | |
|----|----|
| 枚中 | 枚目 |
|----|----|

給付管理票(令和 2 年 8 月分)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号 3 3 1 0 0 9 | | | | 保険者名 岡山市 | | | | 作成区分 1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者 総合事業の自己作成の選択不可 | | | | | | | |
| 被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 | | | | 被保険者氏名 フリガナ カイゴ モモコ 介護 桃子 | | | | 居宅介護/介護予防支援事業者番号 3 3 0 0 1 0 0 0 2 5 | | | | | | | |
| 生年月日 明・大(昭) 12年 12月 12日 | | | | 性別 男(女) | | | | 要支援・要介護状態区分 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | 担当介護支援専門員番号 | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額 5,032 単位/月 | | | | 令和 2年 5月 ~ 令和 4年 4月 | | | | 限度額適用期間 | | | | 居室介護/介護予防支援事業者の事業所名 岡山市北区中央地域包括支援センター | | | |
| | | | | | | | | 支援事業者の事業所所在地及び連絡先 | | | | 委託した 場合 委託先の支援事業所番号 介護支援専門員番号 | | | |

介護予防生活支援サービスのみの利用のため、
プラン代は、**介護予防ケアマネジメント費**として請求

| サービス事業者の 事業所名 | 事業所番号 (県番号-事業所番号) | 指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | サービス 種類名 | サービス 種類コード | 給付計画単位数 |
|------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|
| △△ヘルパーステーション | 3 3 7 8 8 8 8 8 8 8 | 指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | 介護予防訪問サービス | A 2 | 5 8 5 |
| △△ヘルパーステーション | 3 3 7 8 8 8 8 8 8 8 | 指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | 生活支援訪問サービス | A 3 | 4 4 8 |
| | | 指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | | | |
| | | 指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | | | |
| | | 指定/基準該当/ 地域密着型 | | | |

令和2年8月サービス利用分

要支援1

| | |
|---|---|
| 要介護状態 区分等 | 要支援1 (二) |
| 認定年月日 (事業対象者の場合 は、基本チェック リスト実施日) | 令和2年 4月 23日 |
| 認定の 有効期間 | 令和2年 5月 1日 ~令和4年 4月30日 |
| 居宅サービス等 | 区分支給限度基準額 令和2年 5月 1日 ~令和4年 4月30日 1月あたり 5,032単位 |

令和2年8月サービス利用
身体介護の必要がなかったため、生活支援
訪問サービス(A3)でサービスを利用していた。
↓
令和2年8月サービス利用
8/1~生活支援訪問サービス(A3)でサービス
を利用していたが、身体状況の変化により、身
体介護のサービスが必要となったため、8/16
~介護予防訪問サービス(A2)を利用すること
になった。

| | | |
|--------------------------|----|---------|
| 地域密着型 サービス/ 総合事業識別 | 合計 | 1 0 3 3 |
|--------------------------|----|---------|

様式第二の三（附則第二条関係）

【記載例2】請求明細書

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 （訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

| | | | | | | | | |
|---------|--|-------|---|---|---|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 8 | 月分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ モモコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 桃子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1 | 2 | 年 | 1 | 2 | 月 | 1 | 2 | 日 | 性別 | 1 | 男 | 2 | 女 | | | | | | | |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 5 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | 令和 | 0 | 4 | 年 | 0 | 4 | 月 | 3 | 0 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 3 | 3 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| | 事業所名称 | △△ヘルパーステーション | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒700-8888 岡山県岡山市北区大供1-1-1 | | | | | | | | | | |
| | 連絡 | 介護保険負担割合証 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| 介護予防サービス計画 | 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 事業所名称 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| 開始年月日 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 5 | 月 | 0 | 1 | 日 | 中止年月日 | |
|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|

| | | | | | | | | | |
|--------|--------------|-------------|-----|----|---------|---|---|---|---|
| 事業費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | | | | |
| | 訪問型サービス1日割 | A 2 2 1 1 1 | 3 | 9 | 1 | 5 | 5 | 8 | 5 |
| | 支援訪問1・日割(7割) | A 3 1 9 1 2 | 2 | 8 | 1 | 6 | 4 | 4 | 8 |

| | | | | | | |
|--------|--------|---------|-----|----|---------|---|
| 事業費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 概要 |
| | | | | | | 負担割合証の割合で審査を行う A2(訪問型サービス) A6(通所型サービス) と負担割合証の割合で審査を行わない A3(訪問型サービス 独自定率) A7(通所型サービス 独自定率) を1枚の請求明細書で請求する場合は給付率を記入する 1割負担・・・「90」 2割負担・・・「80」 3割負担・・・「70」 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------|-----|---------|-----|----------------|------|---|---|---|---|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード/②名称 | A 2 | 訪問型サービス | A 3 | 訪問型サービス(独自/定率) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 1 | 5 | 日 | 1 | 6 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | | | 5 | 8 | 5 | | | 4 | 4 | 8 | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | 5 | 8 | 5 | | | 4 | 4 | 8 | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | | | | | | |
| | ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥ | | | 5 | 8 | 5 | | | 4 | 4 | 8 | | | | | | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 2 | 1 | 円/単位 | 1 | 0 | 2 | 1 | 円/単位 | | | | | | | | | |
| | ⑩事業費請求額 | | | 4 | 1 | 8 | 0 | | 3 | 2 | 0 | 1 | | | | | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | 1 | 7 | 9 | 2 | | 1 | 3 | 7 | 3 | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | 0 | | | | | 0 | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------|----|---|---|
| 給付率 (/100) | 事業 | 7 | 0 |
| | 公費 | | |
| | 合計 | 7 | 3 |

| | | | |
|----|--|----|--|
| 枚中 | | 枚目 | |
|----|--|----|--|

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 (訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

| | | | | | | | | |
|---------|--|-------|---|---|---|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 8 | 月分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ タロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1 | 1 | 年 | 1 | 1 | 月 | 1 | 1 | 日 | 性別 | 1 | 男 | 2 | 女 | | | | | | | |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 4 | 月 | 1 | 7 | 日 | から | 令和 | 0 | 4 | 年 | 0 | 4 | 月 | 3 | 0 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 3 | 3 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | | |
| | 事業所名称 | △△ヘルパーステーション | | | | | | | | | | |
| | 〒 | 7 | 0 | 0 | — | 8 | 8 | 8 | 8 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|-----------|--|
| 被保険者 | 番号 | 0008765432 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 700-8545 岡山市北区大供8丁目8番8号 サービス付き高齢者住宅888 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | カイゴ タロウ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 太郎 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和11年11月11日 | | | | | | | | 性別 | 男 | | |
| | 利用者負担の割合 | 適用期間 | | | | | | | | | | | |
| 1割 | 開始年月日 | 令和2年8月1日 | | | | | | | | | 終了年月日 | 令和3年7月31日 | |
| | 割 | 開始年月日 | | | | | | | | | | 終了年月日 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|
| 介護予防サービス計画 | 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 事業所名称 | |
| 開始年月日 | 令和 | 0 | 2 | 年 | 0 | 4 | 月 | 1 | 7 | 日 | 中止年月日 | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 |
|--------|---------|-----|----|---------|
| | | | | |
| | | | | |

