

岡崎市介護予防・日常生活支援総合事業

令和8年4月

岡崎市福祉部 長寿課／介護保険課

目 次

- 第1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要
- 第2 総合事業における岡崎市のサービスの基準等について
- 第3 総合事業の指定申請について
- 第4 利用者との取り交わし等が必要な書類一覧
- 第5 総合事業における各サービスの計画書等について
- 第6 総合事業費の請求について
- 第7 総合事業サービス請求にかかる留意事項
- 第8 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント
- 第9 総合事業利用に係る負担軽減制度について
- 第10 岡崎市の介護予防生活支援サービスに関するQ&A
- 第11 参考資料
 - 岡崎市の第1号訪問事業における訪問サービスの類型
 - 岡崎市の第1号通所事業における通所サービス及び一般介護予防事業の類型

第1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

1. 総合事業の概要

(1) 総合事業の趣旨

- 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旨とする。
 - 要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している者が多い。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。
- ◆ 介護保険法 第115条の45 第1項
 - ◆ 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年3月31日 厚生労働省告示第196号）
 - ◆ 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（平成27年6月5日 老発0605 第5号）

総合事業に関する総則的な事項

1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

- 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で、地域の支え合い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旨とする。

(2) 背景・基本的考え方

イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

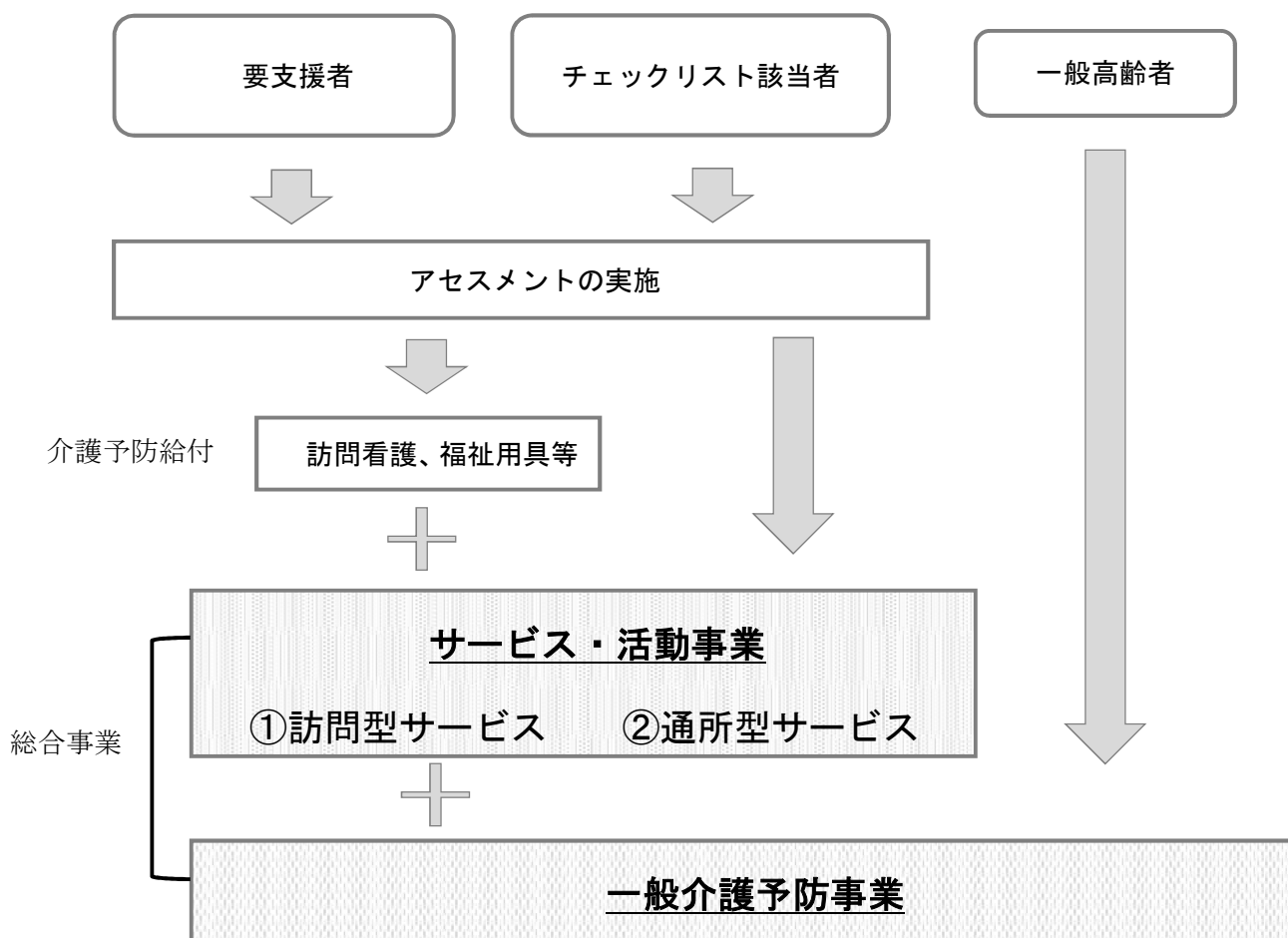
ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけでなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっているため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

(2) 総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、介護予防給付としてサービス提供する。
- 地域包括支援センター（または委託を受けた居宅介護支援事業所）によるアセスメントにより、総合事業（サービス・活動事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせることが可能。
- サービス・活動事業によるサービスのみを利用する場合は、要介護認定等を省略し、基本チェックリストで判定することによって「サービス・活動事業対象者」（以下「事業対象者」という。）として迅速なサービス利用が可能。



すでにサービスを利用していた場合に限り、要介護となった後も引き続き生活支援型訪問サービス、困りごと支援型、地域支えあい型訪問サービスを利用できます。
なお、要介護者でも困りごと支援型、地域支えあい型訪問サービスのみの利用の場合は、介護予防ケアマネジメントのケアマネジメントCとなり、地域包括支援センターがプラン作成します。

(3) 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

① サービス・活動事業

要支援者及び基本チェックリストに該当した事業対象者とする。

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、介護予防を目的として行う掃除、洗濯等の日常生活上の支援
通所型サービス	要支援者等に対し、介護予防を目的として行う、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援
介護予防 ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供するための支援

② 一般介護予防事業

高齢者及びその支援のための活動に関わるものを対象とする。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等を活用することにより、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防 普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動 支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業 評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション 活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、住民主体の通いの場所等において、リハビリ専門職等による助言等を実施。ケアマネジャー等プラン作成者とともに訪問し、住宅改修、福祉用具の利用等に関する助言を実施

2. 本市の総合事業

(1) 相談からサービス利用までの流れ

① 地域包括支援センター、介護保険課に相談

相談者から相談内容や生活での困りごとを聴き取り、総合事業の主旨の説明を行う。明らかに要介護認定等申請をする必要がなく、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用を希望される場合に、基本チェックリストの案内をする。一般介護予防事業の利用のみを希望している場合は、基本チェックリストの実施は不要とする。

※基本チェックリストの活用の対象は、第1号被保険者に限られるため、第2号被保険者に関しては、要介護認定等申請を行う。

② 基本チェックリストの実施、判定等

本人（相談者）に基本チェックリストを記入してもらおう。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、本人の状況や相談内容等を聴き取る。

対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらおうことが必要なため、趣旨が理解できない場合は要介護認定等申請を行う。期間を定めていない項目は現在の状況を回答してもらい、習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらおう。判定は次ページの基準による。

基本チェックリストを実施した後、基本チェックリスト・介護予防ケアマネジメント依頼届書・介護保険被保険者証を合わせて市に提出し、事業対象者と記載された介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の交付を受ける。

※総合事業におけるケアプランの自己作成に基づく利用は不可

③ 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センター又は委託先居宅介護支援事業所は、要支援者・事業対象者宅に訪問し運営規程を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。アセスメント（課題分析）を行い、その結果に基づきケアプラン原案の作成、サービス担当者会議等を行う。サービス担当者会議では、自立を支援するために必要な支援について検討する。

基本チェックリスト該当による事業対象者については、主治医意見書がないため、かかりつけ医との連携が特に重要である。

④ 総合事業の利用開始

要支援者・事業対象者はケアプランに同意した上でサービス提供事業者との契約を締結し、総合事業の利用を開始する。

基本チェックリスト（次ページ）による事業対象者に該当する基準

- ① No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
- ② No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
- ③ No. 11～12 の 2 項目のすべてに該当
- ④ No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
- ⑤ No. 16 に該当
- ⑥ No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
- ⑦ No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

このチェックリストにおける該当とは、回答部分に「はい₁」「いいえ₁」に該当することをいう。

No. 12 については、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が 18.5 未満の場合をいう。



基本チェックリストの活用について

- ① No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当 → 複数項目に支障
- ② No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当 → 運動機能低下
- ③ No. 11～12 の 2 項目のすべてに該当 → 低栄養状態
- ④ No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当 → 口腔機能低下
- ⑤ No. 16 に該当 → 閉じこもり
- ⑥ No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当 → 認知機能低下
- ⑦ No. 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当 → うつ病の可能性

基本チェックリストの該当項目のみで、サービスの利用を判断せず、低下している機能の目安として活用し、総合的に判断すること。

基本チェックリスト

住 所 岡崎市

実施日 年 月 日

氏 名

大 昭 年 月 日(歳)(男・女)

実施者: 本人 ・ 相談者

(続柄:) 連絡先 -

N	質 問 事 項	回 答	判 定
1	バスや電車で一人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	() /5 3/5 以上
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
5	家族や友人の相談のっていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) * BMIが18.5未満の場合に該当		() /2 2/2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	() /3 2/3 以上
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	() /3 1/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	() /5 2/5 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	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい。 <input type="checkbox"/> いいえ。	

介護保険事業の適切な運営とケアマネジメントに活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

担当の地域包括支援センターから連絡しますので連絡先をご記入ください(連絡先:)

面接希望日・時間帯等記入欄()

認定申請あり チェックリストのみ

新規 更新

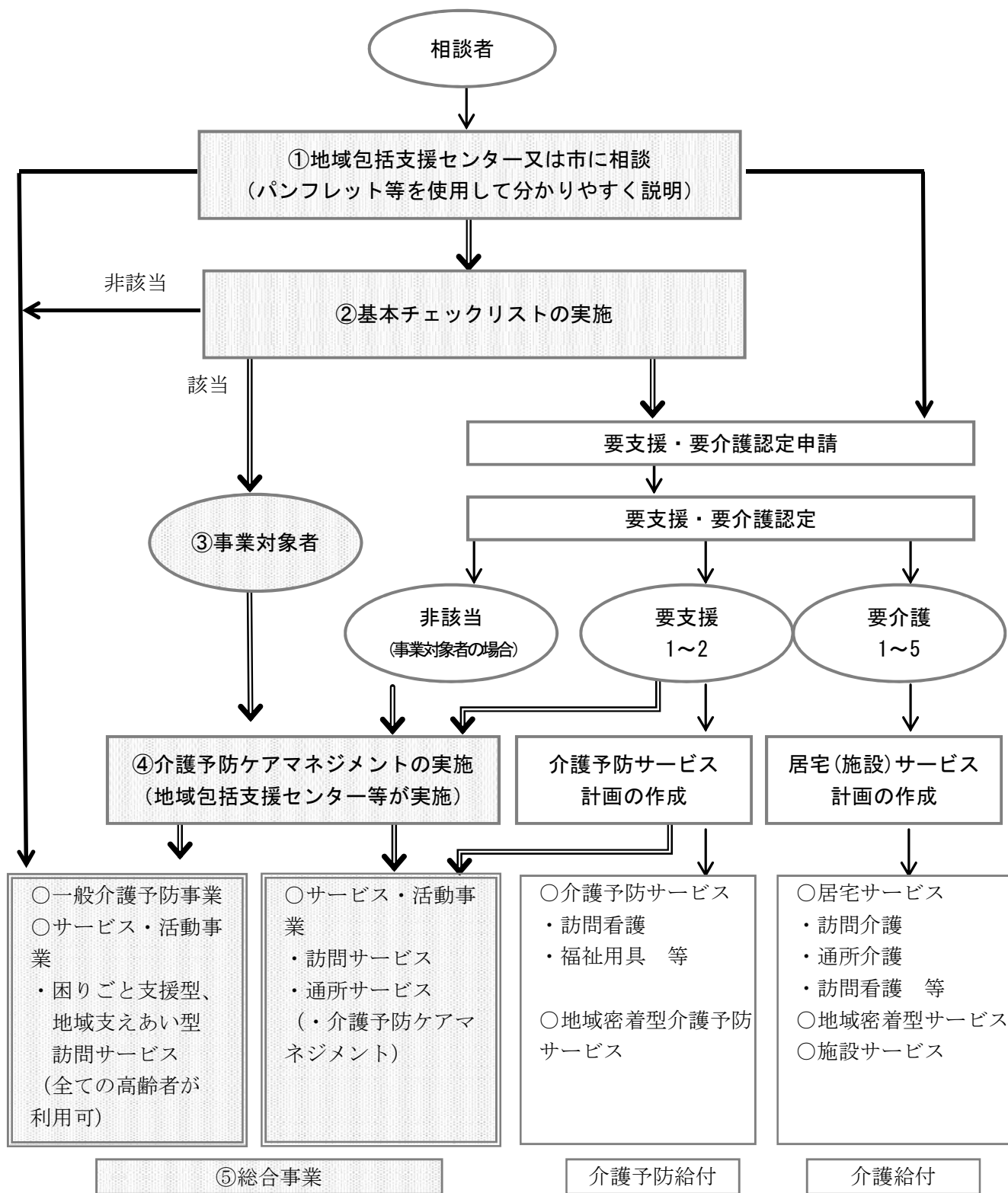
市役所 () 包括支援センター

基本チェックリストについての考え方

<p>【共通事項】</p> <p>①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。</p>

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ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カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	



(2) サービス・活動事業の内容

① 訪問型サービス

ア 予防専門型

人員基準を満たした職員配置のもと、事業所のホームヘルパー等が家庭を訪問して、利用者の生活機能の維持・向上など自立支援の観点から、身体介護、生活援助サービスを提供

イ 生活支援型

予防専門型の人員基準を緩和し、介護予防訪問介護事業所、シルバー人材センター、NPO 法人や協同組合、民間事業者等に所属する一定の講習修了者等が家庭を訪問して、自立を目指した相談・指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活援助サービスを提供

ウ 困りごと支援型

シルバー人材センター、NPO 法人や協同組合等の非営利団体により、一定の講習（介護保険課、愛知県シルバー人材センター、事業所の実施する研修等）を受講した有償ボランティア等が、電球の交換、家具の移動、草取り等、日常のちょっとした困りごとに対する生活支援サービスを提供

エ 地域支えあい型

NPO 団体等により、学区福祉委員会や町内会との連携のもと、一定の講習（介護保険課、愛知県シルバー人材センター、事業所の実施する研修等）を受講した団体に登録された地域の元気な高齢者等の無償ボランティアが、ごみ出し、買い物支援、電球の交換等、日常のちょっとした困りごとに対する生活支援サービスを提供（併せて、地域力の再生に取り組む）

