

大 田 区  
介護予防・日常生活支援総合事業  
ケアマネジメントマニュアル

作 成 者	大田区 福祉部高齢福祉課
作 成 日	2017年11月14日
最終更新日	2024年4月1日

## 目次

<b>第1章 大田区の介護予防・日常生活支援総合事業とは？</b> .....	<b>4</b>
第1節 基本的な考え方 .....	4
1 地域包括ケアシステムと総合事業 .....	4
2 大田区の総合事業（介護予防・生活支援サービス）の考え方 .....	4
第2節 総合事業の利用について .....	6
1 利用対象者 .....	6
第3節 サービス種別 .....	7
1 訪問型・通所型サービス A（緩和した基準によるサービス） .....	7
2 訪問型サービス B（住民主体による支援） .....	10
3 訪問型サービス C（短期集中予防サービス） .....	13
<b>第2章 大田区総合事業を利用する</b> .....	<b>14</b>
第1節 大田区総合事業の利用について .....	14
1 利用の流れ .....	14
2 相談（聴き取り） .....	15
3 基本チェックリストの実施対象者（事業対象者とは） .....	15
4 事業対象者に該当する基準 .....	16
5 基本チェックリストの考え方 .....	17
第2節 ケアマネジメント .....	19
1 介護予防ケアマネジメントの流れ .....	19
2 総合事業の趣旨を理解してもらう .....	19
3 総合事業の利用 .....	20
4 総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出 .....	20
5 基本チェックリスト及び総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の記入の仕方 .....	20
6 被保険者証発行一覧 .....	21
7 総合事業における負担割合証 .....	22
8 自立支援計画票の考え方のポイント .....	23
9 様式の種類・目的 .....	23
10 自立支援ケアマネジメントの手順 .....	24
11 自立支援計画票の書き方について .....	26
<b>第3章 総合事業の請求について</b> .....	<b>30</b>
第1節 請求について .....	30
1 支給限度額 .....	30
2 費用区分 .....	30
3 ケアマネジメント費の考え方 .....	31
4 介護予防ケアマネジメント費の費用コードと金額 .....	32

第2節 暫定ケアプランの作成について.....	33
1 暫定ケアプランとは .....	33
2 要介護等認定結果の想定が難しい場合の暫定ケアプランの作成について.....	33
3 想定と異なる認定結果が出た場合の給付及びケアプラン費の請求について .....	33
第3節 住所地特例者対応 .....	35
1 住所地特例とは .....	35
2 住所地特例対象施設 .....	35
3 対応イメージ .....	36
4 大田区の総合事業を利用する手続き .....	38
5 (参考) 住所地特例者対応フロー .....	38
<b>第4章 その他.....</b>	<b>39</b>
1 扶助・減免 .....	39
2 障害給付における介護優先 .....	40
3 医療費控除.....	40
<b>関連資料 .....</b>	<b>41</b>
サービスコード票.....	41
支援経過記録.....	46
別紙 .....	47

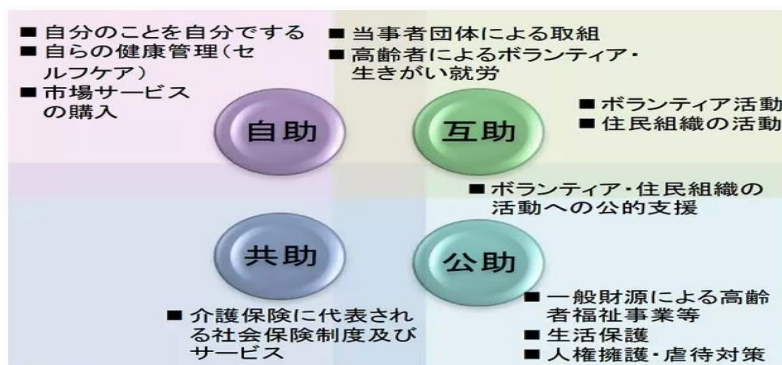
## 第1章 大田区の介護予防・日常生活支援総合事業とは？

### 第1節 基本的な考え方

#### 1 地域包括ケアシステムと総合事業

高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域で、自分らしい生活を送ることができるよう、国は、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の体制整備を推進しています。介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防・生活支援サービス）は、ホームヘルプやデイサービスなどの提供を通じて高齢者の日常生活を支援するとともに、要支援者等のADLの維持、向上を図ることを目的に実施しています。大田区の総合事業は、本人の自発性と継続性を重視し、介護の専門職と地域が一体となって高齢者の生活を支える仕組みづくりを推進しています。

#### 【地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」と支え合う4つの「助」】



出典：厚生労働省 平成28年3月 地域包括ケア研究会報告

#### 2 大田区の総合事業（介護予防・生活支援サービス）の考え方

##### ■ 本人の「したい」「できるようになりたい」をサポートする「総合事業」■

利用者本人の「やってほしい」ことではなく、本人の「したい」「できるようになりたい」ことに着目し、本人の強みを生かしつつ生活目標実現のため自助の力を後押しするサポートを行います。

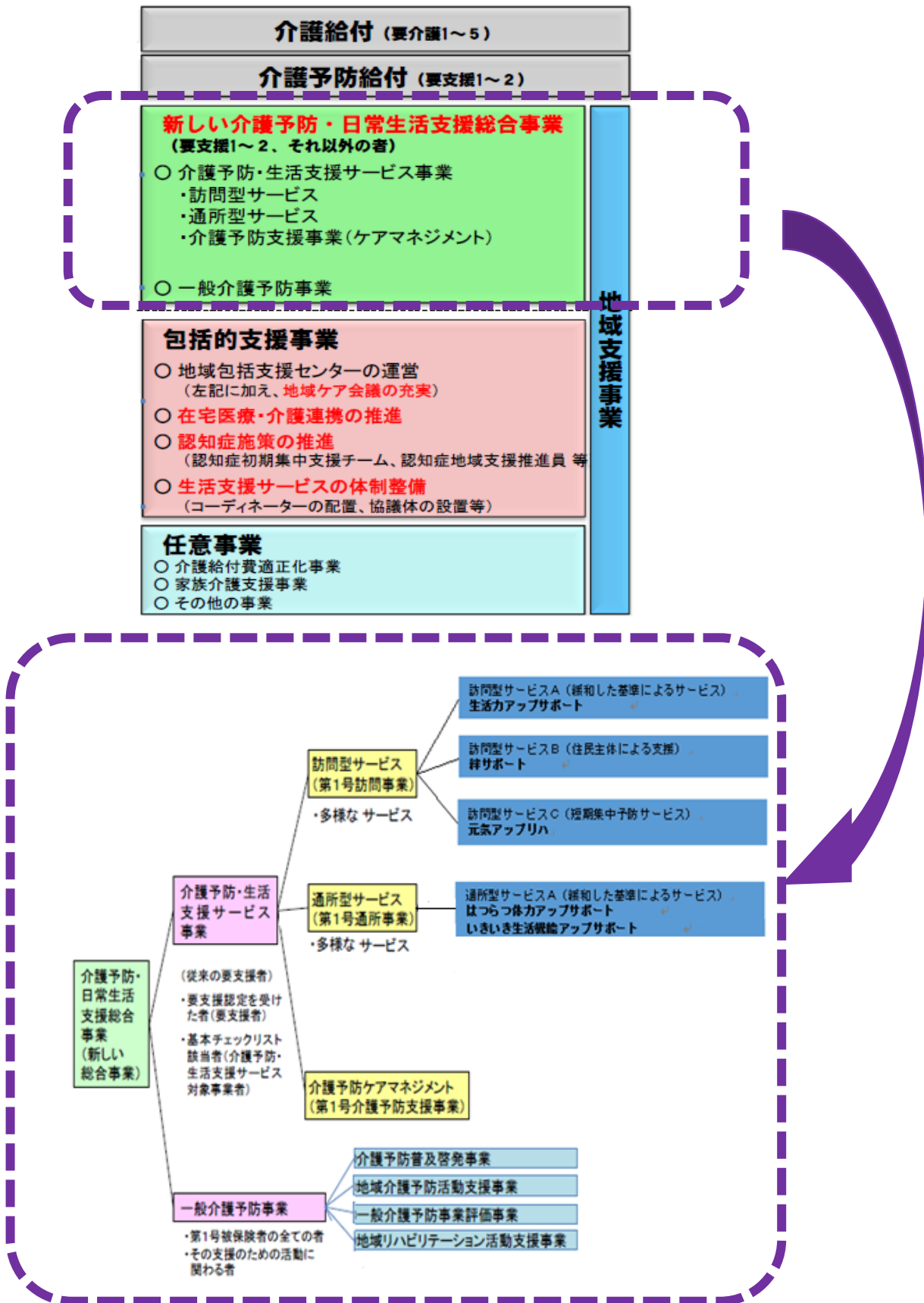
##### ■ 心身の自立をサポートする「総合事業」■

虚弱高齢者や要支援者の自立とは、身体的なものだけではなく、心理的、社会的な自立も重要です。これを認識したうえで、本人に寄り添ったサポートを行います。

##### ■ 地域につなげていくことを共通の目標とする「総合事業」■

専門職のサポートを修了した後も、高齢者が自立した生活を継続していくために、地域につなげていくことを、事業を実施する全ての関係者の共通目標とします。

【地域支援事業の全体像と大田区の総合事業の構造図】



## 第2節 総合事業の利用について

### 1 利用対象者

総合事業の利用対象者は下記のとおりです。

(1) 要支援認定者（要支援1・2）

(2) 基本チェックリストによる事業対象者

※ 事業対象者とは、要介護・要支援認定を受けていない虚弱高齢者のうち、P16の25項目のチェックリストの判定により、総合事業の実施対象者となった方です。

事業		サービス内容	対象者
介護予防・生活支援サービス事業	サービスA	「訪問型サービス」 生活力アップサポート	要支援1・2 事業対象者
		「通所型サービス」 はつらつ体力アップサポート	
		「通所型サービス」 いきいき生活機能アップサポート	
	サービスB	「訪問型サービス」 絆サポート	
	サービスC	「訪問型サービス」 元気アップリハ	
一般介護予防事業	① 介護予防普及啓発	・介護予防のための運動講座（体操教室等各種） ・認知症予防のための取組 ・低栄養予防、口腔機能改善の取組	区内在住の、おおむね65歳以上の方  ※ 体操教室等は、医師から運動制限を受けていない方
	② 地域介護予防活動支援	・地域指導員養成講座 ・地域指導員サポート講座 ・認知症予防朗読講座自主グループ支援	
	③ 一般介護予防事業評価	・体力測定会 ・認知症予防講座	
	④ 地域リハビリテーション活動支援	・ケアマネジメントへの助言 ・地域ケア会議等への参加 ・住民運営の自主グループ等への技術的支援（知識や運動方法の指導） ・居宅訪問指導等	包括職員、住民運営の自主グループ、サービス利用者とその介護従事者等

## 第3節 サービス種別

### 1 訪問型・通所型サービス A（緩和した基準によるサービス）

#### 【利用期間について】

サービスの利用期間は原則 1 年です。これは、介護予防の取組を行ううえで、目標の目安となる期間として設定しています。

サービスの利用にあたっては、開始から 1 年目のタイミングで評価会議を開催し、その後のサービス継続の可否を見極めます。



#### 【月 9 回までの上限設定（訪問型サービス 9 回、通所型サービス 9 回）】

ケアマネジメント主導で、自立に向けた支援計画に基づき、必要な供給量を本人の状況、提供事業所との連携の中で設定します。状況の変化に合わせて、上限 9 回までの範囲で回数の変更が可能です。



#### 訪問型サービス ■生活力アップサポート■

内 容：訪問介護員（ホームヘルパー）が、利用者と共に生活援助のサポート。

提 供 者：大田区における指定事業者（A3）

単 位：実績ごとの回数払い 1 回316単位

加 算：初回加算 200単位

利用回数：上限月 9 回、原則上限週 2 回

利用時間：30分～60分

利用者負担：介護給付と同様の負担割合（1 割から 3 割）

単 価：11.4円／1 単位

#### ～提供内容例～

- ・利用者と共に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ・入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- ・洗濯物の出し入れの安全確認を行いながら、共に実施。
- ・自宅から目的地までの歩行時の見守り、必要に応じた介助。
- ・目的場所における受付、会計時等のやりとりを見守り、スケジュール等の把握、補助を行う。

