

大和高田市第1号事業マニュアル

(訪問型・通所型サービス、介護予防ケアマネジメント)



大和高田市 保健部 介護保険課・地域包括支援課

目 次

<u>1章. はじめに</u>	1
<u>2章. 介護保険法</u>	1
<u>3章. 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画</u>	2
1. 計画期間	
2. 基本理念	
3. 基本目標	
<u>4章. 総合事業概要</u>	3
1. 大和高田市の現状について	
2. 介護予防・日常生活支援総合事業とは	
3. 地域支援事業の全体像	
4. 大和高田市の実施する介護予防・日常生活支援総合事業について	
5. 介護予防ケアマネジメントの考え方	
6. 介護予防ケアマネジメントの類型	
7. 第1号事業の現状について	
<u>5章. 受付からサービス利用の流れ</u>	15
1. 介護保険課の窓口対応の流れ（新規相談時）	
2. 新規で介護相談を受けた時のケアマネジャーの対応	
3. 基本チェックリスト実施対象者と関係書類	
4. 基本チェックリストの実施について	
5. 認定の更新申請について	
6. 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について	
7. 要支援者・事業対象者が住所地特例対象施設に転出した場合の手続き	
8. 事業対象者手続きの流れ	

6章. 介護予防ケアマネジメントについて・・・・・・・・・・ 25

1. 介護予防ケアマネジメントにかかる様式
2. アセスメント実施の流れ
3. ケアプランの作成
4. サービス担当者会議からモニタリング・評価
5. 介護予防ケアマネジメントの計画期間
6. 短期集中予防サービスC（訪問型・通所型）について
7. 介護ケアマネジメントに係る提出書類について

7章. 介護予防ケアマネジメント業務の委託について・・・・・・・・・・ 40

1. 介護予防ケアマネジメントの実施主体
2. 契約の方法について
3. 留意事項
4. ケアマネジメント費について
5. 介護予防支援、介護予防ケアマネジメント費の例
6. 給付管理から委託料の支払いまで

8章. 訪問型・通所型サービスの基準・単価等に関する事・・・・・・・・・・ 45

1. 訪問型サービスの基準・単価
2. 通所型サービスの基準・単価
3. サービスコード表

第1章 はじめに

「介護予防・日常生活支援総合事業（略称＝総合事業）」は、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、地域社会全体で介護予防を支援する取り組みです。従来の事業者が行うサービスに加え、ボランティアやNPO、地域住民など多様な担い手により、介護予防や生活支援サービスを総合的に提供します。また高齢者自身が支援の担い手となり社会参加することで、活力ある地域生活の実現も期待されています。

第2章 介護保険法

第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2条（介護保険）第2項

保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

第3章 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画

本計画は、介護保険の利用の有無にかかわらず、高齢者保健福祉に関する施策全般と、介護保険事業についてそのサービス見込量などを定める介護保険事業計画を一体的に策定するものです。

介護保険事業計画は、要支援・要介護者の人数、介護保険の給付対象となるサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるなど、本市の介護保険事業運営の基礎となる事業計画で今回が第8期となります。

1. 計画期間

令和3年度から令和5年度までの3か年とします。

いわゆる団塊の世代が後期高齢者に到達する令和7年の高齢者のあるべき姿と、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年を見据えた計画とし、中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計し、中長期的な視野に立った施策の展開を図ります。

2. 基本理念

「高齢者が健康で自分の力を最大限に“まち”や“ひと”のために発揮することのできる“わがまち”大和高田の実現」とします。

3. 基本目標

- ① 高齢者が健康づくりや生活習慣病予防・介護予防に努め、健康寿命を延ばす
- ② 生きがいと持ち得る力を地域で活かす“わがまち”をつくる
- ③ 住み慣れた地域で安心して暮らせる関係をつくる
- ④ 認知症とともによりよく生きる
- ⑤ 自分に合ったサポートを受けられ、暮らすことができる
- ⑥ 地域包括ケアシステムの中で、顔の見える関係をつくり、助けたり、助けられたりできる
- ⑦ 地域共生社会ですべての人が支えあいながら暮らす

