# 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 | 2025 年 10 月 1 日 |

# 目 次

**第１章　大田区の介護予防･日常生活支援総合事業とは？ ..... 4**

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･活動Ａ（多様な主体によるサービス･活動） ..... 7
2　訪問型サービス･活動Ｂ（住民主体によるサービス･活動） ..... 10
3　訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス） ..... 13

**第２章　大田区総合事業を利用する ..... 14**

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） ..... 14
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

**第３章　総合事業の請求について ..... 30**

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サービスコードと金額 ..... 32

第２節　暫定ケアプランの作成について.....34
１　暫定ケアプランとは .....34
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.....34
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 .....34

第３節　住所地特例者対応 .....36
１　住所地特例とは .....36
２　住所地特例対象施設 .....36
３　対応イメージ.....37
４　大田区の総合事業を利用する手続き .....39
５　（参考）住所地特例者対応フロー .....39

**第４章　その他..... 40**

１　扶助・減免 .....40
２　障害給付における介護優先 .....41
３　医療費控除.....41

**関連資料 ..... 42**

サービスコード票.....42
支援経過記録.....48
別紙 .....49

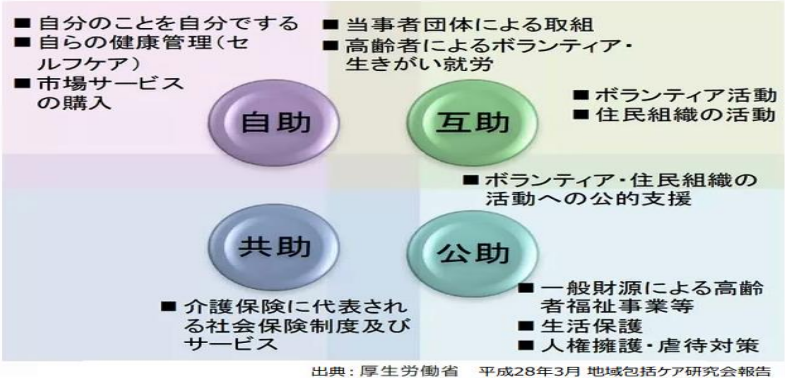
# 第１章　大田区の介護予防・日常生活支援総合事業とは？

## 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」】**




### 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。

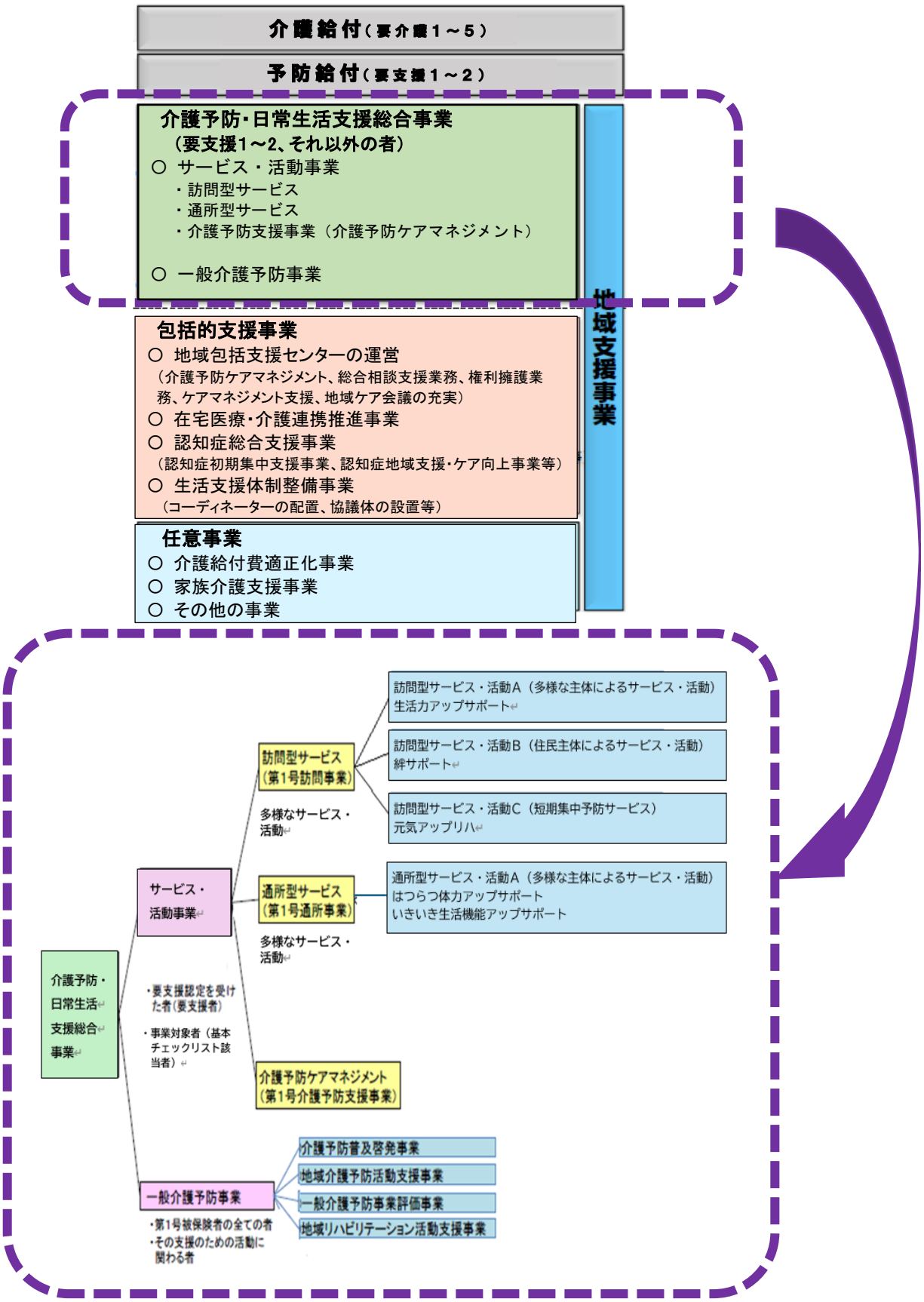
**■心身の自立をサポートする「総合事業」■**

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 |
|---|---|---|---|---|
| サービス・活動事業 | サービスA | «訪問型サービス»<br>**生活力アップサポート** | 訪問介護員（ホームヘルパー）が、利用者と共に行う生活援助 | 要支援１・２<br>事業対象者 |
| | | «通所型サービス»<br>**はつらつ体力アップサポート** | 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（５時間未満） | |
| | | «通所型サービス»<br>**いきいき生活機能アップサポート** | 生活機能の向上を中心とした専門職のサポート（５時間以上） | |
| | サービスB | «訪問型サービス»<br>**絆 サポート** | 地域のボランティアの方が、本人の自立した生活を支援 | |
| | サービスC | «訪問型サービス»<br>**元気アップリハ** | 短期集中で機能訓練を行い、運動習慣等を身に付け、閉じこもり防止にも有効な支援 | |
| 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）<br>・認知症予防のための取組<br>・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<br>※　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 | | ・いきいき公園体操地域指導員サポート講座<br>・いきいき公園体操地域指導員養成講座<br>・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<br>・認知症予防講座 | |
| | ④ 地域リハビリテーション活動支援 | | ・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）<br>・地域ケア会議等への参加<br>・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・活動Ａ（多様な主体によるサービス・活動）