※最終目標は、ご自身の力で、目的を達成することをめざします。



**問) 同居親族がいる場合、総合事業の訪問型サービスは、利用できるか？**

答) 同居家族がいても、本人の自立に資する支援であることをチームでマネジメントしていただければ可能です。  
自立に資する支援とは、老計 10 号 1-6 に示される自立支援見守りに提示される内容をご参考ください。

■老計 10 号■

身体介護 (例)	生活援助 (例)
1-0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等）／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等	2-0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色等のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整等）／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
1-1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理	2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
1-2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助	2-2 洗濯：洗濯機または手洗による洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助	2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
1-4 起床及び就寝介助	2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
1-5 服薬介助	2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	2-6 買い物・薬の受け取り：日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

※上記は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）抜粋



## 通所型サービス ■はつらつ体力アップサポート・いきいき生活機能アップサポート■

### 【通所型サービスの共通事項】

提供者：大田区における指定事業者（A7）

加算：口腔機能向上加算・150単位、栄養改善加算・150単位

利用回数：上限月9回

※ はつらつ体力アップサポートといきいき生活機能アップサポートを合わせて、月の上限9回まで、原則上限週2回

利用者負担：介護給付と同様の負担割合（1割から3割）

単価：10.9円／1単位

### ■はつらつ体力アップサポート（5時間未満）■

内容：体力・筋力アップに特化した機能訓練を専門職がサポート

利用時間：2時間～5時間未満

単位：実績ごとの回数払い 1回390単位

### ■いきいき生活機能アップサポート（5時間以上）■

内容：生活機能の維持向上を中心にしたサポート

利用時間：5時間以上

単位：実績ごとの回数払い 1回446単位

Q

&

A

**問） サービス利用期間原則1年と設定されていますが、1年経過後の継続はできないのか？**

答） 介護予防の取り組みを行っていくための目標の目安となる期間という位置づけです。

サービス利用継続が必要な方は、引き続き利用が可能です。

#### 【参考】区が利用期間を設定した理由

①サービス利用の評価・見直しのタイミング

②介護予防の効果を押し上げ

※ 総合事業では、必要な人に対し、今必要なケアを提供することを重要としています。

継続的な支援が必要な場合は、引き続き利用が可能であり、逆に自立した生活が行えると評価されたことにより、支援が修了する場合があります。

**問） 週2回の利用者が何らかの都合で週1回となった場合、次の週に週3回利用してもよいか。**

答） 原則、上限週2回までですが、ケアマネジメントにおいて必要と判断された場合は可能です。

**問） 通所型サービスについて、一人の利用者につき、2事業所を利用してよいか。**

答） 利用可能です。ただし、月の上限は9回、支給上限額を超えない範囲での利用となります。その場合の加算については、それぞれの事業所で算定可能です。

## 2 訪問型サービス B（住民主体による支援）

### 絆サポート

内 容：利用者が自立した生活を維持するために必要な支援を、地域のボランティアが提供します。

提 供 者：大田区社会福祉協議会 おおた地域共生ボランティアセンター（以下、「社協」という）

TEL 03-5703-8230

利 用 料：30分 500円

※ただし、生活保護受給者の利用者負担は、後日区が実績報告書に基づき事業者へ支払います。

※ 別途、訪問（活動）時に要した交通費の実費負担が必要です。

徴収方法：月締めで利用料を支払います。

口座引き落とし（原則、ゆうちょ銀行口座）

利用時間：原則 30分（必要に応じて延長可能、最長 2 時間まで）

利用回数：原則上限週 2 回

提供可能時間：月～金曜日 9時～17時

#### ～提供内容例～

- ・食品・日用品の買い物代行
- ・洗濯物干し、洗濯物の取り込み、洗濯物たたみ
- ・簡単な調理の下ごしらえ
- ・簡単な掃除
- ・ゴミ出し
- ・外出介助（身体介護は含まない）
- ・その他本人の自立した日常生活の支援につながるもの

### 【サービス実施までの流れ】

※次ページの利用フロー図とあわせて確認してください。

#### （1）利用者への説明

アセスメントにより絆サポートによる支援が必要であると判断された利用者へ、趣旨や内容を説明します。

《注意》

- ・絆サポートは、あらかじめ決めた内容（日常生活に必要で自立に資するもの）を定期的にサポートするものです。「今日は〇〇もしてほしいから 30分追加」等の急な変更はできません。
- ・担い手（絆会員）の多くは 60 歳以上のボランティアで、プロのヘルパーではありません。担い手の都合で活動ができない場合、別の担い手が訪問することはありません。

#### （2）担い手を探す

地域包括支援センター（以下、「包括」という）が、絆サポートの利用に向けて調整を行います。

居宅介護支援事業者は、担い手（絆会員）に直接アポイントをとることができません。

再委託先のケアマネジャーは、担当の包括に連絡してください。

利用サービスが絆サポートのみとなった場合は、対象者のケアマネジメント業務を、委託元の包括に戻すことになります。

《包括》

- ① カナミックで絆会員の情報を検索し、直接、絆会員にアポイントを取ります。  
（調整が見つからない場合、社協へ相談してください。）
- ② 絆会員に利用者の状況・提供内容を伝え、サービス提供の可否を確認します。

### (3) 「利用申込書」の提出

包括は、絆会員が決定した後、「利用申込書」を社協に提出（カナミックで添付）します。

### (4) 初回訪問

社協は、利用者宅を訪問する日程調整を行い、絆会員と同行します（原則として、包括担当者、再委託先ケアマネジャーも同行します）。利用者と絆会員を引き合わせ、サービス利用にあたっての説明等を行います。

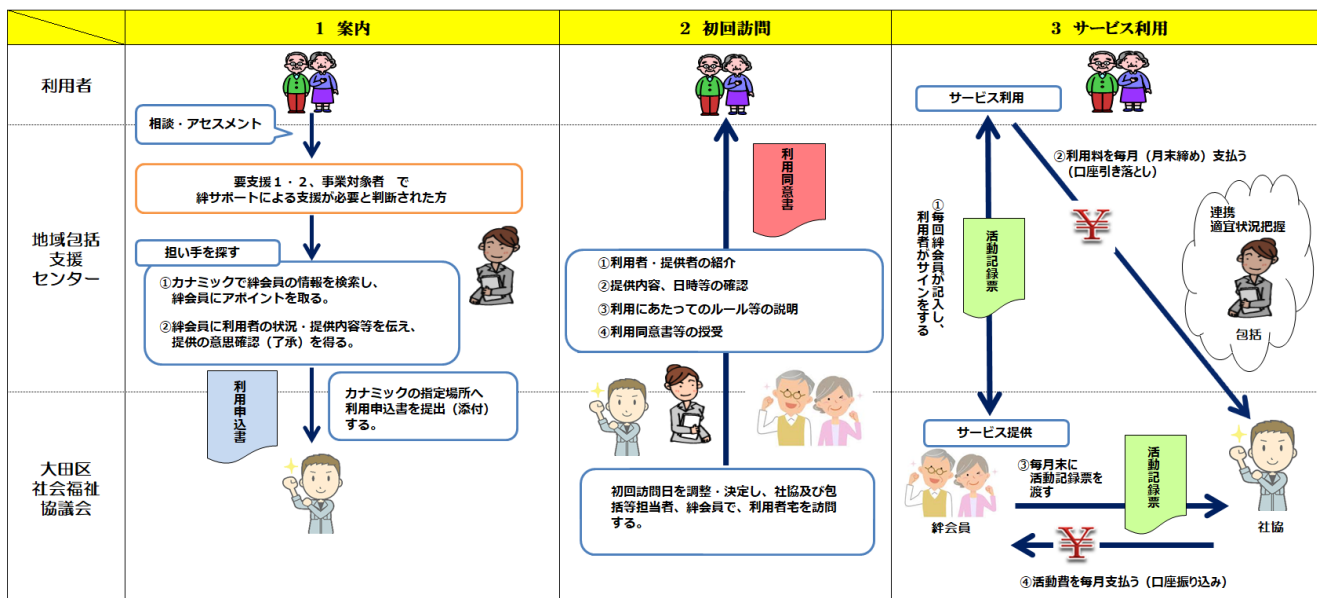
### (5) サービス開始

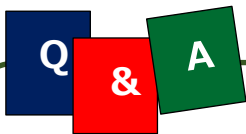
関係者で適宜連携し、状況を把握をします。

### ～ 絆会員へのアポイント・交流・発掘 ～

現在の絆会員へのアポイントの仕組み（包括が名簿を閲覧して直接連絡する）は、平成30年度から、包括からの要望を受けて開始しました。絆会員は、大切な地域の社会資源です。直接顔が見える関係性を築くため、Bカフェ（絆会員の研修交流会）へも、積極的な参加をお願いします。また、新たな人材を発掘し、地域の力をさらに活用推進していくことも重要です。

### 絆サポート 利用フロー図





**問) 外出介助では、どのようなことができますか？**

答) 原則、以下3点すべてに該当する内容であることが必要です。

①ADLが良好であり歩くことができる人 ②2時間以内で提供できる ③身体介護なし  
あくまで、高齢者の自立支援及び社会参加を目的とした場所が、外出範囲です。

また、包括担当者やケアマネジャーが、アセスメントを通じて利用者の自立支援に資すると判断した内容であることが前提です。

例) 通いの場・公共施設への同行、散歩の同行、買い物同行、通院同行 等

**問) 1回1時間以上は、どのようなときに利用できますか？**

答) 原則は1回30分、長くても1時間と想定しています。

(「2時間まで利用できる」ではありません。例えば、2時間の掃除等は想定外です。)

例示のようなケースで、どうしても1時間を超えるけれどサポートが必要な場合、例外的に、最長2時間まで利用することができます。

例) 外出介助で1時間を超える、掃除・買い物を週1回で行うため1時間を超える 等

**問) 交通費を利用者が負担する場合とは、どのようなときですか？**

答) 多くの方に絆サポートを利用していただくために、徒歩や自転車で行ける範囲に担い手がないときには、利用者が交通費負担を承諾した場合、交通機関を利用する担い手をマッチングすることができます。

