

平成28年1月19日
岡垣町役場本館3階 大会議室

「介護予防・日常生活支援総合事業」 に関する居宅介護支援事業所説明会

芦屋町・水巻町・岡垣町・遠賀町

目次	
・ はじめに	2
・ 介護サービスの利用の手続き	3
・ 福岡県介護保険広域連合における総合事業の具体的実施方法	4
・ 総合事業におけるサービスの位置付けについて	5
・ 総合事業への移行スケジュール	6
・ 総合事業 移行イメージ	7
・ 遠賀郡 介護予防・日常生活支援総合事業の利用の手続き	8
・ 新規フロー図	9
・ 更新時フロー図	11
・ 総合事業サービス受付票	12
・ 基本チェックリスト	14
・ 独自チェックリスト	15
・ 基本チェックリストについての考え方	16
・ 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	18
・ 介護保険被保険者証	19
・ 遠賀郡4町の緩和した基準によるサービス等提供内容	20
・ 訪問介護判断フロー図	21
・ 通所介護判断フロー図	22
・ 利用者基本情報	23
・ サービス支援計画表	24
・ 利用上限額	25
・ 予防給付及び総合事業を併用する場合の組み合わせ例	26
・ ケアマネジメント業務の一部委託の流れについて	27
・ 更新時に要支援認定から総合事業対象者になる人の手続きについて	28
・ 指定事業所による総合事業の実施について(請求関係)	29
・ 福岡県介護保険広域連合総合事業サービスコード表	30
・ サービスとケアマネジメントの関係	31
・ 介護予防支援業務委託料実績報告書	32
・ 介護予防支援業務委託料請求書	33
・ 総合事業に係るQ&A	34

はじめに

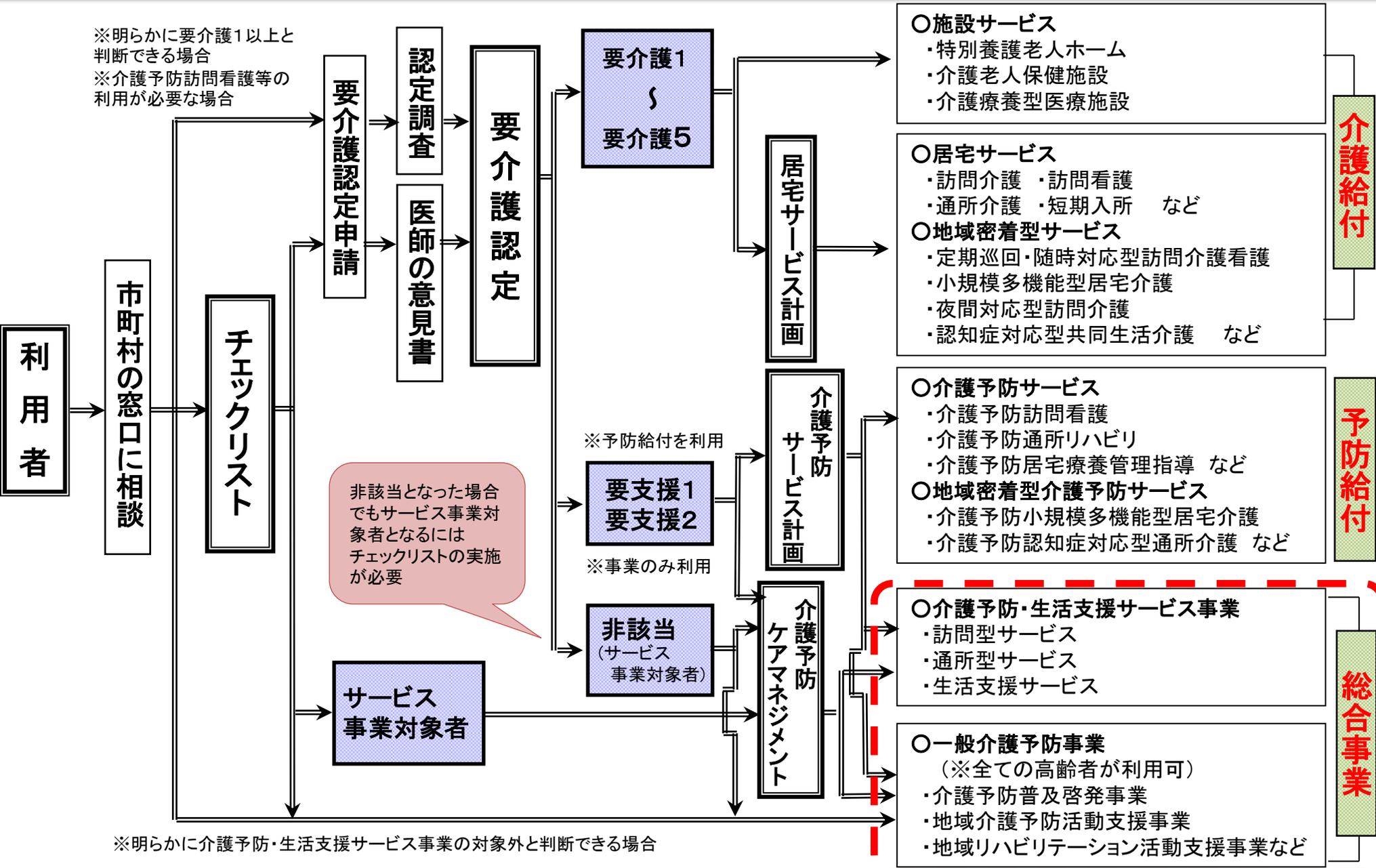
団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)に向け、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けられるよう医療、介護、予防、生活支援及び住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築が求められています。また一方では、高齢化の進展により見込まれる介護保険料の上昇を極力抑制しながら、介護保険制度を持続可能な制度にする必要があります。

総合事業は、これまで予防給付として全国一律に提供されてきた介護予防訪問介護及び介護予防通所介護について、市町村が多様な生活支援ニーズに応えるサービスを総合的に提供できる仕組みに見直すものです。併せて住民を初めとする多様な主体によるサービスを充実することにより、地域支え合い体制作りを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能にすることを目指します。

遠賀郡四町では、「まちぐるみの支え合い」の仕組みを進めるために、平成28年4月より総合事業へ移行し、緩和した基準によるサービスについては、四町同一内容で実施します。

介護サービスの利用の手続き

※明らかに要介護1以上と判断できる場合
 ※介護予防訪問看護等の利用が必要な場合



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

介護給付

予防給付

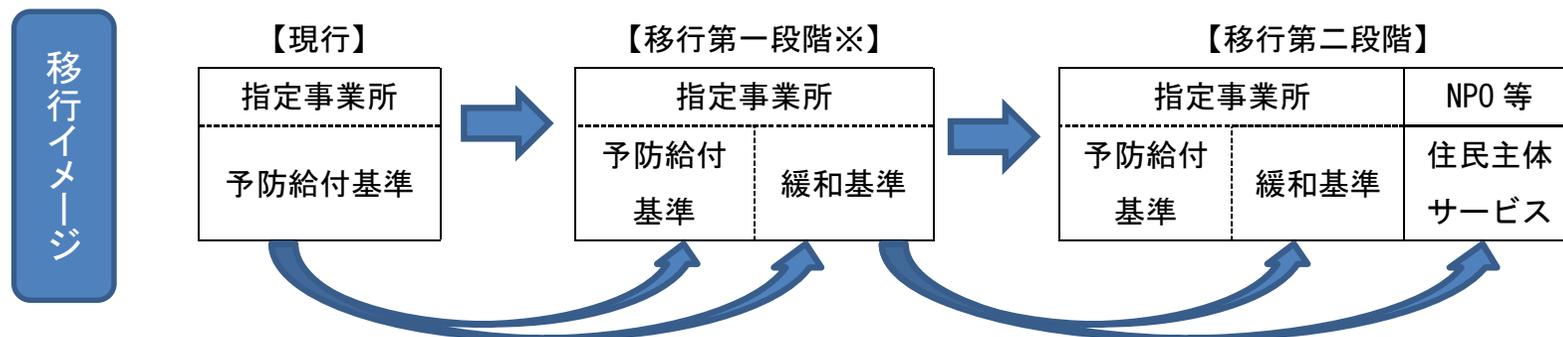
総合事業

福岡県介護保険広域連合における総合事業の具体的実施方法

① 現在の訪問介護・通所介護サービス利用者の利用状況を確認し、専門的サービスが必要なケースと必ずしも専門的サービスによらずに対応できるケースに分類する。

② 既存サービスを現行同様のサービスと緩和された基準によるサービスに分け、①で必ずしも専門的サービスによらずに対応できるケースを、緩和された基準のサービスへ移行する。

