

津市介護予防ケアマネジメントガイドライン



津市 令和8年6月

内容

1 総合事業とは	4
1.1 サービス内容	5
2 サービス利用の流れ	7
2.1 事業対象者の要件	8
2.2 総合事業の説明、対象者要件の確認及び利用の手続き	9
2.2.1 (1) 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票	10
2.2.2 (2) 基本チェックリスト	11
2.2.3 (3) 津市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者申請書	19
2.2.4 (4) 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	20
3 介護予防ケアマネジメント	21
3.1 基本的な考え方	21
3.2 介護予防ケアマネジメントの類型	22
3.2.1 ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）	23
3.2.2 ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）	24
3.2.3 ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメント）	25
3.3 計画作成者として、押さえておくべき知識	25
3.4 アセスメント	29
3.4.1 興味・関心チェックシート	30
3.4.2 利用者基本情報	31
3.4.3 介護予防サービス・支援計画書	33

3.4.4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録	33
3.4.5 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	34
3.5 介護予防ケアマネジメント計画原案作成からサービス利用・評価	34
3.5.1 目標の設定	34
3.5.2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	35
3.5.3 利用するサービス内容の選択	35
3.5.4 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成	38
3.5.5 サービス担当者会議	38
3.5.6 利用者への説明・同意・介護予防ケアマネジメント計画の確定・交付	38
3.5.7 サービス利用開始後のモニタリング	39
3.5.8 評価	39
3.6 補足～ 「介護予防」の理解を深めるために	40
3.7 介護予防ケアマネジメント 単位数表	42
4 給付管理 対象サービス	43
5 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係	44
5.1 事業対象者・要支援認定者	44
5.2 要介護認定者	45
5.3 継続利用要介護者	47
5.4 月途中で要支援・要介護状態区分等を変更した場合の請求明細書等の記載の整理	48
6 支給限度額の考え方	49
7 事業対象者及び要支援1・2の支給限度額	50

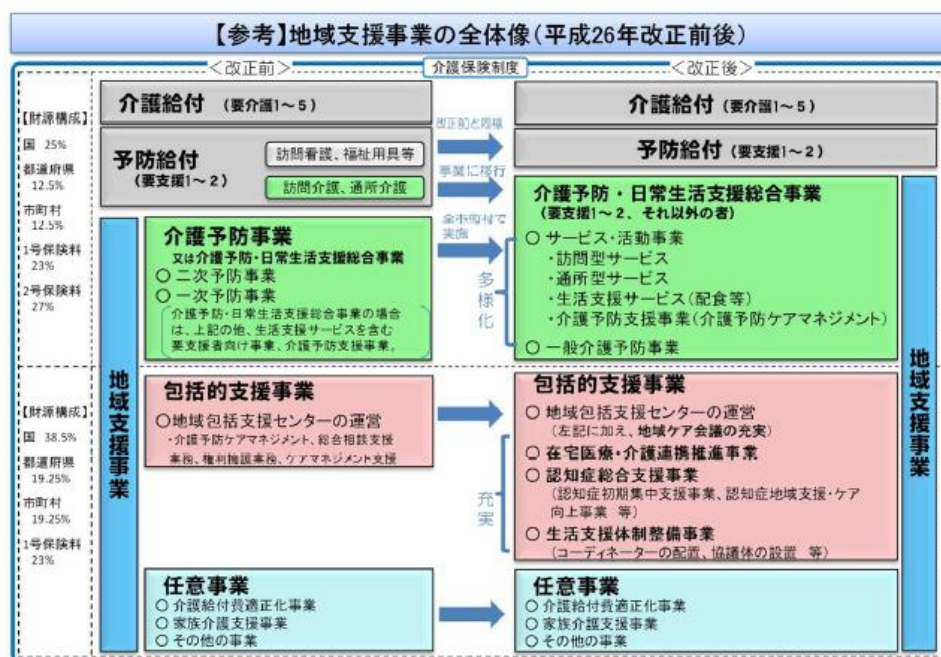
7.1 予防給付と総合事業を併用する場合	50
8 月額包括報酬を算定するサービスの日割り請求	51
9 要支援者等に対する指定事業所のサービス概要	58
9.1 訪問型サービス.....	58
9.1.1 訪問型サービス（類型）	58
9.1.2 訪問型 サービス単価	59
9.1.3 訪問型サービス基準 （人員）	61
9.1.4 訪問型サービス基準 （運営・設備）	62
9.2 通所型サービス.....	63
9.2.1 通所型サービス（類型）	63
9.2.2 通所型サービス 単位数表.....	64
9.2.3 通所型サービス基準（人員）	66
9.2.4 通所型サービス基準 （設備・運営）	67
9.3 参考 Q&A	68
10 様式.....	74
11 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託事務手順（令和8年6月1日現在）	79

1 総合事業とは

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

具体的には、

- ① 住民主体等の多様なサービス・活動の充実を図り、在宅生活の安心確保を図るとともに、
- ② 住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指します。



1.1 サービス内容

総合事業は、要支援者及び事業対象者（P 8の要件に該当した人）を対象とするサービス・活動事業と第 1 号被保険者の全ての人及びその支援のための活動に関わる人を対象とする一般介護予防事業から構成されています。

サービス・活動事業は、さらに、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメントに分かれています。

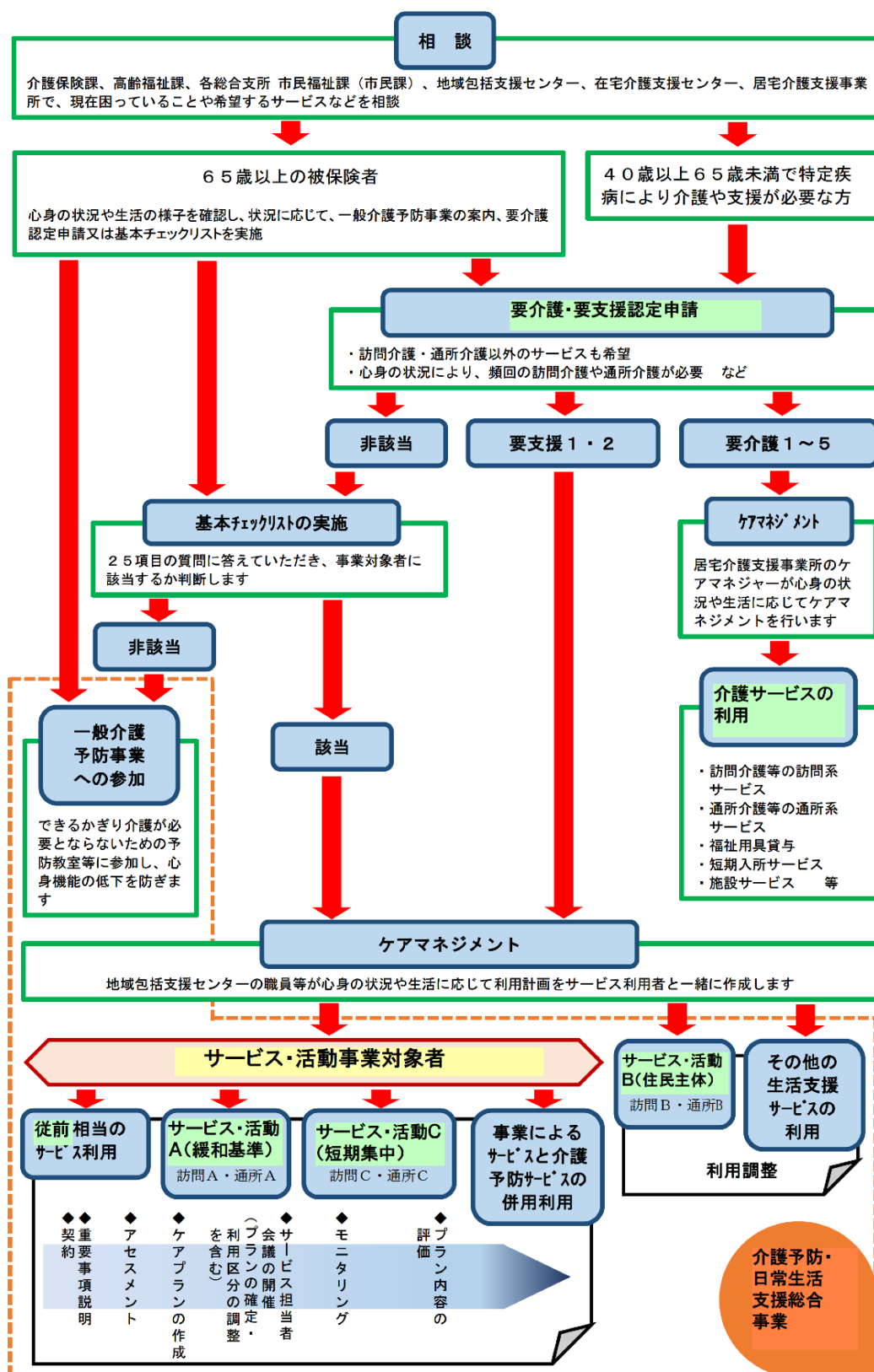
国のガイドラインにサービス・活動の典型例が示されていますので、この典型例を踏まえて、津市では以下のサービスを実施しています。地域の実情に応じたサービス・活動内容を今後も引き続き検討していきます。

- 従前相当サービス（介護予防訪問型サービス、介護予防通所型サービス）
- サービス・活動 A（生活支援訪問サービス、生活支援通所サービス）
- サービス・活動 B（地域ささえあい訪問支援、地域ささえあい通所支援）
- サービス・活動 C（短期集中専門訪問サービス、短期集中専門通所サービス）
- 介護予防ケアマネジメント

【国の示す総合事業の構成】（国のガイドラインより）

介護予防・日常生活支援総合事業の構成					
介護予防・日常生活支援総合事業	サービス・活動事業	訪問型サービス (第1号訪問事業)	従前の訪問介護相当	従前相当サービス	
			多様なサービス・活動	訪問型サービス・活動 A (多様な主体によるサービス・活動)	
				訪問型サービス・活動 B (住民主体によるサービス・活動)	
		訪問型サービス・活動 C (短期集中予防サービス)	従前の通所介護相当	従前相当サービス	
				通所型サービス・活動 A (多様な主体によるサービス・活動)	通所型サービス・活動 B (住民主体によるサービス・活動)
					通所型サービス・活動 C (短期集中予防サービス)
		通所型サービス (第1号通所事業)	多様なサービス・活動	通所型サービス・活動 A (多様な主体によるサービス・活動)	
				通所型サービス・活動 B (住民主体によるサービス・活動)	
				通所型サービス・活動 C (短期集中予防サービス)	
		その他生活支援サービス (第1号生活支援事業)		栄養改善を目的とした配食	
				住民ボランティア等が行う見守り	
				訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援 (訪問型サービス、通所型サービスの複合的提供等)	
		介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)		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				
	一般介護予防事業	介護予防把握事業			
		介護予防普及啓発事業			
		地域介護予防活動支援事業			
		一般介護予防事業評価事業			
地域リハビリテーション活動支援事業					

2 サービス利用の流れ



2.1 事業対象者の要件

事業対象者は、65 歳以上の人で、心身の状況、置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態になることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により下記の基準に該当した人です。

- ① No.1 ～ 20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当→複数の分野に支障がある
- ② No.6 ～ 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当→運動器の機能の低下
- ③ No.11 ～ 12 の 2 項目全てに該当→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 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
- ⑦ No.21 ～ 25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当→うつ状態の可能性

（注） 基本チェックリストにおける該当（No.12 を除く。）とは、回答部分の「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

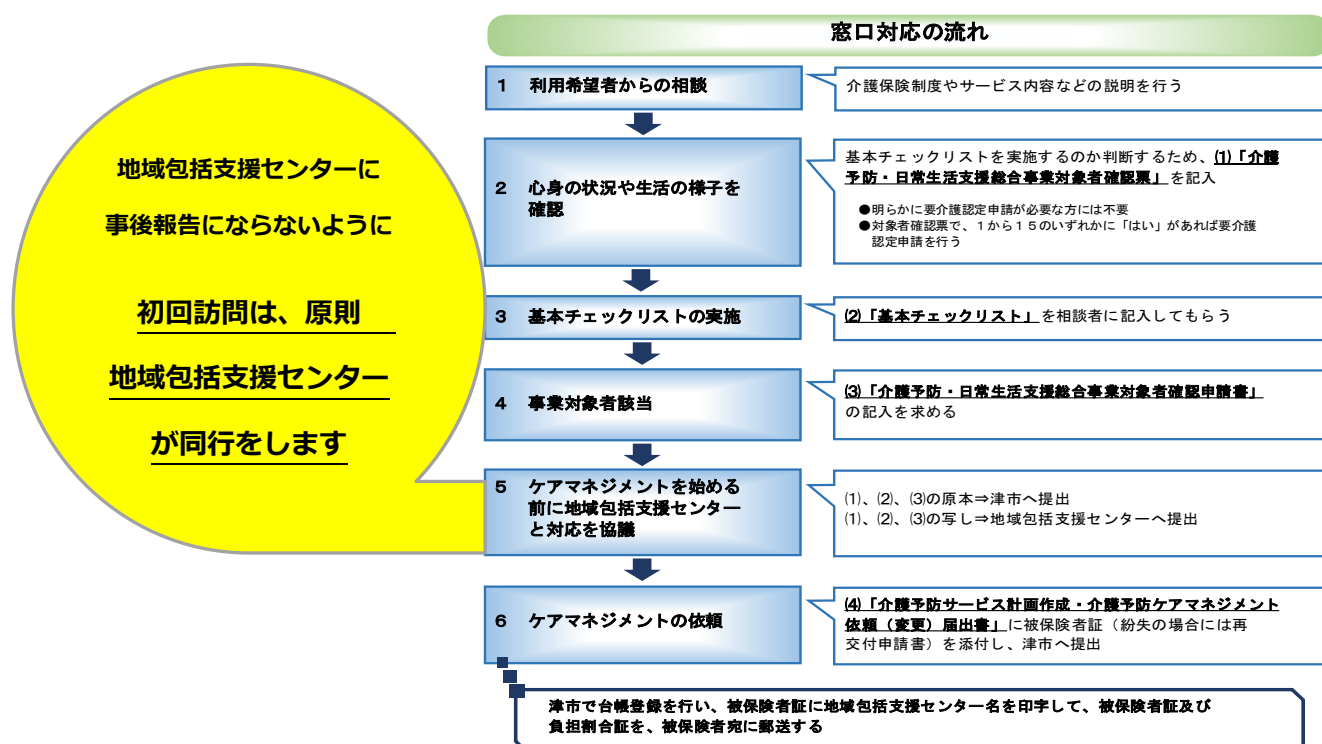
ただし、サービス・活動事業は、介護予防ケアマネジメントに基づいて利用することとなります。そのため、①～⑦のどの基準で該当した場合でも、直ちに利用が開始できるわけではありません。

