

# 戸田市

## 指定介護予防支援事業

## 介護予防・日常生活支援総合事業

## 介護予防ケアマネジメント マニュアル



平成28年6月作成

令和6年8月改訂

令和7年7月改訂

戸田市 健康福祉部 健康長寿課

戸田市立地域包括支援センター

戸田市新曽地域包括支援センター

戸田市中央地域包括支援センター

戸田市東部地域包括支援センター



# ケアマネジメントを行うにあたって

本マニュアルは、指定介護予防支援事業と日常生活支援総合事業にかかるケアマネジメントを誰もが適切に行うことができるようにすることを目的に作成しております。

介護予防支援計画や介護予防ケアマネジメントを実施する際には、以下の点を考慮するようお願いいたします。

- ・ 介護保険法第1条の「自立支援」を基本に、介護予防ケアマネジメントを行う。
- ・ 高齢者自身の気づきにより、生活への意欲を引き出すセルフマネジメントを推進する。
- ・ 高齢者の生活ニーズや状態像を的確に把握し、適切なサービス利用につなげる。
- ・ 高齢者の心身の状態が改善した後も、地域の居場所につなぐまでを支援していく。
- ・ 高齢者が望む生活を実現していくための地域づくりを推進する。

介護支援専門員等が、地域包括支援センターと連携しながら、自立支援の助けとなる介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実践する手引きとして、役立てていただければ幸いです。

## 目次

|    |                             |       |
|----|-----------------------------|-------|
| 1  | 介護予防・日常生活支援総合事業の事業内容        | 1     |
| 2  | サービス・活動事業の対象者               | 1     |
| 3  | その他の注意点                     | 1～2   |
| 4  | 相談からの流れ                     | 3     |
| 5  | 総合事業サービス「手続き」の流れ            | 4     |
| 6  | 介護予防ケアマネジメント／指定介護予防支援事業の流れ  | 5～8   |
| 7  | 暫定プランの取扱いについて               | 9～11  |
| 8  | 地域包括支援センター 書類の流れ・請求の流れ      | 12～13 |
| 9  | 請求・利用限度額管理                  | 14～17 |
| 10 | 介護予防ケアマネジメント／指定介護予防支援事業帳票一覧 | 18    |
| 11 | 様式                          |       |
| ①  | 戸田市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票   | 19    |
| ②  | 戸田市基本チェックリスト                | 20    |
| ③  | サービス事業対象者の介護保険被保険者証         | 21    |
| ④  | 利用基本情報等の様式                  | 22～26 |
| ⑤  | 理由書（参考例）                    | 27    |
| 12 | プラン料請求と給付管理について（具体例）        | 28～29 |
| 13 | サービスコード表（令和7年4月版）           | 30～33 |

【戸田市ホームページよりダウンロードが可能です】

(<https://www.city.toda.saitama.jp/soshiki/234/chojukaigo-sougoujigyou-manual.html>)

### 【参考資料】

- （1）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について（令和4年6月27日老発 0627 第7号）
- （2）「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について（令和4年9月13日老認発 0913 第2号）
- （3）「地域支援事業の実施について」の一部改正について（令和4年3月28日老発 0328 第1号）
- （4）「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」（令和6年3月28日厚生労働省老健局事務連絡）、「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」の一部改正について（令和6年5月10日厚生労働省老健局事務連絡）

## 1 介護予防・日常生活支援総合事業の事業内容

|           |          |                                                                                                                                                                 |
|-----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス・活動事業 | 訪問型サービス  | 身体介護中心型及び生活援助中心型の区分を一本化したもの                                                                                                                                     |
|           | 通所型サービス  | デイサービス（サービス提供時間は原則3時間以上とする）                                                                                                                                     |
|           | 一般介護予防事業 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防リーダー養成講座（TODA元気体操）</li> <li>・TODA元気体操</li> </ul>                                                                    |
|           | その他の事業   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラジオ体操<br/>喜沢南（いきいきタウンとだ隣接広場）、喜沢1丁目（後第2公園）、喜沢2丁目（喜沢2丁目児童遊園地）、中町（中町公民館前）、大字上戸田（福祉保健センター前広場）上戸田（あいパル）、新曽南（優和の杜）</li> </ul> |
|           | 地域の事業    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会の活動<br/>町会等の支部活動（リズム体操・サロン・会食会・地域交流事業等）</li> <li>・公民館事業（サークル活動）</li> <li>・町会・自治会の事業 老人クラブの事業 ・福祉有償運送等</li> </ul> |

## 2 サービス・活動事業（第1号事業）対象者（65歳以上）

- (1) 要支援1・2の方
- (2) 基本チェックリストによりサービス・活動事業対象者となった方
- (3) サービス・活動事業を利用していた方で、要介護1～5となった後も本人が利用を希望し、戸田市が必要と判断した方

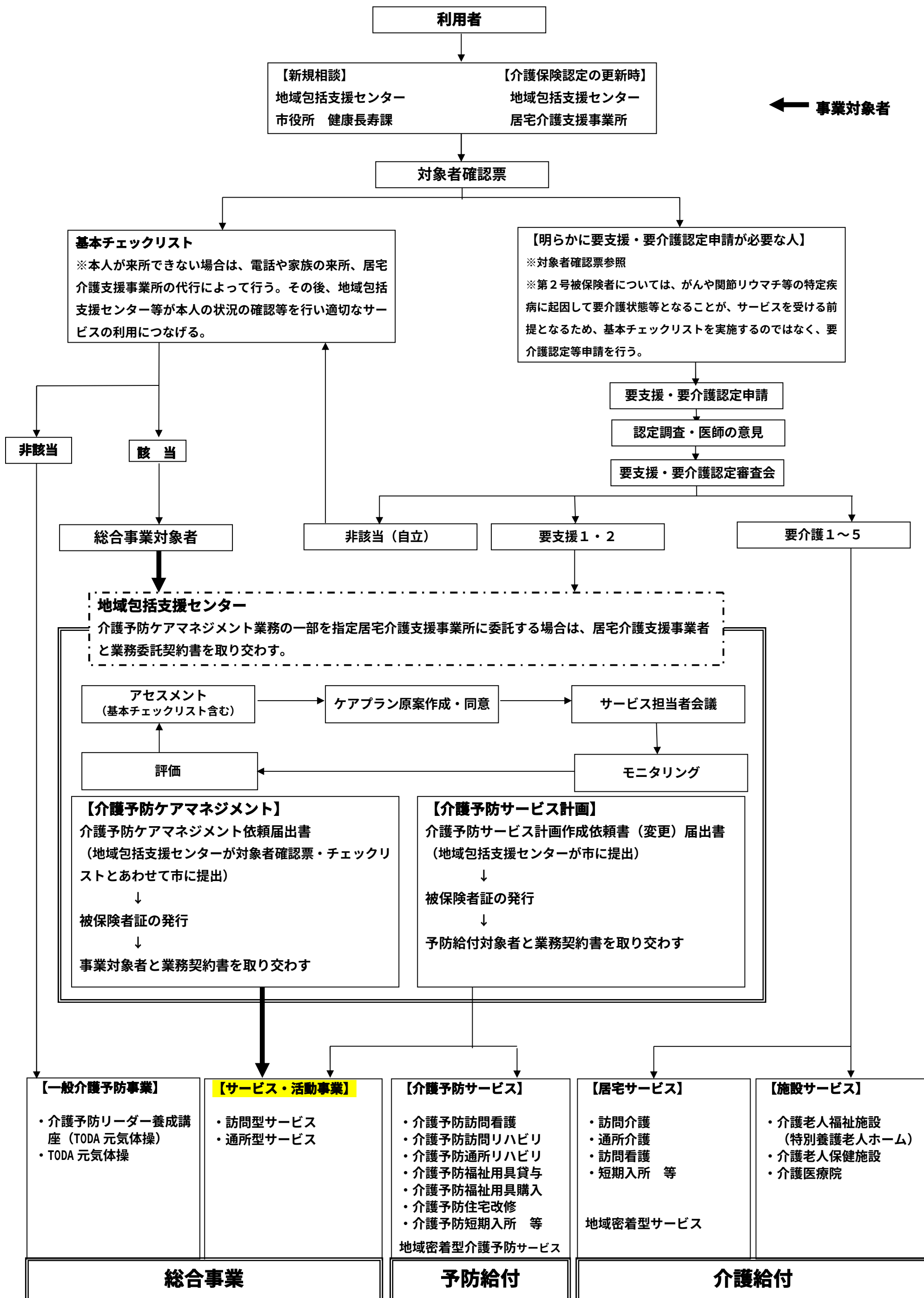
※ 第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要介護認定（要支援認定）の申請を行う。

## 3 その他の注意点

- (1) 居宅介護支援事業所等からの代行による基本チェックリストの提出も可とする。  
 なお、総合事業については、基本的に地域包括支援センターが関わることとされており、地域包括支援センターの関わりなしに、居宅介護支援事業所がチェックリストと介護予防ケアマネジメントを併せて実施することは推奨できません。居宅介護支援事業所が提出される場合は、事前に健康長寿課へご連絡ください。
- (2) 基本チェックリスト該当者が、第1号事業（訪問介護・通所介護相当のサービスのみ）を利用する場合は、地域包括支援センターが「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出する。それを受けて保険者がサービス・活動事業対象者の「被保険者証」を交付する。  
 介護給付から予防給付に移行し、総合事業の対象となる可能性がある場合、居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに連絡を行う。