② 通所型サービス

ア 予防専門型

人員基準を満たした職員配置のもと、デイサービスセンター等の施設において、入浴や食事その他の日常生活に必要な介護サービスのほか、自宅までの送迎サービスも提供。

イ 短期集中型

岡崎市が委託したデイサービスセンター等の施設において、自立した生活を目指し、「岡崎市介護予防・認知症予防プログラム」を6か月間実施。リハビリ専門職による訪問を1～3回実施。

③ 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターが、利用者の心身の状態や希望等を踏まえて、ケアプランを作成し、併せてサービス事業者等との利用調整を実施。

(3) その他の留意点等

事業対象者について

ア 支給限度額・サービス提供頻度

事業対象者の支給限度額は、予防給付の要支援1と同じ5,032単位です。

ただし、基本チェックリストによる事業対象者において、要支援2相当で限度額を変更する必要がある場合は、介護保険課に事前に相談をしてください。

イ 有効期間の設定

基本チェックリストに該当した事業対象者について、有効期間の設定はありません。

なお、サービス利用が1年(月単位)なかった場合は、再度基本チェックリストを受ける必要があります。

ウ 利用者負担

介護給付の利用者負担割合と同等の取扱いです。

保険料を滞納している方が介護サービスを受けた時にとられる給付制限は、総合事業について適用しません。

エ 住所地特例者の利用

住所地特例者については、施設所在地である市町村で、基本チェックリストの実施及び総合事業のサービス利用を行います。

(4) 一般介護予防事業の内容

類型	分類	概要
①介護予防把握事業	介護予防把握	75歳以上で前年度に健康診査未受診者であり、かつ要介護認定及び要支援認定のない方について、「後期高齢者の質問票」を送付し、介護予防の必要な方を把握し、介護予防事業の参加につなげる。
②介護予防普及啓発事業	介護予防教室	高齢者全体に広く介護予防を推進するため、市民センター、地域福祉センター等において健康体操やストレッチ、介護予防をテーマにした講話や認知症・うつ・閉じこもり予防教室を開催する。
	普及啓発	市民に対し、介護予防に資する知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布、また介護予防に関する講演会や出前講座を開催する。
③地域介護予防活動支援事業	地域介護予防活動	小学校区単位で開催される学区福祉委員会主催の介護予防の通いの場に対し、自主活動の支援を行う。
	住民主体型通いの場活動	地域住民が主体的に行う介護予防に資する通いの場であり、市が指定する介護予防体操を行う通いの場に対し、自主活動の支援を行う。
④一般介護予防事業評価事業	一般介護予防事業評価	一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から、介護予防効果の検証を実施する。
⑤地域リハビリテーション活動支援事業	地域リハビリテーション活動支援	地域における介護予防の取組みを強化するため、住民への出前講座、住民主体の通いの場、介護サービス事業所等への技術的助言を行う。ケアプラン作成者に対して訪問に同行し、住宅改修や福祉用具の利用などケアマネジメント支援を行う。

第2 総合事業における岡崎市のサービスの基準等について

1. 予防専門型サービスについて

(1) 対象者

要支援2、要支援1、事業対象者のうち予防専門型サービスが必要な者

(2) 要支援1・事業対象者の予防専門型通所サービスの利用について

要支援1及び市が実施する基本チェックリストで事業対象者と判断されたかたのうち、通所サービスの利用を希望される場合は、原則、短期集中型通所サービスを利用すること。ただし、短期集中型通所サービスの利用が困難で以下に示す状態像の目安・基準に該当するかたについては、予防専門型通所サービスを利用することができる。

区分	状態像の目安	基準
予防専門型通所サービス	① 疾病により歩行に支障があり、送迎がないとサービスの利用ができないかた	主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A2」以上
	② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられるかた	主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「Ⅱb」以上又は主治医意見書の疾病欄に認知症と記載がある場合
	③ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながるおそれがあるかた	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書の疾病欄にがんと記載がある場合又は医療費助成対象疾病（指定難病）である場合 精神疾患により主治医意見書にうつ病、躁うつ病と記載がある場合、精神障害者保健福祉手帳を取得している場合又は自立支援医療対象者の場合
	④ ①～③以外で市が認めるかた	別紙「予防専門型通所サービスの利用について」を市へ提出し、協議の結果、予防専門型通所サービスの利用が認められた場合

※④の場合は、別紙様式（次頁参照）を市（長寿課予防係）に提出の上、協議をしてください。

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

住所		
TEL		FAX
事業者名		
担当者名		

予防専門型通所サービスの利用について（協議）

〇〇〇〇様について、ケアマネジメントの結果、予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断しました。

つきましては、予防専門型通所サービスの利用の可否について下記のとおり協議します。

記

利用者情報

氏名		性別		生年月日	
住所				区分	

予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断した理由

【予防専門型通所サービス利用の状態像の目安】

- ① 疾病により歩行に支障があり、送迎がないとサービスの利用ができないかた
- ② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられるかた
- ③ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が症状等の悪化につながる恐れがあるかた
- ④ ①～③以外で市が認めるかた

※介護予防サービス・支援計画書を作成されている場合は、併せてご提出ください

(3) 報酬体系

単価報酬と包括報酬を組み合わせた報酬体系。

2. 生活支援型訪問サービスについて

(1) 提供するサービス

厚生労働省通知平成12年3月17日老計第10号「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」2-0から2-6に定める生活援助

(2) 講習の実施

介護保険課、愛知県シルバー人材センター、事業所の実施する研修等の受講者も介護従事者としてサービス提供が可能

(3) 介護報酬 (1単位の単価は10円)

報酬 (1回あたり)	220 単位
---------------	--------

※1回あたり1時間程度のサービスを想定

3 短期集中型通所サービスについて

(1) 提供するサービス

「岡崎市介護予防・認知症予防プログラム」を参考に、通所と訪問を組み合わせたリハビリテーションを中心としたサービス

サービス終了後は、地域の通いの場への参加等により主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことを基本とし、利用期間は6か月間

(2) 委託料

通所 (1回あたり)	5,000 円 (送迎無)
	5,500 円 (送迎有・片道)
	6,000 円 (送迎有・往復)
訪問 (1回あたり)	9,500 円
訪問 (通いの場支援有・60分以上)	19,000 円

※遠方加算として、送迎距離が片道5kmを超える毎に片道250円(往復500円)を加算

予防専門型訪問サービスに関する基準と生活支援型訪問サービスに関する基準との相違点

予防専門型訪問サービスの基準		生活支援型訪問サービスの相違点
基本方針		
人員に関する基準		
(訪問介護員等)	介護従業者については、必要数を配置。一定の講習受講者もサービス提供可能。サービス提供責任者相当の訪問事業責任者については、介護福祉士または介護職員初任者研修資格修了者であること	
(管理者)	同程度の基準（常勤専従・兼務可）	
設備に関する基準（設備及び備品等）		同程度の基準
運営に関する基準		
(管理者及びサービス提供責任者の責務)（勤務体制の確保等）（運営規程）（内容及び手続の説明及び同意）（提供拒否の禁止）（サービス提供困難時の対応）（受給資格等の確認）（要支援認定の申請等に係る援助）（心身の状況等の把握）（介護予防支援事業者等との連携）（第1号事業支給費の支給を受けるための援助）（介護予防ケアプランに沿ったサービスの提供）（介護予防ケアプランの変更の援助）（身分を証する書類の携行）（サービスの提供の記録）（利用料等の受領）（感染症対策の強化）（業務継続に向けた取組の強化）（人員配置基準における両立支援への配慮）（ハラスメント対策の強化）（高齢者虐待防止の推進）	同程度の基準	
(介護等の総合的な提供)	規定なし	
(同居家族に対するサービス提供の禁止)（利用者に関する市への通知）（衛生管理等）（緊急時等の対応）（ファイルの据え置き等掲示以外の方法）（秘密保持等）（広告）（介護予防支援事業者等に対する利益供与の禁止）（苦情への対応）（地域との連携）（事故発生時の対応）（会計の区分）（記録の整備）	同程度の基準 ※利用に関する記録は5年保存	
(暴力団の排除)		

予防専門型通所サービスに関する基準

予防専門型通所サービスの基準	
基本方針	
人員に関する基準	
	(従業者の員数)
	(管理者)
設備に関する基準	
運営に関する基準	
(管理者の責務) (勤務体制の確保等) (運営規程) (内容及び手続の説明及び同意) (提供拒否の禁止) (サービス提供困難時の対応) (受給資格等の確認) (要支援認定の申請等に係る援助) (心身の状況等の把握) (介護予防支援事業者等との連携) (第1号事業支給費の支給を受けるための援助) (介護予防ケアプランに沿ったサービスの提供) (介護予防ケアプランの変更の援助) (サービスの提供の記録) (利用料等の受領) (定員の遵守) (利用者に関する市への通知) (衛生管理等) (緊急時等の対応) (ファイルの据え置き等掲示以外の方法) (秘密保持等) (広告) (介護予防支援事業者等に対する利益供与の禁止) (苦情への対応) (地域との連携) (事故発生時の対応) (非常災害対策) (会計の区分) (記録の整備) (感染症対策の強化) (業務継続に向けた取組の強化) (人員配置基準における両立支援への配慮) (ハラスメント対策の強化) (高齢者虐待防止の推進)	
(暴力団の排除)	

第3 総合事業の指定申請について

岡崎市においては、事業者指定の申請を以下の通り受け付けています。

1. 対象種別

- ① 予防専門型訪問サービス
- ② 生活支援型訪問サービス（一体型）・・・訪問介護等と同一の事業所で一体的に行う場合
- ③ 生活支援型訪問サービス（単独型）
- ④ 予防専門型通所サービス

2. 申請方法

1) 指定申請について

申請先：介護保険課事業所指定係（電話：0564-23-6646）

提出方法：電話で予約の上、持参

指定日は「毎月1日」のみとし、前々月の末日を申請期限とします。電話で予約の上、窓口を持参してください。

指定申請書類

「指定申請書」に対象種別ごとに必要となる書類を添付して申請してください。
様式等につきましては、ホームページを御確認ください。

2) その他

(1) 定款の目的について

「前各号に附帯する一切の業務」といったような内容の文言の記載がない場合は、法人の定款の目的欄の記載を追加していただく必要がありますのでご注意ください。

定款の変更には、法人によっては時間を要しますのでご注意ください。社会福祉法人や医療法人、NPO法人等定款変更につき所轄庁の認可が必要な法人種別によっては、特にご注意ください。

上記「1②③」…「介護保険法に基づく第1号訪問事業」と記載するか、もしくは「介護保険法に基づく生活支援型訪問サービス」と記載する。

(2) 建築基準法及び消防法について

上記「1④」については、建築基準法及び消防法を満たした建物でないと実施できません。物件選定を始める場合は、早めに担当課に確認してください。

第4 利用者との取り交わし等が必要な書類一覧

訪問型サービス

予防専門型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約書 ・ 重要事項説明書 ・ 個人情報使用同意書 ・ 運営規程
生活支援型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約書 ・ 重要事項説明書 ・ 個人情報使用同意書 ・ 運営規程
困りごと支援型 地域支え合い型	特に契約書等は必要としません。

通所型サービス

予防専門型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約書 ・ 重要事項説明書 ・ 個人情報使用同意書 ・ 運営規程
短期集中型	<ul style="list-style-type: none"> ・ 短期集中型通所サービス（介護予防・認知症予防プログラム）参加同意書

（参考：一般介護予防事業）

送迎付介護予防教室	送迎付介護予防教室利用同意書
その他教室型 地域活動型	特に契約書等は必要としません。

今後、国の通知等によっては同意に対する扱いが変わる場合があります。

第5 総合事業における各サービスの計画書等について

総合事業における各サービス種別について、必要となる計画書等は以下のとおりです。

訪問サービス

予防専門型 ⇒ 予防訪問介護計画が必要

生活支援型 ⇒ 原則、予防訪問介護計画が必要
(簡略化した計画でも可)

※「簡略化した計画」について

- ◆ 「援助目標」、「本人の目標」についてはケアプランに基づいて作成
- ◆ サービス内容は「自立生活支援のための見守り援助」及び「生活援助」であるため、提供するサービスの内容を記載もしくはチェックし、「予定表」欄に該当するサービス番号を記載

(参考)

困りごと支援型・地域支え合い型 ⇒ 特に必要とせず

通所サービス

予防専門型 ⇒ 予防通所介護計画が必要

短期集中型 ⇒ 短期集中型通所サービス計画書が必要

※短期集中型通所サービス計画書について

- ◆ ケアプランに基づいて作成
- ◆ サービス内容は「岡崎市介護予防・認知症予防プログラム」を参考
- ◆ 評価等は市が指定するアセスメント項目に基づき行う。

(参考：一般介護予防事業)

教室型・地域活動型 ⇒ 特に必要とせず

第6 総合事業費の請求について

愛知県国民健康保険団体連合会

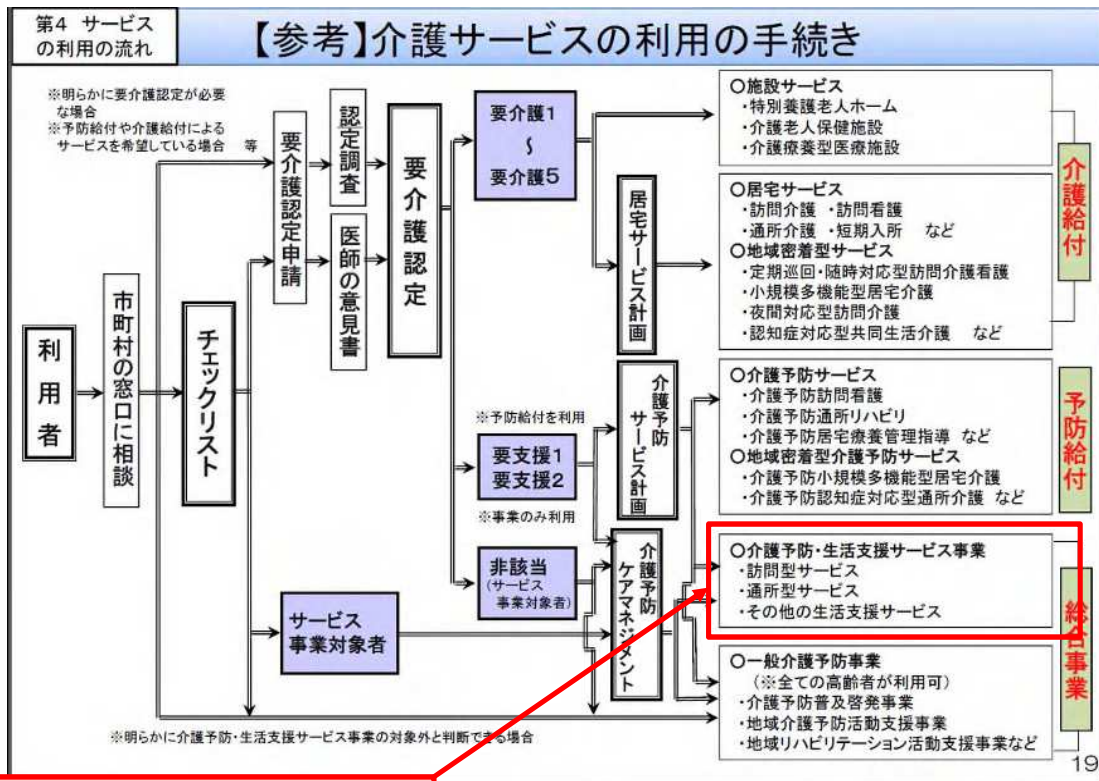
1. 総合事業の審査支払の国保連合会の活用

- ◆総合事業においても、市町村の審査支払に関する事務が軽減できるよう、現行の給付と同様、国保連合会の審査支払を活用できるよう規定が設けられている。(法第115条の45の3)
- ◆国保連合会において給付管理の審査を行う場合には、給付管理票を作成する必要がある。予防給付と総合事業を併せて利用している要支援者は、総合事業サービスも含めて一括した給付管理票を作成する。当該給付管理票に基づき、国保連合会において限度額を審査することとなる。