また、支援中に交通費がかかる場合(外出介助等)、担い手分も利用者に負担していただきます。

**問) 支援内容の変更は、どのようにすればできますか？**

答) 利用者の心身状態等に変化があり、時間や内容を変更する必要がある時は、事前に社協に相談が必要です。包括は、適宜連携、状況把握をお願いします。

### 3 訪問型サービスC（短期集中予防サービス）

#### 元気アップリハ

内 容：機能訓練指導員が自宅を訪問し、短期集中的に機能訓練を行い、運動習慣を身につけます。  
退院直後や閉じこもり防止等に有効な支援です。

例) 可動域の改善、下肢筋力の強化、歩行訓練 等

提 供 者：公益社団法人東京都柔道整復師会大田支部

TEL：080-4384-4207 FAX:03-6425-7738

利 用 料：1回 30分 400円

※ただし、生活保護受給者の利用者負担は、後日区が実績報告書に基づき事業者へ支払います。

徴収方法：直接払い

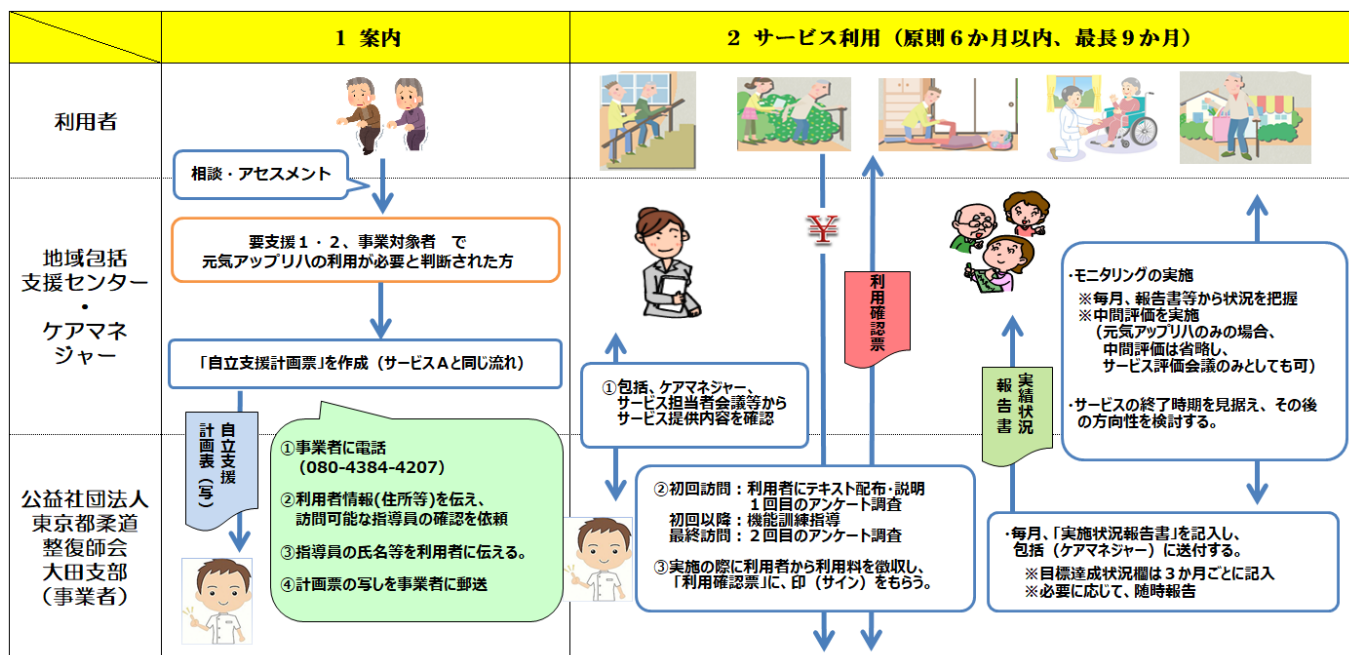
利用時間：1回 30分

利用回数：原則上限週2回

利用期間：原則6か月以内（必要に応じて延長可能、最長9か月まで）

提供可能時間：原則月～金曜日 13時～17時

#### 【サービス実施までの流れ】



#### 【利用者例】

- ・自宅内ではなんとか歩けるが、外出時の歩行に不安がある方
- ・骨折（大腿骨骨折など）後の運動方法を教えてもらい、筋力維持を必要としている方
- ・歩行に不安があり引きこもりがちの方

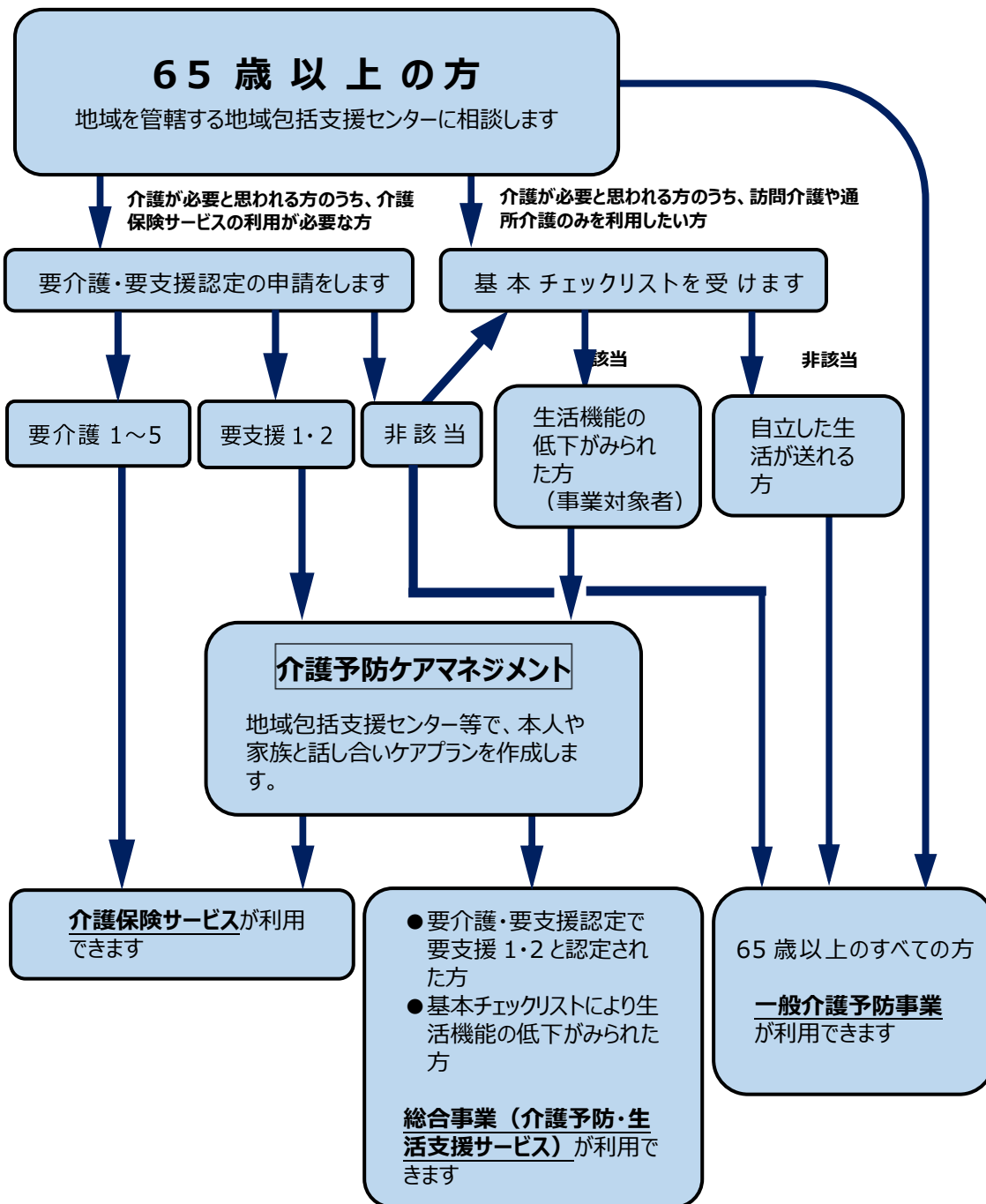
#### 【終了した方のその後の例】

- ・シニアステーション、老人いこいの家等の体操教室やスポーツクラブ等へ通う
- ・自身で運動や散歩を日課として運動を継続している

## 第2章 大田区総合事業を利用する

### 第1節 大田区総合事業の利用について

#### 1 利用の流れ



## 2 相談（聴き取り）

高齢者（被保険者）本人や家族等から、生活上の困りごとなどの相談の目的や、希望するサービスについて聴き取ります。

原則として、被保険者本人が直接窓口に出向いて相談しますが、本人が来所できない場合（入院等）は、電話や家族の来所による相談、本人宅を訪問するなどして、本人の状況や相談の目的、サービスの利用の意向等を聴き取ったうえで対応を検討します。

## 3 基本チェックリストの実施対象者（事業対象者とは）

事業対象者とは、予防給付を必ずしも必要としない虚弱高齢者が、心身の状況を 25 項目の基本チェックリストにより判定し、総合事業の実施対象者となった方をいいます。基本チェックリストとは、要支援認定に係る時間や煩雑な事務を軽減するためのツールとして導入された制度です。

- \* 対象者像は、要支援 1 相当です。
- \* 事業対象者は、認定有効期間の設定はありません。
- \* 事業対象者の心身の状態は、一定期間の経過により変化するものと想定しており、有効期間の設定がないことを理由に、無期限にサービスの利用を継続させることがないように注意する必要があります。
- \* 要介護・要支援認定の申請をした場合は、認定結果が出たタイミングで、資格は喪失となります。
- \* 介護認定資格のように、住民異動に伴う資格の引き継ぎはされません。

## 4 事業対象者に該当する基準

### 基本チェックリスト

No	質問項目	回答（いずれかに○をお付け下さい）		事業対象者に該当する基準	複数の項目に支障10項目以上に該当
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		
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	運動機能の低下 3項目以上に該当	
7	椅子に座った状態からなに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	低栄養状態 2項目に該当	
11	6か月間で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 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI <input type="text"/> ) (注)			口腔機能の低下 2項目以上に該当	
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 No.16に該当	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
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	認知機能の低下 1項目以上に該当	
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	うつ病の可能性 2項目以上に該当	
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 未満の場合に該当する。



## 5 基本チェックリストの考え方

### 【留意事項】

- ① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいたうえで、本人に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方が行ってください。
- 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。
- ⑤ 包括に家族が来所した場合は、「基本チェックリスト」をお渡しし、本人に記入してもらいます。（本人による記入が無理な場合は、代理で家族等が記入できます。代理人が記入した場合は、アセスメントのときに、本人の状況等を把握します。）

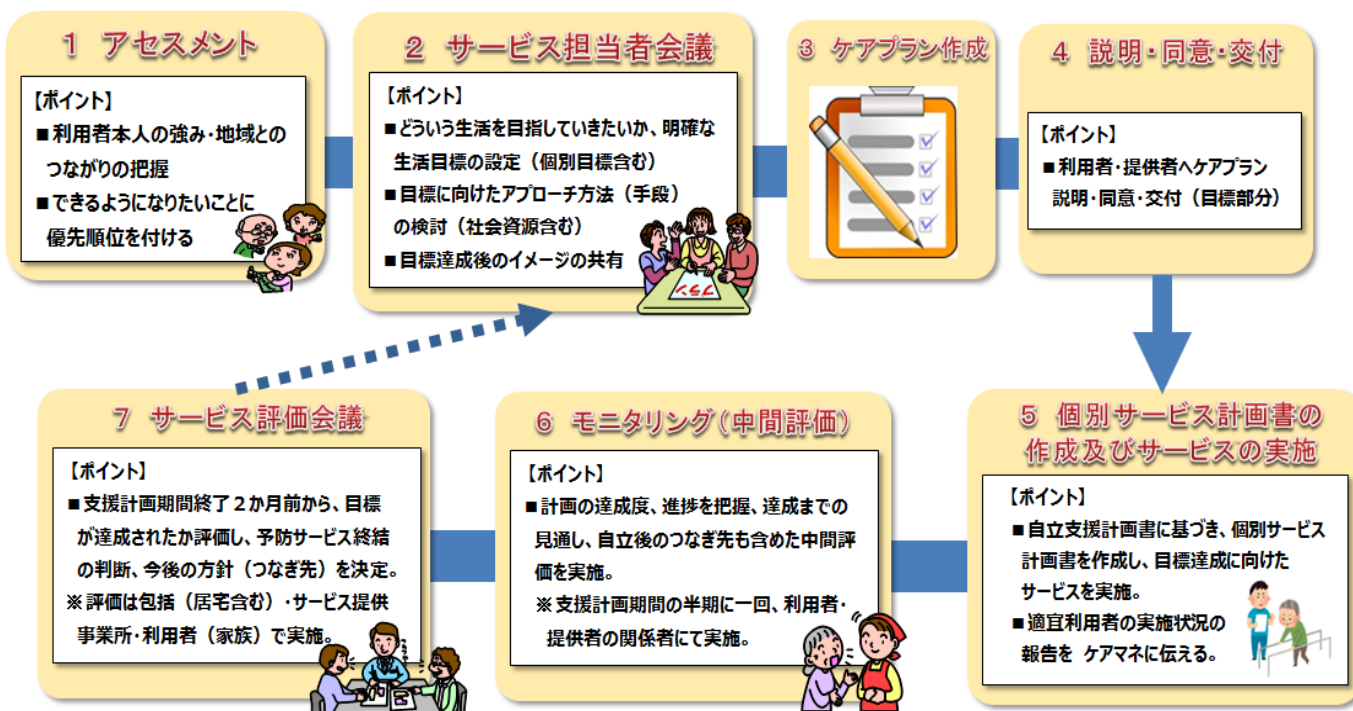
### 基本チェックリスト 質問項目の趣旨説明

質問項目	質問項目の趣旨
<b>1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。</b>	
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いるかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2 日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3 預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4 友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5 家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。
<b>6～10の質問は、運動器の機能について尋ねています。</b>	
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8 15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9 この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10 転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で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か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、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	お茶や汁物等で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	週によって外出の頻度が異なる場合は、過去1ヶ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「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、回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ている場合や誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください、月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽にでき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	