③ NPO等住民主体の生活支援サービスについては、サービス提供基盤が整った後に、緩和された基準のサービス利用者から移行する。



※事業対象者はこの段階から開始する。

- 指定事業所の予防給付基準・緩和基準によるサービス単価は広域連合で統一したものを設定し、事業所への支払事務を国保連合会に委託する。
- NPO等によるサービスの単価設定及び支払事務は市町村で行うことを基本とする。

総合事業におけるサービスの位置付けについて

利用者の心身の状況に応じ、本人の意向も踏まえた上で行った適切なケアマネジメントに基づき、適合したサービスを位置付ける。

【サービス位置付けのイメージ】

利用者の心身状況	サービス提供に当たり求められる専門性	想定されるサービス	専門性及びサービス量(時間・回数)判断主体
	高	現行相当サービス	地域包括支援センター
	中	緩和した基準によるサービス	
	低	住民主体による支援	

- ◆ 現在の介護予防訪問介護サービス、介護予防通所介護サービス受給者が全て一律に緩和した基準に移行するのではない。
- ◆ 新規の要支援者、事業対象者についても利用者の心身の状況に適合したサービスを位置付けることになる。
- ◆ 適合するサービス及びサービス量は、適切なケアマネジメントに基づき、地域包括支援センターが判断する。

【参考・緩和された基準によるサービス】

○ケアプランの様式、作成する書類等に変更なし。

○国保連合会へは緩和された基準によるサービスのコードを入力し、現在同様に伝送。

総合事業 移行イメージ

		1月	2月	3月	4月1日	5月	6月1日	
認定あり	サービス利用中 (更新)	認定期間 ~H28/4/30	担当ケアマネ訪問時、従来通り認定更新手続き ⇒ 従来通り、予防給付(サービスコード61,65)					
		認定期間 ~H28/5/31まで (更新プランH28/6/1~)	<ul style="list-style-type: none"> ●総合事業について説明 ●担当ケアマネ訪問時、更新申請時フロー図を利用し、更新するか、更新申請をせずにサービスを利用するかを判断する(P11) ●更新申請をせずにサービスを希望する場合は、基本・独自のチェックリストを実施(認定期間終了月の3か月前から可能)(P14.15) 				総合事業(サービスコードA1,A2,A3, A5,A6,A7)	
		<ul style="list-style-type: none"> ●基本・独自のチェックリスト、介護保険被保険者証を町に提出 ●本人から、事業対象者決定通知書を確認 ●以下の書類を町に提出(P28) <ul style="list-style-type: none"> ・契約書 ・居宅の届出書 ・基本情報 ・ケアプラン原案 ・介護保険被保険者証(「事業対象者申請中」のゴム印あり) 				正式な介護保険被保険者証を町より本人に郵送。		
認定なし	新規		3月サービス利用開始希望 ⇒ 従来通り、予防給付(サービスコード61,65)					
			4月サービス利用開始希望 ⇒ 総合事業(サービスコードA1,A2,A3,A5,A6,A7)					
		3月までに介護認定申請し、サービス利用開始する場合は、従来通り	4月利用開始希望(介護認定申請含む) ⇒ ※事業対象者(フロー図を利用し判断) 総合事業(サービスコードA1,A2,A3,A5,A6,A7)					

遠賀郡4町介護予防・日常生活支援総合事業の利用の手続き

総合事業を利用できる人

- 要支援1・2の人
- 基本チェックリスト等の結果により、生活機能の低下が確認された人

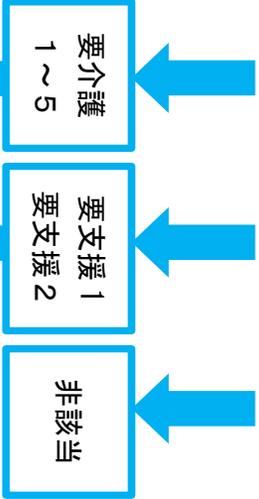


フロー図の確認 (町の介護保険担当窓口)