第4章 総合事業概要

1. 大和高田市の現状について

(1) 人口と高齢化率

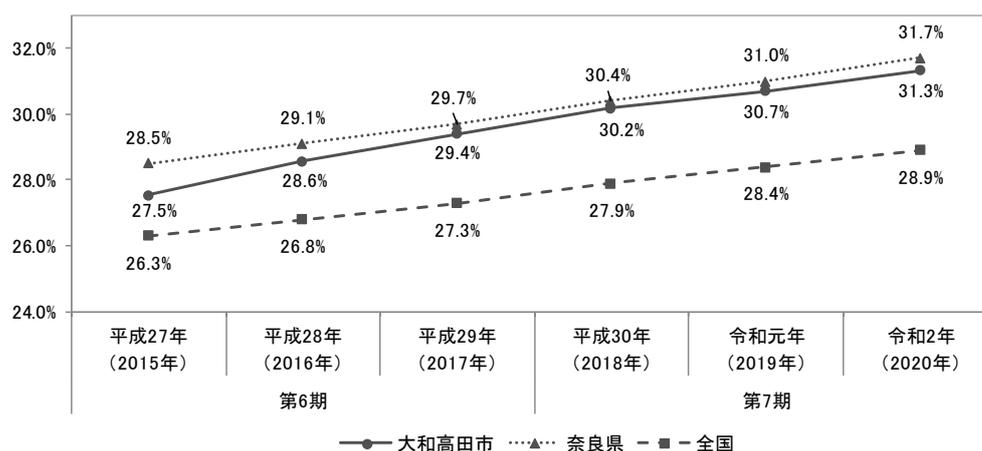
人口の推移を見ると、総人口は減少傾向にあり、令和2年9月末現在では63,933人となっています。

一方で、高齢者人口は増加傾向にあり、令和2年では20,032人と、平成27年の18,594人から1,438人増加しています。

高齢化率も年々上昇し、令和2年では31.3%となっています。高齢者人口の推移を見ると、前期高齢者は平成27年以降減少傾向、後期高齢者は増加傾向にあり、令和2年では前期高齢者が9,767人、後期高齢者が10,265人と、平成27年から前期高齢者498人の減少、後期高齢者1,936人の増加となっています。高齢者人口に占める前期高齢者、後期高齢者の割合は、平成31年1月に逆転し、後期高齢者の割合が多くなりました。

(2) 高齢化率の比較

大和高田市の高齢化率は、全国に比べて高くなっていますが、県平均に比べ、やや低くなっています。平成27年から令和2年にかけての伸び率については、県平均をやや上回っています。



※資料：市は住民基本台帳 各年9月末日現在

奈良県、全国は総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

(3) 要支援・要介護認定者数の推移

要支援・要介護認定者数の推移を見ると、概ね増加傾向にあり、令和2年9月末では3,940人と、平成27年の3,213人から727人増加しています。

単位：人

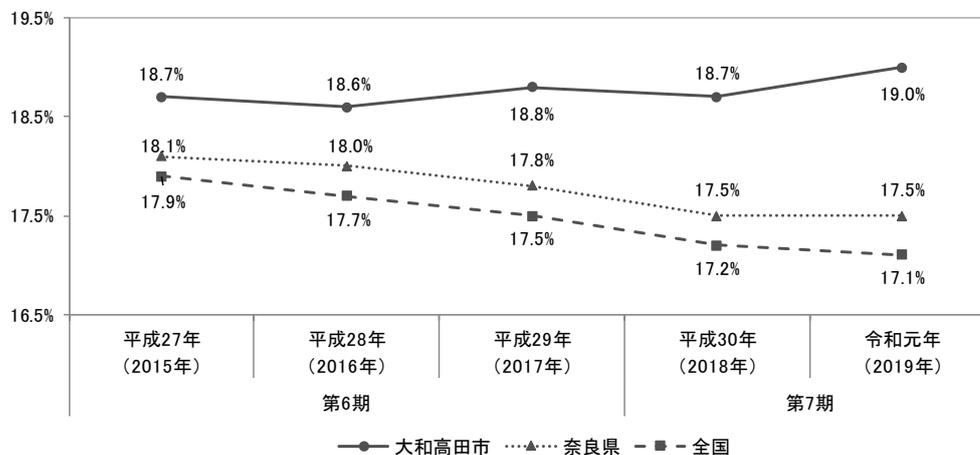
区分	第6期			第7期		
	平成27年 (2015年)	平成28年 (2016年)	平成29年 (2017年)	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)
第1号被保険者数	18,578	19,088	19,384	19,650	19,828	19,989
要支援・要介護認定者数	3,213	3,419	3,557	3,703	3,835	3,940
第1号被保険者	3,127	3,331	3,470	3,620	3,763	3,867
第2号被保険者	86	88	87	83	72	73
認定率	16.8%	17.5%	17.9%	18.4%	19.0%	19.3%

