

介護予防・日常生活支援総合事業
マニュアル

(令和8年4月版)

出雲市

各サービスの通称について

総合事業の各サービスの通称は次のとおりです。

- 訪問介護従前相当サービス⇒ 重度化予防訪問介護サービス
- 通所介護従前相当サービス⇒ 重度化予防通所介護サービス
- 訪問型サービス A ⇒ 自立支援訪問サービス
- 通所型サービス A ⇒ 自立支援通所サービス
- 訪問型サービス C ⇒ 短期集中いきいき訪問サービス
- 通所型サービス C ⇒ 短期集中いきいき通所サービス
- 訪問型サービス B ⇒ たすけあい訪問サービス
- 訪問型サービス D ⇒ たすけあい移送サービス

このマニュアルは、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の概要及び高齢者の自立に向けたケアマネジメントの実施についての理解を深めることを目的として、総合事業に係るサービス提供事業所や、主にケアマネジャー向けに作成するものです。

なお、サービスの基準や単価等の詳細については、「出雲市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業についての指定事業者の指定に係る人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」および「出雲市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」を確認してください。サービスコードについては、出雲市ホームページで公開しています。

目 次

はじめに～出雲市における総合事業の考え方～	4
-----------------------	---

1. 総合事業の概要

(1) 国が示す総合事業の内容	5
(2) 介護予防・生活支援サービス事業について	6
(3) 介護予防の取組(一般介護予防事業を含む)について	7

2. 総合事業における訪問型・通所型サービス

(1) サービスの種類	8
(2) サービスごとの対象者像	10
(3) 各サービス事業について	13
(4) 総合事業サービスの併用	17

3. 介護予防ケアマネジメント

(1) 自立支援・重度化防止の推進のためのケアマネジメントについて	18
(2) ケアマネジメントの実施主体	20
(3) ケアマネジメント類型等	20
(4) ケアマネジメントのプロセス	22
(5) 総合事業と予防給付を併用した場合のケアマネジメント費	24
(6) 認定有効期間及びプランの有効期間	26
(7) 総合事業の日割り算定に関する事	27

4. 総合事業のサービス利用の流れ

(1) 申請からサービス利用までの流れ	28
(2) 新規申請の流れ	29
(3) 更新申請の流れ(要支援認定から事業対象者への移行)	31
(4) 未利用者への対応方法	31
(5) その他の留意事項	32

5. 事業所に関する事

(1) 業所指定に関する事	34
(2) 利用者との契約等に関する事	34
(3) 業所の定款・運営規定に関する事	34

6. その他

(1) サービスコード及びサービス提供事業所情報等の掲載先	36
(2) 介護予防ケアマネジメントに係る資料(資料1～5)	37

はじめに ～総合事業における出雲市の考え方～

2040年頃まで高齢者人口は一貫して増加し、独居高齢者や要介護者が増加することが予測される一方で、少子化を背景として、支える側となる生産年齢人口（15～64歳）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保が困難となることが予測されます。

「在宅介護ニーズ」と「介護人材の不足」という不均衡が拡大していく中で、介護保険制度を持続的に運営していくためには、介護予防の効果をより高いものにしていき、いつまでも生き生きと暮らし続けられるようにすること(=介護予防の推進)、また、地域資源を最大限活用し、支援の担い手を幅広く確保していくこと(=多様なサービスの充実)が重要となります。

つまり、高齢者自身も含めた社会全体での介護予防の取組を推進することにより、恒久的・安定的な支援体制の維持を目指すことが大切です。

本市では、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合い体制づくりを推進するとともに、高齢者自身の能力を最大限活用し、「できることを維持すること・増やすこと」を目指したサービス提供を行います。

高齢者自身が積極的に社会参加し共に支え合うとともに、自ら介護予防の取り組みを行うことは、できる限り住み慣れた地域で生き生きと自立した暮らし続けるために重要なことです。

令和6年度に実施した総合事業の見直しでは、多様なサービスの種類を充実させました。令和8年度からは、それぞれのサービスの基準を明確化し、状態に応じたサービスの利用を促進してサービスの適正化を図ることにより、真に必要とする人に対し、適時適切なサービス提供ができる体制づくりを進めます。

《介護予防とは》

- ① 要介護状態になることをできる限り防ぐ
- ② 状態の維持・改善、悪化防止



自立支援・重度化防止

《通いの場等の積極的な活用について》

市内には、地域住民の自主的なグループ活動として実施されている「通いの場・高齢者ふれあいサロン（以下、「サロン」という。）・サークル活動・グラウンドゴルフ等のスポーツ活動・趣味活動・ボランティア活動」やコミュニティセンター等が実施する住民参加型の活動（以下、点線部を総称して「通いの場等」という。）が多数あります。

これらの通いの場等では、体操や趣味活動、茶話会など、団体ごとに様々な活動が実施されています。『出かける場・交流の場・体操する場・楽しむ場・社会活動の場』としては、このような通いの場等を積極的に活用し、高齢者が、住み慣れた地域の中で、人とつながり、生き生きと暮らしていくことができるよう、高齢者自身の力を活かし、自立生活の支援を行うことが大切です。

高齢者の自立生活の継続にあたっては、このような通いの場等の活用ができないか、あるいはサービス終了後も習慣的に介護予防に取り組めるよう移行ができないか、自立に向けた支援を行うためにも、まずは検討してみましょう。

1. 総合事業の概要

高齢者人口の増加による介護保険給付費の増加と、介護保険サービスにかかる人材不足等へ対応するため、介護保険法改正により、平成 27 年から介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）が導入され、国が一律に基準と報酬を定めている保険給付とは異なり、地域の実情に応じたサービスを市が設計・実施できることとなりました。

出雲市では、平成 29 年 4 月から総合事業を開始し、利用者の状態像に応じて多様なサービスを提供できる体制を整備しています。

総合事業は、支援の担い手を幅広く確保し多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、また、高齢者が要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、住み慣れた地域の中で、人とつながり、生き生きと暮らしていくことができるよう、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援を行うことを目的としています。

(1) 国が示す総合事業の内容（出雲市未実施の事業も含む）

○介護予防・生活支援サービス事業

事業	内容
訪問型サービス (第 1 号訪問事業)	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供 《従前の訪問介護相当サービス、多様なサービス(訪問型 A、B、C、D)》
通所型サービス (第 1 号通所事業)	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供 《従前の通所介護相当サービス、多様なサービス(通所型 A、B、C)》
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

○一般介護予防事業

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

(2) 介護予防・生活支援サービス事業について

①対象者

●事業対象者

基本チェックリストにより、対象者と判断された 65 歳以上の方

※40歳～64歳の方(2号被保険者)がサービスを利用する場合は、要支援認定を受ける必要があります。

●要支援者

要支援1・要支援2

●継続利用要介護者

要支援者等のときから訪問型サービス A・B・D、通所型サービス A を受けていた者のうち、要介護者になった後も、継続的に同サービスを受ける要介護者

※令和6年4月1日以降に要支援者等から要介護者になった方が対象

※継続利用できる多様なサービスは、訪問型サービス A・B・D、通所型サービス A です。

※継続利用要介護者がサービス A、B、D を継続して利用する場合は、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、居宅介護支援事業者、高齢者あんしん支援センター、地域ケア会議等と密接に連携し、対象者の心身の状況等の把握に努めるとともに、病状の急変が生じた場合等の緊急時の対応を定めておくことが必要です。

※継続利用要介護者について

○継続利用要介護者に対するケアマネジメントの実施主体

サービスの状況	ケアマネジメント
介護給付サービスの利用もある場合	居宅サービス計画
継続利用要介護者対象サービス利用のみの場合	介護予防ケアマネジメント

- ・なお、省令第140条の62の4第2号に基づき、事業対象者が要介護認定を受けた場合であっても、当該要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける日までは事業対象者となります。

○継続利用要介護者のサービス利用について

- ・要支援等から要介護に介護度が上がったことにより、総合事業のサービス提供事業者が対応できなくなる可能性もあります。継続利用要介護者の総合事業の利用については、一人ひとりの状態像は異なることから、適切なサービスを提供することが可能かどうか、ご本人をはじめ、ご家族、サービス提供事業所、ケアマネジャー等で十分に検討してください。

②市が実施する訪問型サービス

	従前の訪問介護	多様なサービス			
種別	訪問介護従前相当サービス	訪問型サービス A (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービス B (住民主体によるサービス)	訪問型サービス C (短期集中予防サービス)	訪問型サービス D (移動支援サービス)
開始時期	H29	R6	R6	H29	R6

③市が実施する通所型サービス

	従前の通所介護	多様なサービス	
種別	通所介護従前相当サービス	通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)	通所型サービス C (短期集中予防サービス)
開始時期	H29	H29	H29

④支給限度額

1 単位 / 10 円 (R6.4 時点)

対象者区分	支給限度額
・要支援 1 ・事業対象者	5, 032 単位 / 月
・要支援 2	10, 531 単位 / 月

(3) 介護予防の取組(一般介護予防事業を含む)について

①一般介護予防事業の対象者

- 65 歳以上の全ての高齢者
 その支援のための活動に関わる者

②市で実施している介護予防の取組概要(一般介護予防事業を含む)

- 住民主体で介護予防活動を行う「通いの場」やふれあいサロンの推進
 - ・「通いの場」の立ち上げ支援
 - ・「通いの場」登録の働きかけ
 - ・「通いの場」及びふれあいサロンへの専門職派遣
 - ・ふれあいサロン活動への支援〈地域介護予防活動支援事業〉
- 「通いの場」等で地域の介護予防活動を支援する介護予防サポーターの育成
- ルピナスネット出雲の地域医療マップへの「通いの場」等の団体情報の掲載
- 「出雲市いきいき体操」の普及啓発
- 地域ケア個別会議の開催
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査による事業の検証等の実施〈一般介護予防事業評価事業〉

2. 総合事業における訪問型・通所型サービス

(1) サービスの類型

①訪問型サービス

(R6.4 時点)

種別	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
	訪問介護従前相当サービス	訪問型サービス A (緩和した基準によるサービス)	訪問型サービス B (住民主体によるサービス)	訪問型サービス C (短期集中予防サービス)	訪問型サービス D (移動支援サービス)
内容	身体介護、生活援助 ※国の基準(訪問介護)と同様	身体介護を伴わない、身の回りの生活援助(掃除、洗濯、調理、買い物など恒常的に必要なもの)	身体介護を伴わない、身の回りの生活援助(掃除、洗濯、調理、買い物など恒常的に必要なもの)	対象者宅を訪問し、自宅内での日常生活動作等の改善が図られるよう専門職による短期集中プログラム実施	介護予防・生活支援サービスと一体的に行う移動支援、移送前後の付き添い支援
期間	週1~3回 (※1)	週1~3回 (※2)	月1回程度以上~週1回まで	原則3か月 1回30~60分程度	月1回程度以上
利用料	1~3割負担 (※1)	1割負担 (※2)	1回400円以下でサービス提供者が設定	400円/回	サービス提供者が設定
限度額管理	有	有	無	無	無
実施方法	指定	指定	補助	委託	補助
サービス費支払方法	国保連経由で審査支払	国保連経由で審査支払	市から直接支払	市から直接支払	市から直接支払
サービス提供者	訪問介護員(ヘルパー)	訪問介護員、所定の研修修了者等	ボランティア団体等	保健・医療の専門職	道路運送法に基づく登録許可を有するボランティア団体等