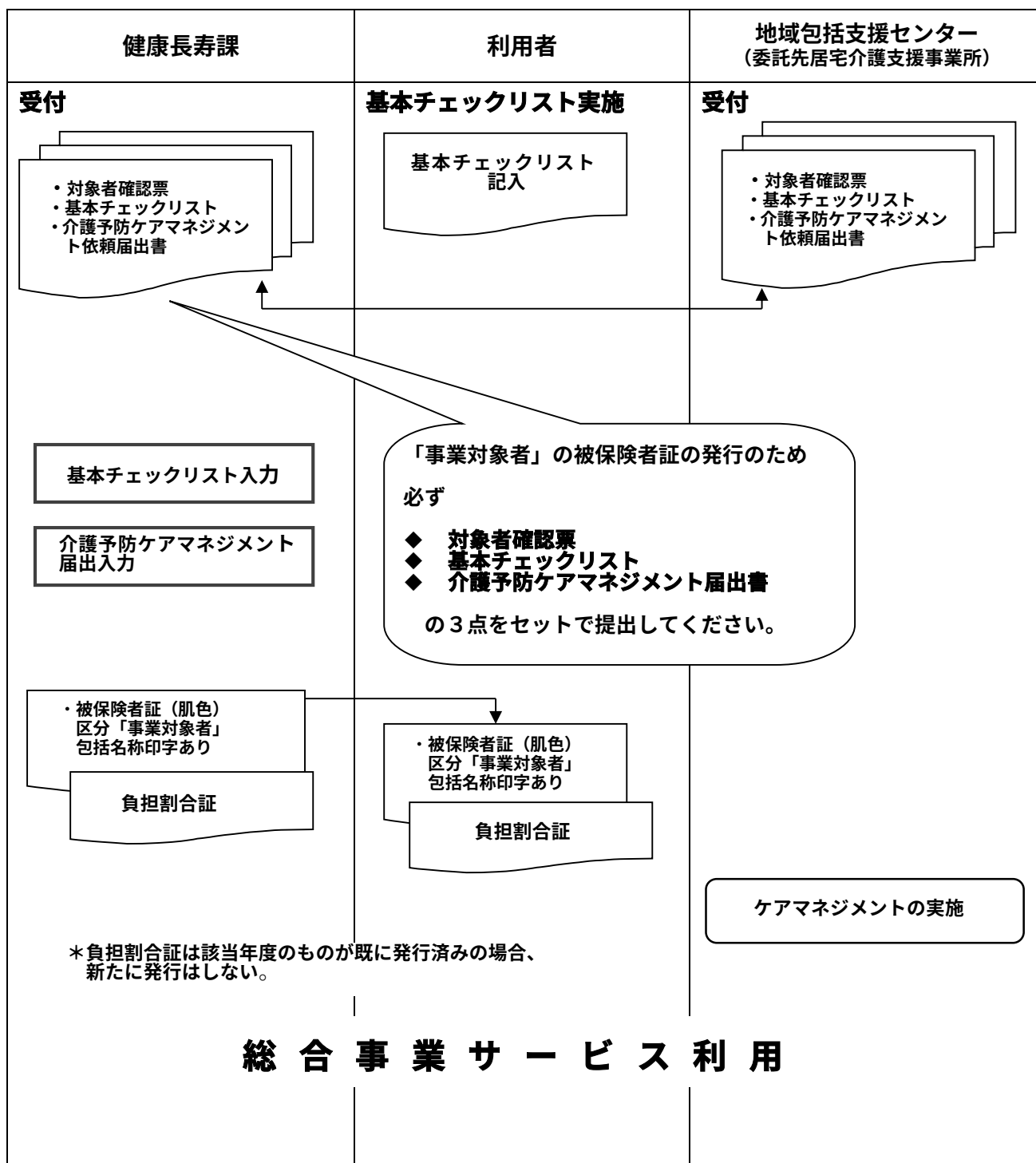
- (3) 居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメント業務の一部を委託する場合は、初回の訪問時や担当者会議に地域包括支援センターが立ち会うよう努める。
- (4) 要支援認定者が、予防給付のサービスと総合事業のサービスを併用するときは、地域包括支援センターが「介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書」を市に提出し、予防給付によるケアマネジメントを行う。
- (5) 訪問看護、ショートステイ、デイケア、訪問入浴、福祉用具レンタル、地域密着型サービスの利用者は、予防給付対象者となるため、要介護認定（要支援認定）申請を行う。福祉用具購入、住宅改修の場合も要介護認定（要支援認定）の申請を行う。
- (6) 総合事業の介護予防ケアマネジメントについて、有効期間の設定は無いが、自立支援に向けた目標設定をするよう努める。したがって、計画書を作成するにあたっては目標期日を設定（最長4年間）する。また、状態に応じた期間変更を考慮する。
- (7) 介護予防ケアマネジメントで使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用する。（マニュアル P19）
- (8) 請求については、地域包括支援センターが国保連に直接請求を行う。予防給付と総合事業のサービスを併用した場合は、予防給付におけるケアマネジメントとして地域包括支援センターが国保連に請求する。
- (9) 居宅介護支援事業者への委託分の報酬料については、国保連を通じて支払われる。  
県外住所地特例者及び県外居宅介護支援事業所への委託分の支払いは国保連を通じて行えない。県外住所地特例者及び県外居宅介護支援事業所への委託分の支払いについては地域包括支援センターが、居宅支援事業所へ支払いを直接行う。

## 4 相談からの流れ



## 5 総合事業サービス「利用手続き」の流れ

※基本チェックリストの判定結果が非該当の場合は、総合事業サービスの利用はできません。  
一般介護予防事業のご案内となります。



### <住所地特例対象者>

住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター※）が行うこととなるため、戸田市にて基本チェックリストを実施する対象となる。

※居宅介護支援事業所へ一部を委託可能



## 6 戸田市介護予防ケアマネジメント/指定介護予防支援事業の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。

令和6年4月

| 業務の流れ                                 | 地域包括支援センター<br>(以下「センター」と略す。)                                                                                     | 一部業務委託の場合は<br>指定居宅介護支援事業者が行う<br>(以下「居宅」と略す。)                                                                                                                     | サービス事業者                                                                         |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | 委託契約書にて居宅と契約締結する。<br>(市立包括・新曽包括・中央包括・東部包括：単年度契約)<br>代理受領委任状(介護予防ケアマネジメント・指定介護予防 各1通)<br>を作成し、代理受領手続きを行う。※新規契約時のみ |                                                                                                                                                                  |                                                                                 |
| 1.<br>利用申込の受付                         | 対象者確認票を使用して、意向を確認する。<br>基本チェックリストまたは要介護等認定申請を行う。                                                                 |                                                                                                                                                                  |                                                                                 |
| 2.<br>事業者契約                           | ■利用者の希望する居宅が受託可能かどうかを確認する。<br>■未契約の場合、委託契約書にて居宅と契約締結する。<br>*なお契約期間内は同一の事業者間で2人目以降の介護予防ケアプラン作成時の再契約は不要。           |                                                                                                                                                                  |                                                                                 |
| 3.<br>契約の締結                           | ■被保険者証を確認する。<br>■契約書、重要事項説明書、個人情報同意書の説明を行い、利用者の同意(※)を得る。<br>■介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書に記入してもらい、保険者に提出する。             | ※同意確認は、署名又は電磁的記録による対応                                                                                                                                            |                                                                                 |
| 4.<br>利用者基本情報・基本チェックリストの作成と主治医意見書等の入手 |                                                                                                                  | ■認定調査票、主治医意見書を保険者より入手する。<br>■利用者基本情報を作成し、同意(※)を得る。<br>センターへ利用者基本情報(原本)を渡す。<br>内容に変更があれば、その都度提出する。<br>■基本チェックリスト作成<br>センターへ(原本)を渡し、(写)は保管する。                      |                                                                                 |
| 5.<br>介護予防ケアプランの作成                    | ■介護予防ケアプラン(原案)が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。                                                                    | ■利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防支援・サービス計画書(以下「介護予防ケアプラン」という。)の原案を作成し、センターの確認を得る。                                                                                          |                                                                                 |
| 6.<br>サービス担当者会議の開催                    | ■サービス担当者会議に適時参加する。                                                                                               | ■サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。(目標を共有し、役割分担を確認する。)<br>■介護予防ケアプランについて、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する。<br>■介護予防ケアプランの原案に必要な修正を加え最終的に決定する。<br><介護予防支援経過記録に記入> | ■サービス担当者会議に参加する。<br>■専門的見地から、意見を述べる。<br>■介護予防ケアプランについて共通理解の上、サービス利用頻度や内容等を決定する。 |
| 7.<br>介護予防ケアプランの説明・同意                 |                                                                                                                  | ■介護予防ケアプランの内容を利用者又は家族に説明、同意(※)を得る。                                                                                                                               |                                                                                 |



| 業務の流れ                                                                           | 地域包括支援センター                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 指定居宅介護支援事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | サービス事業者                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>8. 介護予防ケアプランの提出</p>                                                          | <div data-bbox="347 188 740 286"> <p>介護予防ケアプラン<br/>(原本)</p>  </div> <p>■介護予防ケアプランが適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。</p> <p>■介護予防ケアプランの地域包括センターの意見確認欄に確認日と確認者の氏名を記入する。センター職員は意見欄に意見を記入し、居宅に渡す。</p> <p>※戸田市では、包括及び居宅双方の利便性を考慮し、利用者の同意を得てから確認者の記名を行う。</p> | <p>■センターへ介護予防ケアプラン(原本)を渡す。</p> <div data-bbox="767 468 1203 640">  <div data-bbox="852 468 1107 640"> <p>介護予防ケアプラン<br/>(写し)<br/>センター職員氏名・意見入り</p> </div>  </div> <p>■介護予防ケアプラン(写し)を保管する。</p> <p>■利用者及びサービス担当者等に介護予防プラン(写し)を交付する。</p> | <div data-bbox="1235 423 1490 595"> <p>介護予防ケアプラン<br/>(写し)<br/>センター職員氏名・意見入り</p> </div> <p>■介護予防ケアプラン(写し)を保管する。</p>                                                                                                                     |
| <p>9. サービス利用票・別表(予定)を利用者へ渡す</p>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>■各サービス事業者からの連絡を基にサービス利用票・別表(予定)を作成する。</p> <p>■初回とサービス内容変更時は、利用票・別表(予定)を利用者に渡す。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>10. サービス利用票・別表(予定)をセンターへ提出</p>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>■センターへサービス利用票・別表(予定)を送付する。<br/>初回とサービス内容変更時のみの送付でよい。毎月の送付は不要。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>11. サービス提供票の送付</p>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>■サービス提供票をサービス提供事業者に送付する。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>12. 介護予防サービスの利用</p> <p>※訪問型サービス、通所型サービスは、利用者とサービス事業所との契約開始日・契約解除日で日割りあり。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>■サービス利用開始後、早急に利用者及びサービス提供事業者にサービス利用状況を確認・調整する。</p> <p>&lt;介護予防支援経過記録に記入&gt;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>■事前アセスメント<br/>介護予防ケアプランやサービス担当者会議の結果を踏まえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い、「個別サービス計画」を立てる。</p> <p>■サービスの実施<br/>個別サービス計画に基づき、サービス提供を行う。必要に応じて、個別サービス計画を見直し変更が生じた場合は居宅へ連絡する。</p> <p>■モニタリング・報告<br/>サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともにその結果を居宅に報告する。</p> |