2.2 総合事業の説明、対象者要件の確認及び利用の手続き

相談を受けた、市の窓口や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、必要に応じて、総合事業の趣旨と手続、要介護認定の申請、基本チェックリストを活用して迅速にサービス・活動事業の利用が開始できること、総合事業の利用開始後も要介護認定の申請も可能であることを説明します。

このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合は、要介護認定申請等の案内を行います。

総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成後は、より自立に向けた次のステップに移っていくことを説明します。



2.2.1 (1) 介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

介護保険制度等の説明を行った後、相談者が総合事業のうちサービス・活動事業の利用を希望する場合などは、「要介護認定」を申請するか「基本チェックリスト」を実施するかを見極めを行うため、下記の「介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認票」を窓口で対応する人が記入し、項目1～15に「はい」があれば、要介護認定申請をします。

(明らかに要介護認定が必要な方には不要)。項目1～15が全て「いいえ」の場合は、「基本チェックリスト」を相談者に記入してもらいます。

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日：令和 年 月 日

対象者氏名		被保険者番号	
-------	--	--------	--

【チェックリスト実施対象者判定確認】 (介護保険制度の説明 未・済)

項目	確認事項	はい	いいえ
本人の状態	1 認知症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、イライラしたり、ぼんやりすることが増えている。	☐	☐
	2 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	☐	☐
	3 身の回りのこと(排泄・着替え等)や服薬管理・金銭管理が自分でできない。	☐	☐
	4 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができない。	☐	☐
	5 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	☐	☐
	6 3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をした。	☐	☐
	7 かかりつけの医師から「運動を含む日常生活」の制限をされている。	☐	☐
	8 この6ヶ月以内に心臓発作・脳卒中を起こした。	☐	☐
	9 重い高血圧がある。(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)	☐	☐
	10 糖尿病・腎機能低下、低血糖発作などの既往症がある。	☐	☐
	11 この1年間で心電図に異常があると言われたことがある。	☐	☐
利用を希望するサービスの内容等	12 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. その他()	☐	☐
	13 入居(GH等)・入所(特養・老健・療養病床)を希望している。	☐	☐
	14 かかりつけの医療機関又は現在治療を受けている病院で、医師等から介護認定申請を勧められた。	☐	☐
	15 【要支援2・更新時確認】現在受けているサービスの利用回数(介護予防訪問介護・週2回超)(介護予防通所介護・週2回)	☐	☐
	16 下記の総合事業のサービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1. 訪問型サービス(掃除や買い物等の生活支援を受けたい) 2. 通所型サービス(他者との交流がしたい) 3. その他()		

介護予防通所介護・週2回
要支援2の認定が必要です。

【状況調査にかかる事前確認】

状況調査実施場所の希望	☐ 本人自宅		住 所	
	☐ その他	訪 問 先	(続柄:)	
		電 話 番 号	※施設名や家族宅等(家族の場合は続柄記入)	
調査日時 の希望 ※この時点で具体的な日にちの指定はできないことを伝える	☐ 希望なし			
	☐ 曜日の希望あり	曜 日	月・火・水・木・金・土・日	
	☐ 時間の希望あり	時 間 帯	午前・午後・時頃	
立会人	☐ なし			受付印
	☐ あり(立会人氏名: 続柄:) (連絡先:)			
特記事項				

【チェックリスト実施後】

「事業対象者」になれば、状況調査の事前確認を行います。

2.2.2 (2) 基本チェックリスト

基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聞きながら本人が記入し、状況を確認するものです。

各質問項目の内容の説明のため、必要に応じて P 1 3 ～ P 1 8 の基本チェックリストについての考え方（津市版 Q & A）を活用して下さい。

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目				回答：いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか				0. はい 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか				0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい 0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい 0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか				1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる				1. はい 0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない				1. はい 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする				1. はい 0. いいえ

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

基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準

No.	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○をお付け下さい)				
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		⑦ 複数の分野に支障 1～20のうち、 10項目以上に該当	
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	①		運動機能の低下 3項目以上に該当
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	② 低栄養状態	2項目に該当	
12	身長 c m 体重 k g (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	③		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	口腔機能の低下		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	2項目以上に該当		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	④ 閉じこもり	NO 16に該当	
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			
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	⑤	認知機能の低下 1項目以上に該当	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	⑥ うつ状態の可能性 2項目以上に該当		
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。

基本チェックリストについての考え方（津市版Q & A）

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた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人が行ってください。
- 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。
- ⑤各質問項目の趣旨を理解していただくよう説明してください。
- ※上記の⑤及び、下記のQ & A以外の事項は、国が示した「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について」に基づくものです。

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	状況	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。
Q & A		目的地までは家族や近所の人を送って行って、目的地では一人で行動している場合は？	家族や近所の人との付き添いがあるため、一人で外出していないと判断します（この項目の趣旨は、公共交通機関等の活用能力を含めた、目的地までの一人での移動能力という捉え方をします。）
		シニアカー、自転車は自家用車に入るのか？	自家用車での外出と同じようなものであれば該当します。一般的に徒歩でも可能な距離であれば、該当しません。
		項目の質問内容を「バスや電車で」というのではなく、「一人で付き添いなしで外出していますか」にしてはどうか？	国が示している基本チェックリストの共通事項として、質問の表現は変更できないとありますので、必要に応じて、補足説明する時に、そのような説明を加えてください。
		タクシーや福祉タクシーも自家用車に含まれるのか。	タクシーや福祉タクシーも公共交通機関に準じたものとして扱います。福祉タクシーは、乗降時などに見守り・介助などをしてもらうことが想定されますが、公共交通機関等を活用して、一人で外出していると捉えます。
2	状況	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買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。
Q & A		カタログで注文して配達してもらい、買物をしている場合は？	電話注文とみなし、「いいえ」とします。
		家族と一緒にスーパーへ行き、自分で選び、支払のみ家族の場合はどうか？	自分で買物をしていれば、「はい」とします。

		移動スーパー（行商）での買物は該当するのか。また、庭先にまで来てもらう場合でも該当するのか？	自宅の敷地外での移動スーパーによる買物は、「はい」になります。庭先にまで来てもらう場合は、電話注文と同様とみなし、「いいえ」とします。
		適切な買物であるかどうかは、本人の回答だけでは見抜けないのでは？	ここでは、国の考え方とおり、本人の判断で回答してもらうことになります。
		「適切に」という言葉はどのような基準か。具体的な文面や根拠がほしい。	家族や後見人等が、本人が買物してきた商品を返品せざるを得ないような状況でなければ、「適切」とみなします。
3	状況	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。
Q & A		金融機関に持って来てもらうのは「はい」になるが家族等に依頼の場合は「いいえ」になるのか？用紙に署名していたら該当するのか？	届けてもらう場合は、本人の責任で主体的に行わしていると考えられます。家族に依頼することは、本人の責任、主体性が比較的弱くなるという考え方をします。
		家族と一緒に行って、金額を決めるのは自分、預貯金を引き出すのは家族の場合は？	家族と一緒に本人が金融機関に行っていれば、本人が自ら、出し入れをしているとみなします。
4	状況	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。
Q & A		アパート等に居住しており、隣人の友人を訪問している場合でも友人の家を訪ねていることになるのか？	距離は問わないため、「はい」とします。
		回覧板を近所へ回すだけかどうか。回覧板をポストに入れるだけでは「いいえ」か？	ただ単に回覧板を近所へ回すだけであれば、訪ねていることにはならないという判断をします。
		老人会やサロンへ行って交流したり、また、道端で友人と話す場合は？	友人に会う目的であれば、「はい」とします。
		友人がいない場合はどう考えるのか？	訪ねることができないので、「いいえ」とします。
5	状況	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。
Q & A		会話の中でどこまでが相談に入るのが判断が難しい。	本人の主観で良いという判断をします。
		交流の中で愚痴の話を聞いているのは「はい」か？	「はい」となります。
		世間話は含まないのか。どのような「相談」なら該当するのか？	本人の主観で良いということなので、世間話であっても、本人が相談にのっているとされる場合は、含まれます。

		相談を聞く能力はあっても、相談される人がいないと「いいえ」になるのか？	相談にのっていないので、「いいえ」になります。
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	習慣	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。
Q & A		時々とはどの程度か？	日常生活の中でより頻回な状態で判断します。つたわる方がより頻回な場合は「いいえ」となります。
		なぜ習慣的であっても、つかまらずに昇っていないになるのかわからない。	習慣的につかまっている場合でも、下肢筋力低下等による不安感があるからと考えられるためです。
7	習慣	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。
Q & A		認定調査のように実際にやってもらってはどうか？	6と同様で、日常生活の中での習慣を問う項目です。
		時々つかまっている場合は「はい」ということであるが、どの位の頻度でよいのか？	日常生活の中で、より頻回な状況で判断します。
8	習慣	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。
Q & A		歩ける能力はあっても歩いていないような人の場合（事実だけを問うのか？）	できるかどうかではなく、実施状況を基に判断します。日常生活の中での習慣を問う項目です。
		ショッピングモールでは、立ち止まることもあるが、それでもよいのか？	休むために腰を下ろすということであれば「はい」とします。
		頻度は関係ないのか。1か月に1回の人と毎日の人とは差が大きい。	頻度は関係ありません。
		杖やシルバーカーを使用してもよいのか？	自分で歩いていれば「はい」と判断します。
		手引き歩行はどうか？	介助が必要な状態は「いいえ」と判断します。
9	状況	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。
Q & A		転んで手をついた、尻もちをついた、つまずいたのをどこまでを範囲とするか？	このような例はつまずくことには含まれません。

		スポーツをしていて転倒した場合も含まれるのか？	含まれます。
10	主観	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。
Q & A		この質問のように尋ねた場合、ほとんどの方が「はい」と答えるように思うが、それでよいのか？	あくまでも、本人の主観に基づいた回答になるので、結果的にそうなることがあってもよいという考え方をします。
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	状況	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。
Q & A		本人の回答が主観でもよいのか？増加している場合、どう捉えるのか？	主観でかまいません。低栄養の項目なので、ここでは増加は問いません。
		一旦は2K以上の減少があったが、回復して2K未満の場合は？	回復していれば、現在、低栄養状態ではないので、該当しません。
12	状況	身長、体重（BMI）	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
Q & A		測っていない人、数字が分からない人はどうしたらよいのか？	およその数字で構いません。
		少数点以下は四捨五入か？	四捨五入で構いません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。			
13	主観	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。
Q & A		半年以上前から固いものが食べられない時に該当しないというのは納得できない。現状が大切であるはずではないのか？	この項目は、口腔機能の内、咀嚼（そしゃく）機能を訊いています。高齢者が咀嚼しにくくなる原因は、歯槽膿漏か入れ歯の不具合が多いですが、どちらも進行する症状です。そのため、半年前と比べて、その症状の進行度合いを、半年前との固いものの食べにくさの比較でみていると考えられます。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、咀嚼機能の低下はあっても、進行性の症状ではなく、低栄養状態になっていなければ、生活機能の低下に直接結びつくものではないという判断であるかと考えられます。
14	主観	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。
Q & A		頻度は関係ないのか？	頻度は関係ありません。

15	主観	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。			
16	頻度	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ヵ月の状態を平均してください。
Q & A		どこまでを外出と考えるのか？隣の家に回覧板を届けただけでも外出になるのか？	距離は問わないが、回覧板を回すだけであれば、外出には該当しないと判断します。
		庭でも外出か？	敷地内は外出ではないとなります。
17	状況	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。
Q & A		昨年とは一年を通してなのか？昨年の今頃なのか？	直近の一年とその前の一年を比較します。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。			
18	状況	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか？	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
Q & A		明らかに物忘れがあるのに、指摘されても忘れていたり、一人暮らしなど周囲から指摘される機会がない場合は？	認知症の診断に使うものではないため、ここでは、本人の主観で判断します。
19	習慣	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。
Q & A		携帯電話の短縮ダイヤルが設定してある人に限っては電話をかけられるような場合は？（携帯の電話帳機能を使っては電話がかけられない）	何らかの方法で自分で電話番号を調べて電話をしていれば、「はい」とします。
		携帯のアドレス帳で調べることは？	同上
		家族にだけかける場合は？	同上
		調べ方は問わないのか？	問いません。
20	主観	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。
Q & A		いつもは分からないけど（主観では分からないと言われるけど）新聞やカレンダーを見れば分かるよと言われる場合は？	本人が自分で理解ができれば「いいえ」とします。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。			