※1 訪問介護従前相当サービスの利用料(利用者負担額)の目安と事業単価 (R6.4 時点)

利用回数	利用料 (目安※1割負担)	事業単価 ※1 単位/10円	対象者
週1回程度	1,176円/月	1,176 単位/月	要支援1、2
週2回程度	2,349円/月	2,349 単位/月	事業対象者(要支援1、2から移行された方のみ)
週3回程度	3,727円/月	3,727 単位/月	要支援2

*事業単価等の詳細は、市HP掲載のサービスコード表を参照 *加算あり

※2 訪問型サービス A の利用料(利用者負担額)の目安と事業単価 (R6.4 時点)

利用回数	利用者負担額 (目安)	事業単価 ※1 単位/10円	対象者
週1回程度	941円/月	941 単位/月	要支援1、2
週2回程度	1,879円/月	1,879 単位/月	事業対象者(要支援1、2から移行された方のみ) 継続利用要介護者
週3回程度	2,982円/月	2,982 単位/月	要支援2 継続利用要介護者

*事業単価等の詳細は、市HP掲載のサービスコード表を参照 *加算あり

②通所型サービス

(R6.4 時点)

	従前の通所介護相当	多様なサービス	
種別	通所介護 従前相当サービス	通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)	通所型サービス C (短期集中予防サービス)
内容	生活機能の向上のための 機能訓練 ※国の基準（通所介護） と同様	現行の通所介護相当サービスの 人員基準を緩和した運営に より、ボランティアや地域住 民が加わり、体操やレクリエ ーション等を実施	専門職が生活行為の改善に効 果的な介護予防プログラムを 短期集中的に実施
期間	週 1～2 回(※1)	週 1 回、概ね 2 時間程度	原則 3 か月(最大 6 か月) 週 1 回、概ね 2 時間程度
利用料	1～3 割負担 (※1)	370 円/回 (※2)	430 円/回
限度額管理	有	有 (指定)	無 (委託)
実施方法	指定	指定	委託
サービス費 支払方法	国保連経由で審査支払	国保連経由で 審査支払	市から 直接支払
サービス 提供者	通所介護事業所	介護事業所 団体、NPO 法人等	保健・医療の専門職

※1 通所介護従前相当サービスの利用料(利用者負担額)の目安と事業単価

(R6.4 時点)

	利用回数	利用料 (目安※1割)	事業単価 ※1 単位/10 円	対象者
基本	週 1 回程度	1,798 円/月	1,798 単位/月	要支援 1、2 事業対象者
	週 2 回程度	3,621 円/月	3,621 単位/月	要支援 2 事業対象者 (要支援 2 から移 行された方のみ)
4 時 間未 満の 利用	週 1 回 程度	1～4 回/月	436 単位/回	要支援 1、2 事業対象者
		5 回以上/月	1,798 単位/月 ※包括単位を上限	
	週 2 回 程度	1～8 回/月	447 単位/回	要支援 2 事業対象者 (要支援 2 から移 行された方のみ)
		9 回以上/月	3,621 単位/月 ※包括単位を上限	

*事業単価等の詳細は、サービスコード表を参照

*加算あり

※2 通所型サービス A の利用料(利用者負担額)と事業単価

(R6.4 時点)

利用回数	利用者負担額 (目安)	事業単価 ※1 単位/10 円	対象者
週 1 回	370 円/回	370 単位/回	要支援 1、2 事業対象者 継続利用要介護者

*指定事業所の実施するサービスについては、加算あり

(2) サービスごとの対象者像

各サービスの種類について、想定される対象者の状態像は下記のとおりです。対象者の状態及び必要な支援内容により、サービス提供事業所が対応可能な場合は、対象者の基準に応じたサービスの種類よりも、より軽度者向けの種類(従前→A→B・D)を利用しても差し支えありません。

いずれのサービスにおいても、利用者の状態等を踏まえながら、ケアマネジメントにより自立支援に資するサービス提供を行うとともに、サービス終了後も習慣的に介護予防に取り組めるよう、住民主体の支援及び活動(通いの場等)への移行を促進していくことが重要です。

なお、対象者の基準に合致するサービス事業所が居住地にないことや定員超過等により、環境面からサービスの種類が限定される状況においては、他のサービスの種類を利用しても差し支えありません。ただし、対象者に対し、当該事項及び状況に変化があったときはサービスが変更となる可能性があることについて、あらかじめ説明してください。

【訪問型サービス】

種類	状態像	
訪問介護 従前相当 サービス	要支援 1, 2 事業対象者※ ※事業対象者は要 支援 1, 2 から移行 された方のみ	○障がい高齢者の日常生活自立度が A2 以上の重度 または 認知症高齢者の日常生活自立度が II b 以上の重度の者 ○身体介護を伴う訪問サービスの提供が必要な者 備考 ▶一定期間後に実施するモニタリング(例えば 3 か月毎に実施する 面接によるモニタリング(評価))に基づき、可能な限り住民 主体の活動を含む多様なサービスへの移行を検討すること。 ▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門 的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。
訪問型 サービス A (緩和した 基準)	要支援 1, 2 事業対象者※ 継続利用要介護者 ※事業対象者は要 支援 1, 2 から移行 された方のみ	○障がい高齢者の日常生活自立度が A1 以下の軽度 または 認知症高齢者の日常生活自立度が II a 以下の軽度の者 備考 ▶一定期間後に実施するモニタリングに基づき、可能な限り住民 主体の活動を含む多様なサービスへの移行を検討すること。 ▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門 的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。
訪問型 サービス B (住民主体)	要支援 1, 2 事業対象者 継続利用要介護者	○障がい高齢者の日常生活自立度が J2 以下の軽度 または 認知症高齢者の日常生活自立度が I 以下のほぼ自立の者
訪問型 サービス D (移動支援)	要支援 1, 2 事業対象者 継続利用要介護者	○通院及び買い物等の移動支援や、市に登録されている通いの場(高 齢者ふれあいサロンを除く)及び通所型サービス利用に係る送迎 が、アセスメントにより必要と認められる者

○上記をまとめると下表のようになります。

障がい高齢者の日常生活自立度	J1、J2	A1	A2～	
認知症高齢者の日常生活自立度	I	II、IIa	II b	III～
従前型				訪問介護従前相当
多様なサービス			訪問型 A	
	訪問型 B			
	訪問型 C、訪問型 D			

○計画作成担当者が日常生活自立度の指標を参考に、対象者の状態像に応じた適切なサービスの種類を選定してください。

【通所型サービス】

種類	状態像	
通所介護 従前相当 サービス	要支援1, 2 事業対象者	<p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【疾病の状況】<u>進行性疾患や病態が安定しない者</u></p> <p>②【通所の必要性】一定の期間、通所により、<u>専門職による専門的なサービス</u>(入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援及び機能訓練)が<u>必要と認められる者</u></p> <p>(例：多様なサービスの利用が難しい者・不適切な者、 専門職の指導による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・維持が見込まれる者)</p> <p>備考▶一定期間後に実施するモニタリング(例えば、3か月毎に実施する面接によるモニタリング(評価))に基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス又は地域活動(通いの場、ふれあいサロン、趣味活動、ボランティア活動等)やセルフケアへの移行を検討すること</p> <p>▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。</p>
通所型 サービスA (緩和した 基準)	要支援1, 2 事業対象者 継続利用要介護者	<p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【生活機能】日常生活が一定程度自立している者</p> <p>②【通所の必要性】自ら体を動かしたり外出する機会が少なく、通所により閉じこもり予防や自立支援に向けた取組(社会参加や交流の機会確保、生活機能の維持改善のための身体機能訓練等)を実施する必要がある者</p> <p>備考▶一定期間後に実施するモニタリングに基づき、地域活動(通いの場、ふれあいサロン、趣味活動、ボランティア活動等)やセルフケアへの移行を検討すること</p> <p>▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。</p>

【サービス C(短期集中予防サービス)／訪問型・通所型】

種類	状態像	
訪問型サービス C 通所型サービス C (短期集中予防)	要支援 1, 2 事業対象者	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">通所型サービス C の場合</div> <p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【生活機能】調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障があり、短期間の支援により改善が期待できる者</p> <p>②【意欲・終了後見込】介護予防に意欲的に取り組むことができる見込みがあり、終了後は通いの場等の社会参加に資する活動等への移行やセルフケアの継続が期待できる者</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">訪問型サービス C の場合</div> <p>○上の①②に加え、心身の状況のために通所による事業への参加が困難、または居宅への訪問による支援が必要と認められる者</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">留意事項</div> <p>○【医療状況確認】進行性疾患や病態が安定しない者、医療依存度が高い者等については、主治医に介入可能か確認してください。</p>

○留意事項に該当しない場合や医療的な介入の必要性が高い場合は、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの利用を検討してください。

○次の場面などでは、特に積極的にサービス C の利用を検討してください。

- ㉞ 高齢者の方から相談を受け、その方の支援策やサービス利用を検討する時
 - *例：「必要な支援やサービスを考えた時、対象者の心身の状況から、まずはサービス C で生活機能等の改善を行い、セルフケアや地域資源の活用に繋げると良さそう」
- ㉟ 訪問による生活援助サービス(従前訪問、訪問 A、訪問 B)が必要な場合
 - *例：「やりたいができにくくなって困っている生活行為が改善することで、必要な支援の程度が軽度になったり、対象者自身でできるようになりそう」
- ㊱ 従前通所又は通所 A の利用を検討する場合
 - *例：「生活機能等が改善すれば、セルフケアや地域活動でフォローできそう」
- ㊲ 福祉用具貸与や住宅改修を検討する場合
 - *例：「福祉用具貸与等を考えているが、体の動きが少し改善すれば活用しなくても過ごせそう」
 - 「福祉用具貸与等に合わせてサービス C を利用し、より安心した生活ができるようにしたい」
- ㊳ 退院直後の場合
 - *例：「退院直後で体力低下等により身体の動かしづらさがあるが、サービス C を活用してセルフケアの習得や生活行為の改善により、安心して生活できるようにしたい」
- ㊴ 地域活動(通いの場やサロン)で機能低下等を把握した場合
 - *例：「機能低下等の状況から、参加しにくさがでてきており、今後、現在の活動を継続できなくなるかもしれない。サービス C により改善を図り、現在の活動を元気に継続できるようにしたい」

