

桐生市

介護予防支援・

介護予防ケアマネジメントマニュアル

桐生市健康長寿課

桐生市地域包括支援センター

令和8年3月

目次

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について

- 1) 総合事業の対象者
- 2) 桐生市の介護予防、日常生活支援事業（総合事業）
- 3) 一般介護予防事業
- 4) サービス利用の流れ

2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて

- 1) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い
- 2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの流れ
- 3) 暫定プランのプロセス
- 4) 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）記載例

3. 留意事項

- 1) 訪問介護員に頼めないこと
- 2) 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について
- 3) 医療系サービスを計画に位置付ける際の留意事項について
- 4) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について
- 5) 提出資料一覧

4. Q&A

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

本市では、平成 28 年 4 月から介護予防・日常生活支援総合事業を開始しました。地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを目指しています。

1) 総合事業の対象者

介護予防・生活支援サービス事業	要支援 1・2 事業対象者（基本チェックリストの基準に該当した方）
一般介護予防	65 歳以上の方

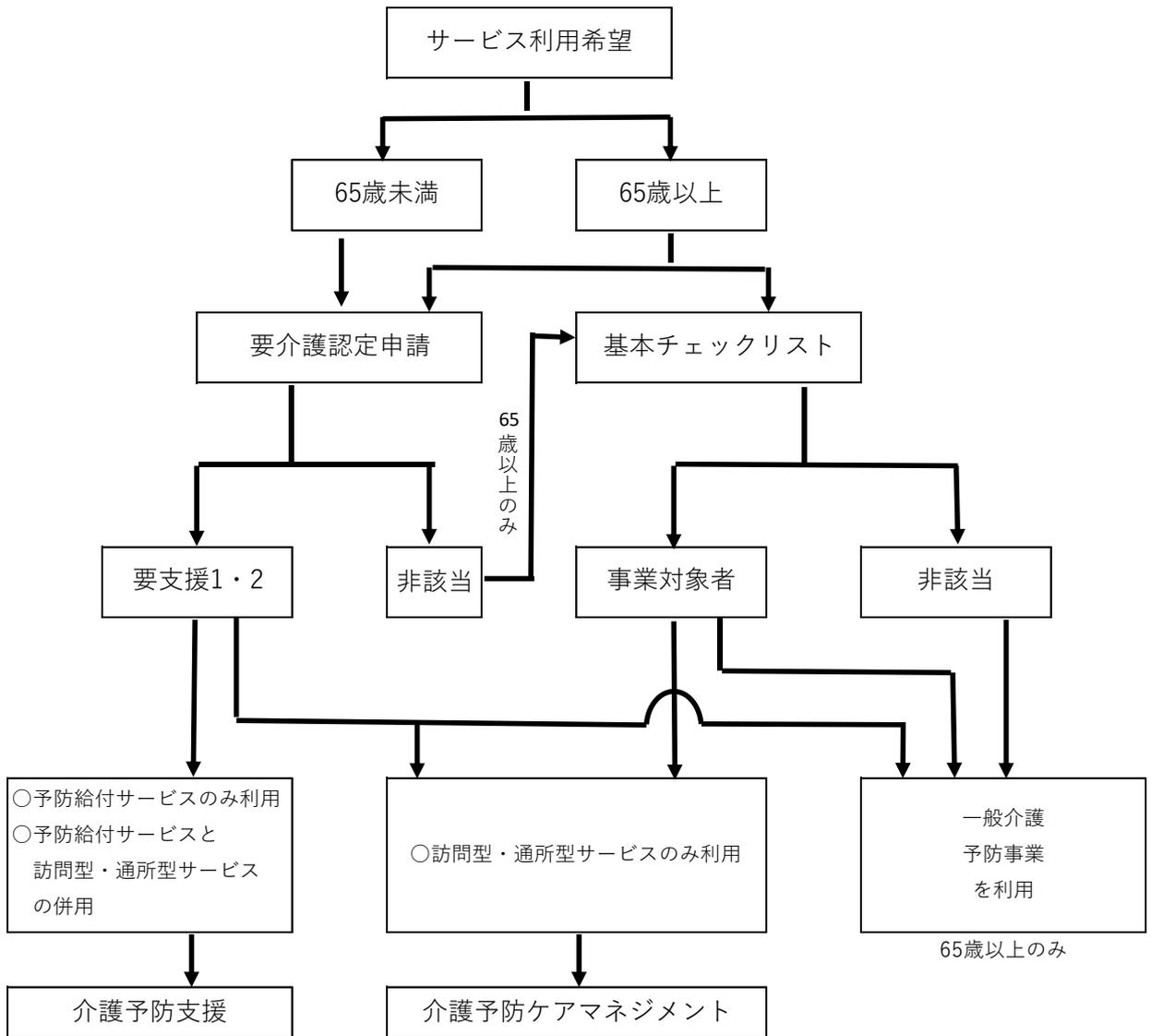
2) 介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス	
介護予防訪問介護相当サービス	旧介護予防訪問介護
訪問型サービス A	緩和された基準によるサービス
通所型サービス	
介護予防通所介護相当サービス	旧介護予防通所介護
通所型サービス A	緩和された基準によるサービス
通所型サービス C 事業	短期集中予防サービス 膝・腰らくらく体操

3) 一般介護予防事業

介護予防普及啓発事業			
にっこり楽々教室	脳いきいき教室	口から健康プログラム	元気おりおり体操
			
地域介護予防活動支援事業			
高齢者ボランティアポイント事業 介護予防サポーター養成研修			
地域リハビリテーション活動支援事業			
地域の通いの場へのリハビリ専門職派遣			

4) サービス利用の流れ



2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについて

1) 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防給付のみ利用者 ・ 予防給付と介護予防・生活支援サービス事業の両方を利用する要支援1、2 	介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する要支援1、2と事業対象者
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定介護予防支援事業所 ・ 居宅介護支援事業所へ委託可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所へ委託可能
報酬単位	国の定める額	保険者の定める額
支払い方法	国保連経由で支払い	国保連経由で支払い
委託の場合	委託された居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業所経由で支払い	委託された居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業所経由で支払い