※資料：厚労省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより）

各年9月末日現在（要支援・要介護認定者数と第1号、第2号被保険者の内訳はすべて各年の9月末の数）

※本指標の「認定率」は、第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した数。

認定率も増加傾向で推移し、令和2年では19.3%となっています。大和高田市の認定率は、全国、県より高い水準で推移しています。県内12市中では2番目に高くなっています。



※資料：厚労省「介護保険事業状況報告」（地域包括ケア「見える化」システムより）

各年3月末日現在

※性・年齢構成を考慮しない調整済認定率を使用。計算に用いる標準的な人口構造は平成27年1月1日時点の全国平均の構成。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

- (1) 介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン（平成27年6月5日老健局長通知）
総合事業では、① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。

- (2) 地域包括ケアシステムの中の位置づけ
地域包括ケアシステムの中に位置づけると「図1 大和高田市の地域包括ケアシステムの姿」の通りです。

大和高田市の地域包括ケアシステムの姿

共助

通院・入院
退院

医療保険制度

急性期病院
救急・手術
高度医療

認知症疾患センター
早期発見→早期治療

精神科等

病気になるたら...

市立病院

地域の連携病院
土庫病院・中井記念病院

かかりつけ医
歯科医
薬局

早期回復
入退院調整
ルール

地域医療連携室
・地域包括支援センター
・介護支援専門員

医療から介護への円滑な移行促進 相談業務やサービスのコーディネート

包括的マネジメント
・地域包括支援センター
・在宅医療連携拠点
・地域医療連携室
・介護支援専門員
・生活支援コーディネーター

在宅医療
訪問看護
訪問リハ

通所
多様な住まい
介護老人ホーム等「平沼寮」他
サービス付き高齢者向け住宅

自宅

生活困窮対策

公助

大和高田市役所

保健センター

一般介護予防事業

脳トレ教室・転倒予防教室・いきいき百歳体操
脳トレサポーター

健康づくり
健康づくり推進協議会・食生活改善推進協議会・運動推進協議会・特定保健指導等

自助

居場所・老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

施設・居住系サービス

介護老人福祉施設
「慈光園」和里「あまがし苑高田」

介護老人保健施設
「ふれあい」光陽

認知症共同対応型生活介護
「いまど」と元氣村「元氣村2」ゆかりの里苑「あまがし苑高田」「まほろば」
「ベルライオン薬山」「あすなら」
特定施設入居者生活介護
「ベルライオン大和高田」
「寿の郷大和高田」

認知症対策

新オレンジプラン
・推進員
・初期集中支援チーム
・認知症サポーター&キャパシメイト
・オレンジカフェ
・認知症ケアババ

介護保険制度

介護が必要になったら...

在宅サービス：
・訪問入浴・訪問介護・通所介護・通所リハ
・短期入所生活介護・短期入所療養介護
・小規模多機能型居宅介護「菅楽路」あすなら
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
・看護小規模多機能「ももの家」あすなら
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護「あすなら」
・福祉用具貸与・福祉用具購入・住宅改修

入所
商店
民間サービス

退所

生活支援・介護予防

いつまでも元気に暮らすために...