(3) 各サービス事業について

○従前相当サービス

訪問介護従前相当サービス(重度化予防訪問介護サービス)	
サービス内容	身体介護、生活援助 [国の基準(訪問介護)と同様]
対象者像	<p>要支援1,2、事業対象者(要支援1,2からの移行者のみ)であって、</p> <p>○障がい高齢者の日常生活自立度がA2・B1・B2・C1・C2 または 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Mの者</p> <p>○身体介護を伴う訪問サービスの提供が必要な者</p> <p>備考▶一定期間後に実施するモニタリング(例えば3か月毎に実施する面接によるモニタリング(評価))に基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービスへの移行を検討すること。</p> <p>・なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。</p>
提供者	指定事業者
利用回数	週1~3回程度
利用者負担	1~3割(本人の所得・世帯状況などによる)
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

通所介護従前相当サービス(重度化予防通所介護サービス)	
サービス内容	生活機能の向上のための機能訓練 [国の基準(通所介護)と同様]
対象者像	<p>要支援1,2、事業対象者であって、</p> <p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【疾病の状況】進行性疾患や病態が安定しない者</p> <p>②【通所の必要性】一定の期間、通所により、専門職による専門的なサービス(入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援及び機能訓練)が必要と認められる者</p> <p>(例：多様なサービスの利用が難しい者・不適切な者、専門職の指導による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・維持が見込まれる者)</p> <p>備考▶一定期間後に実施するモニタリング(例えば、3か月毎に実施する面接によるモニタリング(評価))に基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス又は地域活動(通いの場、ふれあいサロン、趣味活動、ボランティア活動等)やセルフケアへの移行を検討すること</p> <p>・なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。</p>
提供者	指定事業者
利用回数	週1~2回程度
利用者負担	1~3割(本人の所得・世帯状況などによる)
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

○サービス A(緩和された基準によるサービス)

訪問型サービス A(自立支援訪問サービス)	
サービス内容	身体介護を伴わない、身の回りの生活援助〔国の基準(訪問介護)と同様〕 (掃除、洗濯、調理、買い物など恒常的に必要なもの)
対象者像	要支援1,2、事業対象者(要支援1,2からの移行者のみ)、継続利用要介護者であって、 ○障がい高齢者の日常生活自立度がAⅠ以下の軽度 または 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡα以下の軽度の者 備考 ▶一定期間後に実施するモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービスへの移行を検討すること。 ▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。
提供者	指定事業者
利用回数	概ね週1回～3回程度
利用者負担	1割
ケアマネジメント	ケアマネジメントB

通所型サービス A(自立支援通所サービス)	
サービス内容	現行の通所介護相当サービスの人員基準を緩和した運営により、ボランティアや地域住民が加わり、体操やレクリエーション等を実施
対象者像	要支援1,2、事業対象者、継続利用要介護者であって、 ○以下の全てに該当する者 ①【生活機能】日常生活が一定程度自立している者 ②【通所の必要性】自ら体を動かしたり外出する機会が少なく、通所により閉じこもり予防や自立支援に向けた取組(社会参加や交流の機会確保、生活機能の維持改善のための身体機能訓練等)を実施する必要がある者 備考 ▶一定期間後に実施するモニタリングに基づき、地域活動(通いの場、ふれあいサロン、趣味活動、ボランティア活動等)やセルフケアへの移行を検討すること ▶なお、当該モニタリングの結果、引き続き上記に該当し、専門的なサービスが必要と認められる場合はこの限りではない。
提供者	指定事業者、委託事業者
利用回数	週1回
提供時間	概ね2時間程度
利用者負担	370円(1回ごと)
ケアマネジメント	ケアマネジメントB

○サービス B(住民主体によるサービス)、サービス D(移動支援サービス)

訪問型サービス B(たすけあい訪問サービス)	
サービス内容	身体介護を伴わない、身の回りの生活援助〔国の基準(訪問介護)と同様〕 (掃除、洗濯、調理、買い物など恒常的に必要なもの)
対象者像	要支援1, 2、事業対象者、継続利用要介護者であって、 ○障がい高齢者の日常生活自立度がJ2以下の軽度 または 認知症高齢者の日常生活自立度がI以下のほぼ自立の者
提供者	住民ボランティア団体等
利用回数	(原則)月1回程度以上～最大で週1回まで
提供時間	1回あたり1時間以内
利用者負担	400円以下でサービス提供者が設定する利用料
ケアマネジメント	ケアマネジメントC
備考	○ケアマネジメントA・B同様に、ケアマネジメントCにおいても、ケアマネジャーは、サービス提供者に対し、ケアプラン又はケアマネジメントの結果(以下、「ケアプラン等」という。)を書面で提出し説明してください。また、ケアプラン等の結果を記載した書面には、必ず、「 <u>月または週の利用回数(ただし、最大で週1回)</u> 」を明記(※)してください。 ※サービス提供者に対しては、訪問型サービスBとしてサービス提供した場合、その提供回数の実績に基づき補助金を交付しますが、ケアプラン等に規定された利用回数が上限となります。

訪問型サービス D(たすけあい移送サービス)	
サービス内容	介護予防・生活支援サービスと一体的に行う移動支援、移送前後の付き添い支援
対象者像	要支援1, 2、事業対象者、継続利用要介護者であって、 ○通院及び買い物等の移動支援や、市に登録されている通いの場(高齢者ふれあいサロンを除く)及び通所型サービス利用に係る送迎が、アセスメントにより必要と認められる者
提供者	道路運送法に基づく登録・許可を有するボランティア団体
利用回数	月1回程度以上
利用者負担	サービス提供者が設定する利用料
ケアマネジメント	ケアマネジメントC

○サービス C(短期集中予防サービス)

訪問型サービス C(短期集中いきいき訪問サービス)	
サービス内容	専門職が対象者宅を訪問し、自宅内での日常生活動作等の改善が図られるよう、短期集中プログラムを実施
対象者像	<p>要支援1, 2、事業対象者であって、</p> <p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【生活機能】調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障があり、短期間の支援により改善が期待できる者</p> <p>②【意欲・終了後見込】介護予防に意欲的に取り組むことができる見込みがあり、終了後は通いの場等の社会参加に資する活動等への移行やセルフケアの継続が期待できる者</p> <p>③上の①②に加え、心身の状況のために通所による事業への参加が困難、または居宅への訪問による支援が必要と認められる者</p> <p>留意事項</p> <p>○【医療状況確認】進行性疾患や病態が安定しない者、医療依存度が高い者等については、主治医に介入可能か確認してください。</p>
提供者	委託事業者
利用回数	<p>利用期間：(原則) 3か月間</p> <p>※アセスメントにより必要と認められる場合は<u>最大3か月延長可能(通算6か月)</u>。</p> <p>利用回数：目標達成に必要な回数</p> <p>※ただし、最大で週1回の訪問を限度とする。(3か月間で<u>最大12回</u>)</p>
提供時間	1回30～60分程度
利用者負担	400円(1回ごと)
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

通所型サービス C(短期集中いきいき通所サービス)	
サービス内容	専門職が生活行為の改善に効果的な介護予防プログラムを短期集中的に実施
対象者像	<p>要支援1, 2、事業対象者であって、</p> <p>○以下の全てに該当する者</p> <p>①【生活機能】調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障があり、短期間の支援により改善が期待できる者</p> <p>②【意欲・終了後見込】介護予防に意欲的に取り組むことができる見込みがあり、終了後は通いの場等の社会参加に資する活動等への移行やセルフケアの継続が期待できる者</p> <p>留意事項</p> <p>○【医療状況確認】進行性疾患や病態が安定しない者、医療依存度が高い者等については、主治医に介入可能か確認してください。</p>
提供者	委託事業所
利用回数	<p>利用期間：(原則)3か月間、利用回数：週1回</p> <p>※アセスメントにより必要と認められる場合は<u>最大3か月延長可能(通算6か月)</u>。</p>
提供時間	1回2時間程度
利用者負担	430円(1回ごと)
ケアマネジメント	ケアマネジメントA

(4) 総合事業サービスの併用

訪問型サービス、通所型サービスのそれぞれについて、同じサービスの中での複数のサービス併用は原則行いません。サービスの併用については、各サービスの想定する対象者像を踏まえ、下記を参考にしてケアプラン作成をしてください。

なお、総合事業と予防給付及び総合事業と介護給付(継続利用要介護者の場合)の併用については、上記同様の取り扱いとします。(例：通所型サービスCと通所リハビリテーションは併用不可等)

		訪問				通所			
		訪問介護 従前相当	訪問型サ ービスA	訪問型サ ービスB	訪問型サ ービスC	訪問型サ ービスD	通所介護 従前相当	通所型サ ービスA	通所型サ ービスC
訪問	訪問介護 従前相当		×	△ ※3	○ ※1	○ ※2	○	○	○
	訪問型サ ービスA	×		△ ※3	○ ※1	○ ※2	○	○	○
	訪問型サ ービスB	△ ※3	△ ※3		○ ※1	○ ※2	○	○	○
	訪問型サ ービスC	○ ※1	○ ※1	○ ※1		○ ※1,2	○	○	○
	訪問型サ ービスD	○ ※2	○ ※2	○ ※2	○ ※1,2		○	○	○
通所	通所介護 従前相当	○	○	○	○	○		×	×
	通所型サ ービスA	○	○	○	○	○	×		×
	通所型サ ービスC	○	○	○	○	○	×	×	

- ※1 訪問型サービスCは、他の訪問型サービスとの組み合わせにより効果的な自立支援が見込まれる場合は、併用が可能です。
- ※2 訪問型サービスDは、通所型サービス、通いの場、通院及び買い物等の移動支援、移送前後の付き添い支援であり、他の訪問型サービスとは性質が異なることから、いずれの訪問型サービスとも併用可能です。
- ※3 効率的なサービス提供の観点から下記の条件を全て満たす場合に限り、訪問型サービスBについては、訪問介護従前相当サービス又は訪問型サービスAとの併用が可能です。
- ① ケアマネジャーの訪問によるアセスメントの結果、環境や状態の変化により、3か月以内の一時的な生活援助の需要の増加が見込まれる対象者であること。
 - ② ケアマネジャーは、あらかじめ市(医療介護連携課)へ連絡し、現在対象者が利用している訪問介護従前相当サービス又は訪問型サービスAと、併用する訪問型サービスBの適応が可能であることを個別具体的に確認すること。なお、併用の期間がやむを得ず3か月を越える場合にあっては、あらかじめ再度の訪問によるアセスメントを実施した上で当課へ連絡し、継続して適応が可能であることを確認すること。
 - ③ 併用する訪問型サービスの提供時間が重複しないこと。

《障害者総合支援法のサービスとの優先順位について》

○従来の介護給付・介護予防給付(介護保険制度)と同様に、障害者総合支援法のサービスより総合事業のサービス利用の方が優先されます。

3. 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、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り組みを包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的な視点から必要な援助を行うものです。

なお、ケアマネジメントについては、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（厚生労働省老健局長通知）及び、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」（厚生労働省老健局振興課長通知）も参照してください。

(1) 自立支援・重度化防止の推進のためのケアマネジメントについて

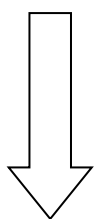
●相談対応・評価・モニタリング等におけるサービス検討時の考え方

対象者がサービスを効果的に活用しながら、心身の状況に応じた介護予防の取組を継続し、その方らしい生活を続けていけるよう、次の観点から適切なサービスを検討していきましょう。