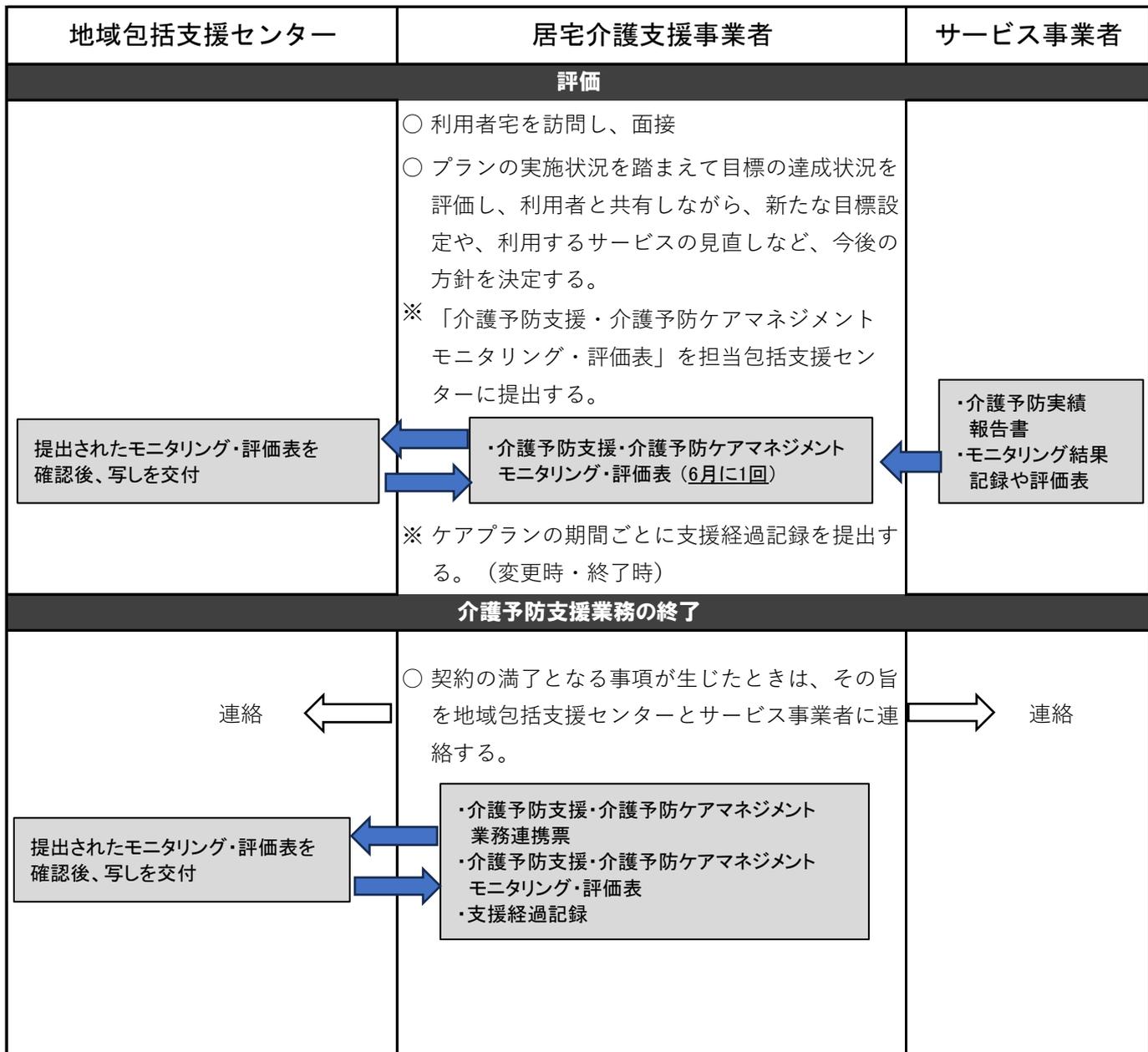
介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの流れ

(居宅介護支援事業者に委託して実施する場合)

介護予防支援の流れ ※介護予防ケアマネジメントについても以下同様

地域包括支援センター	居宅介護支援事業者	サービス事業者
申請		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新規要介護認定、または更新認定の申請手続きを行う 	
要支援認定結果（※要介護→要支援になった場合はここから）		
<ul style="list-style-type: none"> ○ 委託の可否を判断 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に対して、認定結果、介護予防支援の利用手続きおよび担当地域包括支援センターについて説明し、介護予防サービス利用の意思を確認する。 ○ 地域包括支援センターに連絡を行い当該利用者の概要および当該事業者に係る介護予防支援の委託の可否を伝達。 	
契約締結		
<ul style="list-style-type: none"> ○ 契約関係書類を用意する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターにて契約関係書類を受け取り、利用者宅等を訪問。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援および介護予防ケアマネジメント業務委託のお願い ・契約書(2部) ・重要事項説明書(2部) ・個人情報使用の同意書(1部) </div>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 契約関係書類を保管する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 契約書・重要事項説明書に記名押印し、利用者に1部ずつ返却。残り1部は包括に提出する。 ○ 市役所へ「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出 	
情報収集・アセスメント（※要支援→要支援の更新の場合はここから）		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市役所からアセスメントに必要な情報（認定調査票・主治医意見書の写し）を必要に応じ入手。 ○ 利用者宅を訪問・面接し、利用者基本情報・基本チェックリストの記入を行う。 	
介護予防ケアプラン原案作成		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアプラン(原案)を確認し、確認日と氏名を記入して返却。 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアプラン原案を作成する <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・介護予防サービス計画書(原案) ・介護保険証(写し) ・利用票・別表 ・認定調査票・主治医意見書(情報開示した場合) ※医療系サービス、または軽度者の福祉用具例外給付利用の場合は主治医の意見が確認できるもの </div>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアプラン原案の妥当性について確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターにケアプラン原案の確認を受ける 	

