

# 徳島市介護予防ケアマネジメントの手引き

Ver.6.1



令和 7 年 4 月

徳島市健康福祉部高齢介護課

## 目 次

---

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 第1章 総合事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1  |
| 1 介護予防・日常生活支援総合事業・・・・・・・・・・・・・・・・   | 1  |
| 2 総合事業創設の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1  |
| 3 総合事業の目的・理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 2  |
| 4 総合事業の構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 3  |
| 第2章 介護予防ケアマネジメントを行う前に・・・・・・・・・・     | 4  |
| 1 介護予防と自立支援の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 4  |
| 2 介護予防ケアマネジメントの対象者・・・・・・・・・・・・・・    | 5  |
| 3 第1号事業対象者の要件・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 5  |
| 4 相談からサービス利用までの流れ・・・・・・・・・・・・・・     | 9  |
| 5 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ・・・・・・・・     | 13 |
| （1）相談（聞き取りと説明）・・・・・・・・・・・・・・・・・・    | 13 |
| （2）基本チェックリストの実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 16 |
| （3）第1号事業対象者の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・    | 18 |
| （4）総合事業利用申請書等の提出・・・・・・・・・・・・・・      | 20 |
| （5）基本チェックリスト結果の共有・・・・・・・・・・・・・・     | 20 |
| 第3章 介護予防ケアマネジメントの実施・・・・・・・・・・・・・    | 22 |
| 1 介護予防ケアマネジメントの考え方・・・・・・・・・・・・・・    | 22 |
| 2 介護予防ケアマネジメントの類型・・・・・・・・・・・・・・     | 22 |
| 3 介護予防ケアマネジメントに係る様式・・・・・・・・・・・・・・   | 25 |
| 4 訪問からモニタリング・評価の実際・・・・・・・・・・・・・・    | 25 |
| （1）訪問・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 25 |
| （2）アセスメント（課題分析）・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 27 |
| （3）ケアプランの作成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 29 |
| （4）サービス担当者会議・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 32 |
| （5）ケアプランへの本人同意と交付・・・・・・・・・・・・・・     | 33 |
| （6）サービスの利用開始・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 33 |
| （7）モニタリング・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 33 |
| （8）評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | 34 |
| 第4章 指定基準緩和型訪問サービスについて・・・・・・・・・・     | 35 |
| 第5章 請求等について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・   | 38 |
| 1 給付管理業務・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  | 38 |
| 2 事業所指定・サービスコード・単価について・・・・・・・・      | 40 |

## 目 次（つづき）

---

|                                   |                                        |     |
|-----------------------------------|----------------------------------------|-----|
| 3                                 | 日割り請求・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・          | 4 1 |
| 4                                 | 利用者負担・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・          | 4 2 |
| 5                                 | 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント・・・・・・・・ | 4 3 |
| 6                                 | 介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所へ委託・・・・・・・・   | 4 3 |
| 7                                 | 請求・支払い・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・         | 4 5 |
| 第6章 住所地特例への対応について・・・・・・・・・・・・・・・・ |                                        | 4 6 |
| 1                                 | 住所地特例とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・        | 4 6 |
| 2                                 | 住所地特例対象施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・      | 4 6 |
| 3                                 | 住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施・・・・・・・・          | 4 6 |
| 4                                 | 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会との事務処理の流れ・・・・・・・・  | 4 7 |
| 第7章 保険適用の優先順位について・・・・・・・・・・・・・・・・ |                                        | 5 2 |
| 第8章 低所得者に対する利用者負担軽減制度について・・・・・・・・ |                                        | 5 4 |
| 【様式集】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・     |                                        | 5 5 |
| 【資料集】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・     |                                        | 8 5 |

## 第1章 総合事業の概要

### 1 介護予防・日常生活支援総合事業

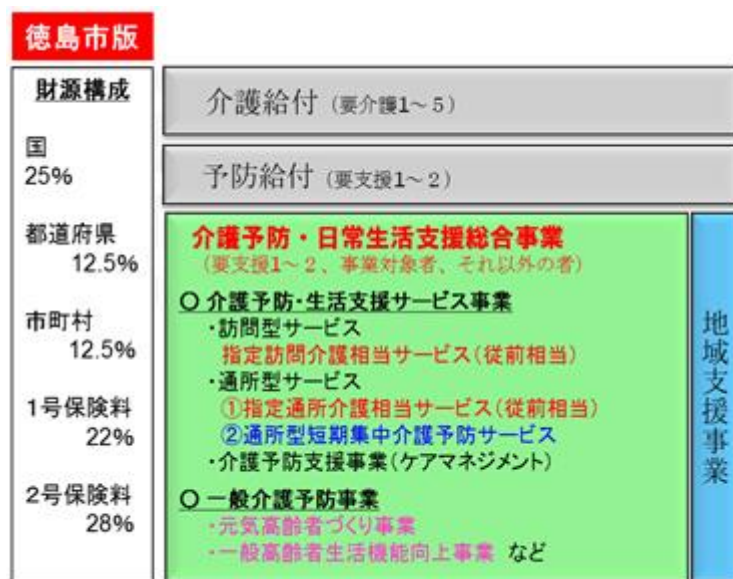
平成 26 年の介護保険法改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設されました（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項）。

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

これに伴い、これまでの要支援者や二次予防事業対象者を対象としたサービス体系が大きく改正されました。具体的には、従前の予防訪問介護（ヘルパー）と予防通所介護（デイサービス）、介護予防事業（一次・二次予防事業）を再編し、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」から構成される「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）が創設され、平成 29 年 4 月までに全国の市町村において実施することとされています。

徳島市では、平成 29 年 4 月から、総合事業を実施しています。

（図 1－1）徳島市における総合事業のイメージ



### 2 総合事業創設の背景

平成 12 年の介護保険制度創設以降、高齢者数の増加等により、保険給付の額は年々膨らんでおり、介護保険を始めとする社会保障費は国の財政を圧迫しています。今後も進展する少子高齢化等の要因により、給付費がこのまま膨らみ続ければ、介護保険制度の存続が危ぶまれます。

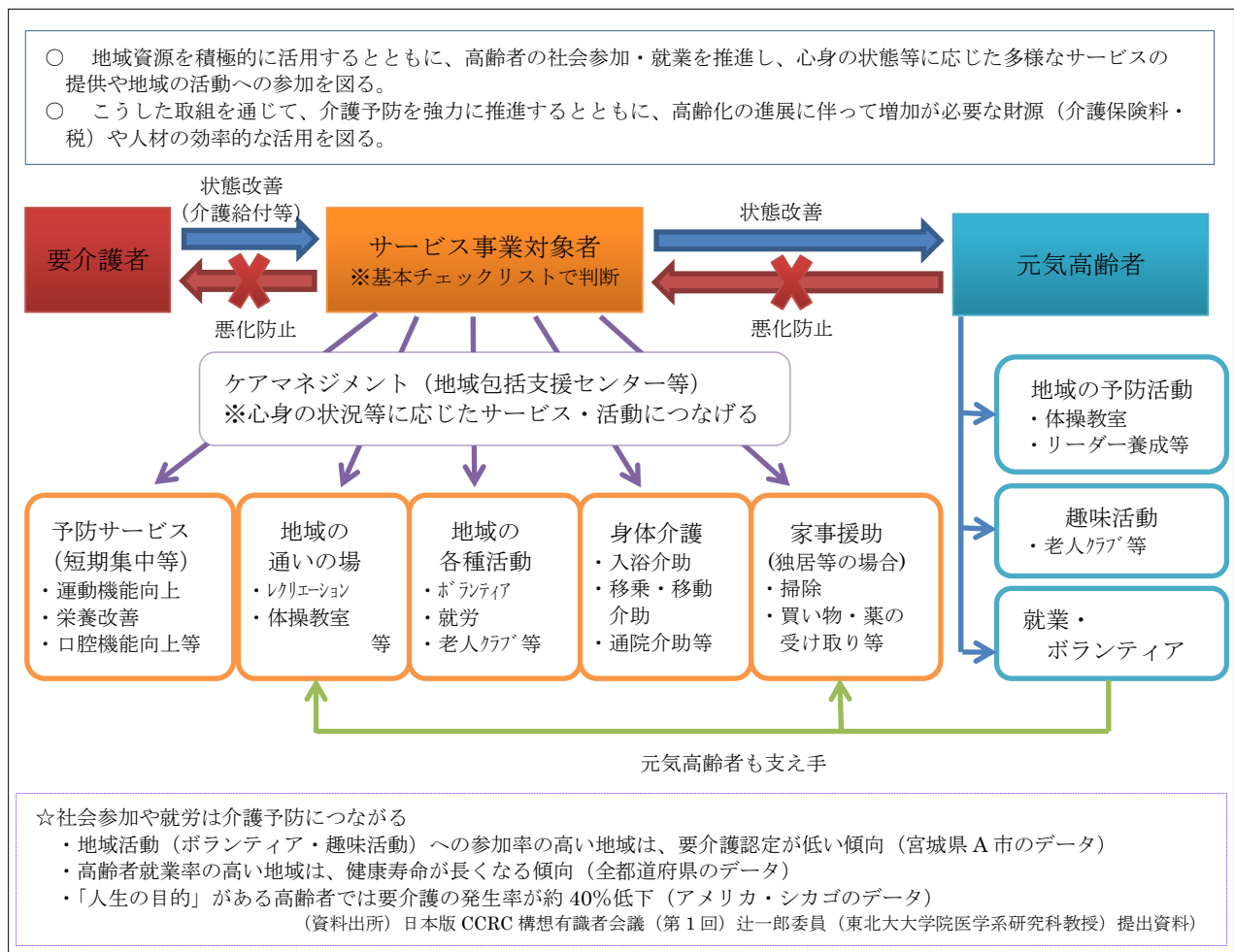
一方で、年々、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が増加しており、「買い物」「食事づくり」「見守り」などといった「生活支援サービス」のニーズが高まっている反面、家族や地域のつながりの希薄化により、家庭や地域における高齢者の生活を支える機能が弱体化しています。また、人口減少等により介護人材の確保も大変厳しい状況です。

これらを踏まえ、従来専門職が担ってきた「予防訪問介護」と「予防通所介護」を、市町村が

定める基準により実施される総合事業の一部に移行させることにより、市町村において、地域の実情を踏まえた上で、これまでのサービス基準を緩和した多様なサービスを構築し、専門職以外の人が比較的安価な料金で多様なサービスの担い手として参入することにより、不足する介護人材への対応、事業費の増加抑制効果などが期待されています。

また、総合事業では、セルフケアマネジメントに主眼を置いた介護予防に重点的に取り組むことにより、元気な高齢者を増やし、その方達に、市町村が新たに構築する多様なサービスの担い手となってもらうことで、重度化予防による介護給付費の抑制と、縮小を続ける生産人口を要因とした介護サービスの人材不足問題への対策の両面から働きかけることとしています。

(図1-2)「介護予防・日常生活支援総合事業」の概要(イメージ)



出典：松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアルより

### 3 総合事業の目的・理念

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

## 4 総合事業の構成

予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じて、独自の取り組みができる介護保険制度の地域支援事業「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行しました。

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

**重要!**

### 【徳島市の介護予防・日常生活支援総合事業サービス】

#### ○ 介護予防・生活支援サービス事業

- ◆ 指定訪問介護相当サービス（従前の訪問介護相当サービス）  
従前の介護予防訪問介護に相当する（訪問介護員等による）ホームヘルプサービス
- ◆ 指定基準緩和型訪問サービス（従前の訪問介護相当サービス）【令和2年1月から】  
（身体介護を伴わない訪問介護員等による）ホームヘルプサービス
- ◆ 住民主体型訪問サービス事業（訪問型サービス B）  
地域の多様な主体による日常生活上の支援（身体介護を伴わないものに限る）
- ◆ 移動支援型訪問サービス事業（訪問型サービス D）  
地域の多様な主体による移動支援
- ◆ 指定通所介護相当サービス（従前の通所介護相当サービス）  
従前の介護予防通所介護に相当する（通所介護事業者の従事者による）デイサービス
- ◆ 住民主体型通所サービス事業（通所型サービス B）  
地域の多様な主体による通いの場などの支援
- ◆ 通所型短期集中介護予防サービス（通所型サービス C）  
生活機能を改善するため運動器の機能向上や口腔機能向上、栄養改善プログラムを専門職が行うサービス（3か月1クール）

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

- ◆ 元気高齢者づくり事業  
各地域のコミセン等で開催している NPO 法人主催の運動教室
- ◆ 一般高齢者生活機能向上事業  
保健センターで開催している運動教室等

### 【基準が緩和されたサービスについて】

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

そのため、旧来の「予防給付」のような専門職によるサービスだけでなく、例えばヘルパー業務なら家事に精通した主婦など、介護の専門家でない人による生活支援サービスという概念による「基準を緩和したサービス」が創設されました。

「基準を緩和したサービス」は、専門職によるサービスと比較して、利用料金が安価に設定されることになります。

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



## 第2章 介護予防ケアマネジメントを行う前に

### 1 介護予防と自立支援の考え方

介護予防とは、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すことと定義されています。

また、介護保険は高齢者の「自立支援」を目指しており、国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されています。

高齢になっても、いつまでもいきいきと自分らしく自立した生活を送るためには、元気なときから介護予防に取り組むことが大切であるとともに、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けて行けるような地域づくりの視点も必要となってきます。これらのことから、総合事業では、趣味活動を通じた日中の居場所づくり、交流会・サロン等、すべての高齢者が利用可能なものとして「一般介護予防事業」の充実が推進されており、徳島市としても、今後、これらのサービスの拡充に取り組む予定としています。

また、これらの取組を行うことで、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向け推進されている、「地域包括ケアシステム」の進化・推進にむけた取組へとつながることになります。

自立支援に主眼をおいた総合事業の成功には、ケアマネジャーによる適切なケアプランの作成のほか、利用者である市民の意識の変革が不可欠です。例えば、現行相当のデイサービスを利用している要支援1相当の方の中には、比較的元気な高齢者も多く、一般介護予防教室や通いの場の利用が適切な方もいるでしょう。

また、※ADLは自立しているが、※IADLの一部が難しくなっている要支援者等に対して、従来の予防訪問介護及び予防通所介護を中心としたサービスを画一的に当てはめているだけでは、自立支援の効果は望めません。

このような方について、本人の希望を曲げてプランを作成するということではなく、まずは利用者の心に自立支援・セルフケアマネジメントの意識を芽生えさせること、利用者自身の状態を正しくご理解いただき、適切な目標を立てること、その上で本人の状態に合ったサービス計画を本人の同意のもとに計画することが求められます。

徳島市では、今後、これまで以上に市民への介護予防の普及啓発に取り組む予定としています。

総合事業の成功には、介護予防ケアマネジメントに携わるケアマネジャーの協力が不可欠です。

総合事業の意義をご理解いただき、専門職としての誇りと高い知識・技術をもって、真に利用者のためになる介護予防とは何か、という意識による介護予防ケアマネジメントへの関わりを期待しています。

※ADL（日常動作）…起き上がり、歩行、食事、排泄、着替え、入浴等の基本動作のこと。

※IADL（応用的な日常生活動作）…掃除、洗濯、調理、ごみ捨て、買物等の家事や金銭管理、公共交通の利用等の生活関連動作のこと。

## 2 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントは、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業利用の際に必要なケアマネジメントであり、対象者は、介護予防・生活支援サービス事業のヘルパーやデイサービスを利用する要支援者と第1号事業対象者（基本チェックリスト該当者）とされています。

また、第1号事業対象者については、要支援認定を受けなくても基本チェックリストのみで迅速に介護予防・生活支援サービスを利用することができます。

## 3 第1号事業対象者の要件

第1号事業対象者とは、65歳以上の方で、心身の状況、その置かれている環境、その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助の必要があると評価された人です。

その評価には、厚生労働省が定めた25の質問項目からなる「基本チェックリスト（表2-1）」を用い、下記の①から⑦のいずれかの基準に該当した場合に第1号事業対象者となります。

### ◆事業対象者に該当する基準

- ①No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当…複数の項目に支障がある場合
- ②No.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
- ③No.11～12の2項目の全てに該当…低栄養状態
- ④No.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
- ⑤No.16～17の2項目のうちNo.16に該当…閉じこもり
- ⑥No.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
- ⑦No.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

徳島市の場合、第1号事業対象者の利用できるサービスは次のとおりです。（表2-1）

また、第1号事業対象者は、被保険者証の「要介護状態区分等」欄に「事業対象者」と表示されます。（図2-1）

(表 2-1) 徳島市における第 1 号事業の対象者及び利用できるサービス

| 区分         | 要件                             | 利用できるサービス                                                                                                                                                                                  |
|------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要支援者       | 法第 53 条第 1 項に規定する<br>居宅要支援被保険者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定訪問介護相当サービス（従前相当）</li> <li>・ 指定基準緩和型訪問サービス</li> </ul>                                                                                            |
| 第 1 号事業対象者 | 基本チェックリストに該<br>当すると認められた者      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民主体型訪問サービス</li> <li>・ 移動支援型訪問サービス</li> <li>・ 指定通所介護相当サービス（従前相当）</li> <li>・ 住民主体型通所サービス</li> <li>・ 通所型短期集中介護予防サービス</li> <li>・ 一般介護予防事業</li> </ul> |

(図 2-1) 被保険者証における第 1 号事業対象者の表示

The diagram shows a form titled '介護保険被保険者証' (Nursing Insurance Beneficiary Certificate). A blue arrow points from a callout box to the '要介護状態区分等欄' (Required Care Status Classification Section) in the '給付制限' (Benefit Limitation) area. The callout box contains the text: 【要介護状態区分等欄】「事業対象者」と表示。



(表2-2) 基本チェックリスト (表面)

## 徳島市 基本チェックリスト

実施日: 令和 年 月 日 (みなし実施日: 令和 年 月 日)

|          |                                                                                                                          |  |  |      |                |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ     | 被保険者番号                                                                                                                   |  |  |      |                |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名      |                                                                                                                          |  |  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所      |                                                                                                                          |  |  | 電話番号 | ( ) -          |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の状態    | 自立(未申請)・非該当・要支援( )・要介護( )・申請中・事業対象者<br>要支援(介護)認定を受けている場合の有効期間満了日: 年 月 日                                                  |  |  |      |                |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用可能サービス | ・指定訪問介護相当サービス      ・指定基準緩和型訪問サービス<br>・住民主体型訪問サービス      ・移動支援型訪問サービス<br>・指定通所介護相当サービス      ・住民主体型通所サービス<br>・通所型短期集中介護サービス |  |  |      |                |  |  |  |  |  |  |  |

|                              |                                                                                                                                         |  |  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 基本チェックリスト代行・代理者(※本人の場合は記入不要) |                                                                                                                                         |  |  |
| 被保険者との関係                     | <input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |
| 氏名又は事業所名                     | (事業所の場合) 提出者氏名                                                                                                                          |  |  |
| 住所又は所在地                      | 連絡先電話番号 ( ) -                                                                                                                           |  |  |

※代理の場合は本人の被保険者証及び代理人の身分証明書の提示、代理人の印鑑が必要です。

徳島市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、本基本チェックリストの記入内容を徳島市及び徳島市地域包括支援センター並びに居宅介護支援事業者等の事業関係者に対し、必要に応じ提示することに同意します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

右上の署名が代筆の場合は、代筆者の続柄(事業所名)・氏名

続柄(事業所名) 氏 名

※本人以外が回答を記入する場合はえんぴつ書きとします。

※判定欄は職員が記入します！

| No.  | 質問項目                                                                        | 回答<br>(どちらかに○印) |    |   | ※<br>判定                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|-----------------------------|
| 生活全般 | 1 バスや電車で1人で外出していますか<br>自分で車を運転して外出している場合も含まれます                              | 0               | はい | 1 | ①<br>1~20<br>点<br><br>10点以上 |
|      | 2 日用品の買い物をしていますか<br>買い物に出かけて、必要なものが買えていますか                                  | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 3 預貯金の出し入れをしていますか<br>窓口の手続きもふくめ、自分の判断で金銭管理をしていますか                           | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 4 友人の家を訪ねていますか<br>電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません                            | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 5 家族や友人の相談にのっていますか<br>電話やメールによる相談は含まれます                                     | 0               | はい | 1 |                             |
| 運動   | 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか<br>時々使う程度であれば「はい」、<br>能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします | 0               | はい | 1 | ②<br>6~10<br>点<br><br>3点以上  |
|      | 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<br>時々つかまる程度であれば「はい」とします                      | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 8 15分位続けて歩いていますか<br>屋内、屋外等の場所は問いません                                         | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 9 この1年間に転んだことがありますか<br>転倒したかどうかをお答えください                                     | 1               | はい | 0 |                             |
|      | 10 転倒に対する不安は大きいですか<br>ご自分の感じ方でお答えください                                       | 1               | はい | 0 |                             |

(表2-2) 基本チェックリスト (裏面)

| No.  | 質問項目                                                                             | 回答<br>(どちらかに○印) |    |   |     | ※<br>判定                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|-----|----------------------------|
| 栄養   | 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか<br>6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします                         | 1               | はい | 0 | いいえ | ③<br>11～12<br>点<br>2点      |
|      | 12 現在の身長 cm 体重 kg ※BMI=( )<br>※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする            | 1               | 該当 | 0 | 非該当 |                            |
| 歯・口  | 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか<br>半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします                     | 1               | はい | 0 | いいえ | ④<br>13～15<br>点<br>2点以上    |
|      | 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 |                            |
| 外出   | 16 週1回以上は外出していますか<br>過去1ヶ月の状態を平均してください                                           | 0               | はい | 1 | いいえ | ⑤<br>16～17<br>点<br>No.16該当 |
|      | 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 |                            |
| もの忘れ | 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<br>ご自分で物忘れを感じていても、<br>周りの人に言われない場合は「いいえ」とします | 1               | はい | 0 | いいえ | ⑥<br>18～20<br>点<br>1点以上    |
|      | 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<br>誰かに調べてもらう、<br>ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします     | 0               | はい | 1 | いいえ |                            |
|      | 20 今日が何月何日かわからない時がありますか<br>月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします                             | 1               | はい | 0 | いいえ |                            |
| こころ  | 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない                                                          | 1               | はい | 0 | いいえ | ⑦<br>21～25<br>点<br>2点以上    |
|      | 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 |                            |

※判定欄は職員が記入します。↑

## 【事業対象者に該当する基準】

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| ① No.1～20の20項目のうち10項目以上に該当 | 複数の項目に支障 |
| ② No.6～10の5項目のうち3項目以上に該当   | 運動機能の低下  |
| ③ No.11～12の2項目の全てに該当       | 低栄養状態    |
| ④ No.13～15の3項目のうち2項目以上に該当  | 口腔機能の低下  |
| ⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当  | 閉じこもり    |
| ⑥ No.18～20の3項目のうち1項目以上に該当  | 認知機能の低下  |
| ⑦ No.21～25の5項目のうち2項目以上に該当  | うつ病の可能性  |

| 判定結果          | 該当項目          | 受付 | 確認 | 備考 |
|---------------|---------------|----|----|----|
| 確認欄<br>該当・非該当 | ①・②・③・④・⑤・⑥・⑦ |    |    |    |