## 第2節 ケアマネジメント

### 1 介護予防ケアマネジメントの流れ



### 2 総合事業の趣旨を理解してもらおう

#### 【説明の要旨】

- \* 自立支援のためのサービス提供を受け、自分でできることを増やしたり、今できることを維持するための取組であること。
- \* 本人が目標を立てて、その達成に向けて取り組むことが重要であること。
- \* 目標達成のために期間を設けること。また、達成後は、さらなる自立に向けた目標を立て、達成に向けて取り組むこと。

※ 専門用語の使用はできるだけ避けるなど、理解を得るための配慮が必要です。



**【自立プラン検討会議】** 予防プランを題材にした個別レベルの地域ケア会議。

- ◆ 目的：地域包括支援センターが主催で、予防プランから地域課題の洗い出しにつなげるために開催。
- ◆ 主な実施ケース：①要介護から要支援以下になったケース ②サービスありきでサービスに依存しているケース  
③数か月サービスを提供してみたが変化がみえないケース ④サービスが過剰 等
- ◆ 参加対象者：各地域の訪問・通所・ケアマネ事業所、社会資源等

### 3 総合事業の利用

#### 【留意事項】

- \* 総合事業と合わせて予防給付の利用を希望されている方は、要支援・要介護認定の申請が必要です。
- \* 予防給付の利用がない場合は、基本チェックリストを実施し、判定の結果、事業対象者に該当すれば、介護予防ケアマネジメント依頼の届出により、総合事業サービスを利用することができます。予防給付の利用がない場合でも、要支援認定を希望する方には、申請を受け付けることができます。

### 4 総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出

総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、基本チェックリストで「事業対象者」となった方が届出するものです。この届出により、利用者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行します。  
また、本人の代理人として、家族等も届出できます。

### 5 基本チェックリスト及び総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の記入の仕方

#### A) 基本チェックリスト

別記  
第1号様式（第2条関係）

(宛先)大田区長  
以下の欄目をもって、総合事業対象者として、被保険者証・負担割合証の発行を依頼します。  
□基本チェックリスト □総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

**基本チェックリスト**

被保険者番号( ) ① 実施日( 年 月 日 )

氏名	男女	生年月日	年	月	日
住所					
電話番号					
No.	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.1E○ 1.3○			
2	日用品の買物をしていますか	0.1E○ 1.3○			
3	郵便物の出し入れをしていますか	0.1E○ 1.3○			
4	友人の家を訪ねていますか	0.1E○ 1.3○			
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.1E○ 1.3○			
6	階段をすずりや杖をつたわずに昇っていますか	0.1E○ 1.3○			
7	椅子に座った状態から立ち上がる時に立ち上がりづらくなりますか	0.1E○ 1.3○			
8	15分位続けて歩いていますか	0.1E○ 1.3○			
9	この1年間に転んだことがありますか	1.1E○ 0.3○			
10	転倒に対する不安は大いいですか	1.1E○ 0.3○			
11	6ヵ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1.1E○ 0.3○			
12	身長 cm 体重 kg(BMI) (注)	1.1E○ 0.3○			
13	半年前と比べて肉の付き具合は悪くなりましたか	1.1E○ 0.3○			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.1E○ 0.3○			
15	口の渾きが強くなりましたか	1.1E○ 0.3○			
16	週に1回以上は外出していますか	0.1E○ 1.3○			
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.1E○ 0.3○			
18	周りの人からいつも何に事を聞くなどの物忘れがあると感じられますか	1.1E○ 0.3○			
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.1E○ 1.3○			
20	今日は何月何日かわからない時がありますか	1.1E○ 0.3○			
21	(ここを適度)毎日の生活に充実感がありませんか	1.1E○ 0.3○			
22	(ここを適度)これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなりましたか	1.1E○ 0.3○			
23	(ここを適度)以前は楽しんでやっていたことが今ではおっくうに感じられますか	1.1E○ 0.3○			
24	(ここを適度)自分が役に立っていないと感じていますか	1.1E○ 0.3○			
25	(ここを適度)おけいなくされたような感じがしますか	1.1E○ 0.3○			

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に「1.1E」とする。

#### B) 介護予防ケアマネジメント依頼届出書

第2号様式（第11条関係）  
■総合事業対象者用届出書

総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

被保険者氏名 フリガナ	被保険者番号
生年月日	性別
年 月 日	男・女
総合事業介護予防ケアマネジメントの作成を依頼（変更）する事業者 事業者名及び事業所名	
事業所の所在地	
事業所番号	サービス開始年月日 ( 年 月 日 ) ③
事業所を変更する理由等	
変更年月日 ( 年 月 日 付 )	
(宛先) 大田区長 上記の介護予防支援(利用者)者に総合事業介護予防ケアマネジメントの作成を依頼することを届け出ます。 年 月 日 ④	
被保険者 住所	電話番号 ( )
氏名	電話番号 ( )
住所	電話番号 ( )
氏名	本人との関係

備考  
1 この届出書は、総合事業介護予防ケアマネジメントの作成を依頼する事業者が決まり次第、速に記入し、提出してください。

地域包括支援センター(行う介護予防ケアマネジメントの実施)ときは、利用者基本情報(システムシート)を、大田区、居宅介護支援、主治医その他事業の実施に必要な範囲で開示する  
年 月 日 氏名

**地域包括支援センターでチェックリストを実施した日**  
※ 新規の場合：サービス開始日であり、①・③・④と同日  
更新の場合：①・③・④とは別の日(①・③・④は未来の日(認定更新日の翌日)になる)

日を入力の、全額自己  
スを利用す  
介護予防

## 6 被保険者証発行一覧

○数字は、左記の日付欄の位置を表します。

①：実施日、②：同意日、③：サービス開始年月日、④：届出日

	新規事業対象者	要支援 ⇒ 事業対象者
A) 基本チェックリスト	①当日の日付 ②当日の日付	①認定有効期間の終了日の翌日 ②当日の日付
B) 介護予防ケアマネジメント 依頼届出書	③当日の日付 ④当日の日付	③認定有効期間の終了日の翌日 ④認定有効期間の終了日の翌日
書類の送付日	チェックリスト受付の翌営業日	
被保険者証等送付日	介護保険課での処理後(随時発行)	
送付物	事業対象者証、負担割合証	事業対象者証

### 【書類の動き】

A) 基本チェックリスト	原本	地域包括支援センターで保管する。
	写し	介護保険課へ送付。(受付・判定情報入力)
B) 介護予防ケアマネジメント 依頼届出書	原本	チェックリストの写しとセットにして介護保険課へ(受付・判定情報入力・保管)
	写し	チェックリストともに保管(本人の台帳等)

### 【注意点】

- ・ 早い段階での書類等の取り付けについては、利用者状態の変化や認定更新への変更等の状況も発生する可能性があるため、注意してください。
- ・ 介護認定からの切り替え者に対し、サービス開始日以降に旧被保険者証を回収することを忘れずに案内してください。

## 7 総合事業における負担割合証

- ・ 総合事業の負担割合については、介護保険給付（1割・2割・3割）と同様です。
- ・ 負担割合証は、介護保険と同様のものが発行されます。
- ・ 総合事業サービスにおいては、給付制限は掛かりません。利用者負担分は、必ず介護保険課発行の負担割合証を確認ください。
- ・ 毎年7月が、負担割合の一斉更新月となりますので、負担割合情報の変更について、確認をお願いします。

### ※※※ 重 要 ※※※

- ・ 総合事業サービスにおける東京都国保連合会システムは、審査にあたり、**負担割合情報を照会しない仕組み**となっているため、請求側（事業者）が、区で定めた1割～3割のサービスコードを**誤って請求を行っても返戻になりません**。数年後に誤りに気が付いた場合、利用者に変な不利益を与える場合がありますので、くれぐれも注意をお願いします。
- ・ 負担割合情報については、**必ず毎月**、利用者本人の負担割合証（包括は行政情報参照システム）の**確認等を行い、事業者への情報提供の徹底**をお願いします。

## 8 自立支援計画票の考え方のポイント

### STEP 1 優先順位をつける

⇒課題を明確にすることで、目標や効果が明確になります。

### STEP 2 社会との関わりや本人の強みを生かす

⇒できないことへの補完的な視点だけではなく、「していること」、「していないこと」、「できそうなこと（可能性）」等、その人自身が本来持っている「強さ」に注目し、それを引出していく意識が重要です。

### STEP 3 本人が目指す生活目標を立てる

⇒利用者本人が、どのような生活を取り戻したいのか目標を考えてもらう。

その上で専門職の方が利用者自身の現状を踏まえて、計画を作成することになります。

### STEP 4 総合事業のサービス導入による影響を把握

⇒総合事業のサービスを導入することで、日常生活における本人の行為・近隣との付き合い・その他の活動の機会が失われるリスクにも十分配慮してください。

## 9 様式の種類・目的

様式名	自立支援計画 (基本情報計画：自立A票)	自立支援計画 (基本情報計画：自立B票)	自立支援計画 (判定・評価：自立C票)
記入内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報</li> <li>・アセスメント</li> <li>・本人の強み等</li> <li>・同意欄の記入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活目標</li> <li>・現状課題</li> <li>・支援のポイント</li> <li>・期間サービス内容等</li> <li>・中間判定の日付</li> <li>・携わるメンバー名</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中間評価及び最終評価の結果</li> <li>・本人・事業所・ケアマネ・包括の意見の記入</li> <li>・携わったメンバー名</li> </ul>
目的	<p>利用者の基本情報とアセスメント結果を1枚の紙で示し、現状を把握しやすくするものです。</p>	<p>自立A票を踏まえ、支援の方針を導き出します。生活目標を自ら設定することで、目標を持ち、「ずっと利用できるサービスではない」ことの意識付けをさせるものです。議事録と兼ねて利用してもよい。</p>	<p>経過を把握しやすくするため、中間評価、最終評価の両方を1枚で記入します。また、支援した人からの意見を各々もらうことで、様々な観点から利用者の状況を確認します。議事録と兼ねて利用してもよい。</p>
利用時期	<p>2枚で1セット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回～アセスメントにおいて行う用紙</li> <li>・評価後、継続し内容が変更する場合は、原則A票から記入しなおす。</li> </ul>		<p>中間評価及び最終評価で利用する用紙</p>
保管方法	<p>利用者・事業所・居宅介護事業所・包括間で共通の内容でそれぞれ保管する。<u>原本は問わない。</u></p>		