**【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要否を見極めます。

**【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、利用者と共に行う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。**

Q & A

**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） |
|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| １－３　体位変換、移動・移乗介助、外出介助 |
| １－４　起床及び就寝介助 |
| １－５　服薬介助 |
| １－６　自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助（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） |

| 生　活　援　助　（例） |
|---|
| 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 |
| ２－１　掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃　/ごみ出し　/　準備･後片づけ |
| ２－２　洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／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 |
| 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 |
| 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） |
| 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 |
| ２－６　買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（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もあります。

**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･活動 B（住民主体によるサービス･活動）

### 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　・ごみ出し　・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○○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（絆サポーター）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（絆サポーター）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 カナミックで絆サポーターの情報を検索し、直接、絆サポーターにアポイントを取ります。
**※調整がつかない場合、社協へ相談してください※**
② 絆サポーターに利用者の状況･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、絆サポーターが決定した後、「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、絆サポーターと同行します（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）。利用者と絆サポーターを引き合わせ、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

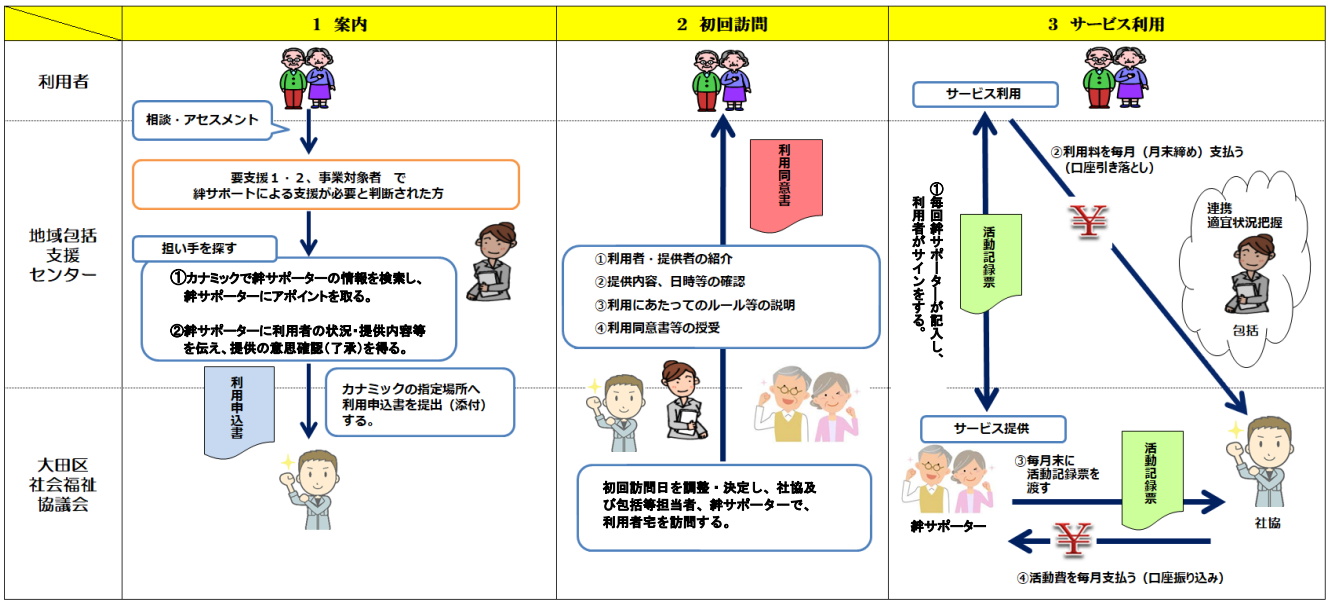
関係者で適宜連携し、状況の把握をします。

…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…+…

**～　絆サポーターへのアポイント・交流・発掘　～**

現在の絆サポーター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。絆サポーターは、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（絆サポーターの研修交流会）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



Q & A

**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」のではありません。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いないときには、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･活動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
事業者連絡先（利用申込先）　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