※本人との対面以外の方法による実施の場合は、判定結果は「仮」となります。

後日、地域包括支援センター職員による本人の状態確認の後、判定結果が確定します。

仮判定結果の場合、利用申請手続は状態確認後に行います。

仮

状態確認

※本人との対面以外の方法による実施の場合は○で囲む⇒

#### 4 相談からサービス利用までの流れ

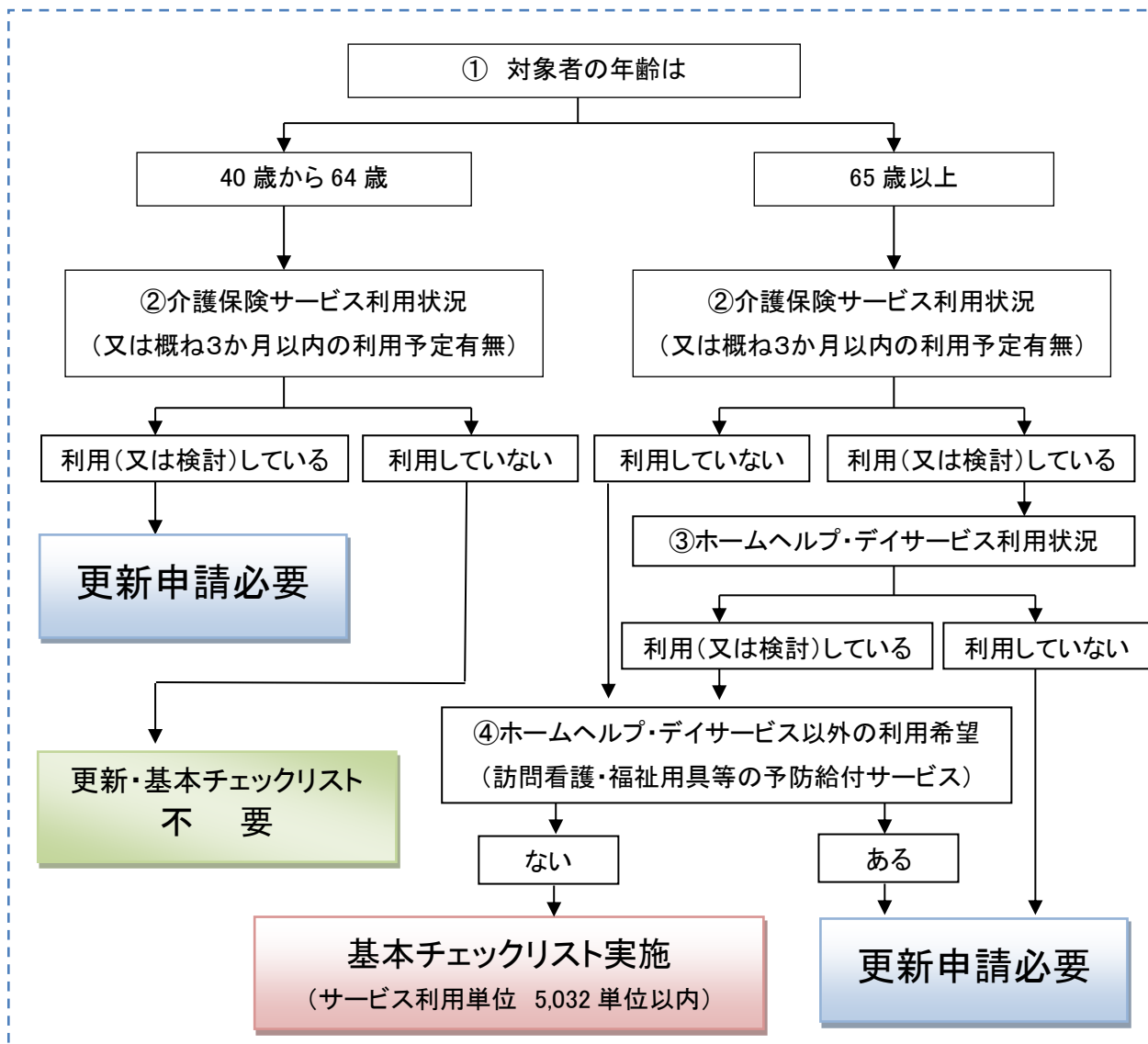
総合事業の利用申込については、受付窓口となる市高齢介護課や地域包括支援センターで、総合事業の対象要件に該当するか、要介護認定につなぐ対象者であるかなどを見極める必要があるため、まずは事前相談を行います。

相談に応じるすべての担当者が総合事業を十分理解し、相談者に適切な案内を行うことが必要であり、案内が十分でなければ、必要のない要支援（介護）認定申請が行われることも想定されます。

例えば、要支援認定を受けている方のうち、通所型サービス、訪問型サービスのみを利用する人すべてを、更新のタイミングで基本チェックリストへつなぐべきかということ、そうではありません。福祉用具の購入や貸与、住宅改修については、要支援認定が必要であり、また、徳島市における事業対象者の一月あたりの支給限度額は要支援1と同じ 5,032 単位と定められています。そのため、ニーズを十分把握せずに第1号事業対象者となった場合、すぐに要支援認定申請を行うことになってしまった、などというケースが想定されます。

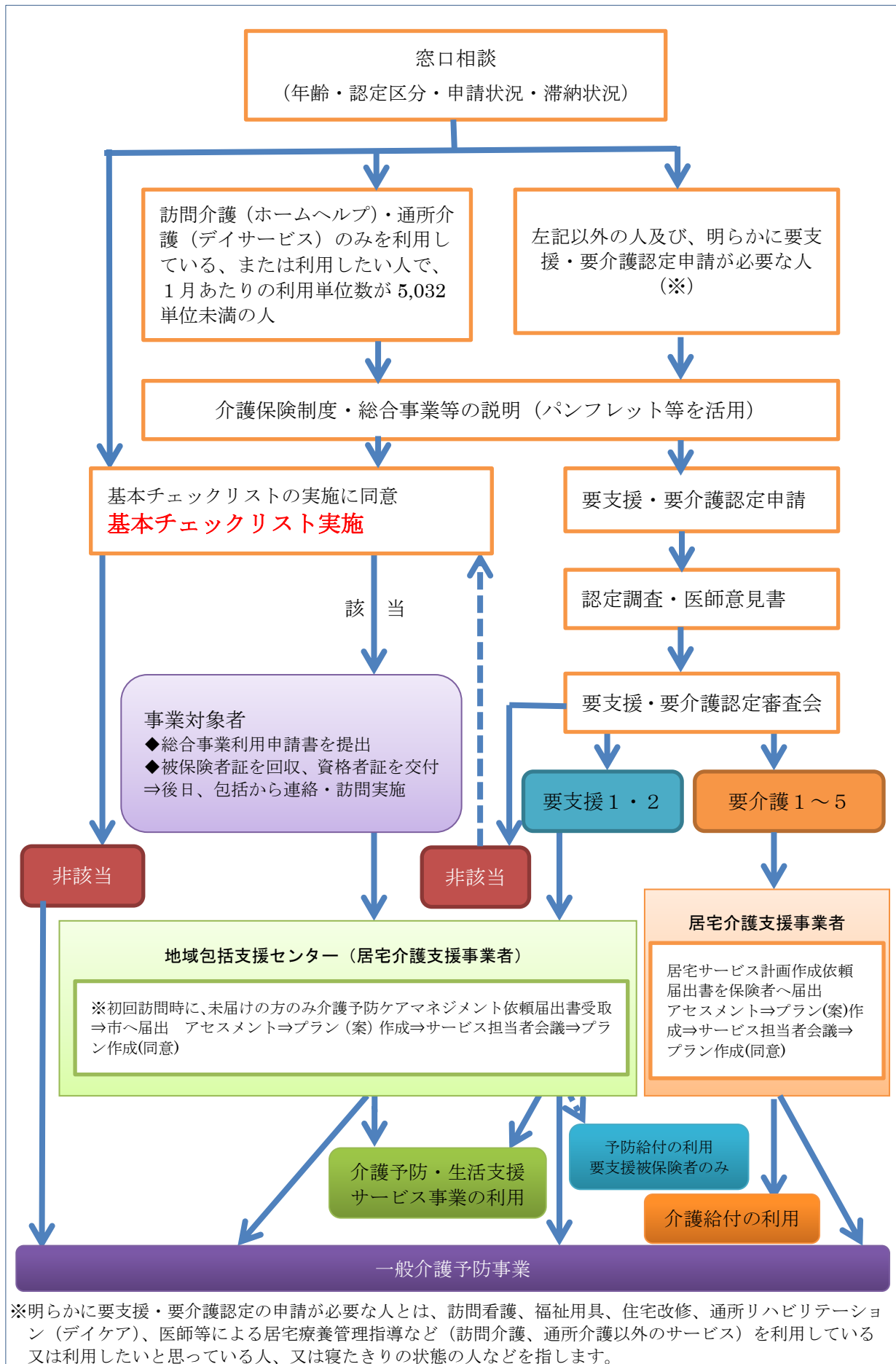
利用申込の際は、利用者への説明、情報提供、意向確認を十分行い、要支援（介護）申請とするのか、基本チェックリスト実施による利用申込とするのかを判断する必要があります。

(図2-2) 要支援認定者の更新申請必要性判定チャート(更新用)

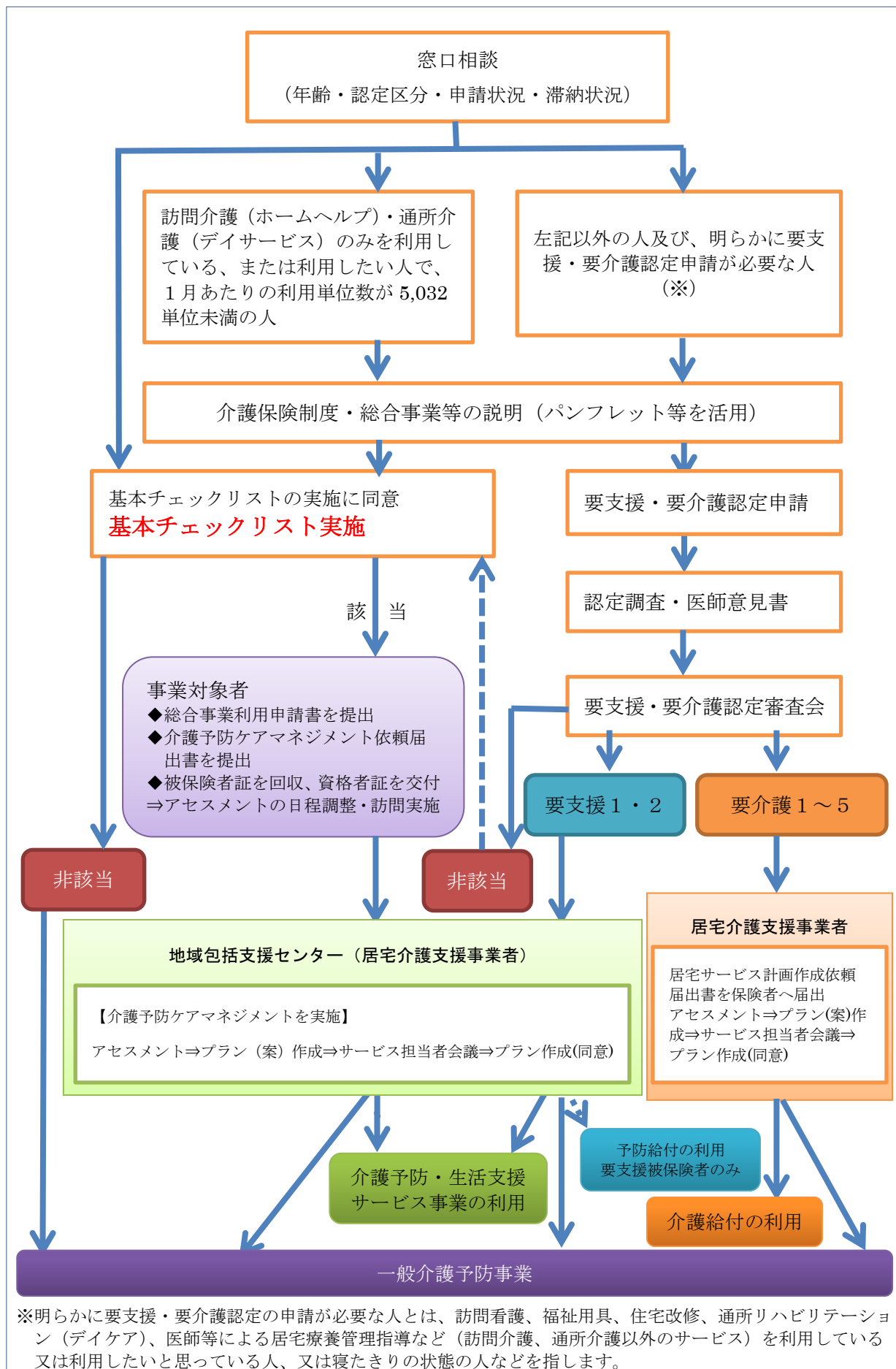


※基本チェックリストにより事業対象者とされた場合の支給限度額は、要支援1相当の月 5,032 単位以内です。

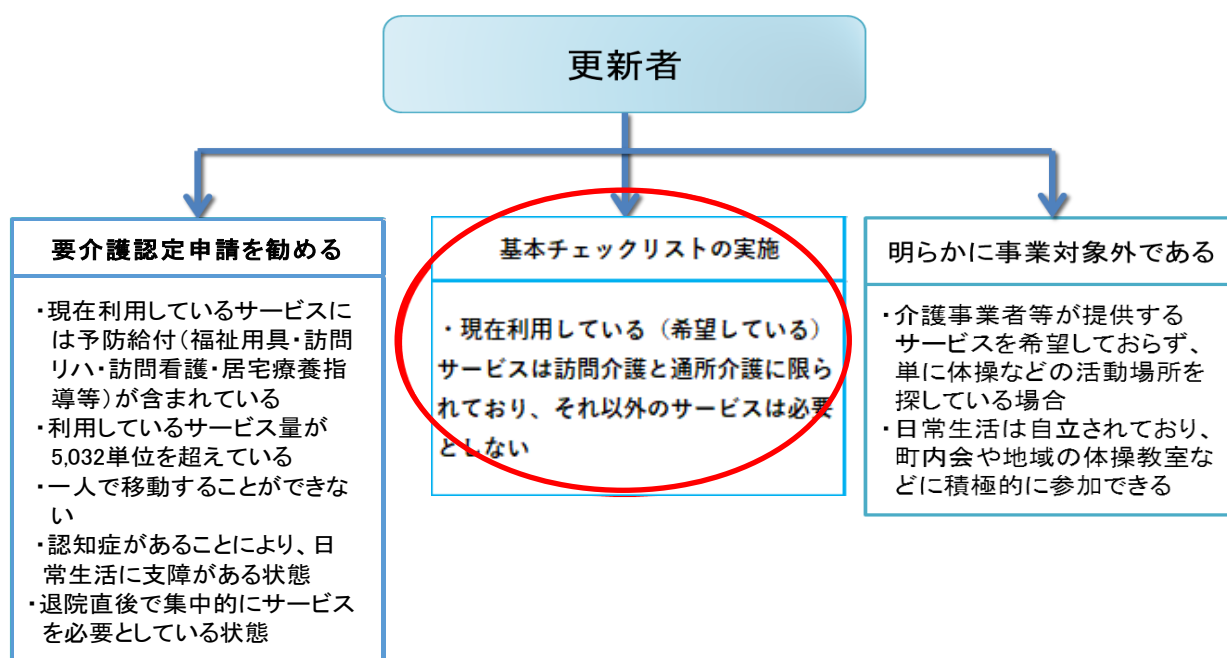
(図2-3) 相談からサービス利用までの流れ (市役所窓口・現要支援(介護)者の場合)



(図2-4) 相談からサービス利用までの流れ (包括窓口・現要支援(介護)者の場合)



(図2-5) 要介護認定申請又は基本チェックリスト実施の判断基準



## 5 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センター職員(又は委託先の居宅介護支援事業所職員)が事業対象者にアセスメント(課題分析)を行い、本人の意向を踏まえつつ自立した生活が送れるようケアプランを作成します。次頁の図2-6は、相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れを示したものです。また、総合事業の対象となった人が各種サービスを利用する場合は、地域包括支援センター(又は委託先の居宅介護支援事業者)の介護予防ケアマネジメントを通じて適切なサービスを選択することになるため、介護予防ケアマネジメントの質をどこまで高められるかが、総合事業の成否の鍵を握るといっても過言ではありません。

これより、具体的な事務の流れを説明していきます。

### (1) 相談(聞き取りと説明)

#### ① 聞き取り

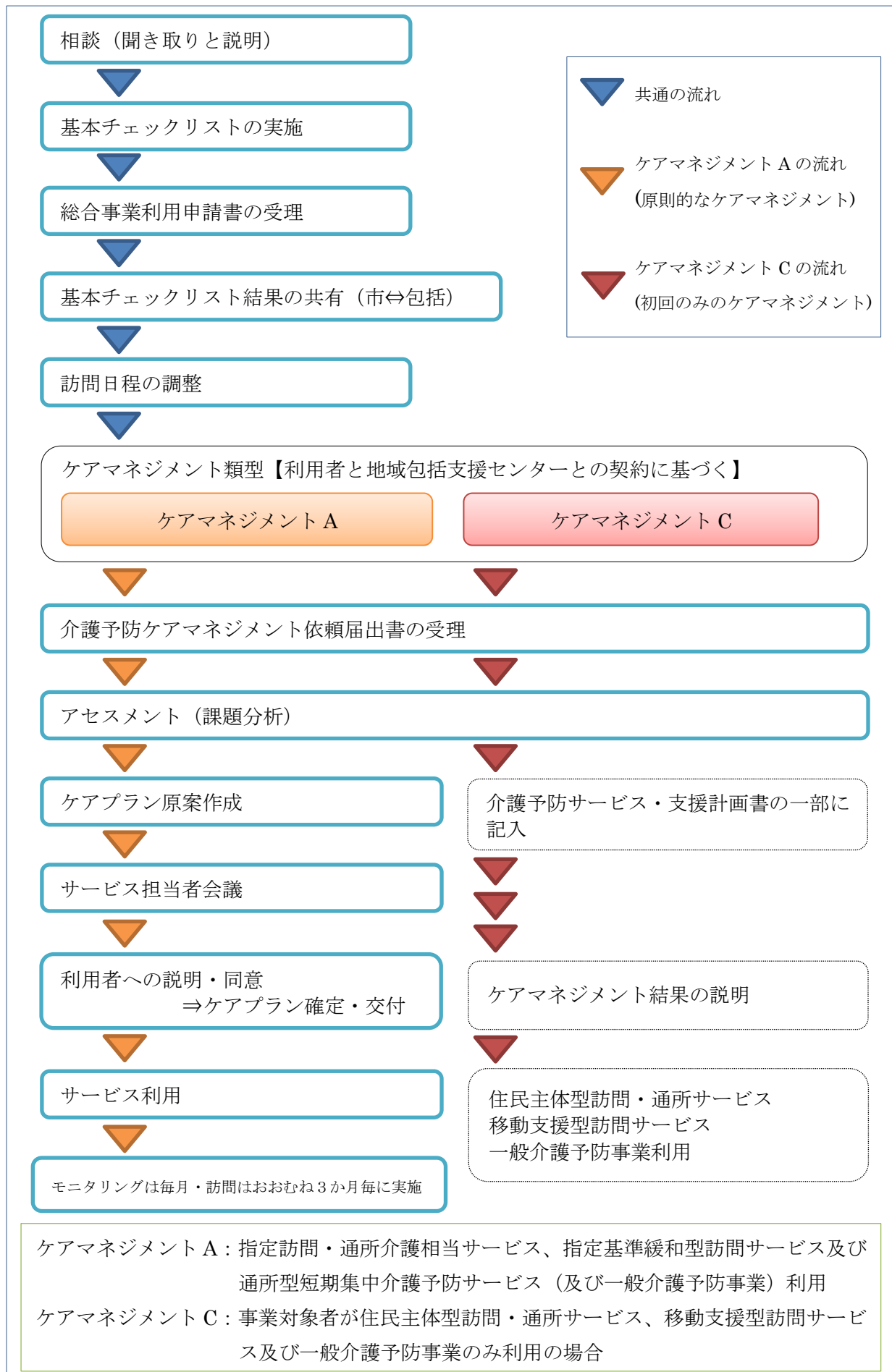
総合事業の利用申込みは、市役所内の高齢介護課窓口又は地域包括支援センターで対応します。

相談の手順として、まずは利用の目的や利用を希望するサービス等を聞き取ります。

原則として、被保険者本人が直接市役所又は地域包括支援センター窓口に出向いて相談しますが、本人が来所できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聞き取ります。また、地域包括支援センター職員が被保険者本人宅等に出向き、相談に応じる場合もあります。

本人が来所できない場合の例としては、「入院中である」、「外出に支障がある」等が想定されます。なお、郵送による基本チェックリストの受け付けは行いません。

(図2-6) 相談から介護予防ケアマネジメントまでの流れ(市窓口での受付)



## ② 説明

相談の目的や希望するサービス等を聞き取り、総合事業の趣旨や具体的なサービスの概要、手続きの流れを説明します。

説明する際は、専門用語の使用はできるだけ避け、分かりやすい説明を心がけます。

### 【総合事業についての説明】

- ・地域包括支援センター（又は委託先の居宅介護支援事業所）が行う介護予防ケアマネジメントに基づいてサービスを利用すること。
- ・自立支援に向けたサービスを利用することで、自分でできることや自分でできる期間を延ばしたり、今より重症化しないようにする事業であること。
- ・本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用すること。また、達成後は、さらなる自立へ向け、目標を見直していくこと。
- ・要介護又は要支援認定を受けている人が総合事業のサービスのみ利用しようとする場合は、要介護認定の更新申請等を省略し、基本チェックリストを実施して基準に該当した場合は、事業対象者として、迅速なサービスの利用が可能であること。
- ・前項以外の人についても基本チェックリストの実施により総合事業のサービス利用が可能となる。
- ・事業対象者は、必要な時には要介護認定等の申請が可能であること。
- ・総合事業は、徳島市の指定を受けた事業所であれば、住所地以外の事業所でも利用可能であること。

### 【要介護認定等の申請につなぐ場合】

- ・明らかに要介護認定が必要な場合や予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等の申請手続きにつなぐ。
- ・元気高齢者づくり事業や住民主体の通いの場など、一般介護予防事業の利用のみを希望する場合は、基本チェックリストを実施することなくそれらのサービスにつなぐ。
- ・第2号被保険者については、要介護認定等の申請につなぐ。

（表2-3）基本チェックリストの実施対象者と要介護（支援）認定申請書提出対象者

| 区 分     |        | 全ての総合事業サービスのみの利用したい人<br>（訪問看護、福祉用具等希望しない場合） | 総合事業サービスのうち、通所型短期集中介護予防サービスのみ利用したい人 | 総合事業以外のサービス（介護給付・予防給付）を利用したい人<br>・寝たきりの状態など、常に介護が必要な人 |
|---------|--------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 新規      |        | 基本チェックリスト                                   |                                     | 要介護（支援）認定申請                                           |
| 更新      | 要介護認定者 | 基本チェックリスト                                   |                                     | 要介護認定更新申請                                             |
|         | 要支援認定者 |                                             |                                     | 要支援認定更新申請                                             |
| 第2号被保険者 |        | 全て要支援認定申請                                   |                                     |                                                       |
| 転入者     |        | 上記の取扱いに準じる                                  |                                     |                                                       |