21	主 観	(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	
21~25 Q & A		精神面を問うので、どのように質問したらよいのか難しく感じる。例えば、精神疾患等の方で質問途中で気分を害されて、中断せざるを得ないような事態が生じたらどうするか？	そのようなケースには、「皆さんに同じことをお聞きしていますので」などと質問を工夫し、本人が気分を害さないように配慮してください。
		心の面ではなく、身体面で、調子が悪くなっている場合は？	「はい」に含まれます。
		その状態が継続していなくても、少しでもそのようなことがあれば該当するのか？	継続していなくてもかまいません。
全体 Q & A		事業対象者が2回目のチェックリストで該当が外れる場合、サービスが終了となる場合もあるのか？	質問のとおりとなりますが、2回目のチェックリストをするタイミングは、本人の身体状況等が改善して、一般介護予防事業へ移行できる時のようなイメージになります。
		あくまでも主観なので、正しい評価はできない。それを基に振り分けをすることに疑問を感じる。	国のQ & Aを引用すると、基本チェックリストによる評価を行う趣旨は、「訪問型サービス等について簡便に迅速なサービス利用を可能にするため」(介護保険最新情報 Vol. 396 P. 3)、総合事業の趣旨をご理解頂きたいと考えます。
		希望の結果を出すために、誘導的になってしまわないか？	介護予防ケアマネジメントの中で、再度、基本チェックリストの結果も確認することになっていますので、介護予防ケアマネジメントの重要性が従来より増すと考えます。

2.2.3（３）津市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者申請書

事業対象者に該当した場合は、「（３）介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書」の記入を求めます。対象者確認票、基本チェックリストの結果、確認申請書の原本は津市介護保険課に送付します。

また、居宅介護支援事業所等が対応する場合は、ケアマネジメントを始める前に必ず地域包括支援センターと対応を協議してください。ケアマネジメントを行ってから、地域包括支援センターに事後報告とならないように留意してください。（要支援認定者が新たに総合事業を利用する場合においても、同様にケアマネジメントを始める前に、地域包括支援センターと連携をします。）。

令和 年 月 日

津市長 あて

津市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	被保険者番号					生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ					性別	男 ・ 女
	被保険者氏名					電話番号	()
	住所	郵便番号					
	前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分	要支援１・要支援２・総合事業対象者・その他 ()				
		有効期間	年 月 日 から 年 月 日				
希望するサービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ その他 ()						
問合せ先	フリガナ			本人との関係			
	氏名			電話番号	()		
	住所	郵便番号					
	チェックリスト実施について	☐ 本人に代わり、チェックリストについて下記の者が実施しました。 実施者：問合せ先と同一 ・ その他（氏名 続柄： ） ※□に✓をし、いずれかに○をつけてください。本人が実施した場合には記入不要です。					
	介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を津市から地域包括支援センターに提示することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____						

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

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

利用者からの希望があれば、「(4) 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の代行申請を行います。

この時に、介護保険被保険者証（紛失等であれば再交付申請書）の添付が必要になります。津市では届出書に基づいて台帳登録を行い、介護保険被保険者証に基本チェックリスト実施日、地域包括支援センター名等を印字して、負担割合証と共に被保険者に郵送します。

第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサー

ビスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス・活動事業を受けることができます。

なお、事業対象者としての基本チェックリストの有効期間は、実施日から2年間です。サービス事業を継続して利用する場合は、有効期間内に再度、上記の手続きが必要になります。

利用に当たっては、重要事項を文書で説明して、利用者の同意を得ること、契約書等の作成が必要になります。

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

区 分	
新規・変更	
被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 番 号
フリガナ	
	個 人 番 号
	生 年 月 日
	明・大・昭 年 月 日
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者	
介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地 〒 —
介護予防支援事業者の事業所番号	電話番号 ()
	担当者氏名
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者	
※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。	
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 〒 —
居宅介護支援事業者の事業所番号	電話番号 ()
	担当者氏名
居宅（介護予防）サービス計画作成を依頼（変更）する事由及び有効開始（変更）日	
☐ 新規または住所変更に伴う介護予防支援事業所変更のため ☐ 受託する居宅介護支援事業者変更（追加・削除）のため ☐ 要介護から要支援へ変更のため ☐ 暫定での届出と認定結果が異なるため ☐ その他 ()	※必ず記入してください。 有効開始（変更）日 年 月 日付
※現在有効な負担割合証が発行されておらず暫定ケアプランにおいてサービスを開始する場合に限り、介護保険負担割合証の交付についていずれかに ☐ をしてください。	
☐ ケアプランを作成依頼する事業者が受領することに同意します。 ☐ 自宅への郵送を希望します。 ☐ 認定結果と同時に受領することを希望します。	
(あて先) 津市長	
上記のとおり届出します。	
令和 年 月 日	
住 所	
被保険者 氏 名	
※自筆でない場合は、署名と押印が必要です。	
電話番号 ()	

- (注意)
- この届出書は、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに津市介護保険課へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者を変更するときは、有効開始（変更）日を記入のうえ、必ず津市介護保険課に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - この届出書により届出された事業所に、津市から確認をとる場合があります。

受 付 印



暫定入力済み
差し替え済み

3 介護予防ケアマネジメント

3.1 基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援します。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たす活動を継続的に行うことにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

言い換えれば、心身機能だけに働きかけるのではなく、「活動」や「参加」への環境調整も含めて、利用者の生活範囲が拡大していく又はするように支援することが大切です。

このようなことから、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえ、利用者の自立に資するような目標を利用者と話し合った上で設定し、必要なサービスを主体的に利用して目標に向かって取り組んでいくことを目指しています。そのために、具体的なサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなります。

3.2 介護予防ケアマネジメントの類型

	A（原則的）	B（簡略化）	C（初回のみ）
利用サービス	従前相当サービス、サービス・活動A（緩和基準）、サービス・活動C（短期集中）	委託によるサービス等 ※ 1	サービス・活動B（住民主体）、一般介護予防、生活支援サービスの利用
アセスメント（課題分析）	○実施	○実施	○実施
介護予防ケアマネジメント計画原案作成	○実施	○実施 （一部の事項を省略した計画等も可。）	— 不要
サービス担当者会議	○実施	△ 必要に応じて実施 （事業者との連携で可）	
利用者への説明・同意	○実施	○実施	○実施
介護予防ケアマネジメント計画の確定・交付	○実施	△ 必要に応じて実施 （利用者への説明で可）	
モニタリング	○実施	△ 必要に応じて実施	— 不要
	毎月実施 （利用者の通所先への訪問や電話等も可・3ヶ月に1回は利用者宅を訪問して面接）※ 2	相談により設定した時期に実施 （利用者本人の居宅等を訪問して面接）	状況悪化を見過ごさない 仕組み作り
評価	介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価・新たな目標の設定・サービス・活動事業等の利用を見直す		
給付管理	要（指定事業者によるサービスを利用する場合のみ）		
サービス提供者	地域包括支援センター （居宅介護支援事業所に再委託可能）		地域包括支援センター

※ 1 令和8年6月時点において未実施

※ 2 P24 3.2.1 ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）に詳細有

介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合、介護予防支援と同様の扱いとされ、プラン作成上限の制約を受けるのか。

(答)

総合事業における介護予防ケアマネジメントについて、報酬の逓減制度を設けていない。居宅介護支援事業所への委託に際しては、介護予防ケアマネジメントの適正な実施が確保されるよう、市町村において適切に判断されたい。

介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センターの実施件数、居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けません（居宅介護支援費の逓減制には含めない）。また、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスを基本としつつ、利用するサービスにより、以下の類型から選択して実施するものとします。

3.2.1 ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

主に、従前相当サービス、サービス・活動A（緩和基準）及びサービス・活動C（短期集中）の利用期間を介護予防マネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するもの。アセスメントによって介護予防ケアマネジメント計画原案を作成し、サービス担当者会議において同意を得て交付します。

モニタリングについては、毎月実施しますが、利用者への電話等によることも可能です。また、少なくとも3か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接を行います。

なお、モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能です。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」に記載しておいてください。

- ・ 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断した場合
- ・ モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ・ モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセスの簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合を除きます。

- ・ 初回の介護予防ケアマネジメント（初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合
- ・ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。

3.2.2 ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、介護予防ケアマネジメントのプロセスや計画の作成等については、その一部を省略若しくは簡略化することが可能です。モニタリングを行う場合は、利用者及び家族等との相談によって設定した時期に、利用者本人の居宅等を訪問して面接します。ケアプラン実施期間の終了時の取扱いはケアマネジメントAと同じです。

3.2.3 ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

主にアセスメント（課題分析）の結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に初回のみ介護予防ケアマネジメントとして実施し、利用者や家族等に支援の方針等について、説明し、同意を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援等を利用します。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わず、利用者の状況の悪化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によるマネジメントに移行します。

なお、ケアマネジメントCであっても重要事項の説明等は必要になります。

報酬の請求は、前回より1年を過ぎないと算定できないものとします。また、地域包括支援センターの直接実施のみ（居宅介護支援事業所へは委託しない）とします。

3.3 計画作成者として、押さえておくべき知識

介護予防ケアマネジメントを進めるにあたって、自立支援に向けた内容にしていくために、計画作成者として大切な視点を下記のとおり取りまとめました。個々の支援の中で、必要に応じて参考にしてください。

- ・従前の介護保険制度においては、要支援の認定を受けた方に対する、通所介護や訪問介護のサービスがあり、介護予防給付の一つとして、全国一律の基準に基づいて実施されてきましたが、平成30年3月末に、要支援の認定を受けた方や、基本チェックリストの該当者の方に対しては、全国一律から各市町村の独自基準によるサービス事業を実施することになりました。この事業も介護予防給付と同じように、介護保険料や税金を財源とする介護保険制度として実施されています。
- ・自立支援・重度化防止は介護保険の基本理念ですが、介護予防ケアマネジメントにおいて目指すのは、その方に住み慣れた地域での自分らしい日常生活を取り戻してもらうことです。この「地域での、その方らしい暮らし」を考えることが重要です。その方のことを知り、その方の地域での生活全体を捉えたうえで、具体的な困りごとの解消に向け

た支援をしなければ、目指す生活は実現できません。「地域での生活全体」というのは、本人への直接のサービス・活動のみでなく、例えばその方の家族や知人、自宅内外の生活環境、社会参加の場などの環境的要因の調整も考えていく、ということです。そのうえで、本人の残存能力や可能性を見出してケアプランとして具体化していくことや、課題解消のための具体的なサービス・活動の実施を行うことが、プラン作成者や実施主体の役割です。

- ・老年期の特徴にフレイル（虚弱）という状態があります。加齢とともに心身の活力が低下して、免疫力も下がり、生活機能障害・要介護状態・死亡などのリスクが高くなっている状態のことをいいます。健康から徐々に要介護へと向かっていく中間の時期なため、高齢者本人に自覚がないことが多いですが、非常に多くの方々がこの状態にあります。早めの気づきと適切な支援により、自立した生活を送り、一度諦めていた趣味や社会参加を取り戻すことができる、つまりまだまだ元気になれる（＝可逆性・可能性がある）ということを本人・家族・関係者にも理解してもらうことが大切です。
- ・「総合事業」は、生活活発な状態になっていただくために支援するもので、実際に身体を動かすのはご本人。身体が動かしやすい環境になるように支援をさせていただくことが、計画作成者（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所）の役割になります。
- ・現在、国では、「地域包括ケアシステム」として、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送れるように、地域全体で支え合っていくという方針を示しています。これまでの介護保険の給付サービスでは、例えば、ゴミ出しなどのちょっとした家事の支援も、身体介護ができる資格を持っているヘルパーが担っていました。これからの社会は生産年齢人口の減少ということもあり、専門職以外の担い手も重要になります。地域の中には、専門資格は持っていないものの、家事支援ができる方もいます。

- ・それぞれの地域によって実情が異なるため、私たちのケアマネジメントによって、地域の状況を踏まえた上で、安心した日常生活が送れるように、支援をすることが大切です。
- ・人間の身体は、使わないとますます弱っていきませんが、一人で頑張ることは、なかなか難しい。「総合事業」の支援を通して、いろいろな地域の人と出会い、その人と人との関係が豊かになっていくことによって、歳を重ねていっても、あきらめしないで、自立した生活を送っていけるように支援をすることも大切なことです。
- ・住民主体による支援について・・・いわゆるサービス・活動B（住民主体）は、介護予防ケアマネジメントを経た上で利用するサービスである以上、ボランティアとはいえ一定程度のサービスの質が求められるのではないかという声があり、津市としても補助金等を受ける要件として一定の基準を定めている。住民主体による支援は、地域とのつながりを維持しながら、利用者の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がることを期待されており、積極的な活用が望まれている。
- ・短期集中専門サービスについて・・・短期集中型の予防（おおむね3か月程度）は、全国的にみても改善効果が高いとされており、いわゆるサービス・活動C（短期集中）について、専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで機能の改善・維持が図られ、自立支援を推進できると思われる方については、特に積極的な利用が望まれる。