※新規申請時・更新申請時のフロー図

要介護認定の申請

- ・明らかに要介護認定が必要な人
- ・訪問看護・福祉用具貸与・通所リハビリ等を引き続き利用する人



※訪問介護・通所介護を利用している人

ケアプランの作成

介護サービス

介護予防福祉用具貸与
・介護予防通所リハビリテーション等

総合事業の案内

※総合事業サービス受付票

基本・独自チェックリストの実施
(新規申請：町、更新申請：ケアマネ)
※要支援1、2の人は不要

総合事業対象者

フロー図の確認

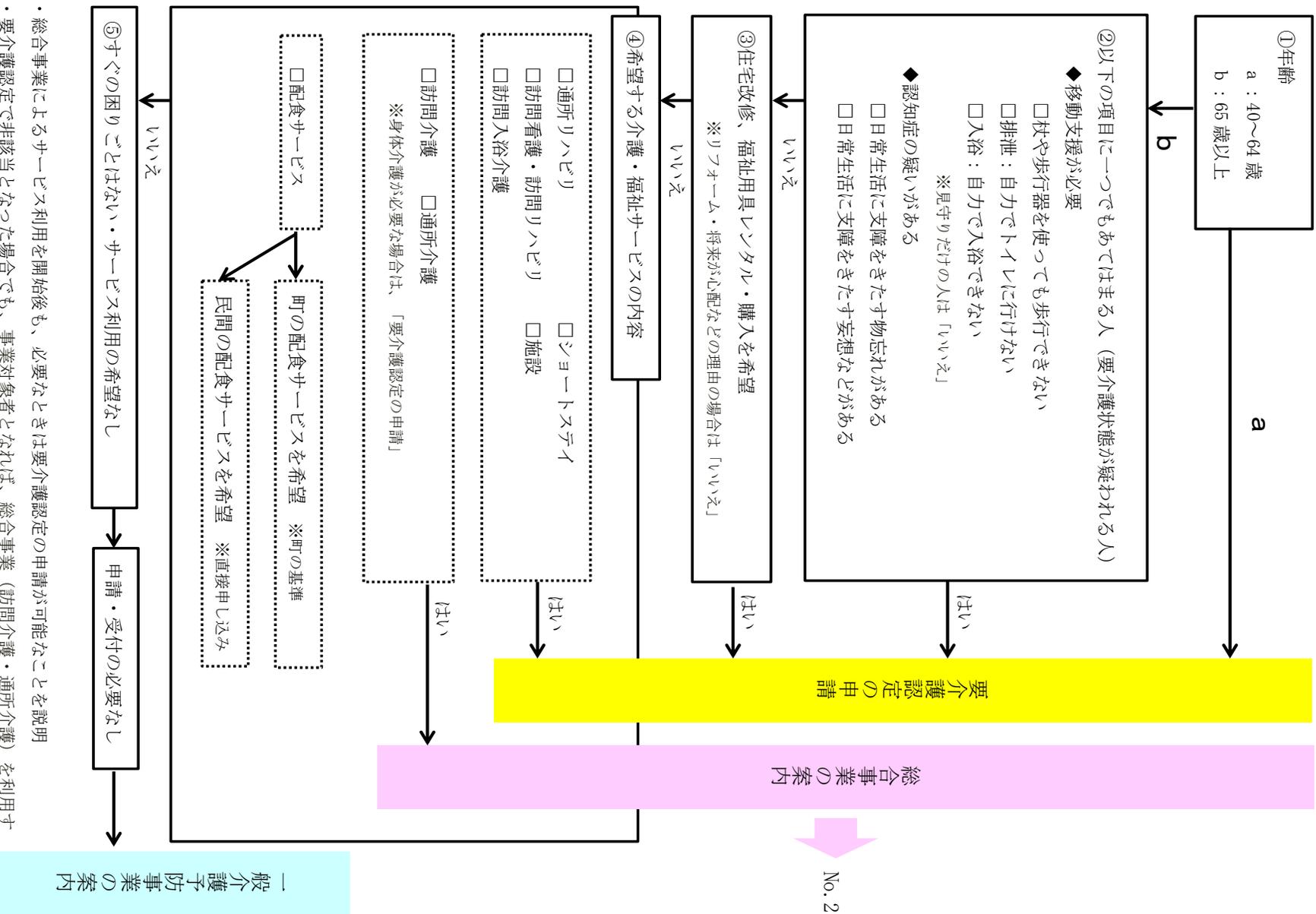
※訪問介護・通所介護判断フロー図

非該当

総合事業
・現行相当サービス
・緩和された基準によるサービス

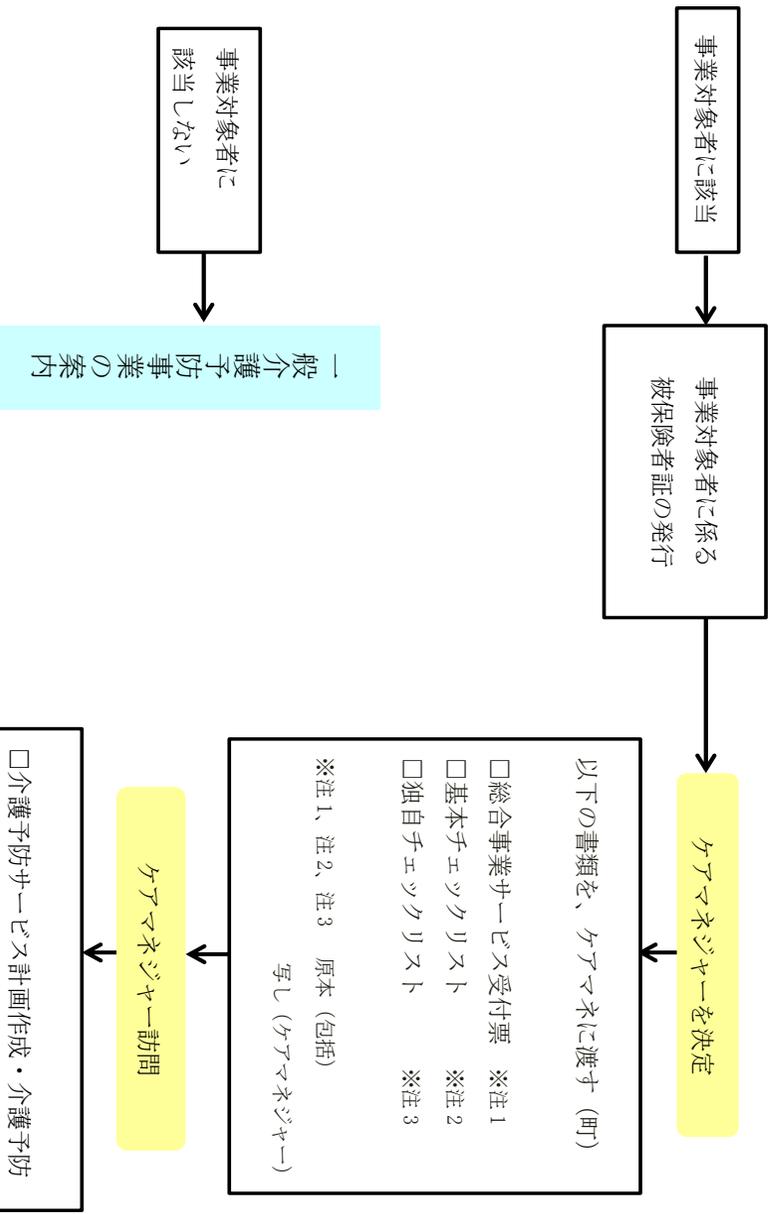
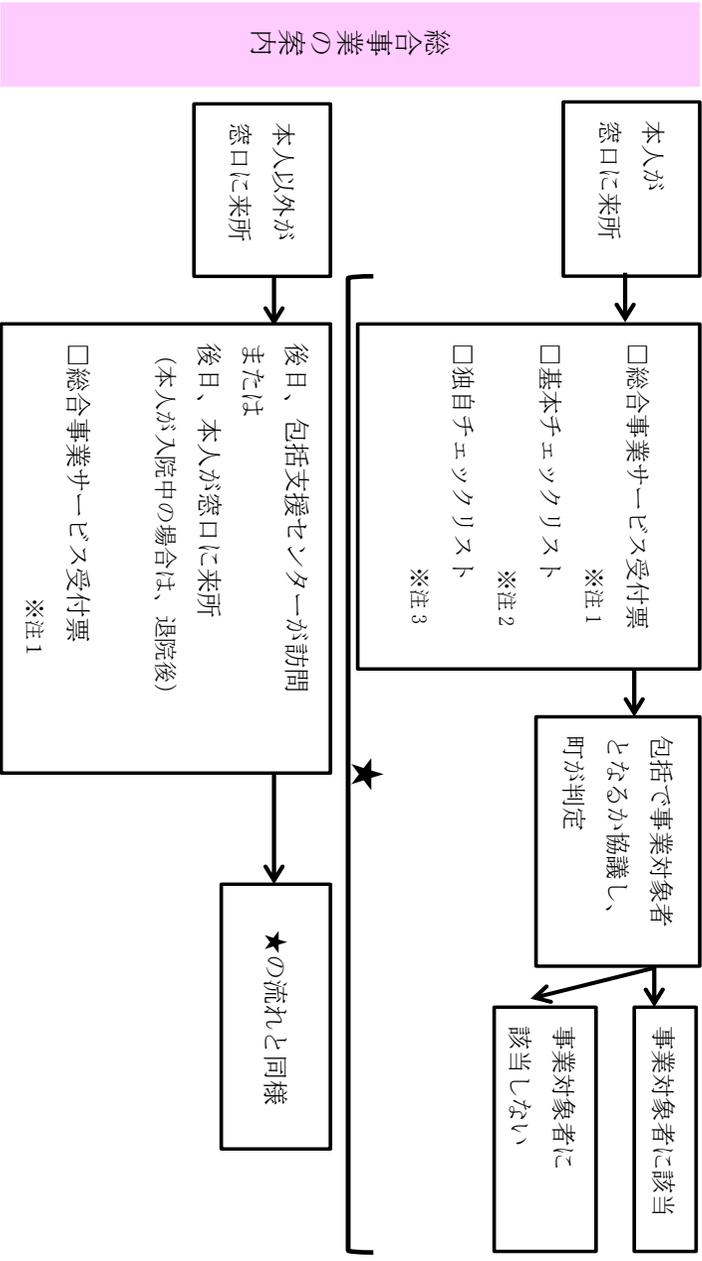
一般介護予防事業

新規申請時フロー図 No.1



- 総合事業によるサービス利用を開始後も、必要なときは要介護認定の申請が可能であることを説明
- 要介護認定で非該当となった場合でも、事業対象者となれば、総合事業（訪問介護・通所介護）を利用することができることを説明