○サービスを必要とする方が適時適切に利用できるよう、対象者の状態に応じたサービスを利用することが大切です。対象者自身ができることに目を向け、まずは「セルフケアや地域資源が活用できないか」という視点・考え方を起点にして支援を行っていきましょう。

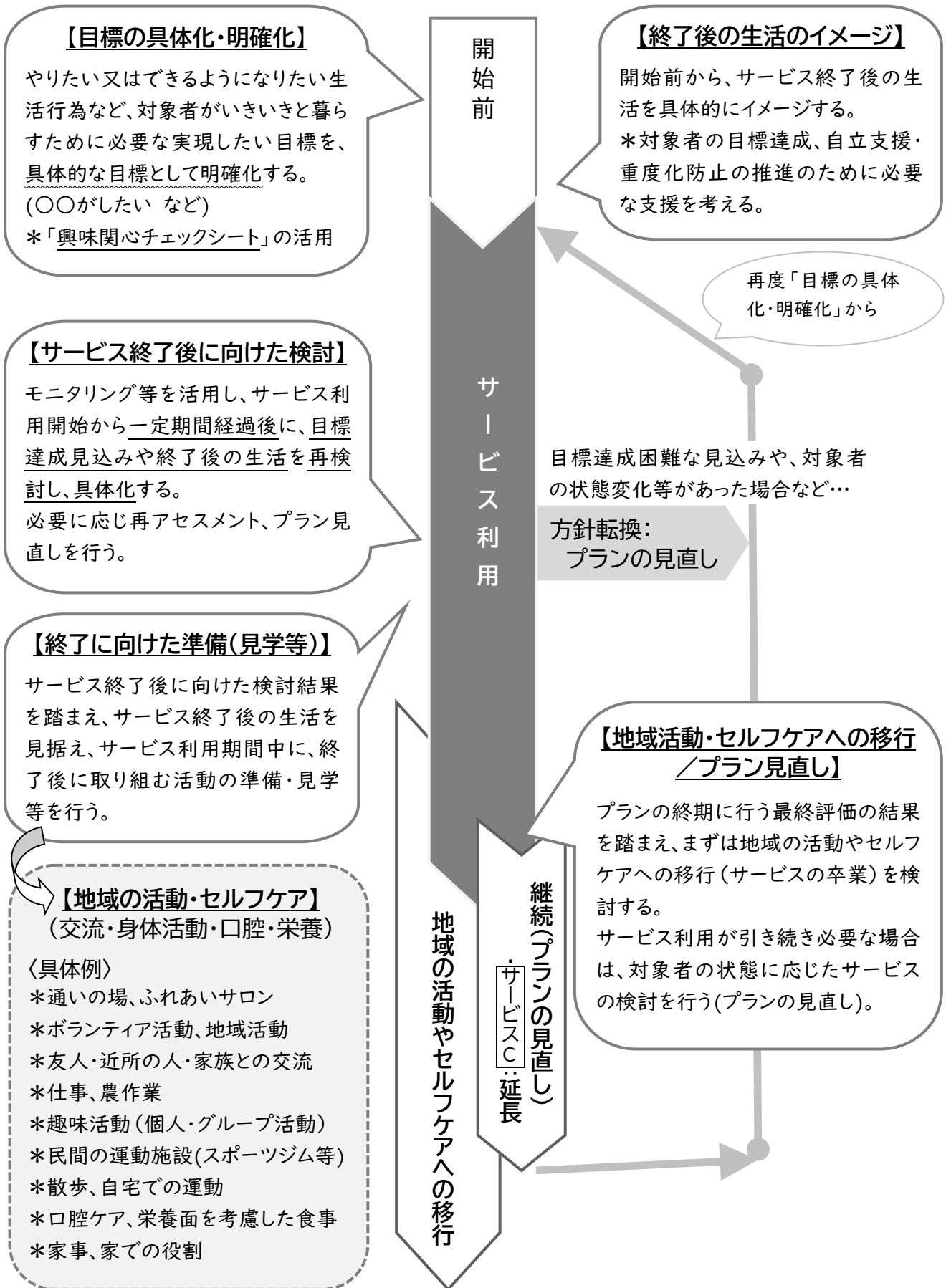
○また、サービス利用が適当な場合であっても、サービスを利用しながら目標達成に向けて一定期間取り組むことで、対象者の方の心身の状況や取り巻く環境は常に変化していきます。その変化等についてはモニタリングの機会等で適切に把握し、常にその時の対象者の状態に応じたサービスを検討するとともに、目標達成後は、より自立に向けたステップに移行（従前相当→サービス A→サービス B・D→セルフケア・地域活動/サービス C）していくことを推進しましょう。

《上記を踏まえたサービス検討時の考え方の流れ》



- ① セルフケア・地域資源の活用はどうか
- ② サービス C(訪問・通所)の活用はどうか
- ③ サービス B(訪問)・サービス D(訪問)の活用はどうか
- ④ サービス A(訪問・通所)の活用はどうか
- ⑤ 従前相当訪問介護・通所介護の活用はどうか

●自立支援・重度化防止の推進のためのケアマネジメントの流れ
 総合事業の各サービスにおけるケアマネジメントの流れで、自立支援・重度化防止の推進のために特に大切にしたいポイントは下図のとおりです。



(2) ケアマネジメントの実施主体

□高齢者あんしん支援センター *業務の一部を指定居宅介護支援事業者へ委託可能

(3) ケアマネジメントの類型等

1 単位 / 10 円

類型	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
内容	原則的な介護予防のケアマネジメント ※現行の介護予防支援と同様のケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント ※ケアマネジメントAと比較し、サービス担当者会議及びモニタリングは、必要に応じて実施。	初回のみ介護予防ケアマネジメント ※初回のみ簡略化したケアマネジメントを行い、サービス利用を開始。モニタリングは行わない。
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> ▶訪問介護従前相当サービス ▶通所介護従前相当サービス ▶訪問型サービスC ▶通所型サービスC 	<ul style="list-style-type: none"> ▶訪問型サービスA ▶通所型サービスA 	<ul style="list-style-type: none"> ▶訪問型サービスB ▶訪問型サービスD
対象者	要支援1、2 事業対象者	要支援1、2 事業対象者	継続利用要介護者
報酬単価Ⅰ	442 単位	215 単位	442 単位
報酬単価Ⅱ 【AI モニタリング実施の場合】	492 単位	265 単位	/
初回加算	300 単位	300 単位	300 単位
委託連携加算	300 単位	300 単位	300 単位
高齢者虐待防止措置未実施減算	-4 単位	-2 単位	-4 単位
業務継続計画未実施減算	-4 単位	-2 単位	-4 単位

○総合事業のサービスを併用する場合のケアマネジメント類型について

サービスの併用がある場合、ケアマネジメント類型は、①ケアマネジメントA>②ケアマネジメントB>③ケアマネジメントCの順で優先されます。

⇒例：「通所型A〈ケアマネジメントB〉と訪問型B〈ケアマネジメントC〉」を併用する場合、ケアマネジメントは、「ケアマネジメントB」で実施する。

○初回加算について

- ・過去 2 か月以上、当該指定介護予防支援事業所(高齢者あんしん支援センターを含む)において、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防支援費・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、新たにケアプラン(アセスメント実施を含む)を作成した時に算定可能です。
 - ・初めて報酬請求を行う月において、初回加算を算定できます。
- *介護予防ケアマネジメントと介護予防支援で加算の考え方は同一です。

○委託連携加算について

- ・高齢者あんしん支援センターが居宅介護支援事業所へ介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを委託する際、委託先の居宅介護支援事業所に対し利用者に係る必要な情報(アセスメント情報)を提供し、当該居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力(プラン作成前のサービス担当者会議における助言)した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者一人につき 1 回を限度として算定可能です。
- *介護予防ケアマネジメントと介護予防支援で加算の考え方は同一です。

○報酬単価Ⅱ【AI モニタリング実施の場合】について

- ・介護予防ケアマネジメント A・B の利用者に対し、モニタリングのための定期的な連絡の際、AI を活用した定期の電話連絡サービス(以下「AI 電話」という。)により、当該利用者に関する情報収集を行い、速やかにその情報の記録を確認し、必要な支援を行うことのできる体制を整備している場合、当該利用者に対し、AI 電話により情報収集を実施した月に算定できます。
 - ・当該報酬単価は、令和 8 年度からの「介護人材確保・定着推進事業費補助金」で「居宅介護支援事業所を開設する事業者」を補助対象とするもののうち、「人工知能関連技術を用いたケアプラン作成及びモニタリング実施への助成」において、「モニタリング実施」に関する必要な届出をした場合等が対象となります(※)。
- (※詳しくは、出雲市ホームページをご確認ください。

ホーム⇒事業者の方⇒保健衛生・福祉・子育て⇒介護・介護予防⇒介護報酬・介護人材
⇒「介護人材確保・定着推進事業費補助金について【高齢者福祉課】」

- *介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント C には、同種の報酬単価の設定はありませんが、情報収集の補助のために AI 電話を活用しても差し支えありません。

(4) ケアマネジメントのプロセス

	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
①アセスメント (課題分析)	利用者宅を訪問し、利用者・家族と面接し、生活機能低下の背景・原因・課題の分析や支援ニーズを特定		
②ケアプラン原案作成	目標、具体策、利用サービス内容等のケアプラン原案を作成		ケアマネジメント結果案の作成
③サービス担当者会議 (※1)	サービス提供事業者、利用者・家族等により開催。ケアプラン原案決定。(※2)	サービス提供事業者、利用者・家族等により開催。ケアプラン原案決定。※担当者会議は必要に応じて実施	—
④利用者(家族)への説明・同意	ケアプラン原案について、利用者・家族等に説明、同意。		
⑤ケアプランの確定・交付	利用者及びサービス提供事業者にケアプランを交付。		サービス提供事業者にケアマネジメント結果の説明、送付
⑥サービス提供	サービスの利用開始		
⑦モニタリング (評価)	ケアプラン期間終了時に評価を行う。 3か月に1回は面接を行い、利用者の状況やサービス提供状況を把握し、必要に応じて、ケアプランの見直しを実施。 ※それ以外の時は、サービス提供事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により利用者との連絡(※3)を実施。少なくとも1か月に1回は、モニタリングの結果を記録。 (※4)	ケアプラン期間終了時に評価を行う。 3か月に1回を目途に、必要に応じて、サービス提供事業者等への訪問、利用者との連絡(※3)を実施し、モニタリングの結果を記録。必要に応じて、ケアプランの見直しを実施。 ※それ以外の時は、利用者の状況等により、必要に応じて実施。	※利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等と計画作成者が連絡し合い調整すること。 ※【①～⑦全体】「いきいき生活ノート(出雲市版介護予防手帳)」を活用して、利用者が本人の自己管理のもとでのセルフマネジメントを行い、介護予防の取組等が継続されるよう支援すること。