被保険者が住所地特例対象者であり、住所地にて総合事業サービスを受けた場合、事業費明細欄ではなく、事業費明細欄(住所地特例対象者)に記載する

保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所地特例対象者が入所(入居)する施設の所在する市町村の証記載保険者番号を記載する

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|-----------|-------------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| 介護予防訪問介護I | A 2 1 1 1 1 | | 1 | 1 1 7 2 | | | 331009 | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-----|---------|---|---|------|------|--|------------|---|---|---|---|---|
| 請求額集計欄 | ① サービス種類コード / ② 名称 | A 2 | 訪問型サービス | | | | | | | | | | | |
| | ③ サービス実日数 | 4 | 日 | | | | | | | | | | | |
| | ④ 計画単位数 | 1 | 1 | 7 | 2 | | | | | | | | | |
| | ⑤ 限度額管理対象単位数 | 1 | 1 | 7 | 2 | | | | | | | | | |
| | ⑥ 限度額管理対象外単位数 | | | | 0 | | | | 給付率 (/100) | | | | | |
| | ⑦ 給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | 1 | 1 | 7 | 2 | | | | 事業 | 9 | 0 | | | |
| | ⑧ 公費分単位数 | | | | 0 | | | | 公費 | | | | | |
| | ⑨ 単位数単価 | 1 | 0 | 2 | 1 | 円/単位 | | | 合計 | | | | | |
| | ⑩ 事業費請求額 | 1 | 0 | 7 | 6 | 9 | 円/単位 | | | 1 | 0 | 7 | 6 | 9 |
| | ⑪ 利用者負担額 | 1 | 1 | 9 | 7 | | | | | 1 | 1 | 9 | 7 | |
| | ⑫ 公費請求額 | | | | 0 | | | | | | | | 0 | |
| | ⑬ 公費分本人負担 | | | | 0 | | | | | | | | 0 | |

岡山市の地域区分7級地の単価を設定する
 訪問...10. 21
 通所...10. 14

岡山市の総合事業サービスを実施し、岡山市のサービスコードで保険者(77777)に請求する

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 |

1 相談窓口での様式

【帳票1】介護相談連絡表

介護相談連絡表

相談日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受付担当者 _____ 福祉事務所・支所・包括

| | | | | | |
|-----|------------|-----|---|---|-------------|
| 対象者 | ふりがな 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | T・S | 年 | 月 | 日 (歳) |
| | 住所 | | | | |
| | 電話 | — | — | | |

■ 相談したいことをご記入ください

■ 相談者（本人以外の場合はご記入ください）

| | | |
|----|----------|-----------------------------|
| 氏名 | 氏名 | (続柄) |
| 住所 | 〒 — | (電話番号： — —) |

■ 今後の連絡先

| | | | |
|------------|-----|----|---|
| 本人・相談者・その他 | (氏名 | 続柄 |) |
| その他の場合 | | | |
| (電話番号：) | — | — |) |
| (携帯番号：) | — | — |) |

【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）

| | | | | | | |
|---------------------|--|---|---|------|-------|------------------------|
| 岡山市基本チェックリスト | | | | 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 | | | 住所の特例者 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) | 〒 ※住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 | 低栄養 点 2/2 |
| 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 | 口腔 点 2/3 |
| 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 | |
| 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 | 閉込 16該 |
| 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 | 認知 点 1/3 |
| 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 | |
| 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

(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 _____ 種 _____ 要支援1・要支援2 _____ 事業対象者 _____

_____ 年度毎月日 年 月 日 要支援の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 _____

計画作成者氏名 _____ 初回・紹介・継続 _____ 既定済・申請中 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合:計画作成業者・委託所名及び所在地(連続先) _____

事業作成(要項)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) _____ 担当施設包括支援センター: _____

目標とする生活 _____

| 1日 | | 1年 | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|---|-------|-----------------|------------------|-----|--------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|----|
| アセスメント領域と現在の状況 | 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 | 本人等のセルフケアや 家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス) | 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・歩行について) | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | () | | | | | |
| (日常生活(健康生活)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 | | | | () | | | | | |

健康状態について
主治医同意書、検査結果、検査結果等を揃えた状態
本来行すべき支援が実施できない場合
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発性の改善・予防のポイント

意見
 相関包括支援センター
 ※委託の場合

計画に関する留意
 上記計画について、同意いたします。
 年 月 日 氏名

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|-------|-------|------|---|---|---|---|---|---|
| 基本チェックリストの(健康・生活)領域/介護予防(健康増進)領域について 実施済みの項目は各項目の欄に○印を、実施していない項目は各項目の欄に△印を、実施していない項目は各項目の欄に□印を記入してください | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔ケア | 間接的ケア | 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 | | | | | | |
|--|--|--------|---|--|-------------------------|--|
| 利用者名 _____ 殿 | | | 計画作成者氏名 _____ | | | |
| | | | 評価日 _____ | | | |
| 目標 | | 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"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 | <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 | | |

(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掃で記録を行い、現状の把握と改善の必要性について評価することを目的としています。
 初回モニタリングの際に実施記録し、評価内容の赤字で記載してください。
 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律赤字で記入してください。・評価日 継続日 継続日

評価日 令和 年 月 日
 のりゆき 令和 年 月 日
 1 年次 令和 年 月 日
 終了時 令和 年 月 日

ご利用者名: 様 担当事業所名: 担当ケアマネジャー: 様

※していない空欄については、該当しているのをご記載事項に明記の上、能力基準での記入をお願いします。

| 項目 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 |
|-------|------------------|--|------|------|------|------|------|------|------|
| 買い物 | 自分で買い物をしていただけますか | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | |
| | 1 必要な品物を選ぶ | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 2 買った物を店員に渡す | 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・調理 | 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 洗濯機で洗う | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 2 洗濯物を干す | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| 家事・掃除 | 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 洗濯物を洗う | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 2 洗濯物を干す | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| 環境 | ごみ箱の掃除 | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 1 掃除機をかける | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 2 掃除機をかける | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| 健康 | 健康診断を受ける | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 1 健康診断を受ける | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| | 2 健康診断を受ける | 3 できる 2 見守り 1 一部介助 0 全介助 | | | | | | | |
| 認知 | 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |
| | 1 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |
| | 2 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |

| 項目 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 | 評価内容 |
|----|------------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|
| 健康 | 1 定期的に医師を受診している | 3 はい 2 いいえ | | | | | | | |
| | 2 検診 | 3 検診 2 検診 1 やや不安 0 不安 | | | | | | | |
| | ア. 日中眠って過ごしていることがありますか | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| 家事 | 1 汚れたものを洗濯している | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | 2 洗濯機で洗う | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | 3 洗濯機で洗う | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| 生活 | 1 生活リズムを整えている | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | 2 生活リズムを整えている | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | 3 生活リズムを整えている | <input type="checkbox"/> はい (時間指定) <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| 認知 | 1 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |
| | 2 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |
| | 3 予定が変更されたことがある | 3 多い 2 月に1回 1 月に1回 0 頻りに | | | | | | | |