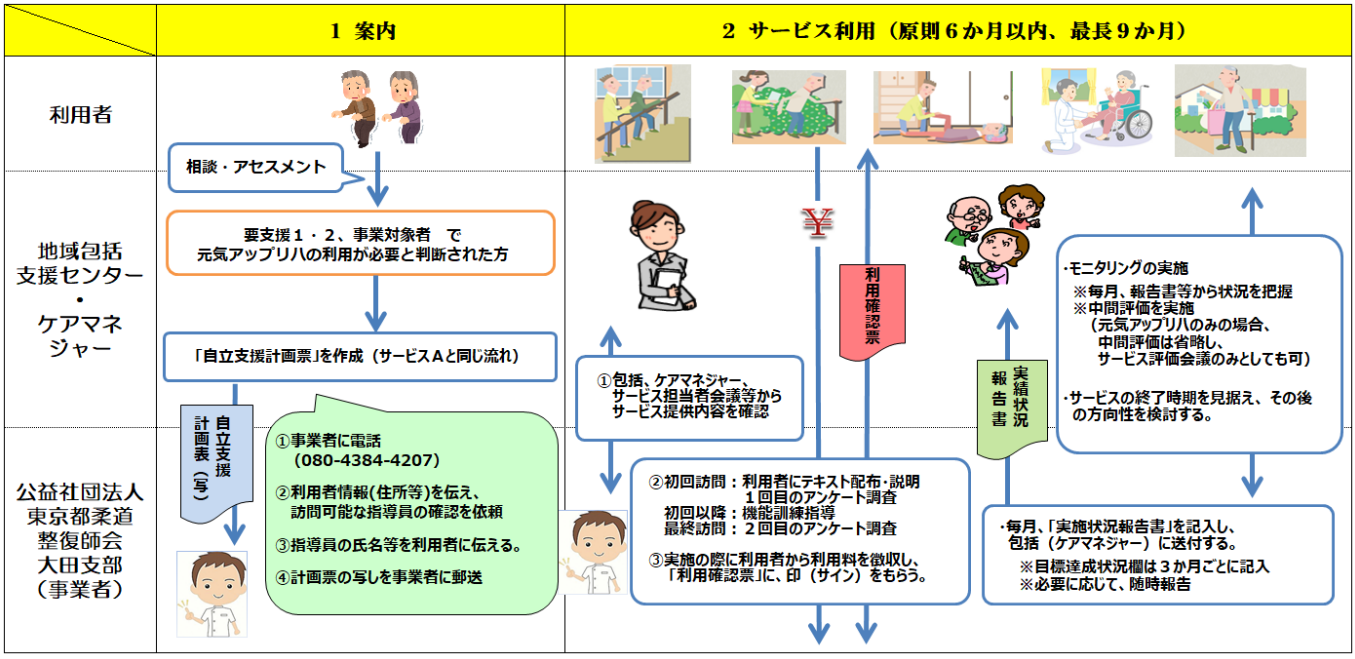
利用時間：１回　３０分

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】



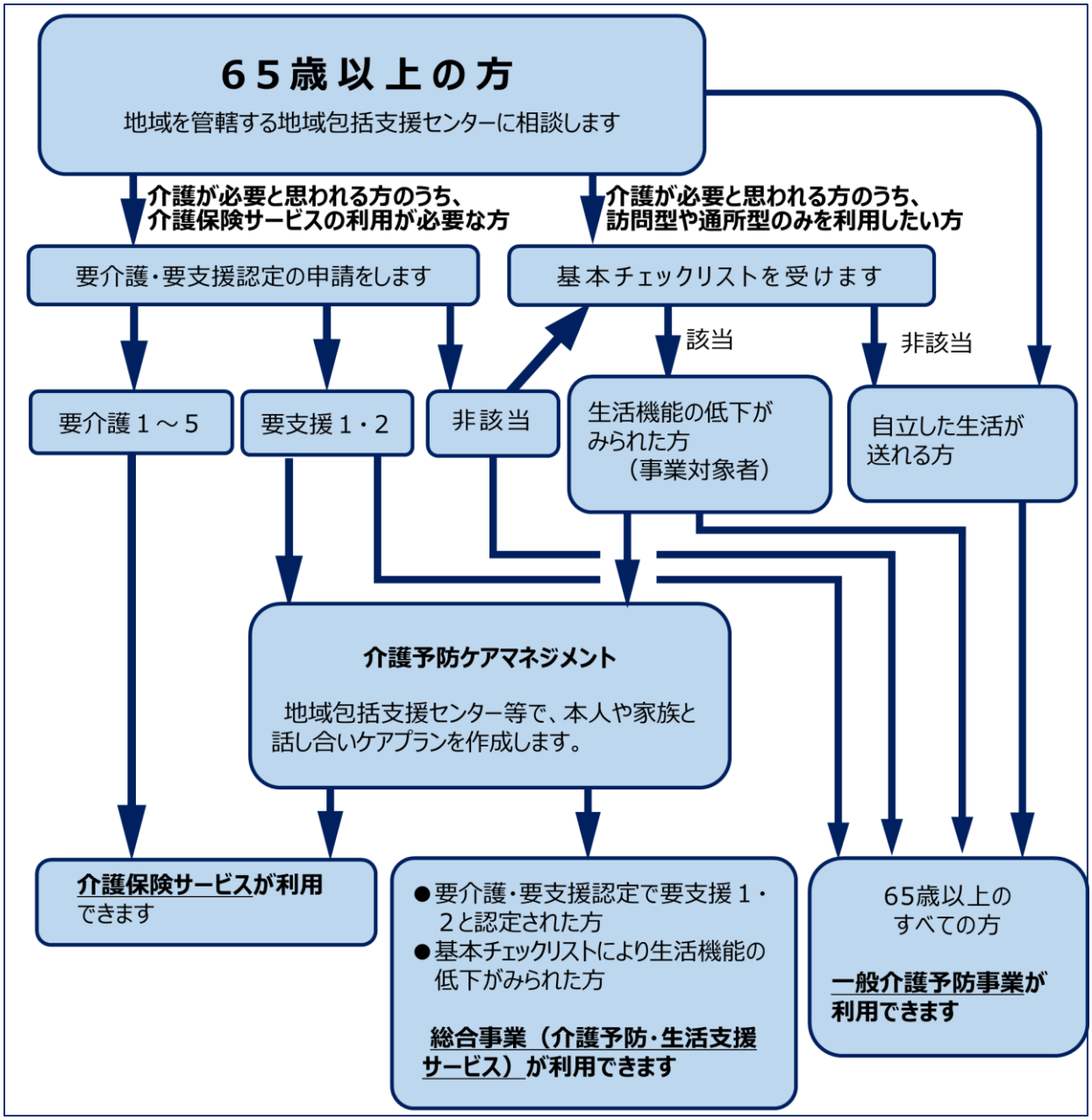

**【利用者例】**
- 自宅内ではなんとか歩けるが、外出時の歩行に不安がある方
- 骨折（大腿骨骨折など）後の運動方法を教えてもらい、筋力維持を必要としている方
- 歩行に不安があり引きこもりがちな方

**【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・費用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 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 複数の項目に支障１０項目以上に該当 |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわら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 | | |
| 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 | 低栄養状態２項目に該当 | |
| 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 | 口腔機能の低下２項目以上に該当 | |
| 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 | 閉じこもり№１６に該当 | |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1. はい | 0. いいえ | 認知機能の低下１項目以上に該当 | |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 0. いいえ | うつ病の可能性２項目以上に該当 | |
| 22 | （ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 23 | （ここ 2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 24 | （ここ2 週間）　自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | 0. いいえ | | |
| 25 | （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 0. いいえ | | |