| 業務の流れ                               | 地域包括支援センター                                                                                                                                                                                                                                     | 指定居宅介護支援事業者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | サービス事業者                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 13.<br>サービス提供票<br>(実績入り)の提出         | <div>サービス提供票<br/>(実績入り)</div>                                                                                                                                 | <div>おおむね翌月5日まで</div> <div>サービス提供票<br/>(実績入り)</div>                                                                                                                                                                                                                                                                          | ■サービス提供票(実績入り)を作成し、センターと居宅へ渡す。 |
| 14.<br>給付管理                         | ■毎月10日までに給付管理票・給付管理総括票・介護給付費明細書を作成し、埼玉県国保連に提出する。                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| 15.<br>委託料支払い                       | ■確認                                                                                                                                                                                                                                            | ■埼玉県国保連から請求月の翌月に給付                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |
| 16.<br>評価と介護予防<br>支援経過記録の<br>提出     | <div>介護予防サービス・支援評価表(原本)</div> <div>介護予防支援経過記録(写し)</div>  <p>■介護予防サービス・支援評価表の内容について確認し、確認者の氏名を記入する。意見欄に意見を記入し、(原本)を保管し(写し)を居宅に渡す。<br/>介護予防支援経過記録(写し)を保管する。</p> | <p>■介護予防ケアプラン終了毎に、計画の達成状況について評価を行い、介護予防サービス・支援評価表に記入してセンターへ渡す。</p> <p>■同時に介護予防支援経過記録(写し)をセンターへ渡し、(原本)を保管する。</p> <div>介護予防サービス・支援評価表(写し)<br/>センター職員氏名・意見入り</div>  <p>■介護予防サービス・支援評価表(写し)を保管する。</p>                                                                                                                             |                                |
| 17.<br>利用者、サービス<br>提供事業者との<br>連絡・調整 |                                                                                                                                                                                                                                                | <p>■少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録する。<br/>利用者の居宅を訪問しての面接は、少なくともサービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回行う。ただし、要件に該当する場合は(次ページ※参照)、2回のうち1回はテレビ電話装置等を活用して面接を行うことができる。<br/>サービスの評価期間が終了する月及び状況に著しい変化があった場合は、利用者宅を訪問して面接を行う。訪問しない月については、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。</p> <p>&lt;介護予防支援経過記録に記入&gt;<br/>随時対応し、介護予防ケアプランの変更がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。<br/>要介護認定変更申請等を行う場合は必ずセンターへ連絡する。</p> |                                |

|                |                          |                                          |  |
|----------------|--------------------------|------------------------------------------|--|
| 18.<br>更新申請代行  |                          | ■申請書への記入（本人署名含む）<br>及び保険者へ提出する。          |  |
| 19.<br>サービスの終了 | 更新や変更申請による<br>要介護認定時や死亡等 | ■終了後、センターに書類を提出する。<br>（サービス評価表、支援経過記録など） |  |

要介護認定の結果が出ていない場合の居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出については、見込んでいる介護度に合う届出書をサービス利用開始前までに届出を行ってください。要介護・要支援両方見込まれる場合は、「介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書」に両方の事業所の届出内容を記入し、提出してください。

なお、要介護・要支援両方見込まれる場合は、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターは相互に連携し、双方ケアマネジメントプロセスに沿って実施してください。

#### ※＜モニタリングについて＞

- ・少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- ・少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回、利用者の居宅を訪問し面接を行う。ただし、次の（ア）及び（イ）いずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間（以下「期間」という。）について、少なくとも連続する2期間に1回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。
  - （ア） テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
  - （イ） サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
    - a 利用者の心身の状況が安定していること。
    - b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
    - c 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から情報提供を受けること。
- ・サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接を行う。
- ・訪問しない月については、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施すること。

請求については、国保連合会へ確認をすること。なお、介護予防ケアマネジメントに関する基本的な内容については、市町村に確認すること。

## 7 暫定ケアプランの取扱いについて

### (1) 暫定ケアプランとは

要介護認定の結果が出ていない被保険者が、居宅サービスを現物給付で利用するために暫定的に作成したケアプラン。

### (2) サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出

見込んでいる介護度に合う届出書をサービス利用開始前までに届出を行う。要支援・要介護両方見込まれる場合は、「介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書」に両方の事業所の届出内容を記入し提出する。

### (3) 暫定ケアプランの作成

ケアマネジメントプロセス（インテークからモニタリングまで）を実施する必要があります。認定結果が要介護・要支援のどちらになるか見込みがつかない場合は居宅介護支援事業所と地域包括支援センターは相互に連携し、双方ケアマネジメントプロセスに沿って実施してください。

「ケアマネジメントプロセス」とは下記の①から⑤の一連の流れを指します。

- ①受付及び初期面接相談(インテーク)
- ②アセスメント
- ③居宅サービス計画の作成
- ④サービス担当者会議
- ⑤モニタリング及び評価

### (4) 総合事業の利用が想定される場合の留意事項

○介護の更新で、訪問介護・通所介護のみの利用で、有効期間内に更新の認定結果が出ておらず、暫定プランで対応する場合は、見込み違いの認定結果も想定し、対応してください。

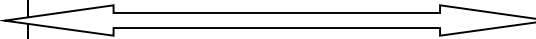
### (5) その他留意事項

○サービス事業者は要介護・要支援どちらも対応できるよう、介護予防サービス、居宅サービスの両方の指定を受けている事業者を選定してください。

○介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書と介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書を同時期に提出する場合、明らかに在宅での介護サービスの利用が見込めない年月日での提出はしないようにしてください。提出後、介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書に変更が生じた場合は、健康長寿課介護保険担当（認定担当）までご相談ください。

介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書の届出日とサービス開始（変更）年月日に相違が生じる場合は、介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書の「余白」に理由を明記してください。

(例) 要支援2の認定をもつ利用者が、4月当初、介護予防サービスを利用。4月20日に体調を崩し入院。  
4月25日に介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書と介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出した。なお、入院計画では、5月20日に退院予定であり、認定結果は5月15日に要介護2となった。

|        | 4/1～4/19      | 4/20 | 4/25                                                                               | 5/15 | 5/20       |
|--------|---------------|------|------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|
| 要介護度   | 要支援2          |      | 要介護2                                                                               |      |            |
| サービス利用 | 介護予防サービスの利用あり |      | サービス利用なし（入院中のため）                                                                   |      | 介護サービス利用予定 |
| 入院有無   |               | 入院   |  |      | 退院予定       |
| 申請     |               |      | サービス計画作成依頼（変更）届出書と介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書の申請                                     |      |            |

→上記のような場合、4/25から4/30に介護サービスの利用が「見込まれない（入院中）」ため、介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書のサービス開始（変更）年月日は「5月20日（退院予定日）」とし、余白欄に「入院中であり、4月中に退院が見込めないため」と記載する。

#### （6）暫定ケアプランに関する通知等

【暫定ケアプラン（新予防給付と要支援・要介護の位置付け）】

（質問） 要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置づければよいか。

（平成18年4月改訂関係Q & A（vol.2）問52）

（回答） いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまで【平成18年3月まで】と同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者が暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときは、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう、当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に、居宅介護支援事業者において、暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものと同様とし、当該被保険者にたいしても給付がなされないことがないようにすることが望ましい。なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に、認定の結果が異なった場合でも、利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置づけることが考えられる。

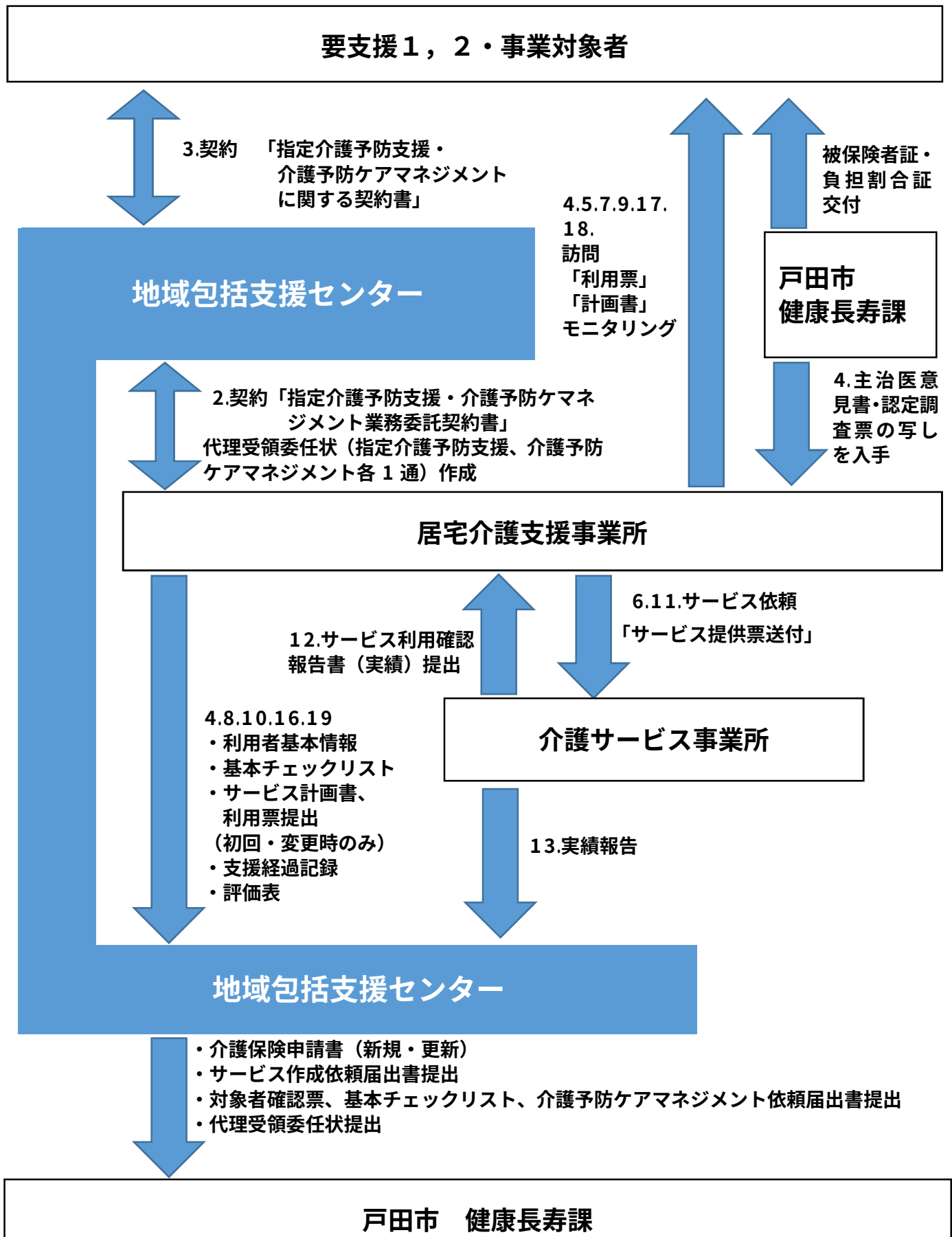
【「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」の一部改訂について】  
(老発1115第2号(令和3年11月15日))