新規申請時フロー図 No.2



サービス開始

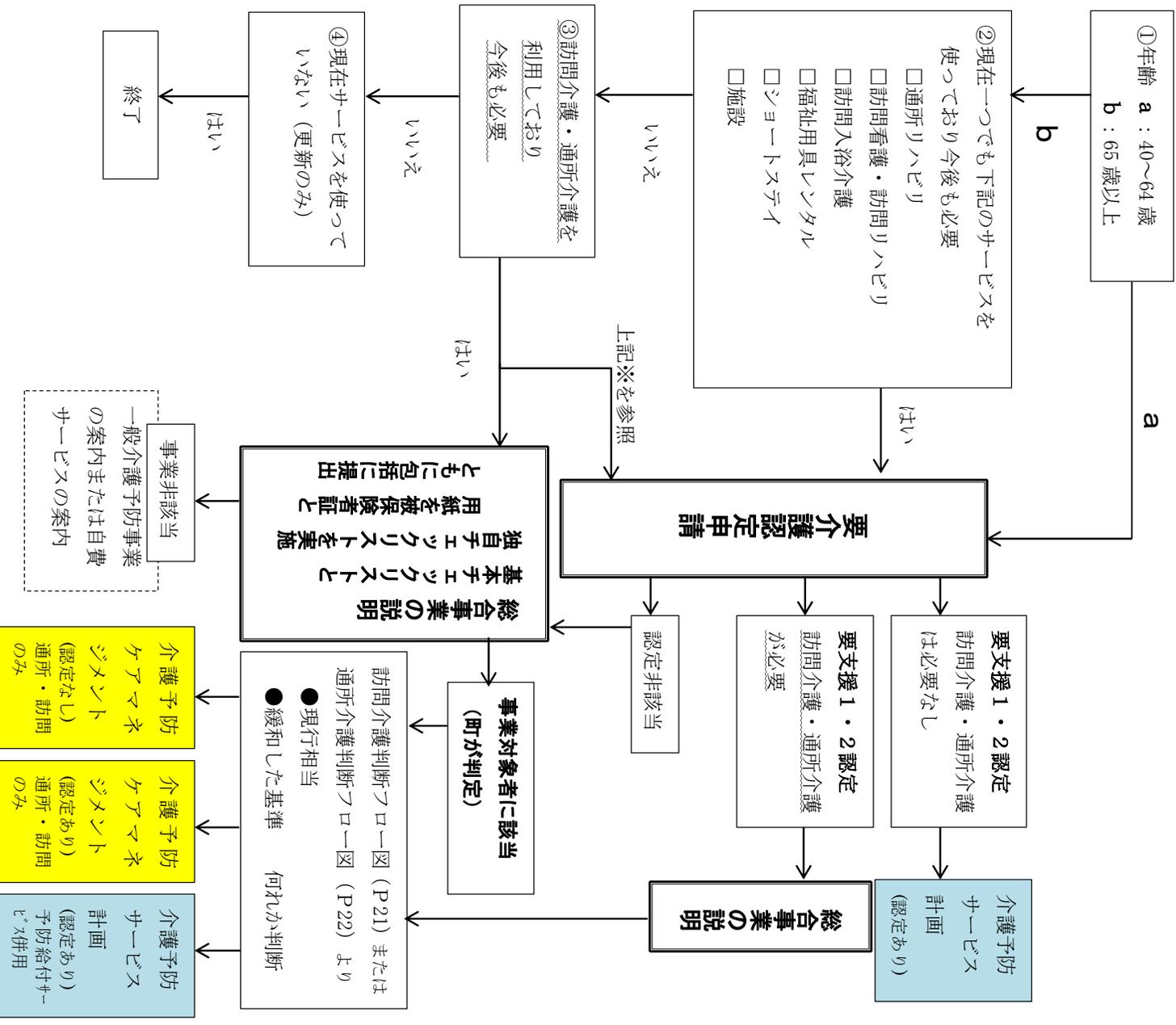
更新申請時フロー図

※更新前のモニタリング訪問時に、要支援1・要支援2で訪問介護・通所介護のみ利用者は、更新認定を受けずに基本チェックリストと独自チェックリストで総合事業対象者に該当すればサービスが利用できることを説明する。(※ただし心身状況の維持・改善が困難と思われる人などは、更新認定を受けてもらうことも可能)。

訪問介護・通所介護以外のサービスを利用している人は更新認定を受けてもらう。

●訪問介護利用者⇒訪問介護判断フロー図 (P21) に当てはめて現行相当か緩和した基準か判断

●通所介護利用者⇒通所介護判断フロー図 (P22) に当てはめて現行相当か緩和した基準か判断



総合事業（事業対象者）サービス受付票

受付日 平成 年 月 日（受付者 ）

申請者	フリガナ		
	氏名	本人との関係	
	住所		
電話番号			

対象者	被保険者番号									家族構成	
	フリガナ										
	氏名										
生年月日	明・大・昭										
	年 月 日 （ 歳）										
住所	遠賀郡										
本人の現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中又は入所中（ ） <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1・2・3・4・5 有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 （前回の介護度 ）										
認定情報	現病歴・既往歴と経過	年 月	病 名	医療機関（医師名）							

記入はここまで

【地域包括支援センター記入欄】

※該当項目に○

希望するサービス	1. 訪問介護のみ（掃除・買い物・調理・ゴミ出し） 2. 通所介護のみ 3. 両方 ※訪問介護（掃除・買い物・調理・ゴミ出し）
特記事項	

【地域包括支援センター記入欄】

日程調整の連絡先	フリガナ
	氏名
本人との関係	
電話番号	自宅： 携帯：
連絡可能な時間帯	
調査できない日	
後日来所日時	

【基本・独自チェックリスト結果】

	生活機能	運動器	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	こころ
基本							
チェックリスト							

※該当項目に○

※該当項目に○

	訪問	通所
独自		
チェックリスト	掃除・買い物・調理・ゴミ出し	

特記事項	
------	--

【総合判定結果】

平成 年 月 日

1. 事業対象者 訪問介護（掃除・買い物・調理・ゴミ出し）
 通所介護
2. 非該当（事業対象者）
3. 介護保険認定申請を再度説明
4. 一般介護予防事業の紹介（ ）

基本チェックリスト

記入日 平成 年 月 日 受付者

住所	氏名	生年 月日	明 年 月 日 (歳)	性別	判定	質問項目		回答			
						NO	質問項目	回答	判定		
生活機能						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ら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		/
栄養						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	20	()/2
						12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)	1. はい	0. いいえ	2/2	
口腔						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	10/20	()/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	2/3	以上
物忘れ						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	No:16
その他						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		該当
						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	()/3	
こころ						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		1/3
						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		以上
						21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が無い	1. はい	0. いいえ		
						22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
						23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		()/5
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		2/5						
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		以上						

(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

介護予防・日常生活支援総合事業で活用するため、総合事業サービス受付票・基本チェックリスト・独自チェックリストを
 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。

平成 年 月 日 氏名 _____

独自チャェックリスト

実施にあたっての注意点

※基本チャェックリストでいずれかの機能低下がある場合に下記の独自チャェックリストを実施し、総合事業対象者に該当するかを判断します。

ただし、通所介護を希望する場合、基本チャェックリストの『運動器』『閉じこもり』『物忘れ』のいずれかに該当した場合のみ、独自チャェックリストを行います。

(『口腔』や『こころ』のみの該当では、通所介護の対象としません)

1. 訪問介護を希望する場合

①希望する生活領域を確認します。

②希望する生活領域の質問項目すべてに当てはまる場合に、総合事業対象者と判断します。

※認知症や知的・精神障害が疑われ各生活領域が困難と思われる場合は、要介護認定申請を行います。
※ごみ出し項目のみ当てはまる場合は総合事業対象者と判断せず、ヘルパーの自費利用等、他の手立てを勧めてください。

生活領域	質問項目	チャェック欄
掃 除	基本チャェックリスト6～10の3項目以上該当	
	掃除機をかけることができない(腰痛・手の痛みなど)	
	週に1回程度掃除をしてくれる家族などがいない	
買 い 物	基本チャェックリスト1・2「いいえ」 重たいものが持てない(2kg以上)	
	週に1回程度買い物をしてくれる家族などがいない	
調 理	基本チャェックリスト6・7「はいえ」 手が悪く包丁を持ってない、もしくは台所に10分以上立てない	
	民間や町の配食サービスを利用していない、またはできない	
	夕食の調理をしてくれる家族などがいない	
	週1回ゴミステーションにごみを出すことができない	
ごみ出し	週1回程度ごみを出してくれる家族などがいない	

2. 通所介護を希望する場合

○それぞれの身体領域の質問項目のいずれかに当てはまる場合に、総合事業対象者と判断します。

身体領域	質問事項	チャェック欄
運動機能	基本チャェックリスト6～10の3項目以上該当	
	基本チャェックリスト16・17該当(※16の外出に通所介護は含めない)	
閉じこもり	一日中ほとんど一人で過ごし、人と話すことがない	
	基本チャェックリスト18～20の2項目以上該当	
物忘れ		

3. 特記事項

※独自チャェックリストには該当しないが、サービスの必要性が高い場合にその理由を記載してください。

--

表9 基本チェックリストについての考え方

【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者が行ってください。	
②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。	
③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。	
④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。	

質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連運動について尋ねています。	
1 バスや電車で1人で外出していただけますか	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らずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8 15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9 この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10 転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。	
11 6カ月で2～3kg以上の体重減	6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねてい

	少がありましたか	ます。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となりません。
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	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤル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無い	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りました	
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	

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

(要支援 ・ 事業対象者)

個人番号	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

性別

明・大・昭
年 月 日

男 ・ 女

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
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター

(事業所名)

(事業所の所在地)

事業所番号

〒

名 称 :

電話番号

(一部委託先)

(事業所の所在地)

事業所番号

〒

名 称 :

電話番号

サービス利用開始日(新規のみ)

年 月 日

(事業所を変更する事由) * 事業所(一部委託先を含む)を変更する場合のみ記入してください。

サービス事業者変更に伴う変更

サービス計画変更に伴う変更

住所地変更に伴う変更 変更年月日(平成 年 月 日付)

その他()

福岡県介護保険広域連合長 様

上記の事業者へ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ことを
届出します。

平成 年 月 日

住所

申請者

(本人) 氏名

印

電話番号

届出者 氏名

(本人との関係:) 電話番号

- (注意) 1. この届出書は、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等
が決まり次第速やかに福岡県介護保険広域連合各支部または構成市町村へ提出してください。
2. 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は
介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、
変更年月日を記入のうえ、必ず介護保険広域連合各支部または構成市町村へ届出してください。
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。
3. 住所地特例の対象となる施設入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