(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) | |
| 【居室等・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 | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------------|-------|
| 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 確 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8年6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 4,070円 | 新規 7,142円 | 継続+ 委託連携加算 7,142円 | 新規+ 委託連携加算 10,203円 | 税込金額 | 備考 |
|-----|-----------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------|----|
| 1 | 中区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 2 | 北区中央 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 3 | 東区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 4 | 北区北 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 5 | 南区西 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 6 | 南区南 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 計 | | 件 | 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 4,070円 | 新規 7,142円 | 継続+ 委託連携加算 7,142円 | 新規+ 委託連携加算 10,203円 | 税込金額 | 提供月 |
|-----|------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------|-----|
| 1 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 2 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 3 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 4 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 5 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 計 | | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 備考 | | | | | | | |

※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)」を一併にご提出ください。

※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 4,070円 | 新規 7,142円 | 継続+ 委託連携加算 7,142円 | 新規+ 委託連携加算 10,203円 | 税込金額 | 備考 |
|-----|-----------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------|----|
| 1 | 中区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 2 | 北区中央 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 3 | 東区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 4 | 北区北 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 5 | 南区西 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 6 | 南区南 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 計 | | 件 | 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 | 継続+ 委託連携加算 6,978円 | 新規+ 委託連携加算 9,978円 | 税込金額 | 提供月 |
|-----|------------|--------------|--------------|-------------------------|-------------------------|------|-----|
| 1 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 2 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 3 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 4 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 5 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 計 | | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 備考 | | | | | | | |

※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データ又は紙媒体失続)」を一纏にご提出ください。

※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 4,070円 | 新規 7,142円 | 継続+ 委託連携加算 7,142円 | 新規+ 委託連携加算 10,203円 | 税込金額 | 備考 |
|-----|-----------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------|----|
| 1 | 中区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 2 | 北区中央 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 3 | 東区 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 4 | 北区北 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 5 | 南区西 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 6 | 南区南 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| | 計 | 件 | 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 4,070円 | 新規 7,142円 | 継続+ 委託連携加算 7,142円 | 新規+ 委託連携加算 10,203円 | 税込金額 | 提供月 |
|-----|------------|--------------|--------------|-------------------------|--------------------------|------|------------------------|
| 1 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 2 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 3 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| No. | 担当地域包括 | 継続 3,978円 | 新規 6,978円 | 継続+ 委託連携加算 6,978円 | 新規+ 委託連携加算 9,978円 | 税込金額 | 提供月 (令和8年5月分 以前) |
| 1 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 2 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| 3 | 地域包括支援センター | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | 月 |
| | 計 | 件 | 件 | 件 | 件 | 円 | |
| 備考 | | | | | | | |

※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)」を一併にご提出ください。
 ※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
どよろしくお願いいたします。