(3) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターによって行われるものであり、指定介護予防支援事業所により行われる指定介護予防支援とは異なる。また、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要である(介護給付と異なる)が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当である

## 8 地域包括支援センター 書類の流れ

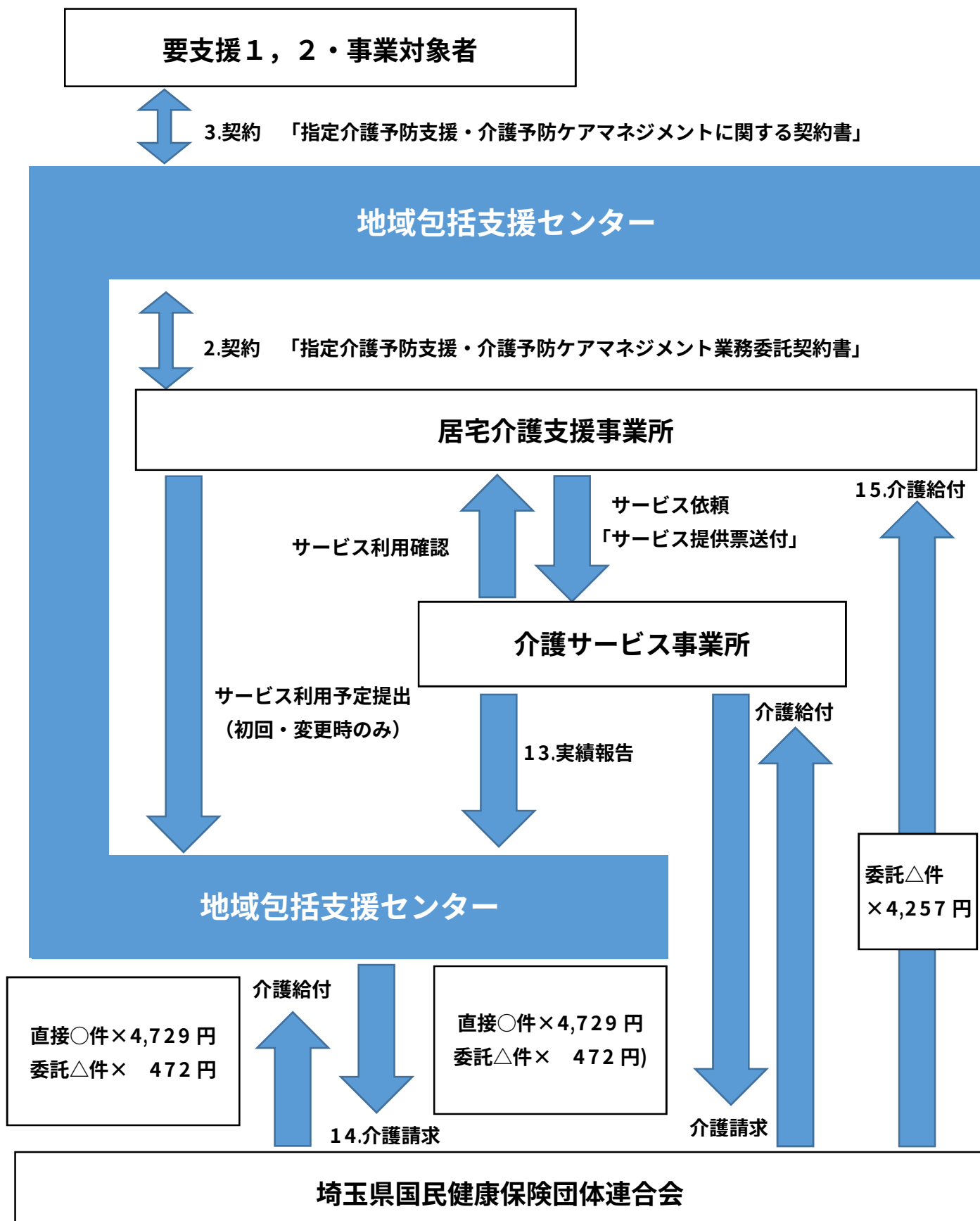
※数字は「戸田市介護予防ケアマネジメント/指定介護支援事業の流れ」を参照





## 地域包括支援センター 請求の流れ

※数字は「戸田市介護予防ケアマネジメント/指定介護支援事業の流れ」を参照



## 9 請求・利用限度額管理

(1) 総合事業の「指定事業者のサービス」を利用する場合は給付管理を行うため、給付管理票の作成が必要：サービス利用票（兼居宅サービス計画）等を作成する。

表1 給付管理の対象となるサービスについて

(令和7年4月改定)

| 区 分       |              | 介護予防・日常生活支援総合事業                                                                                                                                                                                                                                | 予防給付       |
|-----------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 種 別       |              | 訪問型サービス（身体介護中心型及び生活援助中心型の区分を一本化したもの）                                                                                                                                                                                                           |            |
|           |              | 通所型サービス（ <b>デイサービス（サービス提供時間は原則3時間以上とする）</b> ）                                                                                                                                                                                                  |            |
| 対象者       |              | 新規相談者で基本チェックリスト該当者                                                                                                                                                                                                                             |            |
| 提供者       |              | 介護予防・日常生活支援総合事業サービス指定事業者                                                                                                                                                                                                                       |            |
| 基 準       |              | 現行と同様                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| 単 価       |              | 現行と同様                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| サービスコード   |              | <b>サービスコード表参照</b>                                                                                                                                                                                                                              |            |
| 利用者負担     |              | 現行と同様                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| 限度額管理     |              | 現行と同様                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| 事業者への支払方法 |              | 現行と同様                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| ケアマネジメント  | 類型           | ①介護予防サービス計画<br>（予防給付と併用して利用する月）<br>②介護予防ケアマネジメント<br>（介護予防・日常生活支援総合事業のみ利用する月）                                                                                                                                                                   | 介護予防サービス計画 |
|           | 単価           | ・介護予防支援費 442 単位（4,729 円）（地域区分：5 級地 10.70 円）<br>委託費（地域包括支援センター1割 472 円：委託先居宅介護支援事業所 9 割 4,257 円）<br>・初回加算 300 単位（3,210 円）委託受注者が 10 割<br>（委託先居宅介護支援事業所 10 割 3,210 円）<br>・委託連携加算 300 単位（3,210 円）<br>（地域包括支援センター1割 321 円：委託先居宅介護支援事業所 9 割 2,889 円） |            |
|           | 委託先の居宅への支払方法 | 国保連経由で審査・支払                                                                                                                                                                                                                                    |            |

(2) 初回加算の取扱い

初回加算の算定については、基本的には指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じる。

- ① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合は算定できる。  
(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合)
- ② 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合は算定できる。
- ③ 総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできない。

### (3) 委託連携加算の取扱い

介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り算定できる。

ただし、軽微な変更のためケアプランの作成等の一連の流れを行わない場合は、算定を行うことはできない。

- ① 初回加算と同時に算定できる。
- ② 地域包括支援センターが変更となる場合、指定居宅介護支援事業所が変更となる場合には算定できる。

※契約から改め、ケアプラン等を一連の流れに沿って作成(変更)していること

### (4) 予防給付と併せて限度額管理を行う。

事業対象者の限度額は要支援1相当を目安とする。

事業対象者の自立支援を推進するものとして市が認めた場合には、事業対象者支給限度額を超える額を支給限度額とすることができる。

**表2 事業対象者及び要支援1・要支援2の支給限度額(令和元年10月改定)**

| 利用者区分     | サービス利用パターン例     |                 | ケアマネジメント費等の区分             | 区分支給限度<br>基準額 |
|-----------|-----------------|-----------------|---------------------------|---------------|
| 事業<br>対象者 | 訪問型サービスのみ       |                 | 介護予防ケアマネジメント費<br>(様式第七の三) | 原則<br>5,032単位 |
|           | 通所型サービスのみ       |                 |                           |               |
|           | 訪問型サービスと通所型サービス |                 |                           |               |
| 要支援 1     | 予防給付のみ          |                 | 介護予防支援費<br>(様式第七の二)       | 5,032単位       |
|           | 予防給付と           | 訪問型サービス         |                           |               |
|           |                 | 通所型サービス         |                           |               |
|           |                 | 訪問型サービスと通所型サービス |                           |               |
| 要支援 2     | 予防給付のみ          |                 | 介護予防支援費<br>(様式第七の二)       | 10,531単位      |
|           | 予防給付と           | 訪問型サービス         |                           |               |
|           |                 | 通所型サービス         |                           |               |
|           |                 | 訪問型サービスと通所型サービス |                           |               |