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

## 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。）

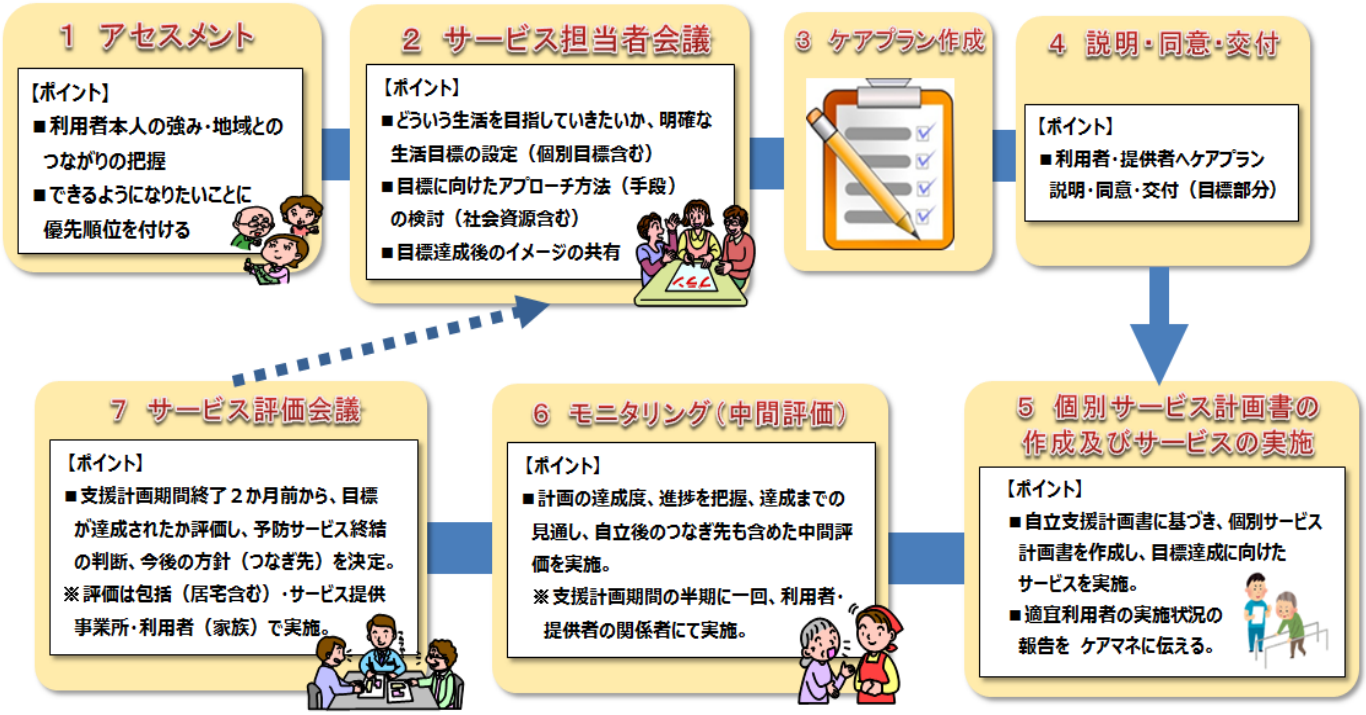
### 基本チェックリスト　質問項目の趣旨説明

| 質問項目 | | 質問項目の趣旨 |
|---|---|---|
| **１～５の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。** | | |
| 1 | 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。<br>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。<br>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。<br>６～１０の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。 |
| **６～10の質問は、運動器の機能について尋ねています。** | | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」 となります。 |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。 時々、 つかまっている程度であれば「はい」 とします。 |
| 8 | 15 分位続けて歩いていますか | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。<br>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言われますか | 本人は物忘れがある と思っていても、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。

**コラム**

**【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

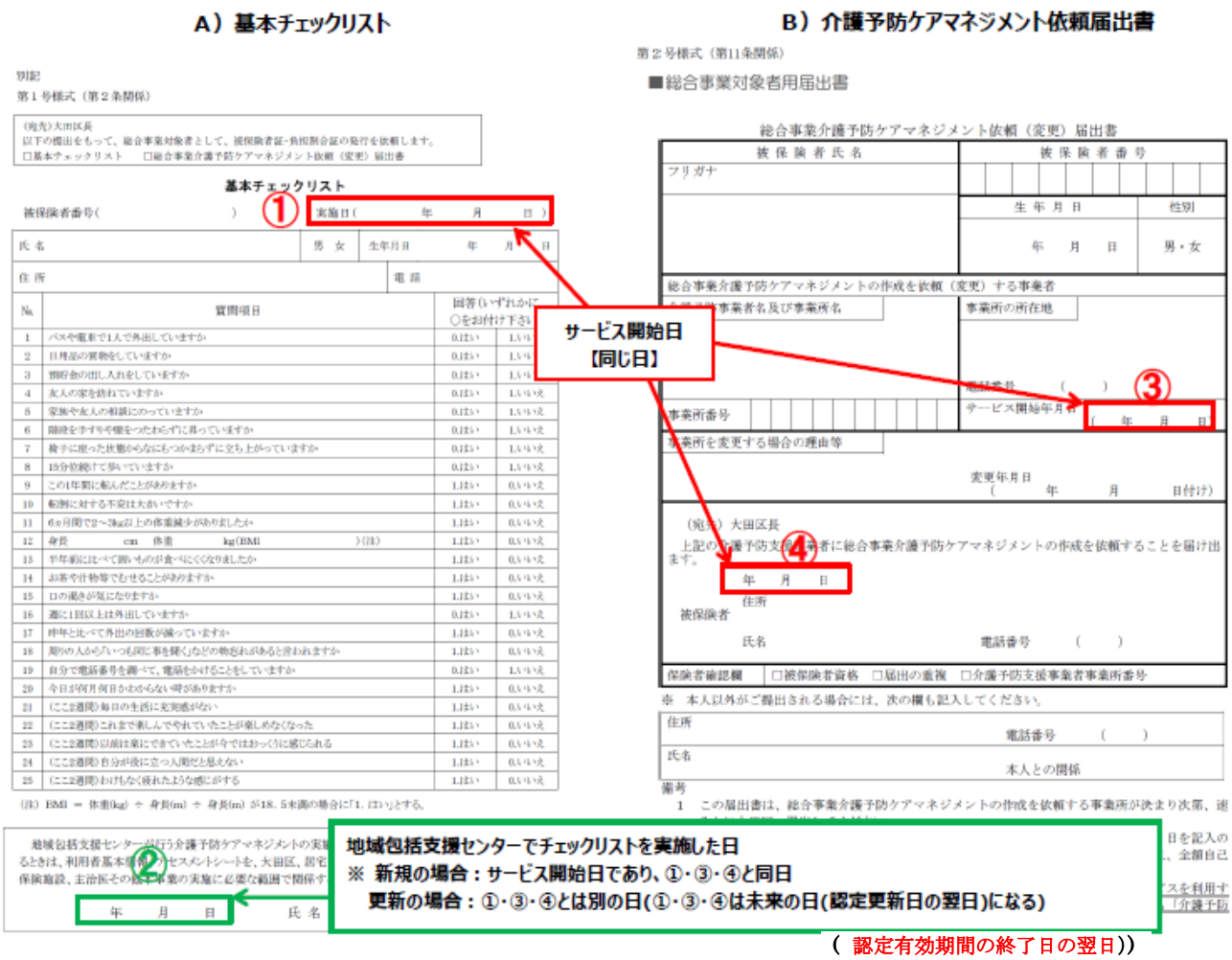
総合事業介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、基本チェックリストで「事業対象者」となった方が届出するものです。この届出により、利用者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行します。