問1 新しい総合事業における通所型サービスB及び訪問型サービスBは、有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援であるが、介護予防ケアマネジメントを経た上で利用するサービスである以上、ボランティアとはいえ一定程度のサービスの質が求められるのではないか。

(答)

- 1 通所型サービスB及び訪問型サービスBは、介護保険法施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定にあるように、市町村が補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図った上で実施するものであり、住民が自主的に実施するものである。
- 2 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、これら住民主体の通所型サービスB及び訪問型サービスBを地域でつくることは、多様な主体による多様なサービスが提供されるとともに、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がることを期待される。
- 3 なお、サービスの提供主体となるボランティアに関しては、一定の知識を持っていることが望ましいことから、総合事業のガイドライン(P41～42)で明示しているカリキュラム例や先行自治体の例を参考に、地域の実情に応じた研修を実施していただくとともに、通所型サービスB及び訪問型サービスBの基準については、自主性を尊重しつつ設定することが望ましいため、介護保険法施行規則第140条の62の3第2項に規定する8項目※のみを共通基準とするが、地域の実情に応じて補助要綱などでさらに基準を設定することも可能である。

※介護保険法施行規則第140条の62の3第2項に規定する共通基準

- ・従事者の清潔の保持及び健康状態の管理
- ・従事者又は従事者であった者による秘密保持
- ・事故発生時の対応
- ・継続利用要介護者利用時の対応
- ・変更の届出
- ・再開の届出
- ・廃止又は休止の届出
- ・廃止又は休止の届出をしたときの便宜の提供

3.4 アセスメント

利用者の自宅等に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行います。

事業対象者の場合、主治医の意見書がないため、利用者に対して健康管理面の聞き取りを行うことになります。主治医と連携をする場合は、利用者が事業対象者として総合事業の利用をすることになった旨を主治医に説明してください。特に初回のプランの場合は、必要に応じて、プランを主治医に送付するなどして、健康管理面での情報共有を行ってください。

より本人にあった目標設定に向けて、「興味・関心チェックシート」（P 30）などを活用することで、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していくプロセスが必要になります。プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、利用者及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めることが大切です。

利用者や家族との面接等によって聴き取った情報については、「利用者基本情報」（P 31～32）又は「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」（P 33）を適宜活用して必要な情報を記録します。

アセスメントにあたっては、「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」、「利用者基本情報」、「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）」（P 33）の「アセスメント領域と現在の状況」及び「本人・家族の意欲・意向」欄及び居宅要支援被保険者については、要介護認定調査票、主治医意見書等を活用するほか、居宅介護支援における課題分析標準項目などを参考にして実施します。

3.4.1 興味・関心チェックシート

参考資料

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

下の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			

3.4.2 利用者基本情報

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

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

《介護予防に関する事項》

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

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

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

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

介護予防支援事業者が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。+

年 月 日 氏名

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

3.4.4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録

様式 7

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、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)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家庭との連携などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

3.4.5 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

様式 8

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	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	介護予防支援事業者意見	☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了
--------	-------------	---	--

3.5 介護予防ケアマネジメント計画原案作成からサービス利用・評価

3.5.1 目標の設定

生活の目標については、「介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」(P 35)などを参考にしながら、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、利用者本人が、自身の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。

また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われる、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましいです。

3.5.2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

参考資料

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

3.5.3 利用するサービス内容の選択

利用するサービスを検討する際は、単にサービスの利用のみに限定せず、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住民主体の活動や民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援のための介護予防ケアマネジメント計画原案を本人と共に作成することが大切になります。

サービス・活動事業の訪問型サービスと通所型サービスの種類の選択において、従前相当サービスを選択する基準の目安は下記のとおりとします。①から⑤に該当しない方については、サービス・活動A（緩和基準）やサービス・活動B（住民主体）を選択することを提案するなど、サービス内容の説明を十分に行いながら、利用者の意向の確認を行ってください。

（下記の①～⑤の基準は目安です）

- ① 総合事業導入時に既に介護予防給付を利用している方で総合事業を踏まえたアセスメントにより、ケアマネジメントにおいて継続が必要と認められる方、又は前回の認定期間に要介護認定を受けて介護給付を利用している方で要支援の認定になり、ケアマネジメントにおいて継続が必要と認められる方（そのサービスを利用することによって、現在の状態が維持されており、サービス・支援を変更すれば、混乱した状況が生じると予測される人など）。
- ② 医学的な管理に特別な配慮が必要な方（認知症による判断能力の低下により、服薬管理などに支援が必要な人、糖尿病による食事療法の必要があり、食事内容に医学的な指示が出ている人、パーキンソン病があり、普段は身体機能に問題がなくても、時々、日常生活動作が自立出来なくなることが生じる人など）。認知症とは、認知症と診断されている人、若しくは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱα以上の人（アセスメントにより判断する）。
- ③ コミュニケーションが取りづらい方（うつ状態や閉じこもりがあり、自分から話しかけたりすることができず、日常会話が取りづらい人など）。
- ④ 入浴サービス等に見守りが必要な方（入浴・食事摂取・更衣・移動・排泄などの日常生活動作に見守り・介助が必要な状態である人、環境等の理由により自宅での入浴ができない人など）。
- ⑤ 専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれる方

・訪問サービスと通所サービスは支援の趣旨が異なることから、例えば、通所においては専門職の指導によるトレーニングが必要であっても、自宅近くに店がないことにより買い物の支援が必要なケースは、当該買い物の支援はサービス・活動 A（緩和基準）で十分対応ができる場合もあると考えられます。そのために、①から⑤の状態に該当すれば、「自動的」に、従前相当サービスが利用できると捉えるのではなく、利用者の状態やニーズと支援の内容を重ね合わせて考慮することが大切になります。

・従前相当サービスを選択した場合においても、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限りサービス・活動 B（住民主体）やサービス・活動 A（緩和基準）に移行していくことを検討することも重要です。

・従前相当サービスと多様なサービスは、組み合わせて利用することができます。

例えば、通所型サービスなどの 1 つのサービス事業について、生活機能の向上や自立支援に向けて、専門職によるサービスの類型と、住民主体の支援の類型を組み合わせる等、複数の類型（例：従前相当サービスとサービス・活動 B（住民主体））を合わせて利用することができます。

よって、上記の従前相当サービス利用者の基準に該当する方で、従前相当サービスを利用する方でも、サービス・活動 A（緩和基準）やサービス・活動 B（住民主体）との併用が可能です。

・利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。利用回数の上限については、訪問型サービスは 3, 7 2 7 単位まで、通所型サービスにおいては要支援 1 の方と事業対象者が週 1 回程度、要支援 2 の方が週 2 回程度又は 2 回を超える程度となります。

・従前相当サービスとサービス・活動 A（緩和基準）において、またサービス・活動 A（緩和基準）のみの場合においても、異なる複数の事業所を利用することができます。

3.5.4 介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、介護予防ケアマネジメント計画原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間等を検討し、介護予防ケアマネジメント計画原案（ケアマネジメント結果）全体を作成します。実施期間については、最長でも1年間としますが、漫然としたサービス提供にならないように、モニタリングにおいて、サービス内容及びそれに伴う効果が適切か否かを確認してください。

3.5.5 サービス担当者会議

ケアマネジメントAにおいて実施します。

ケアマネジメントBにおいては、場合によっては、サービス担当者会議を省略する場合も想定していますが、介護予防ケアマネジメント計画の変更等を行った時は、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要になります。

ケアマネジメントB、Cにおいては、サービス・活動事業等の実施者との連絡調整や打合わせ等をとおして情報共有しておくことが重要になります。

3.5.6 利用者への説明・同意・介護予防ケアマネジメント計画の確定・交付

サービス担当者会議の内容を踏まえた介護予防ケアマネジメント計画について、利用者及び家族に交付して説明し、同意を得てください。また、利用者の同意を得て、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所から介護予防ケアマネジメント計画をサービス実施者にも交付します。ただし、住民主体の支援を利用する場合は、介護予防ケアマネジメント計画は交付せずに、利用者が同意した範囲内で必要な情報を支援者に伝えてください。

3.5.7 サービス利用開始後のモニタリング

モニタリングの視点については、下記を参考にしてください。

- ・利用者の生活状況に変化がないか。
- ・介護予防ケアマネジメント計画どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・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、介護予防ケアマネジメント計画の変更を必要とする新しい課題が生じていない

上記の視点を参考にサービス内容及びそれに伴う効果が適切か否かを確認し、支援経過記録に記載します。また、必要があれば、計画を見直します。

ケアマネジメントの類型によるモニタリングの方法については、P 22を参照してください。

ケアマネジメントB、Cの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センター等へ情報が入る体制をつくるため、利用中止や長期の欠席など利用者の状況に大きな変化があった時には連絡をしてほしい旨、あらかじめ、サービス実施者に確認をしておいてください。

3.5.8 評価

介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。

3.6 補足～ 「介護予防」の理解を深めるために

介護保険法第4条に下記のような記載があります。

- 第4条 国民は、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ものとする。
- 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

このように介護保険法には、介護予防に取り組むこと、健康づくりは国民が努力すべきことであると示されていますが、高齢者ご本人からは、例えば、「今まで出来ていたことが出来なくなったのだから、やってほしい」「介護保険料を払っているのであるから、デイサービスなどに行って世話してもらいたい」という思いがあるかと思います。

加齢に伴う心身機能の低下が生じている中ですから、そのような気持ちになることも納得はできるのではないのでしょうか。

しかし、廃用による機能低下、つまり、身体を使わないことによって、ますます機能低下が進むことも専門職である私たちは認識しておくことが求められています。

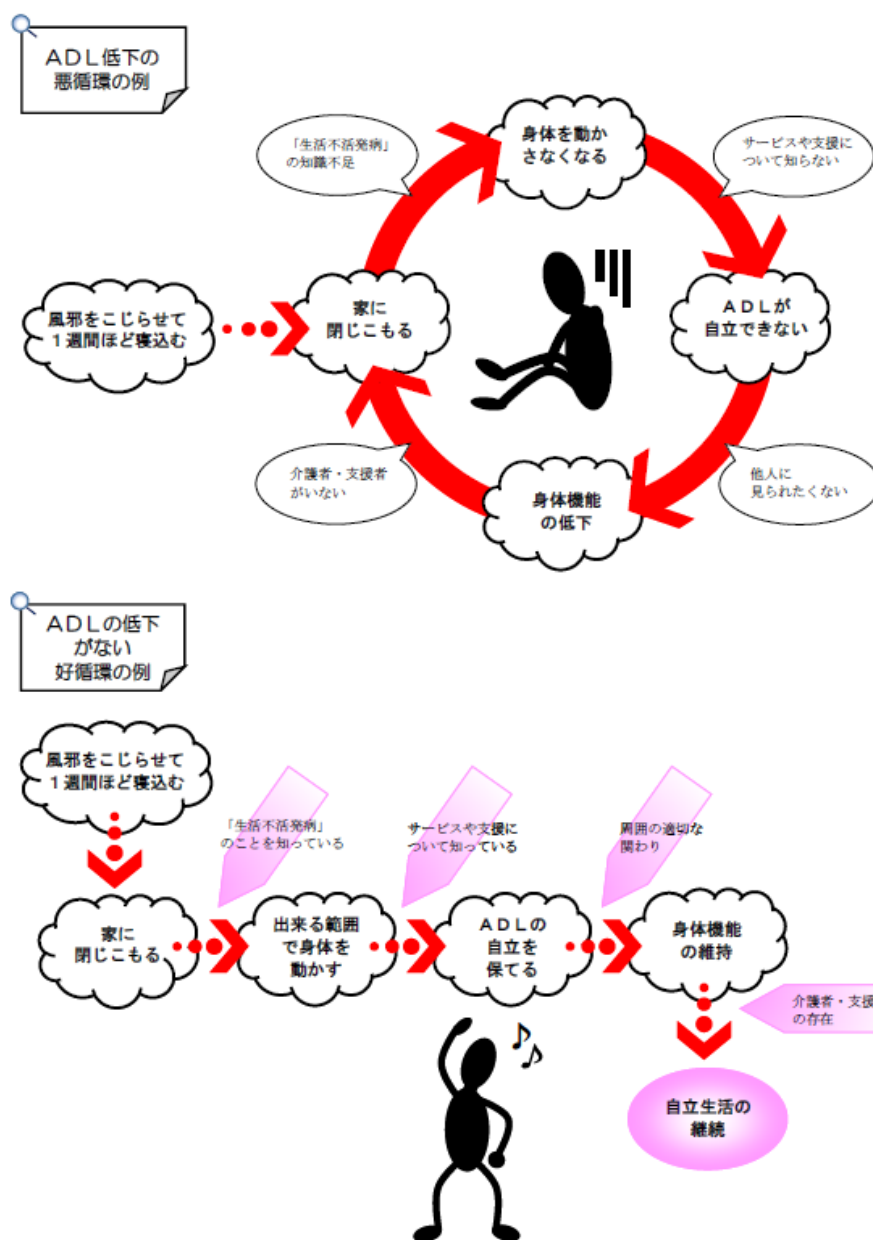
そのため、「心身機能」だけでなく、「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要になります。