総合事業費（一般介護予防事業を除く）は国保連合会に請求します

総合事業で国保連合会に請求するサービス



総合事業で連合会に請求するサービス
(指定事業者によるサービスに限る)

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要)より

2. 総合事業で請求するサービス種類

(1) 総合事業のサービス種類

介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス種類の考え方について II-資料3										
(1) 訪問型サービスの場合										
No.	サービス種類コード	サービス種類名	内容							サービスコード異動連絡票の送付
1	A1	訪問型サービス(みなし)	総合事業のみなし指定を受けた事業者が請求するサービス種類。※1							送付不要
2	A2	訪問型サービス(独自)	市町村が独自に単位数・地域単価を規定するサービス種類。単位数・地域単価以外の内容は国が規定する内容とする。							市町村が作成して国保連へ送付
3	A3	訪問型サービス(独自/定率)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。							
4	A4	訪問型サービス(独自/定額)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定額。							
No.	サービス種類コード	ベースとなる予防給付	算定構造	単位数	地域単価	サービスコード	帳票等に出力するサービスコード名称	利用者負担	利用者負担割合・利用者負担額	支給限度額管理対象/対象外
1	A1	介護予防訪問介護	国が規定	国が規定	国が規定(事業所所在地に応じた地域単価)	国が規定	国が規定	定率	予防給付と同様※3	国が規定
2	A2			国が規定する単位数を上限として、市町村が規定 ※2	国が規定する地域単価から選択して市町村が規定					
3	A3	なし	市町村が規定	市町村が規定※6	市町村が規定	国が規定するサービスコードから選択して規定	市町村が規定	定率	市町村が規定※4	市町村が規定
4	A4							定額		

※1 平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護の指定を受けている事業所を総合事業の指定を受けたものとして事業所異動連絡票情報を国保連に送付する。
 ※2 加算率を規定するサービスコードについては、国が規定する率と同じとする。
 ※3 A1・A2については、受給者異動連絡票情報に2割負担の情報を設定することで自動的に2割負担対象となる。
 ※4 A3・A4の利用者負担割合・利用者負担額を所得に応じて設定したい場合は、所得段階ごとのサービスコードを別々に設定する必要がある。
 なお、国保連合会では各サービスコードの所得段階の審査を行わない。
 ※5 「市町村」と記載がある箇所は、広域連合及び政令市の場合は、保険者と読み替える。
 ※6 A3、A4については、率を規定するサービス(処遇改善加算、特加算等のような〇〇%というサービス)及び単位数がマイナスになるサービスは設定できない。

- 1 -

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料 より

(2) 通所型サービスの場合										
No.	サービス種類コード	サービス種類名	内容							サービスコード異動連絡票の送付
1	A5	通所型サービス(みなし)	総合事業のみなし指定を受けた事業者が請求するサービス種類。※1							送付不要
2	A6	通所型サービス(独自)	市町村が独自に単位数・地域単価を規定するサービス種類。単位数・地域単価以外の内容は国が規定する内容とする。							市町村が作成して国保連へ送付
3	A7	通所型サービス(独自/定率)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。							
4	A8	通所型サービス(独自/定額)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定額。							
No.	サービス種類コード	ベースとなる予防給付	算定構造	単位数	地域単価	サービスコード	帳票等に出力するサービスコード名称	利用者負担	利用者負担割合・利用者負担額	支給限度額管理対象/対象外
1	A5	介護予防通所介護	国が規定	国が規定	国が規定(事業所所在地に応じた地域単価)	国が規定	国が規定	定率	予防給付と同様※3	国が規定
2	A6			国が規定する単位数を上限として、市町村が規定 ※2	国が規定する地域単価から選択して市町村が規定					
3	A7	なし	市町村が規定	市町村が規定※6	市町村が規定	国が規定するサービスコードから選択して規定	市町村が規定	定率	市町村が規定※4	市町村が規定
4	A8							定額		

※1 平成27年3月31日時点で介護予防通所介護の指定を受けている事業所を総合事業の指定を受けたものとして事業所異動連絡票情報を国保連に送付する。
 ※2 加算率を規定するサービスコードについては、国が規定する率と同じとする。
 ※3 A5・A6については、受給者異動連絡票情報に2割負担の情報を設定することで自動的に2割負担対象となる。
 ※4 A7・A8の利用者負担割合・利用者負担額を所得に応じて設定したい場合は、所得段階ごとのサービスコードを別々に設定する必要がある。
 なお、国保連合会では各サービスコードの所得段階の審査を行わない。
 ※5 「市町村」と記載がある箇所は、広域連合及び政令市の場合は、保険者と読み替える。
 ※6 A7、A8については、率を規定するサービス(処遇改善加算、特加算等のような〇〇%というサービス)及び単位数がマイナスになるサービスは設定できない。

- 2 -

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料 より

(2) サービス種類コードと事業所番号について

◆A2・A6【訪問型・通所型サービス（独自）】

介護予防訪問介護又は介護予防通所介護がベースとなっています。サービスコードは国が規定、単位数については国が規定する単位数を勘案して、市町村が規定します。

◆A3、A7・A4、A8【訪問型・通所型サービス（独自／定率・定額）】

サービスコード、単位数ともに市町村が独自に内容を規定するサービス種類です。市町村から指定を受けた事業所番号で請求します。

(3) 地域単価について

◆A2～A4・A6～A8【訪問型・通所型サービス（独自）他】

市町村がサービス内容に応じて当該市町村所在地における単位数単価もしくは10円を設定します。

3. 総合事業費の請求について

(1) 請求から支払について

総合事業者は、介護給付費の請求と同様にサービス提供月の翌月 10 日までに請求します。

連合会で審査の後、サービス提供月の翌々月の 3 日に審査結果を、19 日頃に支払通知を送付し、25 日に連合会から振込みがされます。

(2) 請求方法について

総合事業費の請求方法については介護給付費と同様、①インターネット回線による伝送請求、②FD、CD-R 等電子媒体、③紙媒体の 3 種類となります。

◆インターネット請求

愛知県国民健康保険団体連合会ホームページ（介護給付費等のインターネット請求について）から『介護給付費等の請求及び受領に関する届』をダウンロードしてください。

◆紙帳票による請求について

請求方法は原則、伝送又は電子媒体による請求です。紙帳票による請求については、一部例外規定（次頁参照）に該当する事業所に限り可能となります。

※例外規定（一部抜粋、詳細は省令をご確認ください）

(1) 届出により紙帳票を用いて請求を行うことができる事業所

- ・支給限度額管理が不要なサービス（居宅療養管理指導等）1 種類のみを行う事業所
- ・支給限度額管理が必要なサービス 1 種類のみを行うサービス事業所
- ・施設サービス（介護福祉施設サービス及び介護保険施設サービス）のみを行う 50 床未満の施設 他

(2) 届出により紙帳票を用いて請求を行うことができる事情

- ・サービスに従事する常勤の介護職員その他従業者の年齢が平成 30 年 3 月 31 日においていずれも 65 歳以上である場合
- ・電気通信回線設備の機能に障害が生じた場合
- ・電子請求を行うための設備の設置又はソフトウェアの導入に係る作業が未完了の場合
- ・改築工事中又は臨時の施設において事業を行っている場合
- ・事業所等の廃止又は休止に関する計画を定めている場合 他

(3) 総合事業の請求明細書（介護予防給付費との違い）

(4) 請求明細書記載例

①要支援者がみなしサービスを受けた場合の請求明細書

(サービス種類コードA1、A5) ※サービス種類コードA2、A6の場合も同様

様式第二の三 (附則第二条関係)

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

公費負担者番号		平成 2 9 年 0 4 月分					
公費受給者番号		保険者番号 2 3 2 0 2 5					
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 1 1 1					
	氏名	カゴ イロウ 介護 一郎					
	生年月日	1.明治 2.大正 ③昭和	性別	①.男 2.女			
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2					
	認定有効期間	平成 2 9 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 0 年 0 3 月 3 1 日 まで					
請求事業者	事業所番号	2 3 7 0 1 0 0 0 0 0					
	事業所名称	〇〇事業所					
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 愛知県〇〇市〇〇町1-1-1					
	連絡先	電話番号					
介護予防サービス計画	②. 介護予防支援事業等・地域包括支援センター作成						
	事業所番号	2 3 0 0 1 0 0 0 0 0	事業所名称	〇〇地域包括支援センター			
開始年月日	平成 2 9 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日				
事業費内訳書	サービス内容	サービスコード	単位数	日数	サービス単位数	公費対象単位数	精算
	訪問型サービスI	A 1 1 1 1 1 1		1	1 1 5		
	訪問型サービスII(訪問)	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0		
事業費内訳書(利用者負担)	サービス内容	サービスコード	単位数	日数	サービス単位数		
請求額集計書	① サービス種類コード / ② 名称	A 1					
	③ サービス実日数	1 0 日					
	④ 計画単位数		1 3 6 8				
	⑤ 限度額管理対象単位数		1 3 6 8				
	⑥ 限度額管理対象外単位数			0			
	⑦ 給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 3 6 8				給付率 (/100)
	⑧ 公費分単位数						事業 9 0
	⑨ 単位数率値	1 0	4 2 円/日				公費
	⑩ 事業費請求額		1 2 8 2 8				合計
	⑪ 利用者負担額		1 4 2 6				1 2 8 2 8
⑫ 公費請求額						1 4 2 6	
⑬ 公費分本人負担							

⑩事業費請求額

1,368 単位×10.42 円=14,254.56≒14,254 円

14,254 円×90%=12,828.6 円≒12,828 円

⑪利用者負担額

1,368 単位×10.42 円=14,254.56 円

14,254 円-12,828 円=1,426 円

②事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書
 (サービス種類コードA3、A7)

【例：市町村が規定したサービス給付率が80%の場合】

様式第二の三（附則第二系関係）

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

公費負担者番号		平成	2	9	年	0	4	月分											
公費受給者番号		保険者番号	2	3	2	0	2	5											
被保険者 番号 (ワケナ)	0	0	0	0	0	0	2	2	2										
	氏名	介護 太郎							事業所 番号	2	3	A	0	2	0	0	0	0	0
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和		06年06月06日		性別	1.男 2.女		事業所 名称	〇〇事業所									
	要支援 統地区分等	事業対象者・要支援1・要支援2																	
	認定有効 期間	平成	2	9	年	0	4	月	0	1	日	迄	請求事業 所在地	〒999-9999 愛知県〇〇市〇〇町1-1-1					

※事業対象者の場合、限度額適用
 期間(終了年月日)がない場合、
 空欄とする。

介護予防 サービス 計画	〇. 介護予防支援事業等・地域包括支援センター作成	事業所 番号	2	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0
		事業所 名称	〇〇地域包括支援センター										

開始 年月日	平成	2	9	年	0	4	月	0	1	日	中止 年月日	平成		年		月		日
-----------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	----	--	---	--	---	--	---

サービス内容	サービスコード	単位数	回	サービス単位数	公費対象単位数	精算
生活支援型	A31101	2	3	0	2	3

・サービス内容及びサービスコードは市町村が規定します。
 例：A3◇◇◇◇（「1月につき」給付率80%）及び
 : A3■■■■（「1回につき」給付率80%）は、市町村が規定したサービス

保険者独自（定率）サー
 ビスの場合、給付率は記
 載しない。

サービス内容	サービスコード	単位数	回	サービス単位数	公費対象単位数	精算

①サービス種類コード /②名称	A3					
③サービス単位数	1	日				
④計画単位数			2	3	0	
⑤限度額管理対象単位数			2	3	0	
⑥限度額管理対象外単位数			0			
⑦給付単位数(④⑤のうち 少ない数)+⑥			2	3	0	
⑧公費分単位数			0			
⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位	
⑩事業費請求額		1	8	4	0	
⑪利用者負担額			4	6	0	
⑫公費請求額						
⑬公費分本人負担						

⑩事業費請求額
 230 単位×10.00 円=2,300 円
 2,300 円×80%=1,840 円
 ⑪利用者負担額
 230 単位×10.00 円=2,300 円
 2,300 円-1,840 円=460 円

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	1 8 4 0
	4 6 0

【照会先について】

◆「国保中央会介護伝送ソフト」に関すること

国民健康保険中央会「国保中央会介護伝送ソフト」ヘルプデスク
(操作方法について)

電話 0570-059-401

FAX 03-5928-0223

e-mail k-denso@trust.ocn.ne.jp

受付時間

請求期間（毎月1～10日）の受付時間

月～金曜日 午前10時～午後7時まで

土曜日 午前10時～午後5時まで

請求期間以外（毎月11日～月末）の受付時間

月～金曜日 午前10時～午後5時まで

◆総合事業費の請求等に関すること

愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室

住所 〒461-8532

名古屋市東区泉1丁目6番5号

電話 052-962-1307（平日 午前9時00分～午後5時30分）

午後0時から午後1時までは、お問い合わせ等をご遠慮願います。

また、「審査結果通知」送信又は送付後のお問い合わせは、電話がつながりにくくなりますので、エラー内容の確認等はホームページをご覧ください。

ホームページアドレス <http://www.aichi-kokuho.or.jp/>

第7 総合事業サービス請求にかかる留意事項

1. 本市のサービス種類コードについて

本市では、サービス種類ごとに、次のサービス種類コードで請求を行います。

サービス種別	サービス種類コード	対象事業者
予防専門型訪問サービス	A1	<u>※使用しません。</u>
	A2	本市の予防専門型訪問サービスの指定又は更新を受けた事業者
予防専門型通所サービス	A5	<u>※使用しません。</u>
	A6	本市の予防専門型通所サービスの指定又は更新を受けた事業者
生活支援型訪問サービス	A3	生活支援型訪問サービスの指定を受けた事業者

※A3 のサービスコードで請求を行う場合の留意点

A3 については、給付率によって、サービス項目コードが異なります。同じサービス内容であっても、1割～3割負担者のサービス項目コードが異なりますのでご注意ください。負担割合については、介護保険負担割合証による確認をお願いします。