※総合事業サービスのみの利用したい場合でも、月 5,032 単位以上の利用を希望する場合は要支援認定申請が必要。

## (2) 基本チェックリストの実施

### ① 本人等が記入

基本チェックリストは、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。

基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、基本チェックリストの記入年月日は必ず記入します。(ただし、認定更新期間中における基本チェックリスト実施の場合は、認定有効期間満了の日の翌日を基本チェックリストの実施日とみなします。)

### ② 家族等の来所による相談の場合

本人(電話対応)や家族等が代理で行った基本チェックリストに基づき、地域包括支援センター職員は、本人宅を訪問して本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげます。この場合、事業対象者の資格が発生するのは、地域包括支援センター職員が事実確認を行い、申請内容に誤りなしと認定した後となります。

### ③ 居宅介護支援事業所等からの代行の場合

代行による基本チェックリストの提出も可能ですが、本人が来所できない場合(②)と同様の扱いとします。

#### 【基本チェックリストについて】

事前相談により、認定申請へつなぐか総合事業を案内するかを判断し、総合事業が適当と判断すれば基本チェックリストを実施します。質問は「はい」と「いいえ」で答える単純なものですが、この判断基準が担当者間で共有できていることが必要です。総合事業ではこの基本チェックリストが事業対象者の判定根拠となります。基本チェックリストを実施する際、対象者の回答が適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを受け付ける者が行わなければなりません。単に「はい」「いいえ」だけでなく、その根拠を詳しく聞き取ることで課題が明確になってきます。

#### (資料2-1) 基本チェックリストの考え方

##### 【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないでください。

|                                | 基本チェックリストの質問項目    | 基本チェックリストの質問項目の趣旨                                                                                                  |
|--------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1～5まで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、必要な物品を間違いなく購入しているか)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。電話による交流は含みません。また、家族や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 まで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場合は「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 分くらい続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。                                                                  |
| 9                                  | この1年間に転んだことがありますか                  | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。                                                                                 |
| 10                                 | 転倒に対する不安は大きいですか                    | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。                                                                      |
| 11～12 まで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か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか            | 6か月間で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か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。                                               |
| 12                                 | 身長、体重                              | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。                                                      |
| 13～15 までの質問項目は口腔機能について尋ねています。      |                                    |                                                                                                              |
| 13                                 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか            | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。                               |
| 14                                 | お茶や汁物等でむせることがありますか                 | お茶や汁物等を飲む時に、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                                 | 口の渇きが気になりますか                       | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。                                                                          |
| 16～17 まで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か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 まで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いても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。                                                              |
| 19                                 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか        | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤル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 まで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           |                                                                                                              |

### (3) 第1号事業対象者の期間

基本チェックリスト実施により第1号事業対象者となった場合の開始日は、基本チェックリスト実施日からとなります。(要介護又は要支援認定者が認定更新期間中に基本チェックリストを実施した場合は、当該要介護又は要支援の認定有効期間満了日の翌日を基本チェックリスト実施日とみなします。)

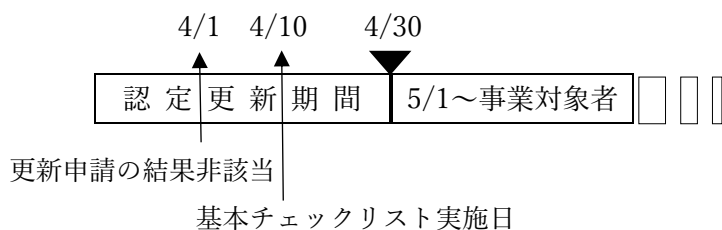
なお、徳島市では、要介護(支援)認定有効期間と事業対象者の開始日では、要介護(支援)認定有効期間が優先されるとの考え方を採用しているため、要介護(支援)認定有効期間を遮って事業対象者になることはありません。

(図2-7) 徳島市における基本的な扱い

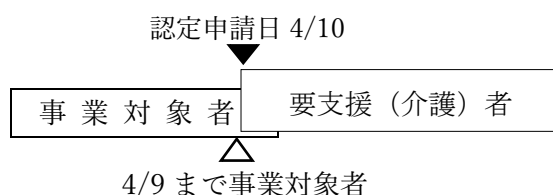
#### ●一般高齢者から事業対象者になる場合

→基本チェックリストを実施した日が開始日

#### ●要支援(介護)者から事業対象者になる場合



#### ●事業対象者から要支援(介護)者になる場合



重要!

### 【基本チェックリストの取扱いについて】

- 要介護（支援）認定有効期間内にある者について、要介護（支援）認定又は認定更新若しくは区分変更申請中の基本チェックリスト実施は基本的に受付しない。
  - 申請結果が出るのを待ってから、必要に応じ基本チェックリストを実施する。
  - 申請結果を待たずに当該申請を取り下げた場合、基本チェックリスト実施を認める。  
（この場合、チェック項目に該当すれば事業対象者となる。）
- 要介護（支援）認定を受けていない者について、要介護（支援）認定申請中の基本チェックリスト実施は基本的に受付しない。
  - 申請結果が出るのを待ってから、必要に応じ基本チェックリストを実施する。
  - 申請結果を待たずに当該申請を取り下げた場合、基本チェックリスト実施を認める。  
（この場合、チェック項目に該当すれば事業対象者となる。）
- 認定更新期間中に基本チェックリストを実施し事業対象者となったが、その後同更新期間中に要介護（支援）認定更新等申請を行った場合は、当該認定申請日をもって総合事業の利用申込に係る全ての申請を取り下げたものとみなす。



#### (4) 総合事業利用申請書等の提出

基本チェックリストにより総合事業の事業対象者に該当すると判定された場合は、本人の被保険者証を回収するとともに、総合事業利用申請書（様式集－様式2）の記入を求めます。

また、基本チェックリストを地域包括支援センター窓口又は同センター職員立会いのもと実施した場合は、同時に介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式集－様式3）の記入も求めます。

#### (5) 基本チェックリスト結果の共有

##### ① 市から地域包括支援センターへの送付

市窓口で基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果を地域包括支援センターに送付し情報を共有します。

具体的な事務処理としては、1日1回、市窓口で受け付けた①基本チェックリスト、②総合事業利用申請書、③回収した被保険者証の写しを地域包括支援センターへまとめて送付します。

地域包括支援センターでは、これらの情報を基に、訪問日程を調整、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の受付後、介護予防ケアマネジメントが開始されることになります。

##### ② 地域包括支援センターから市への送付

地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、1日1回、地域包括支援センターで受け付けた①基本チェックリスト、②総合事業利用申請書、③回収した被保険者証、④介護予防ケアマネジメント依頼届出書の原本を市高齢介護課へ送付します。

地域包括支援センターでは、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出後、介護予防ケアマネジメントを開始することになります。

（介護予防ケアマネジメント依頼届出書は、基本的に利用者から市に提出することとなっていますが、本人の代理として家族や地域包括支援センター等から提出することも可能です。代理で提出する場合、委任状は必要なく、利用者本人が自書の上、家族や地域包括支援センター等が代理で市町村に提出することが可能とされています。徳島市の場合は、利用者からの届出書を地域包括支援センターが預かった上で、市へ提出する流れを基本としています。）

市では、市窓口又は地域包括支援センターで受け付けた全ての基本チェックリスト（アセスメント用の基本チェックリストを除く）について、実施日や結果、有効期間等の情報を受給者台帳としてシステム上で一元管理するとともに、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の受理後に被保険者証を発行し、後日利用者に郵送します。

また、事業対象者の方に対しては、被保険者証が交付されるまでの間のサービス利用が滞ることのないよう、必要に応じ資格者証を交付します。

#### 【他住所地特例対象者の基本チェックリスト】

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

また、逆に徳島市外の施設に入所している徳島市の被保険者（住所地特例対象者）については、徳島市では基本チェックリストを実施せず、施設所在市町村において基本チェックリストを実施することとなりました。

#### 【その他】

基本チェックリストを実施し、事業対象者要件に該当するとして総合事業利用申請書を提出した後、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出がされない場合においては、基本チェックリスト実施日から 60 日が経過した時点で、当該基本チェックリスト及び総合事業利用申請書を取り下げたものとみなします。（申込書記入の住所地に居住していない、連絡がとれない等）

この場合、総合事業を利用するには、再度基本チェックリストの実施からやり直しが必要です。



## 第3章 介護予防ケアマネジメントの実施

### 1 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護保険法第115条の45第1号ニに規定するサービスであり、対象者の依頼を受け、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、対象者の状態等にあった、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

総合事業における介護予防ケアマネジメントでは、要支援者から旧二次予防事業対象者までの幅広い状態像の方を対象としているため、その幅広い状態像の方に対して、本人の興味、関心を踏まえた目標設定や本人の意欲や力を活かすため、どのような「サービス」や「地域での活動」を、どのくらいの頻度で利用することが「身体機能」や「生活の質」の改善につながるのか、これまで以上に自立支援を志向したケアマネジメントを実施することが求められます。

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

#### 【ケアマネジメントの目的】

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

介護予防ケアマネジメントは、上記の目的のために高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるようにケアマネジメントのプロセスに基づき支援するものです。

対象者のアセスメントを行い、目標を設定し、達成に向け介護予防の取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します。

また、自ら地域での活動を継続することにより「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう選択を支援していくことが重要です。

なお、総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していません。

予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐ必要があります。

### 2 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、次の2パターンのいずれかでを行います。

#### (1) 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

指定訪問介護相当サービス、指定基準緩和型訪問サービス、指定通所介護相当サービス、通所型短期集中介護予防サービスを利用する場合は、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施します。

#### ◆ プロセス

- ア アセスメント（課題分析）
- イ ケアプラン原案作成

- ウ サービス担当者会議
- エ 利用者への説明・同意
- オ ケアプラン確定・交付（利用者及び提供者）
- カ プランの実行（サービス利用）
- キ モニタリング（毎月・訪問はおおむね3か月ごとに実施）

## （２）初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、一般介護予防事業のサービスのみを利用する場合は、初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。ケアプランは作成しませんが、介護予防サービス・支援計画書には、アセスメントに基づき下記アの項目について記載します。

また、サービス等につなげた後は、基本的にモニタリング等は実施しません。

### ◆プロセス

#### ア アセスメント（課題分析）

「利用者自身の状況」、「本人の生活の目標」、「維持・改善すべき課題」、「その課題の解決への具体的対策」、「目標を達成するための取組」等を確認します。

#### イ サービス提供者との共有

利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制をつくっておくよう心がける必要があります。

そのためにも、ケアマネジメントの結果を利用者に説明しておくほか、任意で利用者からサービス提供者に対するケアマネジメント結果の提示及び内容の共有が図られることを想定しています。

#### ウ ケアマネジメント費の支払い

ケアマネジメントの結果、住民主体型訪問・通所サービス、移動支援型訪問サービス及び一般介護予防事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対してケアマネジメント開始月分のみ、ケアマネジメント費が支払われます。

ただし、この場合について、徳島市では、当該利用者に係るケアマネジメントで位置付けられたサービスが一般介護予防事業のみであると認められる場合に限り、ケアマネジメントCとしてケアマネジメント費を支給することとしています。

（表３－１）介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費

| 種類                        | 要支援者 |       |    | 事業対象者 |
|---------------------------|------|-------|----|-------|
|                           | 給付   | 給付＋事業 | 事業 | 事業    |
| 介護予防支援費<br>（コード：46）       | ○    | ○     | —  | —     |
| 介護予防ケアマネジメント費<br>（コード：AF） | —    | —     | ○  | ○     |

(表 3-2) サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費

| ケアマネジメントプロセスと類型                       | 説 明                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 主な<br>利用する<br>サービス                                                                                        |               | サービス<br>提供<br>開始月        | 2 月 目<br>(翌月) | 3 月 目<br>(翌々月) | 4 月 目<br>(3 月 後)  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|----------------|-------------------|
| ケアマネジメント A<br>(原則的な<br>ケアマネジメント)      | <b>■</b> 現行の予防給付に対する介護予防<br>ケアマネジメントと同様<br><b>■</b> アセスメント<br>⇒ ケアプラン原案作成<br>⇒ サービス担当者会議<br>⇒ 利用者への説明・同意<br>⇒ ケアプラン確定・交付<br>(利用者及び提供者)<br><b>■</b> モニタリングは毎月・訪問はおお<br>むね 3 か月毎に実施<br><b>■</b> 利用者の状況等に応じてサービスの<br>変更も行うことが可能な体制を<br>とっておく                                                                  | 指定事業者<br>のサービス<br>(従前相<br>当・基準緩<br>和型の訪問<br>型サービ<br>ス・通所型<br>サービス)                                        | サービス<br>担当者会議 | ○                        | ×             | ×              | ×                 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | モニタリン<br>グ等   | — (※1)                   | ○ (※1)        | ○ (※1)         | ○ (※1)<br>(面接による) |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 報 酬           | 基本報酬＋<br>初 回 加 算<br>(※2) | 基本報酬          | 基本報酬           | 基本報酬              |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 通所型短期<br>集中介護予<br>防サービス                                                                                   | サービス<br>担当者会議 | ○                        | ×             | ×              | ×                 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | モニタリン<br>グ等   | —                        | ○             | ○              | ×                 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 報 酬           | 基本報酬＋<br>初回加算            | 基本報酬          | 基本報酬           | ×                 |
| ケアマネジメント C<br>(初回のみ<br>のケアマネ<br>ジメント) | <b>■</b> ケアマネジメントの結果、住民主<br>体型訪問・通所サービス、移動支援<br>型訪問サービス及び一般介護予防事<br>業(元気高齢者づくり事業・健康長<br>寿課主催の運動教室)につなげる場<br>合(※3)<br><b>■</b> 初回のみアセスメント<br>⇒ ケアマネ C 用支援計画書<br>⇒ 利用者への説明・同意<br>⇒ 提供者への説明・送付<br><b>■</b> モニタリング等は行わない。<br><b>■</b> ケアマネジメント結果を利用者に<br>交付し、利用者の判断により利用<br>者自身がサービス活動担当者に当<br>該結果を交付できる旨説明する。 | 住民主体型<br>訪問・通所<br>サービス、<br>移動支援型<br>訪問サービ<br>ス及び一般<br>介護予防事<br>業(元気高<br>齢者づくり<br>事業・健康<br>長寿課主催<br>の運動教室) | サービス<br>担当者会議 | ×                        | ×             | ×              | ×                 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | モニタリン<br>グ等   | —                        | ×             | ×              | ×                 |
|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           | 報 酬           | 基本報酬                     | ×             | ×              | ×                 |

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) 住民主体型訪問・通所サービス、移動支援型訪問サービス及び一般介護予防事業でなく、民間のサービスや地域の各種サービス等につながった場合は、ケアマネジメント C の報酬は算定できない。

(表 3-3) ケアマネジメント費の報酬単価

| 区分         | 基本報酬     | 初回加算 (※1) | 委託連携加算 (※2) |
|------------|----------|-----------|-------------|
| ケアマネジメント A | 4 4 2 単位 | 3 0 0 単位  | 3 0 0 単位    |
| ケアマネジメント C | 2 7 7 単位 | —         | —           |

## ※1 初回加算の取扱い

初回加算の算定については、指定介護予防支援における基準に準じ、次の場合に算定できることとする。

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合
  - ② 介護予防ケアマネジメントの実施終了後 2 月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合
  - ③ 要介護者が要支援認定を受け、または事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- (注) 介護予防支援を受けていた要支援者について、引き続き事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合、初回加算の算定を行うことはできない。

## ※2 委託連携加算の取扱い

地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業所との連携を評価する加算。委託を開始した日の属する月に限り、利用者 1 人につき 1 回を限度として所定単位数を加算する。

## 3 ケアマネジメントに係る様式

介護予防ケアマネジメントに使用する様式は、次のとおりです。

- ① 利用者基本情報
- ② 介護予防サービス・支援計画書
- ③ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
- 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
- ⑤ 興味・関心チェックシート
- ⑥ 給付管理票
- ⑦ 介護予防支援介護給付費明細書

## 4 訪問からモニタリング・評価の実際

### (1) 訪問

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

訪問することで、本人の身体的状況や低下している生活機能のみならず、住宅環境、家族が同居している場合は家族間の関係性、自宅で日常生活を送る上で具体的に困っていることなどを直接見聞きすることができます。

事前に情報を得た場合においても、先入観を持たないようにします。声のトーンや会話の速度、会話時の目線、表情など様々な角度から利用者を見ることで性格の一部を知ることでもでき、信頼関係を築く一助になる場合もあります。

また、自宅内の空気感や臭いなども重要な情報であり、五感をフルに活用し情報を得る余裕を持ちたいものです。

しかし、初回訪問では、個人差があるにしても利用者も緊張していますので、まずは、利用者や家族の訴えに耳を傾けるように心がけるとともに、一度の面接で完璧に情報を得ようとし過ぎないことが重要です。(図3-1)

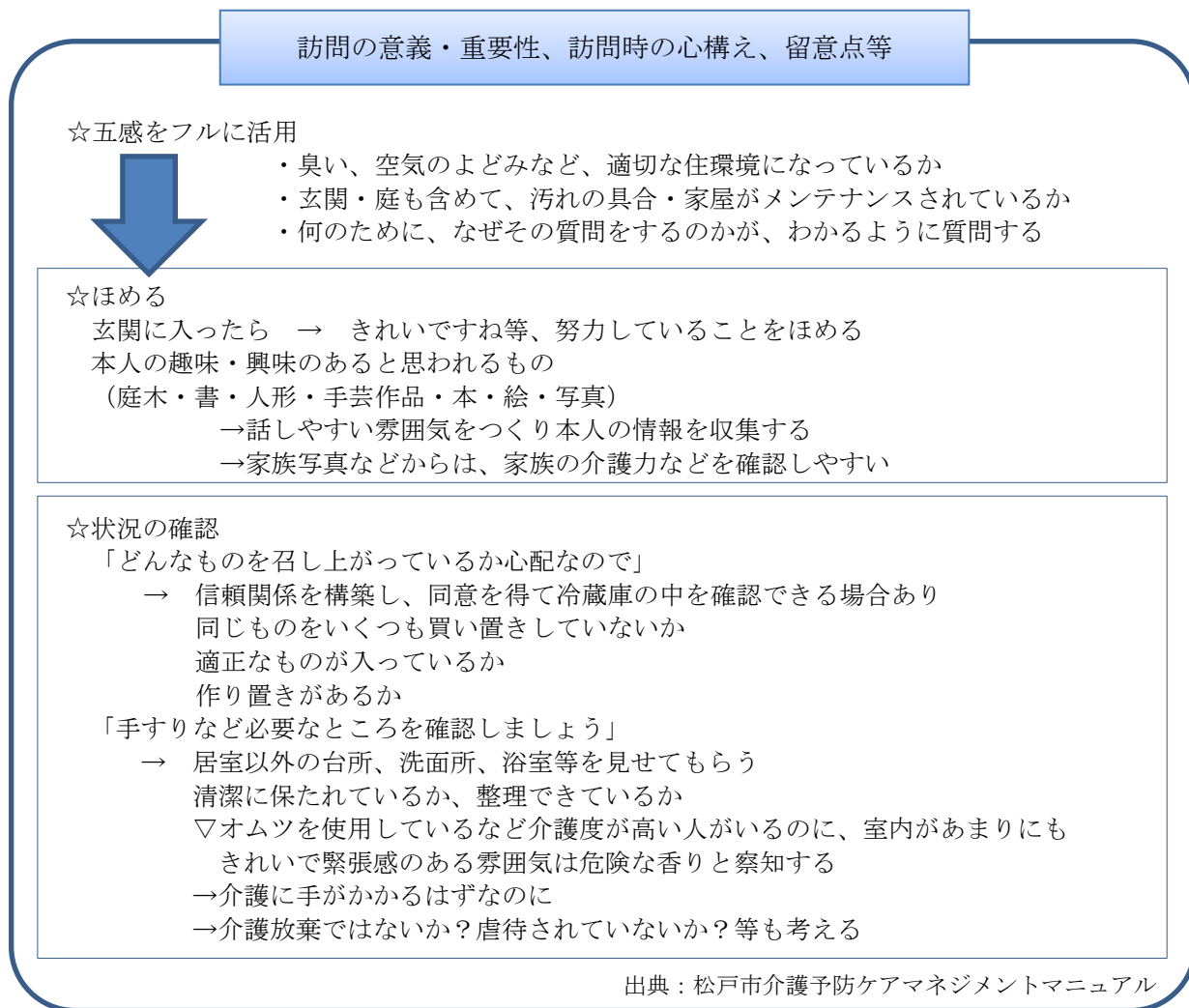
#### 【訪問時に持参する書類等】

限られた訪問時間を有効かつ効率的に活用し、利用者を取り巻く様々な状況を把握するとともに必要な申請手続きを円滑に実施するためには、書類の不足等がないよう事前に確認し取り揃えておく必要があります。(図3-2)

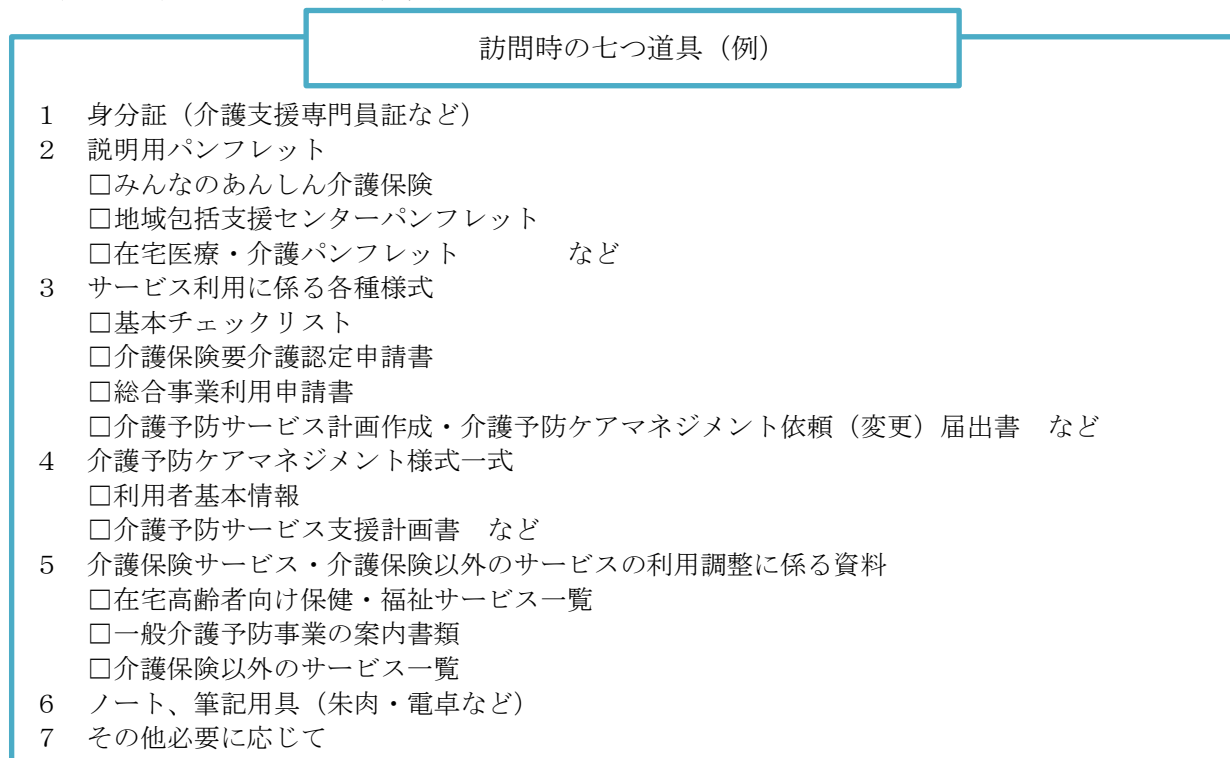
初回訪問時に、虐待を受けていることが発見されることも想定されますので、状況に応じては記録用のデジタルカメラ等を準備することもあります。