生活支援・介護予防

地域包括支援センター

総合事業
訪問型サービス(A.C)
通所型サービス(A.C)

居場所づくり
シニアリーダー
生活支援サポーター

任意事業
ニーズとサービスのマッチング・コーデイネート

高齢者の自己実現

社会福祉協議会
在宅介護支援センター

相互助

居場所・老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

図1

3. 地域支援事業の全体像

(1) 地域支援事業とは

「高齢者が在宅において自立した生活を送れるようにするため、
(1) 高齢者が要介護状態・要支援状態になることをできる限り防ぐ、また
(2) 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ことを目的として、様々なサービスの提供や支援を行っている。

(2) 地域支援事業の内容

包括的支援事業

地域支援事業のうち包括的支援事業に位置づけられる業務として、地域包括支援センターの運営にかかる業務とセンター以外に委託できる3事業が示されている。

(ア) 地域包括支援センターの運営

① 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

介護予防ケアマネジメントは、基本チェックリスト該当者に対して、介護予防および日常生活支援を目的として、包括的かつ効果的に実施されるようアセスメントや目標の設定、事業評価等必要な援助を行うものである。

② 総合相談支援業務

総合相談支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続することができるようにするため、高齢者や家族、地域等からの相談を受け、高齢者の実態把握を行い、必要に応じて介護保険内外のサービスの利用調整や地域包括支援ネットワークの構築を行うものである。

③ 権利擁護業務

権利擁護業務は、高齢者が地域で安心して尊厳ある生活を送ることができるよう、虐待や消費者被害等の権利侵害への対応や予防を行うものである。認知症等で判断ができない人への支援も重要である。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は高齢者が住み慣れた地域で生活するための地域の基盤を整えるとともに、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるよう、処遇困難事例に対する介護支援専門員への助言や支援、スーパーバイズ、介護支援専門員のネットワークづくり等を行うものである。

(イ) 在宅医療・介護連携推進事業

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進する。

(ウ) 生活支援体制整備事業

高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくため、多様な生活支援や介護予防・社会参加へのニーズに対応し、地域住民等を主体とした地域特性に応じた生活支援等サービスの体制整備を図る。

(エ) 認知症総合支援事業

認知症初期集中支援チームによる認知症の早期発見・早期対応や、認知症地域支援推進員による相談連携体制の構築により、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることを目指す。

介護予防・日常生活支援総合事業

平成 24 年度の法改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）が新設され、平成 27 年度の法改正により、介護予防・生活支援サービス事業（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号）と一般介護予防事業（同法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号）として構成された。

この事業は、要支援者及び基本チェックリスト該当者等に対して、介護予防・生活支援サービス（訪問型サービス、通所型サービスや配食・見守り等のその他の生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント）と一般介護予防事業（介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業）等を総合的に提供する事業である。

任意事業

(ア) 緊急通報システム事業

一人暮らし高齢者等に対し、急病、災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図るため、緊急通報装置を設置することにより、押しボタンによる緊急通報や相談ができるシステムを提供している。

(イ) 家族介護者交流会

在宅で介護している家族等が、介護者相互の交流・情報交換などにより、日常の介護からの一時的な開放、身体的・精神的負担の軽減を図るとともに、高齢者の在宅生活の継続、介護技術の向上、介護者の孤立防止、介護への意識・意欲の高揚を図ることを目指す。

(ウ) 家族介護支援事業

65歳以上の在宅で生活する人で、要介護3～5と認定され、常時失禁状態にあって、本人が生計を一にする同居の親族全てが住民税非課税である人（生活保護世帯は除く）に対し、介護用品（紙おむつ等）を支給することにより、精神的・経済的負担の軽減を図る。