また、請求明細書に、給付率の記入は不要となりますが、各サービス項目コードに定められた給付率で計算し、事業費請求額を算出することとなります。

※短期集中型通所サービスは指定ではなく委託での実施のため、請求は直接市へ行います。

予防専門型訪問サービス(独自)サービスコード表【R6.4～】
 本市の予防専門型訪問サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目		算定単位
			算定回数	合成 単位数	
A2	1111	訪問型独自サービスⅠ	事業対象者・要支援1・2 (週1回程度)	1,176単位	1,176 1月につき
A2	2111	訪問型独自サービスⅠ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週1回程度)	39単位	39 1日につき
A2	1211	訪問型独自サービスⅡ	事業対象者・要支援1・2 (週2回程度)	2,349単位	2,349 1月につき
A2	2211	訪問型独自サービスⅡ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週2回程度)	77単位	77 1日につき
A2	1321	訪問型独自サービスⅢ	事業対象者・要支援1・2 (週2回を超える程度)	3,727単位	3,727 1月につき
A2	2321	訪問型独自サービスⅢ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週2回を超える程度)	123単位	123 1日につき
A2	2411	訪問型独自サービス標準	標準的な内容の指定相当訪 問型サービスである場合	287単位	287
A2	2511	訪問型独自サービス生活 ^a	1月当たりの回数を定める場合	所要時間20分以上45分未満の場合 179単位	179 1回につき
A2	2621	訪問型独自サービス生活 ^b	生活援助が中心である場合	所要時間45分以上の場合 220単位	220
A2	1411	訪問型独自サービス短時間身体	短時間の身体介護が中心で ある場合	163単位	163

予防専門型訪問サービス(独自)サービスコード表【R6.4～】
 本市の予防専門型訪問サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目			算定単位
			サービス内容略称	算定項目	合成 単位数	
A2	C211	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算Ⅰ	事業対象者・要支援1・2 (週1回程度)	12単位 減算	-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Ⅰ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週1回程度)	1単位 減算	-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Ⅱ	事業対象者・要支援1・2 (週2回程度)	23単位 減算	-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Ⅱ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週2回程度)	1単位 減算	-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Ⅲ	事業対象者・要支援1・2 (週2回を超える程度)	37単位 減算	-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Ⅲ・日割	事業対象者・要支援1・2 (週2回を超える程度)	1単位 減算	-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標準	標準的な内容の指定相当訪 問型サービスである場合	3単位 減算	-3	
A2	C217	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算生活 ^a	生活援助が中心である場合	所要時間20分以上45分未満の場合 2単位 減算	-2	1回につき
A2	C218	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算生活 ^b	生活援助が中心である場合	所要時間45分以上の場合 2単位 減算	-2	1回につき
A2	C219	訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算短時間身体	短時間の身体介護が中心で ある場合	2単位 減算	-2	
A2	6001	訪問型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用 者20人以上にサービスを行う場合	所定単位数の10%減算		
A2	6003	訪問型独自サービス同一建物減算2	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	所定単位数の15%減算		1月につき
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		

予防専門型訪問サービス(独自)サービスコード表【R6. 4～】
本市の予防専門型訪問サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目		算定単位
A2	8000	訪問型独自サービス特別地域加算	所定単位数の	15% 加算	1月につき
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	1日につき
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	1回につき
A2	8100	訪問型独自サービス小規模事業所加算	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	1日につき
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	1回につき
A2	8110	訪問型独自サービス中山間地域等提供加算	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提供加算・日割	所定単位数の	5% 加算	1日につき
A2	8112	訪問型独自サービス中山間地域等提供加算・回数	所定単位数の	5% 加算	1回につき
A2	4001	訪問型独自サービス初回加算	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	(1)生活機能向上連携加算(I)	100単位 加算	100
A2	4002	訪問型独自サービス生活機能向上連携加算 II	(2)生活機能向上連携加算(II)	200単位 加算	200
A2	6102	訪問型独自口腔連携強化加算	50単位		50
A2	6269	訪問型独自サービス処遇改善加算 I	(1)介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の137/1000 加算	
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算 II	(2)介護職員処遇改善加算(II)	所定単位数の100/1000 加算	
A2	6271	訪問型独自サービス処遇改善加算 III	(3)介護職員処遇改善加算(III)	所定単位数の 55/1000 加算	
A2	6278	訪問型独自サービス特定処遇改善加算 I	(1)介護職員等特定処遇改善加算(I)	所定単位数の63/1000 加算	1月につき
A2	6279	訪問型独自サービス特定処遇改善加算 II	(2)介護職員等特定処遇改善加算(II)	所定単位数の42/1000 加算	
A2	6281	訪問型独自サービスベースアップ等支援加算	所定単位数の24/1000 加算		

※「同一建物減算」、「特別地域加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

予防専門型通所サービスサービスコード表【R6.4～】
本市の予防専門型通所サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

サービスコード	サービス内容略称	算定項目	算定単位	合成 単位数	算定単位
A6	通所型独自サービス1	事業対象者・要支援1 (週1回程度)	1,798 単位	1,798	1月につき
A6	通所型独自サービス1・日割	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	59 単位	59	1日につき
A6	通所型独自サービス2	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	3,621 単位	3,621	1月につき
A6	通所型独自サービス2・日割	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	119 単位	119	1日につき
A6	通所型独自サービス1・回数	1月当たりの回数を定める 場合	436 単位	436	1回につき
A6	通所型独自サービス2・回数	1月当たりの回数を定める 場合	447 単位	447	1回につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1	事業対象者・要支援1 (週1回程度)	18 単位 減算	-18	1月につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1・日割	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	1 単位 減算	-1	1日につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算2	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	36 単位 減算	-36	1月につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算2・日割	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	1 単位 減算	-1	1日につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算1	1月当たりの回数を定める 場合	4 単位 減算	-4	1回につき
A6	通所型独自高齢者虐待防止未実施減算2	1月当たりの回数を定める 場合	4 単位 減算	-4	1回につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算1	事業対象者・要支援1 (週1回程度)	18 単位 減算	-18	1月につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算1・日割	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	1 単位 減算	-1	1日につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算2	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度)	36 単位 減算	-36	1月につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算2・日割	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	1 単位 減算	-1	1日につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算1	1月当たりの回数を定める 場合	4 単位 減算	-4	1回につき
A6	通所型独自業務継続計画未策定減算2	1月当たりの回数を定める 場合	4 単位 減算	-4	1回につき
A6	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	通所型独自サービス中山間地域等加算日割	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日につき
A6	通所型独自サービス中山間地域等加算回数	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回につき
A6	通所型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(独自)を行う場合	事業対象者・要支援1 376 単位 減算	-376	1回につき
A6	通所型独自サービス同一建物減算2	1月当たりの回数を定める場合	事業対象者(要支援2相当)・要支援2 (週2回程度) 752 単位 減算	-752	1月につき
A6	通所型独自サービス同一建物減算3	1月当たりの回数を定める場合	94 単位 減算	-94	1回につき
A6	通所型独自送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	47 単位 減算	-47	1片道につき

予防専門型通所サービスササースコード表【R6.4～】

本市の予防専門型通所サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称		算定項目	合成 単位数	算定単位
		サービス内容略称	算定項目			
A6	5010	通所型独自生活上グループ活動加算	生活機能向上グループ活動加算	100単位加算	100	
A6	6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者受入加算	240単位	240	
A6	6116	通所型独自サービス栄養アセスメント加算	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	栄養改善加算	200単位加算	200	1月につき
A6	5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能向上加算 (1)口腔機能向上加算(Ⅰ) (2)口腔機能向上加算(Ⅱ)	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		160単位加算	160	
A6	6310	通所型独自一体的サービス提供加算	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	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) (2)サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (3)サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1 88単位加算	88	
A6	6012	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ		事業対象者(要支援2相当)・要支援2(週2回程度) 176単位加算	176	
A6	6107	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ		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		事業対象者(要支援2相当)・要支援2(週2回程度) 144単位加算	144	
A6	6103	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業対象者・要支援1 24単位加算	24	
A6	6104	通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ		事業対象者(要支援2相当)・要支援2(週2回程度) 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	生活機能向上連携加算	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	生活機能向上連携加算	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	口腔・栄養スクリーニング加算 (6月に1回を限度)	(1)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20	1回につき
A6	6201	通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ		(2)口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5	5
A6	6311	通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	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	介護職員処遇改善加算 (1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		
A6	6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		
A6	6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		
A6	6118	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	介護職員等特定処遇改善 加算	(1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		1月につき
A6	6119	通所型独自サービス特定処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		
A6	6114	通所型独自サービス介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員等 ベースアップ等 支援加算	所定単位数の11/1000 加算		

※「事業所と同一建物に居住する若又は同一建物から利用する者に通所型サービスを行う場合」、「中山間地域等提供加算」、「サービス提供体制強化加算」、「介護職員処遇改善加算」、「介護職員等特定処遇改善加算」及び「介護職員等ベースアップ等支援加算」は、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

定員超過の場合

予防専門型通所サービスサササービスコード表【R6.4～】

本市の予防専門型通所サービスの指定又は更新を受けた事業者が使用します。

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	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 59単位 3,621単位 119単位	1,259 41 2,535 83	1月につき 1日につき 1月につき 1日につき
A6	8001 通所型独自サービス1・定超	1週当たりの標準的な回数 を定める 場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	1,259	1月につき
A6	8002 通所型独自サービス1・日割・定超					
A6	8011 通所型独自サービス2・定超					
A6	8012 通所型独自サービス2・日割・定超					
A6	8003 通所型独自サービス1・回数・定超	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2・回数・定超					

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 単位数	算定単位
種類	項目	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 59単位 3,621単位 119単位	1,259 41 2,535 83	1月につき 1日につき 1月につき 1日につき
A6	9001 通所型独自サービス1・人欠	1週当たりの標準的な回数 を定める 場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	1,259	1月につき
A6	9002 通所型独自サービス1日割・人欠					
A6	9011 通所型独自サービス2・人欠					
A6	9012 通所型独自サービス2日割・人欠					
A6	9003 通所型独自サービス1回数・人欠	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2回数・人欠					

生活支援型訪問サービスサービスコード表【R6. 4～】

生活支援型訪問サービスの指定を受けた事業者のうち、下記の場合に使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目		合成 単位数	算定単位
			算定項目	給付率		
A3	1001	生活支援型・1回数・1時間程度・1割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者用	220単位	220
A3	3001	生活支援型・1回数・1時間程度・1割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者用、虐待	218単位	218
A3	1002	生活支援型・1回数・1時間程度・2割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者用	220単位	220
A3	3002	生活支援型・1回数・1時間程度・2割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者用、虐待	218単位	218
A3	1003	生活支援型・1回数・1時間程度・3割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者用	220単位	220
A3	3003	生活支援型・1回数・1時間程度・3割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者用、虐待	218単位	218
A3	1101	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・1割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者、半額減免用	220単位	220
A3	3101	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・1割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者、半額減免用、虐待	218単位	218
A3	1102	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・2割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者、半額減免用	220単位	220
A3	3102	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・2割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者、半額減免用、虐待	218単位	218
A3	1103	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・3割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者、半額減免用	220単位	220
A3	3103	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・3割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者、半額減免用、虐待	218単位	218
A3	1201	災害全額・生活支援型・1回数・1時間程度	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、全額減免用	220単位	220
A3	3201	災害全額・生活支援型・1回数・1時間程度・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、全額減免用、虐待	218単位	218

生活支援型訪問サービスユーザーサービスコード表【R6. 4～】

【特別地域】額田地域に所在する生活支援型訪問サービスの指定を受けた事業者のうち、下記の場合に使用します。

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目		合成 単位数	算定単位
			給付率			
A3	2001	生活支援型・1回数・1時間程度・1割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者用	250単位	250
A3	6001	生活支援型・1回数・1時間程度・1割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者用、虐待	248単位	248
A3	2002	生活支援型・1回数・1時間程度・2割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者用	250単位	250
A3	6002	生活支援型・1回数・1時間程度・2割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者用、虐待	248単位	248
A3	2003	生活支援型・1回数・1時間程度・3割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者用	250単位	250
A3	6003	生活支援型・1回数・1時間程度・3割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者用、虐待	248単位	248
A3	2101	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・1割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者、半額減免用	250単位	250
A3	6101	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・1割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、1割負担者、半額減免用、虐待	248単位	248
A3	2102	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・2割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者、半額減免用	250単位	250
A3	6102	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・2割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、2割負担者、半額減免用、虐待	248単位	248
A3	2103	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・3割	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者、半額減免用	250単位	250
A3	6103	災害半額・生活支援型・1回数・1時間程度・3割・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、3割負担者、半額減免用、虐待	248単位	248
A3	2201	災害全額・生活支援型・1回数・1時間程度	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、全額減免用	250単位	250
A3	6201	災害全額・生活支援型・1回数・1時間程度・虐待	事業対象者・要支援1・要支援2	週1回1時間程度利用、全額減免用、虐待	248単位	248

介護予防ケアマネジメントサービスコード表【R6. 4～】

サービスコード 種類	項目	サービス内容略称	算定項目				算定単位
			算定項目	算定単位数	算定単位数	算定単位数	
AF	1001	介護予防ケアマネジメントAⅠ		442		442	
AF	1002	介護予防ケアマネジメントAⅠ・虐待		442	虐待	-4	
AF	1101	介護予防ケアマネジメントAⅠ・初回	初回300	742		742	
AF	1102	介護予防ケアマネジメントAⅠ・初回・虐待	初回300	742	虐待	-4	
AF	1011	介護予防ケアマネジメントAⅠ・短期集中型単独		442		442	
AF	1012	介護予防ケアマネジメントAⅠ・短期集中型単独・虐待		442	虐待	-4	
AF	1111	介護予防ケアマネジメントAⅠ・初回・短期集中型単独	初回300	742		742	
AF	1112	介護予防ケアマネジメントAⅠ・初回・短期集中型単独・虐待	初回300	742	虐待	-4	
AF	2001	介護予防ケアマネジメントAⅡ		472		472	
AF	2002	介護予防ケアマネジメントAⅡ・虐待		472	虐待	-5	
AF	2101	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回	初回300	772		772	
AF	2102	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・虐待	初回300	772	虐待	-5	
AF	2201	介護予防ケアマネジメントAⅡ・委託連携	委託300	772		772	
AF	2202	介護予防ケアマネジメントAⅡ・委託連携・虐待	委託300	772	虐待	-5	
AF	2301	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・委託連携	初回300委託300	1072		1,072	
AF	2302	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・委託連携・虐待	初回300委託300	1072	虐待	-5	
AF	2011	介護予防ケアマネジメントAⅡ・短期集中型単独		472		472	
AF	2012	介護予防ケアマネジメントAⅡ・短期集中型単独・虐待		472	虐待	-5	
AF	2111	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・短期集中型単独	初回300	772		772	
AF	2112	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・短期集中型単独・虐待	初回300	772	虐待	-5	
AF	2211	介護予防ケアマネジメントAⅡ・委託連携・短期集中型単独	委託300	772		772	
AF	2212	介護予防ケアマネジメントAⅡ・委託連携・短期集中型単独・虐待	委託300	772	虐待	-5	
AF	2311	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・委託連携・短期集中型単独	初回300委託300	1072		1,072	
AF	2312	介護予防ケアマネジメントAⅡ・初回・委託連携・短期集中型単独・虐待	初回300委託300	1072	虐待	-5	
AF	3001	介護予防ケアマネジメントB		300		300	
AF	4001	介護予防ケアマネジメントC		400		400	