(図3-1) 初回訪問時の留意点



(図3-2) 訪問時に持参する書類等



## (2) アセスメント（課題分析）

課題分析の目的は、本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることです。

課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組みを積極的に促すことができ、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

### 【効率的な状態把握】

- ・「**なぜ**、要支援認定の申請をしたのだろうか」（きっかけ）
- ・「**なぜ**、要支援状態になったのだろうか」
- ・「生活の中で**何か困っている**ことが生じていないだろうか」
- ・「それはいつから、具体的にどんなことで困っているのだろうか」
- ・「**最も困っている人**は本人なのだろうか、家族なのだろうか」

というように、「なぜ」なのかを考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聴きとることが大切です。

状態を把握する際には、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要です。

そうしたことが、本人の自己有用感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことにつながります。

続いて、本人・家族の望む生活について、本人や家族から意向を聴き取ります。

具体的には、元気（健康）でいるために、また、自分でできることを続けるために行っていることや心がけていること、具体的に「（できれば）してみたい・参加してみたい」ことや「興味があること・関心があること」、ADL、IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を「興味・関心チェックシート」などを活用しながら聴き取ることが重要です（資料 3－1）。

「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それを意識付けることにより、生活の意欲を高めることにつながります。

### 【本人ができることからのケアマネジメント】

自立支援に基づくケアマネジメントとは、「出来ない」「していない」ことへの補完的な視点ではなく、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らすために、「本人が出来ることは出来る限り自分で行う」といったコンセプトで展開していくものです。アセスメントにおいては、プロセスを通じて利用者やその家族とコミュニケーションをとりながら、困りごとを整理し、忘れていた強み（ストレングス）に気づき、利用者自身が望む生活へ主体的に取り組めるように働きかけることが大切です。

## 興味・関心チェックシート

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

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

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

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

### (3) ケアプランの作成

#### ア ケアプランの目的と手法

ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。

手法としては、3～12カ月先を目途として、本人自身が望む「自立した生活の目標」を立て、その目標が達成されるために、3～6か月を目途に「どのように維持・改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）、「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的な手段の選択）、「いつ頃までに達成するのか」（期限）を考慮し計画を作成します。

目標を設定する際は、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現とすることが大切です。

また、計画に定めた期間取り組むことにより、その目標の達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標となるよう配慮します。

#### イ ケアプラン作成の際の留意点

ケアプランの作成の際には、本人・家族と本人のしたい生活(生活の目標)のイメージを共有することが大切です。

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

また、目標が達成されたら、生活機能を維持しつつ、さらに高めていくために様々な活動の場や社会参加の場に通うことが大切であることも説明します。

#### 【要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態】

- ・健康管理の支援が必要な者
- ・体力の改善に向けた支援が必要な者
- ・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ・閉じこもりに対する支援が必要な者
- ・家族等の介護者への負担軽減が必要な者

#### ウ 利用するサービス内容の選択

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

単にサービス事業の利用のみに限定するのではなく、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における活動や、民間のサービスも積極的にプランに位置づけるよう工夫します。

また、総合事業サービスのうち、従前相当・基準緩和型の訪問型サービスと従前相当の通所型サービスの利用には給付管理を伴うので、注意が必要です。

※総合事業のサービスについては、第4章を御覧ください。

(図3-3) デイサービス・ホームヘルプサービスを利用する利用者像



出典：松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアルより

【サービス事業所が総合事業の指定事業所であることの確認】

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

また、市から指定を受けている事業所についてはホームページ上で最新情報を掲載しているので、サービスを調整する際には必ず御確認ください。

(表 3-1) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

| 課 題                                                                              | 目 標                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>セルフケア</u><br>清潔・整容、排せつの自立、TPO に応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など                      | 健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する<br>日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする |
| <u>家庭生活</u><br>日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など           | 家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする<br>用事：買い物や銀行の用事を自分ですます                                            |
| <u>対人関係</u><br>家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など       | 関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす<br>役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする<br>他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる |
| <u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u><br>自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ | 仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける<br>活動：地域の奉仕活動に参加する<br>経済生活：預貯金の出し入れや管理をする                      |
| <u>コミュニケーション</u><br>家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話                               | 家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける                                                          |
| <u>運動と移動</u><br>自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動     | 外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する<br>旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く                            |
| <u>知識の応用（判断・決定）</u><br>日常生活に関する内容について、自分で判断・決定                                   | 何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める                                                           |
| <u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u><br>友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など  | 交流・参加：自治会のお祭りに参加する、老人会の行事に参加する、候補者を決めて投票する<br>楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ            |

(介護予防マニュアル改定委員会 (2011.3) 「介護予防マニュアル改訂版」 三菱総合研究所を一部修正)

#### (4) サービス担当者会議

##### ア サービス担当者会議の目的

- ・利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有します。
- ・地域の公的サービス・インフォーマルなどについて情報共有し、その役割を理解します。
- ・利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議します。
- ・介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解します。

##### イ 開催時期

- ・初回の介護予防ケアプラン作成時
- ・更新申請、区分変更申請時
- ・介護予防ケアプランの変更時
- ・臨時開催

介護予防ケアプラン通りの効果を果たしていないと考えられるときや、サービスや事業の利用中断がある場合、利用者の状況等に変化があり、プランの変更が必要なときは臨時に開催

- ・チェックリストにより該当時

##### ウ 会議の構成員

- ・利用者・家族
- ・介護予防ケアプラン作成者
- ・サービス事業担当者
- ・主治医
- ・インフォーマルサービスの提供者

サービス提供事業者が会議に参加することで、利用者のしたい生活(生活の目標)のイメージや維持改善すべき課題(目標)を共有でき、的確な個別サービス計画を立案することにより効果的なサービスの提供を促すことができます。また、リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADL の生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手することができます。

##### エ ケアマネジメント担当者が説明する事項

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

##### オ 協議内容

- ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ・サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成のための2次アセスメント

##### カ 記録 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

##### 【その他】

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。利用者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切です。

医師との日程調整が難しいことが少なくありませんが、受診時または照会等により情報を得る等工夫し実施します。

#### (5) ケアプランへの本人同意と交付

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

#### (6) サービスの利用開始

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

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

#### (7) モニタリング

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

具体的には、サービス利用開始後の状況、問題点、利用者の意欲の変化などについて、利用者及び家族から直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取することにより行います。

##### ◆ 行う時期

- ・ サービス提供月…毎月・訪問はおおむね3か月ごとに実施
  - ・ 利用者に著しい変化があったとき
  - ・ サービスの評価期間終了月
- } 利用者の居宅を訪問し、利用者への面接による  
実施

##### ◆ モニタリングの視点

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

##### ◆ 計画の組み直し等

- ・ 目標が達成された場合は、改めて課題分析を行い、計画を組み直します。
- ・ 課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。
- ・ 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、課題分析結果に基づき、計画を組み直します。

##### ◆ 記録

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

## (8) 評価

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

### ◆ 行う時期

- ・介護予防ケアマネジメントに位置付けた期間終了時

### ◆ 記録

「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」に記載します。



## 第4章 総合事業サービスについて

### 1 徳島市の総合事業サービス

徳島市では、平成29年4月の総合事業移行当初は、従前相当の訪問型サービスと従前相当の通所型サービス、通所型短期集中介護予防サービスとその他の一般介護予防事業を実施することとしていましたが、あらたに、令和2年1月から指定基準緩和型訪問サービスが追加されます。

この章では、徳島市の総合事業サービスのうち、サービス利用に介護予防ケアマネジメントが必要とされているものについて、具体的に説明します。

#### (1) 従前相当サービス・基準緩和型サービス

##### 【訪問型サービス】

| 区分 |             | 総合事業                      |                        |
|----|-------------|---------------------------|------------------------|
|    |             | 徳島市指定訪問介護相当サービス           | 徳島市指定基準緩和型訪問サービス       |
| 1  | 実施時期        | 平成29年4月1日から               | 令和2年1月1日から             |
| 2  | ケアマネジメント    | 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントA |                        |
| 3  | サービス内容      | 訪問介護員等による身体介護、生活援助        | 訪問介護員等による生活援助          |
| 4  | サービス提供者     | 徳島市指定訪問介護相当サービスの指定事業者     | 徳島市指定基準緩和型訪問サービスの指定事業者 |
| 5  | 基準          | 現行と同様                     | 人員等を緩和した基準             |
| 6  | 単価          | 基本報酬に1回あたりの単価を設定          |                        |
| 7  | サービスコード     | A2                        |                        |
| 8  | 給付制限        | なし                        |                        |
| 9  | 利用者負担       | 介護給付の利用者負担割合と同じ           |                        |
| 10 | 限度額管理の有無・方法 | 限度額管理の対象・国保連で管理           |                        |
| 11 | 事業者への支払方法   | 国保連経由で審査・支払               |                        |

##### 【通所型サービス】

| 区分 |             | 総合事業                      |
|----|-------------|---------------------------|
|    |             | 徳島市指定通所介護相当サービス           |
| 1  | 実施時期        | 平成29年4月1日から               |
| 2  | ケアマネジメント    | 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントA |
| 3  | サービス内容      | 通所介護事業者の従業員によるサービス        |
| 4  | サービス提供者     | 徳島市指定通所介護相当サービスの指定事業者     |
| 5  | 基準          | 現行と同様                     |
| 6  | 単価          | 基本報酬に1回あたりの単価を設定          |
| 7  | サービスコード     | A6                        |
| 8  | 給付制限        | なし                        |
| 9  | 利用者負担       | 介護給付の利用者負担割合と同じ           |
| 10 | 限度額管理の有無・方法 | 限度額管理の対象・国保連で管理           |
| 11 | 事業者への支払方法   | 国保連経由で審査・支払               |

## (2) 住民主体型サービス・移動支援型サービス

総合事業における住民主体型サービス、移動支援型サービスは、高齢者の身体状況に応じた多様なサービスを、ボランティアなどの住民を主体とした担い手が提供することにより、要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、住み慣れた地域で、人とつながり、生き生きと暮らしていくことができるよう、自立に向けた支援を行うことを目的としたものです。

### 【訪問型サービス】

| 区分 |             | 総合事業                               |                 |
|----|-------------|------------------------------------|-----------------|
|    |             | 住民主体型訪問サービス                        | 移動支援型訪問サービス     |
| 1  | 開始時期        | 年度ごと実施主体の申請による                     | 年度ごと実施主体の申請による  |
| 2  | ケアマネジメント    | 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント C         |                 |
| 3  | サービス提供者及び内容 | 地域の多様な主体による身体介護を伴わない日常生活上の支援       | 地域の多様な主体による移動支援 |
| 4  | 単価          | なし                                 |                 |
| 5  | サービスコード     | A4 ※徳島市地域包括支援センターにおけるケアマネジメント業務で使用 |                 |
| 6  | 給付制限        | なし                                 |                 |
| 7  | 利用者負担       | 費用の徴収については実施主体による                  |                 |
| 8  | 限度額管理の有無    | 限度額管理の対象外                          |                 |
| 9  | 実施主体への支払方法  | 市から実施主体へ補助金として支払い                  |                 |

### 【通所型サービス】

| 区分 |             | 総合事業                               |
|----|-------------|------------------------------------|
|    |             | 住民主体型通所サービス                        |
| 1  | 開始時期        | 年度ごと実施主体の申請による                     |
| 2  | ケアマネジメント    | 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント C         |
| 3  | サービス提供者及び内容 | 地域の多様な主体による介護予防に資する通いの場などの支援       |
| 4  | 単価          | なし                                 |
| 5  | サービスコード     | A8 ※徳島市地域包括支援センターにおけるケアマネジメント業務で使用 |
| 6  | 給付制限        | なし                                 |
| 7  | 利用者負担       | 費用の徴収については実施主体による                  |
| 8  | 限度額管理の有無    | 限度額管理の対象外                          |
| 9  | 実施主体への支払方法  | 市から実施主体へ補助金として支払い                  |



## (3) 通所型短期集中介護予防サービス

通所型短期集中介護予防サービスは、国が平成24年～平成25年度に実施した「市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）」の実績等を基に考えられたサービスで、国の地域支援事業実施要綱によると、「個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、短期集中予防サービス」と定義されています。

徳島市では、従来二次予防事業として行っていた運動機能の向上（及び口腔機能向上、栄養改善）プログラムを、総合事業の通所型サービス C として継承し、実施することとしています。

徳島市の通所型短期集中介護予防サービスでは、セルフケアに向けた動機付け、学習を行うことによって、高齢者が機能低下状態を脱して、地域活動の中で継続的な機能維持を推進していくことを目指しており、期間の延長や繰り返しの利用は事業の趣旨に合わない判断し、次の制限を設けています。

①原則 3 か月のサービス

徳島市の通所型短期集中介護予防サービスは、3 か月を 1 クールとして実施します。

国の地域支援事業実施要綱では、「サービスの継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大 6 か月までサービスを継続してもよい。」とありますが、徳島市ではサービスの延長は認めていません。

② 1 年度中に 1 クールの利用が限度

徳島市の通所型短期集中介護予防サービスの利用は、利用者 1 人につき、1 年度中に 1 クールの利用を限度としています。

通所型短期集中介護予防サービスの利用終了後は可能な限り地域のサービスや活動につなぎ、サービス終了後の機能低下を予防することが重要です。

また、入院や加齢等で心身の状況に変化があり、再度機能向上のために本サービスの利用が効果的と判断された場合は、次年度以降に参加できるものとしています。

【通所型短期集中介護予防サービス】

| 区分 |                 | 総合事業(通所型短期集中介護予防サービス)                              |
|----|-----------------|----------------------------------------------------|
| 1  | 開始時期            | 4月、7月、10月、1月                                       |
| 2  | ケアマネジメント        | 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント A                         |
| 3  | サービス提供者及びサービス内容 | 委託先通所介護事業所の従業員による<br>運動器の機能向上(及び口腔機能の向上又は栄養改善)サービス |
| 4  | サービスの基準         | 市と委託先事業所の契約による                                     |
| 5  | 単価              | 1回あたり1,700 円。(口腔機能向上は 380 円/回、栄養改善加算は 507 円/回。)    |
| 6  | サービスコード         | A8 ※徳島市地域包括支援センターにおけるケアマネジメント業務で使用                 |
| 7  | 給付制限            | なし                                                 |
| 8  | 利用者負担           | 無料(ただし、送迎利用の場合は1回 300 円を実費負担。)                     |
| 9  | 限度額管理の有無        | 限度額管理の対象外                                          |
| 10 | 事業者への支払方法       | 委託料として市から委任先へ直接払い                                  |

【通所型短期集中介護予防サービス委託先事業所一覧】

| No. | 事業所名                  | 概 要     |                        |
|-----|-----------------------|---------|------------------------|
| 1   | 三成会キュアセンター<br>(三成会)   | 所在地     | 徳島市南矢三町三丁目 3 番 31 号    |
|     |                       | 連絡先電話番号 | (088) 633-3353         |
|     |                       | 提供サービス  | 運動機能向上                 |
|     |                       | 定員      | 2 人/回、2 人/クール<br>※送迎不可 |
|     |                       | 実施回数・曜日 | 1 回(火)/週               |
|     |                       | 開始時間    | 15 時から                 |
| 2   | デイサービスとみだ<br>(とみだ福祉会) | 所在地     | 徳島市中昭和町 3 丁目 48 番地     |
|     |                       | 連絡先電話番号 | (088) 602-2325         |
|     |                       | 提供サービス  | 運動機能向上                 |

|   |                             |         |                                   |
|---|-----------------------------|---------|-----------------------------------|
|   |                             | 定員      | 5人／回、5人／クール<br>※送迎可能人数は2人（遠距離は相談） |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（金）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 13時30分から                          |
| 3 | ケアハウスエルベ<br>（平成記念会）         | 所在地     | 徳島市勝占町松成 46 番地                    |
|   |                             | 連絡先電話番号 | （088）669－2228                     |
|   |                             | 提供サービス  | 運動機能向上                            |
|   |                             | 定員      | 4人／回、4人／クール<br>※送迎可能人数は3人         |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（月）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 9時30分から                           |
| 4 | 健祥会デイサービスセンター徳島<br>（健祥会）    | 所在地     | 徳島市国府町東高輪字天満 349 番地の 1            |
|   |                             | 連絡先電話番号 | （088）642－9225                     |
|   |                             | 提供サービス  | 運動機能向上                            |
|   |                             | 定員      | 3人／回、3人／クール<br>※送迎可能人数は3人（遠距離は相談） |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（木）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 10時から                             |
| 5 | デイセンター一心太助<br>（健祥会）         | 所在地     | 徳島市南沖洲四丁目 3 番 1 号                 |
|   |                             | 連絡先電話番号 | （088）664－1855                     |
|   |                             | 提供サービス  | 運動機能向上                            |
|   |                             | 定員      | 3人／回、3人／クール                       |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（水）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 10時から                             |
| 6 | 国府リハビリテーション フェニ<br>ックス（明和会） | 所在地     | 徳島市国府町井戸字左ケ池 39 番地 1              |
|   |                             | 連絡先電話番号 | （088）642－3633                     |
|   |                             | 提供サービス  | 運動機能向上                            |
|   |                             | 定員      | 3人／回、3人／クール<br>※送迎不可              |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（水）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 15時から                             |
| 7 | 通所介護デイフィットネスセンタ<br>ーきたじま    | 所在地     | 徳島市川内町榎瀬 7 4 4 番地の 1              |
|   |                             | 連絡先電話番号 | （088）677－3886                     |
|   |                             | 提供サービス  | 運動機能向上                            |
|   |                             | 定員      | 3人／回、3人／クール<br>※送迎可能人数は3人         |
|   |                             | 実施回数・曜日 | 1回（水）／週                           |
|   |                             | 開始時間    | 9時30分から                           |

※1回あたりの所要時間は1時間30分から2時間程度。

※サービスの利用調整は介護予防ケアマネジメントの実施者が行う。（認定等申請中の暫定利用不可。）

## 第5章 請求等について

**重要!**

### 1 給付管理業務

総合事業では、原則、指定事業所によるサービスを利用する場合にのみ給付管理を行います。

指定事業所によるサービスとは、従前の訪問介護・通所介護相当と緩和した基準によるサービスのことを指し、限度額管理の対象外であるその他のサービス（通所型短期集中介護予防サービスなど）の給付管理は行いません。

徳島市では、給付管理を行うのは、従前の訪問介護・通所介護相当のサービスと訪問介護基準緩和型となります。

なお、事業対象者の区分支給限度額は、要支援1の区分支給限度額と同じ、1月あたり **5,032** 単位としており、退院直後で集中的にサービス利用が必要などの場合は、認定申請によるものとします。

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

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

（表5-1）事業対象者及び要支援1・要支援2の支給限度額

| 利用者区分 | サービス利用<br>パターン例 | ケアマネジメント費の区分              | サービス<br>種類コード | 支給限度額     |
|-------|-----------------|---------------------------|---------------|-----------|
| 事業対象者 | 事業（※）のみ         | 介護予防ケアマネジメント費<br>（様式第七の三） | AF            | 5,032 単位  |
| 要支援1  | 予防給付のみ          | 介護予防支援費<br>（様式第七の二）       | 4 6           | 5,032 単位  |
|       | 予防給付と事業         |                           |               |           |
|       | 事業のみ            | 介護予防ケアマネジメント費<br>（様式第七の三） | AF            |           |
| 要支援2  | 予防給付のみ          | 介護予防支援費<br>（様式第七の二）       | 4 6           | 10,531 単位 |
|       | 予防給付と事業         |                           |               |           |
|       | 事業のみ            | 介護予防ケアマネジメント費<br>（様式第七の三） | AF            |           |

※事業：指定訪問介護相当サービス

指定基準緩和型訪問サービス

指定通所介護相当サービス

通所型短期集中介護予防サービス

住民主体型訪問・通所サービス

移動支援型訪問サービス

一般介護予防事業

支給限度額管理の対象外。

## 2 事業所指定・サービスコード・単価について

### (1) 事業所指定

総合事業サービスの訪問型サービス又は通所型サービスを提供する事業所は、利用者の住所地の市町村から総合事業の指定を受けている必要があります。新規指定申請は、事業開始予定日の1月前までに行う必要があります。

指定の有効期間は、6年間です。指定の有効期限が満了する日の3月前までに指定更新手続きをしてください。

徳島市の指定事業所については、ホームページ上で公表しています。

### (2) サービスコード

総合事業のサービスコードは次のとおりです。

個別のサービスコード表は、資料編（P.85以降）に掲載しています。

（表5-2） 総合事業のサービスコード

| サービス種類                                                                                                                 | サービスコード |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 平成27年4月以降に介護予防訪問介護の指定を受けている事業所（独自）<br>（徳島市から新規に指定を受ける事業所）<br>令和2年1月以降に訪問介護基準緩和型の指定を受けている事業所（独自）<br>（徳島市から新規に指定を受ける事業所） | A2      |
| 平成27年4月以降に介護予防通所介護の指定を受けている事業所（独自）<br>（徳島市から新規に指定を受ける事業所）                                                              | A6      |
| 介護予防ケアマネジメント                                                                                                           | AF      |

### (3) 単価

従前の介護予防訪問介護・介護予防通所介護では、月額包括報酬（定額制）とされていましたが、徳島市の総合事業における指定訪問介護相当サービス（従前相当）・指定基準緩和型訪問サービス及び指定通所介護相当サービス（従前相当）では、原則として、月額包括報酬額を上限に、1回あたりの単価設定による報酬額により算定することとします。1単位あたりの単価は、徳島市の場合、指定訪問介護相当サービス（従前相当）・指定基準緩和型訪問サービス・介護予防ケアマネジメントは10.21円、指定通所介護相当サービス（従前相当）は10.14円です。

#### 例1) 指定訪問介護相当サービス

##### ① サービス計画に週1回程度の位置づけ

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

287単位×2回＝574単位

- ・ 4回の実績

287単位×4回＝1,148単位

- ・ 5回の実績 1,176単位（月額）

※指定基準緩和型訪問サービスも例1と同様の考え方とする。

## 例2) 指定通所介護相当サービス

### ① 要支援1の人

月4回実績 436単位×4回=1,744単位

月5回実績 1,798単位(月額)

※4回を超えると月額包括報酬単価で請求。

### ② 要支援2の人

月8回実績 447単位×8回=3,576単位

月9回実績 3,621単位(月額)

