

東広島市介護保険事業者説明会(集団指導)

総合事業について

令和6年3月21日(木)

東広島市 地域包括ケア推進課
包括ケア推進係



目 次

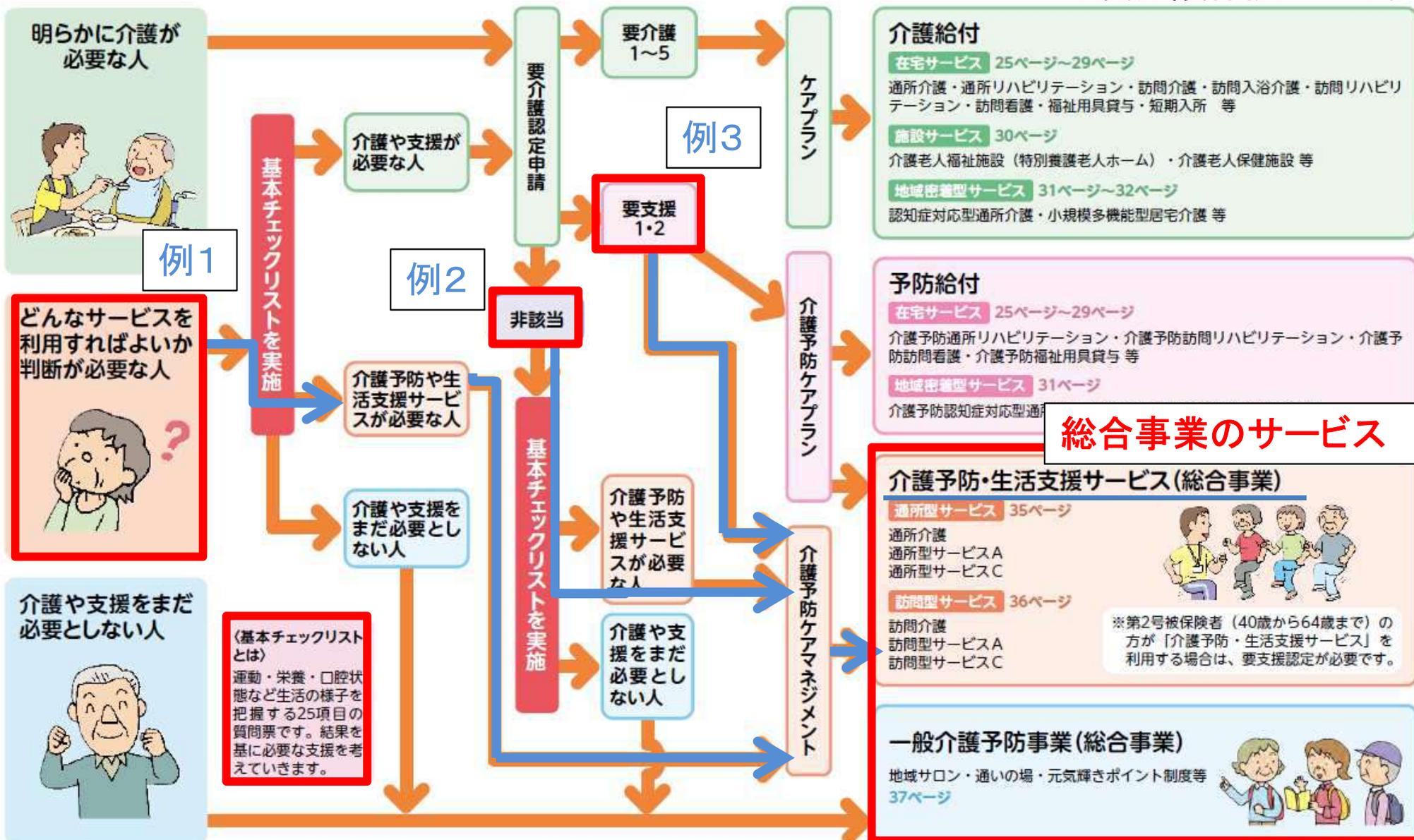
• 地域包括ケアシステム	2
• 総合事業の目的、考え方	3
• 総合事業の構成、サービスの内容	5
• 介護予防ケアマネジメントの種類	12
• 基本チェックリスト、事業対象者の認定	13
• 事業対象者の認定を受けるには	14
• 算定留意事項	20
• 日割算定の適用	21
• 認定区分別利用できるサービス	22
• 国保連合会への請求	24
• 住所地特例の取扱い	27
• 訪問型サービスA	31
• 訪問型サービスB	36
• 訪問型サービスC	46
• 通所型サービスC	56



介護保険サービス利用の流れ

(青線:介護予防・生活支援サービス利用までの流れ)

R5年度介護保険べんり帳

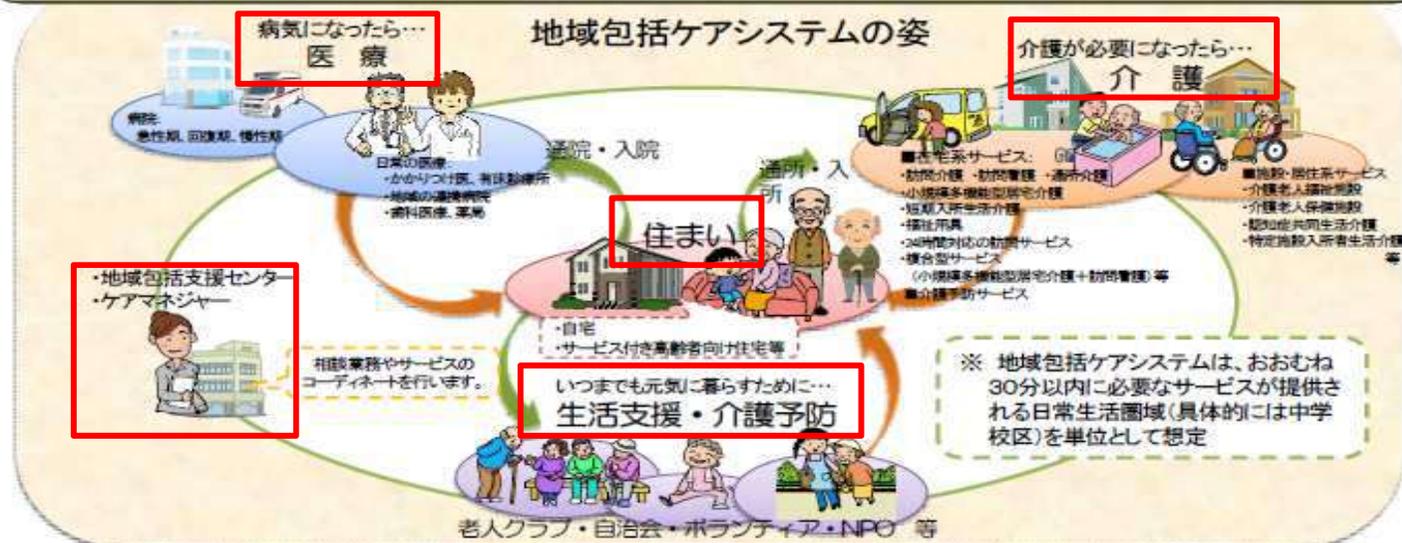


地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようになるため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっている。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



総合事業の目的、考え方

～住み慣れた地域でいつまでも自分らしい生活を続けていくには～

- ① 自立に向けての支援（要支援者の持っている能力、社会参加を意識した適切なマネジメントによる支援）
- ② 地域の支え合い体制づくりの推進
- ③ 地域で担い手となる人材の確保

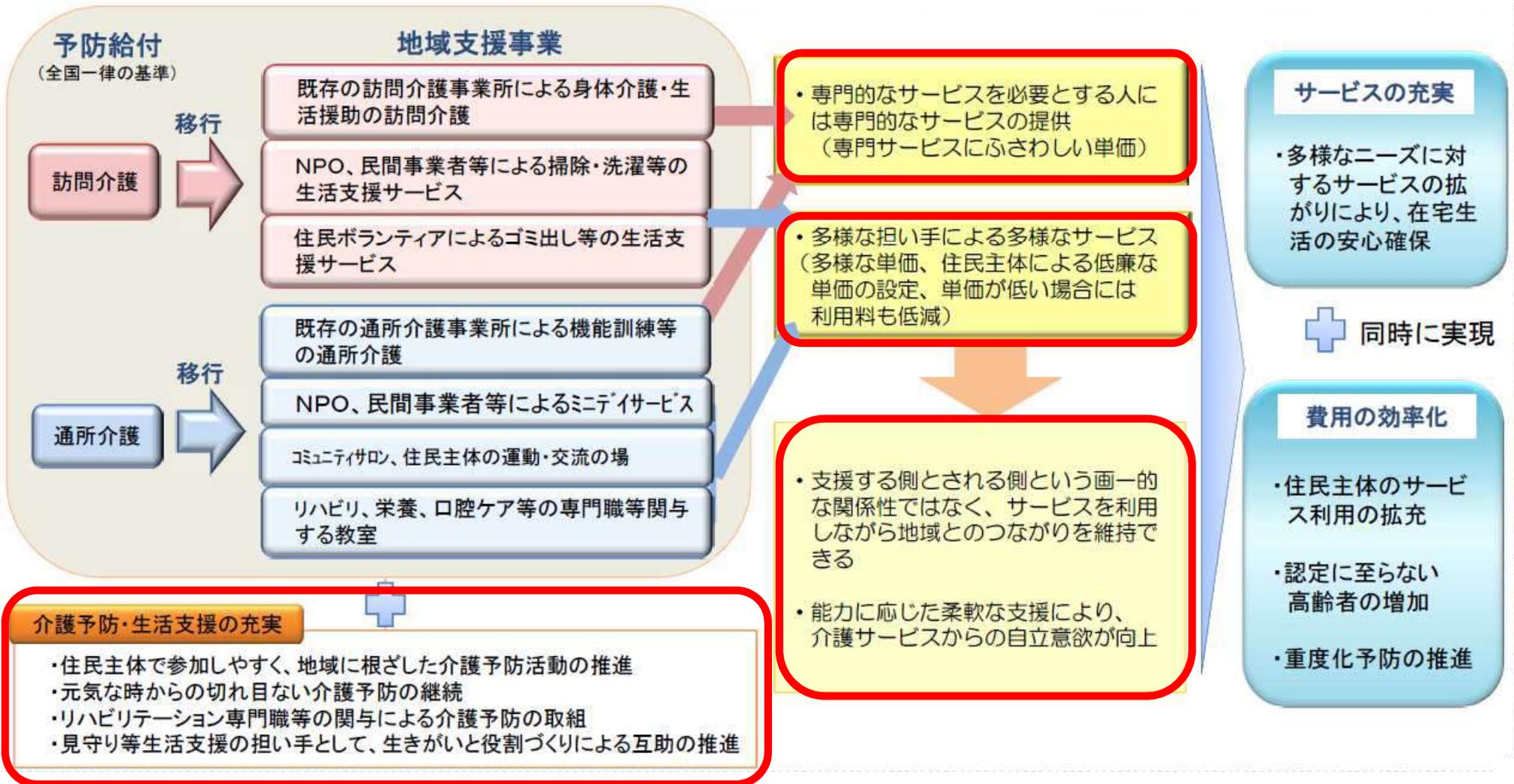


予防給付で行っていた、通所介護、訪問介護は、介護予防・日常生活支援総合事業として位置づけられる

- 自立支援を目指していくことを明確にしていく。リハビリテーション専門職等の関与
- 地域特性、必要とされる支援に応じた多様なサービスを提供していく。（単価、サービス内容を市が独自に設定することが可能となる。）
- 現行の訪問介護等に相当するサービスの他、緩和した基準のサービス、短期集中支援、住民主体の支援等多様なサービスを行うことが可能となる