4. 大和高田市の実施する介護予防・日常生活支援総合事業について

(1) 介護予防・生活支援サービス

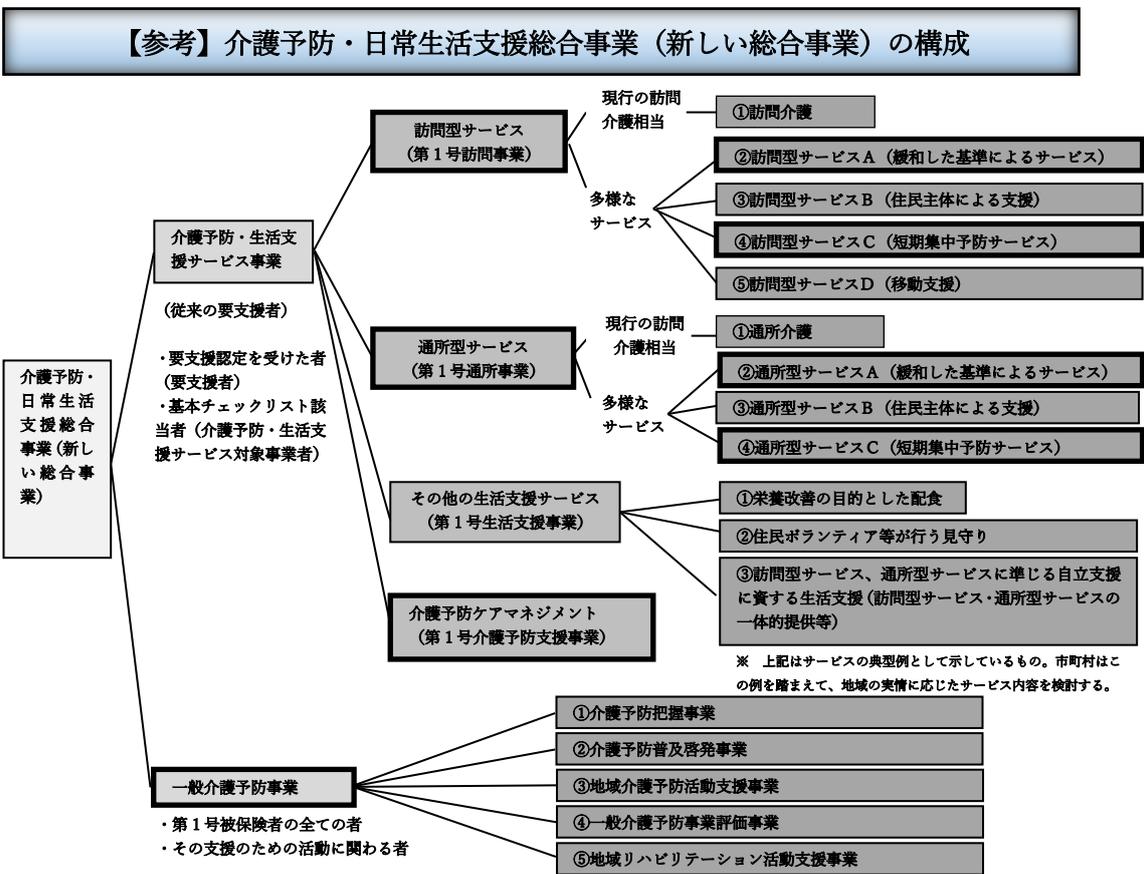
ア) 訪問型サービス（第1号訪問事業）

- ・訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
- ・訪問型サービスC（短期集中予防サービス）

イ) 通所型サービス（第1号通所事業）

- ・通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
- ・通所型サービスC（短期集中予防サービス）

ウ) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）



(2) 一般介護予防事業

対象者：高齢者及び地域づくり等を行おうとする人

実施機関：①地域包括支援課

②在宅介護支援センター

③住民

④その他

実施場所：公共施設、居場所、サービス事業所等

実施内容：介護予防のための運動や講話

①転倒予防教室

②いきいき百歳体操

③脳トレ教室（認知症予防教室）

④出前講座

⑤その他

自己負担徴収：なし（実費費用徴収可）

コンセプト：①住民の身近な場所で実施

②住民主体で行うことを目指す

③住民同士がつながる場所となる

④高齢者がボランティアや支える側に回る

⑤自立支援・介護予防のため、介護予防・生活支援サービス事業終了後の受け皿となる

⑥あらゆる年齢・身体状況でも参加できる

⑦週1回以上通える場所がある（閉じこもり予防）

⑧互助の関係性を促進する

⑨効果が実証されている

根拠のあるものを活用する

その他：①短期集中型サービスCや緩和型サービスAとの併用を可能にする

②地域リハビリテーション事業の活用

③居場所づくりの並行実施

④シニアリーダー等の養成を同時に行う

5. 介護予防ケアマネジメントの考え方

「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について～平成27年6月5日付老振発0605第1号～」

(1) 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

(2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い

続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

6. 介護予防ケアマネジメントの類型

(1) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、典型例として以下のような類型を想定していますが、利用者の状況に応じて実施するものとします。