※8回を超えると月額包括報酬単価で請求。

## 3 日割り請求

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

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

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

月の途中で終了した場合は、月初めから起算日までの期間。

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

(表5-3) 日割り請求事由一覧

| 月額報酬対象サービス                                                             | 月途中の事由 |                                                                                          | 起算日(※2)  |
|------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 介護予防・日常生活支援総合事業<br>・訪問型サービス(独自)<br>・通所型サービス(独自)<br><br>※月額包括報酬の単位とした場合 | 開<br>始 | ・区分変更(要支援1⇔要支援2)<br>・区分変更(事業対象者→要支援)                                                     | 変更日      |
|                                                                        |        | ・区分変更(要介護→要支援)<br>・サービス事業所の変更(同一保険者のみ)(※1)<br>・事業開始(指定有効期間開始)<br>・事業所指定効力停止の解除           | 契約日      |
|                                                                        |        | ・利用者との契約開始                                                                               | 契約日      |
|                                                                        |        | ・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(独自)の場合)<br>・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(独自)の場合) | 契約解除日の翌日 |

|                                                                        |    |                                                                                                                                                                              |                                |
|------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                        |    | ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退去(※1)                                                                                                                                    | 退去日の翌日                         |
|                                                                        |    | ・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)                                                                                                                                                    | 契約解除日の翌日                       |
|                                                                        |    | ・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)                                                                                                                                           | 退所日の翌日                         |
| 介護予防・日常生活支援総合事業<br>・訪問型サービス(独自)<br>・通所型サービス(独自)<br><br>※月額包括報酬の単位とした場合 | 終了 | ・区分変更(要支援1⇔要支援2)<br>・区分変更(事業対象者→要支援)                                                                                                                                         | 変更日                            |
|                                                                        |    | ・区分変更(事業対象者→要介護)<br>・区分変更(要支援→要介護)<br>・サービス事業所の変更(同一保険者のみ)(※1)<br>・事業廃止(指定有効期間終了)<br>・事業所指定効力停止の開始                                                                           | 契約解除日<br><br>(廃止・満了日)<br>(開始日) |
|                                                                        |    | ・利用者との契約解除                                                                                                                                                                   | 契約解除日                          |
|                                                                        |    | ・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、訪問型サービス(独自)の場合)<br>・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービス(独自)の場合)                                                                                     | サービス提供日の前日                     |
|                                                                        |    | ・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登録の開始(※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                         |
|                                                                        |    |                                                                                                                                                                              |                                |
|                                                                        |    |                                                                                                                                                                              |                                |
| 月額報酬対象サービス全て<br>(居宅介護支援費、介護予防支援費及び日割り計算用サービスコードがない加算を除く)               | 開始 | ・公費適用の有効期間開始                                                                                                                                                                 | 開始日                            |
|                                                                        |    | ・生活保護単独から生活保護併用への変更<br>(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 | ・公費適用の有効期間終了                                                                                                                                                                 | 終了日                            |
| 居宅介護支援費<br>介護予防支援費<br>介護予防ケアマネジメント費<br>日割り計算用サービスコードがない加算              | —  | ・日割りは行わない。<br>・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)<br>・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。<br>・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。 | —                              |

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

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

## 4 利用者負担

総合事業のうち、指定訪問介護相当サービス・指定基準緩和型訪問サービス及び指定通所介護相当サービスにおける利用者負担は、介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2～3割）と同じとします。

また、これらについて、給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施します。

なお、保険料を滞納している方に対する総合事業の給付制限（3～4割負担）措置については、当面適用しませんが、滞納が続いている対象者については、申請時や被保険者証の交付前に必ず徳島市が納付（滞納）相談を行うこととします。

## 5 要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント

現行同様の取り扱いとします。

給付管理票の提出と介護予防ケアマネジメント費の請求は、被保険者証の認定結果を御確認の上行ってください。

また、介護度に応じた請求ができるよう、介護予防ケアマネジメントの委託先居宅介護支援事業所と必ず連携をとってください。

なお、要介護認定等申請中におけるサービス事業の暫定利用について、通所型短期集中介護予防サービスは対象外となりますので、ご注意ください。

○ 支援費は、月末時点での介護度に応じた事業所が給付管理を行い請求する。

- ・月末時点において要支援者又は事業対象者…地域包括支援センター（又は委託先居宅）
- ・月末時点において要介護者…居宅介護支援事業所



## 6 介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所へ委託

本市は、介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所に委託して実施します。

本市の委託単価については、次のとおりとします。

| 介護予防ケア<br>マネジメント<br>の種類 | 委託時のプラン料 |                   |                          |
|-------------------------|----------|-------------------|--------------------------|
|                         | 区分       | 委託先居宅介護<br>支援事業者分 | 介護予防<br>ケアマネジメント<br>受託者分 |
| ケア<br>マネジメント<br>A       | 基本委託料    | 3,609 円           | 903 円                    |
|                         | 初回加算     | 3,063 円           | 0 円                      |
|                         | 委託連携加算   | 2,450 円           | 613 円                    |

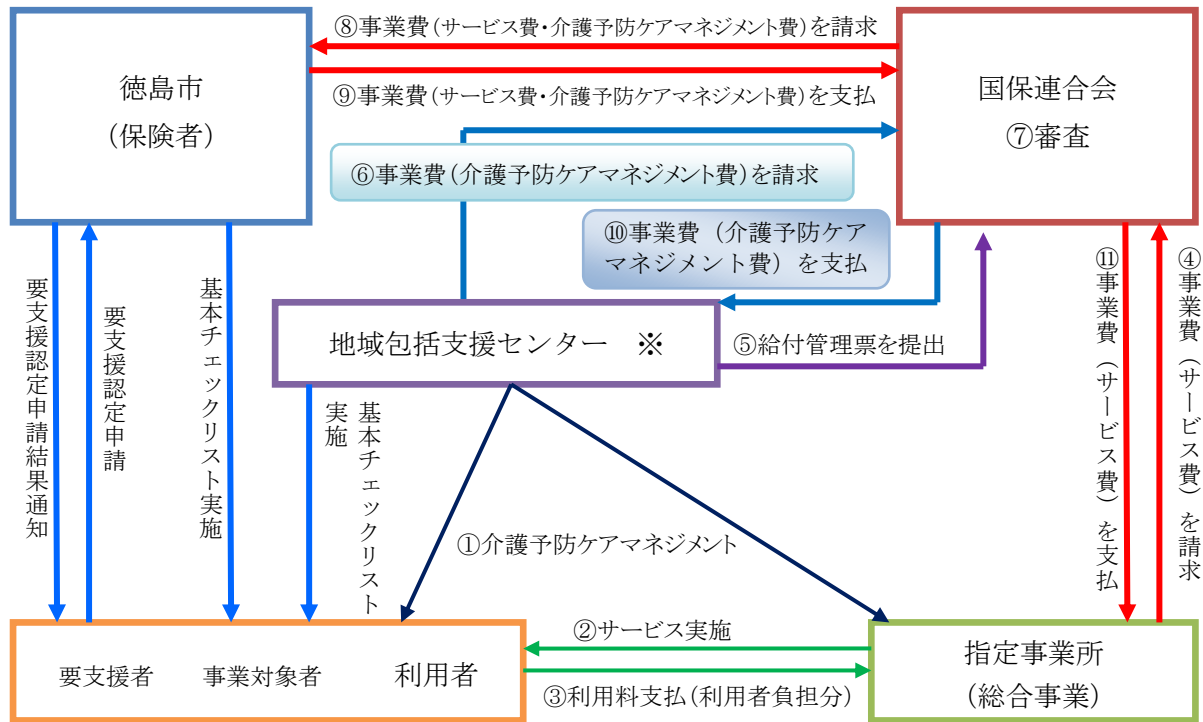
(参考)

居宅介護支援費の取扱件数の算出に関して、委託を受けた介護予防支援は受託件数×1/3件と数えますが、介護予防ケアマネジメントの件数は居宅介護支援費の逓減制には含まれませんので、取扱件数には含めません。

## 7 請求・支払い

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

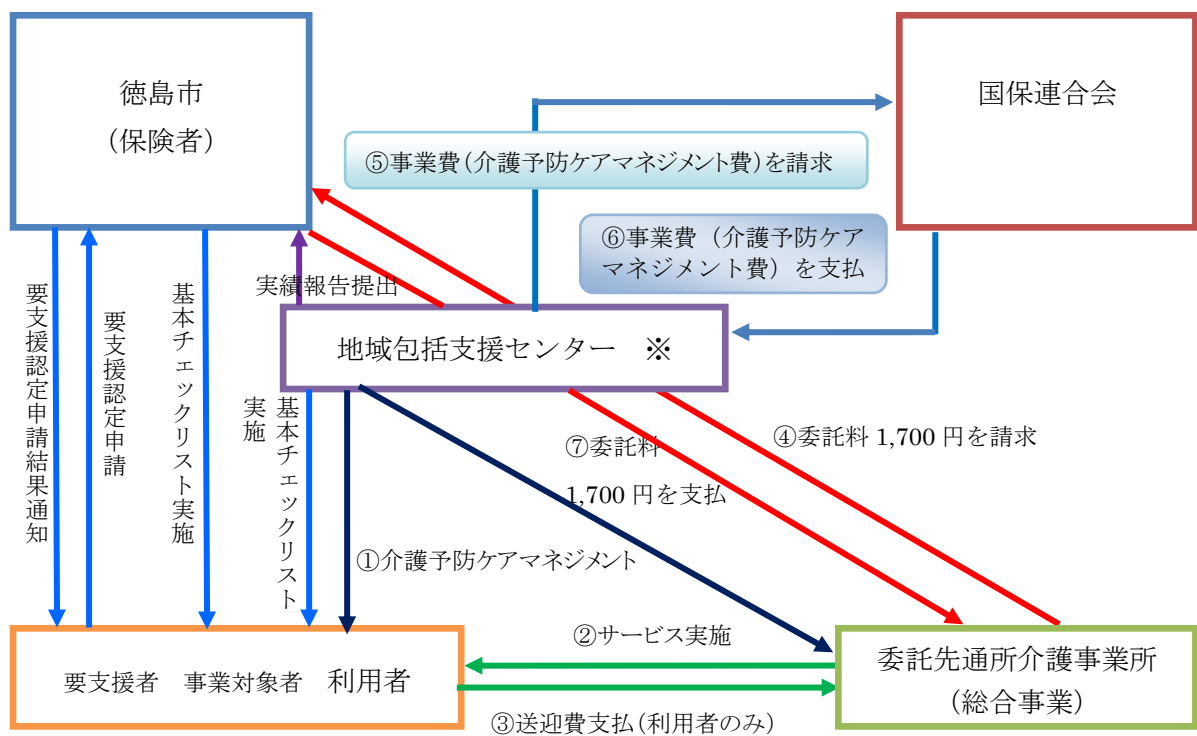
（図6－1）利用者が訪問・通所型サービスのみを利用する（予防給付を利用しない）場合



※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

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

(図 6 - 2) 利用者が通所型短期集中サービスのみを利用する（予防給付・従前相当サービスを利用しない）場合



※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

| 区分         |       | 事務処理内容                  |                                                           |
|------------|-------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| サービス提供月前月  |       | ①介護予防ケアマネジメント           | 地域包括支援センターは、利用者・委託先通所介護事業所と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。          |
| サービス提供月    |       | ②サービス実施                 | 委託先通所介護事業所が利用者へサービスを実施する。                                 |
|            |       | ③送迎費支払 (利用者のみ)          | 送迎サービスを利用した者は、事業所へ送迎費 (実費 300 円)を支払う。<br>※送迎費以外の利用者負担はなし。 |
| サービス提供月翌月  | 10日まで | ④委託料を請求                 | 委託先通所介護事業所は市へ実績報告を行い、委託料を請求する。                            |
|            | 10日まで | ⑤事業費 (介護予防ケアマネジメント費)を請求 | 地域包括支援センターは国保連合会へ請求明細書を提出し、事業費 (介護予防ケアマネジメント費)を請求する。      |
| サービス提供月翌々月 | 月末まで  | ⑥事業費 (介護予防ケアマネジメント費)を支払 | 国保連合会は地域包括支援センターへ事業費 (介護予防ケアマネジメント費)を支払う。                 |
|            |       | ⑦委託料を支払                 | 市は委託先通所介護事業所へ委託料を支払う。                                     |

## 第6章 住所地特例への対応について

### 1 住所地特例とは

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

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

#### 【介護保険施設等に入所中の被保険者の特例（介護保険法第13条）】

介護保険施設等に入所することにより、施設の所在地に市町村の区域を超えて住所を移転した被保険者は、引き続き従前市町村（住所移転前に保険者であった市町村）の被保険者とする。

### 2 住所地特例対象施設

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

### 3 住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施

住所地特例対象者に対する介護予防支援については、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が行うこととされています。（法第58条第1項）。

住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問介護等を総合事業に移行すること等を踏まえ、住所地特例対象者がより円滑にサービスを利用することができるよう施設所在市町村が行うものとされています。（法第115条の45第1項）

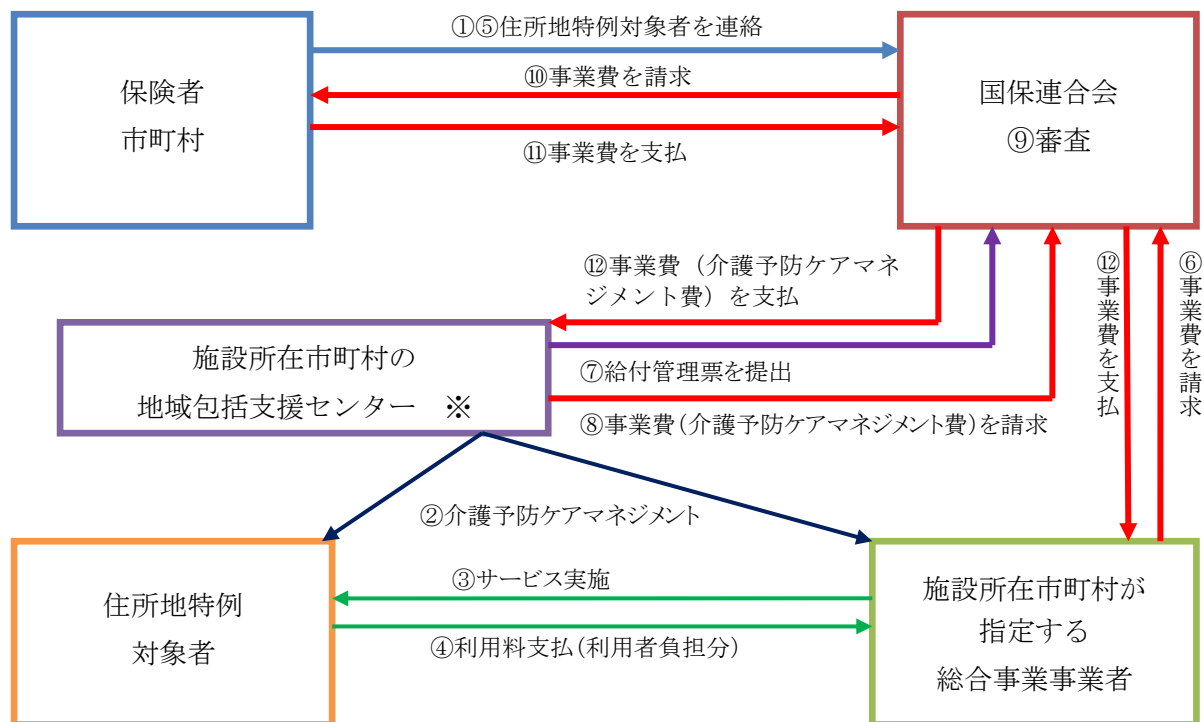
なお、他市町村の総合事業のみを利用した本市被保険者に係る介護予防ケアマネジメント費は、すべて介護予防ケアマネジメント費（サービスコードAF）として請求されることとなります。

## 4 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会との事務処理の流れ

### (1) 審査支払いの流れ

住所地特例対象者に係る審査支払いの流れは、次のとおりです。

(図6-1) 住所地特例者が従前相当の訪問・通所型サービスのみを利用する場合



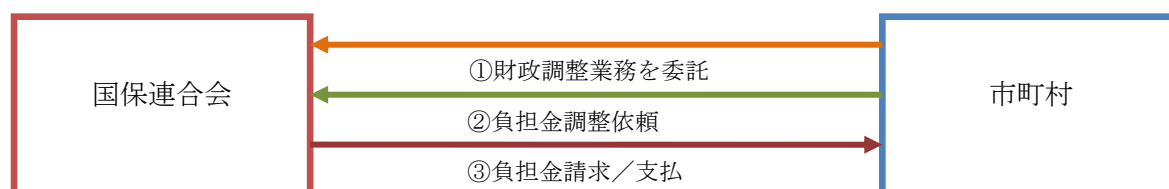
※地域包括支援センター業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができます。

### (2) 介護予防ケアマネジメントに係る財政調整

住所地特例における介護予防ケアマネジメントの費用については、国保連において全国の市町村と一括して財政調整することができる仕組みを利用して、年に1回支払い請求をするものとされています。

住所地特例者の介護予防ケアマネジメントに係る財政調整の流れは、次のとおりです。

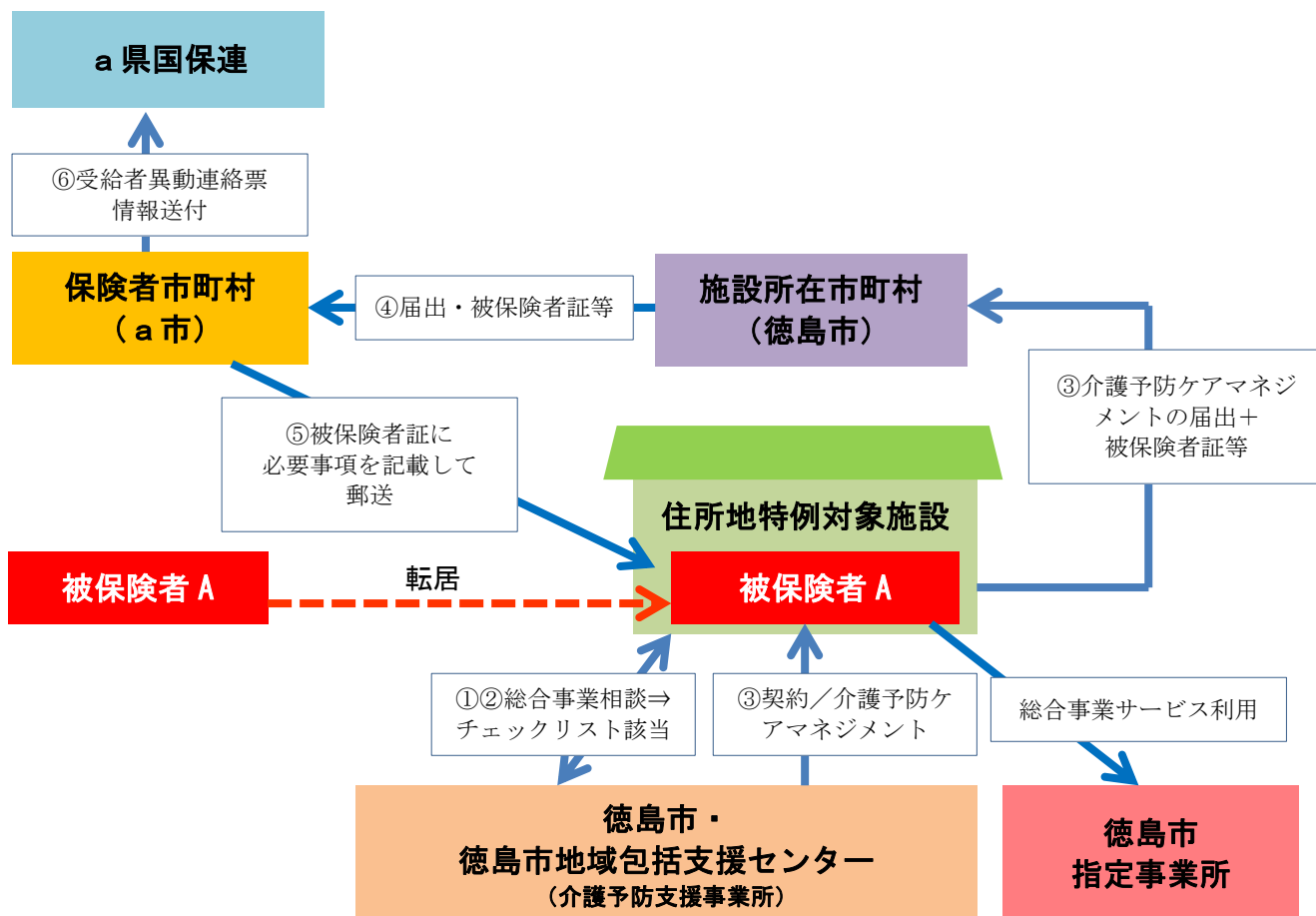
(図6-2) 介護予防ケアマネジメントに係る財政調整の流れ



### （３）住所地特例対象者における必要な事務手続の例

#### 【基本チェックリストにより総合事業を利用する場合】

（図６－３）平成２９年４月以後に住所地特例対象者として新たに総合事業を利用する場合



#### ①他市（a市）被保険者（Aさん）

他市（a市）被保険者（Aさん）は施設所在市町村（徳島市）に対して総合事業のサービス利用を相談する。

#### ②施設所在市町村（徳島市）

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

#### ③他市（a市）被保険者（Aさん）

他市（a市）被保険者（Aさん）は、施設所在市町村（徳島市）の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメント契約を結ぶ。「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」、基本チェックリスト、総合事業利用申請書、被保険者証を施設所在市町村（徳島市）に対して提出。介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

④施設所在市町村（徳島市）

施設所在市町村（徳島市）は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」及び基本チェックリスト、被保険者証を保険者市町村（a市）に送付（原本又は写し）する。

⑤保険者市町村（a市）

保険者市町村（a市）は④により送付された届出書をもとに、被保険者証に必要事項を記載して他市（a市）被保険者（Aさん）へ郵送する。

〈必要事項〉

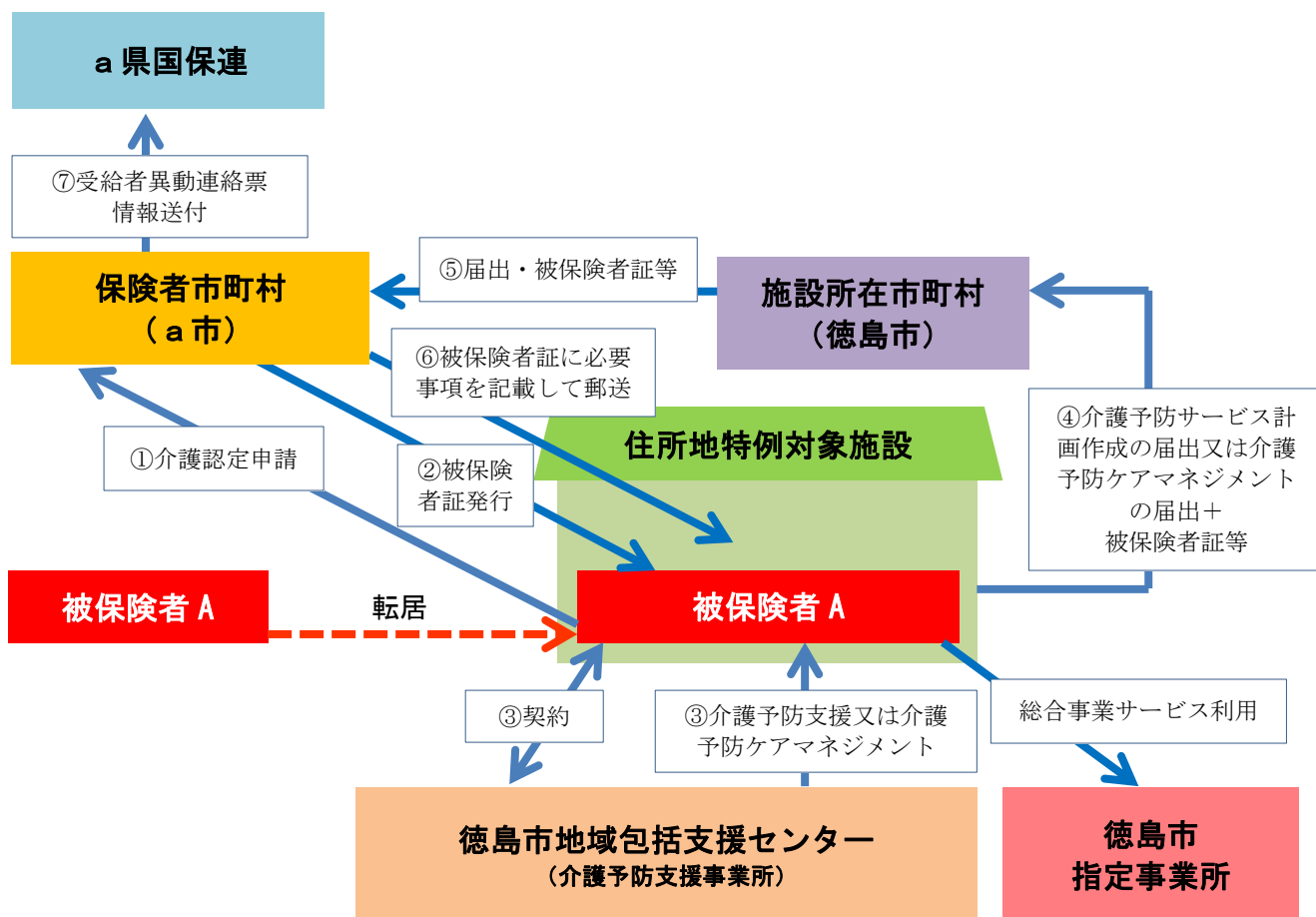
- ・ 要介護状態区分：事業対象者
- ・ 認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- ・ 居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- ・ 届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