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

gg

gg



## 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<br>②当日の日付 | ①認定有効期間の終了日の翌日<br>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<br>④当日の日付 | ③認定有効期間の終了日の翌日<br>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**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、利用者に大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

**STEP１　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。

**STEP２　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。

**STEP３　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。

**STEP４　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<br>（基本情報計画：自立Ａ票） | 自立支援計画<br>（基本情報計画：自立Ｂ票） | 自立支援計画<br>（判定・評価：自立Ｃ票） |
|---|---|---|---|
| 記入内容 | ・個人情報<br>・アセスメント<br>・本人の強み等<br>・同意欄の記入 | ・生活目標<br>・現状課題<br>・支援のポイント<br>・期間サービス内容等<br>・中間判定の日付<br>・携わるメンバー名 | ・中間評価及び最終評価の結果<br>・本人・事業所・ケアマネ・包括の意見の記入<br>・携わったメンバー名 |
| 目的 | 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。 | 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。<br>議事録と兼ねて利用してもよい。 | 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。 |
| 利用時期 | ２枚で１セット<br>・初回～アセスメントにおいて行う用紙<br>・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。 | | 中間評価及び最終評価で利用する用紙 |
| 保管方法 | 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。 | | |

## 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<br>（委託の場合） | 利用帳票 |
|---|---|---|---|
| **1　アセスメント** | **«基本情報・A 票の記入»**<br>**ポイント１：本人の強みに着目したアセスメント**<br>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。<br>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。<br>**ポイント２：課題に優先順位**<br>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。 | ・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。<br>・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。 | ・自立支援計画票・<br>【基本情報：Ａ票】 |
| **2　サービス担当者会議** | **«計画・B 票原案作成»**<br>**ポイント１：本人の生活目標の設定**<br>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。<br>**・本人の強み・地域とのつながりに着目**<br>**・本人と生活目標の設定**<br>**・目標に向けたアプローチ方法の検討**<br><br>**※　社会資源の組み込みも併せて検討。** | ・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。<br><br>**■生活目標の設定**<br>**■目標達成に向けた個別の課題確認**<br>**■課題クリアのためのアプローチ方法の検討** | ・自立支援計画票<br>【基本情報：Ａ票】<br>【計　　画：Ｂ票】 |
| **3　ケアプラン作成** | **«計画・B 票作成»**<br>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。 | ・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。<br>・支援計画の期間は**最長で 12 か月**<br>※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。 | ・自立支援計画票<br>【計　　画：Ｂ票】 |
| **4　説明・同意・交付** | **«自立支援計画票の同意・交付»**<br>**ポイント１：利用者説明・同意**<br>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）<br><br>**ポイント２：提供側と情報共有**<br>利用者、サービス提供事業所にＡ票・Ｂ票の写しを交付。 | ・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。<br>・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。） | ・自立支援計画票<br>【基本情報：Ａ票】<br>【計　　画：Ｂ票】 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5 サービス提供** | **«個別サービス計画書の作成、サービス提供»**<br>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。 | ・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。<br>・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。 | ・個別サービス計画書 |
| **6 モニタリング・中間評価** | **«モニタリング・中間評価の実施»**<br>**ポイント１：モニタリング（毎月）**<br>毎月利用者の状況把握を行う。<br>居宅訪問による面接は、必要に応じて実施する。<br><br>**ポイント２：中間評価（半期に１回）**<br>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。<br><br>※　実施時間は、３０分～１時間程度。<br>※　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。 | ■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。<br>計画の達成度、進捗度を確認し、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。<br><br>■サービス終了後の利用者のつなぎ先も併せて検討。<br>※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。<br><br>■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）<br>※　目標を変更する場合は、計画・Ｂ票を再度作成する。 | ・自立支援計画票<br>【基本情報：Ａ票】<br>【計　　画：Ｂ票】<br>【評　　価：Ｃ票】<br>【経過記録】 |
| **7 サービス評価** | **«サービス評価の実施»**<br>**ポイント１：サービス終了の判断**<br>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。<br><br>**※　サービス終了後のつなぎ先も含め検討。**<br>**※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。** | ・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。<br>・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。 | ・自立支援計画票<br>【基本情報：Ａ票】<br>【計　　画：Ｂ票】<br>【評　　価：Ｃ票】 |
| **給付管理** | ・前月のサービスの実績を確認して請求情報を作成する。<br>・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。<br>・国保連より、報酬を受領する。 | | |
| **書類の保管** | ・使用した書類等は **２年間保管**する。<br>・**報酬請求に関する書類**は地方自治法第 236 条第１項の規定により **５年間保管**する。 | | |

## 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 | | 状態区分　要支援１ |

選択式です

| フリガナ | オオタ　タロウ | 住所 | | 緊急連絡先 | 氏名 | 連絡先等 | 住所 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | 大　田　太　郎 | 蒲田５－１３－１４ | | | 甥 | | 府中市 |
| 生年月日 | 昭和11年1月1日　89歳 | 電話 | 03-5744-1111 | | | | |
| | | 携帯 | | | | | |
| 被保険者番号 | | つ頃からか | 病名 | | | | 治療中の内容 |
| 家族構成 | □ 夫婦<br>□ 同居者 | 関すること | H18 | ①狭心症<br>②変形性膝関節症<br>③白内障 | M診療所 | | ①内服<br>②湿布薬<br>③未治療 |

「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。

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。 | | |
| 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 | ◎ | | | |
| 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 | ○ | | | |
| 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　ごみだし | ▲ | 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。 | | |
| 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 | | | | |

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。

優先して取り組みたい項目に順位をつけましょう。

4段階から選択します。

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。

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 | インフォーマル・セルフケア・地域の関係性 |
|---|---|
| 若い頃から仕事人間だった。<br>人と集まっておしゃべりするのは好きじゃない。<br>自宅で好きなことをして過ごすのが好き。 | 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<br>甥→通院は付き添うが日常の支援は難しい。 |