※ 予防給付対象者が、訪問看護、短期入所生活介護(ショート)等で計画を立てていても

利用が無かった月は介護予防ケアマネジメント費での請求になる。

(4)単価等 加算等の詳しいサービスコードは、戸田市サービスコード表を参照すること。

**表3 サービスコード**

| サービス種類  | 事業所種類                              | サービスコード種類 |
|---------|------------------------------------|-----------|
| 訪問型サービス | 戸田市の事業者指定を受けた事業者。戸田市以外の事業所も指定を受ける。 | A 2       |
| 通所型サービス | 戸田市の事業者指定を受けた事業者。戸田市以外の事業所も指定を受ける。 | A 6       |

**表4 訪問型サービスの単価**

| サービスコード |         | サービス内容／種類     | 単位                   | 戸田市の対象                                            |
|---------|---------|---------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| 種類      | 項目      |               |                      |                                                   |
| A 2     | 1 1 1 1 | 訪問型独自サービス 1 1 | 1月につき<br>1, 1 7 6 単位 | 事業対象者、要支援 1・2<br>週 1 回程度の訪問型サービス (独自)<br>が必要とされた者 |
| A 2     | 1 2 1 1 | 訪問型独自サービス 1 2 | 1月につき<br>2, 3 4 9 単位 | 事業対象者・要支援 1・2<br>週 2 回程度の訪問型サービス (独自)<br>が必要とされた者 |
| A 2     | 1 3 2 1 | 訪問型独自サービス 1 3 | 1月につき<br>3, 7 2 7 単位 | 要支援 2<br>週 2 回を超える程度の訪問型サービス (独自) が必要とされた者        |

※ 各種加算・減算は予防給付と同一

**表5 通所型サービスの単価**

| サービスコード |         | サービス内容／種類     | 単位                   | 戸田市の対象                                          |
|---------|---------|---------------|----------------------|-------------------------------------------------|
| 種類      | 項目      |               |                      |                                                 |
| A 6     | 1 1 1 1 | 通所型独自サービス 1 1 | 1月につき<br>1, 7 9 8 単位 | 事業対象者・要支援 1<br>週 1 回程度の通所型サービス (独自)<br>が必要とされた者 |
| A 6     | 1 1 2 1 | 通所型独自サービス 1 2 | 1月につき<br>3, 6 2 1 単位 | 要支援 2<br>週 2 回程度の通所型サービス (独自)<br>が必要とされた者       |

※ 各種加算・減算は予防給付と同一

**表6 介護予防ケアマネジメント費**

| 費用コード   | 費用コード略称                 | サービス内容                | 単位数      | 算定単位  |
|---------|-------------------------|-----------------------|----------|-------|
| 1 0 0 1 | 介護予防ケアマネジメント A          | ケアマネジメント費             | 4 4 2 単位 | 1月につき |
| 1 0 0 2 | 介護予防ケアマネジメント A・初回       | ケアマネジメント費<br>+ 初回加算   | 7 4 2 単位 |       |
| 1 0 0 5 | 介護予防ケアマネジメント A・委託<br>連携 | ケアマネジメント費<br>+ 委託連携加算 | 7 4 2 単位 |       |

|      |                           |                                                   |             |  |
|------|---------------------------|---------------------------------------------------|-------------|--|
| 1006 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・委託連携     | ケアマネジメント費<br>+ 初回加算<br>+ 委託連携加算                   | 1,042<br>単位 |  |
| 1007 | 介護予防ケアマネジメントA・虐待防止減算      | ケアマネジメント費<br>+ 高齢者虐待防止未実施減算                       | 438単位       |  |
| 1008 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・虐待防止減算   | ケアマネジメント費<br>+ 初回加算<br>+ 高齢者虐待防止未実施減算             | 738単位       |  |
| 1009 | 介護予防ケアマネジメントA・委託連携・虐待防止減算 | ケアマネジメント費<br>+ 委託連携加算<br>+ 高齢者虐待防止未実施減算           | 738単位       |  |
| 1010 | ケアマネジメントA・初回・委託連携・虐待防止減算  | ケアマネジメント費<br>+ 初回加算<br>+ 委託連携加算<br>+ 高齢者虐待防止未実施減算 | 1,038<br>単位 |  |

# 10 介護予防ケアマネジメント/指定介護予防支援事業 帳票一覧

令和3年4月

| 帳票名称                                                   | 保管の状況                                          |                      |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
|                                                        | 地域包括支援センター                                     | 居宅介護支援事業所            |
| 利用者基本情報                                                | 原本                                             |                      |
| 対象者確認票                                                 | 写し ※原本は市                                       | 写し                   |
| 基本チェックリスト                                              | 原本<br>※事業対象者の場合、原本は市                           | 写し                   |
| 主治医意見書（事業対象者なし）                                        |                                                | 保険者からの写し             |
| 認定調査票（事業対象者なし）                                         |                                                | 保険者からの写し             |
| 介護予防ケアマネジメント依頼届出書<br>介護予防サービス計画作成依頼届出書                 | 写し ※原本は市                                       |                      |
| 介護予防サービス支援計画書                                          | 原本                                             | 写し                   |
| 週間計画表                                                  |                                                | 原本                   |
| 介護予防支援経過記録<br>（別添参照と記載がある場合は<br>参照書類も添付して提出）           | 写し<br>評価毎に受理                                   | 原本                   |
| 介護予防支援サービス評価表                                          | 原本                                             | 写し                   |
| サービス利用票・別表（予定）                                         | 写し 初回・変更時のみ提出<br>月定額のサービス利用の場合は、<br>サービス変更時に提出 | 原本                   |
| サービス利用票・別表（実績）                                         |                                                | 原本                   |
| サービス提供票・別表（予定）                                         |                                                | 原本                   |
| サービス提供票・別表（実績）                                         | 事業所より受理                                        | 原本                   |
| サービス利用報告                                               |                                                | 原本                   |
| 介護予防サービス計画書                                            |                                                | 介護予防サービス事業者からの<br>写し |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例<br>外給付に関する確認について（市の<br>確認通知等）（事業対象者なし） | 写し                                             | 原本                   |
| 介護予防福祉用具購入申請・確認通<br>知等（事業対象者なし）                        |                                                | 原本                   |
| 介護予防住宅改修申請・確認通知等<br>（事業対象者なし）                          |                                                | 原本                   |

居宅介護支援事業所の保管帳票類については、契約終了後、居宅介護支援事業所にて  
5年間保管

## 11 様式

### ① 戸田市介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

受付日 ( ) 所属 ( ) 受付者名 ( )

|                             |               |                                    |
|-----------------------------|---------------|------------------------------------|
| 本人                          | 被保険者番号        |                                    |
|                             | 氏 名           |                                    |
|                             | 住 所           | 戸田市                                |
|                             | 電 話 番 号       |                                    |
|                             | 生 年 月 日       | 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳 )                |
|                             | 介 護 度         | 新規 ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護             |
|                             | 有効期限終了日       | 年 月 日終了 *認定者のみ記入                   |
| 本人以外が<br>チェックリストを<br>実施する場合 | 実施者           | (続柄 )                              |
|                             | 本人が実施できない理由   | 入院中 ・ 一人で歩けない ・ 本人に頼まれた<br>その他 ( ) |
| 現在のサービス利用状況<br>※更新の場合は記入    | 訪問介護 (ヘルパー)   | ( 回/週 )<br>内容: 掃除・買い物・入浴介助・他 ( )   |
|                             | 通所介護 (デイサービス) | ( 回/週 ) 入浴利用 ( あり ・ なし )           |
|                             | その他のサービス      | 福祉用具レンタル ・ 訪問看護 ・ ショート ・ デイケア      |

#### 【確認内容】

| 項目              | 確認事項                                                                                                                                                          | チェック欄                    |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 要支援・要介護認定申請     | 1 介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○を付けてください)<br>1. 訪問看護 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴<br>5. 福祉用具レンタル・購入 6. 住宅改修 7. 地域密着型サービス<br>8. 訪問型サービスⅢ (週3回利用) 9. 通所型サービス2 (週2回利用) | <input type="checkbox"/> |
|                 | 2 入居 (GH・サ高住) ・ 入所 (特養・老健) したい。                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                 | 3 利用希望するサービスはないが認定を受けたい。<br>※念のための申請は、必要時に申請するよう促してください。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |
|                 | 4 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
|                 | 5 認知症状 (物忘れ・同じ話を繰り返す等) がみられ、薬の内服 (時間や種類など処方どおり飲む)、<br>電話の利用 (電話をかける・用件を伝える) 等に介助を受けている。                                                                       | <input type="checkbox"/> |
|                 | 6 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
|                 | 7 寝たきり又は、認知症である。                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 基本チェック<br>リスト実施 | 1 「訪問介護」の生活支援 (掃除や買い物等) サービスを利用したい。<br>※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
|                 | 2 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。<br>※回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                 | 3 一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。<br>入浴できない理由 ( )                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |

備考欄・包括への連絡欄

|           |                     |
|-----------|---------------------|
| 実施日       | 年 月 日               |
| 受付<br>対応者 | 市・市立・中央・東部・新曽・居宅( ) |

## ② 戸田市基本チェックリスト

被保険者氏名

| №  | 質問項目                               | 回答（いずれかに<br>○をお付け下さい） |        | 事業対象者に該当する<br>基準    |
|----|------------------------------------|-----------------------|--------|---------------------|
| 1  | バスや電車で一人で外出していますか                  | 0. はい                 | 1. いいえ | 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ずに昇っていますか              | 0. はい                 | 1. いいえ | 運動機能の低下<br>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<br>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<br>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<br>№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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか  | 1. はい                 | 0. いいえ | 認知機能の低下<br>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                | 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<br>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