⑥保険者市町村（a市）

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

【要支援認定を受けて総合事業を利用する場合】

(図6-4) 平成29年4月以後に住所地特例対象者として新たに総合事業を利用する場合



①他市（a市）被保険者（Aさん）

他市（a市）被保険者（Aさん）は保険者市町村（a市）に対して要介護（支援）認定申請を行う。

②保険者市町村（a市）

保険者市町村（a市）は、認定の結果、被保険者証を発行する。

③他市（a市）被保険者（Aさん）

他市（a市）被保険者（Aさん）は施設所在市町村（徳島市）の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約を結ぶ。

④他市（a市）被保険者（Aさん）

他市（a市）被保険者（Aさん）は「介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」に被保険者証を添付して施設所在市町村（徳島市）に対し届け出ることにより、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。

⑤施設所在市町村（徳島市）

施設所在市町村（徳島市）は「介護予防サービス計画作成依頼届出書又は介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の写し及び被保険者証の原本を保険者市町村（a市）に送付する。

⑥保険者市町村（a市）

保険者市町村（a市）は⑤により送付された届出書をもとに、被保険者証に必要事項を記載して他市（a市）被保険者（Aさん）へ郵送する。

〈必要事項〉

- ・ 要介護状態区分：要支援者
- ・ 認定年月日：要支援者の認定日
- ・ 居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- ・ 届出年月日：介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントの依頼届出日

⑦保険者市町村（a市）

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

## 第7章 保険適用の優先順位について

### 1 現行どおり（介護保険・介護扶助・障害者総合支援法）

- 65歳以上の第1号被保険者

介護保険（※以下の①と②） > 障害者総合支援法

- 40歳以上65歳未満の第2号被保険者

介護保険（※以下の①と②） > 障害者総合支援法

- 40歳以上65歳未満の医療保険未加入の生活保護受給者

障害者総合支援法 > 介護扶助

※① 介護保険法の規定による介護給付（高額医療合算介護サービス費の支給を除く。）、  
予防給付（高額医療合算介護予防サービス費の支給を除く。）及び市町村特別給付

※② 介護保険法の規定による地域支援事業（第1号事業に限る。）

### 2 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より抜粋（P.113）

#### （12）その他の制度における総合事業の取扱いについて

#### イ 生活保護法における介護扶助について

- 今般の改正に伴い、生活保護法（中国残留法人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。）における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。（生活保護法（昭和25年法律第144号）第15の2）
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

#### ロ 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あるが、今般の総合事業の実施に伴う助成範囲については、従前相当サービスとして、サービス種類コードA2、A6のものとする。  
※サービス種類コードの詳細についてはP.38を参照。

## ハ 障害給付における介護優先について

- 障害者に係る自立支援給付については、介護保険において自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定がある。（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」という。）第7条）
- 今般の法改正により、当該規定に地域支援事業（第1号事業に限る。以下同じ。）を追加した（障害者総合支援法施行令第2条）ことから、サービス内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなる。
- しかしながら、障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。
- したがって、市町村では、障害者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断することが必要である。

### 【生活保護受給者及び障害者に関する注意点】

#### ◆生活保護受給者に関する注意点

- ・生活保護受給者に係る介護扶助の申請書は、要支援者、基本チェックリストによる総合事業対象者ともに既存の様式をご使用いただくこととします。（申請書様式は変更なし。）
- ・要介護者や要支援者で生活保護を受給している人については、介護認定に係る新規及び更新申請時に当該申請書の写しを生活福祉課に提出していましたが、総合事業の事業対象者については、総合事業の利用申請時に、当該申請書の写しを生活福祉課へ提出することとします。

#### ◆障害者に関する注意点

- ・障害者で基本チェックリストにより総合事業対象者となった方が、総合事業の訪問型・通所型サービスと障害福祉サービスを併用する際には、従来同様、障害福祉課に対して介護予防ケアマネジメントによるケアプランの提出が必要です。



## 第8章 低所得者に対する利用者負担軽減制度について

---

### 1 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより抜粋（P.108）

「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」（平成 12 年老発 474 号）に基づき、

- ① 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業
- ② 社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度
- ③ 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置事業
- ④ 中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減措置事業

が行われているが、今般の改正に伴い、当該通知を改正し、予防給付と同様、総合事業により実施しているサービスのうち、従前相当サービスであって給付と同じ自己負担割合が設定されているサービスについて、対象とすることとする。（「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」の一部改正について（平成 27 年 4 月 3 日老発 0403 第 2 号厚生労働省老健局長））

## 様式集

---

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 【様式 1】基本チェックリスト（総合事業対象者判定用）・・・・・・・・・・                             | 5 5 |
| 【様式 2】総合事業利用申請書・・・・・・・・・・                                         | 5 7 |
| 【様式 3】介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書・・                        | 5 8 |
| 【様式 4】基本チェックリスト（アセスメント用）・・・・・・・・・・                                | 6 0 |
| 【様式 5】利用者基本情報・・・・・・・・・・                                           | 6 2 |
| 【様式 6】興味・関心チェックシート・・・・・・・・・・                                      | 6 4 |
| 【様式 7】介護予防サービス・支援計画書・・・・・・・・・・                                    | 6 5 |
| 【様式 8】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<br>（サービス担当者会議の要点を含む）・・・・・・・・・・      | 6 8 |
| 【様式 9】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・・・・・・・・・・                        | 6 9 |
| 【様式 10】介護給付費請求書・・・・・・・・・・                                         | 7 1 |
| 【様式 11】介護予防・日常生活支援総合事業費請求書・・・・・・・・・・                              | 7 2 |
| 【様式 12】介護予防・日常生活支援総合事業費明細書<br>（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）・・ | 7 3 |
| 【様式 13】介護予防支援介護給付費明細書（様式第七の二）・・・・・・・・・・                           | 7 4 |
| 【様式 14】介護予防・日常生活支援総合事業費明細書<br>（介護予防ケアマネジメント費）（様式第七の三）・・・・・・・・・・   | 7 5 |
| 【様式 15】給付管理票・・・・・・・・・・                                            | 7 6 |
| 【様式 16】一般介護予防事業利用開始証明書（ケアマネジメントC 関係書類）・・                          | 7 7 |
| 【様式 17】介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（給付管理対象外分）・・                            | 8 0 |

【様式1】基本チェックリスト（総合事業対象者判定用・表面）※再掲

徳島市 基本チェックリスト

実施日:令和 年 月 日（みなし実施日:令和 年 月 日）

|          |                                                                                                                          |  |  |        |                |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ     |                                                                                                                          |  |  | 被保険者番号 |                |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名      |                                                                                                                          |  |  | 生年月日   | 明・大・昭<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所      |                                                                                                                          |  |  | 電話番号   | ( ) -          |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の状態    | 自立(未申請)・非該当・要支援( )・要介護( )・申請中・事業対象者<br>要支援(介護)認定を受けている場合の有効期間満了日: 年 月 日                                                  |  |  |        |                |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用可能サービス | ・指定訪問介護相当サービス      ・指定基準緩和型訪問サービス<br>・住民主体型訪問サービス      ・移動支援型訪問サービス<br>・指定通所介護相当サービス      ・住民主体型通所サービス<br>・通所型短期集中介護サービス |  |  |        |                |  |  |  |  |  |  |  |

| 基本チェックリスト代行・代理者（※本人の場合は記入不要） |                                                                                                                                         |  |  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 被保険者との関係                     | <input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |
| 氏名又は事業所名                     | (事業所の場合) 提出者氏名                                                                                                                          |  |  |
| 住所又は所在地                      | 連絡先電話番号 ( ) -                                                                                                                           |  |  |

※代理の場合は本人の被保険者証及び代理人の身分証明書の提示、代理人の印鑑が必要です。

|                                                                                                       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 徳島市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、本基本チェックリストの記入内容を徳島市及び徳島市地域包括支援センター並びに居宅介護支援事業者等の事業関係者に対し、必要に応じ提示することに同意します。 |        |
| 令和 年 月 日                                                                                              | 被保険者氏名 |
| 右上の署名が代筆の場合は、代筆者の続柄(事業所名)・氏名<br>続柄(事業所名) 氏 名                                                          |        |

※本人以外が回答を記入する場合はえんぴつ書きとします。

※判定欄は職員が記入します↓

| No.  | 質問項目                                                                        | 回答<br>(どちらかに○印) |    |   | ※判定                         |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|-----------------------------|
| 生活全般 | 1 バスや電車で1人で外出していますか<br>自分で車を運転して外出している場合も含まれます                              | 0               | はい | 1 | ①<br>1～20<br>点<br><br>10点以上 |
|      | 2 日用品の買い物をしていますか<br>買い物に出かけて、必要なものが買えていますか                                  | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 3 預貯金の出し入れをしていますか<br>窓口の手続きもふくめ、自分の判断で金銭管理をしていますか                           | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 4 友人の家を訪ねていますか<br>電話やメールによる交流や、家族や親戚の家への訪問は含みません                            | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 5 家族や友人の相談にのっていますか<br>電話やメールによる相談は含まれます                                     | 0               | はい | 1 |                             |
| 運動   | 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか<br>時々使う程度であれば「はい」、<br>能力があっても習慣的に使用している場合は「いいえ」とします | 0               | はい | 1 | ②<br>6～10<br>点<br><br>3点以上  |
|      | 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<br>時々つかまる程度であれば「はい」とします                      | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 8 15分位続けて歩いていますか<br>屋内、屋外等の場所は問いません                                         | 0               | はい | 1 |                             |
|      | 9 この1年間に転んだことがありますか<br>転倒したかどうかをお答えください                                     | 1               | はい | 0 |                             |
|      | 10 転倒に対する不安は大きいですか<br>ご自分の感じ方でお答えください                                       | 1               | はい | 0 |                             |

【様式1】基本チェックリスト（総合事業対象者判定用・裏面）※再掲

| No.  | 質問項目                                                                                                | 回答<br>(どちらかに○印) |    |   | ※判定 |                            |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|-----|----------------------------|
| 栄養   | 11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか<br>6ヶ月以上かかって減少した場合は「いいえ」とします                                            | 1               | はい | 0 | いいえ | ③<br>11～12<br>点<br>2点      |
|      | 12 現在の身長           cm 体重           kg ※BMI=(           )<br>※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする | 1               | 該当 | 0 | 非該当 |                            |
| 歯・口  | 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか<br>半年以上前から続いていて、変化がない場合は「いいえ」とします                                        | 1               | はい | 0 | いいえ | ④<br>13～15<br>点<br>2点以上    |
|      | 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 |                            |
| 外出   | 16 週1回以上は外出していますか<br>過去1ヶ月の状態を平均してください                                                              | 0               | はい | 1 | いいえ | ⑤<br>16～17<br>点<br>No.16該当 |
|      | 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 |                            |
| もの忘れ | 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<br>ご自分で物忘れを感じていても、<br>周りの人に言われない場合は「いいえ」とします                   | 1               | はい | 0 | いいえ | ⑥<br>18～20<br>点<br>1点以上    |
|      | 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<br>誰かに調べてもらう、<br>ダイヤルしてもらい会話するだけの場合は「いいえ」とします                        | 0               | はい | 1 | いいえ |                            |
|      | 20 今日が何月何日かわからない時がありますか<br>月と日の一方しかわからない場合には「はい」とします                                                | 1               | はい | 0 | いいえ |                            |
| こころ  | 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない                                                                             | 1               | はい | 0 | いいえ | ⑦<br>21～25<br>点<br>2点以上    |
|      | 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 |                            |

※判定欄は職員が記入します。↑

【事業対象者に該当する基準】

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| ① No.1～20の20項目のうち10項目以上に該当 | 複数の項目に支障 |
| ② No.6～10の5項目のうち3項目以上に該当   | 運動機能の低下  |
| ③ No.11～12の2項目の全てに該当       | 低栄養状態    |
| ④ No.13～15の3項目のうち2項目以上に該当  | 口腔機能の低下  |
| ⑤ No.16～17の2項目のうちNo.16に該当  | 閉じこもり    |
| ⑥ No.18～20の3項目のうち1項目以上に該当  | 認知機能の低下  |
| ⑦ No.21～25の5項目のうち2項目以上に該当  | うつ病の可能性  |

| 判定結果   | 該当項目          | 受付 | 確認 | 備考 |
|--------|---------------|----|----|----|
| 該当・非該当 | ①・②・③・④・⑤・⑥・⑦ |    |    |    |

※本人との対面以外の方法による実施の場合は、判定結果は「仮」となります。

後日、地域包括支援センター職員による本人の状態確認の後、判定結果が確定します。

仮判定結果の場合、利用申請手続は状態確認後に行います。

仮

状態確認

※本人との対面以外の方法による実施の場合は○で囲む→

## 【様式2】総合事業利用申請書

☐新規 / ☐更新  
☐市 / ☐包括

|                  |    |   |   |   |
|------------------|----|---|---|---|
| 利用申請日(開始日)       | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 基本チェックリスト<br>実施日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

徳島市長様

### 徳島市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

次のサービスを利用したいので申請します。

なお、申請にあたり次のことについて同意します。

- ・この申請に係る世帯状況及び所得課税状況等について、市長が関係機関に調査・報告を求めることに同意します。
- ・この事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者の確認に際し実施した基本チェックリスト及び本申請書並びに介護保険被保険者証の記載内容について、徳島市と徳島市地域包括支援センター間で情報共有することに同意します。

ただし、次の場合は本申請を取り下げます。

- ・要支援等認定有効期間内に本申請を提出した後、当該有効期間満了日以前に要支援認定等申請を行ったとき。
- ・本申請日と同日において要支援認定等申請を行ったとき。

|                            |                                                                                                                 |                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人<br>(基本チェックリスト実施日現在の状況)  | 住 所                                                                                                             | 〒 ー 徳島市                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | フリガナ                                                                                                            |                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名                                                                                                             | 電話番号 ( ) ー                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 生年月日                                                                                                            | 明治・大正・昭和 年 月 日生 満年齢 歳                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 認 定                                                                                                             | 有 ・ 無 ・ 申請中 (申請日: 年 月 日) 認定年月日 年 月 日                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 介護保険被保険者証番号                                                                                                     | 要介護度                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 事業対象者                                                                                                           | 有 ・ 無 事業対象者有効期間満了日 年 月 日                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | マイナンバー                                                                                                          | ←※包括で確認した場合は確認書類の写しを添付                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用サービス名<br>該当するものを<br>○で囲む | ア：指定訪問介護相当サービス イ：指定基準緩和型訪問サービス<br>ウ：住民主体型訪問サービス エ：移動支援型訪問サービス オ：指定通所介護相当サービス<br>カ：住民主体型通所サービス キ：通所型短期集中介護予防サービス |                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請代理人<br>(代筆者)             | 住 所                                                                                                             | 〒 ー                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | フリガナ                                                                                                            |                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 氏 名                                                                                                             | 電話番号 ( ) ー                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                            | 本人との関係                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※事業者の場合は事業者名称 ( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※申請にあたり、介護保険被保険者証(原本)及び基本チェックリスト(回答済)を添付してください。

#### 〈事務処理欄〉

| 確認            | 入力 | 受付 | 被保険者証回収              |               |             | 介護認定同時申請中 |  | 申請受付日 |  |  |
|---------------|----|----|----------------------|---------------|-------------|-----------|--|-------|--|--|
|               |    |    | 回収                   | 紛失<br>(再交付申請) | 未回収<br>(NG) | あり(NG)・なし |  |       |  |  |
| 本人確認書類(本人・代理) |    |    | 介護保険被保険者証・負担割合証・その他（ |               |             |           |  |       |  |  |

【様式3】介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（表面）

（保険者使用） 郵送 ☐

1 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

区分 [ 新規 ・ 変更 ]

2 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 ]

※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規か変更)に○印をご記入ください。

※ 太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に記入例有)

※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。

※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

(受付印)

|                                                                                                                                                                                           |  |                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|
| 被 保 険 者 氏 名                                                                                                                                                                               |  | 被 保 険 者 番 号     |  |
| フリガナ                                                                                                                                                                                      |  |                 |  |
|                                                                                                                                                                                           |  | 個 人 番 号         |  |
|                                                                                                                                                                                           |  | 生 年 月 日         |  |
|                                                                                                                                                                                           |  | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |  |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者<br>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                                                                                                                        |  |                 |  |
| 事業所番号                                                                                                                                                                                     |  | 事業所の所在地         |  |
|                                                                                                                                                                                           |  | 〒 -             |  |
| 事業所名                                                                                                                                                                                      |  | 電話番号( ) -       |  |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等<br>※変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 ( 令和 年 月 日付 )                                                                                                              |  |                 |  |
| 徳 島 市 長 様 <span style="float: right;">⇩ 該当するものに○を入れてください。</span><br>上記の事業者に【 介護予防サービス計画 ・ 介護予防ケアマネジメント 】の作成を依頼することを届け出します。<br>令和 年 月 日<br>住所<br>被保険者<br>氏名 電話番号( ) -<br>代筆者氏名(続柄等) (続柄: ) |  |                 |  |
| 届出書を提出する者                                                                                                                                                                                 |  |                 |  |
| 氏名または名称(続柄等)                                                                                                                                                                              |  | 住所または所在地 〒 -    |  |
| <input type="checkbox"/> 家族 (本人との続柄 )<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                    |  | 電話番号( ) -       |  |

| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 証交付 | 確認 | 入力日 | 入力 | 入力番号    | 受付 |
|----|------|----|-----|----|-----|----|---------|----|
|    |      |    |     |    |     |    | ① 2 0 2 |    |
|    |      |    |     |    |     |    | ② 2 0 2 |    |
|    |      |    | 申請中 |    |     |    |         |    |

被保険者証等の取扱: ☐証回収 ☐資格者証記載 ☐資格者証回収 ☐資格者証記載欄なし  
☐再交付 ☐2号申請と同時(即確認) ☐受給資格証

提出者 ☐介護支援専門員証 ☐運転免許証 ☐医療被保険者証 ☐その他( )  
 本 人 ☐介護保険被保険者証 ☐医療被保険者証 ☐資格者証 ☐委任状 番号 ☐個人番号カード ☐その他( )

R6.4

【様式3】介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（裏面）

かならずお読みください

- 1 この届出書は、要支援認定申請時、総合事業利用申込時、介護予防サービス又は介護予防・生活支援サービス事業（第1号訪問事業・第1号通所事業）を利用する前に徳島市高齢介護課へ提出してください。  
届出のない場合は、介護サービスに必要な費用を一旦全額自己負担していただくことがあります。
- 2 届出時には必ず介護保険被保険者証（資格者証・受給者資格証）を提出してください。
- 3 届出時には必ず被保険者及び提出者の身分を証明できるものの提示をお願いします。  
（運転免許証、介護保険負担割合証等）
- 4 個人番号については、通知カード・個人番号カード等の提示で確認させていただきます。
- 5 施設サービスを利用する場合は、この届出書を提出する必要はありません。

< 記入例 >

1 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書  
2 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

※ 該当する届出書の番号(1か2)と区分(新規か変更)を記入してください。  
※ 太枠の中の各欄をご記入ください。(裏面に注意事項を必ずお読みください。)  
※ 介護保険被保険者証(または資格者証)を必ず添付してください。

区分 [ 新規・変更 ]  
区分 [ 新規 ]

「介護保険被保険者証」又は「認定結果通知書」に記載の「被保険者番号」をご記入ください。

マイナンバーをご記入ください。

|                                                                    |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|---|---|---|---|---|----------------------|---|--------------|----|----|----|----|----|--|--|
| 被保険者氏名                                                             |          | 被保険者番号             |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| フリガナ                                                               | トクシマ タロウ | 0                  | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3                    | 4 | 5            | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |  |  |
|                                                                    | 徳島 太郎    | 個人番号               |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|                                                                    |          | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    | 8 | 9            | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |  |  |
|                                                                    |          | 生年月日               |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|                                                                    |          | 明・大・昭 12 年 3 月 5 日 |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者<br>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 |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 事業所番号                                                              |          |                    |   |   |   |   |   | 事業所の所在地              |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 3                                                                  | 6        | 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                    | 8 | 〒 770 - 〇〇〇〇 |    |    |    |    |    |  |  |
| 事業所名                                                               |          |                    |   |   |   |   |   | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地        |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| ●●市地域包括支援センター                                                      |          |                    |   |   |   |   |   | 電話番号(088) 621 - 〇〇〇〇 |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センターを変更する場合の理由等                                 |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| ※変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 ( ●● 年 ●● 月 ●● 日付 )                       |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 変更理由の例 「介護予防住居地特例施設入所のため。」 など                                      |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 徳島市長様                                                              |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 上記の事業者に【介護予防サービス計画】<br>【介護予防ケアマネジメント】の作成を依頼することを届け出します。            |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 令和 年 月 日                                                           |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 住所 徳島市幸町2丁目5番地                                                     |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 被保険者 氏名 徳島 太郎 電話番号(088) 621 - 1234                                 |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 代筆者氏名(続柄等) 徳島 花子 (続柄: 妻)                                           |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 届出書を提出する者                                                          |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| 氏名または名称(続柄等)                                                       |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| □ 家族(本人との続柄)                                                       |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| □ 介護予防支援事業所                                                        |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| ☑ 地域包括支援センター                                                       |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| □ その他 ( )                                                          |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
| ●●市地域包括支援センター 担当 ▲▲ ▲▲                                             |          |                    |   |   |   |   |   |                      |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|                                                                    |          |                    |   |   |   |   |   | 〒 770 - 〇〇〇〇         |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|                                                                    |          |                    |   |   |   |   |   | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地        |   |              |    |    |    |    |    |  |  |
|                                                                    |          |                    |   |   |   |   |   | 電話番号(088) 621 - 〇〇〇〇 |   |              |    |    |    |    |    |  |  |