※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

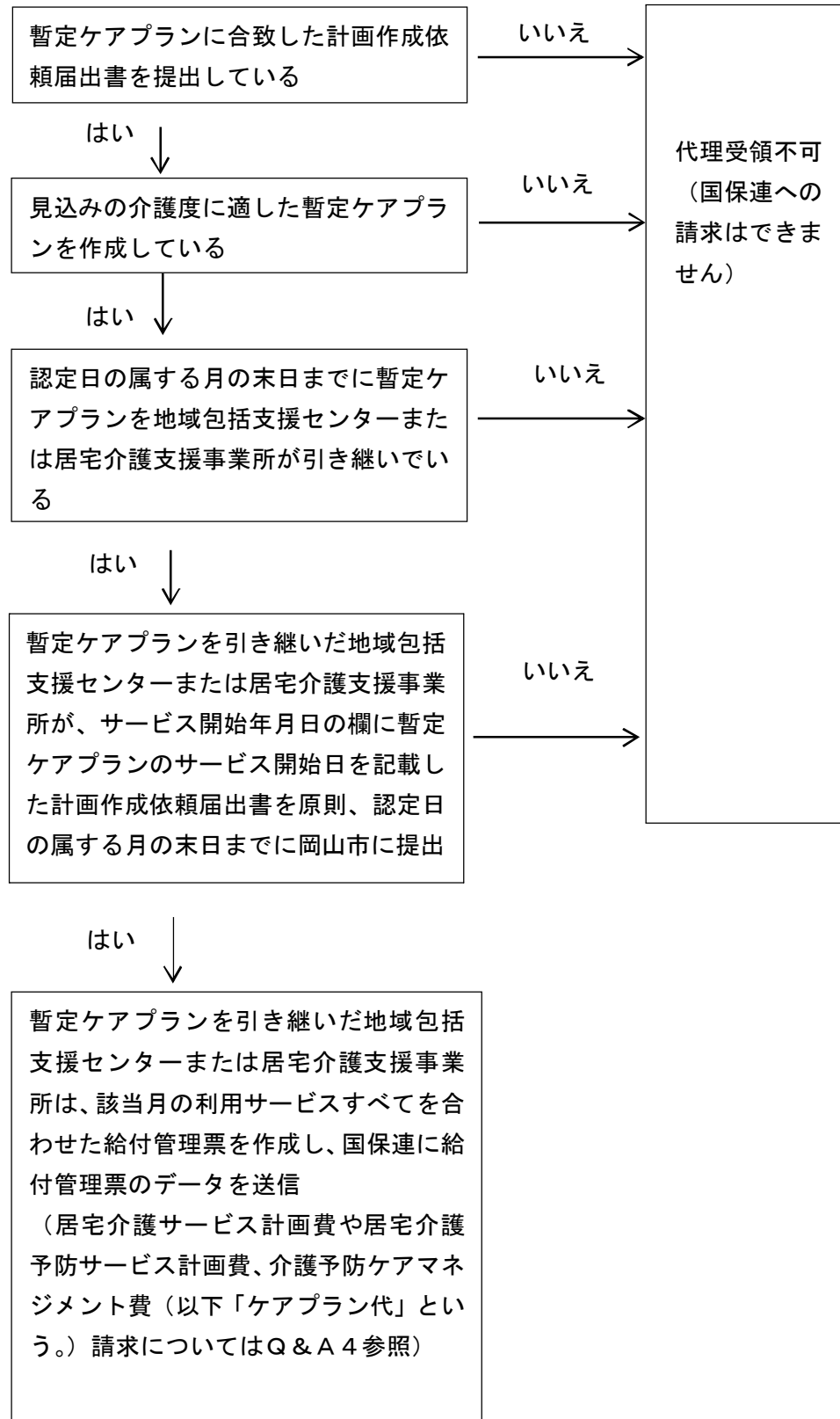
2 運用方法

| | |
|----|---|
| 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。 |

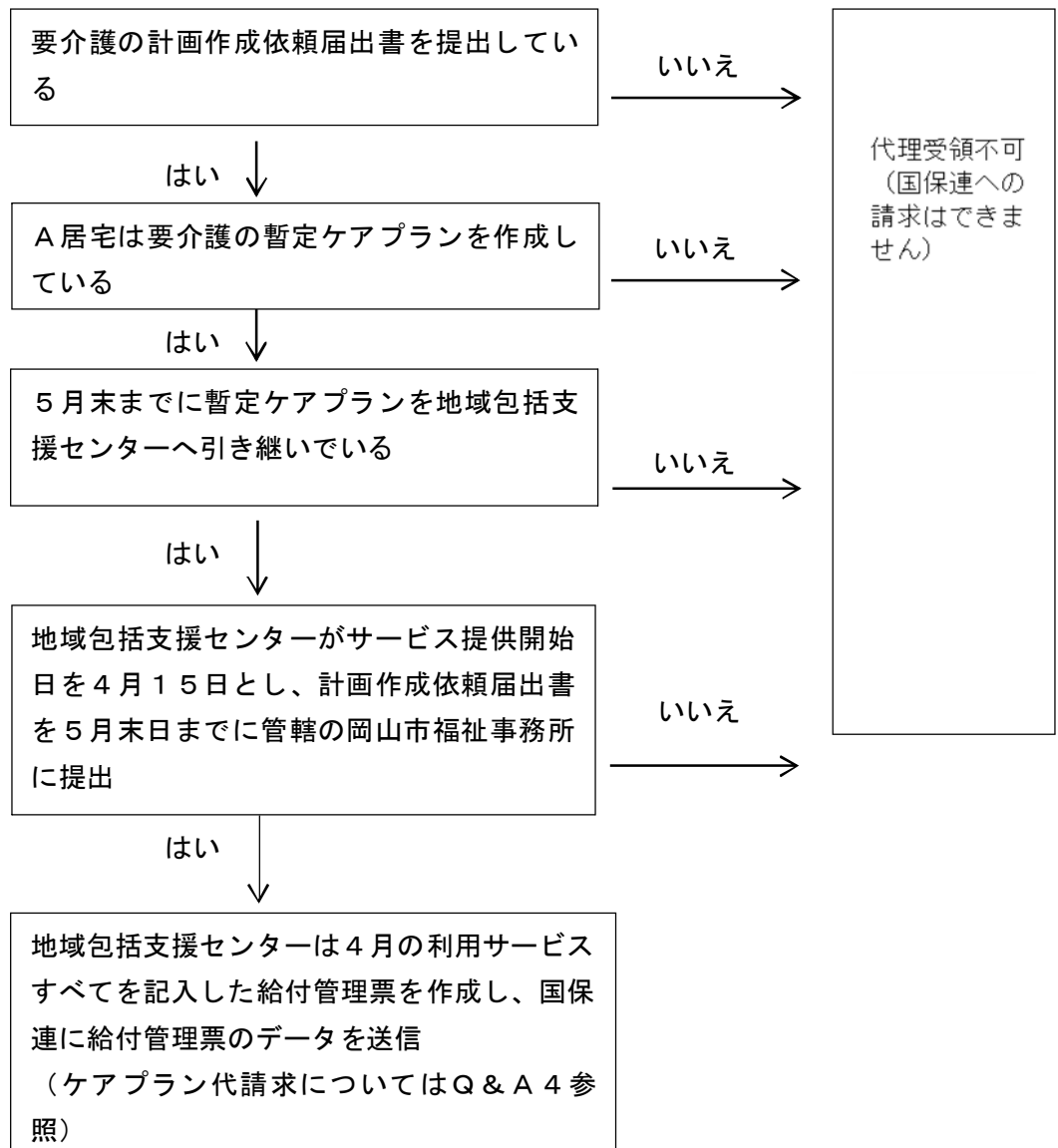
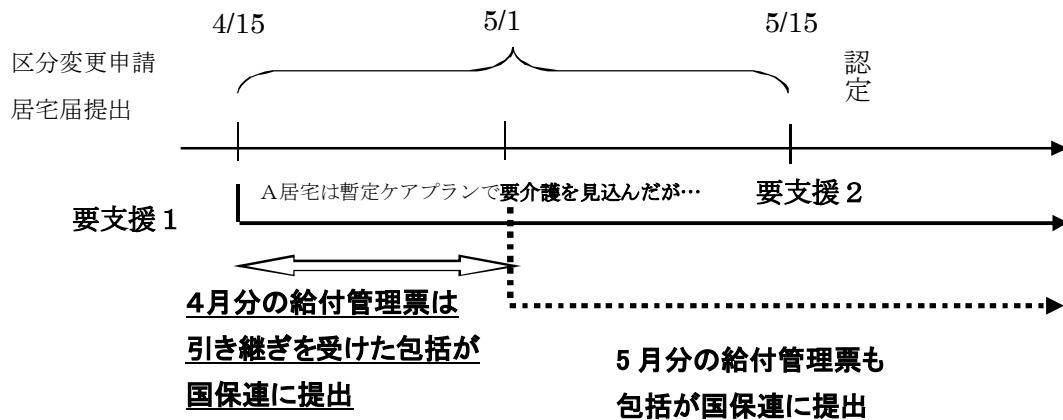
3 適用年月日 平成 29 年 4 月 1 日

◆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 | | |
| 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、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、 <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、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) | | |

(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の場合は、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