地域包括支援センター	居宅介護支援事業者	サービス事業者
サービス担当者会議		
<ul style="list-style-type: none"> ○ 必要に応じてサービス担当者会議に出席 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアプランの目標を共通に認識 必要に応じ修正 ○ 介護予防ケアプランの最終決定 <p style="text-align: center;">介護予防ケアプランの説明・同意</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアプランの内容について、利用者・家族に説明し同意を得る。（同意欄への署名） 	
介護予防ケアプラン確定・交付		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス計画書(原本) ・基本チェックリスト ・サービス担当者会議の要点 ・利用票・別表 </div>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に交付する <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアプラン(確定版) </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 原本を包括に提出、写しを保管する 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス計画書(写し) ・提供票・別表 </div>
個別サービス計画の交付		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画(写し) </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス事業所から提出された個別サービス計画とケアプランの連動性や整合性について確認する。 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・利用計画 ・事前アセスメント ・個別サービス計画 </div> <p style="text-align: center;">サービス提供</p>
モニタリング		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント モニタリング・評価表 ・支援経過記録 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月、利用者宅への訪問（訪問しない月は電話や通所先等への訪問）により利用者自身に計画の実施状況について確認を行う。 ○ 利用者の状況に変化があった場合は利用者宅を訪問・面談し、計画の見直しの必要があれば、初回の計画作成時の手順により見直し ○ 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント モニタリング・評価表」に記入する。 ○ 支援経過記録に記載する 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防実績報告書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用実績、実施状況の報告
給付管理		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> 提出 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・給付管理票 ・介護給付費明細書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連へ提出 ○ 国保連から介護報酬を受領 ○ 居宅介護支援事業者へ委託料の支払い 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・委託料請求書 ・給付管理票 ・実績が記入された利用票・利用票別表 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターに対し委託料の請求 ※提出期限一覧に従い毎月期日までに提出 ○ 地域包括支援センターから委託料を受領 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連へ提出 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・介護給付費請求書 ・介護給付費明細書 </div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連から介護報酬を受領



3) 暫定プランのプロセスについて (桐生市HP「令和6年度居宅介護支援事業者等向け資料」より抜粋)

◆ 認定結果が出る前にサービスを利用する場合、または区分変更申請をした場合

1. 新規の場合はサービス利用前に、更新の場合は有効期限満了日までに、区分変更申請の場合は申請の前日までに暫定プランに係る一連の流れを実施 → ケアプラン上部に「**暫定**」と表示する
2. 認定が出たら、速やかに(認定日以降の日付で)本プランに係る一連の流れを実施

① 見込みどおりの介護度が出た場合

暫定プランのサービス担当者会議において「見込みどおりの介護度が出て、サービス内容に変更がない場合は暫定プランを本プランとする」ことを検討されていれば、本プランに係るアセスメント及びサービス担当者会議の省略が可能である。この場合であっても、本プランに対して、利用者又は家族の同意が得られた後、利用者及び居宅サービス事業者に確定プランを交付すること。

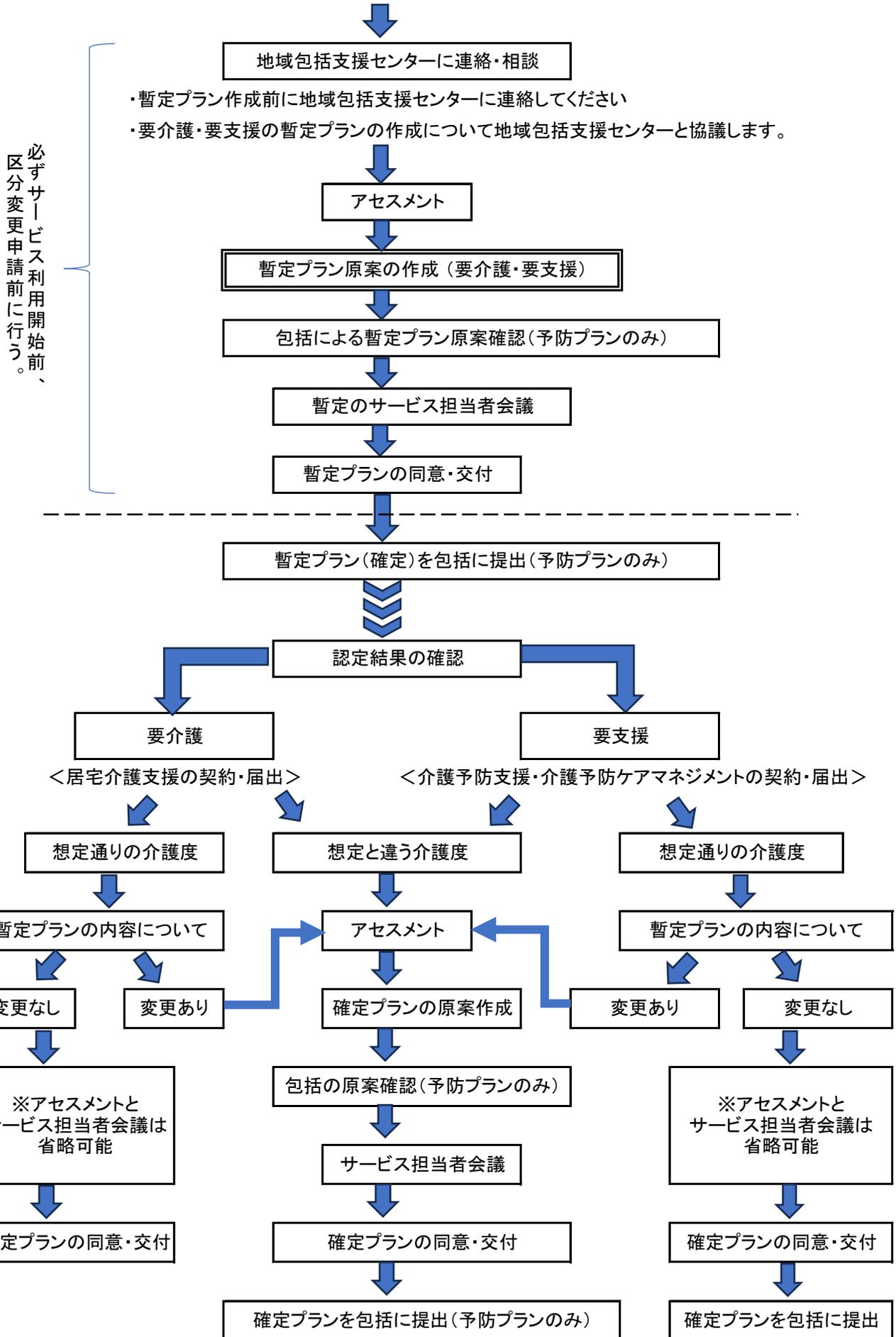
② 見込み介護度と異なる結果が出た場合

認定日以降で、速やかに一連の流れを実施する。

③ 認定日以降の日付で作成した**本プラン**は、**説明→同意→交付**の手順を踏む。

暫定プラン作成のプロセス（要介護か要支援か迷う場合）

認定結果が出る前にサービス利用するとき、区分変更申請するとき



介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

NO.