## 10 自立支援ケアマネジメントの手順

自立支援計画（ケアマネジメントA）の手順は下記のとおりです。

	主なやるべきこと	居宅介護支援事業者の対応 (委託の場合)	利用帳票
1 アセスメント	<p>≪基本情報・A票の記入≫</p> <p><b>ポイント1：本人の強みに着目したアセスメント</b> 利用者本人の「していること」「していないこと」・「できそうなこと（可能性）」等の本人の強みに着目する。 また、どのような生活を取り戻したいのか、元気だった頃の暮らしぶりを聞き取る、それを引出すことを意識しながらアセスメントを行う。</p> <p><b>ポイント2：課題に優先順位</b> 利用者本人との間で、克服すべき課題に優先順位をつけて、具体的な目標設定に結びつけることを意識する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターが行ったアセスメント情報等を引き継ぎ、利用者宅を訪問する。</li> <li>・基本情報・A票を利用し、対象者の状況、課題把握、地域とのつながり、本人の強み、取り戻したい生活等の把握に努める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票・【基本情報：A票】</li> </ul>
2 サービス担当者会議	<p>≪計画・B票原案作成≫</p> <p><b>ポイント1：本人の生活目標の設定</b> ケアマネジメント側が、利用者本人のアセスメント情報を持ち寄り、サービス関係者を集め、以下の内容を確認・話し合う場を設定し、計画B票の原案を作成。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>本人の強み・地域とのつながりに着目</u></li> <li>・<u>本人と生活目標の設定</u></li> <li>・<u>目標に向けたアプローチ方法の検討</u></li> </ul> <p>※ <u>社会資源の組み込みも併せて検討。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議を開催し、利用者・サービス提供予定者と以下の内容を検討し、計画・B票原案を作成する。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>生活目標の設定</b></li> <li>■ <b>目標達成に向けた個別の課題確認</b></li> <li>■ <b>課題クリアのためのアプローチ方法の検討</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票【基本情報：A票】</li> <li>【計 画：B票】</li> </ul>
3 ケアプラン作成	<p>≪計画・B票作成≫</p> <p>上記、サービス担当者会議で検討を行った結果を受けて、計画・B票の作成を実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議の結果を受けて、計画・B票を作成する。</li> <li>・支援計画の期間は<b>最長で12か月</b></li> <li>※地域包括支援センターは、支援計画の内容を確認し、プランの承認を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票【計 画：B票】</li> </ul>
4 説明・同意・交付	<p>≪自立支援計画票の同意・交付≫</p> <p><b>ポイント1：利用者説明・同意</b> 利用者に改めて説明し、同意を得て、交付。（A票への同意の署名、合意した日付の記入）</p> <p><b>ポイント2：提供側と情報共有</b> 利用者、サービス提供事業所にA票・B票の写しを交付。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者・サービス提供者へ説明、同意を得た上で、自立支援計画票の写しを交付。</li> <li>・地域包括支援センターへ「自立支援計画票」の原本を送付。（写しを保管する。）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票【基本情報：A票】</li> <li>【計 画：B票】</li> </ul>



<p>5 サービス提供</p>	<p>「個別サービス計画書の作成、サービス提供」 自立支援計画票に基づき、サービス提供事業者が、個別サービス計画書の作成を行う。状況の変化等、逐一サービス利用状況を担当ケアマネと連携を取る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業所における個別サービス計画の作成について、連携し、提供内容の状況把握に努める。</li> <li>・支援計画に基づき、適切にサービス提供されるよう事業所と連絡調整を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別サービス計画書</li> </ul>
<p>6 モニタリング・中間評価</p>	<p>「モニタリング・中間評価の実施」 <b>ポイント1：モニタリング（毎月）</b> 毎月利用者の状況把握を行う。 居宅訪問による面接は、必要に応じて実施する。</p> <p><b>ポイント2：中間評価（半期に1回）</b> 支援計画の半期に1回、サービス提供者、利用者及び利用者家族等で、目標の達成度を評価する。</p> <p>※ 実施時間は、30分～1時間程度。 ※ 実施場所は、原則居宅ですが、やむを得ない理由がある場合は、事業所等でも可。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 評価C票を用いて、サービス提供者・利用者と中間評価会議を開催。計画の達成度、進捗を確認し、中間での計画実施状況の評価。目標達成に向けた支援内容の確認を行う。場合によっては、プランの見直しを行う。</li> <li>■ サービス終了後の利用者のつなぎ先も併せて検討。 ※可能な限り、地域包括支援センターも参加。不参加の場合は、評価会議の結果を地域包括支援センターに報告。</li> <li>■ 中間評価でサービス回数や内容が変更になった場合は、経過記録に記入し、利用者・事業者・包括に必ず報告すること。（報告手段は問わない） ※ 目標を変更する場合は、計画・B票を再度作成する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票 【基本情報：A票】 【計画：B票】 【評価：C票】 【経過記録】</li> </ul>
<p>7 サービス評価</p>	<p>「サービス評価の実施」 <b>ポイント1：サービス終了の判断</b> 支援計画終了前に、目標達成度と提供サービスの実施効果を評価・検証するとともに、引き続き利用者本人の自立した生活に適切なサービスは何かを利用者及びサービス提供者と確認し、サービスの継続・変更・終了について判断する。</p> <p>※ サービス終了後のつなぎ先も含め検討。 ※ 認定更新前に実施する等、認定申請の可否の判断にも活用。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価がサービス終了の場合は、C票の原本を包括へ返却する。</li> <li>・評価結果が、サービス継続の場合は、再度アセスメントを行い、目標設定、自立プランの作成を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画票 【基本情報：A票】 【計画：B票】 【評価：C票】</li> </ul>
<p>給付管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前月のサービスの実績を確認して請求情報を作成する。</li> <li>・作成した請求情報を包括へ毎月指定の締切日までに提出する。</li> <li>・国保連より、報酬を受領する。</li> </ul>		
<p>書類の保管</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・使用した書類等は <b>2年間保管</b>する。</li> <li>・<b>報酬請求に関する書類</b>は地方自治法第236条第1項の規定により <b>5年間保管</b>する。</li> </ul>		

11 自立支援計画票の書き方について

自立支援計画票（基本情報計画：自立A票）

計画作成者 千束 いけ子 地域包括支援センター 蒲田東 委託の場合 事業所名/担当者名 【大田区版】  
 作成日 5月1日 (認定)有効期間 R4.4.5 ~ R5.4.30 選択式です 状態区分 要支援 1

フリガナ	オオタ タロウ	住所	蒲田5-13-14		緊急連絡先	氏名	連絡先等	住所
氏名	大田 太郎	電話	03-5744-1111					
生年月日	昭和11年1月1日	86歳	病名	①狭心症 ②変形性膝関節症 ③白内障		M診療所	治療中の内容	①内服 ②湿布薬 ③未治療
被保険者番号	「S11.1.1」と入力すると、自動的に変換され、年齢も計算されます。		病名					
家族構成	<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 同居者	関すること	H18					

自立を目指すには、もともと生活環境の中にある互助や人付き合い、地域とのつながりを重視することが大切です。最終的に地域につなげることをイメージし、地域を基盤とした生活を支えるための手がかりにしましょう。

①アセスメント項目（現状の判定基準 楽にできる・社会資源利用…◎、できる…○、やや難しい…△、困難…▲）

生活機能	現状	できるようになりたいこと	重点項目 (1~3)
1 室内移動	△ 床に物が散乱している。伝い歩き。	すでに支援してもらっている内容や支援の必要性有無など現状を自由に記入できます。すべて埋めなくてもよいです。	
2 外出	○ ショッピングカーを引き買い物へ行く。		
3 階段昇降	△ 自宅は階段無し。能力勘案で出来ない。		
4 排泄	◎	優先して取り組みたい項目に順位をつけましょう。	
5 入浴	○ シャワーのみ。		
6 掃除	▲ 性格的・身体的両方の要因で出来ない。	物が捨てられない。一緒に整理してほしい	3
7 洗濯	○ 4段階から選択します。		
8 買い物	○ 道中の転倒頻回。	安定した歩行器があれば自分で行きたい。	1
9 調理	△ 出来合が多い。台所が汚れ使えない。		
10 ゴミだし	▲ 溜め込みがあり、大きな袋を持って歩けない。	分別を手伝ってもらえば自分で出せるかも・・・。	2
11 通院	◎ 甥が同行。		
12 服薬	△ 飲み忘れ、しまい忘れあり。	可能な限り自分でできることは自分で対応し、“できるようになりたいこと”を“できるようにするための支援”を考えていきましょう。	
13 金銭管理	○		
14 社会交流	▲ 本人は元々交流は好まない。		
15 その他			

②本人の強み

趣味・特技・好きなこと・大切にしていること等  
 若い頃から仕事人間だった。人と集まっておしゃべりするのは好きじゃない。  
 自宅で好きなことをして過ごすのが好き。

大切にしていることは、  
 ・新聞を毎日かかさず読む。  
 ・迷惑をかけないようにしている。  
 ・あいさつをする。等

インフォーマル・セルフケア・地域の関係性  
 特になし。マンションの管理人とは立ち話をする

家族・近隣の期待  
 甥→通院は付き添うが日常の支援は難しい。

その他（主治医の意見や認知症状況等）  
 こだわりが強く、やや物忘れあり。狭心症の治療において服薬がきちんと出来るような支援が必要。

自由に記入可。  
 （例：物忘れする等）

大田区(地域包括支援センターを含む)が行なう総合事業及び介護予防サービスの実施にあたり、利用者基本情報等の個人に関する記録について、事業を実施する事業者など必要な範囲で関係する者に提示することを同意します。

自ら目標設定を行い、目標に向けて取り組んでいきます。

令和 4 年 5 月 2 日  
 氏名(自署) 大田 太郎

### アセスメント項目の確認ポイント

No.	生活機能	確認・判断項目の例
1	室内移動	自宅内を転倒の不安なく歩くことができる
		手すりや壁、杖に頼ると移動できる
		椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上げられる
2	外出	屋外を安全に歩くことができる
		自宅の周辺なら歩ける
		介助、杖や補助具が必要である
		交通機関を利用し1人で外出できる
		自転車・車の運転ができる
3	階段昇降	階段を手すりや壁をつたわれれば昇れる
		転倒に対する不安は今のところない
4	排泄	排泄することに支障はない
		たまに失敗する
5	入浴	入浴することに支障はない
		一人では入浴できない
6～10	掃除・洗濯・買い物 調理・ゴミだし	自分一人で行える
		手伝ってもらえばできる
		すべて人に任せている
		頼る人がいなくて困っている
11	通院	自分で定期的に受診している
		家族の付き添いがある
12	服薬	自分で管理ができる
		飲み忘れることがある
13	金銭管理	預貯金の出し入れを自分でしている
		家族にしてもらっている
14	社会交流	趣味や楽しみを持っている
		地域の活動に参加している
		時々会ったり、お喋りする友達・知り合いがいる
		今も仕事をしている

※他の項目に該当していないものについては、「15 その他」に記入ください。

### 自立支援計画票（基本情報計画：自立B票）

作成日 5月1日 利用者名 大田 太郎 様 【大田区版】

#### ③目標設定

生活目標 (本人記入)	転ばずに自分で買い物に行きたい。 物が捨てられずゴミが貯まってしまい、足元が危ないの		
現状課題	屋内外で転倒を繰り返している。 物が捨てられず、床に物が多く小蠅が飛んでいる環境。 要因：白内障でよく見えない。片付けが苦手。むくみと膝痛で歩き足歩行。	支援のポイント 手段	買い物が自分で続けられるように福祉用具を工夫する。 本人のこだわりが強い為意向を尊重しながら片付けを進める。

自立A票のアセスメント項目や趣味・地域のつながりなどを参考に設定します。本人の話を聞きながら、事業者等と検討してもよいでしょう。「一人で家事を全部できるようになりたい」「趣味のサークルに復帰したい」「元気なときのように孫と一緒に公園に行きたい」「長生きしたい」など、大まかな内容でもかまいませんので、なるべく本人に記入してもらいましょう。

#### ④プラン作成

優先順位を付けたものに特化し、プランを作成します。

自立A票と生活目標から、第三者からみた専門的・客観的な観点から検討します。事業者へのオーダーを記入してもよいでしょう。こちらはケアマネ等が記入します。

重点項目	生活機能	期間	課題	目標	本人のセルフケアや家族の支援	一般介護予防事業 地域資源 インフォーマルサービス	サービス種別/事業者名
1	買い物	4月15日 ～ 7月15日	道中山坂が多く、荷物がある為特に帰りは転びやすい。	安全に買い物が続けられる	ひとりで行くときは荷物が多すぎないように気をつける	荷物が多きときは配達を頼む	予防歩行器貸与/C事業所
2	ゴミだし	4月15日 ～ 7月15日	分別がうまくできず、大きなゴミ袋を持って歩けない。	分別の支援を受け、少量ずつ自分でゴミ出しが出来る	歩行の支障にならないようゴミをまとめる	ゴミを運ぶ時はマンションの管理人にも協力を依頼する	訪問型サービス/D事業所
3	掃除	4月15日 ～ 7月15日	片付けの段取りがうまく出来ず自分でやろうとしているが進まない。身体的要因から掃除動作が困難。	室内を安全に歩行できる清潔な環境を維持出来る	ヘルパーと一緒に不要な物をまとめる	同上	