【参考】総合事業と生活支援サービスの充実

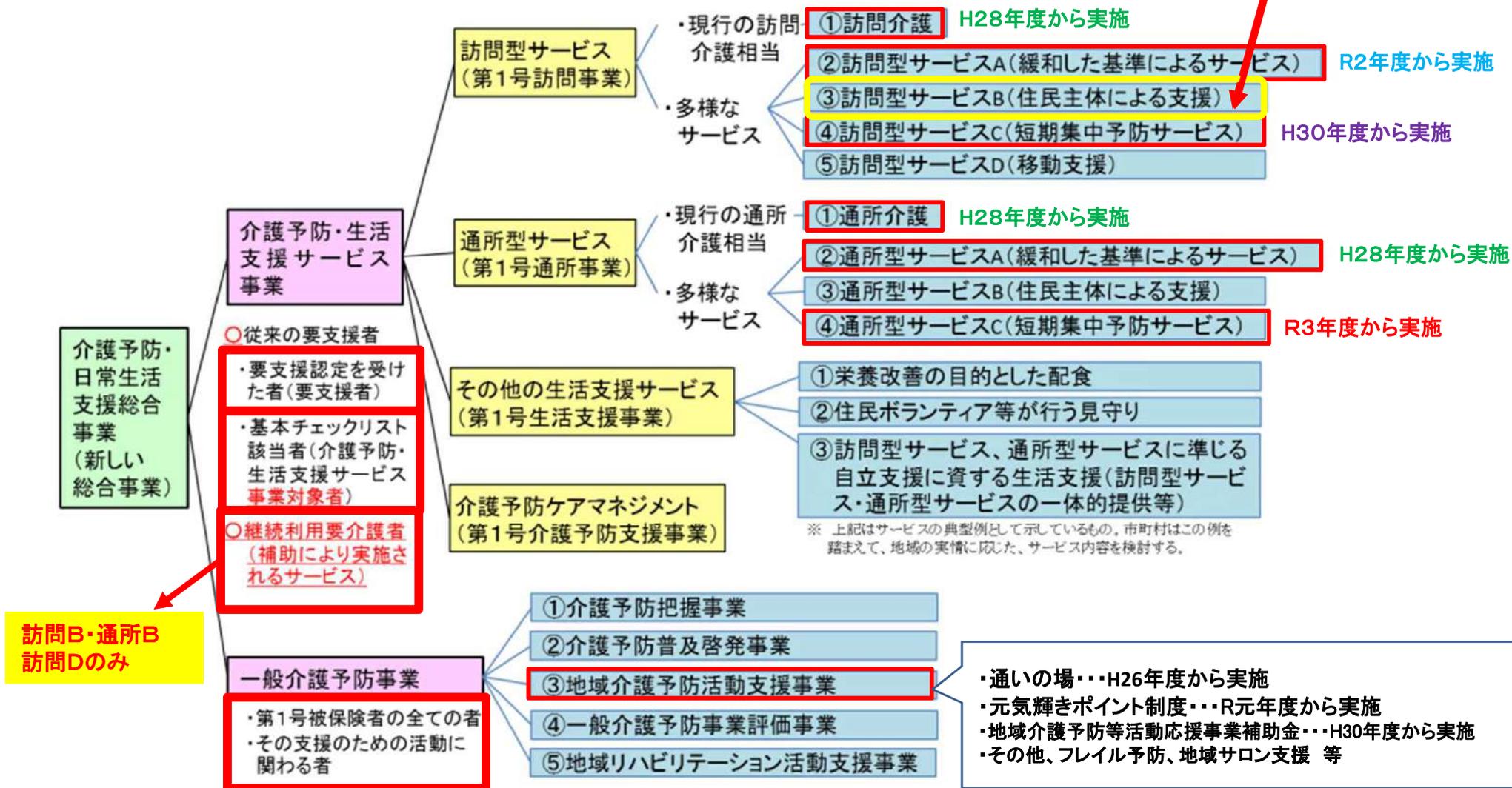
- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業の構成・実施状況

R6報酬改定により今後変更の可能性があります。

R6から実施



(参考)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

訪問型サービスの内容

R6から実施

赤で囲んでいる部分が東広島市で実施している事業

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

通所型サービスの内容

赤で囲んでいる部分が東広島市で実施している事業

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等	・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

総合事業介護予防・生活支援サービス事業一覧

R6報酬改定により今後サービス費用等が変更する可能性があります。

利用者負担は、原則として「サービス費用のめやす」の1割※です。掲載している金額の他に、サービス内容による加算などがあります。
(※所得により2割または3割になる場合があります。)

通所型サービス

●通所介護

通所介護施設で、入浴や排せつ、食事などの日常生活上の支援を日帰りで行うことができます。また、運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上の選択的サービスも受けることができます。

■利用回数 介護予防ケアマネジメントに基づき決定

(利用回数のめやす) 要支援2認定者・・・週2回程度

要支援1認定者・事業対象者・・・週1回程度

■サービス費用のめやす (月額制)

週1回程度の利用	16,954円/月
週2回程度の利用	34,759円/月

●通所型サービスA

サービス提供施設で、運動機能向上プログラムを受けることができます。また、栄養改善(昼食提供、昼食代は実費負担)や口腔機能の向上のプログラム等必要なサービスを総合的に受けることで、生活機能の改善(サービス利用からの卒業)を目指します。(送迎は希望者のみ、入浴サービスはなし)

■利用回数 介護予防ケアマネジメントに基づき決定

(利用回数のめやす) 週1回

■サービス費用のめやす (回数制)

週1回の利用	3,944円/回
--------	----------

●通所型サービスC (9月以降、一部地域で実施予定)

サービス提供施設等で、理学療法士や健康運動指導士等により短期集中的に運動機能に関するプログラムを受けます。(3か月以内)

介護予防ケアマネジメントに基づき決定された人が対象です。

■利用回数・期間・・・週1回(3か月間)

■利用者負担・・・なし

訪問型サービス

●訪問介護

自分ではできない日常生活上の行為がある場合に、ホームヘルパーによる調理や買物、掃除、洗濯などの支援が受けられます(独居・高齢者世帯)

■利用回数 介護予防ケアマネジメントに基づき決定

(利用回数のめやす) 要支援2認定者・・・週1~3回程度

要支援1認定者・事業対象者・・・週1・2回程度

■サービス費用のめやす (月額制)

週1回程度の利用	12,006円/月
週2回程度の利用	23,983円/月
週3回程度の利用	38,052円/月

シルバー人材センターに委託

●訪問型サービスA

自分ではできない日常生活上の行為がある場合に、ぐるマルサポーター※による調理や掃除、洗濯干しなどの支援が受けられます。(買物、洗濯はありません。)(独居・高齢者世帯)

※ぐるマルサポーター：市が実施する「ぐるマルサポーター養成講座」修了者

■利用回数 週1回

■サービス費用のめやす (回数制)

週1回の利用	1,668円/回
--------	----------



●訪問型サービスB

住民主体による調理、掃除、洗濯、外出支援、草取りなどのサービスです。介護予防ケアマネジメントに基づき決定された人が対象です。

■利用回数・・・介護予防ケアマネジメントに定められた回数

■利用者負担・・・(実施団体が利用料を決める)

●訪問型サービスC

理学療法士や歯科衛生士、管理栄養士等が自宅に訪問し、短期集中的に日常生活動作の改善や口腔機能向上、栄養改善の支援が受けられます。(3か月以内)

介護予防ケアマネジメントに基づき決定された人が対象です。

■利用回数・期間・・・週1回(3か月間)

■利用者負担・・・なし

東広島市訪問型サービス一覧(詳細)

R6報酬改定により、サービス費用等が変更となる可能性があります。

サービス種別	訪問介護(東広島市)	訪問型サービスA(東広島市)	訪問型サービスC(東広島市)
サービス内容	自分では受けられない日常生活上の行為がある場合に、ホームヘルパーによる買い物、掃除、調理、洗濯などの支援を受ける(身体介護含む)	自分では受けられない日常生活上の行為がある場合に、市の研修修了者(ぐるマルサポーター)による掃除、調理、洗濯干しなどの支援を受ける	保健、医療等の専門職が要支援者の自宅に訪問し、短期・集中的に支援を行う
利用回数	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定(目安) 要支援1/事業対象者 → 週1回程度、週2回程度 要支援2 → 週1回程度、週2回程度、週2回程度を超える利用	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定(目安) 事業対象者、要支援1、要支援2 → 原則週1回程度	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定 3カ月で12回までを1期間とする (一人につき原則1期間のみの利用)
サービス費用の目安(10割分)	週1回程度の利用 1,176単位/月 週2回程度の利用 2,349単位/月 週2回程度を超える利用 3,727単位/月 (1単位10.21円)	1,668円/回	1時間未満 8,086円/回 1時間以上1時間30分未満 11,098円/回
利用者負担	1割から3割(介護保険負担割合証を確認)生活保護受給者、原子爆弾被爆者(所得制限あり)は自己負担なし	1割から3割(介護保険負担割合証を確認)生活保護受給者は自己負担なし	自己負担なし
ケアマネジメント	地域包括支援センター、委託を受けた居宅介護支援事業所が実施 ケアマネジメントA(原則的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画	地域包括支援センター、委託を受けた居宅介護支援事業所が実施 ケアマネジメントA(原則的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画	地域包括支援センター委託を受けた居宅介護支援事業所が実施 ケアマネジメントA(原則的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画
限度額管理	対象(総合事業高額対象)	対象外(総合事業高額対象外)	対象外(総合事業高額対象外)
対象者	一定期間継続的なサービス利用が必要な人。室内の歩行・立位保持、ADLが不安定な人。身体的な疾病を考慮した上で支援が必要な人。認知機能の低下、精神疾患、意欲低下がみられる人。その他、複雑困難な状況が見られる場合。	一定期間継続的なサービス利用が必要な人のうち身体的、精神的に状態が安定している人で、生活の一部の支援を行うことで自立につながる人。認知症自立度 I、IIa 障害自立度 J1、J2	自立に対する意思、意欲が明確であり、取組みにより改善の可能性のある人
個別サービス計画	作成必須	作成必須	作成必須
支払方法	国保連経由で審査・支払	市へ直接請求 (ケアマネジメント費は国保連請求)	市へ直接請求 (ケアマネジメント費は国保連請求)
実施機関	総合事業の指定事業所	シルバー人材センター	通所リハビリテーション、訪問看護事業所等
その他	・「訪問型サービスA」「介護予防特定施設入居者生活介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防看護小規模多機能型居宅介護」「介護予防認知症対応型共同生活介護」との併用はできない。	・「訪問介護」「介護予防特定施設入居者生活介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防看護小規模多機能型居宅介護」「介護予防認知症対応型共同生活介護」との併用はできない。	(詳細は別紙にて)

東広島市訪問型サービス一覧(詳細)

サービス種別	訪問型サービスB(東広島市) 事業対象者・要支援者・継続要介護者が対象
サービス内容	事前に市へ登録している、住民団体(NPO法人など)による支援 買い物、掃除、調理、草とり、ゴミ出し、移動支援等 (利用者と共にを行う支援以外の身体介護は対象外) (内容は、実施団体により異なる)
利用回数	ケアマネジメントに基づき決定
サービス費用の目安(10割分)	実施団体が定めた金額
利用者負担	実施団体が定めた金額
ケアマネジメント	<p>◆訪問型サービスBのみ利用の場合 (事業対象者、要支援者、継続要介護者) 地域包括支援センター、委託を受けた居宅介護支援事業所が実施 介護予防ケアマネジメントC</p> <p>◆訪問型サービスBとその他の介護保険サービスを利用の場合 (事業対象者、要支援者) 総合事業のサービス利用もある場合、ケアマネジメントA(原則的) (ただし、通所型サービスAのみ利用の場合、ケアマネジメントB) 予防給付のサービス利用もある場合、介護予防サービス計画 (継続要介護者) 居宅サービス計画</p>
限度額管理	対象外(総合事業高額対象外)
対象者	ケアマネジメントに基づき決定
個別サービス計画	不要
支払方法	(ケアマネジメント費は国保連請求)初回月のみ
実施機関	事前に市へ登録している住民団体
その他	<p>・「介護予防特定施設入居者生活介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防看護小規模多機能型居宅介護」「介護予防認知症対応型共同生活介護」との併用はできない。</p> <p>※継続要介護者とは 事業対象者、要支援の時に訪問型サービスBを利用しており、要介護後も引き続きサービスを使う人</p>