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 計画作成者氏名 _____ ケアプランの開始日より、後にならないようにする。
 計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ≥ 同意日(サービス担当者会議日) ≥ サービス利用開始日

目標とする生活

1日 _____ 本人が日常生活の中で頑張れることや取り組みやすいことを記載する。 ※1日・1年どちらかの目標設定でも可能。

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(本人・家族)
<p>① 状態の客観的事実を記載 ・できるか、できないか・しているか、していないか・誰が手伝っているか。</p> <p>運動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅や屋外での移動方法 杖や歩行器など福祉用具の利用や手段 交通機関等を利用した移動方法 <p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> 日常に必要な買い物の状況 自分で選んで買い物をしているか 献立・調理の状況 家事(掃除・洗濯・ゴミ捨て・動植物の世話等)の状況 預貯金の出し入れ等の金銭管理状況 <p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族や友人との交流状況や関係性 会話等の意思疎通の状況 認知機能の状況 地域での役割やサロンや老人会への参加状況 趣味等の実施や参加状況 <p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 排泄や入浴・保清の状況 食事・睡眠・運動など健康管理の状況 受診の状況や服薬管理の方法 飲酒や喫煙など自己管理状況 	<p>② この現状を本人や家族はどう思っているのか 「〇〇できるようになりたい」「〇〇はやりたくない」など。</p> <p>利用者と家族の意向が異なる場合には、それぞれ記載。</p> <p>家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。</p>	<p>③ 領域ごとの課題となっていることの背景・原因をケアマネとして分析する。</p> <p>現在の課題、あるいはその状態であることと将来どのようなことが起こるかなど課題を予測して記載する。</p> <p>課題がある場合「<input type="checkbox"/>有」にチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は「<input type="checkbox"/>無」にチェックする。</p> <p>ここまでは各領域ごとに記載する。</p>	<p>①②③ 領域の各課題共通の背景等を見つけ統合する</p> <p>「目標とする生活」が送れるには何が必要か見極める。</p> <p>優先順位の高い順に課題を列挙する。</p> <p>長々書くより本人が気づくポイントを絞る。</p> <p>ここには意向や目標、具体策は書かない。</p>	<p>【目標】 〇〇〇〇 <具体策> ①.....</p> <p>「総合的課題」に対する目標と具体策は、利用者や家族に専門家として示す提案である。</p> <p>目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものを記載する。</p> <p>具体策については、フォーマルなサービスだけでなく、利用者自身のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスの活用についても記載する。</p> <p>根拠がある選択肢をしっかりと挙げられるかどうかケアマネの力量。</p>	<p>提案したことをやってみようと思うか、本人、家族に確認する。</p> <p>もしも…嫌だと思ったら、その理由を聞いてみて記載する。</p> <p>ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすり合わせる。</p>

健康状態について

主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

要支援1・2は主治医意見書の転記OK。
 事業対象者は本人から主治医に言われていることを聞いてみる など。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書きください。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	基本チェックリストの結果を転記し、アセスメントの参考とする				

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	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

担当地域包括支援センター:

1年	本人が希望する将来の生活イメージを具体的に記載する。来年の今頃にはどうなっていたいのかを聞いてみる。※1日・1年どちらかの目標設定でも可能。
----	--

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、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	事業所	期間
<p>合意された目標を書く</p> <p>『○○○○○』</p> <p>注！ 個々のサービスを利用する目標ではない。 この目標を達成するために、誰が何をするのか、誰に何を頼むのか、支援計画ができる。</p> <p>評価時に目標達成の有無を確認できるよう、数値や頻度などを活用して具体的に設定する。</p> <p>例) 『ひとりで○○まで歩いて行けるようになる』 『一日に一度は、肉か魚を食べる』 など</p>	<p>目標達成に向けて支援者の共通認識、連携方法、方向性などを書く。</p>	<p>目標達成に向けて</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人自ら取り組むこと ●家族が支援すること <p>・地域のボランティアや近隣住民の協力等のインフォーマルな介護保険以外のサービス内容を具体的に書く</p>	<p>予防給付、総合事業で行う具体的なサービス内容を書く。</p> <p>サービスの種類の記載ではない。</p>	<p>サービス種別や社会資源などを書く。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護保険サービス <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・予防○○○○など 社会資源 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関 ・配食サービス ・特殊寝台（自費） ・介護タクシー ・緊急通報装置 ・いきいきサロンなど 	<p>サービスを提供する事業所名または機関名を書く</p>	<p>期間は、この計画書におけるサービス提供する期間を書く。</p> <p>「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」と記載し、最長は認定の有効期間となる。</p>

【本来行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

妥当な支援の実施に向けた方針

・本人や家族の合意が得られなかった場合、本来行うべき支援の実現に向けた具体的な手順や方針を記載する。
・地域における社会資源の不足により理想である本来の支援ができない場合には、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む共通の認識や留意点を記載する。

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

_____年 月 日 氏名 _____ 印

3. 留意事項

1) 訪問介護員（ホームヘルパー）に頼めないこと

- ①生業の援助的な行為
 - 商品の販売
 - 農作業等
- ②直接本人の援助に該当しない行為（主として家族の利便に供する行為または家族が行うことが適当であると判断される行為）
 - 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
 - 主として利用者が使用する居室以外の掃除
 - 来客の応接（お茶、食事の手配等）
 - 自家用車の洗車・清掃
- ③日常生活の援助に該当しない行為（訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為）
 - 草むしり
 - 花木の水やり
 - 犬の散歩等ペットの世話
- ④日常的に行なわれる家事の範囲を超える行為
 - 家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
 - 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
 - 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
 - 植木の剪定等の園芸
 - 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理