事業対象者
要支援
1・2
要介護
1・2・3・4・5
1月につき

※単位数については、国が規定する単位数を勘案し、市が規定しています。

第8 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント

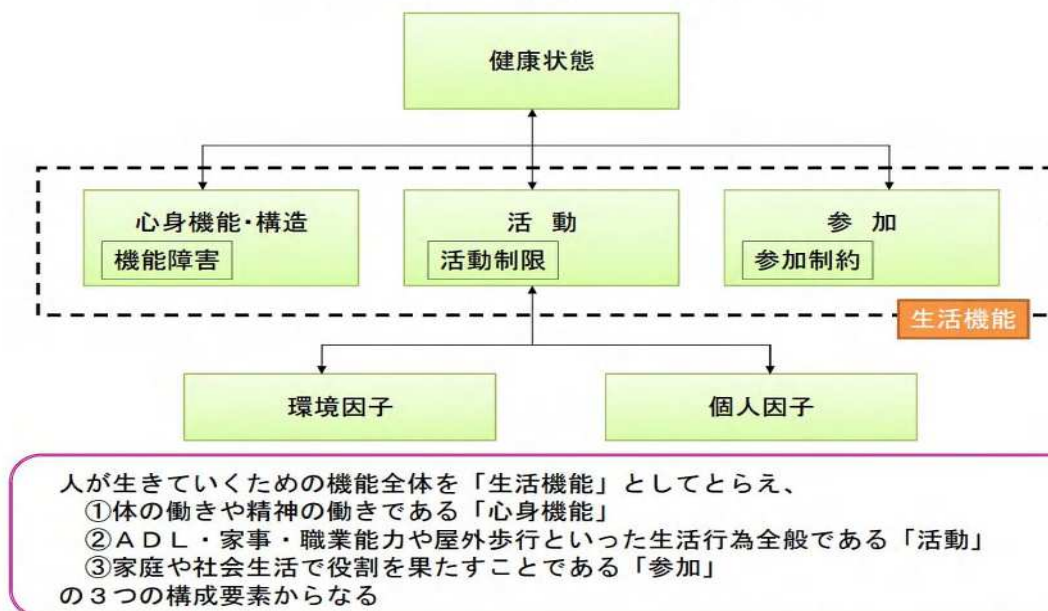
1. 概要

(1) ケアマネジメントに関する基本方針

介護保険法では、「自ら要介護状態と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（第4条）」と自ら介護予防に取り組む必要性が掲げられている。

介護予防ケアマネジメントは、地域において高齢者が自立した日常生活を最期まで送れるよう実施するものであり、対象者が自分の健康増進や介護予防について意識を持ち、主体的に目標達成に取り組んでいけるよう「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である。さらに、目標達成のための具体策に対して、対象者が自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、継続的に実施できるよう、具体策から得られる効果や対象者の状態像等について理解、共有できるよう専門的視点から必要な援助を行う。

国際生活機能分類（ICF）



【出典】平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

身体的
自立

精神的
自立

社会的
自立

自立には、身体的自立だけでなく、精神的社会的自立という観点がある。健康も病気の有無だけでなく、精神的、社会的にも満たされている必要がある。

認知症でも障がいがあっても、できないところを補って、その人らしい自立した生活を最期まで目指す。要支援、事業該当者である本人・家族には、自分らしい自立した今後の生活を描いて、主体的に生き方を選択していくことができるよう支援が必要である。

どのような年の重ね方をしたいのか、自分の思い描く最期を迎えるために今何をすべきなのか、目標設定が主体的な取り組みにつながる。

表4 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

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

(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)

興味・関心チェックシート

様式 4

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：H____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×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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

(2) 介護予防ケアマネジメント（サービス利用）の流れ

① 相談

「何に困っているのか」を聞き、「対象者の望む生活」と現状の生活の相違点を明らかにする。明らかになった課題を解決する具体策に応じて、一般介護予防事業の利用支援、基本チェックリストの実施、要介護認定申請、その他のサービスの案内等を行う。

※基本チェックリストの対象は65歳以上のため、64歳以下は認定申請となる。

② 対象者要件の確認

基本チェックリスト該当

要支援1・2の認定

要介護認定者のうち、生活支援型訪問サービス、困りごと支援型訪問サービス及び地域支えあい型訪問サービスのみを継続利用する者

※基本チェックリストによる事業該当者に認定期間は設定していないが、事業の利用が1年間なかった場合は、再度の基本チェックリストの実施と被保険者証の交付が必要。

③ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書提出（要支援者及び事業対象者）

被保険者証、負担割合証発行

④ 地域包括支援センターが利用者宅を訪問して重要事項等を説明して同意を得る。

⑤ 課題分析（アセスメント）

自宅に訪問して、利用者及び家族との面談により実施する。

⑥ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

ケアマネジメントAとBとCのタイプを選択する。

※基本チェックリストによる事業対象者において、要支援2相当で限度額を変更する必要がある場合は、介護保険課に事前に相談する。

⑦ サービス担当者会議（ケアマネジメントBでは必要時、ケアマネジメントCでは不要）

⑧ 利用者への説明・同意

⑨ ケアプラン確定・交付

※限度額を変更する場合は、介護保険課に区分支給限度額変更報告書を提出する。

⑩ サービス事業利用・参加

⑪ モニタリング（ケアマネジメントBでは必要時、ケアマネジメントCでは不要）

⑫ 給付管理票等作成及び国保連送付（給付管理票は、ケアマネジメントB、Cでは不要）

予防給付と総合事業では請求コードが異なるので注意が必要。

ケアマネジメント費については、総合事業の利用のみの場合は事業費から支給、予防給付を利用している場合は給付費から支給するため、ショートステイの利用等で利用月によって請求コードが変わる可能性に留意する。

ケアマネジメント費については、直接国保連に請求を行う。なお、ケアマネジメント

A（短期集中型通所サービスを利用し、予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス、又は予防専門型通所サービスを利用しないケース）を委託で実施の場合及びケアマネジメントBを委託で実施の場合は、委託先事業者情報を専用ソフトに入力し翌月10日の1開庁日前（10日が休庁日の場合は2開庁日前）までに長寿課に提出する。県外の居宅介護支援事業所に委託している場合は、支払いを各地域包括支援センターで行う。

⑬ 評価（ケアマネジメントCでは不要）

(3) 第1号介護予防ケアマネジメント事業の類型

予防専門型サービスと、生活支援型訪問サービスが含まれている場合で、予防給付（訪問看護や福祉用具のレンタル等）が含まれていない場合は、ケアマネジメントAとなる。

ケアマネジメントAの様式や流れは、介護予防支援と同様であり、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託も可能である。

短期集中型通所サービスが含まれており、他に利用するサービスが困りごと支援型訪問サービス、地域支えあい型訪問サービス、一般介護予防事業、インフォーマルサービスのみの場合は、ケアマネジメントA又はケアマネジメントBどちらでも実施可能とする。

また、住民主体型サービスである困りごと支援型訪問サービス又は地域支えあい型訪問サービスのみ、もしくは一般介護予防事業が含まれる場合は、初回のみケアマネジメントCを実施する。（一般介護予防事業のみ場合はケアマネジメントCも不要）ケアマネジメントCは、地域包括支援センターのみの実施とする。サービス事業者等からの利用者の状況の悪化の報告や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターが対応できる体制を整えておく。そのため、ケアマネジメントCの対象は、本人によるセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続できる者となる。

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
対象サービス	予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス、予防専門型通所サービス又は短期集中型通所サービスが含まれており、予防給付が含まれていない場合	短期集中型通所サービスが含まれており、他に利用するサービスが困りごと支援型訪問サービス、地域支えあい型訪問サービス、一般介護予防事業、インフォーマルサービスのみの場合	困りごと支援型訪問サービス又は地域支えあい型訪問サービスが含まれており、予防給付、ケアマネジメントA及びケアマネジメントBの対象サービスが含まれておらず、当該サービスのみもしくは一般介護予防事業が含まれる場合
実施機関	地域包括支援センター ただし、居宅介護支援事業者への原案作成委託も可	地域包括支援センター ただし、居宅介護支援事業者への原案作成委託も可	地域包括支援センター
	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
報酬・支払方法	介護予防支援に準ずる。 ○報酬：	○報酬： 基本報酬：300単位	○報酬 基本報酬：400単位

	<p>基本報酬：442 単位 ※居宅介護支援事業所に委託する場合は 472 単位 (原案作成委託料：90%) 初回加算：300 単位 (原案作成委託料：90%) 委託連携加算：300 単位 (原案作成委託料：90%) ○請求・支払方法 国保連へ請求、支払 ○支払対象月 給付管理表作成対象月</p>	<p>(原案作成委託料：90%) ○請求・支払方法 国保連へ請求、支払 ○支払対象月 サービス利用月</p>	<p>○請求・支払方法 国保連へ請求、支払 ○支払対象月 ケアマネジメント開始月のみ</p>
	<p>①アセスメントの実施 ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議の実施 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング 【給付管理】 ⑧評価</p>	<p>①アセスメントの実施 ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議の実施 (必要時のみ) ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプランの確定・交付 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング (必要時のみ) ⑧評価</p>	<p>①アセスメントの実施 ②ケアプラン結果案作成 ③利用者への説明・同意 ④利用サービス提供者等への説明・送付 ⑤サービス利用開始</p>
<p>ケアマネジメントのプロセス</p>	<p>モニタリングはケアプラン作成の3か月後、サービス期間終了月、及びその他必要時、対象者の居宅を訪問し、面接する。訪問月についてはサービス担当者会議等において多職種の検討し、利用者に説明して同意を得る。退院直後やパーキンソン病など利用者の状態が安定していない場合は、3 か月に 1 回訪問するなど定期的なアセスメントを実施する。対象者の居宅を訪問しない月においては、主治医やサービス事業者等との連絡を行い、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなど等の方法により対象者の状況確認を実施し、1 か月</p>	<p>短期集中型サービスの参加状況や訪問状況により必要時にモニタリング実施</p>	<p>アセスメントのみを行い、対象サービスの利用調整を実施</p>

	に1回はその結果を記録し、3か月に1回はモニタリング結果を多職種で共有する。		
計画期間	最長1年 ※短期集中型サービスを終了し、福祉用具貸与のみの場合は最長1年6か月	6か月 ※短期集中型サービス終了後、困りごと支援型訪問サービス、地域支えあい方訪問サービス、一般介護予防事業、インフォーマルサービスの利用が継続する場合は、ケアマネジメントBがCを兼ねているとみなす。	なし
様式	介護予防支援と同様式	介護予防支援と同様式又は市独自様式（ケアマネジメントCと同様式）	市独自様式
事業支給費 1単位＝ 10.42円	基本単位：442単位 ※居宅介護支援事業所に委託する場合は472単位	基本単位：300単位 ※現行の介護予防支援の介護報酬の7割程度	基本単位：400単位 ※現行の介護予防支援の介護報酬の9割程度

2. 介護予防ケアマネジメント

(1) 課題分析（アセスメント）

興味・関心チェックシート等も活用し、本人・家族の趣味や習慣を聞き取り、今後の生き方の希望や現在の課題から本人がしたいという具体的な目標を設定する。アセスメントは、できていない部分だけでなくできている部分も把握する。

要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

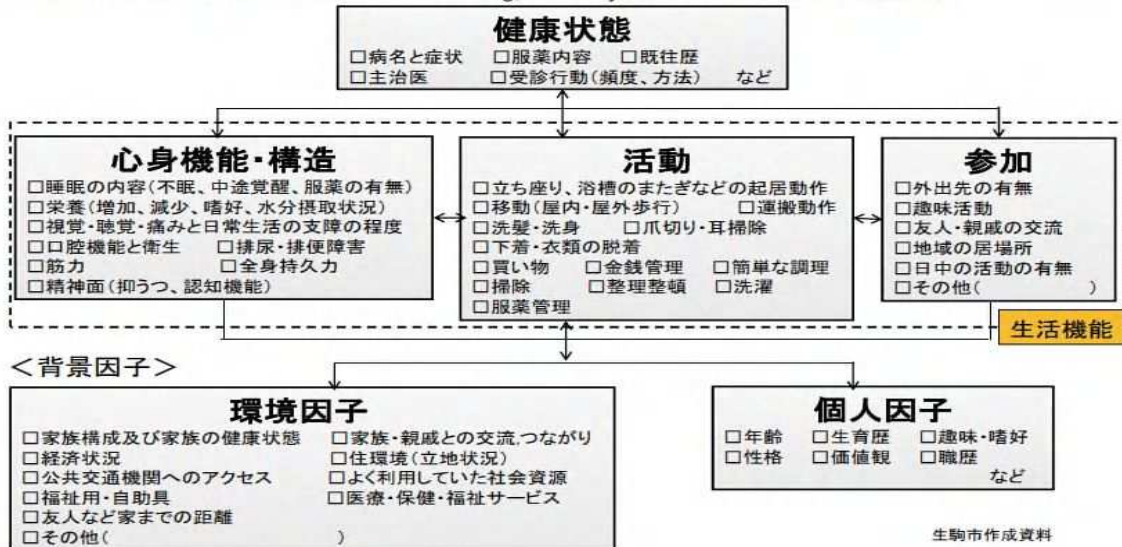
標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より

12

国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health):国際生活機能分類



(2) サービス担当者会議

ア ケアマネジメントA

ケアプラン作成時及び変更時並びに認定更新時に実施します。また、必要時にも実施します。

イ ケアマネジメントB

担当者会議は必要時のみ実施します。

ウ ケアマネジメントC

担当者会議の実施の必要はありません。

(3) ケアプラン等の様式

ア ケアマネジメントA

介護予防支援と同様式とします。

イ ケアマネジメントB

介護予防支援と同様式又は岡崎市独自の様式を使用します。

ウ ケアマネジメントC

岡崎市独自の様式を使用します。

(4) ケアプラン確定・交付

ア ケアマネジメントA

介護予防支援と手続きは同様です。

イ ケアマネジメントB

ケアマネジメントAと同様です。

ウ ケアマネジメントC

ケアマネジメント結果等記録票を利用者に交付します。

また、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得た上で地域包括支援センターから送付します。

(5) モニタリング（評価）

ア ケアマネジメントA

ケアプラン作成の3か月後、サービス期間終了月、及びその他必要時、対象者の居宅を訪問し、面接します。訪問月についてはサービス担当者会議等において多職種の検討し、利用者に説明して同意を得る。ただし、退院直後やパーキンソン病など利用者の状態が安定していない場合は、3か月に1回訪問するなど定期的なアセスメントを実施する。対象者の居宅を訪問しない月においては、主治医やサービス事業者等との連絡を行い、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなど等の方法により対象者の状況確認を実施し、1か月に1回はその結果を記録し、3か月に1回はモニタリング結果を多職種で共有する。