大切にしていることとは、
・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

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がれる |
| 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<br>調理・ごみだし | 自分一人でできる |
| | | 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。<br>物が捨てられずごみが貯まってしまい、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。<br>物が捨てられず、床に物が多く小蠅が飛んでいる環境。<br>要因：白内障でよく見えない。片付けが苦手。むくみと膝痛ですり足歩行。 | 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。<br>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うようにしましょう。

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。

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。

| 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<br>地域資源<br>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<br>～<br>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<br>荷物が多すぎないように気をつける | 荷物が多いときは配達を頼む | 予防歩行器貸与／C事業所 |
| 2 | ごみだし | 4月15日<br>～<br>7月15日 | 分別がうまくできず、大きなごみ袋を持って歩けない。 | 分別の支援を受け、少量ずつ自分でごみ出しが出来る | 歩行の支障にならないようごみをまとめる | ごみ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<br>～<br>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<br>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。
※　自動入力はされません。

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）

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

③ 池上梅子/E事業所（サービス提供責任者）　⑥

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。

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

【大田区版】

利用者名　　大　田　太　郎　様

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。

「自立B票 目標」がそのまま反映されます。

| 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 | 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。<br>2．3　ごみ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ごみ置き場に自分のペースで出せるようになった。 | 2．ごみ分別は今後も支援が必要。管理人も気にかけてくれ、ごみ出しが自分で出来るようになった。<br>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。 | 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。<br>2．3性格的・身体的要因から掃除やごみ分別には支援の継続が必要。 | 達成 | | 2　サービス継続<br>歩行器は継続的に必要 |
| 2 | 分別の支援を受け、少量ずつ自分でごみ出しが出来る | 4月15日 ～ 7月15日 | ▲ | | | | | 達成 | | 2　サービス継続<br>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<br>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<br>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（生活カアップサポート） | Ａ３ | ・自立支援計画<br>・ 介護予防ケアマネジメント費<br>・ サービスコード：AF1001～AF1004 |
| | 通所型サービスＡ（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） | Ａ７ | |
| 要支援１・２ | 訪問型サービスＡ（生活カアップサポート） | Ａ３ | |
| | 通所型サービスＡ（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） | Ａ７ | |
| | 予防給付のみ<br>(訪問看護・福祉用具等) | 予防給付 | ・介護予防支援計画<br>・介護予防支援費<br>・費用コードは介護保険コード |
| | 予防給付と<br>訪問型サービスＡ（生活カアップサポート） | 予防給付<br>と<br>Ａ３ | |
| | 予防給付と<br>通所型サービスＡ（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） | 予防給付<br>と<br>Ａ７ | |

## 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。

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">説明</th><th>提供<br>開始月</th><th>２月目</th><th>３月目</th><th>４月目</th></tr>
<tr><td rowspan="3">ケアマネジメントA</td><td rowspan="3">【対象サービス】<br>・生活力アップサポート（訪問Ａ）<br>・はつらつ体力アップサポート（通所 A）<br>・いきいき生活機能アップサポート（通所 A）<br>・元気アップリハ（訪問 C）<br>【実施ケアマネジメント業務】<br>①　本人のアセスメント<br>②　ケアプラン（Ａ・Ｂ票）作成<br>③　サービス担当者会議<br>④　利用者への説明・同意<br>⑤　ケアプラン作成・交付<br>⑥　モニタリング<br>※　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。<br>⑦　中間評価<br>※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。</td><td>サービス担当者会議</td><td>○</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr>
<tr><td>モニタリング</td><td colspan="4">・　毎月、本人の状況把握や居宅訪問を適宜行う。<br>・　半期に一回、中間評価を実施。</td></tr>
<tr><td>報酬</td><td>基本報酬<br>442 単位<br>＋<br>初回加算<br>300 単位<br>＋<br>（委託した場合：委託連携加算 300 単位）</td><td>基本報酬<br>442<br>単位</td><td>基本報酬<br>442<br>単位</td><td>基本報酬<br>442<br>単位</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ケアマネジメントC</td><td rowspan="3">【対象サービス】<br>・絆サポート（訪問Ｂ）<br>【実施ケアマネジメント業務】<br>・P.10～11 参照<br>※アセスメントには必ずしもＡ・Ｂ票を用いなくても良い。<br>※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。<br><u>※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</u></td><td>サービス担当者会議</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr>
<tr><td>モニタリング</td><td colspan="4">※　初回のみ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。</td></tr>
<tr><td>報酬</td><td colspan="4">※　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。</td></tr>
</table>

Q & A

**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。

## ４　介護予防ケアマネジメントサービスコードと金額

| No. | サービスコード | | サービスコード略称 | サービスの内容 | 単位 | 支払額 | 再委託支払額 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 種類 | 項目 | | | | | 委託先（ケアマネ） | 包括 |
| 1 | AF | 1001 | ケアマネジメントA | 基本報酬 | 442 | 5,038 円 | 4,534 円 | 504 円 |
| 2 | AF | 1002 | ケアマネジメントA<br>・初回 | 基本報酬＋初回加算 | 742 | 8,458 円 | 7,612 円 | 846 円 |
| 3 | AF | 1003 | ケアマネジメントA<br>・初回・委託連携加算 | 基本報酬＋初回加算<br>＋委託連携加算 | 1,042 | 11,878 円 | 10,690 円 | 1,188 円 |
| 4 | AF | 1004 | ケアマネジメントA<br>・委託連携加算 | 基本報酬<br>＋委託連携加算 | 742 | 8,458 円 | 7,612 円 | 846 円 |
| 5 | AF | 1005<br>※ | ケアマネジメントC | 基本報酬 | 442 | 5,038 円 | 4,534 円 | 504 円 |
| 6 | AF | 1006<br>※ | ケアマネジメントC<br>・初回 | 基本報酬＋初回加算 | 742 | 8,458 円 | 7,612 円 | 846 円 |
| 7 | AF | 1007<br>※ | ケアマネジメントC<br>・初回・委託連携加算 | 基本報酬＋初回加算<br>＋委託連携加算 | 1,042 | 11,878 円 | 10,690 円 | 1,188 円 |
| 8 | AF | 1008<br>※ | ケアマネジメントC<br>・委託連携加算 | 基本報酬<br>＋委託連携加算 | 742 | 8,458 円 | 7,612 円 | 846 円 |
| 9 | X1 | 1111 | 元気アップリハ請求用 | | | | | |