自立A票に基づき、重点項目1～3を記入してください。  
※ 自動入力はありません。

サービス担当者会議の中での、事業者からのコメントや、これからアプローチすること等を記入してもよいでしょう。

#### ■サービス担当者会議

参加者名/事業所名 (本人除く)	サービス担当者会議の参加者を記載します。「利用者に携わる方に、主体的にこのプランを立てた」という意識をもっていただくことも目的のひとつです。
① 大森海苔男/C事業所(生活指導員)	
② 蒲田あやめ/D事業所(介護支援専門員)	
③ 池上梅子/E事業所(サービス提供責任者)	⑥

3か月以上のプランのときのみ、サービス担当者会議で決めて記入。「10/15」と入力すると、自動的に変換されます。

#### ■中間判定予定日

10月15日
--------

こちらは、議事録と兼ねても  
かまいません。

### 自立支援計画票（判定・評価：自立C票）

作成日

計画作成者名

千束 いけ子

原則、その場で記入する用紙となります。  
当日、会議に参加できない事業者の方には、後日、会議記録等を共有する  
ようにしましょう。

【大田区版】

利用者名

大田 太郎 様

重点項目	目標	期間	初回判定	中間判定	本人意見	支援者からの意見 評価	計画作成者からの 意見	目標達成状況	最終 評価	次のステップ
									／	
1	「自立B票目標」が そのまま反映されます。 安全に買い物が続けられる	4月15日 ＼ 7月15日	○		1. 歩行器を数台試し、使いやすいものが見つかり満足している。今後も頑張って自分で行きます。	2. ゴミ分別は今後も支援が必要。管理人も気にかけてくれ、ゴミ出しが自分で出来るようになった。	1. 買い物に自分で行くことで体力が低下しないよう本人も努力しており自信にも繋がっている。	達成	／	2 サービス継続 歩行器は継続的に必要
2	分別の支援を受け、 少量ずつ自分でゴミ出しが出来る	4月15日 ＼ 7月15日	▲		2. 3 ゴミを運びやすいようにまとめてもらい、いつでも出せるマンションのゴミ置き場に自分のペースで出せるようになった。	3. 掃除動作の自立は難しい。整理整頓を一緒に行うのが精一杯。	2. 3 性格的・身体的要因から掃除やゴミ分別には支援の継続が必要。	達成	／	2 サービス継続 分別支援には専門的なサービスが必要
3	室内を安全に歩行できる 清潔な環境を維持出来る	4月15日 ＼ 7月15日	▲					一部達成	／	2 サービス継続 片付けにこだわりが強く専門的なサービスが必要
		＼							／	

4段階で選択できます。

評価に参加した方の氏名を記載  
します。

参加者名/事業所名（本人除く）

- ① 大森海苔男/C事業所（生活指導員）
- ② 蒲田あやめ/D事業所（介護支援専門員）
- ③ 池上梅子/E事業所（サービス提供責任者）
- ④ \_\_\_\_\_
- ⑤ \_\_\_\_\_
- ⑥ \_\_\_\_\_

■地域包括支援センターからのコメント

包括が会議に参加しないとき(ケアマネに委託している場合)に記入してください。

## 第3章 総合事業の請求について

### 第1節 請求について

#### 1 支給限度額

##### ●事業対象者…5,032単位

- ※ ただし、利用者の状態（退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながるケースなど）によっては、世帯給付の要支援1の限度額を超えることも可能である。その場合であっても、上限額は要支援2の支給限度額を超えることは想定していない。
- ※ 事業対象者の限度額を一時的に引き上げる場合は、以下を高齢福祉課に提出する。
  - ・ 総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書（別紙）
  - ・ 自立支援計画票
  - ・ 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点含む）

##### ●要支援1…5,032単位

##### ●要支援2…10,531単位

#### 2 費用区分

事業対象者の方は、地域支援事業に基づく総合事業のみ利用することができます。

総合事業のみ利用する方の請求は、太枠内のとおりです。

総合事業と合わせて予防給付を利用される方のケアプランは、介護保険サービスの介護予防支援計画となり、ケアマネジメント費は、介護予防支援費を請求することになります。

要支援の方は、総合事業のみのときはケアマネジメント費の区分が異なりますので注意してください。

利用者区分	利用するサービス	請求サービスコード	ケアプラン、ケアマネジメント費の区分と費用コード
事業対象者	訪問型サービスA（生活力アップサポート）	A 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援計画</li> <li>・介護予防ケアマネジメント費</li> <li>・費用コード：1001～1004</li> </ul>
	通所型サービスA（はつらつ体カアップサポート・いきいき生活機能アップサポート）	A 7	
要支援1・2	訪問型サービスA（生活力アップサポート）	A 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防支援計画</li> <li>・介護予防支援費</li> <li>・費用コードは介護保険コード</li> </ul>
	通所型サービスA（はつらつ体カアップサポート・いきいき生活機能アップサポート）	A 7	
	予防給付のみ（訪問看護・福祉用具等）	予防給付	
	予防給付と訪問型サービスA（生活力アップサポート）	予防給付とA 3	
	予防給付と通所型サービスA（はつらつ体カアップサポート・いきいき生活機能アップサポート）	予防給付とA 7	

### 3 ケアマネジメント費の考え方

総合事業のケアマネジメント費の請求については、「2 費用区分」に記載の通り、予防給付を含まない全ての総合事業のサービス利用が請求対象となります。

説明		提供開始月	2月目	3月目	4月目	
ケアマネジメントA	【対象サービス】 ・生活力アップサポート（訪問A） ・はつらつ体力アップサポート（通所A） ・いきいき生活機能アップサポート（通所A） ・元気アプリハ（訪問C）	サービス担当者会議	○	-	-	-
	【実施ケアマネジメント業務】 ① 本人のアセスメント ② ケアプラン（A・B票）作成 ③ サービス担当者会議 ④ 利用者への説明・同意 ⑤ ケアプラン作成・交付 ⑥ モニタリング ※ 基本、毎月利用者の状況把握を行い、居宅訪問は、必要に応じて実施。 ⑦ 中間評価 ※ 支援計画の半期に一回、中間での達成度を評価する会議を実施。	モニタリング	・ 毎月、本人の状況把握や居宅訪問を適宜行う。 ・ 半期に一回、中間評価を実施。			
		報酬	基本報酬 442 単位 + 初回加算 300 単位 + （委託した場合： 委託連携 加算 300 単位）	基本報酬 442 単位	基本報酬 442 単位	基本報酬 442 単位
ケアマネジメントC	【対象サービス】 ・絆サポート（訪問B）	サービス担当者会議	-	-	-	-
	【実施ケアマネジメント業務】 ・P.10～11 参照 ※ アセスメントには必ずしもA・B票を用いなくても良い。 ※ 絆サポートのみの利用の場合は、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施する。 <b>※ 令和4年4月1日より、居宅介護支援事業所が利用につなげた際の初回加算廃止</b>	モニタリング	※ 初回のみでのケアマネジメントであるが、関係者で適宜連携、状況把握を行う。			
		報酬	※ 大田区は、包括のケアマネジメント費を委託料で支払い、包括は国保連から支払いを受けた金額を区に戻入する仕組みとしている。請求しても全額戻入することになるため、包括は請求を行わない運用とする。			

Q

&

A

問) 元気アプリハのみ利用した場合、給付管理がないが、委託した場合の介護予防ケアマネジメント費の請求はどうしたらよいか。

答) カナミックに委託先の居宅介護支援事業所と担当ケアマネジャーを入力し登録するとともに、介護予防ケアマネジメント費入力ソフトにも委託先支援事業所情報を登録して請求してください。（地域包括支援センター向け介護予防ケアマネジメント費入力ソフト運用例の「3.2 委託先支援事業所情報の新規登録」をご参照ください）

#### 4 介護予防ケアマネジメント費の費用コードと金額

No.	費用コード	費用コード略称	サービスの内容	単位	支払額	再委託支払額	
						委託先 (ケアマネ)	包括
1	1001	ケアマネジメントA	基本報酬	442	5,038円	4,534円	504円
2	1002	ケアマネジメントA ・初回	基本報酬+初回加算	742	8,458円	7,612円	846円
3	1003	ケアマネジメントA ・初回・委託連携加算	基本報酬+初回加算 +委託連携加算	1,042	11,878円	10,690円	1,188円
4	1004	ケアマネジメントA ・委託連携加算	基本報酬+委託連携 加算	742	8,458円	7,612円	846円
5	1005 ※	ケアマネジメントC	基本報酬	442	5,038円	4,534円	504円
6	1006 ※	ケアマネジメントC ・初回	基本報酬+初回加算	742	8,458円	7,612円	846円
7	1007 ※	ケアマネジメントC ・初回・委託連携加算	基本報酬+初回加算 +委託連携加算	1,042	11,878円	10,690円	1,188円
8	1008 ※	ケアマネジメントC ・委託連携加算	基本報酬+委託連携 加算	742	8,458円	7,612円	846円

- 再委託した場合の支払額の割合は

**委託先（居宅支援介護事業所）： 地域包括支援センター = 9 : 1**

- 1単位は11.4円

※ ケアマネジメントCに係る費用コード1005～1008は、サービスB利用に伴うコードとして設定してありますが、大田区はサービスB単独で利用する場合は包括が担当する（委託不可）こととしているため、実際に本コードで請求することはありません。



**問) 介護予防ケアマネジメント費の初回加算が請求できるのは、どのようなケースですか？**

**答) 初回加算が取得できるケースは、以下の3点です。**

- ① 介護予防ケアマネジメントが、2か月間以上空いたとき
- ② 区内転居で、地域包括支援センターが変更したとき
- ③ 要介護⇒要支援者・事業対象者となったとき

※ 事業対象者から要支援または要支援から事業対象者になった場合は、初回加算は取得できません。



## 第2節 暫定ケアプランの作成について

### 1 暫定ケアプランとは

暫定ケアプランとは、要介護等認定申請の結果が確定する前に、認定される介護度を想定して作成するケアプランを指します。暫定ケアプランが必要なケースは以下のような場合が考えられます。

- (1) 新規利用者が要介護等認定を申請し、認定結果が出るまでの間サービスを利用する場合
- (2) 事業対象者が要介護等認定を申請し、認定結果が出るまでの間サービスを利用する場合
- (3) 要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間サービスを利用する場合
- (4) 要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合
- (5) 基本チェックリストと同時に要介護等認定申請を行い、認定結果が出るまでの間サービスを利用する場合

### 2 要介護等認定結果の想定が難しい場合の暫定ケアプランの作成について

認定結果の想定が難しい場合は、どの認定が出ても対応できるように、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所・サービス提供事業者が連携・協働して暫定ケアプランを作成してください。

また、実施する暫定ケアプランについては、利用者とトラブルにならないよう、あらかじめ利用者に対して十分に説明してください。特に、認定結果が想定と異なっていた場合に、利用者負担の増額（要支援想定でプランを作成した結果、要介護認定が出た場合など）や自費が発生する場合等については注意が必要です。

加えて、サービス事業者については、介護給付サービス、総合事業の訪問型・通所型サービスの両方の指定を受けている事業所をプラン上に位置付けてください。

### 3 想定と異なる認定結果が出た場合の給付及びケアプラン費の請求について

#### (1) 想定より認定結果が重度の認定であった場合

想定	結果	認定までに利用したサービスの種類による請求の可否	ケアプラン作成費の請求の可否	
要支援	要介護	予防給付のみ利用	次の場合は請求可 ※利用サービスが、予防給付から介護給付への振替が可能な場合に限る ①居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが連携・協働してプランに関わっていた場合 ②①の連携がない場合で、暫定ケアプランを利用者が自ら作成したものとみなす場合（みなし自己作成）	左記①の場合、申請日に日付を遡って居宅介護支援費請求可 左記②の場合、請求不可。
		予防給付と総合事業併用	①認定申請日から認定日の前日までの間を事業対象者として扱う場合、予防給付分は全額自己負担 ②認定申請日から要介護者として取り扱う場合、総合事業分を介護給付として請求可 ※利用者には要介護等認定申請の前に、要介護認定が出た場合の負担額が増額となる可能性について十分に説明しておくこと。	左記①の場合、認定日が属する月の前月分まで介護予防ケアマネジメント費を請求可 左記②の場合、居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが連携・協働してプランに関わっていた場合は、申請日に日付を遡って居宅介護支援費請求可
		総合事業のみ利用	認定申請日から認定日の前日までの間を事業対象者として扱う場合、請求可	認定日が属する月の前月分まで介護予防ケアマネジメント費を請求可