①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ケアプラン原案作成 ➤ サービス担当者会議 ➤ 利用者への説明・同意 ➤ ケアプランの確定・交付 ➤ サービス利用開始 ➤ モニタリング
②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<p>①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）</p>	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ケアプラン原案作成 ➤ （サービス担当者会議） ➤ 利用者への説明・同意 ➤ ケアプランの確定・交付 ➤ サービス利用開始 ➤ （モニタリング【適宜】） <p>※（ ）は必要に応じて実施</p>
③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<p>ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（※必要に応じ、その後状況把握を実施）</p>	<p>アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ケアマネジメント結果案作成 ➤ 利用者への説明・同意 ➤ 利用するサービス提供者等への説明・送付 ➤ サービス利用開始

7. 第1号事業の現状について

(1) 訪問型サービスA

身体介護型と生活援助型を選べますが、約8割の利用者が生活援助型を利用しており、約2割が身体介護型を利用しています。

生活援助型では、掃除や片付け・買い物代行・調理のニーズが高く、身体介護型では、入浴時の一部介助のニーズが高くなっています。

訪問型サービスの従事者には、より専門性の高い身体介護型へ従事できるよう、担い手の養成や人員要件の緩和などの必要な体制整備をすすめます。利用者のニーズに合ったサービスが提供できるよう、令和3年4月提供分から変更します。

(2) 通所型サービスA

リハビリ型・アクティブ型、半日・全日と利用者のニーズに合わせた利用が可能となっていますが、約9割がリハビリ型を利用しており、約1割がアクティブ型を利用しています。時間別で見ると、半日型（2～4時間未満）と全日（4時間以上）の割合は半々となっています。

加算では、送迎・入浴・運動器機能向上が主となっています。新たに処遇改善加算や特定処遇改善加算などを創設することで、手厚い人員配置や事業計画を立てている事業所への算定が可能となります。

利用者が通所型サービスへ求める機能として、社会交流、健康チェック、運動や体操、入浴、食事の提供などが挙げられますが、高齢者には口腔機能や栄養改善の課題もあります。

通所型サービスAでは介護予防により力を入れ、利用者のニーズに応じたサービスを提供することで自己実現が可能となるよう、令和3年4月提供分から変更します。

※ 訪問型・通所型サービスの変更点の詳細については、第8章をご参照ください。

(3) 介護予防ケアマネジメント

市役所の窓口などで行っている基本チェックリストによる判定により事業対象者となると、あまり時間をかけずサービスを利用できるため、利用者は増加していますが、認定者総数の5%未満です。