東広島市通所型サービス一覧(詳細)

R6報酬改定により、サービス費用等が変更となる可能性があります。

サービス種別	通所介護(東広島市)	通所型サービスA(東広島市)	通所型サービスC(東広島市)
サービス内容	・通所介護施設で、入浴や排せつ、食事などの日常生活上の支援を日帰りで受ける。運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上の選択的サービス等あり。	・運動機能向上プログラムを実施することで、生活機能の改善を図る。(口腔機能向上加算あり) ・初回と3ヵ月毎の評価を行う。 (実施時間) 1.5~2時間程度(事業所による) ・(入浴) なし (送迎) 希望者のみ ・(昼食) 全額利用者負担(事業所による)	・運動を中心とした集団での教室。健康運動指導士等の専門職が短期・集中的に支援を行う R6は、西条町、八本松町、志和町、福富町、豊栄町、河内町、高屋町、黒瀬町在住者を対象に実施。
利用回数	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定 (目安) 要支援1/事業対象者 → 週1回程度 要支援2 → 週2回程度	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定 事業対象者、要支援1、要支援2→週1回	介護予防ケアマネジメント等に基づき決定 3か月間で12回の利用 (約1か月後にフォロー教室を1回実施)
サービスの費用の目安(10割分)	要支援1 1,672単位/月 要支援2 3,428単位/月 (1単位10.14円)	389単位/回 (1単位10.14円)	会場ごとに市が委託料を支払う
利用者負担	1割から3割(介護保険負担割合証を確認)生活保護受給者、原子爆弾被爆者は自己負担なし	1割から3割(介護保険負担割合証を確認)生活保護受給者は自己負担なし	自己負担なし
ケアマネジメント	地域包括支援センター、委託を受けた居宅介護支援事業所が実施 ケアマネジメントA(原則的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画	地域包括支援センターが実施 ケアマネジメントB(簡略的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画	地域包括支援センターが実施 ケアマネジメントA(原則的) 要支援認定者で予防給付のサービス利用もある場合は介護予防サービス計画
限度額管理	対象(総合事業高額対象)	対象(総合事業高額対象)	対象外(総合事業高額対象外)
対象者	・一定期間継続的なサービス利用が必要な人	・食事・入浴等生活行為が自立している人 ・生活機能の改善を図り、サービス利用からの卒業を目指す。	・主に、元気すこやか健診、基本健診健診受診者(75歳以上)のうちフレイルに注意が必要な人を対象とし、介護予防ケアマネジメント等に基づき実施
個別サービス計画	作成必須	作成必須	作成必須
支払方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払	市へ直接請求 (ケアマネジメント費は国保連請求)
実施機関	総合事業指定事業所	総合事業指定事業所	市内フィットネス事業所等
その他	・「通所介護」と「通所型サービスA」の併用はできない。 ・「介護予防特定施設入居者生活介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「介護予防看護小規模多機能型居宅介護」「介護予防認知症対応型共同生活介護」「介護予防認知症対応型通所介護」との併用はできない。 ・「介護予防通所リハビリテーション」と「通所介護」・「通所型サービスA」の併用はできない。		・「通所介護」「通所型サービスA」「介護予防通所リハビリテーション」との併用はできない。

介護予防ケアマネジメントの種類

(総合事業のサービスのみ利用の場合のケアマネジメント)

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントA)

- ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合
- ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

アセスメント
→ケアプラン原案作成
→サービス担当者会議
→利用者への説明・同意

→ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ)
→サービス利用開始
→モニタリング

②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントB)

- ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)

アセスメント
→ケアプラン原案作成
(→サービス担当者会議は簡略可)
→利用者への説明・同意

→ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ)
→サービス利用開始
→モニタリング(適宜)

③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントC)

- ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合(※必要に応じ、その後の状況把握を実施)

アセスメント
→ケアマネジメント結果案作成
→利用者への説明・同意

→利用するサービス提供者等への説明・送付

→サービス利用開始

基本チェックリストでの「事業対象者」 判定基準

記入日：平成 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云われますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	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

生活機能

運動器

栄養

口腔機能

閉じこもり

認知症

うつ傾向

① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当
(注) この表における該当 (No. 12を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。 この表における該当 (No. 12に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合をいう。



判定の基準

◆原則、地域包括支援センター職員が、基本チェックリストを実施

◆東広島市が、「事業対象者」の認定を行う。

事業対象者の認定を受けるには

地域包括支援センターが「基本チェックリスト」の
実施

新規認定は、原則、地域包括支援センターが「基本チェックリスト」
の実施を行う。



地域包括支援センターが本所へ「基本チェックリス
ト」「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマ
ネジメント依頼届出書」を提出

(支所エリア(北部・安芸津・黒瀬)の地域包括支援センターは支所
に提出。事前に本所に電話連絡する。)



本所から、対象者へ「介護保険被保険者証」「負
担割合証」「総合事業対象者決定通知書」を郵送
する

地域包括支援センターが、対象者に届いた「介護保険被保険者証」「負担割
合証」「総合事業対象者決定通知書」の確認を行った後、利用者と契約する。

事業対象者の有効期間は2年

有効期間開始日は、本庁または支所受付日。

事業対象者の有効期間開始日から2年後の
同月末日まで(有効期間開始日が1日付けの
場合は2年後の前月の末日まで)

区分支給限度額 は5,032単位(1カ月)

事業対象者の更新認定について

- 更新認定の受付は有効期間が切れる1カ
月前から受付開始。
- 更新認定は「基本チェックリスト」の実施を
委託を受けた居宅介護支援事業所が行うこ
とも可能
- 本所か支所へ「基本チェックリスト」のみ
提出

※出張所(高屋、八本松、志和)での受付は、行っていません。

基本チェックリストの記載方法

基本チェックリスト

評価用チェックリスト

記入日	令和03年07月06日 (3 回目)	作成者	
記入者	本人・家族・その他 ()	機関	
フリガナ	ヒガシヒロシマ ハナコ	本人承諾	男
本人氏名	東広島 花子	生 (95) 歳	
住所	広島県東広島市西条栄町8-29	電話	
		携帯	080-1234-5678
希望するサービス内容			
主訴			
作成区分	問診・自己記入	健診区分	集団・個別
		登録日	令和03年07月06日
No.	質問項目	回答 (いづれかに○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
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
運動不足に関する項目 (0 点 / 5 点)		運動不足:	
握力 (kg) [< 29] / 開眼片足立時間 (秒) [< 20] / 10m歩行速度 (秒) [≥ 8.8]		計: 0 点	
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
栄養改善に関する項目 (0 点 / 2 点)		栄養改善:	
血清アルブミン値 (g/dl) [≤ 3.8]			
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) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。		
口腔内ケアに関する項目 (0 点 / 3 点)		口腔内ケア:	
反復唾液嚥下テスト 3回以上・未満 [< 3] / 視診所見あり(口腔内)			
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
閉じこもり予防に関する項目 (0 点 / 2 点)		閉じこもり予防:	
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
物忘れ予防に関する項目 (0 点 / 3 点)		物忘れ予防:	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」と言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	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
うつ予防に関する項目 (0 点 / 5 点)		うつ予防:	
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
1~20までのうち10項目以上該当する場合、		合計:	0/20点
		質問項目合計:	0/25点

基本チェックリストの記載方法について

希望するサービス内容
訪問介護、訪問A、訪問C
通所介護、通所A、通所C
ふれあい収集

主訴 サービス利用の理由のみ記載する。
(例)
下肢筋力低下予防のため (通所介護、通所A、通所C、訪問C)
人との交流が必要なため (通所介護)
掃除の支援が必要なため (訪問介護、訪問A)
ごみ出しの支援が必要なため (ふれあい収集)

アテンドシステムに入力し、作成する。

事業対象者、要支援認定の手続き1

次の場合 事前に本所に電話連絡をする。

支所に基本チェックリストを含む書類を提出する場合(北部・安芸津・黒瀬地域包括支援センター)

	申請パターン	提出時、必要書類	書類提出先	利用者へ届く書類	注意事項
1	事業対象者新規認定申請	「基本チェックリスト」 「介護予防サービス計 画作成・介護予防ケ アマネジメント依頼届 出書」	本所 または支所	「介護保険被保険者 証」「負担割合証」 「総合事業対象者決 定通知書」	
2	要介護・要支援認定申請	「要介護・支援認定申 請書」「介護予防サー ビス計画作成・介護予 防ケアマネジメント依 頼届出書」「居宅サー ビス計画作成依頼届 出書」	本所 または支所	申請後「資格者証」。 認定後「介護保険被 保険者証」「負担割 合証」	
3	要介護・要支援認定申請と事業 対象者認定申請を同時申請 (要介護・要支援認定が出る前に 総合事業のサービスを利用する 場合のみ申請可能。非該当と なった場合、事業対象者と認定 する。)	「要介護・支援認定申 請書」「基本チェックリ スト」「介護予防サー ビス計画作成・介護予 防ケアマネジメント依 頼届出書」「居宅サー ビス計画作成依頼届 出書」	本所 または支所	申請後「資格者証」。 認定後「介護保険被 保険者証」「負担割 合証」(非該当の場 合は、総合事業対象 者決定通知書も郵 送)	

事業対象者、要支援認定の手続き2

	申請状況	提出時、必要書類	書類提出先	利用者へ届く書類	注意事項
4	事業対象者が事業対象者更新認定申請	「基本チェックリスト」	本所 または支所	「介護保険被保険者証」「総合事業対象者決定通知書」	事業対象者の有効期間が切れる1カ月前から、事業対象者更新後の有効期限開始日まで(開始日含む)の間に要介護・要支援認定申請をする場合は、「要介護・要支援認定申請書」「居宅サービス計画作成依頼届出書」「基本チェックリスト」を本所または支所へ提出。
5	要支援認定者が要介護・要支援認定更新申請	「要介護・支援認定申請書」「居宅サービス計画作成依頼届出書」	本所 または支所	申請後「資格者証」。認定後「介護保険被保険者証」	更新認定結果が有効期間が切れるまでに出ない場合で、総合事業のサービスを利用する場合は、事業対象者の申請を本所または支所へ行う。(「基本チェックリスト」「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出。)
6	事業対象者が要介護・要支援認定申請	「要介護・支援認定申請書」「居宅サービス計画作成依頼届出書」	本所 または支所	申請後「資格者証」。認定後「介護保険被保険者証」	事業対象者の有効期間が切れる前に、認定結果が出ない場合は、「基本チェックリスト」も提出。(非該当となった場合、事業対象者更新認定する。)
7	要支援認定者が区分変更	「要介護・支援認定変更申請書」「居宅サービス計画作成依頼届出書」	本所 または支所	申請後「資格者証」。認定後「介護保険被保険者証」	事業対象者の認定申請を併せて行う場合は、「要介護・支援認定変更申請書」「基本チェックリスト」「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」「居宅サービス計画作成依頼届出書」を本所または支所へ提出。(非該当となった場合、事業対象者と認定する。)
8	要支援認定者が更新はせず事業対象者認定申請	「基本チェックリスト」「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」	本所 または支所	「介護保険被保険者証」「総合事業対象者決定通知書」	

「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」について

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
— 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」
についてのQ&A について

計31枚（本紙を除く）

Vol.411
平成27年1月9日
厚生労働省老健局振興課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3934)
FAX：03-3505-7894