■　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。

■　介護予防ケアマネジメント費の過誤調整に係る、過誤申し立て（請求実績の取り下げ）方法

・ 提出物：過誤申立様式「介護給付費請求実績取下書・記載例」（Excel・PDF 版）
【大田区ホームページ＞ 申請書ダウンロード＞ 介護＞ 介護保険　各種申請用紙ダウンロード⇒その他】

・ 締め切：毎月 15 日（15 日が閉庁日の場合にはその前営業日）

・ 提出先：介護保険課（給付担当）

・ その他：書類提出の翌月 10 日までに国保連へ正しい請求を行うことで当該月分が相殺されます。

Q & A

**問）　元気アッ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）令和７年５月から国保連が全国介護標準システムへ移行したことに伴い、介護予防ケアマネジメント費の請求方法が変更となります。ケアプラン原案の作成を居宅介護支援事業所に委託されている場合、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式第七の三）の摘要欄に、委託先である居宅介護支援事業所の事業所番号を入力して、地域包括支援センターから直接国保連へ請求情報の提出をお願いします。

なお、カナミックシステムによる給付管理のない介護予防ケアマネジメント費を請求入力する際は、以下の流れにより請求できます。

①介護予防ケアマネジメントを「ケアマネジメント A」と設定
②サービス提供票画面から「プランを追加する」を選択
③サービス種類選択は「X1 総）多様なサービス」
④登録するサービス事業所は「元気アップリハ（サービス C）」（事業所番号 4900003423）
⑤サービスコード選択は「元気アップリハ請求用」を選択して保存し、実績を入力

この場合、給付管理ファイルについては、給付管理集計表と給付管理票の件数が一致しないため、給付管理がない方については、個別に給付管理のチェックを外してから保存すると、合計数が一致します。

## 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ることがないよう、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<br>※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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>※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<br>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<br>・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<br>※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<br>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<br>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<br>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<br>※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と、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ることができるよう、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）

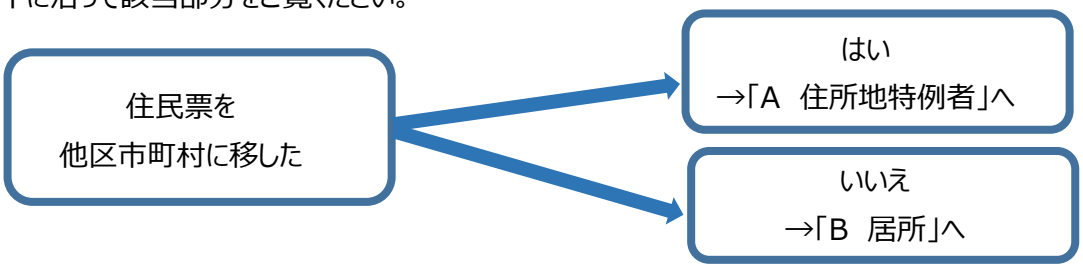
※サービス付き高齢者向け住宅は特定施設入居者生活介護の指定を受けているもの及び有料老人ホームに該当するサービス（介護、家事、食事、健康管理のいずれか）を提供するものに限ります。なお、地域密着型特定施設に該当する場合は、住所地特例制度の対象外です。

（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

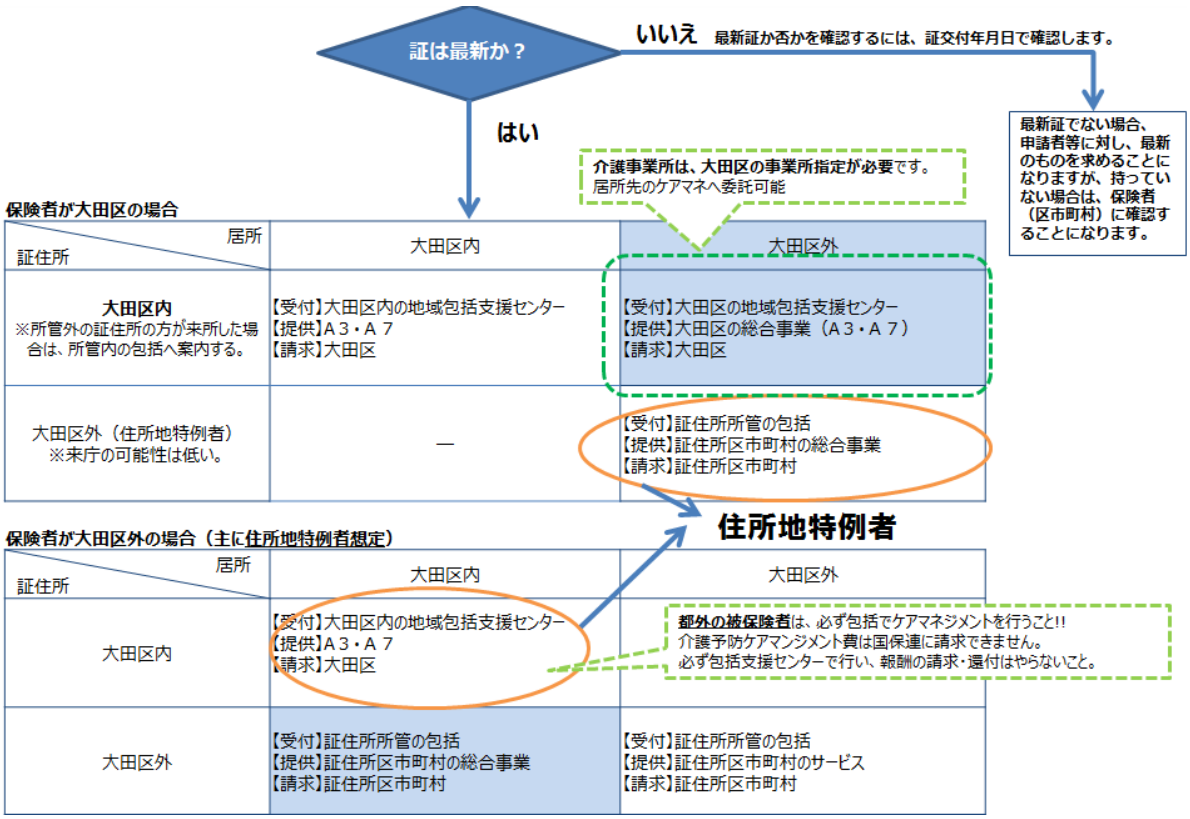
| | |
|---|---|
| 窓口の包括・チェックリストの実施 | 大田区 |
| 被保険者証の発行 | 大田区（調査は川崎市に委託可） |
| サービス提供事業者 | 川崎市内の事業者※１ |
| 請求先 | 東京都の国保連 |