必ず〇を入れてください。

届出の提出を事業所に依頼することができます。

R6.4

この届出書に関するお問い合わせは…

〒770-8571

徳島市幸町2丁目5番地  
徳島市 高齢介護課 給付係  
電話 (088)-621-5585

【様式4】基本チェックリスト（アセスメント用）

〈基本チェックリスト〉

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| No. | 質問事項                                    | 回 答<br>(いずれかに○をお付けください) |       |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------|-------|
| 1   | バスや電車で1人で外出していますか                       | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 2   | 日用品の買物をしていますか                           | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 3   | 預貯金の出し入れをしていますか                         | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 4   | 友人の家を訪ねていますか                            | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 5   | 家族や友人の相談にのっていますか                        | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 6   | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか                   | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 7   | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか            | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 8   | 15分くらい続けて歩いていますか                        | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 9   | この1年間に転んだことがありますか                       | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 10  | 転倒に対する不安は大きいですか                         | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 11  | 6ヶ月間で2～3 kg以上の体重減少がありましたか               | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 12  | 身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI _____) (注) |                         |       |
| 13  | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                 | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 14  | お茶や汁物でむせることがありますか                       | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 15  | 口の渇きが気になりますか                            | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 16  | 週に1回以上は外出していますか                         | 0.はい                    | 1.いいえ |
| 17  | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                     | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 18  | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか       | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 19  | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか             | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 20  | 今日が何月何日かわからない時がありますか                    | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 21  | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない                     | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 22  | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった         | 1.はい                    | 0.いいえ |
| 23  | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今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 |

(注) BMI (= 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)) が 18.5 未満の場合に該当とする。

【様式4 関係】

| 想定されるサービス・活動の例                                                                                                                | 留意事項                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <p>①複数項目に支障 [No. 1～20のうち10項目以上該当]</p> <p>⇒ ②～⑦のうち該当する基準又は該当に近い基準に対応するサービスや活動につなげる。</p> <p>必要に応じて、複数のプログラムの提供を検討する。</p>        |                                        |
| <p>②運動機能低下 [No. 6～10のうち3項目以上該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（運動器機能向上メニュー）<br/>通所型短期集中介護予防サービス（運動器機能向上）<br/>元気高齢者づくり事業（一般介護予防事業）</p>  |                                        |
| <p>③低栄養状態 [No.11～12のすべてに該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（栄養改善メニュー）<br/>通所型短期集中介護予防サービス（低栄養改善）<br/>民間の配食サービス</p>                      |                                        |
| <p>④口腔機能低下 [No.13～15のうち2項目以上該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（口腔機能向上メニュー）<br/>通所型短期集中介護予防サービス（口腔機能向上）</p>                             |                                        |
| <p>⑤閉じこもり [No.16に該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（通いの場）<br/>地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等）<br/>元気高齢者づくり事業（一般介護予防事業）</p>                   | 単に通いの観点から通所型短期集中介護予防サービスを利用することは適切でない。 |
| <p>⑥認知機能低下 [No.18～20のうち1項目以上該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（通いの場）<br/>地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等）</p>                                 |                                        |
| <p>⑦うつ病の可能性 [No.21～25のうち2項目以上該当]</p> <p>⇒ 指定通所介護相当サービス（通いの場）<br/>地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等）<br/>受診勧奨の必要性を判断<br/>専門相談（窓口）紹介</p> | 単に通いの観点から通所型短期集中介護予防サービスを利用することは適切でない。 |

## 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<br>その他 ( )                | 初回<br>再来 (前 / )                                                         |        |
| 本人の現状        | 在宅・入院又は入所中 ( )                                                                                                                |     |                                 |                                                                         |        |
| フリガナ<br>本人氏名 |                                                                                                                               | 男・女 | M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳              |                                                                         |        |
| 住 所          |                                                                                                                               |     | TEL<br>FAX<br>携帯                | ( )<br>( )<br>( )                                                       |        |
| 日常生活<br>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・II a・II b・III a・III b・IV・M |                                                                         |        |
| 認定情報         | 非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5<br>有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 )<br>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<br>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<br>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・共済年金・遺族年金・( )                                                                                             |     |                                 |                                                                         |        |
| 来所者<br>(相談者) |                                                                                                                               |     | 家族構成                            | ◎=本人、○=女性、□=男性<br>●■=死亡、☆=キーパーソン<br>主介護者に「主」<br>副介護者に「副」<br>(同居家族は○で囲む) |        |
| 住 所<br>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                        |                                                                         |        |

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

|                            |            |    |        |           |
|----------------------------|------------|----|--------|-----------|
| 今までの生活                     |            |    |        |           |
| 現在の生活状況<br>(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<br>(主治医・意見作成者に☆) |  |     | 経過                | 治療中の場合は<br>内容 |
|-----|----|---------------------------|--|-----|-------------------|---------------|
| 年 月 |    | 医療機関・医師名                  |  | TEL | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 |    |                           |  |     | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 |    |                           |  |     | 治療中<br>経観中<br>その他 |               |
| 年 月 |    |                           |  |     | 治療中<br>経観中<br>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 |
|--------|---------|
|        |         |

【様式6】興味・関心チェックシート

## 興味・関心チェックシート

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

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

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

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

ケアマネジメントC(ケアマネジメント結果等記録表として使用する)の場合は、網掛け部分を省略できます。

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

認定年月日

股

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

初回・照会・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)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 |
|----|----|

| アセスメント領域と<br>現在の状況                | 本人・家族の<br>意欲・意向 | 領域における課題<br>(背景・原因)                                   | 課題に対する<br>目標と具体策<br>の提案 | 具体的策についての意向<br>本人・家族 | 目標 | 支援計画               |                                            |                                     |            |
|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|----|--------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|------------|
|                                   |                 |                                                       |                         |                      |    | 目標についての<br>支援のポイント | 本人等のセルフケアや家族<br>の支援、インフォーマルサ<br>ビス(民間サービス) | 介護保険サービス<br>又は地域支援事業<br>(総合事業のサービス) | サービス<br>種別 |
| (運動・移動について)                       |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                         |                      |    | ( )                |                                            |                                     |            |
| (日常生活(家庭生活)<br>について)              |                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                         |                      |    | ( )                |                                            |                                     |            |
| (社会参加、対人関係・<br>コミュニケーションにつ<br>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

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来的うべき支援が実施できない場合】

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

|      |      |       |         |        |      |
|------|------|-------|---------|--------|------|
| 運動不足 | 栄養改善 | 口腔内ケア | 閉じこもり予防 | もの忘れ予防 | うつ予防 |
| /5   | /2   | /3    | /2      | /3     | /5   |

計画に関する同意

【意見】

地域包括支援センター

【確認印】

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

サービス事業については、主治医意見書の提出がないため、その他から得られる客観的情報を記入する。

地域包括支援センターからの【意見】は口頭でも可とし、【確認印】は必ずもらうこと。

## 【様式7 関係】

### 【介護予防サービス・支援計画書記入の際の視点】

#### ◆「目標とする生活」

- ★どのような生活を送りたいか、本人の意思・意欲を尊重し引き出せているか。
- ★意欲低下の場合は、利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体案が提示できているか。

#### ◆「アセスメント領域と現在の状況」

- ★それぞれの項目において「現在自分でできているかどうか」。また、「家族などの介助を必要とする場合」はどのように介助されているか。

##### ☆「運動・移動」

- ・自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通手段を用いることにより移動を行っているか。
- ・自宅や屋外をスムーズに歩行できるか。
- ・廃用性症候群であれば、通所系等のサービスの利用のプランになっているか。
- ・毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなプランになっているか。

##### ☆「日常生活（家庭生活）」

- ・日常に必要な品物を自分で選んで購入できるか。
- ・献立を考え、調理できるか。
- ・家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
- ・預貯金の出し入れを行うことについての状況

##### ☆「社会参加、対人関係・コミュニケーション」

- ・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことができるか。
- ・友人を招いたり、友人宅を訪問しているか。
- ・家族、友人などと会話や手紙などの交流をしているか。
- ・地域での役割（老人クラブや町内会等）
- ・趣味や楽しみがあり続けられているか。

##### ☆「健康管理」

- ・健診を受けているか。
- ・休養に気をつけているか。
- ・薬を飲み忘れず、管理できているか。
- ・定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗っているか
- ・肌や顔、歯、爪などの手入れの状況

#### ◆「本人・家族の意欲・意向」

- ★具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇したくない」など利用者本人の意思が理由とともに記載されているか。
- ★本人の意欲が引き出されているか。

#### ◆「領域における課題（背景・要因）」

- ★課題があると判断した場合は「有」に、特に問題がないと判断した場合は「無」にチェックする。
- ★領域における特徴的な背景とこれにより生じる活動や参加の苦労や困難さを把握し、記載する。（〇〇の低下が見られ●●を行うのが難しい 等。）
- ★今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性」の予測についても記載する。

#### ◆「総合的課題」

- ★各領域を統合して全体像としてとらえる。
- ★悪循環の予測「〇〇の進行により●●などもできなくなる恐れがある」「現在の生活を続けると●●の状況に陥る可能性がある」等
- ★2回目以降のプランにおいては、前回の評価がされているか。

#### ◆「課題に対する目標と具体策の提案」

- ★総合的な各課題に対し、専門職としての提案・評価で具体的なものを記載する。
- ★生活機能の低下の原因となっていることへの対策のみでなく、本人の持っている強さを引き出せる内容にする。

- ★「閉じこもり予防」においては外出機会が確保されているプランになっているか。
- ◆「具体策についての意向 本人・家族」
  - ★専門職等が提案したことに対し、本人・家族等の思い等をそのままの言葉で記載する。
- ◆「目標」
  - ★利用者と家族とが同意した目標になっているか。
  - ★困難でない、自信につながる達成可能な目標になっているか。
  - ★評価可能な記載になっているか。（モニタリングでは、この「目標」について評価を行うため、客観的に評価が行えるよう具体的に記載する。）
  - ★2回目以降では、前回の評価が生かされているか。
- ◆「目標についての支援のポイント」
  - ★家族を含む支援者共通の「支援実施」における安全管理上のポイントが記載できているか。
  - ★「目標とする生活」が実現できる支援のポイントで記載されているか。
- ◆「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」
  - ★本人が自ら取り組むことや家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力等について記載できているか。
  - ★誰が何をするか、具体的に記載できているか。
  - ★利用者自身ができる健康管理や生活習慣の改善などの取組みがあるか。
- ◆「サービス種別」
  - ★具体的なサービス種別だけでなく、加算についても記載する。
- ◆サービス事業所の選定
  - ★特定の事業者に偏っていないか。
- ◆「期間」
  - ★期間設定は「認定有効期間」または「事業対象者の有効期間」に配慮して設定できているか。
- ◆「総合的な援助方針」
  - ★生活がよりいきいきとその人らしいものとなるために、利用者、家族、計画作成者、サービス担当者が取り組んでいく、共通の方向性や留意点について記載できているか。
  - ★妥当な支援の実施に向けた方針で記載されているか。
  - ★2回目以降のプランにおいては前回の評価が生かされているか。
- ◆「本来行うべき支援が実施できない場合」
  - ★本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が得られない場合は、本来の支援をできるよう働きかける具体的な手順や方針を書くなど、その内容の実現に向けた方向性について記載できているか。
- ◆「計画に関する同意」
  - ★必要に応じ地域包括支援センターからコメントをもらってから、「計画に関する同意」欄に署名をもらえているか。



【様式9】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

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<br>達成／未達成 | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見) | 目標達成しない原因<br>(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<br><input type="checkbox"/> プラン変更<br><input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付<br><input type="checkbox"/> 予防給付<br><input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業<br><input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br><input type="checkbox"/> 終了 |

【様式9 関係】

【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記入の際の視点】

- ◆「目標」
  - ★支援計画書の目標を転記する。
- ◆「評価期間」
  - ★支援計画書の期間を転記する。
- ◆「目標達成状況」
  - ★どの程度達成できたか、具体的に記載する。
- ◆「目標 達成／未達成」
  - ★達成・未達成（時には一部達成など）の別を記載する。
- ◆「目標を達成しない原因（本人・家族の意見）」
  - ★目標が達成できた場合、満足度を記載する。未達成の場合は未達成となった原因を記載する。
- ◆「目標を達成しない原因（計画作成者の評価）」
  - ★計画作成者が評価し、記載する。
  - ★次の計画につながる視点を入れる。
- ◆「今後の方針」
  - ★目標の達成状況を踏まえ、今後についての支援方針を専門職の見地から記載する。
- ◆「総合的な方針」
  - ★今後の方針を踏まえた上で総合的な方針を専門職として記載する。

【様式 10】 介護給付費請求書

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 年 月 日

|       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求事業所 | 名 称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 〒   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 連絡先 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

保険請求

| 区 分                                 | サービス費用 |            |          |           |           |           | 特定入所者介護サービス費等 |          |           |           |           |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
|                                     | 件 数    | 単位数<br>・点数 | 費用<br>合計 | 保険<br>請求額 | 公費<br>請求額 | 利用者<br>負担 | 件数            | 費用<br>合計 | 利用者<br>負担 | 公費<br>請求額 | 保険<br>請求額 |
| 居宅・施設サービス<br>介護予防サービス<br>地域密着型サービス等 |        |            |          |           |           |           |               |          |           |           |           |
| 居宅介護支援、<br>介護予防支援                   |        |            |          |           | /         | /         | /             | /        | /         | /         | /         |
| 合 計                                 |        |            |          |           |           |           |               |          |           |           |           |

公費請求

| 区 分 |                                            | サービス費用 |            |          |           | 特定入所者介護サービス費等 |          |           |
|-----|--------------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
|     |                                            | 件 数    | 単位数<br>・点数 | 費用<br>合計 | 公費<br>請求額 | 件数            | 費用<br>合計 | 公費<br>請求額 |
| 12  | 生 保<br>居宅・施設サービス<br>介護予防サービス<br>地域密着型サービス等 |        |            |          |           |               |          |           |
|     | 生 保<br>居宅介護支援、<br>介護予防支援                   |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 10  | 感染症 37 条の 2                                |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 21  | 難病・通院医療                                    |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 15  | 難病・更生医療                                    |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 19  | 医療・一般                                      |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 54  | 難病法                                        |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 51  | 特定疾患等<br>治療研究                              |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 01  | 被爆者給付                                      |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 02  | 被爆体験者                                      |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 07  | 有機ヒ素・緊急措置                                  |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 08  | 水俣病総合対策<br>メチル水銀                           |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 05  | 石棉・環境保健                                    |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 03  | 障害者・支援措置（全<br>国免除）                         |        |            |          |           | /             | /        | /         |
| 25  | 中国残留邦人等                                    |        |            |          |           |               |          |           |
| 合 計 |                                            | /      | /          | /        |           | /             | /        | /         |

【様式 11】 介護予防・日常生活支援総合事業費請求書

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

介護予防・日常生活支援総合事業費  
請求書

保 険 者

( 別 記 ) 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

|       |     |   |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |
|-------|-----|---|--|---|--|---|--|----|--|---|--|---|--|
| 事業所番号 |     |   |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |
| 請求事業所 | 名 称 |   |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |
|       | 所在地 | 市 |  | 区 |  | 町 |  | 丁目 |  | 番 |  | 号 |  |
|       | 連絡先 |   |  |   |  |   |  |    |  |   |  |   |  |

事業費請求

| 区 分                                     | サービス費用 |     |      |            |           |       |
|-----------------------------------------|--------|-----|------|------------|-----------|-------|
|                                         | 件数     | 単位数 | 費用合計 | 事業費<br>請求額 | 公費<br>請求額 | 利用者負担 |
| 訪問型サービス費、<br>通所型サービス費、<br>その他の生活支援サービス費 |        |     |      |            |           |       |
| 介護予防ケアマネジメント費                           |        |     |      |            |           |       |
| 合 計                                     |        |     |      |            |           |       |

公費請求

| 区 分 |                                                | サービス費用 |     |      |       |
|-----|------------------------------------------------|--------|-----|------|-------|
|     |                                                | 件数     | 単位数 | 費用合計 | 公費請求額 |
| 12  | 生 保<br>訪問型サービス費、<br>通所型サービス費、<br>その他の生活支援サービス費 |        |     |      |       |
|     | 生 保<br>介護予防ケアマネジメント費                           |        |     |      |       |
| 01  | 被障害者組成                                         |        |     |      |       |
| 02  | 障害者・支援物資（全額免除）                                 |        |     |      |       |
| 23  | 中国残留邦人等                                        |        |     |      |       |
| 合 計 |                                                |        |     |      |       |

(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)

[illegible]

75

【様式 13】 介護予防支援介護給付費明細書（様式第七の二）

介護予防支援介護給付費明細書

|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|---------------|-----------------|--|-------------------|--|-----|--|----|--|---------|----|-------------------------|--|------------------|---|------------|--|----------------|---|---------------------|--|
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         | 令和 |                         |  |                  | 年 |            |  | 月              | 分 |                     |  |
| 公費負担者番号       |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
| 事業所番号         |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
| 介護予防<br>支援事業者 | 事業所名称           |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | 所在地                     |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | 連絡先                     |  | 電話番号             |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | 単位数単位                   |  |                  |   |            |  | (円/単位)         |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
| 項目            | 被保険者番号          |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | (フリガナ)                  |  |                  |   |            |  | 性別             |   | 1. 男 2. 女           |  |
|               | 公費負担者番号         |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | 氏名                      |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               | 生年月日            |  | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 |  |     |  |    |  |         |    | 要介護<br>状態区分             |  | 要支援 1 -<br>要支援 2 |   | 認定<br>有効期間 |  | 1. 平成<br>2. 令和 |   | 年 月 日 から<br>年 月 日まで |  |
|               | 担当介護支援<br>専門員番号 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | サービス計画<br>作成依頼<br>開始年月日 |  | 1. 平成<br>2. 令和   |   | 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 |    | 概要                      |  | サービス単位数合計        |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
| 項目            | 被保険者番号          |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | (フリガナ)                  |  |                  |   |            |  | 性別             |   | 1. 男 2. 女           |  |
|               | 公費負担者番号         |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | 氏名                      |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               | 生年月日            |  | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 |  |     |  |    |  |         |    | 要介護<br>状態区分             |  | 要支援 1 -<br>要支援 2 |   | 認定<br>有効期間 |  | 1. 平成<br>2. 令和 |   | 年 月 日 から<br>年 月 日まで |  |
|               | 担当介護支援<br>専門員番号 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    | サービス計画<br>作成依頼<br>開始年月日 |  | 1. 平成<br>2. 令和   |   | 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 |    | 概要                      |  | サービス単位数合計        |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |
|               |                 |  |                   |  |     |  |    |  |         |    |                         |  |                  |   |            |  |                |   |                     |  |

【様式 14】 介護予防支援介護給付費明細書

(介護予防ケアマネジメント費) (様式第七の三)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(介護予防ケアマネジメント費)

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|
| 介護保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月分 |  |  |  |
| 介護受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 <input type="text"/>                        |  |  |  |

|            |                |                      |  |   |    |           |  |    |  |  |  |
|------------|----------------|----------------------|--|---|----|-----------|--|----|--|--|--|
| 介護保険者      | 新保険者番号         | <input type="text"/> |  |   |    |           |  |    |  |  |  |
|            | (711'1)        | <input type="text"/> |  |   |    |           |  |    |  |  |  |
|            | 氏名             | <input type="text"/> |  |   |    |           |  |    |  |  |  |
|            | 生年月日           | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和    |  |   | 性別 | 1. 男 2. 女 |  |    |  |  |  |
|            | 要支援<br>状態区分    | 事業対象者・要支援1・要支援2      |  |   |    |           |  |    |  |  |  |
| 認定有効<br>期間 | 1. 平成<br>2. 令和 | 年                    |  | 月 |    | 日         |  | から |  |  |  |
|            | 令和             | 年                    |  | 月 |    | 日         |  | まで |  |  |  |

|       |       |                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------|-------|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 指定事業者 | 事業所番号 | <input type="text"/>      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|       | 事業所名称 | <input type="text"/>      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|       | 所在地   | 〒 <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|       | 連絡先   | 電話番号 <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|--------|--------|---------|-----|----|---------|----------|--------|----|
| 事業費明細書 | サービス内容 | サービスコード | 原価額 | 回数 | サービス原価額 | 公費<br>負担 | 公費前原価額 | 償還 |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |
|        |        |         |     |    |         |          |        |    |

|                           |        |         |     |    |         |          |        |                  |    |
|---------------------------|--------|---------|-----|----|---------|----------|--------|------------------|----|
| 事業費明細書<br>(介護予防ケアマネジメント費) | サービス内容 | サービスコード | 原価額 | 回数 | サービス原価額 | 公費<br>負担 | 公費前原価額 | 償還<br>介護費<br>負担率 | 償還 |
|                           |        |         |     |    |         |          |        |                  |    |
|                           |        |         |     |    |         |          |        |                  |    |
|                           |        |         |     |    |         |          |        |                  |    |

|        |             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|--------|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 請求額集計書 | 区分          | 専業分                  |                      |                      |                      |                      | 公費分                  |                      |                      |                      |                      |
|        | ①サービス単位数合計  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|        | ②単位数単価      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 円/単位                 | / 100                |                      |                      |                      |                      |
|        | ③総付率        | / 100                |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|        | ④事業費請求額 (円) |                      |                      |                      |                      |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

枚中  枚目

【様式 15】 給付管理票

給付管理票（令和 年 月分）

|                                     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号                               |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 保険者名                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 前保険者番号                              |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 前保険者氏名                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |  |  |  |  |     |  |  |  |  | フリガナ                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |  |  |  |  |     |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                |  |  |  |  | 性別  |  |  |  |  | 要支援・要介護状態区分等                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 男・大・昭<br>年 月 日                      |  |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・<br>総合事業<br>支給限度基準額 |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 限度額適用期間                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 単位/月                                |  |  |  |  |     |  |  |  |  | 1.平成<br>2.令和 年 月 ~ 令和 年 月      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 作成区分                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定介護支援専門員番号                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 委託先の支援事業所番号                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |             |               |         |  |  |  |  |  |
|----------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|--|--|--|--|--|
| サービス事業者の<br>事業所名     | 事業所番号<br>(真番号一事業所番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定/基運該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業類別 | サービス<br>種類名 | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
|                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定、基運該当、<br>地域密着、<br>総合事業            |             |               |         |  |  |  |  |  |
| 合計                   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |             |               |         |  |  |  |  |  |

## 一般介護予防事業利用開始証明書（引継書）

徳島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行う利用者様に対して、次のとおりサービスを御提供くださいますようお願いいたします。

なお、利用者への説明及び利用者からの同意取得は完了しています。

- 1 利用者氏名及び生年月日 : ( 年 月 日生)
- 2 利用者住所 :
- 3 利用を希望するサービス名 :
- 4 上記サービスの開始希望日 : 令和 年 月 日
- 5 利用者説明及び同意取得日 : 令和 年 月 日
- 6 備考 :

令和 年 月 日  
事業者名 : 徳島市地域包括支援センター  
住 所 :  
電 話 :  
F A X :  
担 当 者 : 印  
記 入 日 :