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏 名



### ③ サービス事業対象者の介護保険被保険者証

平成28年4月1日から、介護保険被保険者証の  
要介護状態区分等の欄に、「要介護○」「要支援  
○」「事業対象者」のいずれかが表記されます。

※被保険者証に、(総合)事業対象者の  
『認定年月日』は記載されますが、  
『認定の有効期間』欄は記載されません。

| 介護保険被保険者証         |                                                                                                       |                          |       | 要介護状態区分等                                                                                               | 事業対象者                                                                                                 | 給付制限                               | 内容        | 期間 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------|----|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 番号                                                                                                    |                          |       |                                                                                                        | 認定年月日<br>(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)                                                                     | 〇年 〇月〇日                            |           |    |
|                   | 住所                                                                                                    | 335-8588<br>戸田市上戸田1-18-1 |       |                                                                                                        | 認定の有効期限                                                                                               | 年 月 日～ 年 月 日                       |           |    |
|                   | フリガナ                                                                                                  | トダ タロウ                   |       |                                                                                                        | 居宅サービス等                                                                                               | 区分支給限度基準額<br>年 月 日～ 年 月 日<br>1月当たり |           |    |
|                   | 氏名                                                                                                    | 戸田 太郎                    |       |                                                                                                        | (うち種類支給限度基準額)                                                                                         | サービスの種類                            | 種類支給限度基準額 |    |
|                   | 生年月日                                                                                                  | 明治・大正・昭和                 | 年 月 日 | 性別                                                                                                     |                                                                                                       | 男 女                                |           |    |
| 交付年月日             | 〇年〇月〇日                                                                                                |                          |       | 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定                                                                                   |                                                                                                       |                                    |           |    |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 1 1 2 2 4 3 </div><br>戸田市 |                          |       | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> ケアマネジメント<br/>依頼届出の日 </div> |                                                                                                       |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 居宅介護支援事業者<br>若しくは介護予防支援<br>事業者及びその事業所<br>の名称又は地域包括<br>支援センターの名称<br>戸田市〇〇<br>地域包括支援センター<br>届出年月日 年 月 日 |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 届出年月日 年 月 日                                                                                           |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 届出年月日 年 月 日                                                                                           |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 介護保険施設等                                                                                               |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 種類 入所年月日 年 月 日                                                                                        |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 名称 退所年月日 年 月 日                                                                                        |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 種類 入所年月日 年 月 日                                                                                        |                                    |           |    |
|                   |                                                                                                       |                          |       |                                                                                                        | 名称 退所年月日 年 月 日                                                                                        |                                    |           |    |

\*保険証の色は、うすだいだい色です。

## 利用者基本情報

### 《基本情報》

作成担当者：

|                   |                                                                                                                                                       |                                            |                                                                                        |        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 相談日               | 年 月 日 ( )                                                                                                                                             | 来 所 ・ 電 話<br>その他 ( )                       | 初 回<br>再 来 (前 / )                                                                      |        |
| 本人の現況             | 在宅 ・ 入院または入所中 ( )                                                                                                                                     |                                            |                                                                                        |        |
| フリガナ<br>本人氏名      |                                                                                                                                                       | 男 ・ 女                                      | M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳                                                                     |        |
| 住 所               |                                                                                                                                                       |                                            | TEL ( )<br>FAX ( )                                                                     |        |
| 日常生活<br>自立度       | 障害高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                         | 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 |                                                                                        |        |
|                   | 認知症高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                        | 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M  |                                                                                        |        |
| 認定・<br>総合事業<br>情報 | 非該当 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5<br>有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度 )<br>基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし<br>基本チェックリスト記入日： 年 月 日 |                                            |                                                                                        |        |
| 障害等認定             | 身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )                                                                                                                           |                                            |                                                                                        |        |
| 本人の<br>住居環境       | 自宅 ・ 借家 ・ 一戸建て ・ 集合住宅 ・ 自室の有無 ( ) 階 ・ 住宅改修の有無                                                                                                         |                                            |                                                                                        |        |
| 経済状況              | 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 …                                                                                                                           |                                            |                                                                                        |        |
| 来所者<br>(相談者)      |                                                                                                                                                       |                                            | <b>家族構成</b><br>◎=本人、○=女性、□=男性<br>●■=死亡、☆=キーパーソン<br>主介護者に「主」<br>副介護者に「副」<br>(同居家族は○で囲む) |        |
| 住 所<br>連絡先        |                                                                                                                                                       | 続柄                                         |                                                                                        |        |
| 緊急<br>連絡先         | 氏 名                                                                                                                                                   | 続柄                                         |                                                                                        | 住所・連絡先 |
|                   |                                                                                                                                                       |                                            |                                                                                        |        |
|                   |                                                                                                                                                       |                                            |                                                                                        |        |
|                   |                                                                                                                                                       |                                            |                                                                                        |        |
|                   |                                                                                                                                                       |                                            | 家族関係等の状況                                                                               |        |

### 《介護予防に関する事項》

|                            |            |    |        |           |
|----------------------------|------------|----|--------|-----------|
| 今までの生活                     |            |    |        |           |
| 現状の生活状況<br>(どんな暮らしを送っているか) | 1日の生活・過ごし方 |    |        | 趣味・楽しみ・特技 |
|                            |            |    |        |           |
|                            | 時間         | 本人 | 介護者・家族 |           |
|                            |            |    |        |           |
|                            |            |    |        | 友人・地域との関係 |
|                            |            |    |        |           |

### 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

| 年月日 | 病 名 | 医療機関・医師名<br>(主治医・意見作成者に☆) |     | 経過                  | 治療中の場合は内容 |
|-----|-----|---------------------------|-----|---------------------|-----------|
|     |     |                           | TEL | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |           |
|     |     |                           | TEL | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |           |
|     |     |                           | TEL | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |           |
|     |     |                           | TEL | 治療中<br>経過観察中<br>その他 |           |

### 《現在利用しているサービス》

| 公的サービス | 非公的サービス |
|--------|---------|
|        |         |

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

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画表 (ケアマネジメント結果等記録表)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

|    |      |   |       |         |   |   |   |   |   |   |   |          |         |           |        |
|----|------|---|-------|---------|---|---|---|---|---|---|---|----------|---------|-----------|--------|
| NO | 利用者名 | 様 | 認定年月日 | 認定の有効期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 初回・紹介・継続 | 認定済・申請中 | 要支援1・要支援2 | 地域支援事業 |
|----|------|---|-------|---------|---|---|---|---|---|---|---|----------|---------|-----------|--------|

|         |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 計画作成者氏名 | 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|           |   |   |   |       |   |   |   |            |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|------------|--|--|--|--|--|--|
| 計画作成（変更）日 | 年 | 月 | 日 | 初回作成日 | 年 | 月 | 日 | 地域包括支援センター |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|------------|--|--|--|--|--|--|

|         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 目標とする生活 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1日      | 1年 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                        | アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向                                           | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向 | 目 標 | 支 援 計 画       |                       |                   |        | 事業所 | 期 間 |
|------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------|------------|-----|---------------|-----------------------|-------------------|--------|-----|-----|
|                        |                |                                                       |                 |       |                 |            |     | 目標についての支援ポイント | 本人等のセルフケアやインフォーマルサービス | 介護保険サービスまたは地域支援事業 | サービス種別 |     |     |
| 活動・移動について              |                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                 |       |                 |            |     | ( )           |                       |                   |        |     |     |
| 日常生活（家庭生活）について         |                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                 |       |                 |            |     | ( )           |                       |                   |        |     |     |
| 社会参加、対人関係コミュニケーションについて |                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                 |       |                 |            |     | ( )           |                       |                   |        |     |     |
| 健康管理について               |                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                 |       |                 |            |     | ( )           |                       |                   |        |     |     |

|                                                    |                     |  |                          |  |
|----------------------------------------------------|---------------------|--|--------------------------|--|
| 健康状態について                                           | [本来的うべき支援が実施できない場合] |  | 総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント |  |
| <input type="checkbox"/> 主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点 | [妥当な支援の実施に向けた方針]    |  |                          |  |
|                                                    |                     |  |                          |  |

|                                         |                   |          |       |       |     |      |
|-----------------------------------------|-------------------|----------|-------|-------|-----|------|
| 基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入してください。   |                   | 計画に関する同意 |       |       |     |      |
| 地域支援事業の場合には必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけてください。 | 上記計画について、同意いたします。 |          |       |       |     |      |
| 予防給付または地域支援事業                           | 運動不足              | 栄養改善     | 口腔内ケア | 閉じこもり | 物忘れ | うつ予防 |
| ／5                                      | ／2                | ／3       | ／2    | ／3    | ／5  | ／5   |

地域包括支援センター

[意見]

[確認者]

年 月 日 氏名



# 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

| 利用者氏名                                                                                                                                                                                                                                         |      | 様      |          | 計画作成者氏名                 |                         |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|----------|-------------------------|-------------------------|-------|--|
| 目標                                                                                                                                                                                                                                            | 評価期間 | 目標体制状況 | 目標達成／未達成 | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見) | 目標達成しない原因<br>(計画作成者の評価) | 今後の方針 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                               |      |        |          |                         |                         |       |  |
| <div>総合的な方針</div> <div>地域包括支援センター意見</div> <div> <input type="checkbox"/> 介護給付<br/> <input type="checkbox"/> 予防給付<br/> <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業<br/> <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業<br/> <input type="checkbox"/> 終了 </div> |      |        |          |                         |                         |       |  |

## 参考例

年 月 日

戸田市長

事業所名：

管理者名：

# 理由書

下記件について、●●●（報告、依頼、届出変更希望等）いたします。

## 記

1 件名

2 内容

3 上記の理由

※このフォーマットを利用しない場合でも、「日付」「事業所名」「件名」「内容」「理由」を必ず記載してください。

## 1 2 プラン料請求と給付管理について（具体例）

### （１）月の途中に区分変更した場合

#### 【具体例１】

要支援の人が、５月１０日入院した。状態悪化のため、５月１０日付区分変更申請及び５月１０日に居宅介護支援事業所が居宅の届出を行った。認定の結果「要介護」だった。区分変更申請前に介護予防サービスの利用があり、区分変更後は入院していたため介護サービスの利用がない場合