(2) 想定より認定結果が軽度であった場合

想定	結果	認定までに利用したサービスの種類による請求の可否		ケアプラン作成費の請求の可否
要支援	非該当	予防給付のみ利用	全額自己負担	請求不可
		予防給付と総合事業併用	・予防給付分は全額自己負担 ・申請と同日に基本チェックリストを実施している（もしくは申請日以前から事業対象者）場合、総合事業分は請求可	介護予防ケアマネジメント費請求可
		総合事業のみ利用	・申請と同日に基本チェックリストを実施している（もしくは申請日以前から事業対象者）場合、総合事業分は請求可	
要介護	要支援	介護給付のみ利用	次の場合は請求可 ※利用サービスが、介護給付から予防給付への振替が可能な場合に限る ①居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが連携・協働してプランに関わっていた場合 ②①の連携がない場合で、暫定ケアプランを利用者が自ら作成したものとみなす場合（みなし自己作成）	左記①の場合、申請日に日付を遡って介護予防支援費請求可 左記②の場合、請求不可。
	非該当	介護給付のみ利用	居宅介護支援事業者が地域包括支援センターと連携しており、申請と同日に基本チェックリストを実施している（もしくは申請日以前から事業対象者）場合、請求可 ※利用サービスが、介護給付から予防給付への振替が可能な場合に限る	介護予防ケアマネジメント費請求可

【事例集】

福祉用具が必要になり、要介護等認定申請をした事業対象者が要介護 1 以上の認定がなされた場合

5月1日 以前から事業対象者であったが、福祉用具貸与の必要性が出てきたため、要支援の認定が出ることを見込み、要介護等認定申請をする。介護予防支援の暫定ケアプランに基づいてサービス事業の訪問型サービスと予防給付の福祉用具貸与を利用する。

よって、この時点でケアマネジャーの想定は次のとおり。

想定される認定結果		要支援者
費用の取り扱い	訪問型サービス	総合事業から支給
	福祉用具貸与	予防給付から支給
ケアマネジメント		介護予防支援

5月28日 認定結果が要介護 1 となる。

5月29日 介護給付サービスの利用を開始する。

**!** 申請日から認定日前日までの間に利用したサービスの取り扱いはどうなるのか？

→申請日に遡って要介護者として取り扱う。

申請日から認定日前日までの利用者の取り扱い		要介護者
費用の取り扱い	訪問型サービス	介護給付から支給※
	福祉用具貸与	介護給付から支給
ケアマネジメント		居宅介護支援

※訪問型サービスを訪問介護に振り替えて請求する。利用者には要介護等認定申請の前に、要介護認定が出た場合負担額が増額となる可能性について十分に説明しておくこと。

### 第3節 住所地特例者対応

#### 1 住所地特例とは

住所地特例とは、介護保険の被保険者の方が、お住まいの区市町村から、他区市町村の介護保険施設や有料老人ホーム等（住所地特例対象施設）に入所し、住所地特例対象施設所在区市町村（以下、「施設所在区市町村」。）に住民票を移した場合に、引き続き元の区市町村の被保険者となる制度です。

介護保険では、原則として住民登録がある区市町村の被保険者となりますが（介護保険法第9条）、施設に入所された方を一律に施設所在地の区市町村の被保険者とする、介護保険施設等が集中して建設されている区市町村の介護保険給付費が増加し、区市町村間に財政的な不均衡が生じます。このような状態を解消するために、住所地特例制度が設けられました。

なお、住所地特例者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、住所地特例者が円滑にサービスを受けられるよう、その方が居住する施設が所在する区市町村が行うものとされています。（介護保険法第115条の45第1項）

#### 2 住所地特例対象施設

住所地特例の対象となる施設は次のとおりです。

##### (1) 介護保険施設

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院

※介護老人福祉施設は入所定員が30人以上の特別養護老人ホームに限ります。

##### (2) 特定施設（次のうち、介護専用型で入居定員が29人以下のものを除いたもの）

有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム（ケアハウス等）

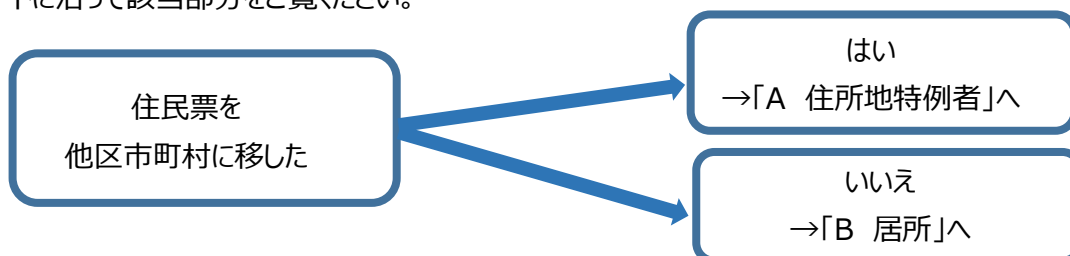
※サービス付き高齢者向け住宅は特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの及び有料老人ホームに該当するサービス（介護、家事、食事、健康管理のいずれか）を提供するものに限り、地域密着型特定施設に該当する場合は、住所地特例制度の対象外です。

##### (3) 養護老人ホーム

### 3 対応イメージ

#### (1) 住民登録について

住所地特例対象施設に入居している場合でも、住民票を施設所在区市町村に移していない場合は、住所地特例者に該当しません。以下、住所地特例者に該当する場合・該当しない場合について説明しますので、次のチャートに沿って該当部分をご覧ください。



#### (2) 対応イメージ

##### A 住所地特例者の場合

##### ①保険者が大田区・被保険者証の住所が施設所在区市町村

例) 大田区民が群馬県高崎市の有料老人ホームに入居した場合

窓口の包括・チェックリストの実施	群馬県高崎市
介護予防ケアマネジメント 依頼（変更）届出書提出先	群馬県高崎市
被保険者証の発行	大田区（認定調査は群馬県高崎市に委託可）
提供するサービス	群馬県高崎市のサービス
請求先	群馬県の国保連

##### ②保険者が他区市町村・被保険者証の住所が大田区

例) 群馬県高崎市民が大田区の有料老人ホームに入居した場合

窓口の包括・チェックリストの実施	大田区
介護予防ケアマネジメント 依頼（変更）届出書提出先	大田区
被保険者証の発行	群馬県高崎市（認定調査は大田区に委託可）
提供するサービス	大田区のサービス
請求先	東京都の国保連※ 1

※ 1 住所地特例者のうち、**都外の被保険者の介護予防ケアマネジメント費は、国保連へは請求できません（都内は請求可）**。そのため、都外被保険者の介護予防ケアマネジメントは、**地域包括支援センターで実施し（再委託は行わない）**、報酬の請求・還付を行わないこととします。

## B 居所（住所地特例対象施設に入所しているが、住民票を移していない場合※1～3）

- ※1 住所地特例対象施設に限らず、住民票を移さずに他区市町村に居住している場合を含みます。
- ※2 被保険者証が最新であることを確認してください。
- ※3 総合事業は市町村ごとのサービス設定となるため、**提供するサービス（サービスコード）**や**サービス提供事業所（自治体指定の有無）**を確認してください。

### ①他区市町村に居所があり、保険者及び被保険者証の住所が大田区

例) 大田区民が群馬県高崎市の有料老人ホームに入所したが、被保険者証の住所は大田区の場合

窓口の包括・チェックリストの実施	大田区
被保険者証の発行	大田区（認定調査は群馬県高崎市に委託可）
サービス提供事業者	群馬県高崎市内の事業者※1
請求先	東京都の国保連

※1 大田区の指定を受ける必要があります。

### ②大田区内の住所地特例対象施設に居所があり、保険者及び被保険者証の住所が他区市町村

例) 群馬県高崎市民が大田区の有料老人ホームに入所したが、被保険者証の住所は高崎市の場合

窓口の包括・チェックリストの実施	群馬県高崎市※1
被保険者証の発行	群馬県高崎市（認定調査は大田区に委託可）
サービス提供事業者	大田区内の事業者※2
請求先	群馬県の国保連

※1 大田区包括が最初に相談を受けた場合は、利用者の状況を踏まえた上で、他区市町村と連携して調整を行ってください。

※2 群馬県高崎市の指定を受ける必要があります。

## C その他

### ①居所・被保険者証の住所が大田区、他自治体のサービス提供事業所を利用

例) 大田区民が川崎市の通所介護事業所を利用した場合

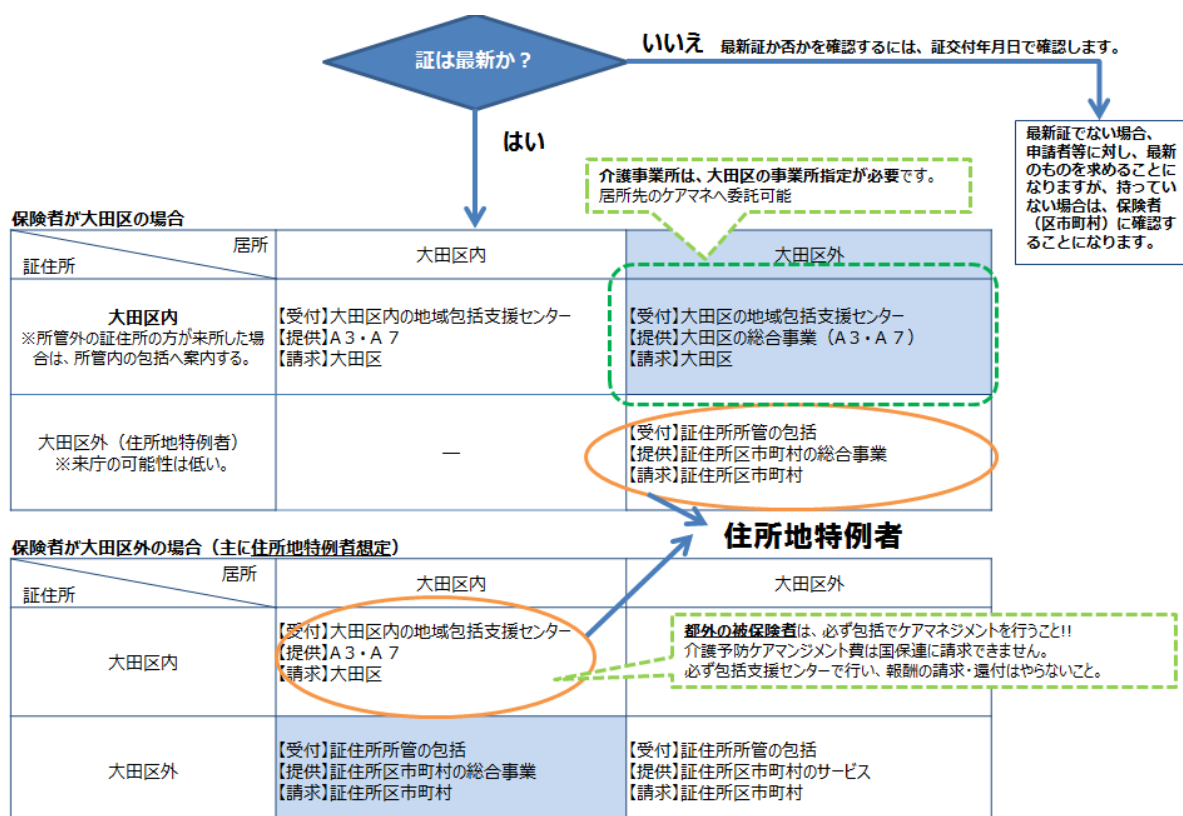
窓口の包括・チェックリストの実施	大田区
被保険者証の発行	大田区（調査は川崎市に委託可）
サービス提供事業者	川崎市内の事業者※1
請求先	東京都の国保連