問6 介護予防ケアマネジメントの依頼は、利用者から市町村に届け出ることになっているが、本人の代理として家族や地域包括支援センターから提出する際は、委任状が必要か。また、要介護から要支援に変わり、給付によるサービス利用から、事業によるサービス利用に切り替わる際など、事業と給付の移行の度に、届出が必要か。

(答)

- 1 介護予防ケアマネジメントの依頼の届出については、委任状は必要なく、利用者本人が自書の上、家族や地域包括支援センターが代理で市町村に提出することは可能である。
- 2 介護給付から予防給付又は介護予防・生活支援サービス事業に移行する場合は、居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため、届出が必要である。
- 3 なお、要支援者が、予防給付から介護予防・生活支援サービス事業へ移行する際は、指定介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへ移行することとなるが、この場合は、要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出書の提出は省略することもできる。

一方、要支援者から基本チェックリストによるサービス事業対象者に移行する場合は、介護予防ケアマネジメント依頼届出によりサービス事業対象者として登録するため、届出書の提出が必要である。

担当：老健局振興課地域包括ケア推進係（内線3982）



要支援→事業対象者
「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の提出が、改めて必要

要介護・要支援認定申請と事業対象者認定申請後にサービスを暫定利用し、要介護認定が出た場合【特例的な対応】

訪問型サービスA・訪問型サービスC・通所型サービスA・通所型サービスC利用者が要介護になる事を想定しなかった場合が考えられる。

(※まずは、総合事業の通所介護・訪問介護への利用移行から検討していただきたい。)

単に計画作成依頼書届出の提出忘れ、ケアプラン作成忘れの場合は適応となりません。

●要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者は総合事業のサービスを利用することができない。総合事業のサービスを利用した者が要介護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総合事業によるサービス利用を継続することを可能としている。(この取り扱いを行う場合、要介護認定となることは想定しておらず、居宅サービス計画(介護給付を受けるための計画)の作成は行っていないことが前提となる。)この取り扱いについて検討する場合は、**事前に本所に要介護・要支援認定申請前に相談を行う。**(事前相談がない場合は原則対象とはできません。)

●また、要介護認定が出て、介護保険被保険者証が利用者に届いて以降は、介護給付でサービス提供がされるよう対応する。

●例:『「事業対象者」として総合事業のサービス(訪問型サービスA)を利用していた者が要介護・要支援認定申請を行い、要介護・要支援認定申請と同時に暫定で介護予防サービス・支援計画書に基づいて、総合事業のサービス(訪問型サービスA)と福祉用具貸与を利用していたところ、「要介護1」と認定された場合』の取扱いについては、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、総合事業のサービスは利用できないため、訪問型サービスAの利用分が全額自己負担となり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。(この場合、居宅サービス計画の支援費は請求できない)
- ②「事業対象者」として取り扱うのであれば、介護予防ケアマネジメント費と訪問型サービスAの利用分を総合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。

(H27.3.31介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインQ&A第4の問4参照)

総合事業算定留意事項

項目	内容
総合事業のサービスのみを利用の場合	原則、要介護・要支援認定申請ではなく、 まず事業対象者の認定申請を検討する。
要介護・要支援認定申請を行い認定結果が出るまでの間に、暫定で、総合事業のサービス利用をする場合	<ul style="list-style-type: none"> ●要介護・要支援認定申請を行い認定結果が出るまでの間に暫定で総合事業のサービス利用をする場合は、事業対象者の認定申請も原則同時に行う。(事業対象者の認定がない場合、要介護・要支援認定が非該当となった場合、介護保険(総合事業)の給付は行われなため、自己負担となる。) ●要介護・要支援認定は申請日に遡って認定有効期間が開始となる。原則どの認定区分(要介護・要支援・事業対象者)となっても介護保険の給付を受けることができるように、ケアプラン作成を行い、どの認定区分(要介護・要支援・事業対象者)となっても対応が可能である事業所を利用する。(訪問A・訪問C・通所A・通所Cの事業所は、要介護となった場合は介護保険の給付対象にはならないため注意すること。)
事業対象者の通所介護・訪問介護の利用回数	「事業対象者」の通所介護の利用回数はケアマネジメントにより決定するとしている。サービスコードでは週2回程度も請求できることとなっているが、 目安は週1回程度としている。 これは、「事業対象者」の利用回数は原則的に週1回程度で、短期間一時的に週2回程度利用する場面があることを想定している。「事業対象者」であれば、通所介護の利用回数が自由に選択できるということではない。週2回程度の利用が継続的に必要な場合は、認定の変更申請を検討していただきたい。「事業対象者」の訪問介護も週2回を超える程度の請求ができるが、同様の考え方となる。
総合事業のサービスの給付制限	総合事業は給付制限はない。 利用者の被保険者証に給付制限があると記載がある場合も、総合事業のサービスは給付制限はない。
介護予防ケアマネジメントのセルフプラン	介護予防ケアマネジメントは セルフプランは想定されない。
事業対象者の評価時に、基本チェックリストを行い、該当ではない場合の扱い	<ul style="list-style-type: none"> ●実際には、基本チェックリストの該当となると考えられる場合は、地域包括支援センター内で協議し、再度基本チェックリスト聴取を検討。 ●基本チェックリストで事業対象者の該当でなくなった場合は、基本チェックリストを市へ提出する。「非該当」の被保険者証を市が送る。

日割算定の適用(総合事業)

I-資料9

○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。

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	・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。
-------------------------------------	---

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	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日	
	・区分変更(要介護→要支援) ・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	
	開始	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日	
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日	
	・公費適用の有効期間開始	開始日	
	・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日	
	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日	
	・区分変更(事業対象者→要介護) ・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	
	終了	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日	
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日	
・公費適用の有効期間終了	終了日		

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
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(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。(月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様)	

- ※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、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。

総合事業の訪問介護、通所介護は月額制であるが、日割算定の適用の事由に該当する場合は日割算定となる。

赤下線は、総合事業の場合のみ「事由」となっている。

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(令和3年3月31日)

認定区分別利用できるサービス

サービス種類	要介護認定	要支援認定	事業対象者
デイケア・訪問看護・福祉用具貸与・ショートステイ等	○	○	×
訪問介護 通所介護 (介護と総合事業を一体的に実施している場合)	○	○	○
訪問A・訪問C・通所A・通所C	×	○	○

サービス利用は、認定区分に応じた、「ケアプラン」「サービス計画作成依頼届出書」の提出がある事が前提です。

(訪問型サービスBは、事業対象者、要支援の時に、サービスを利用している場合、要介護認定となった後も、引き続き利用する事が可能)

区分支給限度額・ケアプランの種類

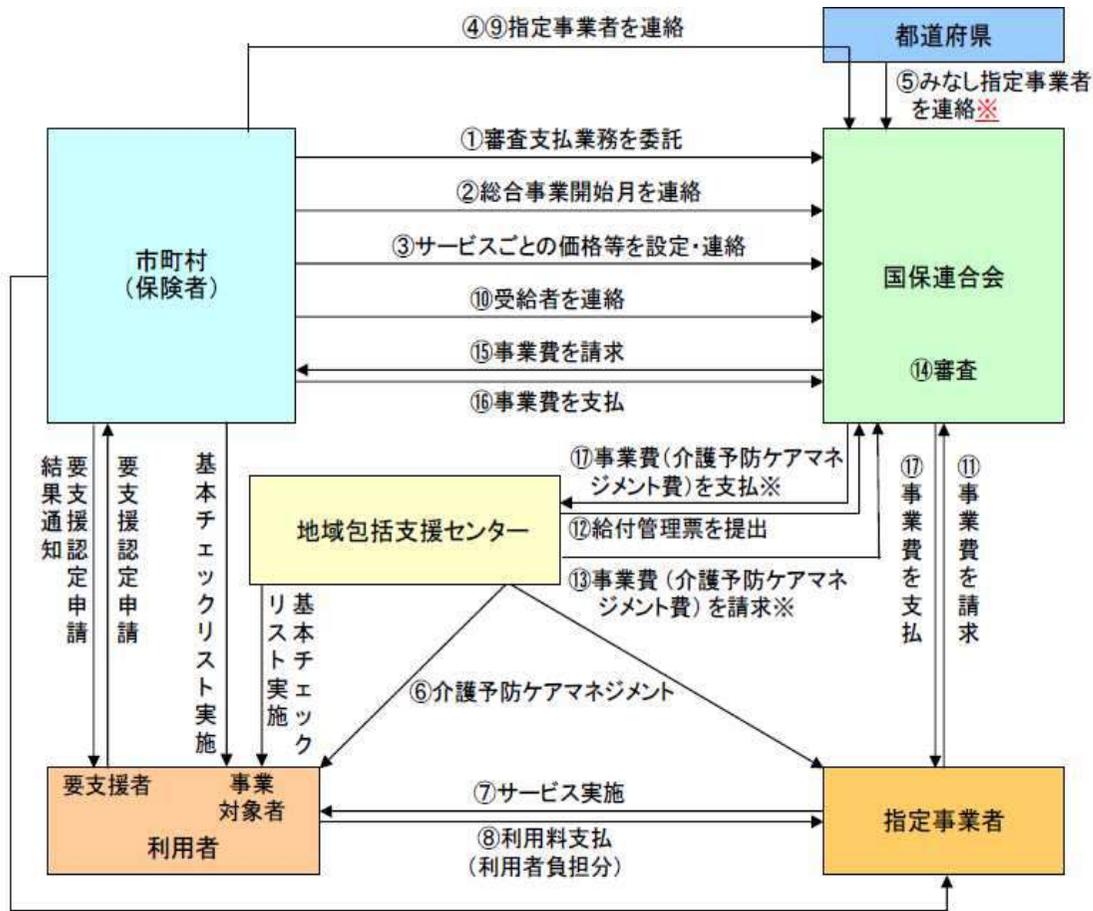
区分	区分支給限度額 (1カ月)	利用サービス	ケアプランの種類
事業対象者	<p>5,032単位</p> <p>※一時的に集中的な支援が効果的であるとされる場合、要支援1の限度額を超えることが可能とされているが通常想定されない。</p>	介護予防・生活支援サービス事業	介護予防ケアマネジメント (総合事業のケアプラン)
要支援1	<p>5,032単位</p> <p>※予防給付のサービスを利用する場合は一体的に限度額管理を行う</p>	介護予防・生活支援サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント (総合事業のケアプラン)
		介護予防・生活支援サービス事業と予防給付のサービス	介護予防サービス計画
		予防給付のサービスのみ	介護予防サービス計画
要支援2	<p>10,531単位</p> <p>※予防給付のサービスを利用する場合は一体的に限度額管理を行う</p>	介護予防・生活支援サービス事業のみ	介護予防ケアマネジメント (総合事業のケアプラン)
		介護予防・生活支援サービス事業と予防給付のサービス	介護予防サービス計画
		予防給付のサービスのみ	介護予防サービス計画

総合事業の国保連合会への請求

項目	内容
国保連合会を通して市へ請求を行うことができる総合事業のサービスの種類	通所介護、通所型サービスA、訪問介護、介護予防ケアマネジメント * 通所型サービスC、訪問型サービスA、訪問型サービスCは受託事業者が直接市へ請求する。
国保連合会へ請求する時のサービスコード	通所介護「A6」 通所型サービスA「A7」 訪問介護「A2」介護予防ケアマネジメント「AF」
地域単価	通所介護、通所型サービスA 10.14円 訪問介護、介護予防ケアマネジメント 10.21円
請求権の時効	サービス提供月の翌々々月の1日から起算して5年間

国保連合会への請求の流れ1

(総合事業のサービスのみ利用の場合)



※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は、要支援者は平成27年4月サービス分より、また事業対象者は平成29年4月サービス分より国保連合会を経由した支払が可能である。
 なお、国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