また、モニタリングにおいて、順調に進行した場合には事業を終了することとなりますが、終了後も本人がセルフケアを継続できるよう、サロンへ積極的につないだり、一般介護予防事業を紹介したりする等、必要なアドバイスを行うことが必要です。

イ ケアマネジメントB

短期集中型通所サービスの利用が中断したり、心身の状態が変化したと事業者から連絡があった場合など、必要時にモニタリングを実施します。

ウ ケアマネジメントC

原則として実施の必要はありません。

なお、サービス事業者から状況悪化などの報告があった場合は、利用者への働きかけが必要です。

(6) 給付管理票の作成

ケアマネジメントAは給付管理票を作成しますが、その取扱いは介護予防支援と同様です。

ケアマネジメント費の請求を国保連に提出します。

(7) 居宅介護支援事業所への委託

ケアマネジメントA、Bの原案作成を居宅介護支援事業所へ委託することができます。

(8) 医師の意見

事業対象者は、要介護認定における「主治医意見書」にあたるものが無いことから、利用者の主治医に対し、訪問や電話連絡、サービス担当者会議等の連携を強化することで本人の心身状況等の確認を行い、運動を伴うサービス利用の適否を確認願います。

(9) サービスの併用の可否

○訪問サービス

区 分	①予防専門型	②生活支援型	③困りごと支援型 地域支えあい型
要支援1・2	利用可 (②と併用不可)	利用可 (①と併用不可)	利用可 (①又は②と併用可)
基本チェックリスト による対象者	ケアマネジメントに おける必要性の判断 により利用可 (②と 併用不可)	利用可 (①と併用不可)	利用可 (①又は②と併用可)

○通所サービス

区 分	①予防専門型	②短期集中型
要支援1 基本チェックリスト による対象者	予防専門型通所サービスを利用できる状態像の目安・基準に該当する場合のみ可 (②と併用不可)	利用可 (①と併用不可)
要支援2	利用可 (②と併用不可)	利用可 (①と併用不可)

(10) 住所地特例の総合事業の利用手続きについて

○総合事業の対象となる者（要支援1・2、事業対象者）の特定の方法

要支援認定を受ける場合	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>利用者は、保険者市町村に認定申請</u> 2. 保険者市町村は、認定の結果、被保険者証を発行（負担割合証も発行） 3. 利用者は、「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び「被保険者証」を添付して施設所在市町村に対して届け出 4. 施設所在市町村は、利用者から提出された「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び「被保険者証」を保険者市町村に送付（写し可） 5. 保険者市町村は、被保険者証を利用者へ郵送
事業対象者の認定を受ける場合	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>施設所在市町村は、基本チェックリストにて該当か否かを確認</u> 2. 利用者は、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」及び「被保険者証」を添付して施設所在市町村に対して届け出 3. 施設所在市町村は、利用者から提出された「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」及び「被保険者証」を保険者市町村に送付（写し可） 4. 保険者市町村は、被保険者証を利用者へ郵送（負担割合証も発行）

(11) ケアマネジメントCの再実施について

ケアマネジメントCについては、原則作成月から1年間は再度のケアマネジメントCの実施は行わないこととします。

(12) 介護予防ケアマネジメントの対象者

要支援者で、予防給付によるサービスのみを利用する場合、もしくは予防給付によるサービスと総合事業の両方を利用する場合は、「介護予防支援」として扱います。

種類	要支援者 (予防給付のみ)	要支援者 (予防給付＋ 総合事業)	要支援者 (総合事業のみ)	事業対象者
介護予防 ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援 (予防給付)	○	○	×	×

(13) 総合事業と要介護認定について

- ・総合事業の利用と並行して要介護認定申請をすることもできます。ただし、要介護者は総合事業を利用することは出来ません。要介護認定前からすでにサービスを利用していた場合に限り、生活支援型訪問サービス、困りごと支援型、地域支えあい型訪問サービスを利用できます。
- ・事業対象者として総合事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間は、総合事業によるサービスの利用を継続することができます。
- ・要介護認定等申請中に要介護認定の暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合には、並行して総合事業を利用することはできません。
- ・総合事業の利用と並行して要介護認定等申請をし、要介護認定を受けた後、同月の途中で総合事業から介護給付サービスの利用に変更した場合は、同月末時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができます。

NO.

利用者名

横

認定年月日

年 月 日

平成

計画作成者氏名

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

目標とする生活

1日

具体的なおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族				
<p>運動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況 	<p>●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようにしたい」「○○をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</p> <p>●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。</p> <p>●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。</p> <p>●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。</p>	<p>□有 □無</p> <p>●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</p> <p>●課題がある場合「□有」にレ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は□無にチェックする。</p> <p>●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。</p> <p>□有 □無</p>	<p>●利用者の生活全体の課題を採すため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。</p> <p>●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。</p> <p>●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</p> <p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。</p> <p>●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</p>	<p>●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</p> <p>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となる。</p> <p>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。</p>				
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理することについての状況 ●家事(家の掃除、選択、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 		<p>●家族や友人のことを心配したり、相談のいるなど関係をつくり保つことのできる状況</p> <p>●友人を招いたり友人宅を訪問する状況</p> <p>●家族・友人などとの会話や電話での交流</p> <p>●地域での役割があるか(老人クラブや町内会)</p> <p>●趣味や楽しみがあり続けられているか</p> <p>●緊急時の対応状況</p>	<p>●入浴やシャワーの状況</p> <p>●肌、顔、歯、爪などの手入れ</p> <p>●健康のために食事に気をつけている状況</p> <p>●健康のために運動を行うことについての状況</p> <p>●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていますか</p>	<p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。</p> <p>●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</p>	<p>●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</p> <p>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となる。</p> <p>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。</p>			
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p>							<p>●入浴やシャワーの状況</p> <p>●肌、顔、歯、爪などの手入れ</p> <p>●健康のために食事に気をつけている状況</p> <p>●健康のために運動を行うことについての状況</p> <p>●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていますか</p>	<p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。</p> <p>●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</p>
<p>健康管理について</p>	<p>●入浴やシャワーの状況</p> <p>●肌、顔、歯、爪などの手入れ</p> <p>●健康のために食事に気をつけている状況</p> <p>●健康のために運動を行うことについての状況</p> <p>●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていますか</p>						<p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。</p> <p>●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</p>	<p>●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</p> <p>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となる。</p> <p>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。</p>

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。
副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。

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	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。					

例)

[目標]

(3か月後には)ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。

[具体策]

- ①▼▼を利用して△△を行う。
- ②誰々が■■を行う。
- ③…

・支援計画書

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	地域支援事業
----------------------	----------	---------	-------------	--------

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

担当地域包括支援センター：

1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	---------------------------------

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<ul style="list-style-type: none"> ●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●支援側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援側の留意点を記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人自ら取り組むこと、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などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。) ●自分にあつた運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護Ⅱ ・特殊寝台 ・配食サービス、ふれあい給食会 など。 	<ul style="list-style-type: none"> ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。サービス担当者会でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

<ul style="list-style-type: none"> ●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。
--

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

<ul style="list-style-type: none"> ●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

計画に関する同意

<p>地域包括支援センター</p> <p>【意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。 ●特になければ無理に記入する必要はない。 ●確認欄→必ず記入すること <p>【確認】</p>	<p>記計画について、同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>
--	--

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメントB/C結果表等記録表)

氏名		性別	
生年月日	年 月 日 (歳)		
介護保険被保険者番号		介護度	
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
作成者		地域包括支援センター	
委託の場合		居宅介護支援事業所	

作成日 令和 年 月 日
 計画期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

①日常生活の状況

運動・移動について	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり()	日常生活について	買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()
	歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり()		洗濯	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()
	腰・膝痛の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		掃除	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()
	運動習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 人に尋ねればできる
口腔機能について	主な外出手段	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他()	社会参加について	各種手続き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 人に尋ねればできる
	お口のトラブルの有無	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> あり(飲み込みにくさ) <input type="checkbox"/> あり(口の渴き) <input type="checkbox"/> あり(むせ) <input type="checkbox"/> その他()		外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回/週 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない
栄養状態について	歯磨き回数 ※義歯含む	<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 磨かない	健康管理について	定期的な外出	<input type="checkbox"/> 趣味等() <input type="checkbox"/> 仕事() <input type="checkbox"/> 地域活動() <input type="checkbox"/> その他()
	調理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()		かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	栄養管理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()		内服管理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 他()
	体重減少の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		その他	

特記事項	
------	--

②趣味や楽しみ、生きがいや家での役割など

--

③日常生活の中で課題だと思うこと

--

④わたしの生活の目標

--

⑤目標を達成するための取組み

利用するサービス	
事業所(利用先)	

⑥目標に向かって、上記の計画に取り組みます。

令和 年 月 日 署名

⑦経過・評価等

年 /	
年 /	
年 /	

ケアプランの軽微な変更の内容について

*以下の表については、あくまで、軽微な変更として判断される可能性がある場合の提示であり、実際の変更内容が、その利用者に対して岡崎市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準に関する規則第29条第3号（継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用）から第11号（介護サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性のあるものであるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。

サービス提供の時間帯や曜日の変更	利用者等の状況に変化なく、ニーズ、目標及びサービス内容の変更もない場合で、利用者やその家族の都合による曜日、日付、サービス時間帯の変更であること（一時的なのか継続的なのかは問わない）
同一事業所におけるサービス提供の回数変更	利用者等の状況に変化なく、ニーズ、目標及びサービス内容の変更もなく、単一のサービス種別における週1回程度の回数の変更であること
利用者の住所変更	住所変更に伴う利用者の状況（住環境、家族構成等）の変化については十分考慮すること
事業所の名称変更	事業所の運営法人や従業者に変更がなく、単に事業所の名称変更であること
目標期間の延長	期間内に短期目標の達成はできなかったが、現状のサービス利用の効果について一定の評価ができ、かつ現状のサービス利用の内容を継続することが、目標達成までの対応として妥当であると判断できること
目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）、単なる事業所の変更	サービス事業所の休止、廃止等、事業所都合によるサービス事業所の変更であること
目標を達成するためのサービス内容のみの変更	同一サービス種別における、目標を達成するためのサービス内容の変更であること
担当介護支援専門員の変更	新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有していない場合は該当しない。

居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区 分
新規・変更

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
生年月日		個人番号	
明・大・昭 年 月 日			
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※受託する場合のみ記入してください。			
受託事業所名		受託事業所の所在地 〒 -	
事業所番号		電話番号 ()	
事業所を変更する場合の事由等 ※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） 変更前の事業所名 ()			
(宛先) 岡崎市長 上記の居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に居宅（介護予防）サービス計画の作成（介護予防ケアマネジメント）を依頼することを届け出します。			
令和 年 月 日			
住所 _____			
被保険者		電話番号 ()	
氏名 _____ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証を上記事業所等の職員へ交付することに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			

(注意) 1 この届出書は、要介護（支援）認定の申請時に、もしくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者が決まり次第、速やかに岡崎市へ提出してください。

2 居宅（介護予防）サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日等を記入のうえ、必ず岡崎市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

3 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えて提出してください。

4 介護予防ケアマネジメント依頼届出の際には、チェックリストを添えて提出してください。

第9 総合事業利用に係る負担軽減制度について

低所得のかたなどには、介護予防・生活支援サービス事業を利用した時に、次のような負担軽減の制度があります。

1 総合事業高額サービス費

同じ世帯の利用者が、同じ月に利用した介護予防・生活支援サービス事業の利用者負担の合計額が一定の限度額を超えたときは、超えた分が総合事業高額サービス費として支給されます。介護保険サービスと介護予防・生活支援サービス事業の両方を利用している世帯においては、高額介護サービス費の支給額を算定した後、総合事業高額サービス費の支給額を算定します。対象となるかたには、市から申請書を送ります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス
予防専門型通所サービス

<利用者負担限度額>

高額介護サービス費と同様となります。

2 総合事業高額医療合算サービス費

各医療保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度、被用者保険）における世帯内で、1年間（8月から翌年7月）の医療保険と介護予防・生活支援サービス事業の自己負担額を合算した額から、世帯の負担限度額（年額）を差し引いた額が501円以上となる場合、限度額を超えた分が支給されます。

介護保険サービスと介護予防・生活支援サービス事業の両方を利用している世帯においては、高額医療合算介護サービス費の支給額を算定した後、総合事業高額医療合算サービス費の支給額を算定します。対象となるかたには、市から申請書を送ります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス
予防専門型通所サービス

<利用者負担限度額>

高額医療合算介護サービス費と同様となります。

3 社会福祉法人等による利用者負担軽減制度

市町村民税非課税世帯で世帯収入や預貯金等が一定の条件にあてはまるかたについては、軽減を実施している社会福祉法人等が利用者負担額等を減額する制度があります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス
予防専門型通所サービス

4 介護予防・生活支援サービス事業利用料の助成

市町村民税非課税世帯で世帯収入や預貯金等が一定の条件にあてはまるかたについては、利用者負担額をいったん全額支払ったあと、半額を助成する制度があります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス
予防専門型通所サービス

5 特別地域加算に係る利用者負担額の軽減制度

市民税非課税のかたについては、額田地区に所在する予防専門型訪問サービスを実施している社会福祉法人等が利用者負担額を減額する制度があります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス

6 障がい者ホームヘルプサービスを利用していたかたなどの負担軽減の支援措置

障がい者施策によるホームヘルプサービスの利用者のうち65歳となり介護保険適用となったかた又は要支援認定を受けた40歳～64歳のかたで、障がい福祉サービスにおいて生活保護を必要としなくなるよう、負担額を0円とされているかたについては、利用者負担額が減額されます。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス

7 災害等による負担の減額・減免制度

災害により住宅などに著しい損害を受けたことや、生計を支えているかたが長期入院したことなどにより、利用者負担額の支払いにお困りのかたについては、利用者負担額が減額又は減免される場合があります。