また、状態の改善可能性を探るということについては、「利用者や家族は、困っていることやこうしてほしいということしか言わないので、改善可能性の追求などということは余計なお世話ではないか」というような意見もあるかもしれません。

ここで考えて頂きたいのは、「それは本心か？」ということです。「苦しみとは現実と希望のギャップである」という考え方があります。今の現実の状態に対して、「もっと元

気になりたい」「もう一度できるようになりたい」と思うと、現実と希望のギャップが大きくなり、かえって苦しみが大きくなります。そのため、あえて目標を下げてバランスをとっていると捉えることもできるのではないのでしょうか。

「利用者や家族が求めていることだけに対応すればよい」というように捉えると専門職の対応としては十分ではありません。専門職であれば、将来的な予測を踏まえ、より重度な状態になったり、介護負担がより大きくなったりすることを予防する視点が重要になるはずです。そのためには、利用者や家族が、今は求めていることであっても、将来的な予測を踏まえ、利用者・家族と話し合っていくことが大切です。



3.7 介護予防ケアマネジメント 単位数表

1 単位あたりの単価は津市の地域区分単価「10,420円」とします。

(単位)

	A (原則的)	B (簡略化)	C (初回のみ) ※1
利用サービス	従前相当、 サービス・活動 A (緩和基準)、 サービス・活動 C (短期集中)	委託によるサービス等※2	サービス・活動 B (住民主体)、その他の生活支援サービスの利用
基本単位	442	-	442
初回加算	300	-	-
委託連携加算	300	-	-
高齢者虐待防止措置 未実施減算	所定単位数の100分の1相当の単位数 ※3		
業務継続計画 未策定減算	所定単位数の100分の1相当の単位数 ※3		
介護職員等 処遇改善加算	所定単位数の1000分の21相当の単位数 ※4		
請求方法	地域包括支援センターから国保連へ		
サービス提供者	地域包括支援センター (居宅介護支援事業所に再委託可能)		地域包括支援センター

※1 介護予防ケアマネジメントCについては、報酬の請求は、前回より1年を過ぎないと算定できません。また、地域包括支援センターの直接実施のみ（居宅介護支援事業所へは委託しない）とします。

※2 令和8年6月1日時点において未実施

※3 厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合

※4 介護職員等処遇改善計画書を提出している等の条件を満たす場合

4 給付管理 対象サービス

総合事業については、指定事業者のサービスを利用する場合のみ原則的な給付管理を行います。

従前の介護予防訪問介護相当のサービス 「介護予防訪問型サービス」

従前の介護予防通所介護相当のサービス 「介護予防通所型サービス」

訪問型サービス・活動 A（緩和基準） 「生活支援訪問サービス」

通所型サービス・活動 A（緩和基準） 「生活支援通所サービス」

介護予防・日常生活支援総合事業の構成				津市での事業名
サービス・活動事業	訪問型サービス	従前の訪問介護相当	従前相当サービス	介護予防訪問型サービス
		多様なサービス・活動	訪問型サービス・活動 A（多様な主体）	生活支援訪問サービス
			訪問型サービス・活動 B（住民主体）	地域ささえあい訪問支援
			訪問型サービス・活動 C（短期集中予防サービス）	短期集中専門訪問サービス
	通所型サービス	従前の通所介護相当	従前相当サービス	介護予防通所型サービス
		多様なサービス・活動	通所型サービス・活動 A（多様な主体）	生活支援通所サービス
			通所型サービス・活動 B（住民主体）	地域ささえあい通所支援
			通所型サービス・活動 C（短期集中予防サービス）	短期集中専門通所サービス

5 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

5.1 事業対象者・要支援認定者

- ・事業対象者が要介護認定を申請し、認定結果が「非該当または要支援」となった場合

(国のガイドライン P100 参照)

利用サービス	認定結果(状態区分) 費用請求	非該当 (事業対象者)	要支援
予防給付によるサービスのみ	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費		
予防給付によるサービスと 総合事業によるサービスを 併用	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
	総合事業費（従前相当）	第1号事業支給費	第1号事業支給費
	総合事業費（従前相当以外）		
	ケアマネジメント費		予防給付
総合事業によるサービスのみ	総合事業費(従前相当)	第1号事業支給費	第1号事業支給費
	総合事業費（従前相当以外）		
	ケアマネジメント費		

※1 上記は、それぞれの指定（委託）を受けていることが前提

※2 月の途中で状態区分に変更がある場合は、月末における対象区分に応じたケアマネジメント費で算定するものとします。

5.2 要介護認定者

- ・事業対象者が要介護認定を申請し、認定結果が「要介護」となった場合

利用サービス	認定結果(状態区分)	
	費用請求区分	
介護給付によるサービスのみのみ	給付サービス費	介護給付
	ケアマネジメント費	
介護給付によるサービスと総合事業によるサービスを併用 ※2	給付サービス費	①介護給付 ②全額自己負担 ※1
	総合事業費	①全額自己負担 ②第1号事業支給費 ※1
	ケアマネジメント費	介護給付
総合事業によるサービス（従前相当サービス）のみ	総合事業（従前相当・国基準）費	認定日までは第1号事業支給費、 以後は介護給付
	ケアマネジメント費	介護給付
総合事業によるサービス（上記以外）のみ	総合事業（上記以外）費	第1号事業支給費 (介護給付サービス開始まで)
	ケアマネジメント費	

※1 認定日までは、申請日にさかのぼって②の組合せとすることもできます。

※2 要介護認定を受ける日以前から継続的にサービス・活動事業（従前相当サービス及びサービス・活動Cを除く。）を利用していた場合は、継続利用要介護者として介護給付を受けながらサービス・活動を継続利用することができます。

問 4 基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護 1 と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

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

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

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

5.3 継続利用要介護者

本人の希望を踏まえて地域のつながりを継続できるようにすることで、日常生活を継続するための選択肢の拡大を図る観点から、介護給付を受ける以前から継続的に総合事業を利用する要介護者（継続利用要介護者）にあっては、令和3年度からサービス・活動B（住民主体）を、令和6年度からはサービス・活動A（緩和基準）を、要介護認定によるサービスを受けた日以後も継続的にサービスを利用できるようになった。（施行規則第140条の62の4第3号）

継続利用要介護者の選択のもと、心身の状況等を踏まえたサービスが適切に提供されるよう、継続利用要介護者に対し総合事業を提供する際の基準に、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、地域ケア会議等との密接な連携と緊急時の対応に関する基準を設ける。（施行規則第140条の62の3第2項）

継続利用要介護者が、サービス・活動A（緩和基準）、サービス・活動B（住民主体）と介護サービスを併用する場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が居宅サービス計画に位置付けて行うこととなる。また、継続利用要介護者がサービス・活動A（緩和基準）、サービス・活動B（住民主体）のみを利用する場合は、地域包括支援センターがケアマネジメントを行うこととなる。なお、介護支援専門員等は、モニタリングを通じて継続利用要介護者の状態変化等に留意し、状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、適切な対応を行うことが必要である。

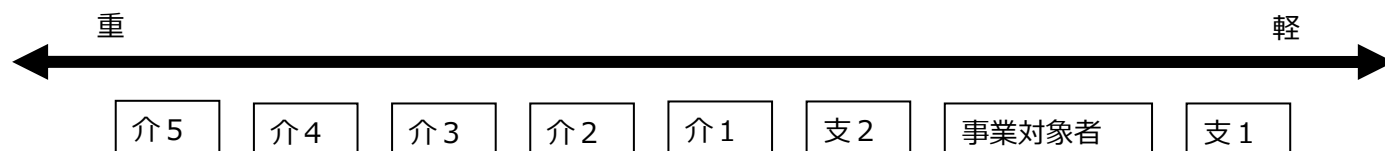
5.4 月途中で要支援・要介護状態区分等を変更した場合の請求明細書等の記載の整理

同月内に、要介護状態区分変更前後の要介護度に応じたサービスを利用しているパターンの整理

		給付管理票	サービス計画費	請求明細書		
		要支援・ 要介護状態区 分等	被保険者欄の 要介護状態 区分	要介護状態 区分	要支援状態 区分	要支援状態区 分等 (総合事業)
		重い方を対象 ※ 2	月末時点	月末時点		
1	事業対象者→要支援 1	事業対象者	要支援 1	—	要支援 1	要支援 1
2	事業対象者→要支援 2	要支援 2	要支援 2	—	要支援 2	要支援 2
3	事業対象者→要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	—	事業対象者
4	要支援 1→事業対象者	月途中の要支援 1 → 事業対象者への変更はない				
5	要支援 1→要支援 2	要支援 2	要支援 2	—	要支援 2	要支援 2
6	要支援 1→要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1
7	要支援 2→事業対象者	月途中の要支援 2 → 事業対象者への変更はない				
8	要支援 2→要支援 1	要支援 2	要支援 1		要支援 1	要支援 1
9	要支援 2→要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要介護 N ※ 1	要支援 2
10	要介護 N ※ 1→事業対象者	月途中の要介護 N ※ → 事業対象者への変更はない				
11	要介護 N ※ 1→要支援 1	要介護 N ※ 1	要支援 1	要支援 1	要支援 1	要支援 1
12	要介護 N ※ 1→要支援 2	要介護 N ※ 1	要支援 2	要支援 2	要支援 2	要支援 2

※ 1 要介護 N は、要介護 1 ～ 5 のいずれかを意味する。

※ 2



6 支給限度額の考え方

事業対象者について給付管理を行う場合は、予防給付の要支援 1 の限度額を目安として行います。

総合事業	予防給付	
事業対象者	要支援 1	要支援 2
5, 0 3 2 単位	5, 0 3 2 単位	1 0, 5 3 1 単位
利用者の状態によっては、事業対象者が<u>予防給付の要支援 1 の限度額を超える（ただし、要支援 2 の限度額の範囲内）</u>ことも可能。 ※ 退院直後で、集中的にサービス利用をすることが自立支援につながると考えられるような場合など （国のガイドライン・P96） 一時的に限度額を引き上げる場合は、津市（介護保険課）に以下の書類を提出する (1) 総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書 (2) 介護予防サービス・支援計画書 (3) サービス担当者会議の要点 ※ 月末までに申請すると翌月 1 0 日までの請求が可能		

7 事業対象者及び要支援 1・2 の支給限度額

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費等の区分※	支給限度額
事業対象者	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式七の三)	5, 0 3 2 単位
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費 (様式七の二)	5, 0 3 2 単位
	予防給付と総合事業		
	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式七の三)	
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費 (様式七の二)	1 0, 5 3 1 単位
	予防給付と総合事業		
	総合事業のみ	介護予防ケアマネジメント費 (様式七の三)	

※ 介護予防支援費の場合は居宅介護支援費の逓減制の対象となりますが、介護予防ケアマネジメント費の場合は逓減制の対象となりません。

※ 短期集中専門サービスについては、令和 2 年度までは支給限度額管理の対象としていましたが、令和 3 年度からは対象外とします。

7.1 予防給付と総合事業を併用する場合

予防給付と総合事業を併用した利用の場合、給付管理については、予防給付とサービス・活動事業の給付管理の必要なもの（従前相当サービスや指定事業者によるサービス・活動 A）を併せて限度額管理を行います。

要支援者支給限度額超過時の自己負担について

要支援者が介護予防給付と総合事業の両方のサービスを利用する計画において、合算後支給限度額基準額を超過する場合は、介護予防給付から割り当てて、残りを総合事業より割り当てる

国保健康保険中央会より厚生労働省への疑義照会結果

8 月額包括報酬を算定するサービスの日割り請求

(介護予防訪問型・介護予防通所型サービス)

予防給付と異なり、利用者との契約開始又は契約解除について、契約日（サービス事業者と利用者が契約を締結した日）又は契約解除日を起算日として日割りとして算定します。

ただし、契約月内にサービス提供がなかった場合、当該月の報酬を算定することができません。その場合、初回のサービス提供日の属する月以降、月額報酬の算定が可能です。

また、月途中で利用者が死亡した場合は、契約解除の取り扱いに準じ、死亡日を起算日として日割りを行ってください。

なお、区分変更（要支援 1 ⇄ 要支援 2）は変更日から、区分変更（要介護 → 要支援）は契約日から日割りで算定するのは、従来の予防給付と同様です。

その他、月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については、厚生労働省資料をご確認ください。

【日割りの具体例】

●要支援者・事業対象者が、介護予防訪問型・介護予防通所型サービスを月途中で契約・同月利用開始になった場合。

例 1 5月25日に契約 5月27日に利用開始 ⇒ 日割り対象 5月分は【日割×7日】

例 2 5月25日に契約 6月2日に利用開始 ⇒ 日割り対象外 6月分は包括報酬（月額）

●要支援者、事業対象者が、介護予防訪問型・介護予防通所型サービスを月途中で解約した場合

例 3 5月12日に最終利用、5月15日に本人の申出により契約解除

⇒ 日割り対象 5月分は【日割×15日】となる

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・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する。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する。

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

月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
介護予防通所リハ (介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む)	開 始	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
		介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）	契約解除日
		・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
	終 了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）	サービス提供日 (通い、訪問又は宿泊)の前日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）	入所日の前日

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

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
訪問看護（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合）	開始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日の翌日 退居日の翌日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間（ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付終了日の翌日
	終了	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ（※1）） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間（ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く）	給付開始日の前日