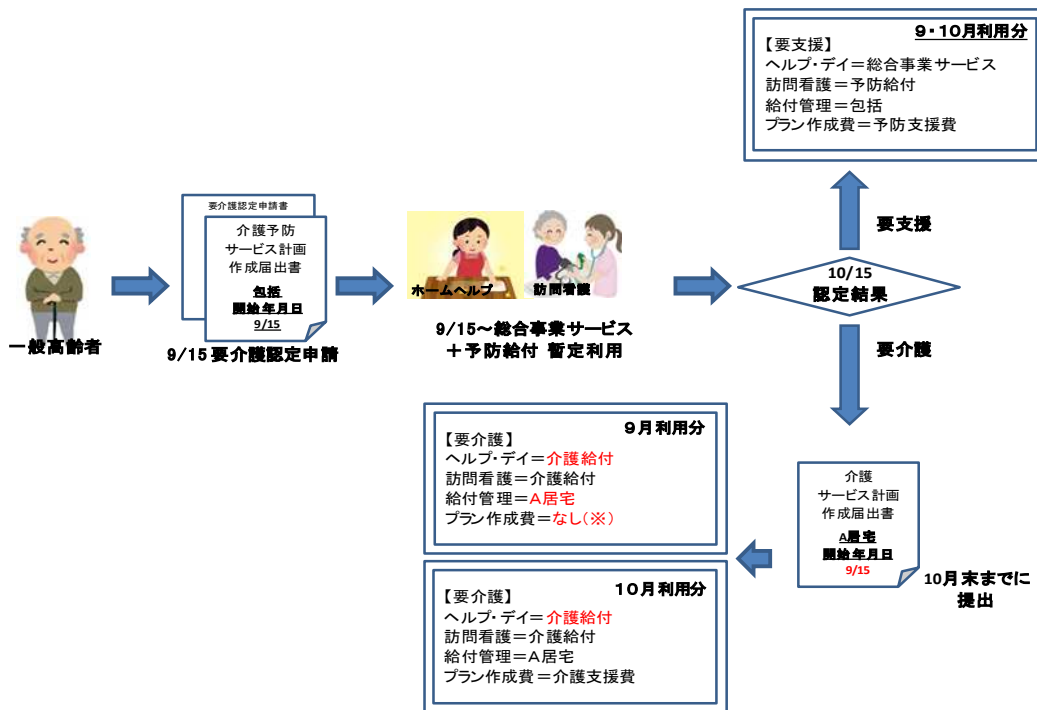
岡山市介護保険課

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

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】



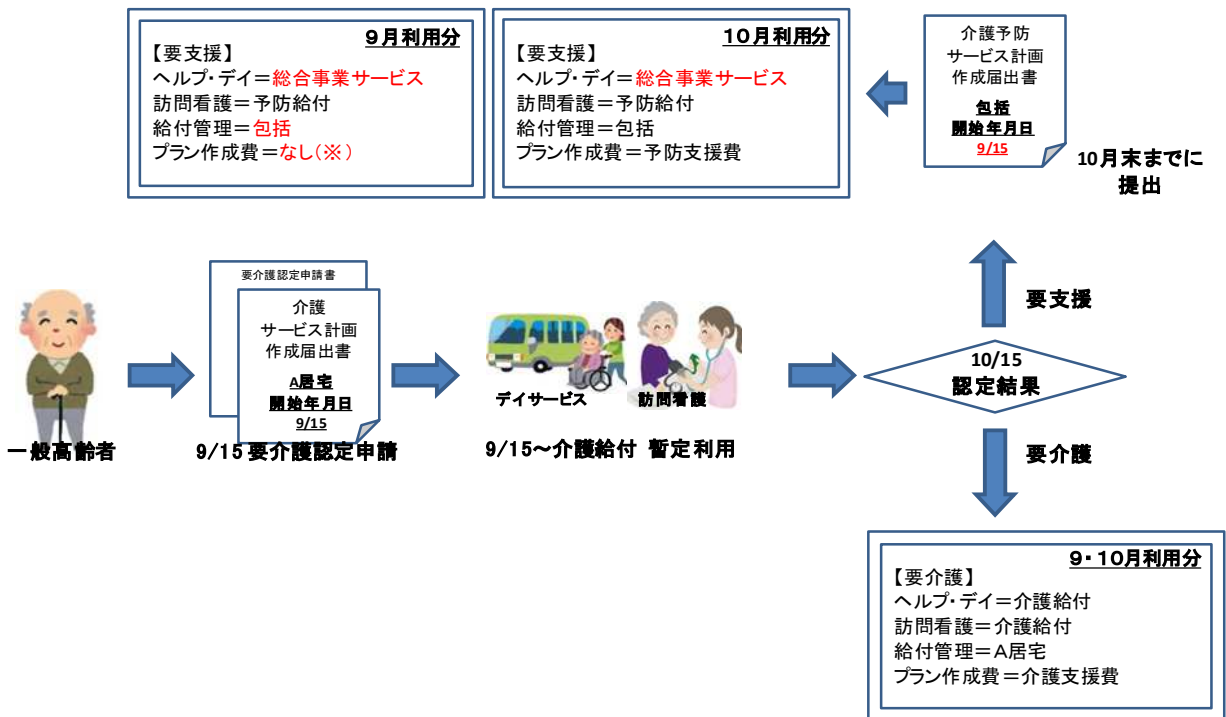
(※) ケアプラン代が請求できるパターンについては、平成29年2月14日 岡介第1345号「暫定居宅サービス計画・介護予防サービス計画でサービス利用していた場合の給付管理事務取扱いの変更について」を参照してください。