注：上記の行為は介護保険給付の対象としては不適切ですが、利用者の状況によっては必要なサービス行為である場合があるので、シルバー人材センター、NPOなどの住民参加型福祉サービス、ボランティア等によるサービスの利用について、利用者と事業者との契約に基づき保険外のサービスであることを明示し、サービス提供時間を分けるなどにより保険対象サービスと明確に区分された形で、利用者の自己負担により提供することも可能です。

次ページの「ヘルパーによる生活援助の算定確認チェックリスト」も活用し確認をしてください。

ヘルパーによる生活援助の算定確認チェックリスト

年 月 日

様

介護保険での訪問介護（総合事業の訪問型サービスも含む）による生活援助を算定する場合は、次の(1)～(6)のすべてを満たしている必要があります。

- (1) 要支援 1・2、要介護 1～5、事業対象者の利用者である
- (2) 利用者本人に対してヘルパーによる生活援助が必要である
(本人ができない行為であること)

- (3) 同居家族がいない

↳ 同居家族がいる場合でも、次のやむを得ない事情があり、家族が家事をできない場合には生活援助を算定できます。

- 家族が障害・病気などで家事が困難な場合

→続柄 _____ 疾病・障害名 _____

→続柄 _____ 疾病・障害名 _____

- その他のやむを得ない事情がある場合

ア. 家族が高齢による筋力低下があり、困難な家事がある場合

イ. 家族間に深刻な問題（虐待など）がある場合

具体的に _____

ウ. 家族に家事を行わせてしまうことにより、介護疲れによる共倒れ等の深刻な問題が生じることが明らかな場合

具体的に _____

エ. その他、安全・健康・衛生上の必要性が高い場合など

具体的に _____

※ “家族に対して遠慮があり頼みにくい” や “家族に負担をかけたくない” という理由だけでは訪問介護の生活援助は算定できません。

【日中独居の取り扱い】 ※同居家族が就労等で日中不在の場合

「日中独居」というだけでは「やむを得ない事情」とはなりません

イ) 家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事ならば可能なのかを明確にしなければいけない。

ロ) その生活援助は家族が不在の時にやる必要があるものなのか（家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活上、大きな支障が生じるか）を検討しなければならない。

→同居の家族が何ができて何ができないのか。その援助は日中の家族不在時にやるべきでないことなのかをはっきりさせなければなりません。

- (4) 事前にケアプランに位置づけられていること
- (5) そのケアプランがサービス担当者会議で利用者・家族を含め合意されており、明文化されていること ※やむを得ない事情がある場合はその内容について計画書または支援経過記録等に記載する必要があります
- (6) 事前に訪問介護計画に位置付けられていること

2) 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。

月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防通所リハ (介護予防特定施設 入居者生活介護に おける外部サービ ス利用型を含む)	開始	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
		・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
		終了	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)
	・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始		契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)		入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)		サービス提供日 (通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)		入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了		終了日

小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	開始	・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
		・区分変更(要介護⇔要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
		・区分変更(要介護1～要介護5の間、要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)	変更日
終了	終了	・区分変更(要介護⇔要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日) (喪失日) (転出日)
		・公費適用の有効期間終了	終了日
		・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	契約日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
夜間対応型訪問介護	開始	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
		・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 (満了日) (開始日)
		・公費適用の有効期間満了	終了日
		・公費適用の有効期間満了	終了日

訪問介護(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して訪問看護を行う場合)	開始	・区分変更(要介護1～5の間)	変更日
		・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く)	契約日
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
		・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の退居(※1)	退居日の翌日
		・医療保険の訪問介護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く)	給付終了日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更	資格取得日
		(65歳になって被保険者資格を取得した場合)	
	終了	・区分変更(要介護1～5の間)	変更日
		・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除	契約解除日 (満了日) (開始日)
		・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
		・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の入居(※1)	入居日の前日
		・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間(ただし、特別訪問看護指示書の場合を除く)	給付終了日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	開始	・区分変更(要介護1～5の間)	変更日
		・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始)	契約日

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	開始	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所指定効力停止の解除 ・利用者の登録開始(前月以前から継続している場合を除く) 			
		<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の退所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の退居(※1) 	退所日 退居日		
		<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 	給付終了日の翌日		
		<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間開始 	開始日		
		<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合) 	資格取得日		
		終了	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護1～5の間) 	変更日	
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 ・利用者との契約解除 		契約解除日 (満了日) (開始日)		
	<ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護又は短期入所療養介護の入所(※1) ・小規模多機能型居宅介護(短期利用型)、認知症対応型共同生活介護(短期利用型)、特定施設入居者生活介護(短期利用型)又は地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)の入居(※1) 		入所日の前日 入居日の前日		
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険の訪問看護の給付対象となった期間 		給付開始日の前日		
	<ul style="list-style-type: none"> ・公費適用の有効期間終了 		終了日		
	福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 (特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む)		開始	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半月単位の計算方法を行うことも差し支えない。) 	開始日
				<ul style="list-style-type: none"> ・公費運用の有効期間開始 	開始日
		<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合) 		資格取得日	
終了		<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与の開始月と中止月が異なり、かつ、当該月の貸与期間が一月に満たない場合(ただし、当分の間、半 	中止日		

		月単位の計算方法を行うことも差し支えない。)	
		・公費適用の有効期間終了	終了日
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス (みなし) ・訪問型サービス (独自) ・通所型サービス (みなし) ・通所型サービス (独自) ※月額包括報酬の 単位とした場合	開始	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日
		・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・利用者との契約開始	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症 対応型共同生活介護の退居(※1)	退去日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の 翌日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養 介護の退所(※1)	退所日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
		終了	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)
	・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始		契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・利用者との契約解除		契約解除日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症 対応型共同生活介護の入居(※1)		入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始 (※1)		サービス提供 日(通い、訪問 又は宿泊)の 前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養 介護の入所(※1)		入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了		終了日

居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	-	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出す場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。 	-
<u>日割り計算用サービスコードがない加算及び減算</u>	-	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。 	-

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

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

3) 医療系サービスを計画に位置付ける際の留意事項について

①主治の医師等の指示の確認方法について

居宅サービス計画に医療系サービス(訪問看護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る))を位置付ける場合は、利用者の同意を得て主治の医師または主治の歯科医師の指示があることを確認する必要があります。