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
定期巡回・随時対応型訪問 介護看護	開 始	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の退居（※1）	退所日 退居日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付終了日の翌日
	終 了	・区分変更（要介護1～5の間）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止	契約解除日 （満了日） （開始日）
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所（※1） ・小規模多機能型居宅介護（短期利用型）、認知症対応型共同生活介護（短期利用型）、特定施設入居者生活介護（短期利用型）又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型）の入居（※1）	入所日の前日 入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間	給付開始日の前日
福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 （特定施設入居者生活介護 及び介護予防特定施設入 居者生活介護における外部 サービス利用型を含む）	開 始	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	開始日
	終 了	・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合（ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。）	中止日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自） ※月額包括報酬の単位とした場合	開 始	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）
		変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除
		契約日
		・利用者との契約開始
		契約日
		・介護予防訪問介護の契約開始（月額報酬対象サービスが、訪問型サービス（独自）の場合） ・介護予防通所介護の契約開始（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居（※1）
		退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）
		契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護の退所（※1）
		退所日の翌日
		・介護予防短期入所療養介護の退所・退院（※1）
		退所・退院日又は退所・退院日の翌日
終了	・区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）（通所型サービス（独自）のみ） ・区分変更（事業対象者→要支援）（通所型サービス（独自）のみ）	変更日
		・区分変更（事業対象者→要介護） ・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1） ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始
		契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		・利用者との契約解除
		契約解除日
		・介護予防訪問介護の契約開始（月額報酬対象サービスが、訪問型サービス（独自）の場合） ・介護予防通所介護の契約開始（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の登録開始
		サービス提供日（通い、

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※ 2
		(※ 1)	訪問又は宿泊) の前日
		・ 介護予防短期入所生活介護の入所 (※ 1)	入所日の前日
		・ 介護予防短期入所療養介護の入所・入院 (※ 1)	入所・入院日又は入所・入院日の前日
月額報酬対象サービス全て (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及び減算を除く)	開始	・ 公費適用の有効期間開始	開始
		生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
		・ 公費適用の有効期間終了	終了日
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費 日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	-	・ 日割りは行わない。 ・ 月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※ 1) ・ 月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・ 月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。	-

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

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

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

9 要支援者等に対する指定事業所のサービス概要

9.1 訪問型サービス

9.1.1 訪問型サービス（類型）

	総合事業		
	介護予防訪問型サービス	生活支援訪問サービス	短期集中専門訪問サービス
ケアマネジメント	介護予防支援（介護予防サービス計画） 又は 介護予防ケアマネジメント		
サービス内容	訪問介護員による 身体介護・生活援助	従事者による生活援助	3か月程度 (最長で6か月程度)
サービス提供者	津市の指定を受けた事業者		津市と委託契約を 締結した事業者 ※1
サービスの基準	従前	緩和	市独自
単価	月額 (生活支援訪問サービスと 組み合わせる時は回数制)	回数制	回数制
利用者負担	介護給付の負担割合と同じ		1回あたりの定額
			400円
限度額管理の 有無・方法	限度額の管理の対象・国保連で管理		限度額の管理の 対象外
事業費の支払方法	国保連経由支払い		
サービスコード	A 2	A 3	A 4

※1 令和8年6月時点において未実施

9.1.2 訪問型 サービス単価

- ・ 1 単位あたりの単価は、介護予防訪問型サービスと生活支援訪問サービスの場合、津市の地域区分単価「10,42円」と同じとします。短期集中専門訪問サービスは「10円」とします。
- ・ 介護予防訪問型サービスを単独で利用する場合は月額単位、生活支援訪問サービスと組み合わせる場合は、回数制の報酬になります。（月額単位と回数制の単位を組み合わせることはできません）。ただし、国が定める単価を勘案し、週1回程度が1,176単位、週2回程度が2,349単位、週2回超が3,727単位の範囲で組み合わせます。

イ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）

（単位）

介護予防訪問型サービスの 利用回数	単位数
週1回程度	1,176
週2回程度	2,349
週2回超	3,727
初回加算	300
同一建物減算	所定単位数の100分の10相当の単位数減
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1相当の単位数減
業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の1相当の単位数減

※ 生活支援訪問サービス及び短期集中専門訪問サービスには月額報酬の算定はありません。

※ 減算については、厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に適用されます。

※ 厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、特別地域訪問介護加算、小規模事業所加算、中山間地域等提供加算、生活機能向上連携加算、口腔連携強化加算、介護職員等処遇改善加算として、別途津市が定める単位数を加算することができます。

□ 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）

（単位）

介護予防訪問型サービス ※ 1		生活支援訪問サービス		短期集中専門 訪問サービス
利用内容	単位数	利用内容	単位数	単位数
標準的な内容の 訪問型サービス	2 8 7 1 2 回まで	生活援助	2 5 8 1 4 回まで	5 2 2 2 0 回まで
短時間の 身体介護	1 6 3 2 2 回まで	短時間の生活援助 (2 0 分未満)	1 4 7 2 5 回まで	
初回加算	3 0 0 ※ 2			
同一建物減算	所定単位数の 1 0 0 分の 1 0 相当の単位数減			
高齢者虐待防止 措置未実施減算	所定単位数の 1 0 0 分の 1 相当 の単位数減			
業務継続計画未 策定減算				

※ 1 介護予防訪問型サービスについて、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、特別地域訪問介護加算、小規模事業所加算、中山間地域等提供加算、生活機能向上連携加算、口腔連携強化加算、介護職員等処遇改善加算として、別途津市が定める単位数を加算することができます。

※ 2 生活支援訪問サービスについて、初回加算を算定する場合は、個別サービス計画が必要になり、訪問事業提供責任者が初回訪問を行います。また、同一事業所で介護予防訪問型サービスと生活支援訪問サービスを組み合わせる場合は、いずれかのみで算定することとします。

※ 3 減算については、厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に適用されます。

9.1.3 訪問型サービス基準 (人員)

訪問介護と介護予防訪問型 サービスと一体的に実施	訪問介護と生活支援訪問 サービスと一体的に実施	生活支援訪問サービス
(1)管理者 * 1 常勤・専従 1 以上 (2)訪問介護員等 常勤換算 2.5 以上 【資格要件】 介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者 (3) サービス提供責任者 【資格要件】 介護福祉士、実務者研修修了者、3 年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者（平成 30 年度まで） 常勤の訪問介護員等のうち、利用者 40 人に 1 以上 * 2 * 1 支障がない場合、他の職務、他事業所等の職務に従事可能 * 2 一部非常勤職員も可能	訪問介護員等は要支援者と要介護者を合わせた数。 サービス提供責任者は、要介護者数で介護給付の基準を満たし、<u>要支援者には訪問事業提供責任者 必要数</u> 生活支援訪問サービスの利用者を 60 で除して得られる数 (少数点以下切り上げ) (1) 管理者 * 1 常勤・専従 1 以上 (2) 訪問介護員等 常勤換算 2.5 以上 【資格要件】 介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、<u>一定の研修受講者</u> (3) サービス提供責任者 【資格要件】 介護福祉士、実務者研修修了者 3 年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者（平成 30 年度まで） * 2 * 3 (4) 訪問事業提供責任者 * 1 支障がない場合、他の職務、他事業所等の業務に従事可能 * 2 一部非常勤職員の可能 * 3 要介護者の処遇に影響がないように配慮	(1) 管理者 * 専従 1 以上 (2) 従事者 1 以上必要数 【資格要件】 介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、<u>一定の研修受講者</u> (3) 訪問事業提供責任者 従事者のうち必要数 【資格要件 従事者に同じ】 * 1 支障がない場合、他の職務、他事業所等の業務に従事可能

9.1.4 訪問型サービス基準（運営・設備）

訪問介護と介護予防訪問型 サービスと一体的に実施	訪問介護と生活支援訪問 サービスと一体的に実施	生活支援訪問サービス
【設備】 事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 必要な設備・備品		
【運営基準】 ○個別サービス計画の作成 ○運営規程等の説明・同意 ○提供拒否の禁止 ○訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ○秘密の保持等 ○事故発生時の対応 ○関係機関との密接な連携及び病状の急変時の対応 ○変更・再開の届出 ○廃止・休止の届出と提供等		○必要に応じ個別サービス計画の作成 ○従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ○従事者又は従事者であった者の秘密保持 ○事故発生時の対応 ○関係機関との連携及び病状の急変時の対応 ○変更・再開の届出 ○廃止・休止の届出と便宜

9.2 通所型サービス

9.2.1 通所型サービス（類型）

	総合事業		
	介護予防通所型サービス	生活支援通所サービス	短期集中専門通所サービス
ケアマネジメント	介護予防支援（介護予防サービス計画） 又は 介護予防ケアマネジメント		
サービス内容	介護予防通所介護と 同様のサービス	「通いの場」での支援	3 か月程度 （最長で 6 か月程度）
サービス提供者	津市の指定を受けた事業者		津市と委託契約を 締結した事業者
サービスの基準	従前	緩和	市独自
単価	月額 （生活支援通所サービスと 組み合わせる時は回数制）	回数制	回数制
利用者負担	介護給付の負担割合と同じ		1 回あたりの定額
			3 5 0 円
限度額管理の 有無・方法	限度額の管理の対象・国保連で管理		限度額の管理の 対象外
事業者への支払方法	国保連経由支払い		
サービスコード	A 6	A 7	A 8

9.2.2 通所型サービス 単位数表

- ・ 1 単位あたりの単価は、介護予防通所型サービスと生活支援通所サービスの場合、津市の地域区分単価「10,27円」と同じとします。短期集中専門通所サービスは10円とします。
- ・ 介護予防通所型サービスを単独で利用する場合は月額単位、生活支援通所サービスと組み合わせる場合は、回数制の報酬になります。（月額単位と回数制の単位を組み合わせることはできません）。ただし、国が定める単価を勘案し、週1回程度が1,798単位、週2回程度が3,621単位以内で組み合わせます。

イ 1 週当たりの標準的な回数を定める場合（1月につき）

（単位）

対象者	利用内容	介護予防通所型サービス	同一建物減算
要支援1 事業対象者	週1回程度	1,798	△376
要支援2のみ	週1回程度	1,810	△376
	週2回程度 又は2回超	3,621	△752
送迎未実施減算		△47（片道につき）	
定員超過利用減算 または人員基準欠如減算		所定単位数の100分の30相当の単位数減	
高齢者虐待防止措置未実施減算		所定単位数の100分の1相当の単位数減	
業務継続計画未策定減算		所定単位数の100分の1相当の単位数減	

- ※ 生活支援通所サービス及び短期集中専門通所サービスには月額報酬の算定はありません。
- ※ 減算については、厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に適用されます。
- ※ 厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、中山間地域等提供加算、生活機能向上グループ活動加算、若年性認知症利用者受入加算、栄養アセスメント加算、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、サービス提供体制強化加算、生活機能向上連携加算、口腔・栄養スクリーニング加算、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算として、別途津市が定める単位数を加算することができます。

□ 1月当たりの回数を定める場合（1回につき）

（単位）

対象者	利用内容	介護予防通所型サービス	生活支援通所サービス	短期集中専門 通所サービス
要支援 1 事業対象者	週 1 回程度	4 3 6 4 回まで	2 時間以上 5 時間未満 3 4 9 5 回まで	4 3 6 9 回まで
			5 時間以上 3 9 2 4 回まで	
要支援 2 のみ	週 2 回程度 又は 2 回超	4 4 7 8 回まで	2 時間以上 5 時間未満 3 5 8 1 0 回まで	
			5 時間以上 4 0 2 9 回まで	
送迎未実施減算		△ 4 7 (片道につき)		△ 5 (片道につき)
同一建物減算		△ 9 4	所定単位の 1 0 0 分の 2 3 相当の単位減	
定員超過利用減算 または人員基準欠如減算		所定単位数の 1 0 0 分の 3 0 相当の単位数減		
高齢者虐待防止措置 未実施減算		所定単位数の 1 0 0 分の 1 相当の単位数減		
業務継続計画未策定減算		所定単位数の 1 0 0 分の 1 相当の単位数減		

※ 減算については、厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合に適用されます。

※ 介護予防通所型サービスについて、厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、中山間地域等提供加算、生活機能向上グループ活動加算、若年性認知症利用者受入加算、栄養アセスメント加算、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、サービス提供体制強化加算、生活機能向上連携加算、口腔・栄養スクリーニング加算、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算として、別途津市が定める単位数を加算することができます。