年間で延べ4,000人以上に対してケアプランを作成しており、約7割のケアプランを居宅介護支援事業所へ委託しています。

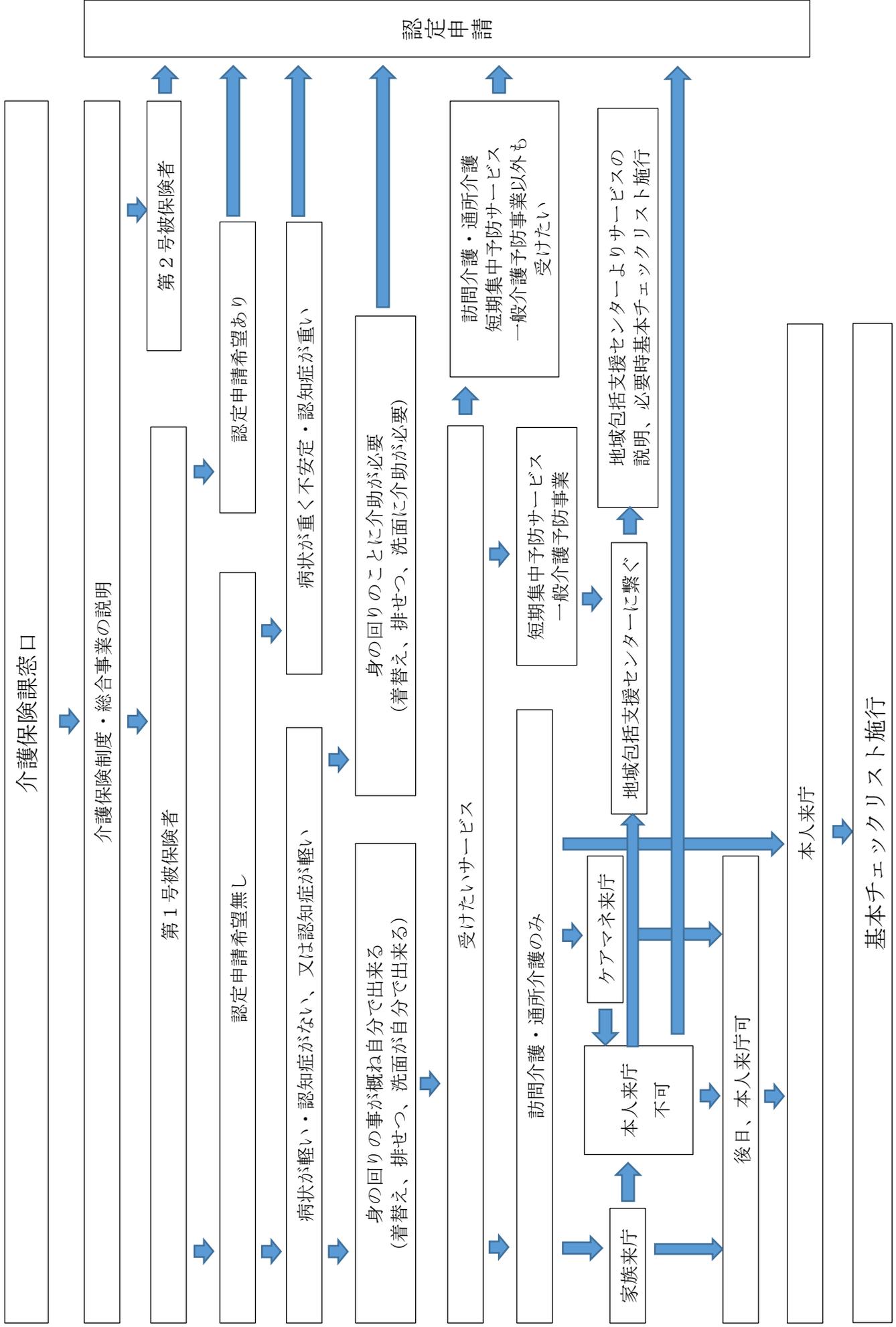
第5章 受付からサービス利用の流れ

1. 介護保険課の窓口対応の流れ（新規相談時）

「【新規相談時】介護保険課窓口での基本チェックリスト施行・要介護認定等の申請判断について」 参照

- ・対象者やその家族等より、窓口で介護に関する相談を受けた場合、介護保険制度と総合事業の制度の両方の説明を行います。（両方の制度について書かれたパンフレットをお渡しします。）
- ・対象者の年齢、意向や主訴、受けたいサービス、身体状況にあわせて、要介護・要支援認定（以下要介護認定等とする）が必要か、基本チェックリストの施行を実施するか判断します。
- ・判断に迷う場合や対象者等が要介護認定等を希望される場合は、認定申請を受け付けます。
- ・基本チェックリストは、対象者自身に記入してもらう事が想定されていますので、対象者が来庁されていない場合は窓口で施行できません。後日、対象者に来庁して頂き施行するか、来庁出来ない場合は家族やケアマネジャーに代行で認定申請をして頂きます。
- ・対象者等が短期集中予防サービスや一般介護予防事業を希望された場合は、地域包括支援センターより該当サービスについて説明し、基本チェックリストの施行等の判断をします。
- ・認定申請、又は基本チェックリストで、要支援者、事業対象者となった場合は、地域包括支援センター又は、委託を受けた介護予防支援事業所が、「介護予防サービス計画」又は「介護予防ケアマネジメント」を行います。