主治の医師または主治の歯科医師の指示の確認方法として、主治医意見書は要介護認定のための意見であるため、不可とします。主治の医師または主治の歯科医師の指示の確認方法は、利用者の同意を得て、医師等からの聞き取りや医師等が出す文書等とします。

しかし、医師等からの聞き取り、文書等が困難な場合は、支援経過に確認日、確認した相手(病院のケースワーカー等)、指示を出している主治医名および医療機関名、指示期間、指示内容を記載する方

法も可能とします。

②居宅サービス計画の交付

利用者が医療系サービスの利用を希望している場合その他必要な場合に、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければなりません。

なお、交付方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えありません。

4) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

軽度者（要支援1・2、要介護1（⑦については要支援1・2、要介護1～3）については、自立支援に十分な効果を上げる観点から、その状態像から見て使用が想定しにくい下記の種目については、原則として介護給付費の算定はできません。

なお、本市における軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付については、国の留意事項通知に基づく取扱いです。

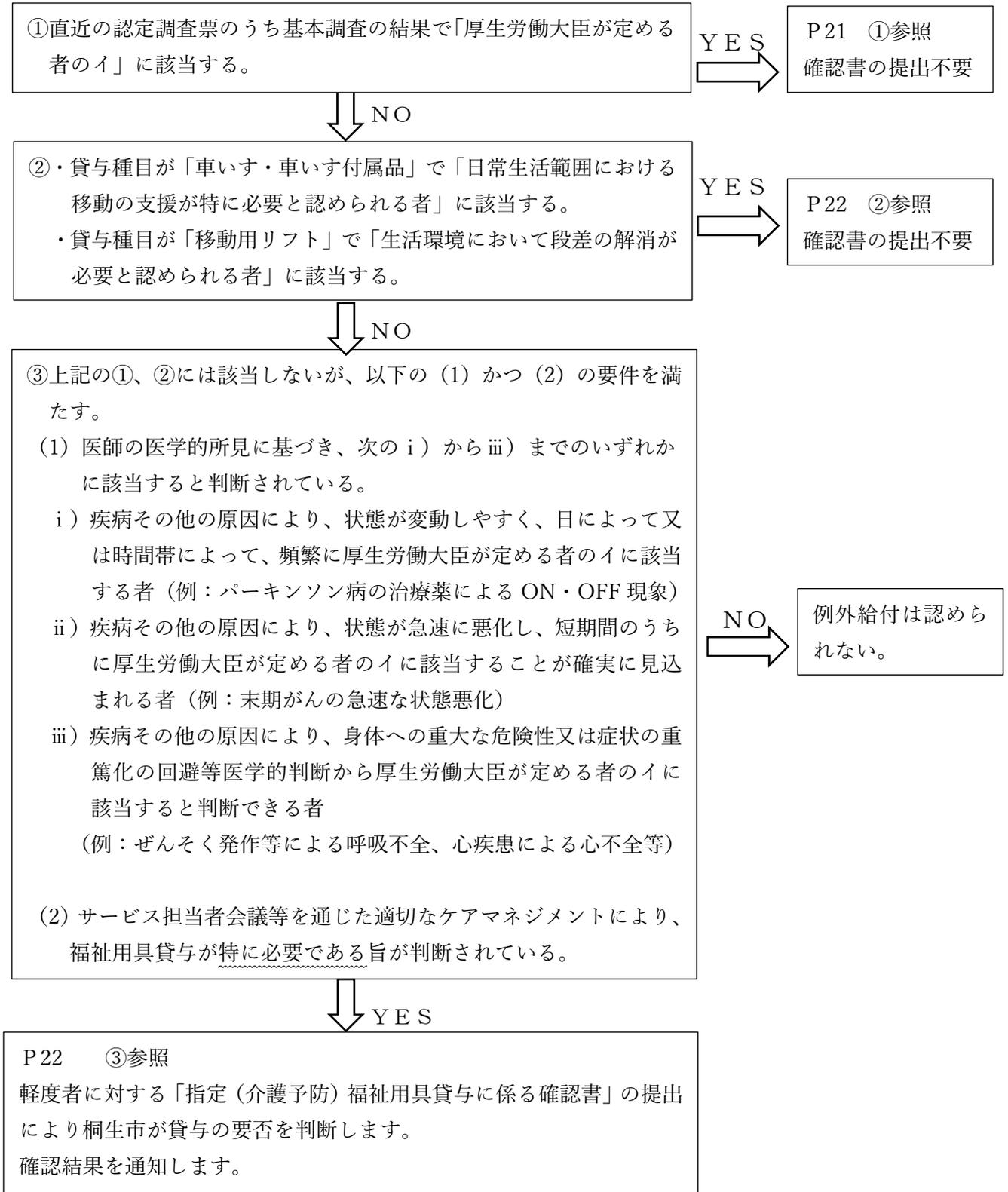
【対象外の福祉用具貸与の種目】

- ① 車いす及び車いす付属品
- ② 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- ③ 床ずれ防止用具
- ④ 体位変換器
- ⑤ 認知症老人徘徊感知機器
- ⑥ 移動用リフト（つり具の部分を除く）
- ⑦ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）

ただし、種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人については、保険給付の対象として例外的に福祉用具貸与が認められます。

福祉用具貸与の例外給付が必要な場合には、次のフローチャートに沿って手続きを行ってください。

軽度者の例外給付に関する取扱い方法
軽度者の福祉用具貸与 フローチャート



①直近の認定調査票のうち基本調査の結果から例外給付が可能な場合

⇒桐生市へ確認書等の提出は不要です。直近の認定調査票のうち基本調査の結果が表1の「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当する場合は、例外給付を受けることができます。

【表1】

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3.できない」
	(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	—
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4 「3.できない」
	(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3.できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3.できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査3-1 「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」 以外、又は 基本調査3-2～3-7のいずれか 「2.できない」又は、 基本調査3-8～4-15のいずれか 「1.ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	(二)移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 「4.全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 「3.できない」
	(二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3.一部介助」又は「4.全介助」
	(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	—
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一)排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4.全介助」
	(二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4.全介助」