※1 訪問型サービス B 及び D に関するサービス担当者会議の取扱いについては、介護(予防)給付サービス利用者も含めて下記のとおりとする。

○訪問型サービス B 及び D に関する内容をケアプランへ追加又は削除するのみの変更であれば、当該サービスの性質(住民主体等)から、サービス担当者会議の開催は不要とする。ただし、必要に応じて開催することは妨げない。なお、変更したプランについては、対象者に係る全てのサービス提供事業者と変更内容を共有すること。

○サービス担当者会議を開催する場合、必要に応じて訪問型サービス B 及び D の事業者も招集すること。

※2 訪問型・通所型サービス C の利用に係るケアマネジメント A の実施について

【③サービス担当者会議】

サービス担当者会議は下記の方法で開催しても差し支えない。

○事業者と計画作成者で方針等協議

→ 当該方針等の内容を計画作成者が利用者宅で説明・同意

※3 ケアマネジメント A・B における AI モニタリング電話サービス等の活用について

【⑦モニタリング(評価)】

・AI 電話を活用したモニタリングの実施も認める。また、ケアマネジメント A・B については、AI モニタリングを実施した場合における報酬単価での算定が可能。

※4 訪問型・通所型サービス C の利用に係るケアマネジメント A の実施について

【⑦モニタリング(評価)】

○中間評価

ケアマネジメント A の上記⑦に加え、サービス利用期間の概ね 1/2~2/3の期間経過後、モニタリングの機会等を活用し、必ず関係者で協議し中間評価を実施すること。その際、目標達成見込みや終了後の生活を再検討し具体化する。(必要に応じ再アセスメント、プラン見直しを実施)

○最終評価

最終評価(※関係者で協議することが望ましい)の結果、延長が必要な場合は、最大3か月延長可能(通算6か月)。延長に当たっては、延長の理由(具体的な目標の再設定等)を明確にし、記録しておくこと(サービス計画書や経過記録への記載など)。

《その他の留意事項》

○ケアマネジメント B における担当者会議やモニタリングの簡略化等について

- ・アセスメントからサービス等の選択までの一連のケアマネジメント(※)が適切に実施される場合は、介護予防ケアマネジメントのプロセスを一部省略若しくは簡略化することが可能であり、担当者会議やモニタリングは必要に応じての実施とすることができます。
- ・この場合、サービス提供事業所等と十分に連携し、利用者の状況に変化があれば相談できる体制を構築しておいてください。

※一連のケアマネジメントについては、次の点を踏まえ実施してください。

*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た目標を設定すること

*利用者本人が当該目標を理解した上で、達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に各サービスや地域の活動、セルフケア等を含めた利用について検討していくこと

○緊急時・状態変化時・利用状況変化等の対応について

- ・次の場合の対応について、ケアマネジャー等は、予めサービス提供事業所と対応について検討のうえ、緊急時等の連絡・相談先等を整理・確認し、円滑な連携体制を構築してください。

①病状の急変時などの緊急時 ②要介護者に心身の状態に変化があったとき

③欠席が継続しているとき ④参加状況が不安定なとき

⑤その他何らかの異変があったとき等

- ・適宜モニタリングを通じて対象者の状態変化等に留意してください。

※継続利用要介護者は、要介護状態であることについて留意してください。

(5) 総合事業と予防給付等を併用した場合のケアマネジメント費

利用するサービス	対象者	支給される費用	請求先
予防給付のみ利用	要支援 1・2	介護予防支援費	国保連
予防給付+総合事業	要支援 1・2	介護予防支援費※	国保連
総合事業のみ利用	要支援 1・2 事業対象者	介護予防ケアマネジメント費	国保連

※利用するサービスが「予防給付+総合事業」の場合で、予防給付におけるサービス提供にあたり、介護予防支援費の請求が生じないサービスのとき（例：住宅改修、福祉用具購入）は、介護予防ケアマネジメント費となります。

● 暫定ケアプランの取扱いについて

1. 暫定ケアプランが「要支援」 ⇒ 認定結果が「要介護」になった場合

○認定結果が出た時点で、引継ぎを受けた居宅介護支援事業者が、暫定ケアプラン作成に係る一連のプロセスを引き継いだ場合には、引継ぎを受けた居宅介護支援事業者が暫定プランを作成したものとみなすこととします。認定結果を受けた後速やかに、本プランを作成します。

○「居宅介護支援費について」

暫定ケアプランについては、引継ぎを受けた居宅介護支援事業所において一連の業務（※一連の業務とは、『アセスメント、ケアプラン原案の作成、サービス担当者会議の開催、ケアプランの説明及び同意、ケアプランの交付』をいいます。）を行っていないため、暫定ケアプランにかかる居宅介護支援費及び初回加算は請求できません。本プラン作成にあたり、引継ぎを受けた居宅介護支援事業者において一連の業務を行った場合に、居宅介護支援費及び初回加算の請求ができます。

○「給付管理について」

暫定ケアプランにかかる給付管理は引継ぎ先が行ってください。暫定ケアプランに位置付けられた予防サービスを介護サービスに置き換えて給付管理票を作成し、国保連へ伝送してください。

2. 暫定ケアプランが「要介護」 ⇒ 認定結果が「要支援」になった場合

○認定結果が出た時点で、高齢者あんしん支援センター（受託事業所を含む）に引継ぐ場合にも、上記1.と同様の取扱いとします。

○「居宅介護支援費について」

上記1.の「居宅介護支援費」を「介護予防支援費」に、「居宅介護支援事業者」を「高齢者あんしん支援センター(受託事業所含む)」に読み替えてください。

○「給付管理について」

上記1.の「予防サービス」を「介護サービス」に、「介護サービス」を「予防サービス」に読み替えてください。

●事業対象者に係る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について

認定結果	取扱い	申請中のサービス利用と費用の関係		
		利用サービス	サービス費	ケアマネジメント費
非該当	引き続き「事業対象者」として取扱う (チェックリストの取り直しは不要) (※総合事業サービス利用の必要性、一般介護予防事業への移行について要検討。)	予防給付	全額自己負担	—
		総合事業 + 予防給付	・総合事業分は総合事業から支給(ただし、「事業対象者」が利用可能なサービスのみ。それ以外は全額自己負担。) ・予防給付分は全額自己負担	介護予防ケアマネジメント費(総合事業)
		総合事業	総合事業から支給	介護予防ケアマネジメント費(総合事業)
要支援	予防給付サービスの利用を開始するまでの間は「事業対象者」として取り扱うことが可能	予防給付	予防給付から支給	介護予防支援費(予防給付)
		予防給付 + 総合事業	予防給付分は予防給付から支給 総合事業分は総合事業から支給	介護予防支援費(予防給付)
		総合事業	総合事業から支給	介護予防ケアマネジメント費(総合事業)
要介護	介護給付サービスの利用を開始するまでの間は「事業対象者」として取り扱うことが可能 【継続利用要介護者】 要介護認定以前から継続して訪問A・B・D、通所Aを利用する場合は「継続利用要介護者」として、総合事業の当該サービスを継続利用することが可能	介護給付	介護給付から支給	居宅介護支援費(介護給付)
		介護給付 + 総合事業	・介護給付分は介護給付から支給。 ・介護給付サービスの利用を開始するまでの総合事業利用分は、総合事業から支給。 (【注】同時に給付と総合事業の提供が生じるような場合、「要介護者」として取り扱えば総合事業分は自己負担、「事業対象者」として取り扱えば介護給付分は自己負担となる) ・「継続利用要介護者」としての総合事業利用分(訪問A・B・D、通所A)は「総合事業」から支給	月末時点での居宅届出等の状況に応じて、介護予防ケアマネジメント費(総合事業)又は居宅介護支援費(介護給付)のいずれか
		総合事業のみ	・介護給付サービスの利用を開始するまでの総合事業分は、総合事業から支給 ・「継続利用要介護者」としての総合事業利用分(訪問A・B・D、通所A)は総合事業から支給	・月末時点での居宅届出が高齢者あんしん支援センター(介護予防支援事業所)であれば介護予防ケアマネジメント費(総合事業)

※認定結果が要支援あるいは要介護であって、『介護(予防)給付サービスの利用を開始するまでの間は「事業対象者」として取り扱う場合』は、実際に介護(予防)給付サービスの利用を開始する日を「届出日」としてください。(通常は、申請日が届出日となりますので注意が必要です。)

(6) 認定有効期間及びプランの有効期間

①事業対象者について

○事業対象者には有効期間は設けません。

基本チェックリストによりいったん事業対象者となれば、基本的には無期限で総合事業サービスを利用することが可能となります。(ただし、短期集中予防サービスは利用期限あり。)

事業対象者の有効期間	
未認定者 ⇒ 事業対象者（新規）	基本チェックリスト実施日から無期限
要支援認定者⇒事業対象者（移行者）	要支援認定の有効期間終了日の次の日から無期限
事業対象者 ⇒ 要支援認定者	申請日の前日まで

○事業対象者のケアプランの有効期間は最長で2年とします。

ただし、短期集中予防サービス（訪問型サービス C、通所型サービス C）の利用期間は原則3か月(最大6か月)です。短期集中予防サービスの終了時には状態像等に変化がある可能性がありますので、特に丁寧なモニタリングにより、必要に応じてプラン変更を行うようにしてください。

なお、ケアマネジメント C の場合は、プランの有効期間はありません。

○ケアプラン有効期間を満了した時点での再度の基本チェックリスト実施は不要です。

○事業対象者となって、一定期間サービス未利用の期間があり、サービスを再開する場合であっても、再度の基本チェックリスト実施は不要です。

②要支援者(要支援1・2)について

○要介護認定の有効期間は下表のとおりです。

なお、出雲市への転入者に対して行う認定の有効期間は、転入日から12ヶ月です。

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請	12ヶ月	3ヶ月～48ヶ月

○要支援者のケアプランの有効期間は、要介護認定の有効期間内とします。

ただし、短期集中予防サービス（訪問型サービス C、通所型サービス C）の利用期間は原則3か月(最大6か月)です。

短期集中予防サービスの終了時には状態像等に変化がある可能性がありますので、特に丁寧なモニタリングにより、必要に応じてプラン変更を行うようにしてください。

(7) 総合事業の日割り算定に関すること

総合事業における通所介護従前相当サービス、訪問介護従前相サービス、訪問型サービス A における日割り算定については、下記のとおりです。

①開始・終了の場合

総合事業の場合、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は、契約日又は契約解除日を起算日として日割りで算定します。