9.2.3 通所型サービス基準（人員）

通所介護と介護予防通所型 サービスと一体的に実施	通所介護と生活支援通所 サービスと一体的に実施	生活支援通所サービス
現行と同様、従事者が専従要件を満たしているとみなし、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす。 (1) 管理者 *1 常勤・専従1以上 (2) 生活相談員 専従1以上 (3) 看護職員 専従1以上 (4) 介護職員 利用者15人まで 専従1以上（サービス単位ごとに常時1確保・利用者15人を超えると、利用者1人につき専従0.2以上） ★ 生活相談員・介護職員の1以上は常勤 (5) 機能訓練指導員 1以上 複数の単位のサービスを同時時間帯に実施している場合、単位を超えて柔軟な配置が可能	従事者が専従要件を満たしているとみなし、要介護者だけで介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数を満たす。 要支援・事業対象者 15人まで 専従1以上 15人を超えると利用者1人以上に 専従0.1以上 要介護者と合わせて全体の利用者が15人までは、通所介護と同じ (1) 管理者 *1 常勤・専従1以上 (2) 生活相談員 専従1以上 (3) 看護職員 専従1以上 (4) 介護職員 利用者15人まで 要介護者への人員配置 左に同じ ★ 生活相談員・介護職員の1以上は常勤 (5) 機能訓練指導員 1以上 複数の単位のサービスを同時時間帯に実施している場合、単位を超えて柔軟な配置が可能	従事者が専従要件を満たしているとみなす (1) 管理者 *1 専従1以上 (2) 従事者 利用者15人まで専従1以上 利用者15人を超えると、利用者1人につき専従0.1以上 *1 支障がない場合、他の職務、他事業所等の職務に従事可能 生活相談員 機能訓練指導員 看護職員 配置不要
【確保すべき介護職員の勤務延時間数の計算式】 平均提供時間数 = 利用者ごとの提供時間数の合計 ÷ 利用者数 利用者15人まで 単位ごとに確保すべき勤務延時間数 = 平均提供時間数 利用者16人以上 単位ごとに確保すべき勤務延時間数 = (利用者 - 15) ÷ 10 + 1 × 平均提供時間数		

9.2.4 通所型サービス基準（設備・運営）

通所介護と介護予防通所型 サービスと一体的に実施	通所介護と生活支援通所 サービスと一体的に実施	生活支援通所サービス
【設備】 現行と同様、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす ○食堂・機能訓練室（3㎡×利用定員以上） ○静養室・相談室・事務室 ○消火設備その他の非常災害に必要な設備 ○必要な設備及び備品		【設備】 ○サービスを提供するために必要な場所（3㎡×利用定員以上） ○必要な備品
【運営基準】 ○個別サービス計画の作成 ○運営規程等の説明・同意 ○提供拒否の禁止 ○訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ○秘密の保持等 ○事故発生時の対応 ○関係機関との密接な連携及び病状の急変時の対応 ○変更・再開の届出 ○廃止・休止の届出と提供等		【運営基準】 ○必要に応じ個別サービス計画の作成 ○従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ○従事者又は従事者であった者の秘密保持 ○事故発生時の対応 ○関係機関との連携及び病状の急変時の対応 ○変更・再開の届出 ○廃止・休止の届出と便宜

9.3 参考 Q&A

平成 27 年 8 月 19 日 介護保険最新情報

VOL494

問 9 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、専従要件や加配職員を求めている加算の算定要件について、どのように考えればよいか。

（答）

1 算定要件として専従の職員配置を求めている加算である「中重度ケア体制加算」、「個別機能訓練加算（Ⅰ）・（Ⅱ）」と「認知症加算」については、人員基準の取扱いと同様、通所介護の職員が通所介護と一体的に提供される通所型サービス A 及び従前の介護予防通所介護相当のサービスに従事したとしても、当該職員は専従要件を通所介護で満たしているものとして取り扱うこととする。

※ 個別機能訓練加算（Ⅰ）の算定においては、「常勤」の機能訓練指導員がサービス提供時間帯を通じて専従することが要件であるが、常勤要件についても、それぞれのサービス提供に支障がない範囲で同様の取扱いとする。

2 また、算定要件として職員の加配を求めている加算である「中重度ケア体制加算」と「認知症加算」については、認知症高齢者や重度要介護者に在宅生活の継続に資するサービスを提供している事業所を評価する加算であることから、通所型サービス A の職員の勤務時間は、加配職員として常勤換算員数を算出する際の勤務時間数に含めることはできない。

問 10 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、サービス提供体制強化加算を算定する上で、職員の割合はどのように算出すればよいのか。

（答）

- 1 サービス提供体制強化加算の算定に当たっては、常勤換算方法により介護福祉士が 50%以上配置されていること等が要件とされており、通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、
 - ・ 通所型サービス A の職員は含めず、
 - ・ 従前の介護予防通所介護に相当するサービスの職員は含めて、職員の割合を算出する。
- 2 この場合、通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの双方においてサービス提供体制強化加算を算定可能である。

問 1 1 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、人員基準欠如の扱いはどのようにすべきか。

（答）

通所介護と、通所型サービス A 及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う事業所については、それぞれ必要となる職員（勤務時間）の合計に対して実際の職員配置が人員欠如となる場合、一体的に運営している以上、それぞれのサービスの提供や利用者の処遇に支障があると考えられることから、それぞれの事業所が人員基準欠如となり、

- ・ 通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの部分は、減算の対象となる。
- ・ 通所型サービス A の部分は、市町村の定める減算等の取扱いによることとなる。

問 1 2 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、定員超過利用の扱いはどのようにすべきか。

（答）

- 1 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う事業所の定員については、
 - ・ 通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスについては、通所介護の対象となる利用者（要介護者）と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの対象となる利用者（要支援者等）との合算で、利用定員を定め、
 - ・ これとは別に通所型サービス A については、当該サービスの利用者（要支援者等）で利用定員を定めることとしている。
- 2 したがって、事業所全体では、利用定員を超えないものの、
 - ・ 通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの部分が、通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの利用定員の超過利用となる場合、減算の対象となる。
 - ・ 通所型サービス A の部分が、通所型サービス A の利用定員の超過利用となる場合、市町村の定める減算等の取扱いによることとなる。
- 3 なお、事業所は、適正なサービスの提供を確保するため、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。

問 1 3 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、地域密着型通所介護への移行対象となる利用定員についてどのように考えるのか。

（答）

- 1 通所介護の定員については、通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う事業所の場合、通所介護の対象となる利用者（要介護者）と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの対象となる利用者（要支援者等）との合算で、利用定員を定めることとしている。
- 2 したがって、通所型サービス A の利用定員に関わらず、通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスの合計定員が 18 名以下の場合において、地域密着型通所介護への移行対象となる。

問 1 4 通所介護と、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）及び従前の介護予防通所介護に相当するサービスを一体的に行う場合、食堂及び機能訓練室の合計した面積はどのように確保すべきか。

（答）

- 1 食堂及び機能訓練室の合計した面積については、
 - ・ 通所介護と従前の介護予防通所介護に相当するサービスについては、利用定員 $\times$ 3 m² 以上、
 - ・ 通所型サービス A については、サービスを提供するために必要な場所を確保することが必要である。
- 2 通所介護、従前の介護予防通所介護に相当するサービス及び緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）を一体的に行う場合、それぞれの利用者の処遇に支障がないことを前提にサービス提供する必要があるため、食堂及び機能訓練室の合計した面積は、事業所全体の利用定員 $\times$ 3 m² 以上確保する必要がある。
- 3 なお、この場合、緩和した基準によるサービス（通所型サービス A）に関しては、要介護者への処遇に影響を与えないことを前提に、総合事業の基準による人員配置が可能である。

問 1 5 訪問介護の集合住宅の減算については、従前の介護予防訪問介護に相当するサービスの利用者も含めて計算するとあるが、緩和した基準によるサービスの利用者は含めないものと考えてよいのか。

（答）

貴見のとおり。

問 16 訪問介護の特定事業所加算における訪問介護員等要件である介護福祉士等の割合には、緩和した基準によるサービスに従事する時間を含むか。また、重度要介護者等対応要件である利用者の数には、緩和した基準によるサービスの利用者は含むか。

(答)

特定事業所加算の算定要件のうち、訪問介護員等要件の割合は、指定訪問介護事業所の訪問介護員等の状況に基づき算定することとしており、緩和した基準によるサービスに従事する時間は含まない。

また、重度要介護者等対応要件の利用者割合は、指定訪問介護の利用者数（一体的な運営を行う場合の第一号訪問介護の利用者を除く）に基づき算定することとしており、緩和した基準によるサービスの利用者は含まない。

令和6年3月15日 介護保険最新情報
VOL. 1225

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 106 テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて、訪問介護員が訪問している間に、テレビ電話装置等の準備をすることは可能か。

(答)

訪問介護の提供に支障が生じない範囲で、例えば ICT 機器の On/Off 等の協力などを行うことは差し支えないが、具体的な実施方法や連携方法等は、あらかじめ指定居宅介護支援事業所と訪問介護事業所とで調整すること。また、協力・連携の範囲について、利用者の要望や目的によっては、適切ではない場合等もあると考えられるため、その必要性等については、状況に応じて判断する必要がある。

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 107 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）を作成後、初回のモニタリングについてもテレビ電話装置等を活用して行うことは可能か。

(答)

要件を満たしていれば可能であるが、居宅サービス計画等の実施状況を適切に把握する観点から、初回のモニタリングは利用者の居宅を訪問して行い、その結果を踏まえた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングが可能かどうかを検討することが望ましい。

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 108 情報連携シートの項目はすべて記載する必要があるか。

(答)

テレビ電話装置等を活用したモニタリングのみでは収集できない情報について、居宅サービス事業者等に情報収集を依頼する項目のみを記載すればよい。

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 109 サービス事業所に情報収集を依頼するにあたり、情報連携シートではなく、民間の介護ソフト・アプリの記録機能を活用する方法は認められるか。

(答)

情報連携シートは様式例であるため、必ずしもこの様式に限定されないが、介護ソフト・アプリの記録機能を活用する場合においても、情報連携シートの項目と照らし、指定居宅介護支援事業者と居宅サービス事業者等の連携に必要な情報が得られるかを確認すること。

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 110 利用者に特段の事情がある場合には1月に1回（介護予防支援の場合は3月に1回）のモニタリングを行わなくてもよいが、利用者が使用するテレビ電話装置等のトラブルによりモニタリングが実施できなかった場合は特段の事情に該当するか。

(答)

該当しない。この場合は、利用者の居宅への訪問によるモニタリングに切り替えること。

○ テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて

問 111 文書により利用者の同意を得る必要があるが、重要事項説明書等にチェック欄を設けるなどの対応でも差し支えないか。

(答)

利用者やその家族に対し、テレビ電話装置等を活用したモニタリングについて、そのメリット・デメリットを含め十分に説明した上で、チェック欄にチェックを入れることにより同意を得ることは差し支えない。

○ 管理者について

問 122 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）の附則の規定により、令和9年3月31日までの間は、引き続き、令和3年3月31日における管理者である介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く）を管理者とすることができるとされているが、指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者が、上記の介護支援専門員を管理者とすることは可能か。

(答)

原則不可だが、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合はこの限りでない。

○ 地域包括支援センターからの介護予防支援の委託

問 123 介護予防支援の指定を受けている指定居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターから介護予防支援の委託を受けることは可能か。

(答)

- ・ 可能である。
- ・ 介護予防支援の指定は、介護予防支援の提供を受ける被保険者の保険者ごとに指定を受ける必要があるため、例えば、指定を受けていない保険者の管轄内に居住する被保険者に対し介護予防支援を提供する場合には、当該保険者の管轄する地域包括支援センターからの委託を受ける場合が考えられる。

令和6年3月29日 介護保険最新情報
VOL. 1245

○ 初回加算

問 6 指定居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受けて介護予防支援を提供していた利用者について、要介護認定を受け、引き続き当該事業所が居宅介護支援を提供する場合において、初回加算の算定は可能か。

(答)

指定介護予防支援事業所の利用実績は問わないため、算定できる（介護予防支援費の算定時においても同様である）。

【介護予防支援】

○ 初回加算

問 7 居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けて介護予防サービス計画を作成していた利用者について、当該居宅介護支援事業所が介護予防支援の指定を受け、当該利用者に対し直接介護予防支援を提供する場合、初回加算を算定できるのか。

(答)

算定可能である。なお、初回加算は指定介護予防支援事業者として新規で介護予防サービス計画を作成する手間を評価するものであるため、お尋ねの事例においては、原則として改めてアセスメント等を行った上で介護予防サービス計画を作成する必要がある。

10 様式

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日：令和 年 月 日

対象者氏名		被保険者番号	
-------	--	--------	--

【チェックリスト実施対象者判定確認】 (介護保険制度の説明 未 ・ 済)

項目	確 認 事 項	はい	いいえ
本人の状態	1 認知症状（物忘れ・同じ話を繰り返す等）がみられ、イライラしたり、ぼんやりすることが増えている。	☐	☐
	2 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	☐	☐
	3 身の回りのこと（排泄・着替え等）や服薬管理・金銭管理が自分でできない。	☐	☐
	4 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができない。	☐	☐
	5 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	☐	☐
	6 3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をした。	☐	☐
	7 かかりつけの医師から「運動を含む日常生活」の制限をされている。	☐	☐
	8 この6ヶ月以内に心臓発作・脳卒中を起こした。	☐	☐
	9 重い高血圧がある。（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）	☐	☐
	10 糖尿病・腎機能低下、低血糖発作などの既往症がある。	☐	☐
	11 この1年間で心電図に異常があると言われたことがある。	☐	☐
利用を希望するサービスの内容等	12 下記の介護予防サービスを利用したい。（希望するサービスに○） 1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. その他（ ）	☐	☐
	13 入居（GH等）・入所（特養・老健・療養病床）を希望している。	☐	☐
	14 かかりつけの医療機関又は現在治療を受けている病院で、医師等から介護認定申請を勧められた。	☐	☐
	15 【要支援2・更新時確認】現在受けているサービスの利用回数（介護予防訪問介護・週2回超）（介護予防通所介護・週2回）	☐	☐
	16 下記の総合事業のサービスを利用したい。（希望するサービスに○） 1. 訪問型サービス（掃除や買い物等の生活支援を受けたい） 2. 通所型サービス（他者との交流がしたい） 3. その他（ ）		