※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

| | |
|---|---|
| **要介護・要支援認定を受ける場合** | 1.　利用者は保険者区市町村（例：Ａ市）に認定申請<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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 |
| **事業対象者の場合** | 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。 |

## 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Ａ２/Ａ６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うしたらよいか。**
答）　①提供事業者は、Ａ２（訪問）、Ａ６（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、Ａ２/Ａ６のサービスコード請求していただきます。
　　**※Ａ３・Ａ７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

<table>
<tr><th rowspan="2">類型</th><th colspan="2">居宅サービス等に要する費用の額</th><th rowspan="2">分類</th></tr>
<tr><th>医療系サービスと併せて利用する時</th><th>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</th></tr>
<tr><td>生活力アップサポート</td><td rowspan="2">対象</td><td rowspan="2">対象外</td><td rowspan="4">福祉系サービス</td></tr>
<tr><td>はつらつ体力アップサポート<br>いきいき生活機能アップサポート</td></tr>
<tr><td>絆サポート</td><td colspan="2" rowspan="2">対象外</td></tr>
<tr><td>元気アップリハ</td></tr>
</table>

※　**総合事業の場合は、喀痰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 | 生活カアップサポート／１割 | イ　生活カアップサポート | 負担割合１割　316単位 | 316 | 1回につき |
| A3 | 1201 | 生活カアップサポート／２割 | | 負担割合２割　316単位 | 316 | |
| A3 | 1301 | 生活カアップサポート／３割 | | 負担割合３割　316単位 | 316 | |
| A3 | 1110 | 初回加算／１割 | ロ　初回加算 | 負担割合１割　200単位 | 200 | 1月につき |
| A3 | 1210 | 初回加算／２割 | | 負担割合２割　200単位 | 200 | |
| A3 | 1310 | 初回加算／３割 | | 負担割合３割　200単位 | 200 | |

○通所型（Ａ７）サービスコード表

| サービスコード 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A7 | 1101 | 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 | 390 | 1回につき |
| A7 | 1201 | はつらつ体力アップサポート／２割 | | 負担割合２割　390単位 | 390 | |
| A7 | 1301 | はつらつ体力アップサポート／３割 | | 負担割合３割　390単位 | 390 | |
| 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 | 446 | |
| 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 | 446 | |
| 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 | 446 | |
| A7 | 9001 | はつらつ体力アップサポート・感染症・災害加算／１割 | ト　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　12単位 | 12 | 1回につき |
| A7 | 9002 | 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　12単位 | 12 | |
| A7 | 9003 | 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　12単位 | 12 | |
| 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 | 13 | |
| 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 | 13 | |
| 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 | 13 | |

定員超過の場合

| サービスコード 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A7 | 1601 | 定員超過：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 | 定員超過の場合 ×70% | 273 | 1回につき |
| A7 | 1602 | 定員超過：はつらつ体力アップサポート／２割 | | 負担割合２割　390単位 | | 273 | |
| A7 | 1603 | 定員超過：はつらつ体力アップサポート／３割 | | 負担割合３割　390単位 | | 273 | |
| 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 | | 312 | |
| 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 | | 312 | |
| 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 | | 312 | |
| A7 | 9101 | 定員超過：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 | 9102 | 定員超過：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 | | 8 | |
| A7 | 9103 | 定員超過：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 | | 8 | |
| 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 | | 9 | 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 | | 9 | |
| 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 | | 9 | |

介護職員が欠員の場合

| サービスコード 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 273 | |
| 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 | | 273 | |
| 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 | | 312 | |
| 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 | | 312 | |
| 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 | | 8 | |
| 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 | | 8 | |
| 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 | | 9 | |
| 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 | | 9 | |

共通加算

| サービスコード 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A7 | 1104 | 栄養改善加算／１割 | ニ　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 | 150 | |
| A7 | 1304 | 栄養改善加算／３割 | | 負担割合３割　150単位 | 150 | |
| 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 | 150 | |
| A7 | 1305 | 口腔機能向上加算／３割 | | 負担割合３割　150単位 | 150 | |

○訪問型サービス（Ａ２）サービスコード表

| サービスコード 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ａ2 | 1111 | 訪問型サービス１１ | 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１２ | 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１３ | 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ａ2 | 2111 | 訪問型サービス１１ 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１２ 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１３ 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | | 合成単位数 | 単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | | | | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 種類 | サービスコード 項目 | サービス内容略称 | 算定項目 | 合成単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|
| A6 | 5003 | 通所型サービス栄養改善加算 | ロ　栄養改善加算 | 150 | |
| A6 | 5004 | 通所型サービス口腔機能向上加算 | ハ　口腔機能向上加算 | 150 | |

○介護予防ケアマネジメント（ＡＦ）サービスコード表

| サービスコード | | サービスコード略称 | サービスの内容 | 単位数 | 算定単位 |
|---|---|---|---|---|---|
| 種類 | 項目 | | | | |
| AF | 1001 | ケアマネジメントＡ | 基本報酬 | 442 | 1月につき |
| AF | 1002 | ケアマネジメントＡ・初回 | 基本報酬＋初回加算 | 742 | |
| AF | 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 | |
| AF | 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 | |
| AF | 1005 | ケアマネジメントＣ | 基本報酬 | 442 | 1月につき |
| AF | 1006 | ケアマネジメントＣ・初回 | 基本報酬＋初回加算 | 742 | |
| AF | 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 | |
| AF | 1008 | ケアマネジメントＣ・委託連携加算 | ケアマネジメントＣ・委託連携加算 | 742 | |
| X1 | 1111 | 元気アップリハ請求用 | | | |

※　ケアマネジメントCのサービスコード1005～1008について、実際に本コードで請求することはありません。詳細は大田区介護予防・日常生活支援総合事業ケアマネジメントマニュアルのP.31～32を参照ください。

※　サービスコード1111は、給付管理のない介護予防ケアマネジメント費を請求する場合に使用します（元気アップリハ（訪問C）のみ利用）。詳細は大田区介護予防・日常生活支援総合事業ケアマネジメントマニュアルのP.31～33を参照ください。

支援経過記録

# 支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者名　　(男・女)　　歳

計画作成者事業者・事業所名

| 年月日 | 方法 | 内　　容 | 担当者 |
|---|---|---|---|
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |

※1 支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、ケアマネジメントや各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者介護の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容を記入する。

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。

*****　メ　モ　*****