保険者確認欄

被保険者資格 届出の重複 届出(変更)年月日

介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(一)

介護保険被保険者証	
番号	○○○
住所	8 - 0 部 町 番地
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 性別
交付年月日	平成 27 年 月 日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	4 0 福岡県介護保険広

(二)

要介護状態区分等	事業対象者	
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成 27 年 月 日	
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅サービス等	区分支給限度基準額 年 月 日 ~ 年 月 日 1月当たり	
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

(三)

給付制限	内 容	期 間
		開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日
		開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日
		開始年月日 年 月 日 終了年月日 年 月 日
	町地域包括支援センター	平成 27 年 月 日
	居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	年 月 日
		届出年月日 年 月 日
介護保険施設等	種類	入所等 年月日 年 月 日
	名称	退所等 年月日 年 月 日
	種類	入所等 年月日 年 月 日
	名称	退所等 年月日 年 月 日

空欄になります

遠賀郡4町の緩和した基準によるサービス等提供内容

訪問型サービス		
基準	現行の訪問介護相当	緩和した基準によるサービス
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○生活援助 <ul style="list-style-type: none"> ・掃除・整理整頓 ・生活必需品の買い物 ・食事の準備や調理・片付け等 ○身体介護 <ul style="list-style-type: none"> ・入浴の介助等 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活援助のみ <ul style="list-style-type: none"> ・掃除・整理整頓 ・生活必需品の買い物 ・食事の準備や調理・片付け等 ※身体介護は原則対象になりません。
提供時間	平均60分 (プランにより異なります)	1回45分以内 (プランにより異なります)
対象	要支援認定者 事業対象者	左記対象者のうち 週1回以下の訪問介護を必要とし、身体介護が必要である者や認知症及び精神症状を伴う者以外
単位 (回数)	訪問Ⅰ 1,168単位	週1回 818単位 加算・減算なし
	訪問Ⅱ 2,335単位	
	訪問Ⅲ 3,704単位	
対象にならないサービス	介護保険サービスと同様 <ul style="list-style-type: none"> ・本人以外の人にすることや日常生活上の家事の範囲を超えることは対象外 ・本人以外の家族のための家事 ・草むしり ・病院受診時の送迎 ・来客の応対 ・大掃除や家屋の修理など 	

通所型サービス		
基準	現行の通所介護相当	緩和した基準によるサービス
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○体操(生活機能向上) ○レクリエーション ○食事(自費) ○送迎 ○入浴 	【必須項目】 <ul style="list-style-type: none"> ○体操(生活機能向上) ○レクリエーション ○送迎 【任意項目】 <ul style="list-style-type: none"> ○食事(自費) ○入浴 (実費負担にすることも可)
提供時間	プランにより異なります	プランにより異なります
対象	要支援認定者 事業対象者	左記対象者のうち 週1回の通所サービスの利用が継続的に必要であり、通所サービスで入浴や排泄の介助が必要のない者
単位 (回数)	通所介護Ⅰ 1,647単位	週1回 1,153単位 加算・減算なし
	通所介護Ⅱ 3,377単位	

訪問介護判断フロー図

以下の項目のいずれかに当てはまる人

- 身体介護が必要な人
 入浴や排泄に身体介護が必要な人
 訪問調査: 歩行、片足立位のいずれかが、つかまれば可又はできない
 または
 排尿、排便のいずれかが、一部介助又は全介助
 入浴の見守りは、身体介護には入れない。
- 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上(主治医意見書又は訪問調査)
- 退院直後等で状態が変化しやすく専門的なサービスが必要な人
- その他専門的な支援が必要な人
 知的障害・精神障害がある人
 難病、がん末期等で、病状の変化が激しい人
 呼吸器疾患、免疫異常者でこまめに掃除を必要とする人

はい → **現行相当** 訪問介護Ⅰ、Ⅱ (事業対象者・要支援1,2)
 訪問介護Ⅲ (要支援2)

いいえ

以下のサービスの1つのみ利用する人
 【掃除】【買い物】【調理】

はい → **緩和した基準** 訪問型サービスA (事業対象者・要支援1,2)

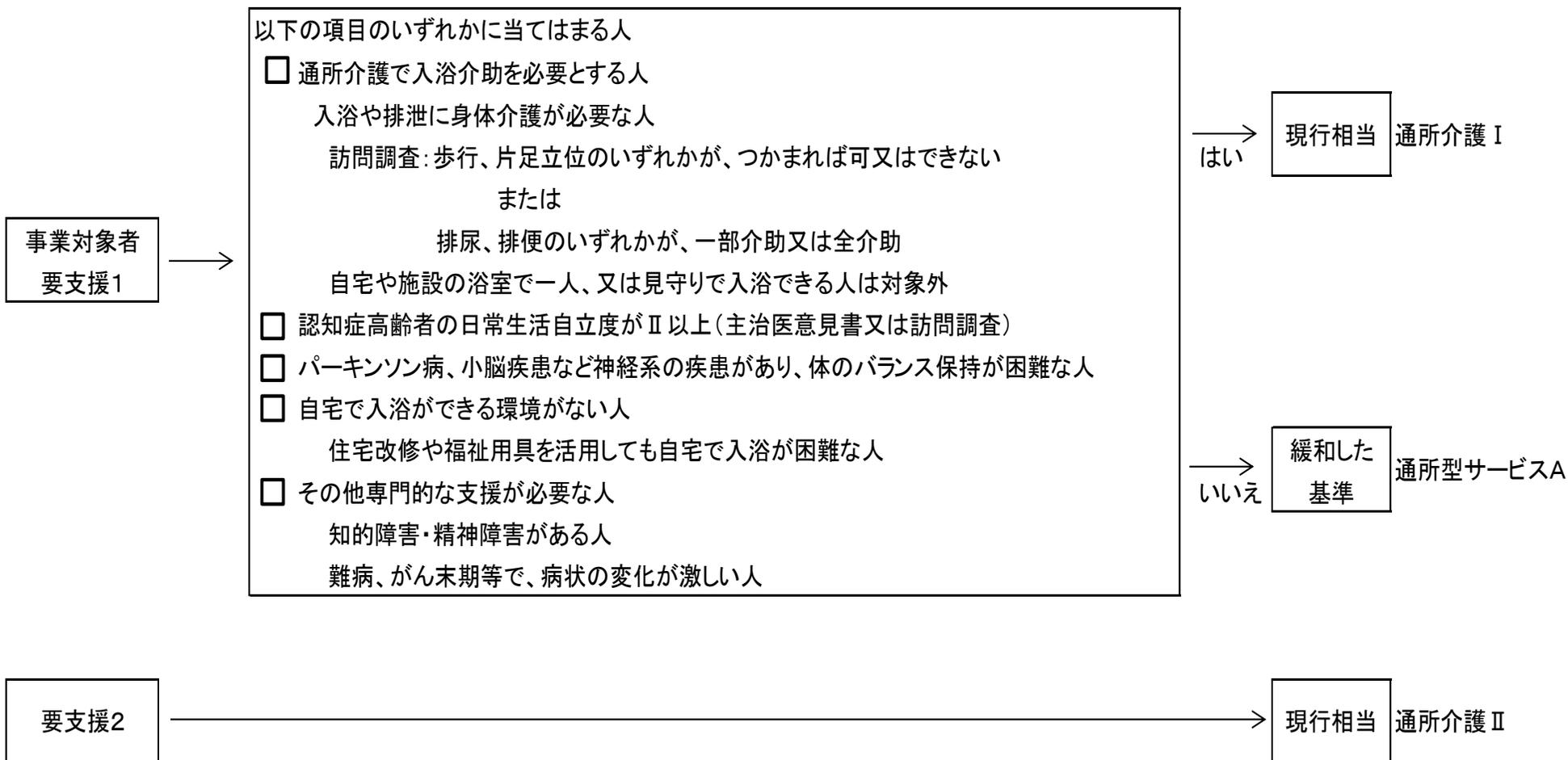
いいえ

2項目以上の生活援助が必要な人
 ※2項目以上のサービスを利用しても45分以内でサービスが終了する人は
 緩和した基準のサービス

45分以内 → **緩和した基準** 訪問型サービスA (事業対象者・要支援1,2)

はい → **現行相当** 訪問介護Ⅰ、Ⅱ (事業対象者・要支援1,2)
 訪問介護Ⅲ (要支援2)

通所介護判断フロー図



利用者基本情報 (案)

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	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日: 年 月 日		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
来所者 (相談者)	家族構成		
住所 連絡先	続柄	◎=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)	
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・過ごし方		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
			Tel		
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経親中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