	月途中の事由	起算日
開始	利用者との契約開始	契約日
終了	利用者との契約解除	契約解除日

※月途中で利用者が死亡した場合は、契約解除の取扱いに準じ、死亡日を起算日として日割り算定します。

②区分変更の場合

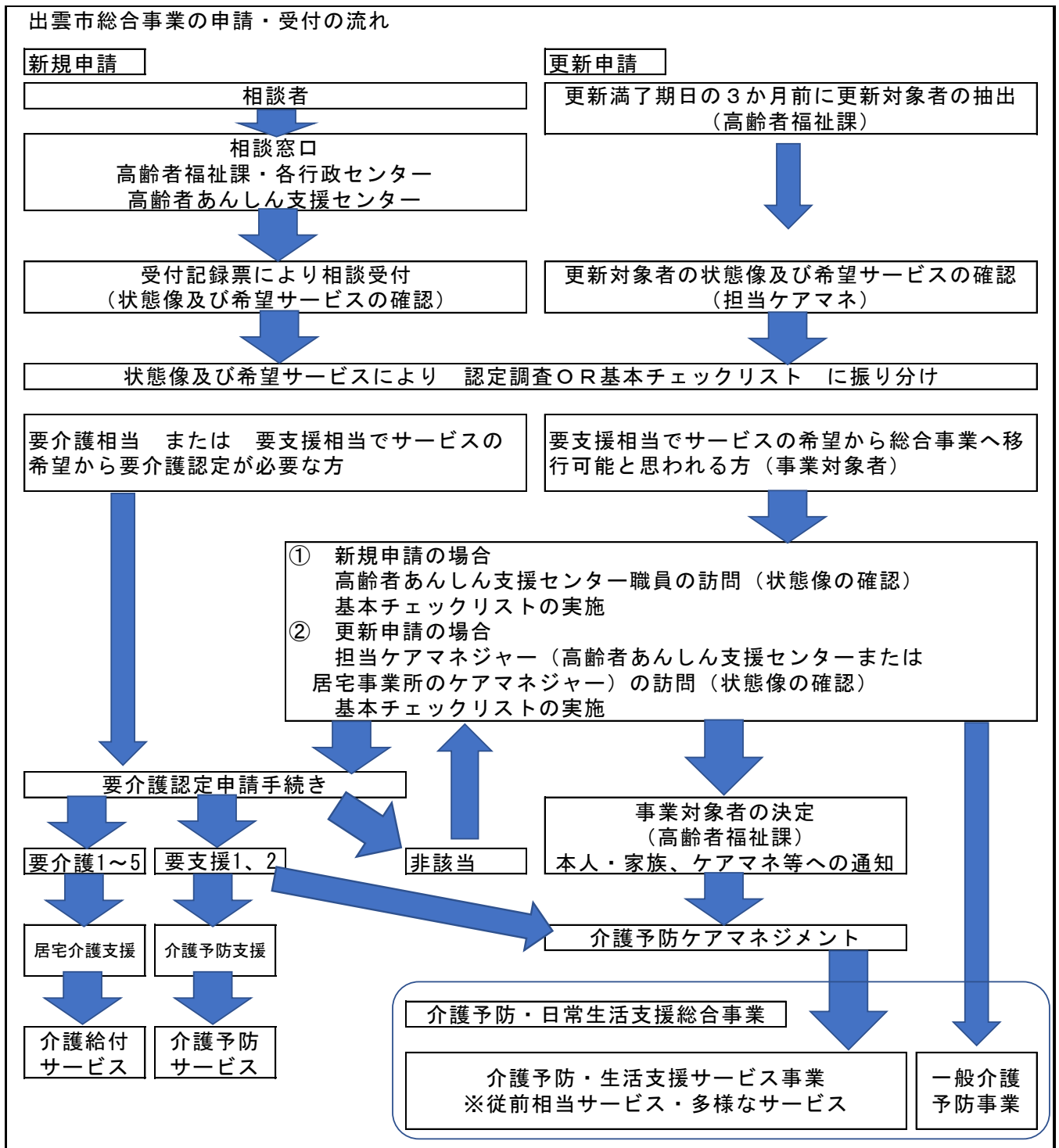
区分変更（要支援1 ⇔ 要支援2）は変更日から、区分変更（要介護 ⇒ 要支援）は契約日から日割り算定するのは、従来の予防給付と同様です。また、区分変更（事業対象者 ⇒ 要支援）は変更日から、日割り算定します。

	月途中の事由	起算日
開始	要支援1 ⇔ 要支援2	変更日
	事業対象者 ⇒ 要支援	
	要介護 ⇒ 要支援	契約日
終了	要支援1 ⇔ 要支援2	変更日
	事業対象者 ⇒ 要支援	
	事業対象者 ⇒ 要介護	契約解除日
	要支援 ⇒ 要介護	

※ 出典「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）平成27年3月31日厚生労働省事務連絡」より抜粋

4. 総合事業のサービス利用の流れ

(1)申請からサービス利用までの流れ



(2) 新規申請の流れ

①相談受付

- ⑦受付実施者は、市役所（高齢者福祉課、各行政センター）、高齢者あんしん支援センターです。受付は窓口のほか電話でも可能で、相談受付記録票（資料1参照）により実施します。
- ⑧受付で、相談者からの聞き取りをもとに、認定調査または基本チェックリストに振り分けをします。相談受付票の下段のチェック項目を参考にしてください。
- ⑨総合事業へ振り分けを行う場合は、相談受付票の下段に対象者としてチェックを入れてください。その際、総合事業に関するパンフレット等により、本人または家族へ事業説明をしてください。
- ⑩受付後の相談受付票は、認定調査・基本チェックリストいずれの場合も、高齢者福祉課へ提出してください。

【高齢者あんしん支援センターで相談受付をした場合】

明らかに総合事業のみの対象者と思われる場合は、対象者の氏名等の情報を高齢者福祉課へ連絡のうえ、受付票の提出を省略することができます。
 （その後の流れは、次頁「②基本チェックリストの実施」の⑦へ）。

事業対象者へ振り分ける基準

- 要支援相当であること。
 - 目標・希望の確認の結果、多様なサービスの利用が必要と認められる者であること。
 - 事業対象者が受けられるサービスは下表のとおりであり、このサービス基準に合致すること。
- ※下表は、参考に要支援者に係る情報も掲載。

訪問型		訪問介護従前 相当サービス	訪問型 サービス A	訪問型 サービス B	訪問型 サービス C	訪問型 サービス D
事業対象者	新規の 事業対象者	利用不可	利用不可	月1回 程度以上 ～ 週1回まで	原則 3か月間 ※最大6か月	月1回 程度以上
	要支援1 からの移行者	週1～2回	週1～2回			
	要支援2 からの移行者	週1～2回	週1～2回			
要支援者	要支援1	週1～2回	週1～2回			
	要支援2	週1～3回	週1～3回			

通所型		通所介護従前 相当サービス	通所型 サービス A	通所型 サービス C
事業対象者	新規の 事業対象者	週1回	週1回	週1回 (3か月間) ※最大6か月
	要支援1 からの移行者	週1回		
	要支援2 からの移行者	週1～2回		
要支援者	要支援1	週1回		
	要支援2	週1～2回		

振り分けにあたっての注意事項

- 訪問介護従前相当サービス・通所介護従前相当サービスと多様なサービスの併用について、併用できないものもあります。(詳細は15ページ参照)
- 2号被保険者の場合は、介護認定が必要です。
- 総合事業以外のサービス(予防給付)を利用する場合、また総合事業とそれ以外のサービス(予防給付)を併用する場合も、介護認定が必要です。
- 要支援認定等の介護認定がいったん終了した方が再度サービスの利用を希望される(=再新規)場合は、新規の扱いで受付を実施します。再新規の方は「移行者」扱いとしません。(移行者とは要支援認定を持っている方で認定有効期間満了時に総合事業へ移行する方をいいます。)
- 他市町村で事業対象者であった方が転入した場合、受給資格証明書等の証明書がないため、新規の扱いとします。

②基本チェックリストの実施

- ㊦ 高齢者福祉課で相談受付票を振り分けます。
介護認定が必要な場合は、認定調査を実施します。
- ㊧ 事業対象者(見込み者)の場合は、相談受付票を高齢者福祉課から高齢者あんしん支援センター(各サブセンター)へPDFデータで送信します。
- ㊨ 高齢者あんしん支援センターは、事業対象者(見込み者)を訪問し、基本チェックリスト(資料2参照)を実施します。
 - 介護認定結果が非該当となった方が総合事業を希望された場合は基本チェックリストを実施します。
 - 基本チェックリストは、原則本人または家族が記入し、高齢者あんしん支援センターが内容を確認します。
- ㊩ 基本チェックリストの結果、事業対象者該当となった場合、高齢者あんしん支援センターから高齢者福祉課へ下記書類を提出します。
 - 基本チェックリスト(高齢者あんしん支援センターで予防システムへ入力後)
 - 旧被保険者証

③事業対象者の決定

- ㊦ 高齢者あんしん支援センターから事業対象者該当の報告を受け、高齢者福祉課で事業対象者を確定します。
- ㊧ 高齢者福祉課から事業対象者に対し、被保険者証を発送します。
(保険証イメージ:資料4参照)
- ㊨ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書を作成・登録します。
(高齢者福祉課で代行作成・登録)
- ㊩ 基本チェックリスト実施日=事業対象者決定日=予防ケアマネジメント届出日とします。
- ㊪ 高齢者あんしん支援センターまたは、高齢者あんしん支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所において予防ケアマネジメントを実施し、サービス利用の開始となります。

(3) 更新申請の流れ(要支援認定から事業対象者への移行)

①更新期限3か月前

- 高齢者福祉課にて更新対象者のデータを抽出します。
- 高齢者福祉課から高齢者あんしん支援センターへ、更新対象者のデータを送付します。高齢者あんしん支援センターは、対象者のうち居宅介護支援事業所へ委託している対象者を高齢者福祉課へ報告します。
- 高齢者福祉課から更新対象者を各担当ケアマネジャーへ通知します。
- 各担当ケアマネジャーは、更新対象者が「基本チェックリスト」と「認定調査」のどちらになるかを選択し、高齢者福祉課へ報告します。※報告様式(資料3参照)
- 介護認定が必要な方については、更新認定の手続きを進め、更新期限 60 日前から更新認定調査を実施します。
- 総合事業対象者については、高齢者福祉課から各担当ケアマネジャーへ基本チェックリスト及び暫定被保険者証を送付します。(ただし、高齢者あんしん支援センターのケアマネジャーは、各自で基本チェックリストを打ち出して対応。)

②更新期限2か月前

- 担当ケアマネジャーは、対象者を訪問し、基本チェックリストを実施します。
基本チェックリストは、原則本人または家族が記載し、担当ケアマネジャーが内容を確認し、判定を行います。(資料2参照)
- 事業対象者の該当となった場合は、必要事項を記載した基本チェックリストと旧被保険者証を高齢者福祉課へ提出します。

③更新期限1か月前

- 高齢者福祉課にて事業対象者の決定を行います。
- 予防ケアマネジメント依頼届出書を作成します。(高齢者福祉課にて代行作成)
- 「事業対象者」「要支援〇〇からの移行者」等の記載の入った新しい被保険者証を送付します。
(保険証のイメージ:資料4参照)
- 予防ケアマネジメントを実施し、翌月からサービス利用の開始となります。