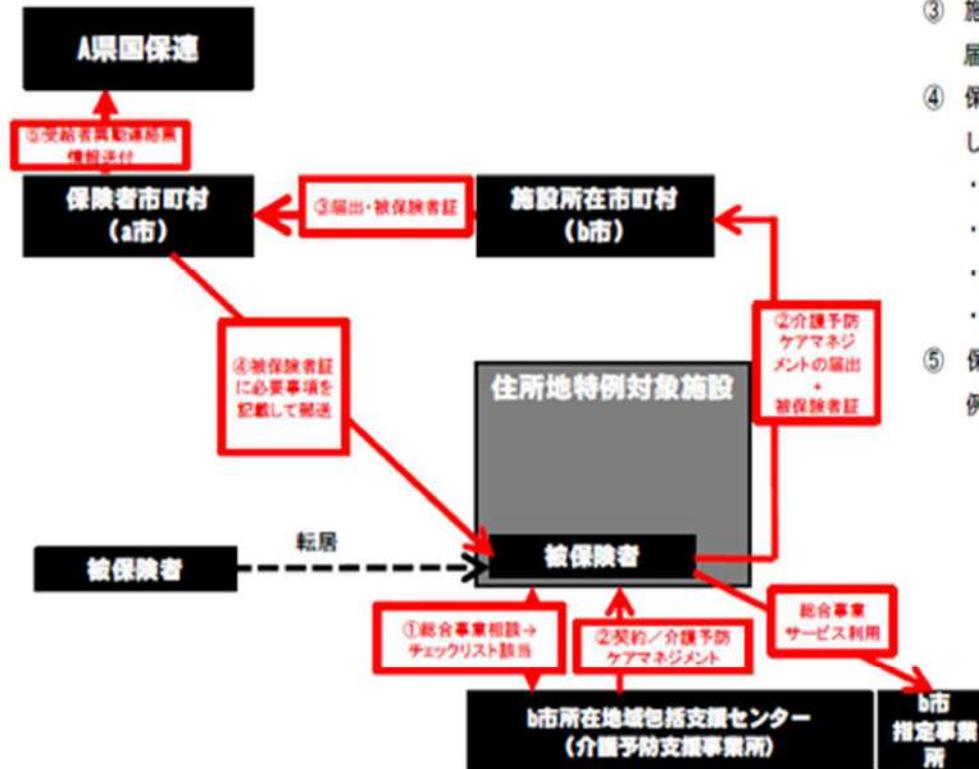
介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(令和3年3月31日)

区分	事務処理内容			
サービス提供月前月	⑥介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターは、利用者・事業者と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。		
サービス提供月	⑦サービス実施	事業者が利用者へサービスを実施		
	⑧利用料支払 (利用者負担分)	利用者は事業者へ利用料を支払う(利用者負担分)		
サービス提供月翌月	10日まで	実績報告書を提出	事業者は地域包括支援センターへ実績報告書を提出する。	
		⑪事業費を請求	事業者は国保連合会へ請求明細書を提出し、事業費を請求する。	
		⑫給付管理票を提出	地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。	
		⑬事業費(介護予防ケアマネジメント費)を請求	請求明細書(介護予防ケアマネジメント費)を提出する。	
サービス提供月翌々月	5	⑭審査	国保連合会は審査を行う。	
		20日まで	⑮事業費を請求	国保連合会は東広島市へ事業費及び審査支払手数料を請求する。
		25日まで	⑯事業費を支払	東広島市は国保連合会へ事業費及び審査支払手数料を支払う。
		月末まで	⑰事業費を支払	国保連合会は事業者へ事業費を支払う。

住所地特例の取扱い(事業対象者)

(参考) 平成27年4月以後に住所地特例対象者として新たに総合事業を利用する場合

(1) 総合事業を基本チェックリストにより利用する場合



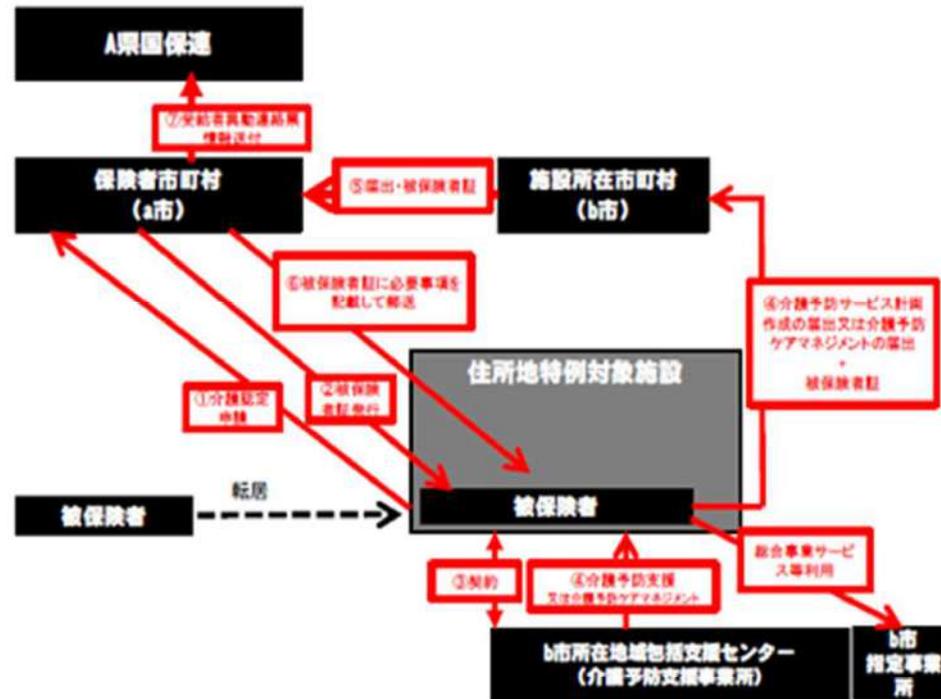
- ③ 施設所在市町村 (b市) は被保険者から提出された介護予防ケアマネジメント作成依頼 (変更) 届出書及び被保険者証を保険者市町村 (a市) に送付する。(写しを送付することでもよい。)
- ④ 保険者市町村 (a市) は、③の介護予防ケアマネジメント作成依頼 (変更) 届出書 (又はその写し) をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、被保険者へ郵送する。
 - ・要介護状態区分：事業対象者
 - ・認定年月日：基本チェックリストを実施した日
 - ・居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
 - ・届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日
- ⑤ 保険者市町村 (a市) は、所在する都道府県の国保連に、事業対象者であること、住所地特例項目及び地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を送付する。

介護保険最新情報VOL429

- ① 被保険者は総合事業のサービス利用を希望する場合、b市又はb市所在の地域包括支援センター (図では地域包括支援センターとしている。) の窓口で相談する。
 ※ 本事例ではその後の基本チェックリストの実施において、事業対象者に該当したものとする。
- ② 被保険者は介護予防ケアマネジメント作成依頼 (変更) 届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村に対して届け出ることとなり、介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。また、この際に当該地域包括支援センターと被保険者の間で契約が必要となる。

住所地特例の取扱い（要支援者）

(2) 総合事業を要支援認定を受けて利用する場合



- ① 被保険者は保険者市町村（a市）に対して要介護認定の申請を行う。
- ② 保険者市町村（a市）は、認定の結果、被保険者証を発行する。
- ③ 被保険者は施設所在市町村（b市）の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約を結ぶ。
- ④ 被保険者は介護予防サービス計画作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出を被保険者証を添付して施設所在市町村（b市）に対して届け出ることとなり、介護予防支援を通じた事業の利用が可能となる。
- ⑤ 施設所在市町村（b市）は介護予防サービス計画作成の届出又は介護予防ケアマネジメント

作成依頼（変更）届出及び被保険者証を保険者市町村（a市）に送付する。（写しを送付することでもよい。）

⑥ 保険者市町村（a市）は、⑤の介護予防サービス計画作成の届出又は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出（又はその写し）をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、被保険者へ郵送する。

- ・要介護状態区分
- ・認定年月日
- ・居宅介護支援事業者
- ・届出年月日

⑦ 保険者市町村（a市）は、該当の住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する都道府県国保連に送付する。

介護保険最新情報VOL.429

住所地特例の取扱い(総合事業)

	東広島市に在住しており(住民票も当市)、他市町村の被保険者の場合	他市町村(住民票も他市町村)に在住しており、東広島市の被保険者の場合 ※ 通常、東広島市の地域包括支援センターが関わる事はない。
介護保険要支援認定実施保険者	他市町村保険者	東広島市保険者
介護予防サービス計画作成依頼書、介護予防ケアマネジメント作成依頼書	東広島市の地域包括支援センターが東広島市へ提出(東広島市が他市町村保険者へ書類を送る)	在住先の市町村の地域包括支援センターが在住先の市町村保険者へ提出(在住先市町村から東広島市へ書類が送られる)
介護保険被保険者証、負担割合証	他市町村保険者が発行	東広島市が発行(他市町村から書類が送られる)
基本チェックリスト	東広島市の地域包括支援センターが実施	在住先の市町村の地域包括支援センターが実施
ケアプラン作成	東広島市の地域包括支援センター	在住先の市町村の地域包括支援センター(または委託を受けた居宅介護支援事業所)
利用するサービス	東広島市の総合事業サービス(ただし、訪問型サービスA、訪問型サービスC、通所型サービスCは利用不可)	在住先の市町村のサービス
使用する単価、サービスコード、地域単価	東広島市の単価、サービスコード、地域単価	在住先の市町村の単価、サービスコード、地域単価
サービスの請求先	他市町村保険者	東広島市保険者
過誤申立て提出先	他市町村保険者	東広島市保険者

住所地特例ではないが住民票と所在地が異なる場合（総合事業）

	住民票は東広島市で当市保険者だが、実際の所在地は他市町村の場合	住民票は他市町村で他市町村の保険者であるが、実際の所在地は東広島市である場合
介護保険要支援認定実施保険者	東広島市保険者	他市町村保険者
介護予防サービス計画作成依頼書、介護予防ケアマネジメント作成依頼書	東広島市へ提出	他市町村へ提出
介護保険被保険者証、負担割合証	東広島市が発行	他市町村が発行
基本チェックリスト	東広島市の地域包括支援センターが、所在地市町村の居宅介護支援事業所へ委託	他市町村の判断による
ケアプラン作成	東広島市の地域包括支援センターが、所在地市町村の居宅介護支援事業所へ委託	他市町村の判断による（他市町村保険者が、東広島市の居宅介護支援事業所へ委託する場合があると考えられる）
利用するサービス	東広島市のサービス （所在地の総合事業指定サービスを利用する場合は、東広島市の事業者指定を受けている必要がある。）	他市町村のサービス （東広島市にある総合事業指定サービス事業所が他市町村の事業者指定を受けている必要がある）
使用する単価、サービスコード、地域単価	東広島市の単価、サービスコード、地域単価 （所在地にある総合事業指定サービスを利用した場合も東広島市の地域単価となる）	他市町村の単価、サービスコード、地域単価 （東広島市にある総合事業指定サービスを利用した場合も他市町村の地域単価となる）
サービスの請求先	東広島市保険者	他市町村保険者
過誤申立て提出先	東広島市保険者	他市町村保険者

東広島市訪問型サービスA(概要)



1. 訪問型サービスAとは

シルバー人材センターに委託して実施。**ぐるマルサポーター**が自宅に訪問し、掃除や調理などの**生活援助のサービス**を行います。身体介護は行いません。(ぐるマルサポーターとは、市が定める研修修了者です。)

2. 目的

要介護状態となることの予防又は要支援状態の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活を送ることができるよう支援することを目的としています。

3. サービスの内容(生活援助サービスに限る)