平成 年 月 日 氏名 印

○ No. 被保険者番号

● 利用者: 様

● 認定日:

● 認定有効期間: ~

サービス支援計画表

(委託の場合)

● 計画作成事業者: ● 地域包括支援センター:

● 事業所所在地等: 電話 ● センター所在地等: 電話

● 計画作成者: ● 計画作成(変更)日: (初回作成)

初回 紹介 継続 認定済 申請中 事業対象 要支援1 要支援2 地域支援事業

● 目標とする生活
<1日> <1年>

Ver 01 02

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	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
運動・移動について ・屋内 ・屋外 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押車 <input type="checkbox"/> 車椅子 公共交通機関の利用 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> タクシー 家族協力()	<input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 *意向 家族協力()	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 痛みや転倒が不安 <input type="checkbox"/> 体力がない <input type="checkbox"/> 認識がない	<input type="checkbox"/> 運動機能維持改善が必要 <input type="checkbox"/> 家事能力維持改善が必要 <input type="checkbox"/> 栄養改善が必要 <input type="checkbox"/> 口腔機能予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 閉じこもり予防改善が必要	<input type="checkbox"/> 転倒せずに移動できる <input type="checkbox"/> 楽しく家事ができるようになる <input type="checkbox"/> 楽しく交流ができるようになる <input type="checkbox"/> 健康を保ち安心して暮らせる <input type="checkbox"/> 物忘れ進行を遅らせる	<input type="radio"/> 合意する <input type="radio"/> 合意しない	優先順位 <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> できる限り本人が行う事 <input type="checkbox"/> 体調の急変に注意し緊急時の連絡体制を整えておく	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 薬とり <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 身体清潔	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 薬とり <input type="checkbox"/> 通院補助 <input type="checkbox"/> 身体清潔補助	<input type="checkbox"/> 予防訪問介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 予防訪問介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 予防訪問介護Ⅲ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービスA			から
日常生活(家庭生活)について 買物 調理 掃除 洗濯 ゴミ出し 薬とり 家族協力()	<input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 *意向 家族協力()	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 痛みや転倒が不安 <input type="checkbox"/> 体力がない <input type="checkbox"/> (店・病院)が遠い <input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 疾病予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 物忘れ予防改善が必要 <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み予防改善が必要	<input type="checkbox"/> 体を清潔に保てる (具体策) ■本人が行う行為	<input type="radio"/> 合意する	優先順位 <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> できる限り本人が行う事 <input type="checkbox"/> 体調の急変に注意し緊急時の連絡体制を整えておく	<input type="checkbox"/> (本人) <input type="checkbox"/> なるべく散歩する <input type="checkbox"/> 体操する <input type="checkbox"/> 交流機会を持つ <input type="checkbox"/> (家族・)	<input type="checkbox"/> 他者との交流・レク <input type="checkbox"/> 機能訓練・リハ <input type="checkbox"/> 入浴支援 <input type="checkbox"/> 健康・物忘れ状態観察 <input type="checkbox"/> 移動見守り一部介助	<input type="checkbox"/> 予防通所介護1 <input type="checkbox"/> 予防通所介護2 <input type="checkbox"/> 予防通所リハビリ1 <input type="checkbox"/> 予防通所リハビリ2 <input checked="" type="checkbox"/> 通所型サービスA			から
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 家族との交流 友人との交流 近隣地域との交流 通所サービスでの交流 家族協力()	<input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 *意向 家族協力()	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 聴力障害がある <input type="checkbox"/> 言語障害がある <input type="checkbox"/> 交流が苦手	<input type="checkbox"/> 閉じこもり予防 <input type="checkbox"/> 物忘れ予防 <input type="checkbox"/> うつ予防	<input type="checkbox"/> 家族の協力で行う行為 <input type="checkbox"/> 行政サービスで行う内容	<input type="radio"/> 合意する	優先順位 <input type="checkbox"/> 主治医指示の下での適切な対応	<input type="checkbox"/> (本人) <input type="checkbox"/> 医学的管理を受ける <input type="checkbox"/> 自主的な体操 <input type="checkbox"/> (家族・) <input type="checkbox"/> 服薬確認	<input type="checkbox"/> 主治医指示に基づく <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> リハビリ	<input type="checkbox"/> 居宅療養 <input type="checkbox"/> 予防訪問看護 <input type="checkbox"/> 予防訪問リハ			から
健康管理について 薬の管理 適切な受診 身体清潔 バランス 良い食事 家族協力()	<input type="checkbox"/> 現状のままでいい。 <input type="checkbox"/> 手伝ってもらって、できるようにになりたい。 *意向 家族協力()	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 服薬管理能力低下 <input type="checkbox"/> 通院手段がない <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 気力や意欲がない <input type="checkbox"/> 認識がない	<input type="checkbox"/> 閉じこもり予防 <input type="checkbox"/> 物忘れ予防 <input type="checkbox"/> うつ予防	<input type="checkbox"/> 介護予防サービスで行う内容	<input type="radio"/> 合意する	優先順位 <input type="checkbox"/> 定期的なメンテナンス・安全管理	<input type="checkbox"/> 安全に移動する <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(特例) <input type="checkbox"/> 手摺設置 <input type="checkbox"/> 段差解消	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修			から	

●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)

●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)

●総合的な方針:生活不活発病の改善・予防ポイント

できる限り身体機能の維持向上を図り、活動的な生活が送れるようになる。
 人との交流、趣味、楽しみを見つけ、活動的になる。
 (生活リズム・欠食・服薬忘れ)を改善し、健康状態を整える。

計画に関する同意

基本チェックリストの(該当した質問項目) / (質問項目数)	運動不足 / 5	栄養改善 / 2	口腔ケア / 3	閉じこもり予防 / 2	物忘れ予防 / 3	うつ予防 / 5
必要な事業プログラム						

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

利用上限額

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント代	支給限度額
事業対象者	事業(訪問介護)のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,003単位
	事業(通所介護)のみ		
	事業(訪問介護+通所介護)		
要支援1	給付のみ	介護予防支援費	5,003単位
	給付+事業(訪問介護)		
	給付+事業(通所介護)		
	事業(訪問介護+通所介護)	介護予防ケアマネジメント費	
要支援2	給付のみ	介護予防支援費	10,473単位
	給付+事業(訪問介護)		
	給付+事業(通所介護)		
	事業(訪問介護と通所介護)	介護予防ケアマネジメント費	

事業: 訪問介護(現行相当サービス、緩和した基準によるサービス)

通所介護(現行相当サービス、緩和した基準によるサービス)

給付: 訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、訪問入浴介護、認知症対応型通所介護、福祉用具貸与

予防給付及び総合事業を併用する場合の組み合わせ例

	介護予防給付							総合事業				ケアマネジ メント代	負担 限度額
	通所Ⅱ	訪問Ⅱ	訪問看護	短期入所	福祉用具 貸与	福祉用具 購入	住宅改修	現行 通所介護	現行 訪問介護	緩和 通所介護	緩和 訪問介護		
事業 対象者											○	介護予防 ケアマネジ メント費	5,003 単位
								○					
									○	○			
要支援 1	○				○							介護予防 支援費	5,003 単位
		○			○	○	○		○				
				○	○					○			
								○			○		
要支援 2			○	○								介護予防 支援費	10,473 単位
	○										○		
					○			○			○		
								○	○				