<対象サービス>

予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス
予防専門型通所サービス

第10 岡崎市の介護予防・生活支援サービスに関するQ&A

	種別	分類	質問	質問
1	ケアマネジメント	ケアマネジメントA	単位数が2種類あるが、どのように使い分けるのか。	442単位：地域包括支援センターがケアマネジメントを行う場合 472単位：地域包括支援センターがケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合
2	ケアマネジメント	ケアマネジメントC	初回のみケアマネジメントは、誰がどのような内容で行い、どれくらい保管すればよいか。	地域包括支援センターの職員が、居宅訪問によりアセスメントを実施します。書類は5年間保存です。
3	ケアマネジメント	担当者会議	介護予防サービス計画やケアマネジメントAの利用者が、困りごと支援訪問サービスや地域支援型訪問サービスを追加する際に、サービス担当者会議は必要か？	サービス担当者会議は原則不要だが、ケアプランに必要な内容を追記し、利用者や各サービス担当者に修正したケアプランを配付すること。ただし、地域包括支援センターの判断として、サービス担当者会議の開催が必要とした際に開催することは差し支えありません。
4	訪問全般	キャンセル料	回数請求の場合は、基本的にキャンセル料を利用者に請求してよいのか。	キャンセル料については、十分に説明（重要事項説明書等）の上であれば、請求していただいて問題ありません。
5	訪問全般	既存事業	シルバー支援隊事業は、総合事業なのか。	シルバー支援隊事業はシルバー人材センターの独自事業です。要支援者、事業対象者については、総合事業の第1号訪問事業の困りごと支援型訪問サービスとして利用します。
6	訪問全般	利用区分	「地域支援あい型訪問サービス」もしくは「困りごと支援型訪問サービス」を要介護者や障がい者が利用することはできますか？	「地域支援あい型訪問サービス」及び「困りごと支援型訪問サービス」を総合事業として利用する（ケアマネジメントを受けて利用する）のは要支援者及び事業対象者、継続利用する要介護者のみですが、独自のボランティア事業としてサービスを利用するという点については、要介護者や障がい者でも利用可能です。
7	訪問全般	サービス内容	令和5年度までは、身体介護を含む場合は予防専門型訪問サービス、生活援助のみの場合は生活支援型訪問サービスを利用していたが、令和6年度の制度改正でどのように変わるのか。	利用者のニーズに合わせ、予防専門型訪問サービスのうちの適切な種類のサービスを計画に位置付けてください。なお、生活支援型訪問サービスについては、生活援助のみ必要な利用者に対し、有資格者でない者（ただし、家事援助技能講習等の研修受講者等に限る）がサービス提供する場合に計画に位置付けてください。
8	予防専門型訪問サービス	請求方法	「標準的な内容の訪問型サービスである場合」が算定される場合は。	短時間の身体介護でもなく、生活援助中心でもない、身体介護中心（生活援助を伴う場合も含む）のサービスを提供する場合は。
9	予防専門型訪問サービス	請求方法	包括報酬となる場合のサービス内容及び利用回数は。	「標準的な内容（単位数：287）」のみを計画に位置付け、1週当たりの計画回数に応じて以下のとおりの状況になったときに、その対応する包括報酬を算定します。 週1回の頻度の場合：5回以上／月：1,176単位 週2回の頻度の場合：9回以上／月：2,349単位 週2回超の頻度の場合：13回以上／月：3,727単位
10	予防専門型訪問サービス	請求方法	とある月に包括報酬となる予定であった利用者について、何らかの事情（本人の体調不良や入院等）で当初の予定から利用回数が減少した場合、その月は包括報酬のままではなく、提供実績回数×所定単位数で請求すればよいのか？	貴見のとおりです。（予防専門型通所サービスでも同様の考え方です。）

	種別	分類	質問	質問
11	予防専門型訪問サービス	請求方法	「標準的な内容」以外のサービス内容を組み合わせた場合には包括報酬にはならないとのことだが、その場合の利用上限管理等はどのように考えるのか。	利用したそれぞれのサービス内容ごとに利用回数を通し、それぞれに算出した小計単位数を合計することで請求単位数を算出しますが、算定可能であるのは3,727単位までです。（つまり包括報酬の最大単位数が上限です。）
12	生活支援型訪問サービス	サービス	介護保険のサービスではできないサービスがあるが、生活支援型訪問サービスについても同様に考えてよいのか？（介護保険でできない草むしりや大掃除など）	貴見のとおりです。
13	通所全般	利用区分	予防専門型通所サービス、短期集中型通所サービスの対象者の振り分け基準はどのようになるのか？	要支援1・事業対象者は、原則短期集中型サービスを利用します。ただし、認知機能の低下や進行性の疾患などにより予防専門型通所サービスのほうが望ましい場合は、予防専門型通所サービスを利用できます。詳しくは予防専門型通所サービス利用の状態像の目安・基準をご覧ください。
14	予防専門型通所サービス	請求	1週当たりの標準的な回数を定める方法（包括報酬）で計画に位置付けている利用者が、月の途中で要支援1から要支援2に変わった。どのように計画の変更・請求をすべきか。	次のとおり、それぞれの小計を合計してください。 要支援1の単位数436×要支援1として利用した実回数 + 要支援2の単位数447×要支援2として利用した実回数 ※変更前後のいずれか一方が包括報酬の扱いになってしまう場合は想定されていません。
15	予防専門型通所サービス	請求	1週当たりの標準的な回数を定める方法（包括報酬）で計画に位置付けた（実利用も計画どおり）利用者が、ショートステイ（二泊三日）を併用していた場合の請求はどうなるのか。	日割りで請求する必要があります。 例）要支援2 通所実利用9回 ・ショートステイ（二泊三日） ショート単価×3日 ・通所サービス 119単位（要支援2包括報酬3,621の日割り単位）×（当該月日数－ショート利用日数） ※通所の実利用が8回だった場合は包括報酬とならないので以下のとおり。 ・ショートステイ（二泊三日） ショート単価×3日 ・通所サービス 447単位×8回＝3,576単位 （予防専門型訪問サービスでも同様の考え方です。）
16	短期集中型通所サービス	利用区分	期間が原則6か月とありますが、その後の延長は可能か？	継続希望があっても原則6か月で終了となります。一般介護予防事業やごまんぞく体操へ移行できるよう支援してください。
17	短期集中型通所サービス	利用区分	サービスが終了したあとはどうするのか？利用者の機能が思うように改善しなかった場合、本人が続けたい場合、機能が低下した場合、どうしたらよいのか？	継続して短期集中型通所サービスの利用はできません。終了後は、ケアマネジメントを実施し、予防専門型通所サービスや一般介護予防事業、ごまんぞく体操等、身体の状況にあったサービスに移行することが可能です。
18	短期集中型通所サービス	サービス利用票	短期集中型通所サービスにおける訪問は、サービス利用票に位置付ける必要はあるか。	訪問は実施回数が1回～3回、実施日はいつ実施してもよいとしており、短期集中型通所サービス事業者が柔軟に実施することができます。そのため、サービス利用票に位置付ける必要はありません。

	種別	分類	質問	質問
19	短期集中型通所サービス	サービスコード	サービスコードがないため提供表を作成できない。事業所へのオーダーをどのように出したらよいか。短期集中予防サービスのみ利用者は利用曜日などを口頭で事業所へ伝えればよいか。何か書式があるのか。	システムからサービス利用票・提供票は出力できませんので、Excel様式やWord様式を用いて作成してください。ただし、サービス利用票・提供票を作成せず口頭で利用者等に伝えることも差し支えありません。また、他のサービスを一緒に利用している場合は、そのサービス利用票・提供票に手書きで追加していただいても構いません。サービス利用票・提供票はExcel様式とWord様式がホームページからダウンロードできます。 https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1561/1611/p024461.html 請求に関しては、事業所からサービス提供実績を提出してもらい、請求業務を行ってください。
20	短期集中型通所サービス	暫定利用	短期集中型通所サービスを利用することを目的に、新規申請した人の暫定サービス利用はできるのか。	新規、更新、区分変更を問わず認定申請中の暫定利用は可能です。たとえ認定結果が要介護であっても、結果の出た日以前のサービス利用分の委託料は支給されます。（ただし、結果が非該当の場合は、委託料の支給はできません。） よって、例えば事業対象者として当サービス利用中に、福祉用具貸与等の必要が生じ新規申請した場合、その認定申請中も当サービス利用を継続して差し支えありません。
21	短期集中型通所サービス	状態像の目安	予防専門型通所サービスを利用できる状態像の目安について、①～③に該当する場合も協議書の提出は必要か。	①～③に該当する場合は、協議書の提出は必要ありません。協議書は④の場合のみ市へご提出をお願いします。
22	短期集中型通所サービス	サービスの併用	短期集中型通所サービスは医療リハと併用できるのか。	当サービスとデイケア又は医療リハとの併用は制度上可能としておりますが、各サービスの目的・趣旨を御理解いただきご利用ください。 なお、当サービスと予防専門型通所サービスとの併用は不可です。
23	短期集中型通所サービス	利用の中断	利用者の中断について、「中断理由を問わず、利用者が短期集中型通所サービスを中断した場合は、サービス提供期間中の6か月の期間中であれば、中断後も継続して利用できるものとする」と説明されていたが、一度中止して再度6か月間利用することはできるのか。	利用者の中断については、原則は説明のとおりですが、ケアマネジメントによっては一度利用をとりやめて再度利用開始することもできます。再度の利用は「概ね一年間の利用期間を空けて…」と定めておりますが、ケアマネジャーのケアマネジメントによって柔軟に対応してください。 理由としては、中断理由が手術して入院された場合等ですと、状態像が当初よりも大きく変わっている場合があります。そのような状態から中断後の残り2～3か月で目標達成は大変難しいと考えるので、そのような場合は、一度中止して再度6か月間利用していただいても構いません。
24	短期集中型通所サービス	状態像の目安	予防専門型通所サービスを利用できる状態像の目安について、主治医意見書では基準となる認知症日常生活自立度とはなっていない。そのため、ケアマネが個別に主治医に診断書等を入手した場合において、基準となる認知症日常生活自立度となっていた場合、それは適用になるのか。適用となる場合、どのような手続きをとればいいのか。	個別に診断書を入手した場合は、『予防専門型通所サービスの利用について（協議）』を提出するとともに、診断書もあわせてご提出ください。
25	短期集中型通所サービス	サービス担当者会議	「利用期間は1クール6か月で、サービス提供日が年末年始・祝日と重なることにより、少なくなる場合に限り7か月目の利用も可」と記載があるが、7か月目を利用する場合、サービス担当者会議が必要か。	サービス担当者会議は不要です。 なお、7か月目以降の利用が可能な場合は、以下No.26のとおりです。
26	短期集中型通所サービス	利用区分	6か月間に本人都合で通所を休んだ場合、7か月目以降にその分を利用することは可能か。	不可です。 ただし、サービス提供日が年末年始、祝日と重なることで少なくなる場合、介護保険更新申請の調査日等と重なる場合、及び新型コロナウイルスの影響でやむを得ず休む場合は、その回数分に限り7か月目以降に利用することは可です。

	種別	分類	質問	質問
27	短期集中型通所サービス	サービス担当者会議	予防専門型通所サービスを利用していただ方で、短期集中型通所サービスに移る場合は、サービス担当者会議が必要か。	サービス提供時間やサービス内容が変更となるため、サービス担当者会議は必要です。予防専門型通所サービスの事業所と短期集中型通所サービス事業所が同一だとしても、上記の理由により、サービス担当者会議は必要です。 ただし、利用するサービスが短期集中型通所サービスのみ等の理由で、ケアマネジメントBへの切替えを行った場合は、サービス担当者会議は必須ではなく、必要に応じた実施で可です。
28	短期集中型通所サービス	状態像の目安	状態像の目安④について、市が認めるかどうかの判断基準はどのようにされるのか。その期間は一度認めてもらったらいつまでよいのか。	予防専門型通所サービスの利用を可と認めた場合の有効期限はありません。よって1度利用可と認められた以降、認定更新、ケアプランの見直し時等における協議書の再提出は不要です。 (令和3年4月より)
29	短期集中型通所サービス	移行時期	要支援2の方が更新により要支援1が届き、その通知が届いた日が要支援2の認定有効期間終了間際であった場合等で、予防専門型通所サービスの利用の状態像の目安の④に係る協議書を提出した場合、即日許可してもらえるのか。数日かかるとなると、許可が出るまで予防専門型通所サービスは開始できないのか。また、認定調査の混み合いにより月をまたいで認定が届いた場合の対応は。	認定結果の通知が届いた日が有効期限終了間際であった場合等については、協議書の提出に対して迅速に回答できるよう対応いたします。 それでも間に合わなかった場合、又は認定結果の通知が遅れ、新たな認定期間のケアプランがすでに動いている場合については、協議書による予防専門型通所サービスの利用が不可であった場合でも、当月中の予防専門型通所サービスの利用は可とします。(翌月以降の利用は不可)
30	短期集中型通所サービス	請求	請求について、例えば11月から短期集中型通所サービスを利用する方で、10月に訪問プログラムを実施している場合は、10月分のケアマネジメント費を請求できるのか。	訪問プログラムを担当者会議等の前後に合わせて実施する場合は、10月に訪問プログラムを実施されるケースがありますが、ケアマネジメント費の請求は11月分(ケアプランで位置づけている期間)から請求してください。
31	短期集中型通所サービス	利用区分	2号被保険者は短期集中型の利用が可能か。	要支援認定者であれば利用が可能です。 なお、2号被保険者は、事業対象者に含まれないのでご注意ください。