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

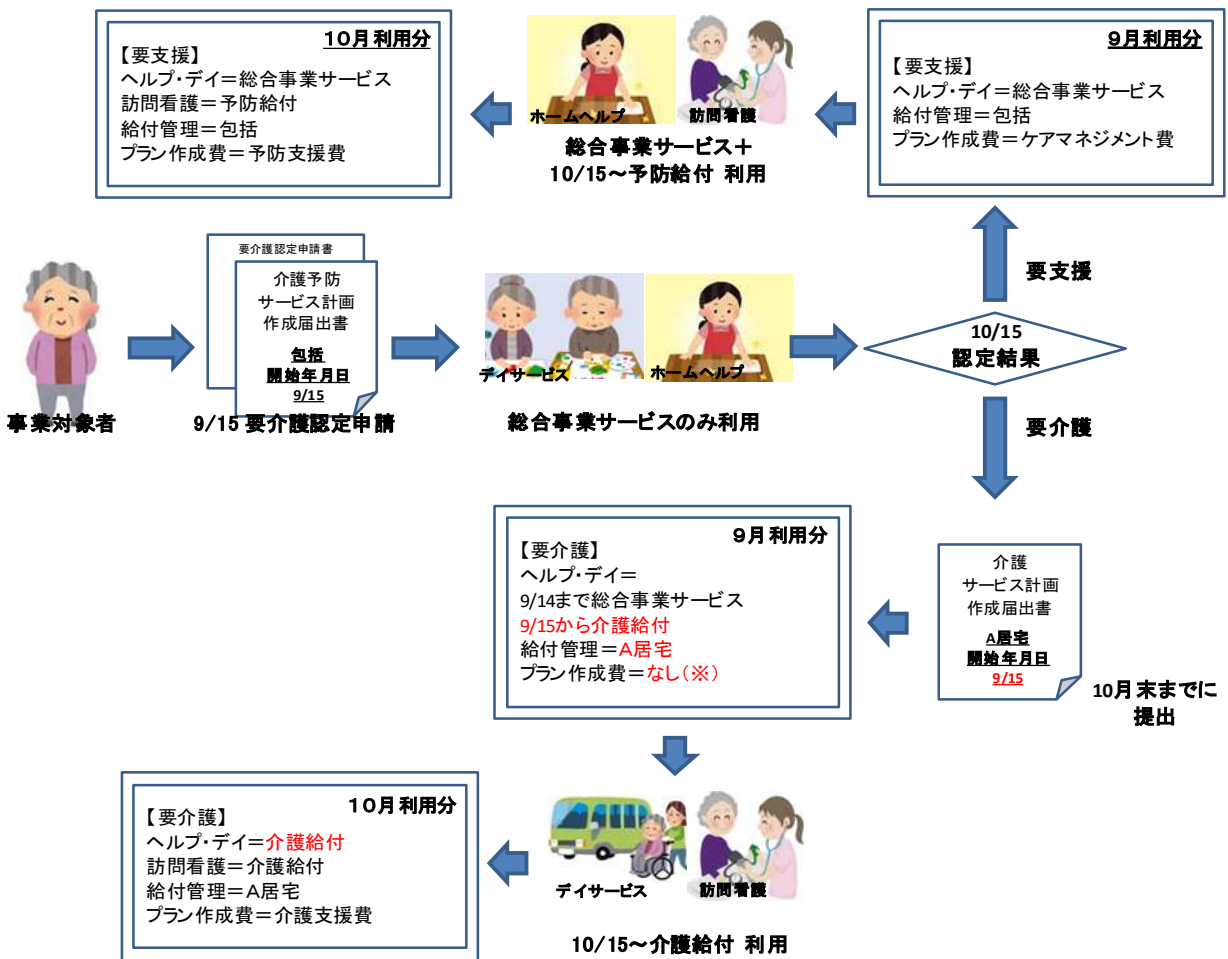


④【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、総合事業サービスのみ利用する

⑦ 要介護認定結果【非該当】

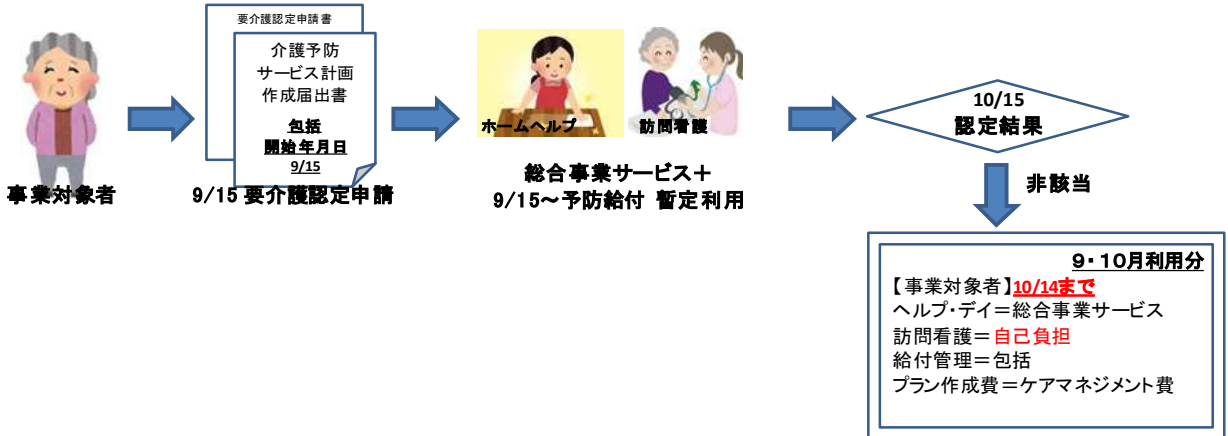


⑧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

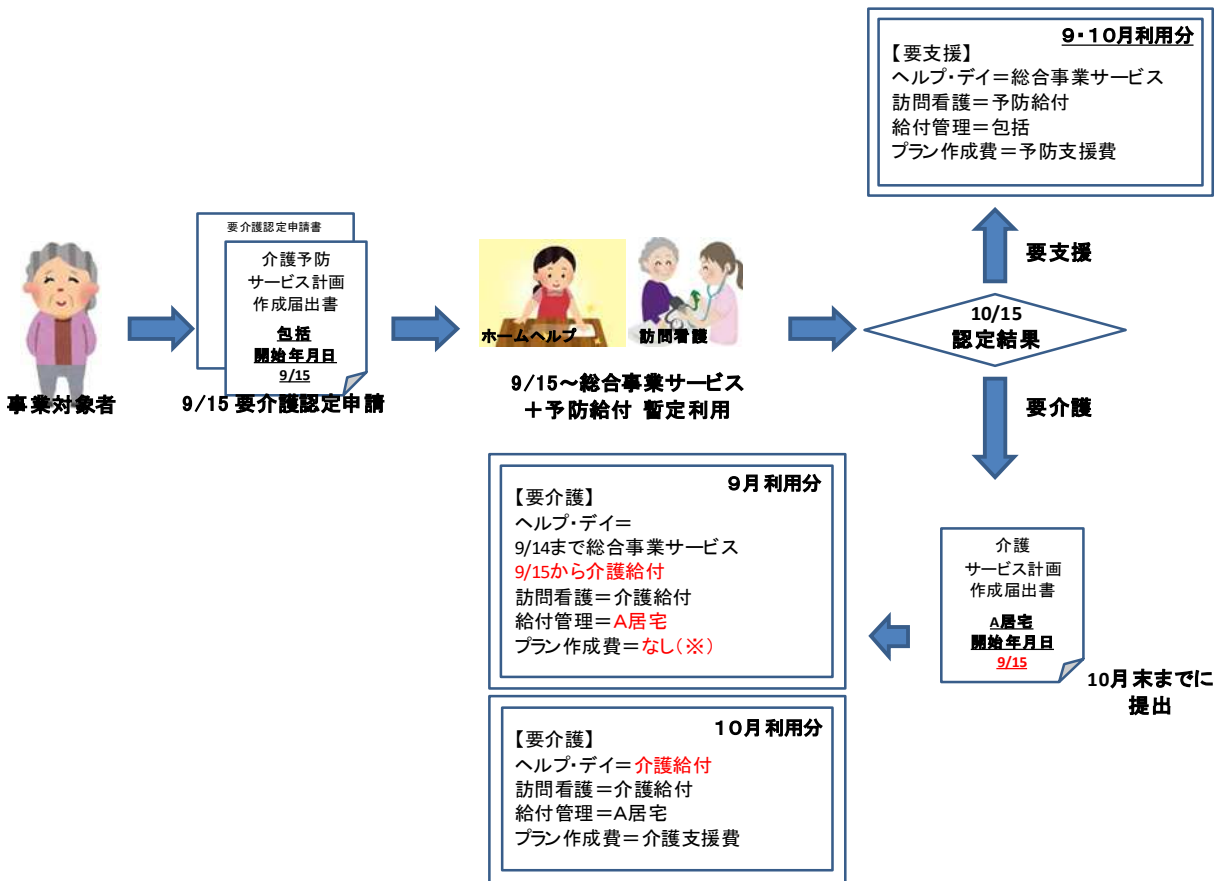