【ケアマネジメント業務の一部委託の流れについて】

地域包括支援センター	居宅介護予防事業支援事業者	備 考（変更・改善点など）	提出書類
<p>契約書の提出</p>	<p>①利用申し込みの相談 （利用の事前説明）</p> <p>②契約の締結</p> <p>③アセスメントの実施 （情報の収集・分析等）</p> <p>④計画表原案の作成</p> <p>⑤計画表原案の確認</p>	<p>②契約の締結（事業対象者も契約書必要） <u>情報開示請求（事業対象者なし）</u></p> <p>③基本情報の署名・捺印欄は省略が可能です。</p> <p>④プランは最長 認定期間内終了日まで 事業対象者は、サービス開始から 最長1年間作成が可能 福祉用具で事前に貸与可能か確認が必要な 場合は、所定の様式にて手続きを行って下さい。</p>	<p>②契約書等の提出【センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約書 ・計画作成届出書 ・保証証(原本) ・事業対象者も必要 <p>届出書</p> <p>④【センター→支部給付係へ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前届出書 ・確認依頼書
<p>⑥サービス担当者会議の開催</p> <p>⑦計画表原案の利用者への説明・同意</p> <p>⑧計画表の交付 （利用者の同意・捺印）</p> <p>⑨計画表センター提出</p>	<p>⑥サービス担当者会議の開催</p> <p>⑦計画表原案の利用者への説明・同意</p> <p>⑧計画表の交付 （利用者の同意・捺印）</p> <p>⑨計画表センター提出</p>	<p>⑧本人へ計画表を交付する際、「利用票」は3ヶ月分渡すこともできます。事業者へは毎月提出してください。事業者が作成する支援計画表をもらうなどし、連携をどるよう努めてください。</p> <p>⑨計画表の提出時に「利用票」「利用票別表」を添付してください。 なお、センターへ提出する利用票等は、サービス開始月のみでかまいません。変更や更新申請等で変化のあった場合はその都度提出してください。</p>	<p>⑨計画表提出【センター提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画表（印あり原本） ・利用票・別表(コピー、初月分) ・利用票・別表 <p>⑩計画表交付【事業者へ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画表（印ありコピー） ・提供票・別表
<p>支援内容等の確認</p> <p>⑩状況把握 （毎月のモニタリング）</p> <p>⑪達成状況の評価 （計画表ことの評価）</p> <p>⑫介護報酬の請求</p>	<p>⑩状況把握 （毎月のモニタリング）</p> <p>⑪達成状況の評価 （計画表ことの評価）</p> <p>⑫給付管理業務</p>	<p>⑩毎月のモニタリングの内容は、「経過記録」に記載し、評価と一緒に提出してください。</p> <p>⑪評価後の計画表は、新規に作成し提出ください。 手順は、初回作成時と同様(認定期間内の計画表変更の場合は、基本情報を省略)です。</p> <p>⑫給付管理に関する書類は、毎月5日までに提出ください。5日が土日祝日の場合は前後しますので、年度初めに送付する「介護予防支援業務の委託における請求事務について」をご参照ください。</p>	<p>⑩モニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経過記録の毎月の提出なし <p>サービス変更・更新申請時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本情報（原本） ・基本子エックリスト（原本） ・計画表（新規作成、原本） ・経過記録（コピー） ・評価表（原本） ・利用票・別表(コピー、初月分) <p>⑪評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本情報（原本） ・基本子エックリスト（原本） ・計画表（新規作成、原本） ・経過記録（コピー） ・評価表（原本） ・利用票・別表(コピー、初月分) <p>⑫給付管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託料実績報告書兼請求書 ・提供票、別票
<p>利用者・サービス事業者との連絡・調整</p>	<p>利用者・サービス事業者との連絡・調整</p>	<p>随時対応し、適切にサービスが提供されるよう連絡調整を行う。計画の変更の必要がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。</p>	

更新時に要支援認定から総合事業対象者になる人の手続きについて（予定）

平成 28 年 5 月 31 日に要支援の認定が切れる人の流れ

	居宅介護予防事業支援事業者	町の介護保険窓口
2月～	<ul style="list-style-type: none"> ●モニタリング訪問時に総合事業の説明 ●基本・独自チェックリストの実施（事業対象者に該当するかの確認） 	
4月～	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者証、基本・独自チェックリストを町に提出 	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者証の「認定審査会の意見及びサービスの種類」欄に『事業対象者申請中』とゴム印を押し、ケアマネに交付 ●基本・独自チェックリストは回収 ●事業対象者の該当の非該当の判定 ●「事業対象者決定通知（非該当者決定通知）」を本人に郵送（1～2週間以内） 下記の内容も記載 <ul style="list-style-type: none"> ・結果をケアマネに連絡する ・正式な保険証は町から本人に6月1日以降発送 ・利用手続き方法
5月～	<ul style="list-style-type: none"> ●本人から「事業対象者決定通知」を確認 ●利用者から契約書・「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を預かる ●「ケアプラン原案」の作成 ●「契約書」・「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」・「基本情報」・「ケアプラン原案」を介護保険証（「事業対象者申請中」のゴム印を押ししているもの）を提出 	<ul style="list-style-type: none"> ●「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」は介護保険窓口、「契約書」・「基本情報」・「ケアプラン原案」は地域包括支援センターで受付（保険証は6月1日以降本人へ送付することを説明） ●「ケアプラン原案」を地域包括支援センターで確認し、結果を居宅介護予防事業支援事業者ケアマネジャーに返還
6月1日以降	<ul style="list-style-type: none"> ●担当者会議を開催 ●ケアプラン・利用票を地域包括支援センターに提出 	<ul style="list-style-type: none"> ●本人へ「事業対象者」と事業所の印字された介護保険証の送付 写しの1部は地域包括支援センター・1部はケアマネジャーが保管

指定事業所による総合事業の実施について(請求関係)

指定訪問介護・通所介護事業所が総合事業の現行相当サービス、緩和された基準によるサービスを実施する場合の請求(国保連合会による審査・支払の場合)

■平成27年4月1日以降のサービス種類コード■

サービス種類	総合事業未移行の利用者	総合事業へ移行した利用者			
		現行相当サービス	みなし	独自※	緩和された基準によるサービス(A型)
訪問介護	61	現行相当サービス	みなし	A1	1,168単位
			独自※	A2	
				緩和された基準によるサービス(A型)	A3
通所介護	65	現行相当サービス	みなし	A5	1,647単位
			独自※	A6	
				緩和された基準によるサービス(A型)	A7

※平成27年4月1日以降に指定を受けた事業所は「独自」のサービス種類コード(A2・A6)となる。

■事業所指定と請求との関係■

指定届出書	総合事業未移行者	総合事業移行者	
緩和した基準によるサービス 指定申請 <u>未提出</u> 事業所	請求可	現行相当サービス	請求可
		緩和された基準によるサービス	請求不可
みなし指定を <u>辞退</u> した事業所	請求可	請求不可	

福岡県介護保険広域連合総合事業サービスコード表

サービス名	対象者	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					
訪問型サービス費(A)	事業対象者	A3	1001	訪問型サービスA(1割負担)	利用者負担1割の利用者にサービスの提供を行う場合	818	1月につき	
			1002	訪問型サービスA(2割負担)	利用者負担2割の利用者にサービスの提供を行う場合			
			1101	訪問型サービスA日割(1割負担)	利用者負担1割の利用者にサービスの提供を行う場合	日割計算の場合 ÷30.4 日	27	1日につき
			1102	訪問型サービスA日割(2割負担)	利用者負担2割の利用者にサービスの提供を行う場合		27	
通所型サービス費(A)	要支援1・2	A7	1001	通所型サービスA(1割負担)	利用者負担1割の利用者にサービスの提供を行う場合	1,153	1月につき	
			1002	通所型サービスA(2割負担)	利用者負担2割の利用者にサービスの提供を行う場合			
			1101	通所型サービスA日割(1割負担)	利用者負担1割の利用者にサービスの提供を行う場合	日割計算の場合 ÷30.4 日	38	1日につき
			1102	通所型サービスA日割(2割負担)	利用者負担2割の利用者にサービスの提供を行う場合		38	
介護予防ケアマネジメント費	事業対象者 要支援1・2			介護予防ケアマネジメント	イ 介護予防ケアマネジメント費	430	1月につき	
				介護予防ケア初回加算	ロ 初回加算	300 単位 加算		
				介護予防ケア小規模多機能連携加算	ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300 単位 加算		

サービスとケアマネジメントの関係

○サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費(典型例として整理したもの)

利用するサービス	ケアプラン	給付管理票の作成・記入		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヵ月後)	ケアマネジメント実施方法
現行相当及びサービスA	作成	原則記入	サービス担当者会議	○	×	×	×	直接実施委託
			モニタリング等	—(※1)	○(※1)	○(※1)	○(面接による)(※1)	
			報酬	4,300円 +初回加算(※2)	4,300円	4,300円	4,300円	

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 要支援者が認定の有効期間満了に伴い、総合事業のサービス事業利用に移行する場合、初回加算は算定できない。
介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合の介護予防支援の初回加算の算定については、過去2月以上当該地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合に、当該利用者に対して、介護予防サービス計画を作成した場合に限られる。

介護予防支援業務委託料実績報告書

平成 年 月 日

町長 様

報告者	事業所番号	
	事業所名	
	連絡先 (担当者)	

下記のとおり介護予防支援業務を実施しましたので報告します。

平成 年 月 請求分(平成 年 月サービス利用分) (新規・修正・取消)

請求内容明細	単価 (税込み)	×	作成件数	請求金額
委託料	4,300 円	×	件	円
初回加算	3,000 円	×	件	円
小規模多機能連携加算	3,000 円	×	件	円
請求金額 (合計)				円