介護サービスの利用がない状態では、居宅介護支援事業所が５月１日から５月９日までに利用した予防プランに対する請求は出来ません。地域包括支援センターが請求を行えるよう、居宅介護支援事業所が理由書を添付し、介護予防（居宅）サービス計画作成依頼（変更）届出書のサービス開始（変更）年月日を６月１日以降とする届出書を再提出してもらいます。

#### 【具体例２】

要支援の人が５月１０日付区分変更申請を行い５月１０日施設入所した。認定の結果、要介護となった。区分変更前に介護サービス利用がある。居宅介護支援事業所の届出の有無にかかわらず、包括が５月９日までは、日割り算定し給付管理及びプラン料請求を行う。

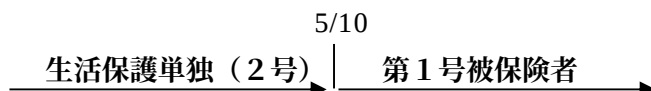
#### 【具体例３】

要支援の人が５月１０日付区分変更申請を行った。１１日に施設入所した。認定の結果、要介護となった。５月１０日まで介護サービス利用がある。この場合は、５月１０日付で居宅介護支援事業所が居宅の届出を行う。５月１日～５月９日まで、要支援の日割算定を行い、５月１０日分を要介護として居宅介護支援事業所が給付管理及びプラン料請求を行う。

#### 【具体例４】

生活保護単独（２号）対象者が、５月１０日に６５歳の誕生日を迎え第１号被保険者となった。介護予防通所介護を利用し、運動機能向上加算、サービス事業者評価加算を算定していた場合の請求については、生活保護併用で加算を請求。処遇改善加算については、合計単位数に事業所が取っている指定単位数に率をかけて生活保護単独（２号）と生活保護併用の両方で請求を行う。

なお、生活保護単独（２号）対象者が誕生日を迎え第１号被保険者となり、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成したとしても、サービス内容に変更等がない場合の初回加算については、できない。（市町村判断）





### 【具体例5】

要介護者が更新申請後に要支援者となった。居住しているサービス付き高齢者向け住宅併設の介護サービス事業所を利用していたが、要支援となり居住することができなくなった。転居先もまたサービス付き高齢者向け住宅であり、併設の介護サービス事業所を利用する場合の請求については契約日を起算日として日割りで各サービス事業所が請求を行う。請求を行うのは月の終わりに担当している地域包括支援センターが行う。

### （2）台風等の災害により事業所が休業した場合

#### 【具体例6】

台風等の災害により介護サービス事業所が休業し、利用者に対して支援計画に基づく、適切な利用回数等のサービスが提供できなかった場合には、当該利用者については、日割り計算を行うこととする。

一方、休業の影響を受けず、適切な利用回数等のサービスを提供された利用者については、日割り計算は行わない。

日割り計算の方法は、月の総日数から、災害の影響により休業した期間（定期休業日を含む。）を差し引いた日数分について請求することとする。

| 例  | 台風の影響 | 振替など事業所側の対応の有無 | 日割り計算の必要性 |
|----|-------|----------------|-----------|
| A氏 | 無     | 不要             | 不要        |
| B氏 | 有     | 有              | 不要        |
| C氏 | 有     | 無              | 必要        |

※B氏においては、事業所側が振替などの対応があれば、実際にサービスを受けたかどうかについて判断する必要はない。

### （3）戸田市に住民登録をしている利用者が他市町村に所在する事業所のサービスを利用する場合

#### 【具体例7】

A2（訪問型独自サービス）、A6（通所型独自サービス）については、市内事業所、市外事業所問わず、利用者の住民登録地である戸田市の級地区分単価が適用される。

なお、介護保険サービスについては、事業所が所在する市町村の地域区分単価が適用される。

戸田市訪問型サービス(独自)サービスコード表 (令和7年4月版)

| サービスコード<br>種類 | 項目   | サービス内容略称              | 算定項目                                                         |             |                   | 算定単位  |
|---------------|------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------|
|               |      |                       |                                                              |             | 合成単位数             |       |
| A2            | 1111 | 訪問型独自サービス11           | (1) 事業対象者・要支援1・要支援2 (1週に1回程度の場合)                             | 日割の場合       | 1,176単位           | 1,176 |
| A2            | 2111 | 訪問型独自サービス11日割         |                                                              |             | 39単位              | 39    |
| A2            | 1211 | 訪問型独自サービス12           |                                                              |             | 2,349単位           | 2,349 |
| A2            | 2211 | 訪問型独自サービス12日割         | (2) 事業対象者・要支援1・要支援2 (1週に2回程度の場合)                             | 日割の場合       | 77単位              | 77    |
| A2            | 1321 | 訪問型独自サービス13           | (3) 要支援2 (1週に2回を超える程度の場合)                                    | 日割の場合       | 3,727単位           | 3,727 |
| A2            | 2321 | 訪問型独自サービス13日割         |                                                              |             | 123単位             | 123   |
| A2            | C211 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算11   |                                                              |             | 12単位減算            | -12   |
| A2            | C220 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算11日割 | (1) 事業対象者・要支援1・要支援2 (1週に1回程度の場合)                             | 日割の場合       | 1単位減算             | -1    |
| A2            | C212 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算12   | イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合<br>高齢者虐待防止措置未実施減算                       | 日割の場合       | 23単位減算            | -23   |
| A2            | C213 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算12日割 |                                                              |             | 1単位減算             | -1    |
| A2            | C214 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算13   |                                                              |             | 37単位減算            | -37   |
| A2            | C215 | 訪問型独自高齢者虐待防止未実施減算13日割 | (3) 要支援2 (1週に2回を超える程度の場合)                                    | 日割の場合       | 1単位減算             | -1    |
| A2            | D211 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算11    | イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合<br>業務継続計画未策定減算                          | 日割の場合       | 12単位減算            | -12   |
| A2            | D220 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算11日割  |                                                              |             | 1単位減算             | -1    |
| A2            | D212 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算12    |                                                              |             | 23単位減算            | -23   |
| A2            | D213 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算12日割  | (2) 事業対象者・要支援1・要支援2 (1週に2回程度の場合)                             | 日割の場合       | 1単位減算             | -1    |
| A2            | D214 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算13    | (3) 要支援2 (1週に2回を超える程度の場合)                                    | 日割の場合       | 37単位減算            | -37   |
| A2            | D215 | 訪問型独自業務継続計画未策定減算13日割  |                                                              |             | 1単位減算             | -1    |
| A2            | 6001 | 訪問型独自サービス同一建物減算1      |                                                              |             | 10%減算             |       |
| A2            | 6003 | 訪問型独自サービス同一建物減算2      | 事業所と同一建物の利用者50人以上を除く又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合           | 所定単位数の15%減算 |                   |       |
| A2            | 6002 | 訪問型独自サービス同一建物減算3      | 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合<br>同一建物等に居住する利用者の割合が100分の90以上の場合 | 所定単位数の12%減算 |                   |       |
| A2            | 8000 | 訪問型独自サービス特別地域加算       | 特別地域加算                                                       |             | 所定単位数の15%加算       |       |
| A2            | 8001 | 訪問型独自サービス特別地域加算日割     |                                                              |             | 15%加算             |       |
| A2            | 8100 | 訪問型独自サービス小規模事業所加算     |                                                              |             | 10%加算             |       |
| A2            | 8101 | 訪問型独自サービス小規模事業所加算日割   | 中山間地域等における小規模事業所加算                                           |             | 10%加算             |       |
| A2            | 8110 | 訪問型独自サービス中山間地域等提供加算   |                                                              |             | 5%加算              |       |
| A2            | 8111 | 訪問型独自サービス中山間地域等提供加算日割 |                                                              |             | 5%加算              |       |
| A2            | 4001 | 訪問型独自サービス初回加算         | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算                                       |             | 200単位加算           | 200   |
| A2            | 4003 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ  |                                                              |             | 100単位加算           | 100   |
| A2            | 4002 | 訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ  |                                                              |             | 200単位加算           | 200   |
| A2            | 6102 | 訪問型独自口腔連携強化加算         | 口腔連携強化加算                                                     | 1月に1回を限度    | 50単位加算            | 50    |
| A2            | 6269 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ      |                                                              |             | 所定単位数の245/1000 加算 |       |
| A2            | 6270 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ      |                                                              |             | 所定単位数の224/1000 加算 |       |
| A2            | 6271 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ      | 介護職員等処遇改善加算                                                  |             | 所定単位数の182/1000 加算 |       |
| A2            | 6380 | 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ      |                                                              |             | 所定単位数の145/1000 加算 |       |