【状況調査にかかる事前確認】

状況調査 実施場所 の希望	☐ 本人自宅		
	☐ その他	住 所	
		訪 問 先	(続柄：) ※施設名や家族宅等（家族の場合は続柄記入）
		電 話 番 号	
調査日時 の希望 ※この時点で具体的な日にちの指定はできないことを伝える	☐ 希望なし		
	☐ 曜日の希望あり	曜 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
	☐ 時間の希望あり	時 間 帯	午前 ・ 午後 ・ 時頃
立会人	☐ なし		受付印
	☐ あり（立会人氏名： 続柄： ） （連絡先 ）		
特記事項			

基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日

住所

氏名

被保険者番号（ ）

生年月日 M・T・S 年 月 日（ ）歳

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○をお付け下さい)		備考(回答が網掛けの場合、 具体的な状況をご記入ください。)	
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		No1から No20 /20
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ		/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ		/2
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		/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ		/2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ		/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ		
20	今日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		/5
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ		
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ		

健康状態について 1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

(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。

令和 年 月 日

津市長 あて

津市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	被保険者番号					生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	フリガナ									
	被保険者氏名					性別	男 ・ 女			
						電話番号	()			
	住所	郵便番号								
	前回の 認定等 (該当者のみ)	状態区分	要支援1・要支援2・総合事業対象者・その他 ()							
有効期間		年 月 日 から				年 月 日				
希望するサービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ その他 ()									
問合せ先	フリガナ					本人との関係				
	氏名					電話番号	()			
	住所	郵便番号								
	チェックリスト実施について	☐ 本人に代わり、チェックリストについて下記の者が実施しました。 実施者：問合せ先と同一 ・ その他(氏名 続柄：) ※□に✓をし、いずれかに○をつけてください。本人が実施した場合には記入不要です。								
介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を津市から地域包括支援センターに提示することに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____										

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

※ 処理 欄	受付	処理日
	包括 受付	本人等 受付 包括資料 送付

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

区 分

新規・変更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号							
フリガナ									
		個 人 番 号							
		生 年 月 日							
		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									
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地 〒 —							
介護予防支援事業者の事業所番号		電話番号 ()							
		担当者氏名							
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。									
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒 —							
居宅介護支援事業者の事業所番号		電話番号 ()							
		担当者氏名							
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事由及び有効開始（変更）日									
☐ 新規または住所変更に伴う介護予防支援事業所変更のため ☐ 受託する居宅介護支援事業者変更（追加・削除）のため ☐ 要介護から要支援へ変更のため ☐ 暫定での届出と認定結果が異なるため ☐ その他 ()		※必ず記入してください。 有効開始（変更）日 年 月 日付							
※現在有効な負担割合証が発行されておらず暫定ケアプランにおいてサービスを開始する場合に限り、 介護保険負担割合証の交付についていずれかに ☒ をしてください。 ☐ ケアプランを作成依頼する事業者が受領することに同意します。 ☐ 自宅への郵送を希望します。 ☐ 認定結果と同時に受領することを希望します。									
（あて先）津市長 上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名 ※自署でない場合は、記名と押印が必要です。 電話番号 ()									
		<table border="1"> <tr> <td>申請</td> <td>本・代／郵</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">確 認 物 の み 可</td> <td>1点 運・障・個・居・他 ()</td> </tr> <tr> <td>2点 健保・介保・年手・年証・他 ()</td> </tr> <tr> <td>社員証・他 ()</td> </tr> </table>		申請	本・代／郵	確 認 物 の み 可	1点 運・障・個・居・他 ()	2点 健保・介保・年手・年証・他 ()	社員証・他 ()
申請	本・代／郵								
確 認 物 の み 可	1点 運・障・個・居・他 ()								
	2点 健保・介保・年手・年証・他 ()								
	社員証・他 ()								

- （注意）
- この届出書は、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに津市介護保険課へ提出してください。
 - 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、有効開始（変更）日を記入のうえ、必ず津市介護保険課に届出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - この届出書により届出された事業所に、津市から確認をとる場合があります。

受 付 印

暫定入力済み
差し替え済み

新規 ・ 継続

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

令和 年 月 日

津市長 様

(申請者) 事業所名 _____

担当者名 _____

事業所電話番号 _____

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ							生年 月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名							性別	男	・	女	
	住 所											

該 当 項 目 に ✓ し て く だ さ い	現在利用しているサービス	☐ 介護予防訪問型サービス ☐ 生活支援訪問サービス ☐ 介護予防通所型サービス ☐ 生活支援通所サービス ☐ その他
	区分支給限度額変更の理由	☐ 退院直後で、集中的にサービスを利用することが自立支援につながるため ☐ その他 ()
ケアプランの目標期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
次回見直しの時期		令和 年 月 日

【添付書類】

- 1 介護予防サービス・支援計画書
- 2 サービス担当者会議の要点

※ この様式は、確認を得て区分支給限度額を変更するために使用します。
 ※ 事業対象者の5, 032単位以上のサービスを利用する場合の届出です。
 ※ 利用期間は、概ね3か月とします。

受付印

11 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託事務手順（令和8年6月1日現在）

※以下の業務を行うにあたり、事前に地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所間で、業務委託契約の締結が必要

	業務の流れ	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所(委託先)	関連様式等
	利用者に対して、認定手続きの際に「要支援1・2や事業対象者」となった場合のサービス利用や手続きについて、事前に説明しておくとともに、認定結果が出た場合、速やかにケアマネジャーに連絡してもらおう。必ず説明しておくこと ※介護予防・生活支援サービスの利用が適当と考えられる場合は、「介護予防・日常生活支援総合事業確認票」を記入し、「基本チェックリスト」を相談者に記入してもらい、事業対象者に該当した場合は、「津市介護予防・日常生活支援総合事業確認申請書」に記入を求め、津市介護保険課に送付する。			
新規利用時		【利用申込受付】 - 被保険者証・負担割合証を確認する - 利用申込者（必要に応じて家族）に「介護予防サービス計画作成依頼届出書」に必要事項を記入後、被保険者証を預かる 【契約締結】 - 重要事項説明書を交付、説明し、同意を得る - 利用申込者と契約を締結する - 本人及び家族の個人情報使用同意を本人、及び当該家族から書面で作得 ※交付等（交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの）については、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて電磁的方法によることができる（運営基準第33条第2項参照）	※新規：同行訪問 ※当該契約の責任を地域包括が負うのであれば居宅介護事業所に任せられることも差し支えない（厚労省QAより） 【利用申込受付】 - 被保険者証・負担割合証を確認する - 利用申込者（必要に応じて家族）に「介護予防サービス計画作成依頼届出書」に必要事項を記入後、被保険者証を預かる 「介護予防サービス計画作成依頼届出書」を被保険者証とともに本庁、又は各総合支所介護保険窓口へ届出を行う 【情報収集・訪問・面接・計画原案作成】 - 必要に応じ、資料提供申請により、認定調査結果及び主治医意見書を取得する ※資料提供申請は、要介護者の場合と同様の方法で、各介護保険担当窓口で請求 - 利用者宅を訪問し、利用者の基本情報を確認する - 基本チェックリストを実施する - 利用者及びその家族に対して、アセスメントを行い、アセスメントの結果について記録する - 利用者及びその家族と共に介護予防サービス計画原案を作成する - アセスメントの結果をもとにどのような支援が必要かを利用者と調整する - 利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成する 【サービス担当者会議】 - 本人及びその家族、サービス提供事業者、主治医等とサービス担当者会議により、専門的意見を聴取する ⇒（目標の共有、役割分担の確認） ※介護予防サービス・支援計画作成時及び変更時に開催 ※サービス担当者会議の記録は、介護予防支援経過に記録する場合、は、介護給付における「サービス担当者会議の要点（第4表）」と同様の内容を記載する。 【介護予防サービス決定後】 - 介護予防サービス計画の内容を利用者及びその家族に説明し、同意を得る ※同意欄に利用者自署（家族の場合は押印） - 利用者、サービス提供事業者及び地域包括へ計画書を提出する	＜利用者の署名等が必要な書類＞ 1. 介護予防サービス計画作成届出書（1部） 2. 介護予防支援サービス利用契約書＜原本＞（2部） 3. 重要事項説明書＜原本＞（2部） 4. 介護予防サービス・支援計画書（2部） 5. サービス利用票（1部） 6. 資料提供申請書 7. 個人情報使用同意書（2部） ＜地域包括へ提出書類＞ 1. 介護予防支援サービス利用契約書＜原本＞（1部） 2. 重要事項説明書＜原本＞（1部） 3. 個人情報使用同意書 4. 利用者基本情報・基本チェックリスト 5. 被保険者証・負担割合証の写し 6. 介護予防サービス・支援計画書＜原本＞（1部）※本人の署名等確認 7. 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議録の要点含む） 8. 評価表（更新・変更時） 9. サービス利用票・サービス利用票別表 10. モニタリング ＜介護保険課へ提出書類＞ 1. 介護予防サービス計画作成届出書（添付：介護保険者証） 2. 介護サービス計画作成に係る資料提供申請書（添付：介護予防支援サービス利用契約書の写し） ＜サービス事業者へ交付書類＞ 1. 利用者基本情報、基本チェックリスト等 2. 介護予防サービス・支援計画書＜写し＞ ※地域包括意見欄にコメント記載済のこと 3. サービス提供票・サービス提供票別表 4. （必要に応じて）被保険者証・負担割合証の写し ＜利用者へ交付書類＞ 1. 介護予防支援サービス利用契約書＜原本＞（※契約時） 2. 重要事項説明書＜原本＞（※契約時） 3. 個人情報使用同意書 4. 介護予防サービス・支援計画書 ※地域包括意見欄にコメント記載済のこと 5. サービス利用票・サービス利用票別表 【介護予防サービス・支援計画書について】 ※当該計画書は、支援計画開始時に提出する（※暫定でも要） ※当該計画書の内容に変更があった場合は、有効期限内であっても、評価を行った上で、評価表とともに基本チェックリスト、計画書等を再提出する ※当該計画書の同意欄に本人の署名等が記載済であること 【給付管理関係】 ＜地域包括へ提出書類＞ ●毎月5日まで ※5日が土日祝日の場合は、前日（営業時間中）まで 1. 請求書（津市指定様式） ※当月請求分と、月遅れ請求分は別々に請求すること ※各法人の請求事務に基づき請求のこと 2. 介護予防支援事業実績報告書（津市指定様式） 3. 実績記載後のサービス利用票・サービス利用票別表 ※複数のサービスを利用している場合は、1枚にまとめて提出 4. 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議録の要点を含む） ●毎月20日まで 1. 翌月予定のサービス利用票・サービス利用票別表 2. 介護予防サービス・支援計画書＜原本＞※本人の署名等確認 ※当該計画書更新（変更）時毎に提出すること ※提出は郵送でも可。FAXは個人情報保護上、原則不可 ※更新（変更）中の利用者は認定結果が出てから、サービス利用票・サービス利用票別表を提出すること
		委託先居宅介護支援事業者やサービス提供事業者に変更がないか、サービス利用票・サービス利用票別表及び介護予防支援事業業務実績報告書（津市指定様式）を元に確認し、介護給付費明細書を作成、国保連へ請求する ※委託料の支払いを行う	サービス利用票・サービス利用票別表を利用者に交付、地域包括へ提出する ※上記利用票・利用票別表に押印又は自署をもらわない場合は、介護予防支援経過記録にその旨記載すること サービス提供票・サービス提供票別表をサービス提供事業者に交付する 【モニタリングについて】 - サービス提供を開始した翌月から原則として少なくとも3か月に1回、利用者宅を訪問し、計画の実施状況の把握をする - 少なくとも月1回は通所系事業所への訪問、電話などの方法による利用者の状態、サービス利用状況等の把握をする ※モニタリングは介護予防支援経過記録に「モニタリング」であることを明記し、地域包括へ提出 - 状態の変化等必要時、計画見直しの必要性について検討をする。一必要に応じて当該計画を変更する ※検討したことを介護予防支援経過記録に記載 - サービス提供事業者から利用実績、結果報告の確認をする - 利用者へサービス利用実績を確認する 実績をサービス利用票に転記し、介護予防支援経過記録（実績月の内容が分かるもの）と共に地域包括へ提出する 介護予防支援事業業務実績報告書及び請求書を提出する	【その他の留意事項】 - ケアマネジメントCについては、津市介護予防マネジメントガイドライン（令和5年4月）を参照のこと - 利用者の同意、署名が必要な書類等において、利用者が自署する場合、押印不要
評価		居宅介護支援事業者が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言などを行い意見を記入する	当該介護予防サービス計画の期間等に応じて（最長12か月）計画の達成状況について利用者宅を訪問し評価を行い、評価表を提出する ※状態等の変化により、認定の見直しを行った場合は、その時に評価を実施し、必要な事項を評価表に記載	
	【用語の省略】 ・本庁、または各総合支所介護保険窓口⇒市介護保険窓口 ・地域包括支援センター⇒地域包括 ・介護保険被保険者証⇒被保険者証 ・介護保険負担割合証⇒負担割合証		・介護サービス計画作成に係る資料提供申請書⇒資料提供申請書 ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約に関する個人情報使用同意書⇒個人情報使用同意書 ・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⇒評価表 ・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に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（H18.3.14厚生労働省省令第36号）⇒運営基準	