作成状況一覧

No.	担当ケアマネ氏名 (ケアマネ番号)	被保険者番号	氏名 (カナ)	要支援度 (○) ※	初回加算 (○)	小規模加算 (○)
1				1・2・事		
2				1・2・事		
3				1・2・事		
4				1・2・事		
5				1・2・事		
6				1・2・事		
7				1・2・事		
8				1・2・事		

介護予防支援業務委託料請求書(要支援認定者用)

平成 年 月 日

町長 様

請求者	住所	
	法人名	印
	代表者名	印
	事業所番号	
	事業所名	
	連絡先 (担当者)	

下記のとおり介護予防支援業務委託料(要支援認定者分)を請求します。

平成 年 月 請求分

請求内容明細	単価(税込み)	×	作成件数	請求金額
委託料	4,300 円	×	件	円
初回加算	3,000 円	×	件	円
小規模多機能連携加算	3,000 円	×	件	円
請求金額(合計)				円
納入先(課名)				〇〇地域包括支援センター

振込先

金融機関	銀行・信金 支店・支所	
	労金・農協 出張所	
預金種別	普通 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

介護予防支援業務委託料請求書(事業対象者用)

平成 年 月 日

町長 様

請求者	住所	
	法人名	印
	代表者名	印
	事業所番号	
	事業所名	
	連絡先 (担当者)	

下記のとおり介護予防支援業務委託料(事業対象者分)を請求します。

平成 年 月 請求分

請求内容明細	単価(税込み)	×	作成件数	請求金額
委託料	4,300 円	×	件	円
初回加算	3,000 円	×	件	円
小規模多機能連携加算	3,000 円	×	件	円
請求金額(合計)				円
納入先(課名)				〇〇地域包括支援センター

振込先

金融機関	銀行・信金 支店・支所	
	労金・農協 出張所	
預金種別	普通 当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

総合事業に係るQ&A

※回答の最後の()は、関連ページです。

★申請、認定、届け出について

Q1 申請時は、全員基本チェックリストをとるのですか。

A1 申請受付時に、要介護認定申請を行うか基本チェックリストを実施するかを 各町の包括支援センターや居宅介護支援事業所及び高齢者相談センター等で振り分けます。どのサービスを利用するかは、その後のケアマネジメントの中で決定していくことになります。
(P 11)

Q2 認定更新について、要支援1・2の認定のある人は訪問介護・通所介護のみの利用であっても、心身の状況から今後の事も勘案し、更新を勧めてもいいですか。

A2 心身状況の維持・改善が困難と思われる人などは、更新認定を受けてもらうことも可能です。(P 11※)

Q3 事業対象者は認定がないので、居宅の届出は必要ないですか。

A3 届出は必要です。(P 18)

Q4 事業対象者の介護保険証、負担割合証はどこから発行されるのか。

A4 どちらも各町で発行します。

Q5 事業対象者の有効期間はどのようになりますか。

A5 事業対象者の有効期間の設定はありません。状態が変化した時や希望するサービスが変化した場合は、認定申請を行って下さい。

Q6 生活保護の方も総合事業に入るのですか。

A6 65歳以上であれば総合事業の対象となります。

総合事業に係るQ&A

※回答の最後の()は、関連ページです。

★プランについて

- Q7 緩和された基準によるサービス、現行相当サービスの利用には、要支援認定が必要ですか。
- A7 要支援認定がなくても基本チェックリスト・独自チェックリストで事業対象者と判断され、サービスが必要と判断されれば、要支援1の限度額まで利用できます。(P 25)
- Q8 現行相当サービスと緩和された基準によるサービスのどちらのサービスを受けるかは、利用者が選択できるのですか。
- A8 ケアマネジメントの中で適切なサービスを調整するようにします。(P 20～22)
- Q9 現在利用している要支援者は、今のままのサービスが継続されるのですか。
- A9 認定更新時に、利用者の状態や利用するサービスにより、要介護認定申請又は基本チェックリスト・独自チェックリストを行います。どのサービスを利用するかは、その後のケアマネジメントの中で決定していくことになります。(P 11)
- Q10 事業対象者の計画表の期間、評価はどのようになるか。
- A10 サービス開始から1年間とし、評価をしていただきます。
現行と取扱いは同じです。(P 24 , 27)
- Q11 認定期間内で、総合事業へ移行する場合、プラン変更と担当者会議を行う必要がありますか。
- A11 必要です。
- Q12 暫定でプランを立てる時は、どのようになりますか。
- A12 基本は今までと同じです。
(1)事業対象者が、認定申請を行い、要支援1,2で暫定プランを立て、結果が要介護となった場合、申請日前日まで、総合事業の訪問介護、通所介護は日割りとなります。
(2)非該当となった場合は従来どおり自費です。非該当結果の後に、事業対象者に該当するかを検討することになります。
(3)暫定プランは、要支援1,2、要介護でたてることになります。
総合事業(訪問介護、通所介護)以外のプランを入れる時は、認定申請をし、暫定プランは要支援1又は要支援2、要介護で立てることになります。

総合事業に係るQ & A

Q13 事業対象者のモニタリング、3ヶ月に一度の自宅訪問も現行と同じですか。

A13 同じです。(P 31)

Q14 事業対象者のケアプラン料、初回加算は、要支援認定者と同じか。

A14 同じです。(P 31)

Q15 要支援認定を受けて、サービスを利用していた方が、事業対象者として介護予防ケアマネジメントする場合、初回加算は算定できますか。

A15 できません。また、事業対象者が要支援認定を受け介護予防支援となった場合も初回加算は算定できません。

Q16 総合事業のみの利用者(ケアマネジメント費)の定員換算はどのようになるのですか。また、報酬逡減制度の対象になりますか。

A16 定員換算は2分の1です。ですが、報酬の逡減制度の対象にはなりません。

Q17 利用者負担はどうなるのですか。

A17 総合事業も介護給付同様の負担割合です。

Q18 給付制限がかかる人の総合事業に関する給付制限はありますか。

A18 あります。

Q19 サービスコード61、A1、A2、A3、サービスコード65、A5、A6、A7が平成28年は混在するようですが、居宅事業所は各々で使用しているソフトのバージョンアップをすることになりますか。

A19 そのようになりますので、お願いします。(P 30)

Q20 事業対象者で、総合事業(訪問介護、通所介護)を利用していた人が、福祉用具貸与やショートステイなどが必要になった場合は、プランに入れられますか。

A20 必ず、認定申請をしていただき、要支援1以上の認定が必要です。(P 26)

総合事業に係るQ&A

※回答の最後の()は、関連ページです。

★訪問型サービス

Q21 緩和された基準によるサービスは、従来の介護予防訪問介護相当サービスと全く同じと考えてよいか。

A21 緩和された基準によるサービスは、介護保険に準ずる生活援助サービスの内容となっており、身体介護を除きます。(P 20)

Q22 緩和された基準によるサービスの時間設定は何分ですか。

A22 45分以内でケアプランに記載のサービスの内容を実施するために必要な時間としています。(P 20)

Q23 初回加算はありますか。

A23 ありません。緩和された基準によるサービスに加算はありません。(P 20)

Q24 集合住宅の減算について、緩和した基準によるサービスの利用者は含めるのですか。

A24 含めません。

ですが、現行相当サービスの利用者は含めて計算します。

★通所型サービス

Q25 送迎加算など加算はありますか。

A25 ありません。緩和された基準によるサービスに加算はありません。(P 20)

Q26 同一建物送迎減算はありますか。

A26 ありません。緩和された基準によるサービスに減算はありません。(P 20)

★訪問型サービス・通所型サービス 共通

Q27 提供体制加算や処遇改善加算はありますか。

A27 ありません。緩和された基準によるサービスに加算、減算は全てありません。(P 20)

Q28 現行の通所介護と緩和した基準の通所介護、現行の訪問介護と緩和した基準の訪問介護を同時に利用することは可能ですか。

A28 遠賀郡は対象外と考えています。

問い合わせ先

○芦屋町地域包括支援センター

〒807-0198 遠賀郡芦屋町幸町2番20号

TEL 093-223-3536

FAX 093-222-2010

○水巻町地域包括支援センター

〒807-8501 遠賀郡水巻町頃末北1丁目1番1号

TEL 093-201-4321

FAX 093-202-8189

○岡垣町地域包括支援センター

〒811-4233 遠賀郡岡垣町野間1丁目1番1号

TEL 093-282-1211

FAX 093-282-1299

○遠賀町地域包括支援センター

〒811-4392 遠賀郡遠賀町大字今古賀513番地

TEL 093-293-1234

FAX 093-293-0806