サービス内容	内容詳細
掃除	トイレ・浴室・脱衣所・台所・居室・寝室・その他
洗濯干し等	洗濯干し・洗濯取込・洗濯たたみ・シーツ交換・布団干し・整理・その他
調理	調理・配膳・片付け・献立作成・その他(買い物はなし)
その他	衣類の整理・補修・ゴミ捨て(準備を含む)・その他

4. 利用回数、時間、利用者の状態像、利用料等

項目	内容
利用回数 時間	原則週1回 45分から1時間
利用者の状態像	従前の訪問介護の状態像には該当しない人。 身体的、精神的に状態が安定している人で、生活の一部の支援を行うことで自立につながる人。 認知症自立度 I、IIa 障害自立度 J1、J2 (従前の訪問介護の状態像:室内の歩行・立位保持、ADLが不安定な人。身体的な疾病を考慮した上で支援が必要な人。認知機能の低下、精神疾患、意欲低下がみられる人。その他、複雑困難な状況が見られる場合。)
利用料	介護保険負担割合が1割の者 167円/回 介護保険負担割合が2割の者 334円/回 介護保険負担割合が3割の者 501円/回 生活保護対象者は自己負担はなし
併用が想定されないサービス	従前の訪問介護

訪問型サービスA チラシ

訪問型サービスAとは

ぐるマルサポーターが自宅を訪問し掃除や調理などのサービスを提供します。

サービスを受けることにより、

- 要介護状態となることの予防。
- 要支援状態の軽減。
- 地域で自立した日常生活を送ることができるよう支援します。

(サービスは、計画書に基づいて提供します)。



■対象：要支援認定者、事業対象者。

■サービスの内容

掃除：トイレ・浴室・脱衣所・台所・居室・寝室。

洗濯干し等：洗濯干し・洗濯取り込み・洗濯たたみ。

シーツ交換・布団干し・整理。

調理：調理・配膳・片付け・献立作成（買い物はなし）。

その他：衣類の整理・補修。

■料金：介護保険負担割合が1割の方□167円/回。

■時間：45分～1時間。

■頻度：週1回。



問い合わせ先：各地域包括支援センター（令和3年3月作成）。

訪問型サービスA実施の流れ1

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問A」実施事業所
	<p>①シルバー人材センターに連絡（082-426-4683） 候補者がいることについてシルバー人材センターに連絡する（利用者在住の町と地名、性別、サービス内容、身体状態、利用開始予定の時期について）<u>この時点では氏名は伝えない。</u>（受入可否の回答を受ける。受入れが可の場合は、以下の手順を進める。受入れが不可の場合は、包括ケア推進係に伝える）</p> <p>※委託を受けた居宅介護支援事業所（以下、委託居宅と言う）に候補者がいるときは、まず地域包括支援センターの担当者と身体状態・サービス内容について情報交換を行い、訪問Aが適切かどうかの確認をする。</p> <p>②利用者の意向確認 利用者の意向確認を行い、利用希望がある場合、シルバー人材センターに伝える。</p> <p>③地域包括支援センターが利用者と契約（通常の流れ）</p> <p>④アセスメントの実施。（通常の流れ）</p> <p>⑤介護予防サービス・支援計画書（以下、ケアプランと言う）の原案を利用者に提示する。（通常の流れ）</p>	

訪問型サービスA実施の流れ2

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問A」実施事業所
	<p>⑥利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン原案をシルバー人材センターに送付(サービス担当者会議までに)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>⑦サービス担当者会議の開催 ※委託居宅がサービス担当者会議を実施する場合は、地域包括支援センターも参加する。(やむを得ず欠席の場合は意見を伝える。後日、担当者会議の要点を受け取る。) (通常の流れ)</p> </div> <p>⑧サービス担当者会議後、利用者の同意を得たケアプランの写しを事業所に交付 ※委託居宅は、ケアプランの原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターからケアプランの写しを受取る。(通常の流れ)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>⑨包括ケア推進係へ利用開始日の報告 利用者の利用開始日を、包括ケア推進係に伝える。</p> </div>	<p>⑩サービス担当者会議後に利用者と契約 (重要事項説明書、個人情報利用同意書を含む)</p> <p>⑪個別サービス計画の作成 (初回訪問までに)</p>

訪問型サービスA実施の流れ3

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問A」実施事業所
	<p>⑭サービス実施記録表兼サービス実施報告書受理 (実施月の翌月3日までに) ※委託居宅は、地域包括支援センターへサービス実施記録表兼サービス実施報告書の写しを提出。(実施月の翌月5日までに)</p> <p>⑮給付管理(地域包括支援センター) 訪問Aのみのサービス利用の場合は、介護予防ケアマネジメント費のみを国保連請求する。(給付管理票は作成しない)</p> <p>⑯ケアプラン期間の終了時にケアプランの評価。今後の支援の方向性について必要に応じ事業所と協議。 ※委託居宅は、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の原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターから地域包括支援センターの意見の入った介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の写しを受取る。(通常の流れ)</p>	<p>⑫初回訪問 (個別サービス計画の同意を得、ケアプラン担当者に写しを交付)</p> <p>⑬サービス実施記録表兼サービス実施報告書を作成しケアプラン担当者に提出 (実施月の翌月3日まで)</p>

訪問型サービスB（案）（概要1）

1. 訪問型サービスBとは

住民（NPO法人等）主体の自主活動として行う生活援助等（市の補助あり）

2. 目的

ボランティア等による生活援助等の多様な支援を受ける事により、地域における自立した日常生活を継続する事ができるよう支援するとともに住民相互による支え合いの体制づくりを推進する。

3. 利用者

- (1) 事業対象者
- (2) 要支援者
- (3) 継続要介護者 ※

（※ 事業対象者、要支援の時に、訪問型サービスBを利用しており、要介護認定となった後も、訪問型サービスBを引き続き利用する人）

4. 介護予防ケアマネジメントの種類

介護予防ケアマネジメントC（初回のみ作成、担当者会議及び評価は不要）
訪問型サービスB以外の介護保険サービスも併用の場合は、サービス内容に基づくケアプランとなる。

5. サービスの内容（主なもの）

（実施団体により、内容の範囲が異なります）
介護予防ケアマネジメント等で位置づけられる必要なサービス。
（限度額管理外）

項目	サービスの例
介護保険訪問介護の生活援助の内容	掃除、洗濯、調理、買い物等
地域での生活を継続するために必要である支援	草むしり、大掃除、散歩外出等の付き添い、移動支援等

入浴介助、排泄介助等の直接身体に触れて支援する内容は対象外

5. サービス提供

実施期間・回数	必要に応じて定められる期間、回数
1回のサービス提供時間	必要に応じて定められる時間
利用者負担	団体が定めた料金

訪問型サービスB（案）（概要2）

6. 基本的な考え方

	内容
1	地域包括支援センター、または居宅介護支援事業所がケアプランを作成します。
2	「訪問型サービスB」の実施団体が決まり次第随時、市から通知等で地域包括支援センターと居宅介護支援事業所へ、実施団体の情報提供をします。必要に応じてケアプランへ位置づけを行ってください。
3	<p>事業対象者、要支援の時に「訪問型サービスB」を利用しており、その後、要介護となり、居宅サービスと併せて、引き続き「訪問型サービスB」を利用される場合は、地域包括支援センター（または地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所）から、居宅介護支援事業所へ「訪問型サービスB」を利用されていた事について情報提供を行ってください。その後、居宅介護支援事業所はケアプランへ位置づけてください。</p> <p>（事業対象者、要支援の時に「訪問型サービスB」を利用しており、要介護となった後「訪問型サービスB」のみを利用の場合は、地域包括支援センター、または地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所がケアプランを作成します。）</p>

訪問型サービスBのみ利用の場合の ケアプラン

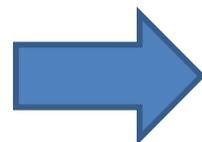
	事業対象者	要支援者	継続要介護者
ケアプラン 作成者	地域包括支援センター または地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所		
計画作成の 届出の種類	介護予防サービス作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書		
ケアプランの 種類	介護予防ケアマネジメントC（初回のみ作成、担当者会議、評価は不要）		
国保連への請 求者	地域包括支援センター		

訪問型サービスBとその他の介護保険サービスを利用してしている場合のケアプラン

	事業対象者	要支援者	継続要介護者
ケアプラン作成者	地域包括支援センター または地域包括支援センターから委託を受けた 居宅介護支援事業所		居宅介護支援事業所
計画作成の届出の種類	介護予防サービス作成・介護予防ケアマネジメント ト依頼届出書		居宅サービス計画作成依頼届出書
ケアプランの種類	<p>◆総合事業のサービスのみ利用の場合 介護予防ケアマネジメントA (ただし、訪問型サービスBと通所型サービスAのみを利用してしている場合は、介護予防ケアマネジメントB)</p> <p>◆予防給付のサービスのみ利用、または総合事業のサービスも利用の場合 介護予防サービス計画</p>		居宅サービス計画
国保連への請求者	地域包括支援センター		居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントCの様式

<div style="text-align: right;"> <input type="button" value="初回"/> <input type="button" value="紹介"/> <input type="button" value="継続"/> <input type="button" value="認定済"/> <input type="button" value="申請中"/> <input type="button" value="要支援1"/> <input type="button" value="要支援2"/> <input type="button" value="総合事業"/> </div>					
元気応援計画書 記入日 令和05年10月30日					
利用者氏名	東広島 花子 大正15年01月01日 生(97)歳		包括名		
参加事業名	訪問型サービスB		作成者	ケアプランC	
本人の現状と課題					
運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5
個人目標					
期間	～				
事業参加の留意点					
同意					
上記計画について、同意いたします。					
同意日			氏名		
評価					
運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5
地域包括支援センター意見					
<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 終了					



アテンドシステムから、介護予防ケアマネジメントCを作成する事ができます。

※アテンドシステムを利用していない居宅介護支援事業所様は、地域包括ケア推進課へお申し出ください。

(エクセルシートでの様式をお渡しします。)

訪問型サービスB実施の流れ 1

(訪問型サービスBのみ利用の場合)

※事業対象者、要支援の時に、訪問Bを利用していた場合、要介護認定となった後も、訪問型サービスBのみ引き続き利用する場合、地域包括支援センターまたは地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所（以下、委託居宅という。）が、ケアマネジメントC（以下、ケアプランと言う）を作成する。

「訪問B」実施団体	(事業対象者、要支援者、継続要介護者いずれの場合も) 地域包括支援センターまたは委託を受けた居宅介護支援事業所が担当
	<p>①実施団体に連絡 候補者がいることについて実施団体に連絡し、受入れが可の場合は、以下の手順で進める。 ※委託居宅に候補者がいるときは、まず地域包括支援センターに連絡したうえで実施団体に連絡する。</p> <p>②事業対象者または、要支援認定の申請を行う。（認定がない場合） 併せて、介護予防サービス作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出をする。 （継続要介護者の場合、既に当届出書を提出しているため、改めての提出は不要）</p> <p>③地域包括支援センターが利用者と契約し、アセスメントの実施。（通常の流れ）</p> <p>④利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプランの原案を利用者と実施団体に提示する。（通常の流れ）</p> <p><u>(サービス担当者会議は行わない)</u></p>

訪問型サービスB実施の流れ 2

(訪問型サービスBのみ利用の場合)

「訪問B」実施団体	(事業対象者、要支援者、継続要介護者いずれの場合も) 地域包括支援センターまたは委託を受けた居宅介護支援事業所が担当
<p>⑤コーディネーターがサービス利用の調整を行う。 利用者と書類を交わす(個人情報利用同意を文書でとる、緊急時の対応等について説明)</p> <div data-bbox="172 722 654 831" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p>★利用者へサービス提供を行う。</p></div> <p>⑦利用者の体調等で気になる点がある時、 サービス利用されなくなる時、 サービス内容に変更がある時、 事故発生時等がある時は、 地域包括支援センターまたは、 委託居宅に連絡する。</p> <p>利用者負担がある場合は、利用料を利用者から受け取る。</p> <p>(※経過記録等の書類提出は行わない)</p>	<p>⑥利用者の同意を得たケアプランの写しを実施団体に交付 ※委託居宅は、ケアプランの原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターからケアプランの写しを受取る。(通常の流れ)</p> <p>⑧サービス提供月の翌月10日までに、ケアプランの請求(初回月のみ)を行う。給付管理は行わない。</p>