戸田市通所型サービス(独自) サービスコード表 (令和7年4月版)

| サービスコード |      | サービス内容略称                 |  | 算定項目                              |                                                                                      | 合成<br>単位数                                                                    | 算定単位  |
|---------|------|--------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 種類      | 項目   |                          |  |                                   |                                                                                      |                                                                              |       |
| A6      | 1111 | 通所型独自サービスⅠ.1             |  | 事業対象・要支援1<br>イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 | 1,798単位                                                                              | 1,798                                                                        | 1月につき |
| A6      | 1112 | 通所型独自サービスⅠ.1日割           |  |                                   | 59単位                                                                                 | 59                                                                           | 1日につき |
| A6      | 1121 | 通所型独自サービスⅠ.2             |  |                                   | 3,621単位                                                                              | 3,621                                                                        | 1月につき |
| A6      | 1122 | 通所型独自サービスⅠ.2日割           |  |                                   | 119単位                                                                                | 119                                                                          | 1日につき |
| A6      | C211 | 通所型独自高齢者虐待防止未実施減算Ⅰ.1     |  | 事業対象・要支援1<br>イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 | 18単位減算                                                                               | -18                                                                          | 1月につき |
| A6      | C212 | 通所型独自高齢者虐待防止未実施減算Ⅰ.1日割   |  |                                   | 1単位減算                                                                                | -1                                                                           | 1日につき |
| A6      | C213 | 通所型独自高齢者虐待防止未実施減算Ⅰ.2     |  |                                   | 36単位減算                                                                               | -36                                                                          | 1月につき |
| A6      | C214 | 通所型独自高齢者虐待防止未実施減算Ⅰ.2日割   |  |                                   | 1単位減算                                                                                | -1                                                                           | 1日につき |
| A6      | D211 | 通所型独自業務継続計画未策定減算Ⅰ.1      |  | 事業対象・要支援1<br>イ 1週当たりの標準的な回数を定める場合 | 18単位減算                                                                               | -18                                                                          | 1月につき |
| A6      | D212 | 通所型独自業務継続計画未策定減算Ⅰ.1日割    |  |                                   | 1単位減算                                                                                | -1                                                                           | 1日につき |
| A6      | D213 | 通所型独自業務継続計画未策定減算Ⅰ.2      |  |                                   | 36単位減算                                                                               | -36                                                                          | 1月につき |
| A6      | D214 | 通所型独自業務継続計画未策定減算Ⅰ.2日割    |  |                                   | 1単位減算                                                                                | -1                                                                           | 1日につき |
| A6      | 8110 | 通所型独自サービス中山間地域等提供加算      |  | 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算            | 所定単位数の 5% 加算                                                                         |                                                                              | 1月につき |
| A6      | 8111 | 通所型独自サービス中山間地域等加算日割      |  |                                   | 所定単位数の 5% 加算                                                                         |                                                                              | 1日につき |
| A6      | 6105 | 通所型独自サービス同一建物減算Ⅰ         |  |                                   | 事業対象者・要支援1                                                                           | -376                                                                         | 1月につき |
| A6      | 6106 | 通所型独自サービス同一建物減算Ⅱ         |  |                                   | 要支援2                                                                                 | -752                                                                         | 1月につき |
| A6      | 5612 | 通所型独自送迎減算                |  | 事業所が送迎を行わない場合                     | 47単位減算                                                                               | -47                                                                          | 片道につき |
| A6      | 5010 | 通所型生活上グループ活動加算           |  |                                   | 100単位加算                                                                              | 100                                                                          | 1月につき |
| A6      | 6109 | 通所型独自サービス若年性認知症受入加算      |  |                                   | 240単位加算                                                                              | 240                                                                          | 1月につき |
| A6      | 6116 | 通所型独自サービス栄養アセスメント加算      |  |                                   | 50単位加算                                                                               | 50                                                                           | 1月につき |
| A6      | 5003 | 通所型独自サービス栄養改善加算          |  | 栄養改善加算                            | 200単位加算                                                                              | 200                                                                          | 1月につき |
| A6      | 5004 | 通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅰ       |  |                                   | 150単位加算                                                                              | 150                                                                          | 1月につき |
| A6      | 5011 | 通所型独自サービス口腔機能向上加算Ⅱ       |  |                                   | 160単位加算                                                                              | 160                                                                          | 1月につき |
| A6      | 6310 | 通所型独自一体的サービス提供加算         |  |                                   | 480単位加算                                                                              | 480                                                                          | 1月につき |
| A6      | 6011 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ.1       |  | サービス提供体制強化加算                      | 事業対象者・要支援1<br>要支援2                                                                   | 88<br>176                                                                    | 1月につき |
| A6      | 6012 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ.2       |  |                                   | 事業対象者・要支援1<br>要支援2                                                                   | 72<br>144                                                                    | 1月につき |
| A6      | 6107 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ.1       |  |                                   | 事業対象者・要支援1<br>要支援2                                                                   | 24<br>48                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6108 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ.2       |  |                                   | 事業対象者・要支援1<br>要支援2                                                                   | 100<br>200                                                                   | 1月につき |
| A6      | 6103 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ.1       |  | 生活機能向上連携加算                        | (1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月を1回を限度)<br>(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                    | 100<br>200                                                                   | 1月につき |
| A6      | 6104 | 通所型独自サービス提供体制加算Ⅲ.2       |  |                                   | (1) 生活機能向上連携加算(Ⅰ) (3月を1回を限度)<br>(2) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                                    | 100<br>200                                                                   | 1月につき |
| A6      | 4001 | 通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅰ     |  |                                   | (1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)<br>(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)                 | 20<br>5                                                                      | 1回につき |
| A6      | 4002 | 通所型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱ     |  |                                   | (1) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ) (6月に1回を限度)<br>(2) 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ) (6月に1回を限度)                 | 20<br>5                                                                      | 1回につき |
| A6      | 6201 | 通所型独自サービス口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ |  | 科学的介護推進体制加算                       | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6202 | 通所型独自サービス口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ |  |                                   | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6311 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ         |  |                                   | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6310 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ         |  |                                   | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6110 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ         |  | 介護職員等処遇改善加算                       | (1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)<br>(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)<br>(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)<br>(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 所定単位数の92/1000 加算<br>所定単位数の90/1000 加算<br>所定単位数の80/1000 加算<br>所定単位数の64/1000 加算 |       |
| A6      | 6111 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ         |  |                                   | (1) 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)<br>(2) 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)<br>(3) 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)<br>(4) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 所定単位数の92/1000 加算<br>所定単位数の90/1000 加算<br>所定単位数の80/1000 加算<br>所定単位数の64/1000 加算 |       |
| A6      | 6380 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅳ         |  |                                   | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |
| A6      | 6380 | 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅳ         |  |                                   | (1) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)<br>(2) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)                                             | 40<br>40                                                                     | 1月につき |

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<br>単位数 | 算定単位  |
|---------|------|------------------|------------------------|---------|-----------|-------|
| 種類      | 項目   |                  |                        |         |           |       |
| A 6     | 8001 | 通所型独自サービス11・定超   | 事業対象者・要支援1<br><br>要支援2 | 1,798単位 | 1,259     | 1月につき |
| A 6     | 8002 | 通所型独自サービス11日割・定超 |                        | 59単位    | 41        | 1日につき |
| A 6     | 8011 | 通所型独自サービス12・定超   |                        | 3,621単位 | 2,535     | 1月につき |
| A 6     | 8012 | 通所型独自サービス12日割・定超 |                        | 119単位   | 83        | 1日につき |

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<br>単位数 | 算定単位  |
|---------|------|------------------|------------------------|---------|-----------|-------|
| 種類      | 項目   |                  |                        |         |           |       |
| A 6     | 9001 | 通所型独自サービス11・人欠   | 事業対象者・要支援1<br><br>要支援2 | 1,798単位 | 1,259     | 1月につき |
| A 6     | 9002 | 通所型独自サービス11日割・人欠 |                        | 59単位    | 41        | 1日につき |
| A 6     | 9011 | 通所型独自サービス12・人欠   |                        | 3,621単位 | 2,535     | 1月につき |
| A 6     | 9012 | 通所型独自サービス12日割・人欠 |                        | 119単位   | 83        | 1日につき |

戸田市介護予防ケアマネジメントサービスコード表

[令和7年4月版]

| サービスコード |      | 算定項目                                  |                                                    | 合成<br>単位数 | 算定単位  |
|---------|------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|-------|
| 種類      | 項目   |                                       |                                                    |           |       |
| A F     | 1001 | 介護予防ケアマネジメントA                         | 介護予防ケアマネジメント費                                      | 442       | 1月につき |
| A F     | 1002 | 介護予防ケアマネジメントA・初回                      | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算                                 | 742       |       |
| A F     | 1005 | 介護予防ケアマネジメントA・委託連携                    | 介護予防ケアマネジメント費＋委託連携加算                               | 742       |       |
| A F     | 1006 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・委託連携                 | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋委託連携加算                          | 1,042     |       |
| A F     | 1007 | 介護予防ケアマネジメントA・虐待防止減算                  | 介護予防ケアマネジメント費＋高齢者虐待防止未実施減算                         | 438       | 4単位減算 |
| A F     | 1008 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・虐待防止減算               | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋高齢者虐待防止未実施減算                    | 738       | 4単位減算 |
| A F     | 1009 | 介護予防ケアマネジメントA・委託連携・虐待防止減算             | 介護予防ケアマネジメント費＋委託連携加算＋高齢者虐待防止未実施減算                  | 738       | 4単位減算 |
| A F     | 1010 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・委託連携・虐待防止減算          | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋委託連携加算＋高齢者虐待防止未実施減算             | 1,038     | 4単位減算 |
| A F     | 1011 | 介護予防ケアマネジメントA・業務継続計画未策定減算             | 介護予防ケアマネジメント費＋業務継続計画未策定減算                          | 438       | 4単位減算 |
| A F     | 1012 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・業務継続計画減算             | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋業務継続計画未策定減算                     | 738       | 4単位減算 |
| A F     | 1013 | 介護予防ケアマネジメントA・委託連携・業務継続計画減算           | 介護予防ケアマネジメント費＋委託連携加算＋業務継続計画未策定減算                   | 738       | 4単位減算 |
| A F     | 1014 | 介護予防ケアマネジメントA・虐待防止減算・業務継続計画減算         | 介護予防ケアマネジメント費＋高齢者虐待防止未実施減算＋業務継続計画未策定減算             | 434       | 8単位減算 |
| A F     | 1015 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・委託連携・業務継続計画減算        | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋委託連携加算＋業務継続計画未策定減算              | 1,038     | 4単位減算 |
| A F     | 1016 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・虐待防止減算・業務継続計画減算      | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋高齢者虐待防止未実施減算＋業務継続計画未策定減算        | 734       | 8単位減算 |
| A F     | 1017 | 介護予防ケアマネジメントA・委託連携・虐待防止減算・業務継続計画減算    | 介護予防ケアマネジメント費＋委託連携加算＋高齢者虐待防止未実施減算＋業務継続計画未策定減算      | 734       | 8単位減算 |
| A F     | 1018 | 介護予防ケアマネジメントA・初回・委託連携・虐待防止減算・業務継続計画減算 | 介護予防ケアマネジメント費＋初回加算＋委託連携加算＋高齢者虐待防止未実施減算＋業務継続計画未策定減算 | 1,034     | 8単位減算 |