2024年4月1日～

岡崎市の第1号訪問事業における訪問サービスの類型

区分	予防専門型訪問サービス	訪問型サービスA	訪問型サービスB																																											
サービス名	予防専門型訪問サービス	生活支援型訪問サービス	困りごと支援型訪問サービス	地域支えあい型訪問サービス																																										
事業実施主体	旧介護予防訪問介護事業所	シルバー人材センター、旧介護予防訪問介護事業所	シルバー人材センター等	NPO等																																										
サービス対象者	要支援1又は2 事業対象者		要介護1～5（既存利用者のみ） 要支援1又は2、事業対象者 （その他、支援が必要な一般高齢者・障がい者もサービスを受けることは可能）																																											
必要なケアプラン	ケアマネジメントA		ケアマネジメントC																																											
提供するサービスの内容	介護保険の身体介護 介護保険の生活援助 短時間身体介護 ・利用者のニーズにより内容・利用時間は異なる。	介護保険の生活援助 ・日常の掃除、調理・洗い物、買い物支援など ・概ね1時間程度	多様なサービス ・電球の交換、家具の移動、草取り、大掃除等の日常生活の困りごとなど、介護保険外サービスに対応	多様なサービス ・日常のごみ出し、買い物支援、電球の交換等の介護保険外のちょっとした困りごとに対応																																										
サービス提供の頻度	週1～3回程度 ・ケアプランに基づき決定 ・生活支援型訪問サービスとの併用不可	週1～3回 ・ケアプランに基づき決定 ・予防専門型訪問サービスとの併用不可	利用者からの希望や生活環境等に応じて柔軟に設定 ・他のサービスとの併用可																																											
事業所の指定/委託	指定		補助																																											
人員基準等	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置条件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>なし</td> <td>常勤・専従1名以上 ※1</td> </tr> <tr> <td>サービス提供責任者</td> <td>介護福祉士等</td> <td>常勤の訪問介護員等のうち利用者40人以上 ※2</td> </tr> <tr> <td>訪問介護員</td> <td>初任者研修修了者等</td> <td>常勤換算2.5人以上</td> </tr> </tbody> </table>		必要な資格	配置条件	管理者	なし	常勤・専従1名以上 ※1	サービス提供責任者	介護福祉士等	常勤の訪問介護員等のうち利用者40人以上 ※2	訪問介護員	初任者研修修了者等	常勤換算2.5人以上	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置条件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理者</td> <td>なし</td> <td>常勤・専従1名以上 ※1</td> </tr> <tr> <td>訪問事業責任者</td> <td>介護福祉士等</td> <td>常勤で必要数</td> </tr> <tr> <td>従事者</td> <td>※2</td> <td>必要数</td> </tr> </tbody> </table>		必要な資格	配置条件	管理者	なし	常勤・専従1名以上 ※1	訪問事業責任者	介護福祉士等	常勤で必要数	従事者	※2	必要数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置条件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>コーディネーター</td> <td>なし</td> <td>1人以上</td> </tr> <tr> <td>従事者</td> <td>※1</td> <td>必要数</td> </tr> </tbody> </table>		必要な資格	配置条件	コーディネーター	なし	1人以上	従事者	※1	必要数	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>必要な資格</th> <th>配置条件</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>コーディネーター</td> <td>なし</td> <td>1人以上</td> </tr> <tr> <td>従事者</td> <td>※1</td> <td>必要数</td> </tr> </tbody> </table>		必要な資格	配置条件	コーディネーター	なし	1人以上	従事者	※1	必要数
		必要な資格	配置条件																																											
管理者	なし	常勤・専従1名以上 ※1																																												
サービス提供責任者	介護福祉士等	常勤の訪問介護員等のうち利用者40人以上 ※2																																												
訪問介護員	初任者研修修了者等	常勤換算2.5人以上																																												
	必要な資格	配置条件																																												
管理者	なし	常勤・専従1名以上 ※1																																												
訪問事業責任者	介護福祉士等	常勤で必要数																																												
従事者	※2	必要数																																												
	必要な資格	配置条件																																												
コーディネーター	なし	1人以上																																												
従事者	※1	必要数																																												
	必要な資格	配置条件																																												
コーディネーター	なし	1人以上																																												
従事者	※1	必要数																																												
<p>※1 他事業所等の職務（管理者）に従事可。 ※2 一部非常勤職員も可。 【例】要介護者40人 要支援者80人（従来と同様のサービスを利用） ⇒サービス提供責任者3人以上 訪問介護員 常勤換算2.5人以上</p>	<p>※1 他事業所等の職務（管理者）に従事可。 ※2 介護福祉士、初任者研修修了者等、愛知県シルバー人材センターが実施する「家事援助技能講習」（3日間）受講者又は岡崎市が実施（指定）する一定の講習受講者</p>	<p>※1 愛知県シルバー人材センターが実施する「家事援助技能講習」（3日間）受講者又は岡崎市が実施（指定）する一定の講習受講者</p>	<p>※1 介護福祉士、初任者研修修了者又は岡崎市が実施（指定）する一定の講習受講者等が団体内に1名以上所属し、サービス従事に問題がないことを確認された登録者</p>																																											
従事者の雇用形態	賃金労働者	シルバー会員、賃金労働者	シルバー会員、有償ボランティア等	無償ボランティア（学区福祉委員や地域住民等）																																										
基本報酬額加算・減算	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬） ※標準的な内容（287単位/回）のみをケアプランに位置付ける場合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回</td> <td>1,176単位/月（標準的な内容を5回以上）</td> </tr> <tr> <td>週2回</td> <td>2,349単位/月（標準的な内容を9回以上）</td> </tr> <tr> <td>週2回超</td> <td>3,727単位/月（標準的な内容を13回以上）</td> </tr> </tbody> </table>	1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬） ※標準的な内容（287単位/回）のみをケアプランに位置付ける場合		週1回	1,176単位/月（標準的な内容を5回以上）	週2回	2,349単位/月（標準的な内容を9回以上）	週2回超	3,727単位/月（標準的な内容を13回以上）	<p>220単位/回</p> <p>・1単位 10円 ・特別地域生活支援型訪問サービス加算 : 30単位/回 （旧額田地域に所在する事業所に限る）</p> <p>（単位数・単価設定の考え方） 生活援助45分以上の場合の220単位/回を採用し、1単位当たりの金額の差異をもって報酬の大小関係の整合性（従事者の資格の有無）を保つ。</p>	<p>利用者とのマッチングに係るコーディネート料（年120件未満（※1）の場合は、補助対象としない。） 年間のコーディネート件数×700円 ※1 事業の実施月が12か月に満たない場合は、実施月×10件未満</p>	<p>利用者とのマッチングに係るコーディネート料（年60件未満（※1）の場合は、補助対象としない。） 年間のコーディネート件数×700円 ※1 事業の実施月が12か月に満たない場合は、実施月×5件未満</p>																																		
	1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬） ※標準的な内容（287単位/回）のみをケアプランに位置付ける場合																																													
週1回	1,176単位/月（標準的な内容を5回以上）																																													
週2回	2,349単位/月（標準的な内容を9回以上）																																													
週2回超	3,727単位/月（標準的な内容を13回以上）																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1月当たりの回数を定める場合（回数×単価） ※多様に組み合わせ利用可能。算定可能な単位数は合計3,727単位まで。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>標準的な内容 （身体介護/身体介護を伴う生活援助を含む）</td> <td>287単位/回</td> </tr> <tr> <td>生活援助が中心 （所要時間 20分以上45分未満）</td> <td>179単位/回</td> </tr> <tr> <td>生活援助が中心 （所要時間 45分以上）</td> <td>220単位/回</td> </tr> <tr> <td>短時間の身体介護が中心</td> <td>163単位/回</td> </tr> </tbody> </table> <p>1単位 10.42円</p> <p>・高齢者虐待防止措置未実施減算 : 所定単位数の-1/100 ・業務継続計画未策定減算 : 所定単位数の-1/100（令和7年4月～適用） ・同一建物減算 : 所定単位数の-10/100、-12/100、-15/100 ・特別地域加算 : 所定単位数の15/100 ・初回加算 : 200単位/月 ・生活機能向上連携加算（Ⅰ） : 100単位/月 ・生活機能向上連携加算（Ⅱ） : 200単位/月 ・口腔連携強化加算 : 50単位/回（1月1回まで） （～令和6年5月） ・介護職員処遇改善加算 ・介護職員等特定処遇改善加算 ・介護職員等ベースアップ等支援加算 （令和6年6月～） ・介護職員等処遇改善加算</p>	1月当たりの回数を定める場合（回数×単価） ※多様に組み合わせ利用可能。算定可能な単位数は合計3,727単位まで。		標準的な内容 （身体介護/身体介護を伴う生活援助を含む）	287単位/回	生活援助が中心 （所要時間 20分以上45分未満）	179単位/回	生活援助が中心 （所要時間 45分以上）	220単位/回	短時間の身体介護が中心	163単位/回																																				
1月当たりの回数を定める場合（回数×単価） ※多様に組み合わせ利用可能。算定可能な単位数は合計3,727単位まで。																																														
標準的な内容 （身体介護/身体介護を伴う生活援助を含む）	287単位/回																																													
生活援助が中心 （所要時間 20分以上45分未満）	179単位/回																																													
生活援助が中心 （所要時間 45分以上）	220単位/回																																													
短時間の身体介護が中心	163単位/回																																													
利用者負担	1割、2割又は3割の負担		サービス内容に基づき提供主体が設定	サービス提供者の必要経費のみ																																										
請求方法 （利用者負担分を除く）	国保連経由	国保連経由	事業者へ直接支払い																																											
限度額管理の有無	限度額管理あり （要支援2のかた及び要支援2相当の事業対象者のかた : 10,531単位、 要支援1のかた及び要支援1相当の事業対象者のかた : 5,032単位）		限度額管理なし （回数制限もなし）																																											
事業の担い手等 （想定）	介護予防訪問介護事業所	介護予防訪問介護事業所、シルバー人材センター、NPO、協同組合等	シルバー人材センター、NPO、協同組合等	将来、学区福祉委員会等によるサービス提供できることを目標とする。																																										

2024年4月1日～

岡崎市の第1号通所事業における通所サービス及び一般介護予防事業の種類

区分	予防専門型通所サービス		通所型サービスC		一般介護予防事業		
	サービス名	予防専門型通所サービス	通所型サービスC	短期集中型通所サービス	教室型	地域活動型	
事業実施主体	旧介護予防通所介護事業者		社会福祉法人、通所リハビリ事業者、旧介護予防通所介護事業者（介護保険法で定められた運営基準を満たすものとして指定を受けた岡崎市内で事業を展開する事業者であること。）		岡崎市内で介護予防事業が実施可能である事業者	地域住民、ボランティア、NPO等	
サービス対象者	要支援2のかた、要支援2相当の事業対象者のかた 特段の事情がある要支援1のかた		要支援1又は2のかた 事業対象者のかた		限定なし	限定なし	
必要なケアプラン	ケアマネジメントA		ケアマネジメントA/B		なし	なし	
提供するサービスの内容	機能訓練、レクリエーション、入浴、送迎 ※個別サービス計画により実施		「岡崎市介護予防・認知症予防プログラム」を活用した複合プログラムを参考にすること。 ※個別サービス計画により実施 ※送迎は必要に応じて実施		運動、栄養、口腔、認知症等をテーマとして介護予防教室を実施	一定の条件を満たす介護予防体操を実施する高齢者等の交流の場・趣味の集まり・住民主体の食事会など	
サービス提供の頻度	週1～2回程度 ・ケアプランに基づき決定。 ・利用者のニーズにより回数は異なる。		原則、1クール6か月を限度とし、1回限りの利用とする。 提供回数：通所…6か月（週1回） 訪問…1クール以内に必ず1回以上提供し、最大3回まで提供できる。訪問の提供は、短期集中型通所サービスの利用が決定した日から終了までの期間内であれば、いつ提供してもよい。 ・月初めから参加が可能。 ・提供時間は、通所は120分、訪問は60分（通いの場支援有の場合は120分）とする。 ・概ね1年間の期間を空け、ケアマネジメントの結果、必要であると判断された場合は、再利用が可能。		2時間程度の教室	週1回以上の頻度で 通年開催されるもの 1回あたり2時間程度	
事業所の指定/委託	事業者指定		委託		委託	なし	
サービス提供の場所	運営法人が所有又は賃借する施設で各種法令に合致するもの		運営法人が所有又は賃借する施設で各種法令に合致するもの		地域福祉センター始め教室開催に適する場所	・市民ホーム、公民館、民家など ・特養、老健の空きスペースを活用 ・商店街・組合等が提供するスペース ・民間企業が提供するスペース ・ミニデイの空き時間や併設するスペース	
設備基準等	・食堂・機能訓練室 （3㎡×通所介護及び予防専門型通所介護の利用定員の面積が必要。） ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品		・サービスを提供するために必要な区画 （3㎡×短期集中型通所サービスの利用定員の面積が必要。） ・消火設備その他非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品 ※他の事業と同一スペースでの実施が可能（ただし、専用の区画を確保すること。）		定員30名程度の教室の運営に必要な設備	運営に必要な設備	
人員基準等	必要な資格		配置要件		配置要件		
	管理者	なし	常勤・専従1以上 ※	管理者	1名以上 ※1		
	生活相談員	介護福祉士等	専従1以上	理学療法士、作業療法士、保健師又は看護師	専従でいずれか1名以上		
	看護職員	看護師等	専従1以上	サービスの提供に適した従事者	1名～5名の場合：0名 5名を超える場合：利用者が10名毎に1名以上 ※2		
	介護職員	なし	～15人：専従1以上 16人～：利用者1人に専従0.2以上	訪問	理学療法士又は作業療法士	いずれか1名以上	
機能訓練指導員	理学療法士等	1以上	※1 支障がない場合、通所及び訪問の他の職務して従事可、又は同一敷地内の他事業者等の職務に従事可。 ※2 支障がない場合、同一敷地内の他事業者等の職務に従事可。				
従事者の雇用形態	賃金労働者		賃金労働者		賃金労働者	ボランティア	
基本報酬額 加算・減算	1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬）		1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬）		1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬）		
	要支援1 事業対象者（要支援1相当）	1,798単位/月（月5回以上の場合）					
	要支援2 事業対象者（要支援2相当）	3,621単位/月（月9回以上の場合）					
	1月当たりの回数を定める場合（回数×単価）		1月当たりの回数を定める場合（回数×単価）		1月当たりの回数を定める場合（回数×単価）		
	要支援1 事業対象者（要支援1相当）	436単位/回 ※上限回数 4回/月					
	要支援2 事業対象者（要支援2相当）	447単位/回 ※上限回数 8回/月					
	※上限回数を超える利用があった場合は、「1週当たりの標準的な回数を定める場合（包括報酬）」を算定する。						
	1単位 10.27円		10.27円				
	・定員超過・職員欠員	: 所定単位数の70/100	・栄養改善加算	: 200単位/月	通所（送迎無）	5,000円	委託内容に基づき算定 なし
	・高齢者虐待防止措置未実施減算	: 所定単位数の-1/100	・口腔機能向上加算（Ⅰ）	: 150単位/月	通所（送迎有・片道）	5,500円	
・業務継続計画未実施減算 （※）令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しないが、令和7年4月1日以降においても未策定の場合は、令和6年4月1日まで遡って減算を適用する。	: 所定単位数の-1/100	・口腔機能向上加算（Ⅱ）	: 160単位/月	通所（送迎有・往復）	6,000円		
・同一建物減算 : -752単位/月（包括報酬3,621単位算定時） -376単位/月（包括報酬1,798単位算定時） -94単位/回（回数による算定時）		・一体的サービス提供加算	: 480単位/月 （※）栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は算定しない。	訪問（通常）	9,500円		
・送迎減算 : -47単位/片道 （※）包括報酬1,798単位を算定している場合は1月につき376単位、包括報酬3,621単位を算定している場合は1月につき752単位を限度とする。同一建物減算を算定する場合は算定しない。		・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	: 88単位 又は 176単位/月	訪問（通いの場支援有・60分以上）	19,000円		
・生活機能向上グループ活動加算 : 100単位/月 （※）栄養改善加算、口腔機能向上加算、一体的サービス提供加算のいずれかを算定している場合は算定しない。		・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	: 72単位 又は 144単位/月	※遠方加算として、送迎距離が片道5kmを超える毎に片道250円（往復500円）を加算する。			
・若年性認知症利用者受入加算 : 240単位/月		・サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	: 24単位 又は 48単位/月				
・栄養アセスメント加算 : 50単位/月 （※）栄養改善加算又は一体的サービス提供加算による栄養改善サービスが提供されている間は算定しない。		・生活機能向上連携加算（Ⅰ）	: 100単位/月（3月に1回）				
		・生活機能向上連携加算（Ⅱ）	: 200単位/月				
		・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	: 20単位/回（6月に1回）				
		・口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	: 5単位/回（6月に1回）				
		・科学的介護推進体制加算 : 40単位/月					
		（～令和6年5月）					
		・介護職員処遇改善加算					
		・介護職員等特定処遇改善加算					
		・介護職員等ベースアップ等支援加算					
		（令和6年6月～）					
		・介護職員等処遇改善加算					
利用者負担	1割、2割又は3割の負担		なし				
請求方法 （利用者負担分を除く）	国保連経由		市が毎月事業者へ直接支払い		材料費や参加費を事業者負担とするなど内容に応じて設定		
限度額管理の有無	限度額管理あり （要支援2のかた及び要支援2相当の事業対象者のかた：10,531単位、 要支援1のかた及び要支援1相当の事業対象者のかた：5,032単位）		なし		なし		