(4) 未利用者への対応方法

- 高齢者福祉課から担当ケアマネジャーへ更新対象者を通知します。
- 担当ケアマネは未利用者を高齢者福祉課へ報告します。(未利用者のうち更新希望者、事業対象者があれば、理由を附して報告)※資料3参照
- 高齢者福祉課から未利用者本人または家族に対し、有効期間が満了することを通知する文書を発送します。※送付文書様式(資料5参照)
- 本人または家族から電話等で更新希望の反応があれば、理由を確認のうえ更新調査またはチェックリストを実施します。
- 本人または家族から反応がない場合は、そのまま更新見送りとし、有効期間満了後、介護度の入っていない被保険者証を本人または家族へ送付します。

(5) その他の留意事項

●住所と居所が異なる場合の取扱い

⑦住所地と居所が異なる場合(住所地特例ではない方)

住民票は出雲市だが本人はX市在住	住民票はX市だが本人は出雲市在住
<ul style="list-style-type: none"> ① 被保険者は、出雲市またはX市へ相談。出雲市へ相談があれば受付を実施。 ② 予防給付等が必要であれば出雲市へ認定申請。総合事業のみであれば、出雲市が基本チェックリストを実施。(本人に郵送若しくはX市の協力) ③ 要支援者、事業対象者に該当すれば、出雲市地域包括支援センターがケアマネジメントを実施。(X市地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ委託) ④ サービスを提供する事業所が出雲市の指定を受ける。 ⑤ 出雲市がケアマネジメント依頼届出書受理(出雲市で代行作成)。出雲市から本人へ被保険者証を送付。 ⑥ サービスの利用開始。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 被保険者は、出雲市またはX市へ相談。出雲市へ相談があった場合は、X市へ引き継ぐ。 ② 予防給付等が必要であればX市へ認定申請。総合事業のみであれば、X市が基本チェックリストを実施。(出雲市へ基本チェックリスト実施の依頼があれば協力) ③ 要支援者、事業対象者に該当すれば、X市地域包括支援センターがケアマネジメントを実施。(出雲市地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ委託) ④ サービスを提供する事業所がX市の指定を受ける。 ⑤ X市がケアマネジメント依頼届出書受理後、被保険者証を本人へ送付。 ⑥ サービスの利用開始。

①住所地特例者

○住所地特例者にかかる総合事業の手続きは、原則下記のとおりです。

ただし、市町村によって手続きが異なる場合も想定されるため、実施にあたっては、当該市町村との調整が必要となります。

保険者が出雲市:X市の施設入所中の方	保険者がX市:出雲市内の施設入所中の方
<ul style="list-style-type: none"> ① 被保険者は、X市またはX市地域包括支援センターへ相談。 ② 予防給付等が必要であれば出雲市へ認定申請。総合事業のみであれば、X市またはX市地域包括支援センターが基本チェックリストを実施。 ③ 事業対象者に該当すれば、被保険者はX市地域包括支援センターとケアマネジメント契約。 ④ X市は、出雲市へケアマネジメント依頼届出書、被保険者証、基本チェックリストを送付。 ⑤ 出雲市がケアマネジメント依頼届出書受理後、事業対象者の決定を行い、被保険者証を本人へ送付。 ⑥ サービスの利用開始。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 被保険者は、出雲市または出雲市地域包括支援センターへ相談。 ② 予防給付等が必要であればX市へ認定申請。総合事業のみであれば、出雲市が出雲市地域包括支援センターへ依頼し基本チェックリストを実施。 ③ 事業対象者に該当すれば、被保険者は出雲市地域包括支援センターとケアマネジメント契約。 ④ 出雲市地域包括支援センターは、出雲市へケアマネジメント依頼届出書、被保険者証、基本チェックリストを送付。 ⑤ 出雲市は、X市へケアマネジメント依頼届出書、被保険者証、基本チェックリストを送付。 ⑥ X市は、本人へ被保険者証を送付。 ⑦ サービスの利用開始。

●情報の提供について

- 情報提供等にかかる本人同意は、下記書類に署名をもらうことにより担保します。
 - ・総合事業の利用にかかる申請行為 ⇒ 基本チェックリスト
 - ・基本チェックリストの情報提供 ⇒ 基本チェックリスト
 - ・その他の情報提供 ⇒ 高齢者あんしん支援センターと本人の契約書
(利用者基本情報、アセスメントシートなど)
- 各事業所等への基本チェックリストの情報提供は、高齢者あんしん支援センターまたは高齢者福祉課において実施します。
- その他の資料の情報提供は、高齢者あんしん支援センターにおいて実施します。

●事業対象者の主治医の意見書について

- 総合事業対象者には、主治医意見書がありません。
- 必要な医療情報は、利用者基本情報により担当ケアマネジャーが聞き取るものとします。
- サービス利用に関し、さらに詳しい情報が必要な場合は、本人または家族が受診時に主治医へ意見を求めるものとします。

●基本チェックリスト(事業対象者)と要介護認定調査(要支援者)の整理

○基本チェックリスト(事業対象者)と要介護認定調査(要支援者)の違いをまとめると下記のとおりですので、参考にしてください。

	基本チェックリスト (事業対象者)	要介護認定調査 (要支援者)
認定結果がでるまでの期間	チェックリスト実施時に該当・非該当が出る	約1か月
主治医意見書	不要	必要
利用できるサービス	○介護予防・生活支援サービス事業 (訪問型・通所型サービス)	○介護予防・生活支援サービス事業 (訪問型・通所型サービス) ○予防給付のサービス (福祉用具貸与等)

5. 事業所指定に関すること

(1) 事業所指定に関すること

総合事業に係る事業所指定は、出雲市で行います。

提供するサービス		必要な事業所指定	指定権者
介護給付	訪問介護	指定訪問介護の事業所指定	島根県
	通所介護	指定通所介護の事業所指定	島根県
	地域密着型通所介護	指定地域密着型通所介護の事業所指定	出雲市
総合事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護従前相当サービス ・ 通所介護従前相当サービス ・ 訪問型サービス A ・ 通所型サービス A 	総合事業の訪問型・通所型サービスの事業所指定	出雲市

①訪問介護従前相当サービス、通所介護従前相当サービスの指定を受ける事業所

- ・ 新規の指定手続きが必要となります。
- ・ 指定の効力は、指定申請をした市のみに適用となり、指定有効期間は6年間となります。

②訪問型サービス A、通所型サービス A の指定を受ける事業所

- ・ 新規の指定手続きが必要となります。
- ・ 指定の効力は、指定申請をした市のみに適用となり、指定有効期間は6年間となります。

(2) 利用者との契約等に関すること

総合事業によるサービスの提供にあたっては、「利用者との契約」及び「重要事項説明書の交付・説明・同意」が必要となります。

- ※ 1. 重要事項説明書等の取扱いについては、従来の運営基準と同じく、サービス提供の開始に際しては、利用者又は家族に対し説明を行い、同意書を得る必要があります。
- ※ 2. 総合事業の多様なサービスの内、事業の実施方法が委託の場合は、利用者との契約等は不要です。

【事業名称例】

事業名称については、具体的な事業の内容が分かる名称を使用することが適切と考えます。

- ・ 「第1号訪問事業（訪問介護従前相当サービス）」
- ・ 「第1号通所事業（通所介護従前相当サービス）」

(3) 事業所の定款・運営規定に関すること

総合事業の実施にあたり定款・運営規定を変更していただくことが適当であると考えます。

【記載例】

「介護保険法に基づく第1号事業」

●社会福祉法人の定款変更については、以下のとおりとします。

①これまでの要支援認定者（要支援1・要支援2）に対する予防給付サービスとして訪問介護、通所介護を実施していた事業所で、総合事業でも現行と同等のサービスを実施する場合（平成29年度からは、基本チェックリスト該当者も含みます。）

既に、第二種社会福祉事業として「老人居宅介護等事業」「老人デイサービス事業」の各事業が定款に記載されていると思います。総合事業での事業名は「第1号訪問事業」及び「第1号通所事業」となりますが、現行と同程度のサービスを実施する場合は、老人福祉法の一部改正により「老人居宅介護等事業」及び「老人デイサービス事業にそれぞれ含まれることになるため、定款変更の必要はありません。

②介護予防事業として、基本チェックリスト該当者を対象に二次予防事業（通所型予防事業）を実施していた事業所（平成29年度からは、要支援認定者も含みます。）

総合事業における「第1号通所事業」のうち、通所型サービスA～C（多様なサービス）に該当することとなり、「老人デイサービス事業」には含まれない事業になります。したがって、定款には公益事業として記載する必要があります。

事業名：「介護保険法に基づく第1号通所事業（老人デイサービス事業を除く）」

③新たに事業所の指定を受けて、総合事業を開始する場合

基本的には、総合事業の内容により、上記①②と同様な取り扱いになります。

【パターン1】

上記①に該当する事業を実施する法人で、定款に第二種社会福祉事業として「老人居宅介護等事業」「老人デイサービス事業」の各事業が記載されている場合は、定款変更の必要はありません。

【パターン2】

上記②に該当する事業を実施する法人で、定款に第二種社会福祉事業として「老人居宅介護等」「老人デイサービス事業」の各事業が記載されていない場合、定款変更が必要です。

事業名：「老人居宅介護等」「老人デイサービス事業」

【パターン3】

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に、通所型サービスA～C（多様なサービス）を実施する場合、定款には公益事業として記載する必要があります。

事業名：「介護保険法に基づく第1号通所事業（老人デイサービス事業を除く）」

【パターン4】

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に、訪問型サービスA～D（多様なサービス）を実施する場合、定款には公益事業として記載する必要があります。総合事業における「第1号訪問事業」のうち、「老人居宅介護等事業」には含まれない事業になります。

事業名：「介護保険法に基づく第1号訪問事業（老人居宅介護等事業を除く）」

まとめると、下表のようになります。

総合事業		老人福祉法	社会福祉法
サービス	基準		
第1号訪問事業	旧介護予防訪問介護の基準	老人居宅介護等事業	社会福祉事業
	市独自の基準(多様なサービス)	—	(公益事業)
第1号通所事業	旧介護予防通所介護の基準	老人デイサービス事業	社会福祉事業
	市独自の基準(多様なサービス)	—	(公益事業)

※1. 定款変更について所轄官庁の許認可が必要な場合は、必ず所轄官庁にご相談ください。

※2. 定款・運営規定の変更について、指定更新時期までに修正してください。

※3. 定款・運営規定の変更（用語変更のみの場合）について、変更届の提出は必要ありません。

6. その他

(1) サービスコード及びサービス提供事業所情報等の掲載先について

サービスコード表及び総合事業のサービス提供事業所等の情報については、出雲市ホームページで公開しています。

最新の状況については、市ホームページで確認してください。

○サービスコード表は、下記タイトルのページに掲載しています。

『出雲市介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）関連』

ホーム画面⇒市民の方⇒場面から探す⇒高齢者・介護⇒介護 介護予防⇒上記ページ

ホーム画面⇒事業者の方⇒保健衛生・福祉⇒介護保険⇒上記ページ

○総合事業の多様なサービス(サービス A、B、C、D)に係るケアマネジャー及びサービス提供事業所向けの情報(総合事業に係るマニュアル、サービス提供事業所一覧、総合事業関連の要綱)は、下記タイトルのページに掲載しています。