②該当する基本調査結果がない場合

⇒桐生市へ確認書等の提出は不要です。

以下の場合については、認定調査票の基本調査の結果では要否の判断はできません。

- ・貸与種目が「車いす及び車いす付属品」で「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」に該当する場合
- ・貸与種目が「移動用リフト」で「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当する場合

この場合は該当する基本調査結果がないため、

- ・主治医から得た情報

及び

- ・福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員が判断します。

判断した根拠が分かる書類（居宅サービス計画への記録、医師からの医学的な所見が分かる書類）を整備した上で、保存してください。

③ ①②以外で厚生労働大臣が定める者イに該当する場合

⇒桐生市へ確認書等の提出が必要です。

【対象となる要件】

- (1) 医師の医学的所見に基づき、次の i) から iii) までのいずれかに該当すると判断されている。

【表 2】

i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイに該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイに該当することが確実に見込まれる者 (例：末期がんの急速な状態悪化)
iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全等、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

- (2) サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている。
- (3) (1)、(2) のいずれも満たしていることを桐生市が確認し、福祉用具貸与の可否を判断する。

【提出書類】

- ・軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与に係る確認書
- ・サービス担当者会議の要点（ケアプラン第4表）
- ・介護（予防）支援経過記録
- ・医師からの医学的な所見が分かる書類（主治医の意見書、医師の診断書、診療情報提供書、照会で所見を得た場合は照会記録の写し、書面によるもののほか、面談や電話等で医師から聴取した内容を記録する方法でも差し支えありません。いつ・誰から・どのような方法によって聴取したのかを明確にし、サービス担当者会議の要点や支援経過記録等に記載してください）

【提出について】

- ・原則として福祉用具貸与を開始する前に桐生市健康長寿課へ提出してください。
確認日以降から介護報酬の算定が可能となります。確認にはおよそ1～2日（閉庁日は含まない）かかります。
- ・末期がん患者の急な退院等により早急な対応が必要な場合等、やむを得ない理由により事前に確認書の提出が間に合わない場合には、事前に健康長寿課にご連絡いただき、その旨を支援経過に記録しておいてください。
なお、福祉用具貸与を開始する前に提出できない場合は『**届け出の遅延に関する申し出書**』の提出が併せて必要となります。
- ・新たに認定結果（更新・変更申請）が出て、福祉用具貸与の例外給付が必要な場合には、再度書類を提出してください。
- ・認定結果が出る前に暫定で福祉用具貸与する場合であって、軽度者に該当する見込みの場合には、書類を提出してください。なお、認定結果が要介護2（自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）は要介護4）以上と判明した際は、その旨を連絡してください。

特殊寝台について、「布団を使用しており立ち上がりのときに高さが必要」「つかまるところがないと起き上がれない」といった理由が多く見受けられますがこの場合には、まず**一般寝台**の利用から検討してください。
医学的所見から一般寝台とは異なる機能（主に背上げ、足上げ機能）が必要であると判断される場合に特殊寝台を検討することとなります。

提出書類一覧 (委託先居宅介護支援事業所 → 地域包括支援センター)

提出及び配布書類	新規 契約時	原案確認時 (新規・更新・ 暫定)	新規プラン 提出時	更新プラン 提出時	評価時	変更申請却 下時	プラン 変更時 (注1)	プラン終了 (中止)時 (注2)	委託先変更 時(新委託先 提出)	委託先変更 時(旧委託先 提出)	委託料 請求時
利用契約書・重要事項説明書・個人情報同意書	○										
業務委託のお願い、社会資源等一覧・担当CMのお知らせ	○(配布)								○(配布)		
介護予防サービス計画作成依頼届出書(介護保険課関係)	(※1)										
介護保険証(介護保険課関係)	(※1)										
介護保険証(居宅届け出済みの物)		○	○	○					○(配布)		
サービス利用票別表(介護保険法規定様式)		○	○	○		○	○		○(配布)		
利用者基本情報		○	○	○					○(配布)		
生活状況を把握するためのアセスメントシート(事業対象者のみ)		○	○	○		○	○		○(配布)		
基本チェックリスト		○	○	○		○	○		○(配布)		
介護予防サービス・支援計画書(提出時日付、記名確認)	①	○	○	○		○	○		(※2)		
介護予防サービス・支援計画書	②	○	○	○		○	○				
介護予防サービス・支援計画書	③	○	○	○		○	○				
医師の指示書等		(※3)	(※3)	(※3)		(※3)	(※3)		○(配布)		
サービス担当者会議の要点			○	○		○	○		○(配布)		
介護予防支援経過記録								○		○	
主治医意見書(写) 確認は必須ではない		○							○(配布)		
認定調査票(写) 確認は必須ではない		○							○(配布)		
介護予防サービス計画モニタリング・評価表										○(※5)	
介護予防通所介護計画										(※4)	
介護予防通所リハビリテーション計画										(※4)	
口腔機能向上加算評価										(※4)	
介護予防支援業務連携票										○	
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務実績報告書兼請求書										○	
給付管理票(介護保険法規定様式)											○
サービス利用票別表・実績入り(介護保険法規定様式)											○

注1 ただし、軽微な変更の場合は「介護予防支援業務連携票・利用票別表」の提出とする(同一サービスの提出と中止(含む更新申請不要)など)。

注2 利用者の死亡、転出、長期入院や施設入所、改善等によるサービスの利用中止(含む更新申請不要)など。

※1 健康長寿課へ提出。

※2 現在のプランの事業所名および所在地、計画作成者氏名を見え消し、新事業所名と計画作成者氏名及び居宅変更日を記入してもらう。

※3 介護予防訪問看護、通所リハビリ等の主治の医師又は歯科医師がその必要性を認めたものに限られるサービスを「介護予防サービス計画」に位置付ける場合、医師の意見が確認できる書類を添付すること。

※4 介護予防通所介護又は通所リハビリテーションの利用者で、介護報酬上の加算が算定されている場合に添付すること。

※5 評価の期間の状況に応じ「モニタリング」のみの記載で提出し、新委託先が続きを記入する。又は新委託先に変更しプランは継続となるが、自事業所はサービス終了となるため終了として評価表を提出。