### ----- サービス提供者記載欄 -----

上記の件について、当書面をもってサービス利用の引き継ぎを受け付けました。

■■ ■■様については、令和 年 月 日より、サービスの利用が開始されます。

令和 年 月 日

|                  |              |
|------------------|--------------|
| 事業所又はサービス提供者名    |              |
| 事業所又はサービス提供者の所在地 |              |
| 事業所又はサービス提供者の連絡先 | 電話 : F A X : |
| サービスの名称及び種類      |              |
| 担当者職氏名・印         | 印            |

なお、個人情報の取扱いに当たっては、次の点を遵守します。

- ① サービス提供者及びその従事者は、一般介護予防事業のサービス提供に当たって知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、サービス又は活動の場の提供中及び提供終了後においても、第三者には漏らしません。
- ② サービス提供者は、その従事者であった者が、従事者であった際に知り得た利用者又はその家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- ③ サービス提供者は、利用者及びその家族の個人情報について、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

【様式 16 関係】一般介護予防事業の提供依頼文（ケアマネジメントC関係書類）

参考書式

令和 年 月 日

（サービス提供者名） 御中

徳島市地域包括支援センター

ケアマネジメント利用者に対する一般介護予防事業のサービス提供について（依頼）

平素より、徳島市地域包括支援センターの業務に格別の御理解・御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本センターでは、徳島市が行う介護予防・日常生活支援総合事業に基づき、高齢者の方の介護予防ケアマネジメント業務を実施しています。この業務の一環として、高齢者の介護予防と自立支援を推進する観点から、要支援者又は総合事業対象者を、ケアマネジメントを通じて、一般介護予防事業や地域の予防活動等に積極的につないでいるところです。

つきましては、こうした介護予防活動への参加が適切であると考えられる利用者様を御紹介いたしますので、貴事業所において、介護予防活動の場を御提供くださいますよう、お願いいたします。

なお、当該利用者に対しサービスの提供が開始されたときは、サービス提供開始月の末日までに、別添の一般介護予防事業利用開始証明書（引継書）に必要事項を御記入の上、徳島市地域包括支援センターまで、郵送にて御返送くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

1 利用を希望する一般介護予防事業

2 利用者の基本情報

添付書類に記載しています。

3 添付書類

・一般介護予防事業利用開始証明書（引継書）

4 留意事項

利用者様の状況変化等があった際には、事業者様から、徳島市地域包括支援センターまで、御連絡くださるようお願いいたします。

〈問い合わせ先〉

徳島市地域包括支援センター

担当者：

TEL:

FAX:

## 【様式 16 関係】

### 《一般介護予防事業へのつなぎに当たっての留意事項》

#### (1) 一般介護予防事業利用開始証明書の受領等

ケアマネジメントCによって一般介護予防事業につなぐ際は、サービス提供者から一般介護予防事業利用開始証明書を受領することとし、ケアマネジメントCに係る委託料の請求書類には、本証明書の写しを添付することとする。

#### (2) サービス提供者へのケアマネジメント結果の交付

作成されたケアマネジメント結果は、利用者に対して交付することとしている。合わせて、介護予防と自立支援を推進する観点から、その者の状態等に応じた適切なサービスの提供につながるよう、個人情報保護の遵守を図った上で、サービス提供者に対してケアプランの情報が提供されることが望まれる。

このため、利用者の判断により、利用者自身がサービス担当者にケアマネジメント結果を提示できる旨を、利用者に対して説明すること。

なお、個人情報保護の観点から、原則として、地域包括支援センターは、サービス提供者に対して、ケアマネジメント結果を直接交付しないこととする。

#### (3) ケアマネジメントCに係る委託料請求

ケアマネジメントCを通じて一般介護予防事業につないだ月（具体的には、サービス提供者から一般介護予防事業利用開始証明書を受領した月）について、ケアマネジメントC委託料を請求する。

具体的な請求は、請求月の10日までに、実績報告書、請求書、一般介護予防事業利用開始証明書の写し及びケアマネジメント結果の写しを徳島市高齢介護課へ提出することによって行う。

#### (4) 請求ソフト（ReIy 等）でケアマネジメントCケアプランを作成する場合の取扱い

ケアマネジメントCによるケアプラン（ケアマネジメント結果）の内容を入力する際は、通常のサービス計画書の様式に必要事項を記入することによって対応する。（様式7参照。網掛け部分は記載不要。）

#### (5) ケアマネジメントC実施後の取扱い

地域包括支援センターは、利用者が、一般介護予防事業につながった後であって、利用者の心身の状況に変化があった場合などの必要な場合には、支援を再開できる体制を構築しておく。

年度介護予防ケアマネジメント業務実績報告書

年 月 日

徳 島 市 長 殿

所在地  
名称  
代表者名

印

標記の件について次のとおり実施したことを報告します。

【業務実績】

| 内訳  | 区 | 分 | 類 | 型 | 件 | 数   |           |   |
|-----|---|---|---|---|---|-----|-----------|---|
|     | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 実施分 | ケアマネジメントA | 件 |
|     |   |   |   |   |   |     | ケアマネジメントC | 件 |
| 合 計 |   |   |   |   |   |     | 件         |   |

【業務実績詳細】 添付資料 業務実績報告書詳細

(様式 1 添付資料)

徳島市長 殿

年 月 日

業務実績報告書詳細

類型：ケアマネジメント A

単位 (円)

| サービス<br>提供年月 | 証記載<br>保険者番号 | 被保険者番号 | 氏名 (カナ) | 基本委託料<br>(単位数438×単価10.21<br>=4,471円) | 初回加算<br>(単位数300×単価10.21<br>=3,063円) | 委託連携加算<br>(単位数300×単価10.21<br>=3,063円) | 委託金額 |
|--------------|--------------|--------|---------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------|
| 1            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 2            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 3            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 4            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 5            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 6            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 7            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 8            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 9            |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 10           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 11           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 12           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 13           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 14           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 15           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 16           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 17           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 18           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 19           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 20           |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |
| 合 計          |              |        |         |                                      |                                     |                                       |      |

業務実績報告書詳細

| 類型：ケアマネジメントC |              |        |         | 単位 (円)                               |      |        |      |
|--------------|--------------|--------|---------|--------------------------------------|------|--------|------|
| サービス<br>提供年月 | 証記載<br>保険者番号 | 被保険者番号 | 氏名 (カナ) | 基本委託料<br>(単位数277×単価10.21<br>=2,828円) | 初回加算 | 委託連携加算 | 委託金額 |
| 1            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 2            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 3            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 4            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 5            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 6            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 7            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 8            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 9            |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 10           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 11           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 12           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 13           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 14           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 15           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 16           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 17           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 18           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 19           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 20           |              |        |         |                                      |      |        |      |
| 合 計          |              |        |         |                                      |      |        |      |

※ケアマネジメントCを算定する場合は、当該実績に係るケアマネジメントCケアプランを添付すること。  
 ※ケアマネジメントCを算定する場合は、当該実績に係る一般介護予防事業利用開始証明書を添付すること。

## 資料集

---

|                    |     |
|--------------------|-----|
| サービスコード表 . . . . . | 8 6 |
|--------------------|-----|

# 徳島市版

介護予防・日常生活支援総合事業費  
単位数サービスコード表  
(令和7年4月施行版)

令和7年4月

|   |                           |       |
|---|---------------------------|-------|
| 1 | 訪問型サービス(独自・基準緩和型)サービスコード表 | 88-89 |
| 2 | 通所型サービス(独自)サービスコード表       | 90    |
| 3 | 介護予防ケアマネジメントサービスコード表      | 91    |

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

|       |   |                        |
|-------|---|------------------------|
| +〇〇単位 | ⇒ | 所定単位数 + 〇〇単位           |
| -〇〇単位 | ⇒ | 所定単位数 - 〇〇単位           |
| ×〇〇%  | ⇒ | 所定単位数 × 〇〇/100         |
| 〇〇%加算 | ⇒ | 所定単位数 + 所定単位数 × 〇〇/100 |
| 〇〇%減算 | ⇒ | 所定単位数 - 所定単位数 × 〇〇/100 |

2. 市町村が独自に設定する項目について

以下の項目については、市町村が規定する。

各項目の留意点は以下のとおり。

| サービス                                                                                                                                   | 項目       | 留意点                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| 訪問型サービス(独自)<br>通所型サービス(独自)<br>介護予防ケアマネジメント<br><br>訪問型サービス(独自/定率)<br>訪問型サービス(独自/定額)<br>通所型サービス(独自/定率)<br>通所型サービス(独自/定額)<br>その他の生活支援サービス | 合成単位数    | 国が規定する単位数を勘案して、市町村が規定する。<br>単位数は数字5桁以内とする。                     |
|                                                                                                                                        | サービスコード  | 数字又は英字とする。<br>英字は大文字アルファベットのみであり、「I」、「O」、「Q」を除く。               |
|                                                                                                                                        | サービス内容略称 | 全角32文字以内とする。                                                   |
|                                                                                                                                        | 対象者      | 以下のいずれかとする。<br>(※サービス種類ごとに異なる。)<br>・事業対象者<br>・要支援1<br>・要支援2    |
|                                                                                                                                        | 合成単位数    | 数字5桁以内とする。                                                     |
|                                                                                                                                        | 算定単位     | 以下のいずれかとする。<br>・1回につき<br>・1日につき<br>・1月につき<br>・1週間につき<br>・片道につき |

【色分けルール】

- ・水色→新設
- ・黄色→変更
- ・灰色→廃止

| サービスコード |      |                          | サービス内容略称                | 算定項目                           |                                                |                                           | 合成<br>単位数                               | 算定単位          |       |
|---------|------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|-------|
| 種類      | 項目   |                          |                         |                                |                                                |                                           |                                         |               |       |
| A2      | 1111 | 訪問型独自サービス 1 1            | イ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合   | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)          |                                                |                                           | 1,176                                   | 1月につき         |       |
| A2      | 2111 | 訪問型独自サービス 1 1 日割         |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)          |                                                |                                           | 39                                      | 1日につき         |       |
| A2      | 1211 | 訪問型独自サービス 1 2            |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)          |                                                |                                           | 2,349                                   | 1月につき         |       |
| A2      | 2211 | 訪問型独自サービス 1 2 日割         |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)          |                                                |                                           | 77                                      | 1日につき         |       |
| A2      | 1321 | 訪問型独自サービス 1 3            |                         | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)        |                                                |                                           | 3,727                                   | 1月につき         |       |
| A2      | 2321 | 訪問型独自サービス 1 3 日割         | ロ 1 月当たりの回数を定める場合       | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)        |                                                |                                           | 123                                     | 1日につき         |       |
| A2      | 2411 | 訪問型独自サービス 2 1            |                         | 事業対象者・要支援 1・2                  |                                                |                                           | 287                                     | 1回につき         |       |
| A2      | 2511 | 訪問型独自サービス 2 2            |                         | 事業対象者・要支援 1・2                  |                                                |                                           | 179                                     |               |       |
| A2      | 2621 | 訪問型独自サービス 2 3            |                         | 事業対象者・要支援 1・2                  |                                                |                                           | 220                                     |               |       |
| A2      | 1411 | 訪問型独自短時間サービス             |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (20分未満)          |                                                |                                           | 163                                     |               |       |
| A2      | C211 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 1    | 高齢者虐待防止措置<br>未実施減算      | イ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合          | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)                          |                                           |                                         | -12           | 1月につき |
| A2      | C220 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 1 日割 |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)                          |                                           |                                         | -1            | 1日につき |
| A2      | C212 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 2    |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)                          |                                           |                                         | -23           | 1月につき |
| A2      | C213 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 2 日割 |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)                          |                                           |                                         | -1            | 1日につき |
| A2      | C214 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 3    |                         |                                | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)                        |                                           |                                         | -37           | 1月につき |
| A2      | C215 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 1 3 日割 |                         | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)        |                                                |                                           | -1                                      | 1日につき         |       |
| A2      | C216 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 2 1    |                         | ロ 1 月当たりの回数を定める場合              | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -3            | 1回につき |
| A2      | C217 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 2 2    |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | C218 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算 2 3    |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | C219 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算短時間     |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2 (20分未満)                          |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | D211 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 1     | 業務継続計画未策定<br>減算         |                                | イ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合                          | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)                     |                                         |               | -12   |
| A2      | D220 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 1 日割  |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週1回程度)          |                                                |                                           | -1                                      | 1日につき         |       |
| A2      | D212 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 2     |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)          |                                                |                                           | -23                                     | 1月につき         |       |
| A2      | D213 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 2 日割  |                         | 事業対象者・要支援 1・2 (週2回程度)          |                                                |                                           | -1                                      | 1日につき         |       |
| A2      | D214 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 3     |                         | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)        |                                                |                                           | -37                                     | 1月につき         |       |
| A2      | D215 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 1 3 日割  |                         | 事業対象者・要支援 2 (週2回を超える程度)        |                                                |                                           | -1                                      | 1日につき         |       |
| A2      | D216 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 2 1     |                         | ロ 1 月当たりの回数を定める場合              | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -3            | 1回につき |
| A2      | D217 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 2 2     |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | D218 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算 2 3     |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2                                  |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | D219 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算短時間      |                         |                                | 事業対象者・要支援 1・2 (20分未満)                          |                                           |                                         | -2            |       |
| A2      | 6001 | 訪問型独自サービス同一建物減算 1        | 事業所と同一建物の利用者等にサービスを行う場合 |                                | 事業所と同一建物の利用者またはこれ以外の同一建物の利用者 2 0 人以上にサービスを行う場合 |                                           |                                         | 所定単位数の 10% 減算 | 1月につき |
| A2      | 6003 | 訪問型独自サービス同一建物減算 2        |                         | 事業所と同一建物の利用者 5 0 人以上にサービスを行う場合 |                                                |                                           | 所定単位数の 15% 減算                           |               |       |
| A2      | 6002 | 訪問型独自サービス同一建物減算 3        |                         | 同一の建物等に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合 |                                                |                                           | 所定単位数の 12% 減算                           |               |       |
| A2      | 8000 | 訪問型独自サービス特別地域加算          | 特別地域加算                  |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 15% 加算                           | 1日につき         |       |
| A2      | 8001 | 訪問型独自サービス特別地域加算日割        |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 15% 加算                           |               |       |
| A2      | 8002 | 訪問型独自サービス特別地域加算回数        |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 15% 加算                           |               |       |
| A2      | 8100 | 訪問型独自サービス小規模事業所加算        | 中山間地域における小規模事業所加算       |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 10% 加算                           | 1月につき         |       |
| A2      | 8101 | 訪問型独自サービス小規模事業所加算日割      |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 10% 加算                           |               |       |
| A2      | 8102 | 訪問型独自サービス小規模事業所加算回数      |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 10% 加算                           |               |       |
| A2      | 8110 | 訪問型独自サービス中山間地域等提供加算      | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算  |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 5% 加算                            | 1月につき         |       |
| A2      | 8111 | 訪問型独自サービス中山間地域等加算日割      |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 5% 加算                            |               |       |
| A2      | 8112 | 訪問型独自サービス中山間地域等加算回数      |                         |                                |                                                |                                           | 所定単位数の 5% 加算                            |               |       |
| A2      | 4001 | 訪問型独自サービス初回加算            | ハ 初回加算                  |                                |                                                |                                           | 200単位加算                                 | 200           |       |
| A2      | 4003 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ     | 二 生活機能向上連携加算            | (1)生活機能向上連携加算(Ⅰ)               |                                                | 100 単位加算                                  |                                         |               |       |
| A2      | 4002 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ     |                         | (2)生活機能向上連携加算(Ⅱ)               |                                                | 200 単位加算                                  |                                         |               |       |
| A2      | 6102 | 訪問型独自口腔連携強化加算            | ホ 口腔連携強化加算 単位加算         |                                |                                                |                                           | 50単位加算                                  | 50            |       |
| A2      | 6269 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ         | ヘ 介護職員等処遇改善加算           | (1)介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)              |                                                |                                           | 所定単位数の 245/1000                         | 1月につき         |       |
| A2      | 6270 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ         |                         | (2)介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)              |                                                |                                           | 所定単位数の 224/1000                         |               |       |
| A2      | 6271 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ         |                         | (3)介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)              |                                                |                                           | 所定単位数の 182/1000                         |               |       |
| A2      | 6380 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ         |                         | (4)介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)              |                                                |                                           | 所定単位数の 145/1000                         |               |       |
| A2      | 6381 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-1       |                         | (5)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)-             |                                                |                                           | (一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)<br>所定単位数の 221/1000 |               |       |
| A2      | 6382 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-2       |                         |                                |                                                | (二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(2)<br>所定単位数の 208/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6383 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-3       |                         |                                |                                                | (三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(3)<br>所定単位数の 200/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6384 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-4       |                         |                                |                                                | (四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(4)<br>所定単位数の 187/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6385 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-5       |                         |                                |                                                | (五)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(5)<br>所定単位数の 184/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6386 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-6       |                         |                                |                                                | (六)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(6)<br>所定単位数の 163/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6387 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-7       |                         |                                |                                                | (七)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(7)<br>所定単位数の 163/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6388 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-8       |                         |                                |                                                | (八)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(8)<br>所定単位数の 158/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6389 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-9       |                         |                                |                                                | (九)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(9)<br>所定単位数の 142/1000   |                                         |               |       |
| A2      | 6390 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-10      |                         |                                |                                                | (十)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(10)<br>所定単位数の 139/1000  |                                         |               |       |
| A2      | 6391 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-11      |                         |                                |                                                | (十一)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(11)<br>所定単位数の 121/1000 |                                         |               |       |
| A2      | 6392 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-12      |                         |                                |                                                | (十二)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(12)<br>所定単位数の 118/1000 |                                         |               |       |
| A2      | 6393 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-13      |                         |                                |                                                | (十三)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(13)<br>所定単位数の 100/1000 |                                         |               |       |
| A2      | 6394 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ-14      |                         |                                |                                                | (十四)介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(14)<br>所定単位数の 76/1000  |                                         |               |       |

【色分けルール】

・水色→新設

・黄色→変更

・灰色→廃止

| サービスコード |      | サービス内容略称                   | 算定項目                      |                                              | 合成<br>単位数              | 算定単位   |       |
|---------|------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|------------------------|--------|-------|
| 種類      | 項目   |                            |                           |                                              |                        |        |       |
| A2      | 1121 | 訪問型独自サービス／2 1 1            | イ 1 週当たりの標準的な回<br>数を定める場合 | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）                         | 1,016                  | 1月につき  |       |
| A2      | 2121 | 訪問型独自サービス／2 1 1 日割         |                           | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）                         | 34                     | 1日につき  |       |
| A2      | 1221 | 訪問型独自サービス／2 1 2            |                           | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）                         | 2,030                  | 1月につき  |       |
| A2      | 2221 | 訪問型独自サービス／2 1 2 日割         |                           | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）                         | 67                     | 1日につき  |       |
| A2      | 1331 | 訪問型独自サービス／2 1 3            |                           | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度）                       | 3,221                  | 1月につき  |       |
| A2      | 2331 | 訪問型独自サービス／2 1 3 日割         |                           | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度）                       | 106                    | 1日につき  |       |
| A2      | 2421 | 訪問型独自サービス／2 2 1            | ロ 1 月当たりの回数を定め<br>る場合     | 事業対象者・要支援 1・2<br>(1)標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合 | 248                    | 1 回につき |       |
| A2      | 1421 | 訪問型独自短時間サービス／2             |                           | 事業対象者・要支援 1・2（20分未満）<br>(3)短時間の身体介護が中心である場合  | 141                    |        |       |
| A2      | C221 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 1    | 高齢者虐待防<br>止未実施減算          | イ 1 週当た<br>りの標準的な<br>回数を定める<br>場合            | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）   | -10    | 1月につき |
| A2      | C230 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 1 日割 |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）   | -1     | 1日につき |
| A2      | C222 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 2    |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）   | -20    | 1月につき |
| A2      | C223 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 2 日割 |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）   | -1     | 1日につき |
| A2      | C224 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 3    |                           |                                              | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度） | -32    | 1月につき |
| A2      | C225 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 1 3 日割 |                           |                                              | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度） | -1     | 1日につき |
| A2      | C226 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算／2 2 1    | ロ 1 月当たり<br>の回数を定め<br>る場合 | 事業対象者・要支援 1・2<br>(1)標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合 | -3                     | 1 回につき |       |
| A2      | C229 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算短時間／2     |                           | 事業対象者・要支援 1・2（20分未満）<br>(3)短時間の身体介護が中心である場合  | -2                     |        |       |
| A2      | D221 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 1     | 業務継続計画<br>未策定減算           | イ 1 週当た<br>りの標準的な<br>回数を定める<br>場合            | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）   | -10    | 1月につき |
| A2      | D230 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 1 日割  |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週1回程度）   | -1     | 1日につき |
| A2      | D222 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 2     |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）   | -20    | 1月につき |
| A2      | D223 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 2 日割  |                           |                                              | 事業対象者・要支援 1・2（週2回程度）   | -1     | 1日につき |
| A2      | D224 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 3     |                           |                                              | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度） | -32    | 1月につき |
| A2      | D225 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 1 3 日割  |                           |                                              | 事業対象者・要支援 2（週2回を超える程度） | -1     | 1日につき |
| A2      | D226 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算／2 2 1     | ロ 1 月当たり<br>の回数を定め<br>る場合 | 事業対象者・要支援 1・2<br>(1)標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合 | -3                     | 1 回につき |       |
| A2      | D229 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算短時間／2      |                           | 事業対象者・要支援 1・2（20分未満）<br>(3)短時間の身体介護が中心である場合  | -2                     |        |       |
| A2      | 4011 | 訪問型独自サービス初回加算／2            | ハ 初回加算 200 単位加算           |                                              | 200                    | 1月につき  |       |
| A2      | 4013 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ／2     | 二 生活機能向上連携加算              | (1)生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100 単位加算                    | 100                    |        |       |
| A2      | 4012 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ／2     |                           | (2)生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200 単位加算                    | 200                    |        |       |

## 【色分けルール】

- ・水色→新設
- ・黄色→変更
- ・灰色→廃止

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

定員超過の場合

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

看護・介護職員が欠員の場合

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

【色分けルール】

・水色→新設

・黄色→変更

・灰色→廃止

| サービスコード |      | サービス内容略称      | 算定項目                                |                              | 合成単位数 | 算定単位  |
|---------|------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|-------|-------|
| 種類      | 項目   |               |                                     |                              |       |       |
| A F     | 2111 | 介護予防ケアマネジメントA | イ 介護予防ケアマネジメント費 事業対象者、要支援1・2 442 単位 |                              | 442   | 1月につき |
|         | 5001 |               | 高齢者虐待防止措置未実施減算<br>4 単位減算            | 438 単位                       | 438   |       |
|         | 5002 |               |                                     | 業務継続計画未策定減算<br>4 単位減算 434 単位 | 434   |       |
|         | 5003 |               | 業務継続計画未策定減算 4 単位減算 438 単位           |                              | 438   |       |
| A F     | 4001 | 介護予防ケアA初回加算   | ロ 初回加算 300 単位加算                     |                              | 300   |       |
| A F     | 4002 | 介護予防ケアA委託連携加算 | ハ 委託連携加算 300 単位加算                   |                              | 300   |       |

※R6. 4月～分と内容の変更はありません。

## 参 考 文 献

- ・ 松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアル      千葉県松戸市
- ・ 飯能市介護予防ケアマネジメントマニュアル      埼玉県飯能市
- ・ 鳥取市介護予防ケアマネジメントの手引き      鳥取市

### 徳島市介護予防ケアマネジメントの手引き

---

発行：徳島市健康福祉部高齢介護課

令和 7 年 4 月発行