『総合事業における多様なサービス(サービス A、B、C、D)に係る事業者及びケアマネ向けの情報』

ホーム画面⇒事業者の方⇒保健衛生・福祉⇒介護保険⇒上記ページ

(2) 介護予防ケアマネジメントに係る資料

資料1

高齢者相談受付記録票

【介護認定係行】

該当するものに○をする。 新規・変更 申請日の希望 [調査日]・[月 日付]			
受付日時	令和 年 月 日 時 分	受付状況	⇒ (窓口・電話・訪問)
ふりがな 対象者氏名	M・T・S 年 月 日 (歳)	被保険者番号	1000
		対象者の住所	出雲市 町 (町内会名) 電話
現在の居所		主治医	
病棟・病室		申請を勧めた人	主治医・医療相談員・ケアマネ・() 氏名()
退院の予定		本人(家族)の承諾	あり・なし (理由)
相談者氏名		続柄	日中の 連絡先
立会い予定者		続柄	日中の 連絡先
介護が必要となった原因の病気 ①脳血管疾患(脳卒中) ②認知症 ③高齢による衰弱 ④骨折・転倒 ⑤関節疾患 ⑥心疾患(心臓病) ⑦その他の原因 ⑧不詳			
【現在の状況・申請のきっかけ等】 世帯状況等			
歩行			
排泄			
入浴(洗身)			
食事摂取			
ひどい物忘れなどで困っていること(認知症)			
【サービスの希望】			
滞納・欠損	医療保険情報(2号申請)		現在の状況(認定者or事業対象者)
有・無 (1年以上) (1年未満)	保険者		介護度
	記号・番号		有効期間
第三者行為	有・無	取得年月日	ケアマネ
必要な対応		(あんしん記入) 予防システムの 経過記録	同一世帯の認定者 有・無
		有・無	要介護度 1000
			有効期間
			ケアマネ
【 介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者(チェックリスト実施対象者)の判定 】			
<input type="checkbox"/> ←下記すべてに該当する場合に☑。あんしん支援センターへ訪問を依頼します。			
* 相談者に『サービス内容や回数はアセスメント(状況把握、課題分析、目標確認)で決定する』ことを伝えてください。			
<input type="checkbox"/> 希望するサービスが、介護予防給付を含まず、下記のサービスのみであること。			
訪問サービス(身体介護を伴わない生活援助(掃除や買い物等)) / 通所サービス(デイサービス)			
移動支援(通院・買物等) / 短期集中的な身体・生活機能向上のための支援(訪問・通所)サービス			
<input type="checkbox"/> 一人で歩いて外出できる。			
<input type="checkbox"/> 身の周りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分のできる。			
<input type="checkbox"/> 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る。			
<input type="checkbox"/> 総合事業について説明済みで、本人または家族の理解がある。			

基本チェックリスト（出雲市）

被保険者 番号				記入日	令和	年	月	日
氏名				生年月日	大・昭	年	月	日（歳）
住所				性別	男・女			
連絡先情報	氏名	続柄（ ）		住所				連絡先

NO	質問事項	回答	判定
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	() / 5 3/5 以上 / 20 () / 2 2/2 10/20 以上 () / 3 2/3 以上 () / 2 No. 16 該当 () / 3 1/3 以上
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ヶ月以内で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	() / 5 2/5 以上
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	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

介護予防・日常生活支援総合事業該当の有無		該当・非該当	※チェックリスト実施者記入欄
主観的健康観	よい まあよい ふつう あまりよくない よくない		※チェックリスト実施者記入欄
チェックリスト実施者	所属	氏名	
<p>○介護予防・日常生活支援総合事業の利用について申請します。</p> <p>○介護保険事業及び介護予防・日常生活支援総合事業の適切な運営に活用するため、基本チェックリストを地域包括支援センター（高齢者あんしん支援センター）及び居宅介護支援事業所等へ提供することに同意します。</p>			
令和 年 月 日		氏名	
		(代筆者)	

基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。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下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。
- 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も構いませんが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわず	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを

	に昇っていますか	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下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	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」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。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までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
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下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。

19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
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	

更新照会 報告様式

月 日 事業所名()

) 担当者名()


●要介護の方

被保険者番号	氏名	更新の要否	サービス利用	事業所への通達状況	専任調査員による調査	本人の居所(施設名・病院名)	調査立会い者氏名(職種)	日程調整時の連絡先	備考
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		必要・不要・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			

●要支援の方

被保険者番号	氏名	更新の要否等	サービス利用	事業所による調査	専任調査員による調査	本人の居所(施設名・病院名)	調査立会い者氏名	日程調整時の連絡先	備考
1000		認定調査 ・基本チェックリスト ・更新不要 ・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		認定調査 ・基本チェックリスト ・更新不要 ・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		認定調査 ・基本チェックリスト ・更新不要 ・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		認定調査 ・基本チェックリスト ・更新不要 ・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			
1000		認定調査 ・基本チェックリスト ・更新不要 ・不明	有・無	できる・できない	問題なし(問題あり)	自宅・施設・病院			

資料 3

介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限		内 容		期 間	
被 保 険 者	番 号 1000000000	事業対象区分等	事業対象者	給付制限					
住 所	出雲市今市町70番地	認定年月日(注)	平成29年3月20日	居宅介護支援事業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					
フリガナ氏名	イスマ タロウ 出雲 太郎	認定の有効期間	平成29年4月1日～	居宅介護支援事業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					
生年月日	昭和10年10月10日	居宅サービス等	一月あたり100単位	介護保険の種類					
性別	男	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	施設等					
交付年月日	平成29年3月20日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	要支援1から移行	名称					
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">3 2 2 0 3 2</div>  </div> <p>島根県 出雲市 TEL 0853-21-2211</p>			入所等 年月日					
				退所等 年月日					
				入所等 年月日					
				退所等 年月日					

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

〒

様

事務連絡

令和 年() 月 日

出雲市健康福祉部高齢者福祉課長

介護保険にかかる要介護認定の有効期間満了について(お知らせ)

平素より、本市の介護保険行政にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、様の要介護認定有効期間が満了しますのでお知らせいたします。

被保険者番号	
氏名	
要介護状態区分	
有効期間満了年月日	

要介護認定の更新手続きについて、裏面のフローチャートで判断いただきますようお願いいたします。

【必ず裏面をご覧ください】

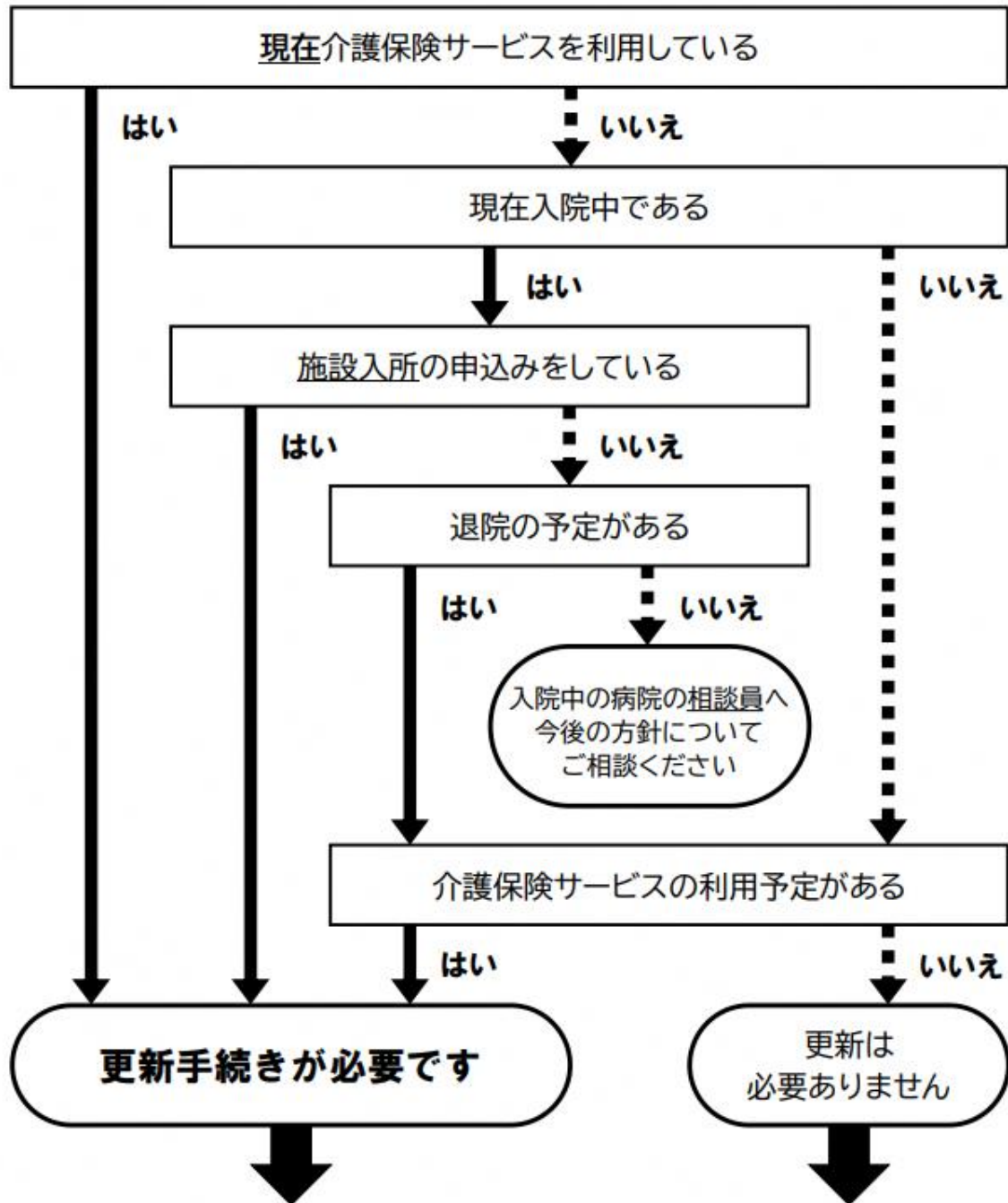
【問合せ先】

〒693-8530

出雲市今市町 70 番地

出雲市役所 高齢者福祉課 介護認定係

電話 0853-21-6971



※継続して介護保険サービスをご利用いただくために、
要介護認定の更新手続きが必要となります。

令和 年 月 日()までに
出雲市役所 高齢者福祉課 介護認定係
0853-21-6971 へご連絡ください。

ご連絡の際には、「要介護認定を更新したい」旨と、
表面に記載されている「被保険者番号」「氏名」をお伝えください。

更新手続きは必要ありません。

要介護認定に係る記載のない
新たな介護保険被保険者証(緑色)
を有効期間満了後にお送りします。
新しい証が届き次第、現在お手持ちの被保険者証の廃棄をお願いいたします。

また、今後介護保険サービスが必要になった時にはいつでも申請することができます。