◎ 介護予防サービス計画モニタリング・評価表については、原則として6か月毎に提出のこと。ただし通所型サービスの利用者で口腔機能向上加算算定者は、同サービス提供事業者が作成する事業計画同評価の写しを2期間分(サービス提供事業者側の評価期間3か月×2)を添付して提出のこと。

Q & A

1. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

質問	回答
【ケアプラン】	
介護予防通所リハビリと医療リハビリの併用は可能ですか。	原則できません。ただし、一時的に介護保険と医療保険の各リハビリを同時に利用できる場合があります。 ①特定の疾患に該当する場合 ②異なる診断名でサービスを利用する場合 ③それぞれのサービス利用月が異なる場合
要支援1の方は通所型サービスを週2回利用できますか。	要支援1は週1回程度の利用回数を想定していますが、利用回数の上限は設けていないことから、受け入れ可能な事業所があれば週2回利用することは可能です。ただし、報酬は要支援1の単位数となります。
事業対象者については主治医意見書がないが「健康状態について」の欄は空欄のままでよいのか。	主治医に口頭確認、本人への聞き取り（主治医から指導されている内容）、健診結果等を記載してください。
【サービス担当者会議】	
委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合、サービス担当者会議の開催は必要ですか？	前任の介護支援専門員のケアプランを利用する場合は、サービス担当者会議を開催しなくても差し支えありません。

質問	回答																																				
【モニタリング・評価】																																					
モニタリングの「3月（みつき）に1回」とは、3か月毎と捉えてよろしいですか？	3月に1回とは、3か月毎ではなく、3月のうち1回は居宅を訪問するということです。下記のようなパターンでも可。訪問月以外は電話等でモニタリングを行ってください。 <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> </tr> <tr> <td>訪</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>訪</td><td></td><td>訪</td><td></td><td></td><td></td><td>訪</td> </tr> <tr> <td>問</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>問</td><td></td><td>問</td><td></td><td></td><td></td><td>問</td> </tr> </table>	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	訪					訪		訪				訪	問					問		問				問
4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3																										
訪					訪		訪				訪																										
問					問		問				問																										
ケアプランの評価月（中間・更新・終了）には利用者宅への訪問が必要ですか？	評価の実施に際しては、利用者の状況を適切に把握し、利用者及び家族の意見を徴する必要があることから、利用者宅を訪問して行う必要があります。																																				

2. 請求関連

質問	回答
【予防訪問介護相当サービス・予防通所介護相当サービス】	
月の途中で、サービスの利用を開始又は終了した場合	利用者とサービス事業所との契約日、または契約解除日を基準として日割り請求となります。
月途中で、サービス事業所の変更を行った場合	利用者とサービス事業所との契約日、または契約解除日を基準としてそれぞれのサービス事業所で日割り請求となります。
月途中で、事業対象者から要支援に変更、または要支援1から要支援2に変更になった場合	介護認定の変更日を基準として日割り計算となります。
月途中で、要介護から要支援に変更、または要支援から要介護に変更になった場合	利用者とサービス事業所との契約日、または契約解除日を基準として日割り請求となります。
月の途中で、入院した場合	契約が継続している場合は月額包括報酬となりますが、入院により契約を解除した場合は日割り請求となります。利用者の状態や事業所の利用契約書の条件により異なります。
月の途中で、死亡した場合	死亡により契約解除と考えられるため、死亡日を基準として日割り請求となります。
月の途中で、他保険者に転入・転出した場合	それぞれの保険者において、月額包括報酬を請求できます。
月途中で、生活保護の受給開始（または終了）となった場合	公費適用の有効期間「開始日（または終了日）」を起算日として日割り請求となります。
ショートステイを利用した場合	ショートステイ利用日を抜いた日数で日割り請求となります。 例) 4/15～4/17 (2泊3日) のショートステイを利用した場合、 日割り単位数 × (30日間 - 3日間 = 27日間)

質問	回答
【介護予防ケアマネジメント】	
介護予防ケアマネジメントの初回加算は、どのような場合に請求できますか。	①初めて介護予防ケアマネジメントを実施する場合、②介護予防ケアマネジメントを実施してから2か月以上経過し、且つ再アセスメントを実施して新たにケアプランを作成した場合、③要介護から要支援又は事業対象者へ変更になった場合、に初回加算を請求できます。
委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合、初回加算を請求できますか。	委託先の居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業者としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を請求できません。
要支援から要介護へ変更後、要介護から要支援へ変更になった場合、初回加算を請求できますか。	初回加算を請求することができます。
事業対象者から要支援へ変更になった場合、初回加算を請求できますか。	事業対象者又は要支援に対して介護予防サービス計画を作成することは同等であると考えられるため、初回加算を請求できません。
転居等により介護予防支援事業者が変更となった場合、初回加算を請求できますか。	介護予防支援事業者としては初めて当該利用者を担当することになるため、初回加算を請求できます。
月の途中で、他保険者に転出した場合、請求はどうなりますか。	それぞれの保険者において、月額包括報酬を請求できます。
要支援の方が15日に区分変更申請を行い、要介護認定が出た。14日までは予防サービスを利用したが、15日以降に介護給付サービスの利用がない場合、請求はどうなるか。	14日までの予防サービスについて地域包括支援センターが請求します。 その際、新しい介護度での居宅の届出日については注意が必要です。担当の地域包括支援センターに連絡、確認を必ず行ってください。

3. その他

質問	回答
<p>要介護認定の結果、非該当の可能性が高いため要介護認定と基本チェックリストによる申請を同時に行う事は出来ますか。</p>	<p>可能です。</p> <p>①介護認定申請と並行し、基本チェックリストを実施。</p> <p>②基本チェックリストで該当になったら、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を作成し市に提出。</p> <p>③介護予防ケアマネジメントを実施し、要介護認定が出るまで介護予防・生活支援サービスを利用する。ただし、暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は並行して介護予防・生活支援サービス事業を利用することは出来ません。</p>
<p>他市の住所地特例対象者のケアマネジメント費はどうなりますか。</p>	<p>A市の被保険者でB市に居住している方は、B市の総合事業を利用し、B市の地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成します。介護予防ケアマネジメント費については、B市のサービスコードでA市に請求してください。</p>