訪問型サービスB実施の流れ 1

(訪問型サービスBと他の介護保険サービス併用の場合)

※事業対象者、要支援の時に、訪問Bを利用していた場合、要介護認定となり居宅サービスと訪問Bを利用する場合、居宅介護支援事業所の居宅サービス計画に訪問Bを入れる。

「訪問B」 実施団体	(事業対象者、要支援者の場合) 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が担当	(継続要介護者の場合) 居宅介護支援事業所が担当
	<p>①実施団体に連絡 候補者がいることについて事業所に連絡し、受入れが可の場合は、以下の手順を進める。)</p> <p>②事業対象者または、要支援認定の申請を行う。 (認定がない場合) 併せて、介護予防サービス作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出をする。</p> <p>※委託を受けた居宅介護支援事業所(以下、委託居宅という。)に候補者がいるときは、まず地域包括支援センターに連絡したうえで実施団体に連絡する。</p> <p>③地域包括支援センターが利用者と契約しアセスメントの実施。 (通常の流れ)</p>	<p>事業対象者・要支援の際のケアプラン担当者からケースの引継ぎを受ける。</p> <p>③居宅介護支援事業所が、利用者と契約しアセスメントの実施。 (通常の流れ)</p>

訪問型サービスB実施の流れ2

(訪問型サービスBと他の介護保険サービス併用の場合)

「訪問B」 実施団体	(事業対象者、要支援者の場合) 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が担当	(継続要介護者の場合) 居宅介護支援事業所が担当
<p>④利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書（以下、ケアプランと言う）の原案を利用者と介護保険事業所（訪問B実施団体含む）に提示する。（通常の流れ）</p> <p>⑥コーディネーターがサービス利用の調整を行う。利用者と書類を交わす（個人情報利用同意を文書でとり、緊急時の対応等について説明）</p> <p>★利用者へサービス提供を行う。</p>	<p>④利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書（以下、ケアプランと言う）の原案を利用者と介護保険事業所（訪問B実施団体含む）に提示する。（通常の流れ）</p>	<p>④居宅サービス計画（以下、ケアプランと言う）の原案を利用者と介護保険事業所（訪問B実施団体含む）に提示する。（通常の流れ）</p>
	<p>⑤サービス担当者会議の開催 (訪問B実施団体は原則参加しない。特別に参加の必要がある場合のみ参加。)</p>	
	<p>※委託居宅がサービス担当者会議を実施する場合は、地域包括支援センターも参加する。（やむを得ず欠席の場合は意見を伝える。後日、担当者会議の要点を受け取る。）（通常の流れ）</p> <p>⑦サービス担当者会議後、利用者の同意を得たケアプランの写しを介護保険事業所（訪問B実施団体含む）に交付 ※委託居宅は、ケアプランの原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターからケアプランの写しを受取る。（通常の流れ）</p>	<p>⑦サービス担当者会議後、利用者の同意を得たケアプランの写しを介護保険事業所（訪問B実施団体含む）に交付</p>

訪問型サービスB実施の流れ 3

(訪問型サービスBと他の介護保険サービス併用の場合)

「訪問B」 実施団体	(事業対象者、要支援者の場合) 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が担当	(継続要介護者の場合) 居宅介護支援事業所が担当
<p>⑧利用者の体調等で気になる点がある時、サービス利用されなくなる時、サービス内容に変更がある時、事故発生時等がある時は、地域包括支援センター等に連絡する。</p> <p>利用者負担がある場合は、利用料を利用者から受け取る</p> <p>(※経過記録等の書類提出は行わない)</p>	<p>⑨サービス実施記録受理 (訪問B実施団体以外の介護保険事業所分) (実施月の翌月3日までに) ※委託居宅は、地域包括支援センターへサービス実施記録の写し (訪問B実施団体以外の介護保険事業所分) を提出。 (実施月の翌月5日までに)</p> <p>⑩給付管理 (地域包括支援センター)</p> <p>⑪ケアプラン期間の終了時にケアプランの評価。 (訪問B実施団体以外の介護保険事業所分) 今後の支援の方向性について必要に応じ介護保険事業所と協議。 ※委託居宅は、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の原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターから地域包括支援センターの意見の入った介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の写しを受取る。 (通常の流れ)</p>	<p>⑨サービス実施記録受理 (訪問B実施団体以外の介護保険事業所分)</p> <p>⑩給付管理</p> <p>⑪ケアプラン期間の終了時にケアプランの評価。 (訪問B実施団体以外の介護保険事業所分) 今後の支援の方向性について必要に応じ介護保険事業所と協議。</p>

サービスCについて

目的

- 保健、医療等の専門職が、短期・集中的に支援を行う。



- 本人の現在出来ていること、支援や環境整備等によりできる可能性があることに着目し、セルフケアの向上、地域での自立した生活につながる支援を行っていく。

サービスCのイメージ(通所型・訪問型)

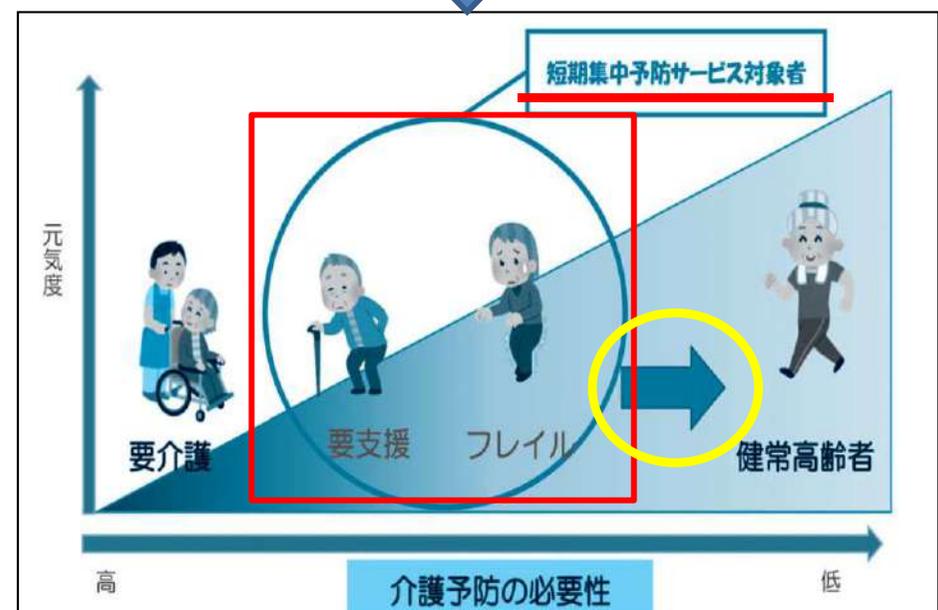
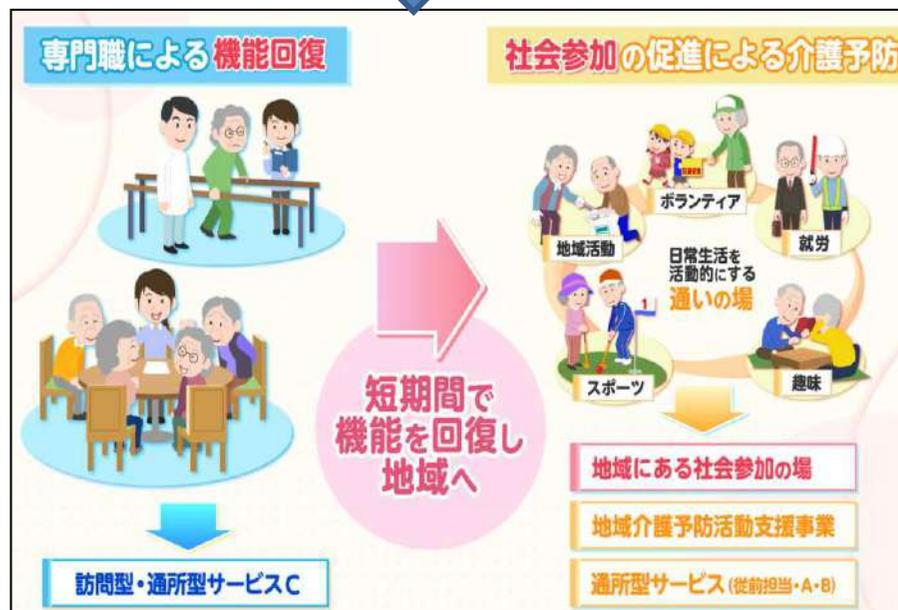
【内容・目的】

- ・リハビリテーション専門職等による、3か月程度の短期集中的な支援。
- ・終了後は、通いの場など、地域の中にある介護予防の取り組みの場で継続を目指す。

【主な対象者】

主に、フレイルが心配な人

※フレイルとは、筋力や心身の活力が低下していく状態(虚弱)を言い、多くの人々が、この状態を経て介護が必要な状態になる。
食事や筋力の維持、人との交流などで元気な状態にもどることができるといわれている。



東広島市訪問型サービスC(概要1)



1. 訪問型サービスCとは

医療法人、広島県栄養士会等に委託して実施。保健、医療等の専門職が支援者の自宅に訪問し、**短期・集中的に支援を行う**ものです。

2. 目的

本人の現在できていること、支援や環境整備等によりできる可能性があることに着目し、セルフケアの向上、地域での**自立した生活につながる支援**を行うことを目的としています。

3. 支援の種類

支援の種類	内容
① IADL、ADL動作の改善 (理学療法士、作業療法士)	日常生活動作の改善、住宅環境に関する指導、助言
②閉じこもり予防 (保健師、看護師)	生活習慣の改善、社会参加の促進等に関する指導、助言
③口腔機能向上 (言語聴覚士、歯科衛生士)	摂食、嚥下、口腔衛生等に関する指導、助言
④栄養改善 (管理栄養士)	主に低栄養の改善、予防のための栄養改善に関する指導、助言
⑤その他	日常生活支援等に関するもので効果的と認められる内容

4. サービス提供について

サービスは、介護予防ケアマネジメントに基づき実施し、**一人につき原則1期間のみ**の利用(※年間20名程度を想定)

実施期間・回数	原則3か月間で12回までを1期間とする
1回のサービス提供時間	1時間未満、1時間以上1時間半未満の2パターン
利用者負担	なし

東広島市訪問型サービスC(概要2)



5. 利用対象者・状態像

状態像：自立に対する意思、意欲が明確であり、取り組みにより改善の可能性がある人

- 詳細
- ①退院、退所して間もない者のうち、心身状態が安定している者
(退院、退所後概ね1か月以内)
 - ②通所が困難でこの事業による支援の効果が見込まれる者
 - ③半年前と比較して、機能低下がみられる者
 - ④東広島市の自立支援応援会議で利用が認められた者
 - ⑤他のサービスで代用できない者

6. 判断基準

- ①本人に取り組みの意欲、能力があるか
- ②3か月で支援終了となることについて同意を得ることができるか
- ③改善に向けての目標設定を明確にすることが可能か
(3か月で改善の可能性があるか)
- ④支援終了後も継続して取り組みを行っていくことができるか
(自分自身・家族の支援・地域での介護予防の場を利用して 等)

7. 併用が考えられにくいサービス

訪問型サービスCの支援内容	併用が考えられにくいサービス
IADL、ADL 動作の改善	介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 通所介護生活行為向上連携加算
閉じこもり予防	通所介護、通所型サービスA、介護予防通所リハビリテーション
口腔機能向上	居宅療養管理指導(歯科) 通所介護、通所型サービスA、通所リハビリテーションでの口腔機能向上加算
栄養改善	居宅療養管理指導(栄養) 通所介護、介護予防通所リハビリテーションでの栄養改善加算、栄養アセスメント加算