⑤【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、総合事業サービスと予防給付を暫定利用する

⑦ 要介護認定結果【非該当】

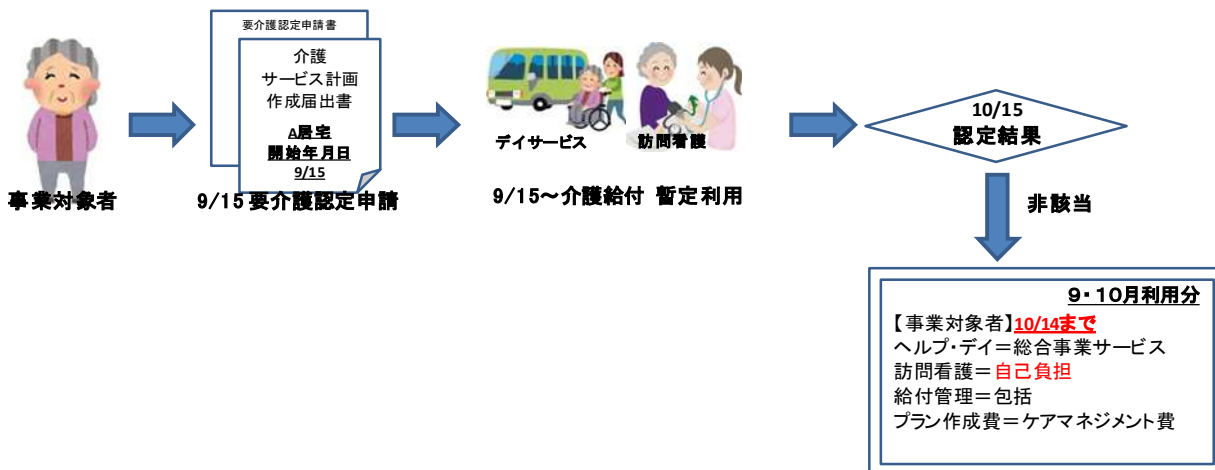


⑧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

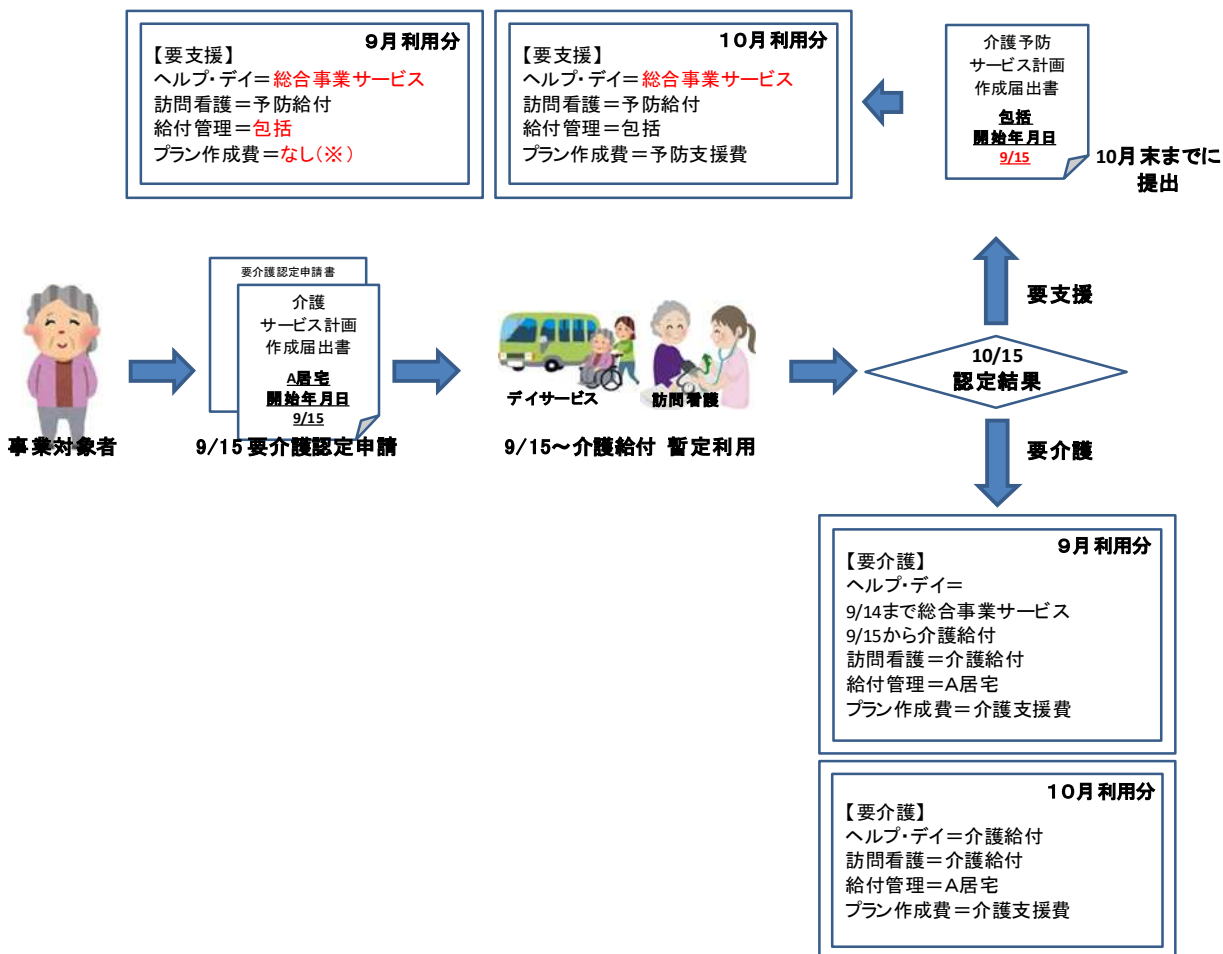


⑥【事業対象者】 要介護認定申請をし、結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