※1 大田区の指定を受ける必要があります。

#### 4 大田区の総合事業を利用する手続き

<p><b>介護認定を受ける場合</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者は保険者区市町村（例：A市）に認定申請</li> <li>2. A市は、認定の結果・被保険者証・負担割合証を利用者あてに発行</li> <li>3. 利用者は大田区の地域包括支援センターと介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの契約する</li> <li>4. 包括は、利用者から提出された「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」に被保険者証を添付して、大田区介護保険課に届け出る</li> <li>5. 大田区は4の届出書（写）及び被保険者証をA市に送付する</li> <li>6. A市は、被保険者証に必要事項を記載し、利用者へ送付する</li> <li>7. 保険者であるA市は所属する都道府県国保連に、住所地特例者の受給者連絡票を送付する</li> </ol>
<p><b>事業対象者の場合</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者は大田区の地域包括支援センターに相談。地域包括支援センターは、基本チェックリスト等にて、サービス利用の該当か否かを確認</li> <li>2. 利用者は大田区の地域包括支援センターと介護予防ケアマネジメントの契約する</li> <li>3. 包括は、利用者から提出された「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」に被保険者証を添付して、大田区介護保険課に届け出る</li> <li>4. 大田区は3の届出書（写）及び被保険者証をA市に送付する</li> <li>5. A市は、被保険者証に必要事項を記載し、負担割合証とともに利用者へ郵送する</li> <li>6. 保険者であるA市は所属する都道府県国保連に、住所地特例者の受給者連絡票を送付する。</li> </ol>

#### 5 （参考）住所地特例者対応フロー



## 第4章 その他

### 1 扶助・減免

	公費	介護給付	総合事業	絆サポート	元気アップリハ
生活保護法における介護扶助	都	○	○	○	○
中国残留邦人	都	○	○	○	○
原子爆弾被爆者	都	○	○	—	—
東日本大震災負担割合減免	区	○	○	—	—
社会福祉法人減免	区	○	○	—	—

#### 生活保護法における介護扶助

従前の予防給付と同様の仕組みであり、扶助対象となります。担当ワーカーに確認してください。  
絆サポート、元気アップリハも対象です。提供者から利用者へ申請用紙が渡されます。

#### 中国残留邦人

従前の予防給付と同様の仕組みであり、扶助対象となります。担当ワーカーに確認してください。

#### 原子爆弾被爆者助成

助成範囲は、予防給付と同様です。

対象者：訪問型サービス・・・被爆者健康手帳+訪問介護利用助成受給資格認定証を提示した方  
通所型サービス・・・被爆者健康手帳を提示した方

※ 提供事業者は、区からA 2/A 6の事業者指定が必要となります。

助成制度に該当する方へサービスを提供する事業者は、介護保険課指定担当 03-5744-1651 へお問い合わせください。

#### 東日本大震災負担割合減免・社会福祉法人減免

まずは、介護保険課給付担当 03-5744-1622 へお問い合わせください。

**Q & A**

**問) 被爆者健康手帳を提示し、総合事業サービスを利用される方の請求方法はどちらがよいか。**

**答) ①提供事業者は、A 2（訪問）、A 6（通所）の事業者指定を受けていただきます。**

介護保険課指定担当に指定申請を行っていただきます。

②指定後、対象者の方のサービス費の請求は、A 2/A 6のサービスコード請求していただきます。

**※A 3・A 7で請求を行うと、被爆者助成が適用されませんので、ご注意ください。**

## 2 障害給付における介護優先

原則、介護サービスが障害サービスより優先されます。ただし、障害者固有のサービス等は継続可能です。

障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険の保険給付にないサービスや介護保険だけでは対応できないサービス（総合事業も同様）については、引き続き障害者施策からのサービスが提供されます。

## 3 医療費控除

類型	居宅サービス等に要する費用の額		分類
	医療系サービスと併せて利用する時	単独で利用するとき又は医療系サービスと併せて利用しない時	
生活力アップサポート	対象	対象外	福祉系サービス
はつらつ体力アップサポート			
いきいき生活機能アップサポート			
絆サポート	対象外		
元気アプリハ			

※ 総合事業の場合は、喫煙吸引を利用しても非該当となる。



## 関連資料

### サービスコード票

○訪問型（A3）サービスコード表

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					
A3	1101	生活力アップサポート／1割	イ 生活力アップサポート	負担割合1割 316単位	316	
A3	1201	生活力アップサポート／2割		負担割合2割 316単位		1回につき
A3	1301	生活力アップサポート／3割		負担割合3割 316単位		
A3	1110	初回加算／1割	ロ 初回加算	負担割合1割 200単位	200	
A3	1210	初回加算／2割		負担割合2割 200単位		1月につき
A3	1310	初回加算／3割		負担割合3割 200単位		

○通所型（A7）サービスコード表

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				
A7	1101	はつらつ体カアップサポート／1割	イ はつらつ体カアップサポート（2時間～5時間未満）	負担割合1割 390単位	1回につき
A7	1201	はつらつ体カアップサポート／2割		負担割合2割 390単位	
A7	1301	はつらつ体カアップサポート／3割		負担割合3割 390単位	
A7	1102	いきいき生活機能アップサポート／1割	ロ いきいき生活機能アップサポート（5時間以上）	負担割合1割 446単位	
A7	1202	いきいき生活機能アップサポート／2割		負担割合2割 446単位	
A7	1302	いきいき生活機能アップサポート／3割		負担割合3割 446単位	
A7	9001	はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／1割	ト はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 12単位	1回につき
A7	9002	はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 12単位	
A7	9003	はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 12単位	
A7	9011	いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／1割	チ いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 13単位	
A7	9012	いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 13単位	
A7	9013	いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 13単位	

定員超過の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成単位数	算定単位
種類	項目				
A7	1601	定員超過：はつらつ体カアップサポート／1割	イ はつらつ体カアップサポート（2時間～5時間未満）	負担割合1割 390単位	1回につき
A7	1602	定員超過：はつらつ体カアップサポート／2割		負担割合2割 390単位	
A7	1603	定員超過：はつらつ体カアップサポート／3割		負担割合3割 390単位	
A7	1611	定員超過：いきいき生活機能アップサポート／1割	ロ いきいき生活機能アップサポート（5時間以上）	負担割合1割 446単位	
A7	1612	定員超過：いきいき生活機能アップサポート／2割		負担割合2割 446単位	
A7	1613	定員超過：いきいき生活機能アップサポート／3割		負担割合3割 446単位	
A7	9101	定員超過：はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／1割	ニ はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 8単位	1回につき
A7	9102	定員超過：はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 8単位	
A7	9103	定員超過：はつらつ体カアップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 8単位	
A7	9111	定員超過：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／1割	ホ いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 9単位	1回につき
A7	9112	定員超過：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 9単位	
A7	9113	定員超過：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 9単位	

【大田区 新総合事業 ケアマネジメントマニュアル】

介護職員が欠員の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成単位数	算定単位		
種類	項目						
A7	1501	職員欠員：はつらつ体力アップサポート／1割	イ はつらつ体力アップサポート（2時間～5時間未満）	負担割合1割 390単位	介護職員が 欠員の場合 ×70%	273	1回につき
A7	1502	職員欠員：はつらつ体力アップサポート／2割		負担割合2割 390単位			
A7	1503	職員欠員：はつらつ体力アップサポート／3割		負担割合3割 390単位			
A7	1511	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート／1割	ロ いきいき生活機能アップサポート（5時間以上）	負担割合1割 446単位		312	
A7	1512	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート／2割		負担割合2割 446単位			
A7	1513	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート／3割		負担割合3割 446単位			
A7	9201	職員欠員：はつらつ体力アップサポート・感染症・災害加算／1割	ニ はつらつ体力アップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 8単位		8	1回につき
A7	9202	職員欠員：はつらつ体力アップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 8単位			
A7	9203	職員欠員：はつらつ体力アップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 8単位			
A7	9211	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／1割	ホ いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算 （所定単位数に3%加算）	負担割合1割 9単位		9	1回につき
A7	9212	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／2割		負担割合2割 9単位			
A7	9213	職員欠員：いきいき生活機能アップサポート・感染症・災害加算／3割		負担割合3割 9単位			

共通加算

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					
A7	1104	栄養改善加算／1割	二 栄養改善加算	負担割合1割 150単位	150	
A7	1204	栄養改善加算／2割		負担割合2割 150単位		
A7	1304	栄養改善加算／3割		負担割合3割 150単位		
A7	1105	口腔機能向上加算／1割	ホ 口腔機能向上加算	負担割合1割 150単位	150	
A7	1205	口腔機能向上加算／2割		負担割合2割 150単位		
A7	1305	口腔機能向上加算／3割		負担割合3割 150単位		

○訪問型サービス（A2）サービスコード表

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					
A2	1111	訪問型サービス1 1	イ（1）1週に1回程度の場合	1, 176単位	1,176	1月につき
A2	1211	訪問型サービス1 2	イ（2）1週に2回程度の場合	2, 349単位	2,349	
A2	1321	訪問型サービス1 3	イ（3）1週に2回を超える程度の場合	3, 727単位	3,727	
A2	4001	訪問型サービス初回加算	ハ 初回加算	200単位加算	200	

契約期間が1月に満たない場合（日割計算用サービスコード）

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					
A2	2111	訪問型サービス1 1 日割	イ（1）1週に1回程度の場合	39単位	39	1日につき
A2	2211	訪問型サービス1 2 日割	イ（2）1週に2回程度の場合	77単位	77	
A2	2321	訪問型サービス1 3 日割	イ（3）1週に2回を超える程度の場合	123単位	123	

○通所型サービス（大田区指定A6）サービスコード表

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						
A6	1111	通所型サービス11	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		1,798	1月につき
A6	1121	通所型サービス12		要支援2		3,621	

定員超過の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	単位	
種類	項目							
A6	8001	通所型サービス11・定超	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	定員超過の場合×70%	1,259	1月につき
A6	8011	通所型サービス12・定超		要支援2	3,621単位		2,535	

看護・介護職員が欠員の場合

サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	算定 単位	
種類	項目							
A6	9001	通所型サービス11・人欠	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	1,798単位	看護・介護職員が欠員の場合×70%	1,259	1月につき
A6	9011	通所型サービス12・人欠		要支援2	3,621単位		2,535	

契約期間が1月に満たない場合（日割計算用サービスコード）

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							
A6	1112	通所型サービス11日割	イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1		59	1日につき	
A6	1122	通所型サービス12日割		要支援2		119		
A6	8002	通所型サービス11日割・定超		事業対象者・要支援1	59単位	定員超過の場合×70%		41
A6	8012	通所型サービス12日割・定超		要支援2	119単位			83
A6	9002	通所型サービス11日割・人欠		事業対象者・要支援1	59単位	看護・介護職員が欠員の場合×70%		41
A6	9012	通所型サービス12日割・人欠		要支援2	119単位			83

共通加算

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						
A6	5003	通所型サービス栄養改善加算	□ 栄養改善加算			150	
A6	5004	通所型サービス口腔機能向上加算	八 口腔機能向上加算			150	



別紙

新規・継続

総合事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書

(宛先) 大田区長

(申請者) 事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

- 1 被保険者名
- 2 被保険者番号
- 3 住所
- 4 現在利用しているサービス  
生活力アップサポート  
はつらつ体力アップサポート  
いきいき生活機能アップサポート  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 5 区分支給限度額変更の理由  
1. 集中的にサービスを利用することが自立支援につながるため。  
2. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 6 ケアプランの目標期間  
年 月 日 ~ 年 月 日
- 7 次回見直し時期  
年 月 日

【添付書類】 自立支援計画票、サービス担当者会議の要点

- ※ この様式は、確認を得て区分支給限度額を変更するために使用します。
- ※ 事業対象者の5, 032単位以上のサービスを利用する場合の届出です。
- ※ 継続の必要がある場合は、次回見直し時期までに再度同じ書類をご提出ください。

\*\*\*\*\* ヌ 毛 \*\*\*\*\*