訪問型サービスC 対象者の例

ADL・IADLの改善

下肢筋力の低下により、またいで浴槽に入ることが難しくなってきたので、シャワーのみのことが多くなった。

浴槽をまたげるようになり入浴時にお湯につかりたい。



口腔機能向上

最近口の渴きが気になり飲み込むのに時間がかかるようになった。友人と食事をしていても食べるのが遅いので食事会などに参加しづらくなった。以前のようにスムーズに楽しく食事ができるようになりたい。

栄養改善



肺炎で入院しており退院したが入院中動くことが少なく体力が落ち、食欲もなく体重も減ってきている。もともと小食でたくさんの量は食べることができないが、少量でもバランスよく栄養をとるための食材選びや調理法を知り実践していきたい。

閉じこもり予防

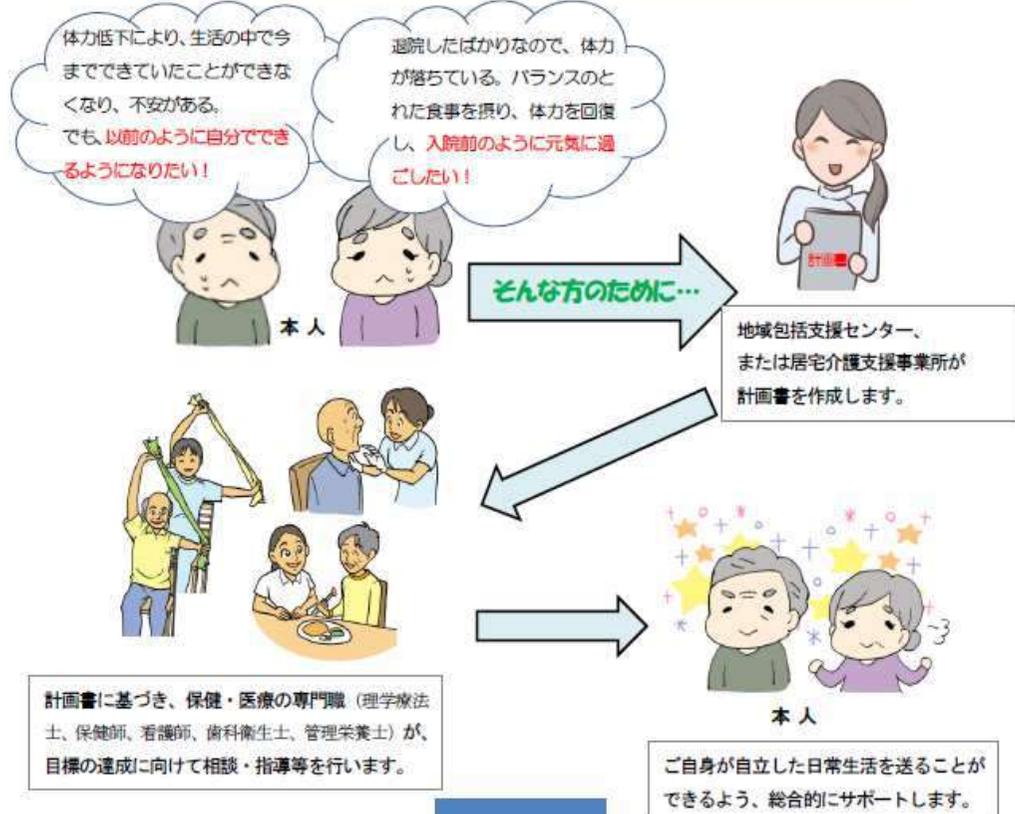
近隣に親しい人がおり家に行き来をしていたが、その人が転居したので、人と話をするのが少なくなった。

歩いていける距離にあつまる場があるようだが何をしているのかよく分からない。

同じ位の歳の人がいるなら行ってみたいけれど、初めてのところへ一人で行くのは不安がある。

訪問型サービスC チラシ

「訪問型サービスC」とは…?



訪問型

■内容：専門職が家に訪問してサービスを実施します。

たとえば…

- 1人で食事の準備や入浴ができるようになりたい。
- 外出の回数が減って、家にいることが多くなった。
- 固いものが食べにくい。汁物で食べる。
- ちゃんと食べているつもりなのに痩せている。

- 日常生活動作の改善
- 閉じこもり予防
- 口腔機能向上
- 栄養改善

■対象：要支援認定者、事業対象者

■料金：無料（※材料費が生じる場合は、自己負担になります）

■回数：12回まで（原則3か月）

■時間：1時間以内または1時間～1時間半

■頻度：週1回程度

訪問型サービスC実施の流れ1

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問C」実施事業所
	<p>①訪問Cの検討 適切なケアマネジメントにより、ケアプラン担当者が訪問Cの利用を検討(チームで共有)。自立支援応援会議での専門職の助言がある場合は参考にする。</p> <p>②利用者に提案・確認 訪問Cを利用者に提案し、本人の取組みの意欲・能力があるか、目標設定が可能かどうかの確認を行う。</p> <p><u>※委託を受けた居宅介護支援事業所(以下、委託居宅と言う)に候補者がいるときは、まず地域包括支援センターの担当者と身体状態・サービス内容について情報交換を行い、訪問Cが適切かどうかの確認をする。</u></p>	
	<p>③ケアプラン担当者が、候補者がいることについて包括ケア推進係に報告(包括ケア推進係から、候補者名、状況等の聞き取り有り) ※事業所の選定については、偏りがないようにするため、取りまとめを行っている包括ケア推進係と一緒に協議する</p> <p>④ケアプラン担当者が、訪問C実施事業所に受入れが可能かどうかの確認、事業所と連絡調整等を行う。包括ケア推進係に事業所名を連絡する。</p> <p>⑤地域包括支援センターが利用者と契約(通常の流れ)</p> <p>⑥アセスメントの実施。(通常の流れ)</p>	

訪問型サービスC実施の流れ2

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問C」実施事業所
	<p>⑦介護予防サービス・支援計画書（以下、ケアプランと言う）の原案を利用者に提示する。（通常の流れ）</p> <p>⑧利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン原案を事業所に送付（サービス担当者会議までに）</p> <div data-bbox="674 778 1935 991" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>⑨サービス担当者会議の開催 ※委託居宅がサービス担当者会議を実施する場合は、地域包括支援センターも参加する。（やむを得ず欠席の場合は意見を伝える。後日、担当者会議の要点を受け取る。）（通常の流れ）</p> </div> <p>⑩サービス担当者会議後、利用者の同意を得たケアプランの写しを事業所に交付 ※委託居宅は、ケアプランの原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターからケアプランの写しを受取る。（通常の流れ）</p>	
	<div data-bbox="224 1350 1485 1482" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>⑪包括ケア推進係へ利用開始日の報告 利用者の利用開始日を、包括ケア推進係に伝える。</p> </div>	

訪問型サービスC実施の流れ3

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問C」実施事業所
	<p style="text-align: center;">— 注意 —</p> <p>訪問型サービスCは、「ケアマネジメントA」でプラン作成するため、サービス利用期間中に認定有効期間が終了する場合は</p> <ul style="list-style-type: none"> ・更新 ・現プランの評価 ・新たな有効期間のプラン作成 ・サービス担当者会議の開催が必要です。 <p>⑯サービス実施記録書受理（翌月3日までに） ※委託居宅は、地域包括支援センターへサービス実施記録表兼サービス実施報告書の写しを提出。（実施月の翌月5日までに）</p> <p>⑰給付管理（地域包括支援センター） 訪問Cのみのサービス利用の場合は、介護予防ケアマネジメント費のみを国保連請求する。（給付管理票は作成しない）</p>	<p>⑫サービス担当者会議後に利用者と契約（重要事項説明書、個人情報利用同意書を含む）</p> <p>⑬個別サービス計画の作成（初回訪問までに）</p> <p>⑭初回訪問 （個別サービス計画の同意を得、ケアプラン担当者に写しを交付）</p> <p>⑮サービス実施記録書を作成しケアプラン担当者に提出（実施月の翌月3日までに）</p> <p>⑰サービス終了時に評価表を作成</p>

訪問型サービスC実施の流れ4

包括ケア推進係	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所	「訪問C」実施事業所
	<p>⑱ケアプラン期間の終了時にケアプランの評価。今後の支援の方向性について必要に応じ事業所と協議</p> <p>※委託居宅は、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の原本を地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターから地域包括支援センターの意見の入った介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表の写しを受取る。 (通常の流れ)</p> <p>⑳地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、包括ケア推進係へ次の書類を提出する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所の記録（利用者基本情報、基本チェックリスト、ケアプラン、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） ・事業所の記録（事業所の個別サービス計画、サービス実施記録書、評価表） 	

東広島市通所型サービスC（概要1）



1. 通所型サービスCとは

市内民間フィットネス事業所に委託を行い、運動を中心とした集団での教室を、**短期・集中的に行う**ものです。

2. 目的

本人の現在できていること、支援や環境整備等によりできる可能性があることに着目し、セルフケアの向上、地域での**自立した生活につながる支援**を行うことを目的としています。

3. 対象者、サービス提供について

対象者	主に、元気すこやか健診、基本健診フレイル問診で、サービスの利用により生活機能の改善が図れる可能性が高い人を対象とし、介護予防サービス計画等に基づき実施
実施期間・回数	約3か月間で12回の教室（定員 15名程度） （約1か月後にフォロー教室を1回実施）
1回のサービス提供時間	2時間程度
利用者負担	なし（送迎を希望するものには、自宅と会場間の送迎あり）
サービス提供職種	理学療法士または作業療法士、健康運動指導士等、看護師、管理栄養士、歯科衛生士

4. 教室名 「ずっと しゃんしゃん！ジム」 ～専門家に教わる 3か月集中トレーニング～

5. 教室開催場所、時期について（R6年度）

実施場所	利用者の所在地	実施時期
黒瀬町内の会場	黒瀬町	9月から教室(12回)を開始し、教室終了約1か月後にフォロー教室(1回)
受託者が設置、管理している施設	高屋町	9月から教室(12回)を開始し、教室終了約1か月後にフォロー教室(1回)
福富町（久芳地域センター）	福富町・豊栄町・河内町	9月から教室(12回)を開始し、教室終了約1か月後にフォロー教室(1回)
受託者が設置、管理している施設	八本松町・志和町	12月から教室(12回)を開始し、教室終了約1か月後にフォロー教室(1回)
受託者が設置、管理している施設	西条町	12月から教室(12回)を開始し、教室終了約1か月後にフォロー教室(1回)

6. 併用が考えられにくいサービス 「通所介護」「通所A」「介護予防通所リハビリテーション」

東広島市通所型サービスC(概要2)



教室回	内容	教室回	内容
開始前	担当者会議	第7回	運動指導
第1回	身体機能測定、運動指導	第8回	口腔指導、運動指導
第2回	運動指導	第9回	運動指導
第3回	運動指導	第10回	運動指導
第4回	栄養指導、運動指導	第11回	身体機能測定、運動指導
第5回	運動指導	第12回	運動指導
第6回	運動指導	フォロー教室	運動指導

職種	業務内容
理学療法士または作業療法士	居宅でのサービス担当者会議への参加と事前アセスメント実施、教室第1回目、第11回目の身体機能測定と身体機能評価の記録 個別サービス計画の作成、身体機能測定の記録、教室の記録、評価表の記録
健康運動指導士等	運動指導(教室毎回とフォロー教室) 教室の記録
看護師	健康チェック、教室実施時の補助(教室毎回とフォロー教室)
管理栄養士	栄養指導(教室第4回目)
歯科衛生士	口腔に関する指導(教室第8回目)