㊦ 要介護認定結果【非該当】

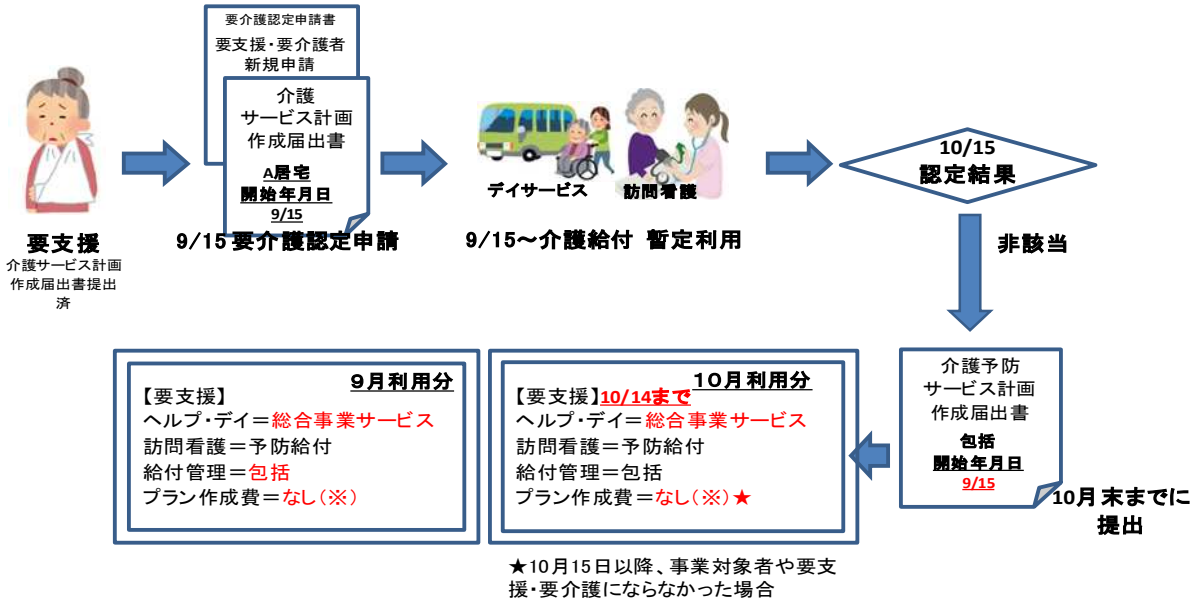


㊧ 要介護認定結果【要支援・要介護】

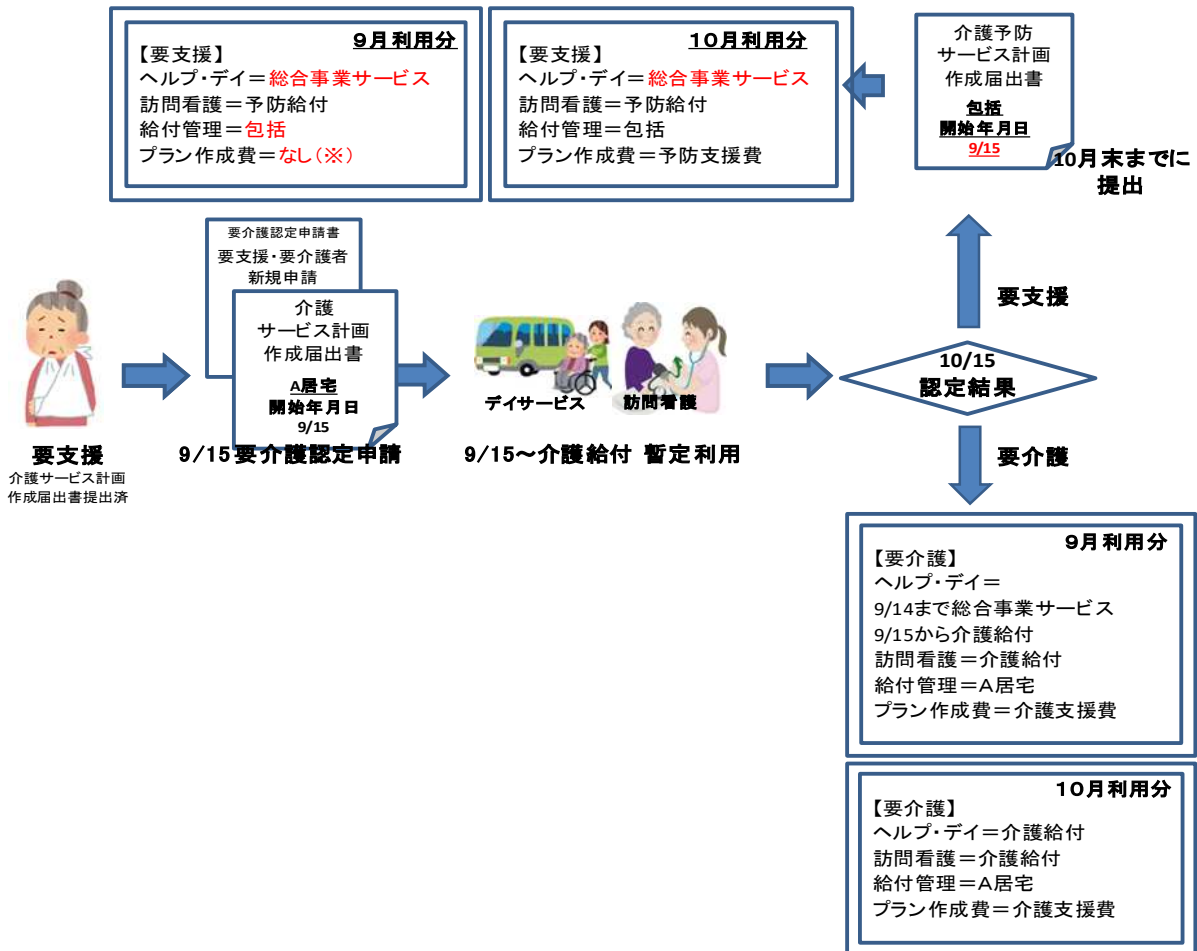


①【要支援】 要支援・要介護者新規申請をし、結果が出るまでの間、介護給付を暫定利用する

⑦ 要介護認定結果【非該当】

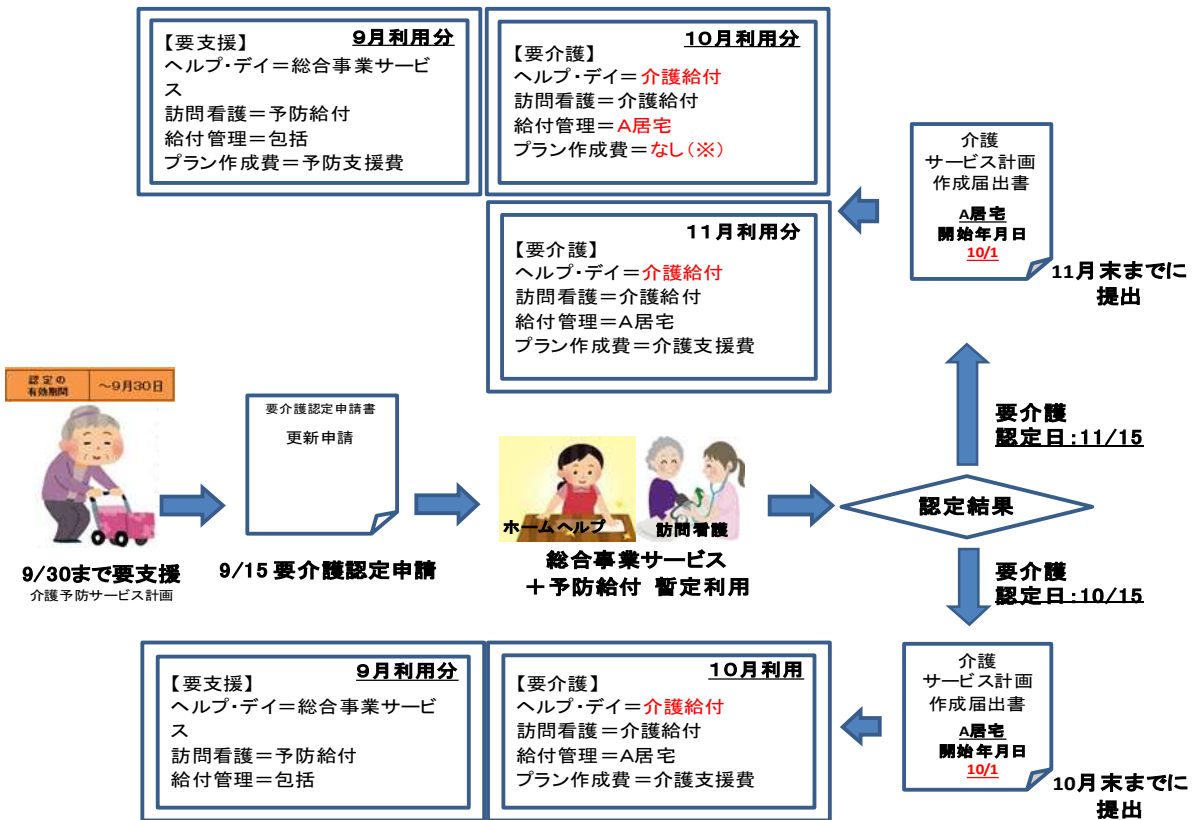


① 要介護認定結果【要支援・要介護】



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】