【新規相談時】介護保険課窓口での基本チェックリスト施行・要介護認定等の申請判断について



2. 新規で介護相談を受けた時のケアマネジャーの対応

- ・対象者やその家族等より、介護に関する相談を受けた場合、介護保険制度と総合事業の制度の両方の説明をお願いします。
- ・総合事業利用については対象者に混乱がないよう丁寧な説明をお願いします。
- ・介護保険の利用は、あくまでも本人の自立のための利用であることを理解し、要介護認定等の必要性や基本チェックリスト施行の必要性を判断して下さい。
- ・基本チェックリスト施行でよいと判断した場合、対象者に介護保険課窓口に行ってもらおうよう、促して下さい。
- ・要介護認定等が必要と判断した場合は、対象者や家族に介護保険課窓口で認定申請して貰うよう促して頂くか、場合によっては代行で認定申請をお願いします。
- ・判断に迷う場合は、介護保険課または地域包括支援センターに照会下さい。
- ・対象者が、要支援者、又は事業対象者となり、予防給付、又は総合事業のサービスを希望された場合は、対象者に地域包括支援センターに連絡して頂くよう伝えて下さい。又、自らサービス計画を担当して頂ける場合は、地域包括支援センターに連絡し、委託契約を結んで下さい。

明らかに認定申請が必要な人の例

- ・ 第2号被保険者
- ・ 寝たきり状態である。
- ・ 杖をついたり、歩行器、車椅子を使用しても1人で移動できない。
- ・ 認知症や身体状態の悪化により、身の回りのこと(着替え、排せつ、洗面等)に介助が必要である。
- ・ 病状が不安定(癌の末期、精神状態が落ち着いておらず、妄想や徘徊などの精神行動障害が強く出ている等)である。
- ・ 訪問介護、通所介護、短期集中予防サービス、一般介護予防事業以外のサービスも希望している。

3. 基本チェックリスト実施対象者と関係書類

(1) 基本チェックリスト実施対象者

- ・ 要支援相当（現在認定はないが、要支援の状態像である。あるいは、現在要支援認定者。）
- ・ 利用する（したい）サービスが、訪問型サービス、通所型サービス、短期集中予防サービスのみの方。

(2) 基本チェックリスト実施初回の場合

〈申請時の提出書類〉 ※介護保険被保険者証の提出は不要

① 基本チェックリスト（介護保険課で実施）

〈結果の通知書類〉（本人に送付）

- ① 事業対象者決定通知書
- ② 介護保険被保険者証
- ③ 負担割合証送付のお知らせ
- ④ 負担割合証

(3) サービスを利用している要支援認定者で認定を更新せず、基本チェックリストを施行する場合（担当ケアマネジャーは、下記の書類を確認の上、地域包括支援センターに提出。地域包括支援センターより介護保険課に提出します。）

〈申請時の提出書類〉

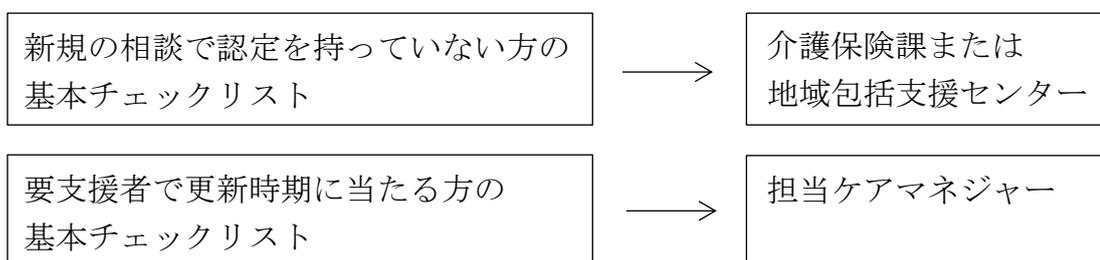
- ① 基本チェックリスト（本人記入）
- ② 介護保険 要介護・要支援更新認定を受けない旨の申出書（本人も保管）
- ③ 介護保険被保険者証（紛失時は介護保険被保険者証等再交付申請書）
- ④ 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼届出書

〈結果の通知書類〉（本人に送付）

- ① 事業対象者決定通知書
- ② 介護保険被保険者証
- ③ 負担割合証送付のお知らせ
- ④ 負担割合証

★結果の通知書類は、基本チェックリスト受取後3～7日後に送付します。

4. 基本チェックリストの実施について



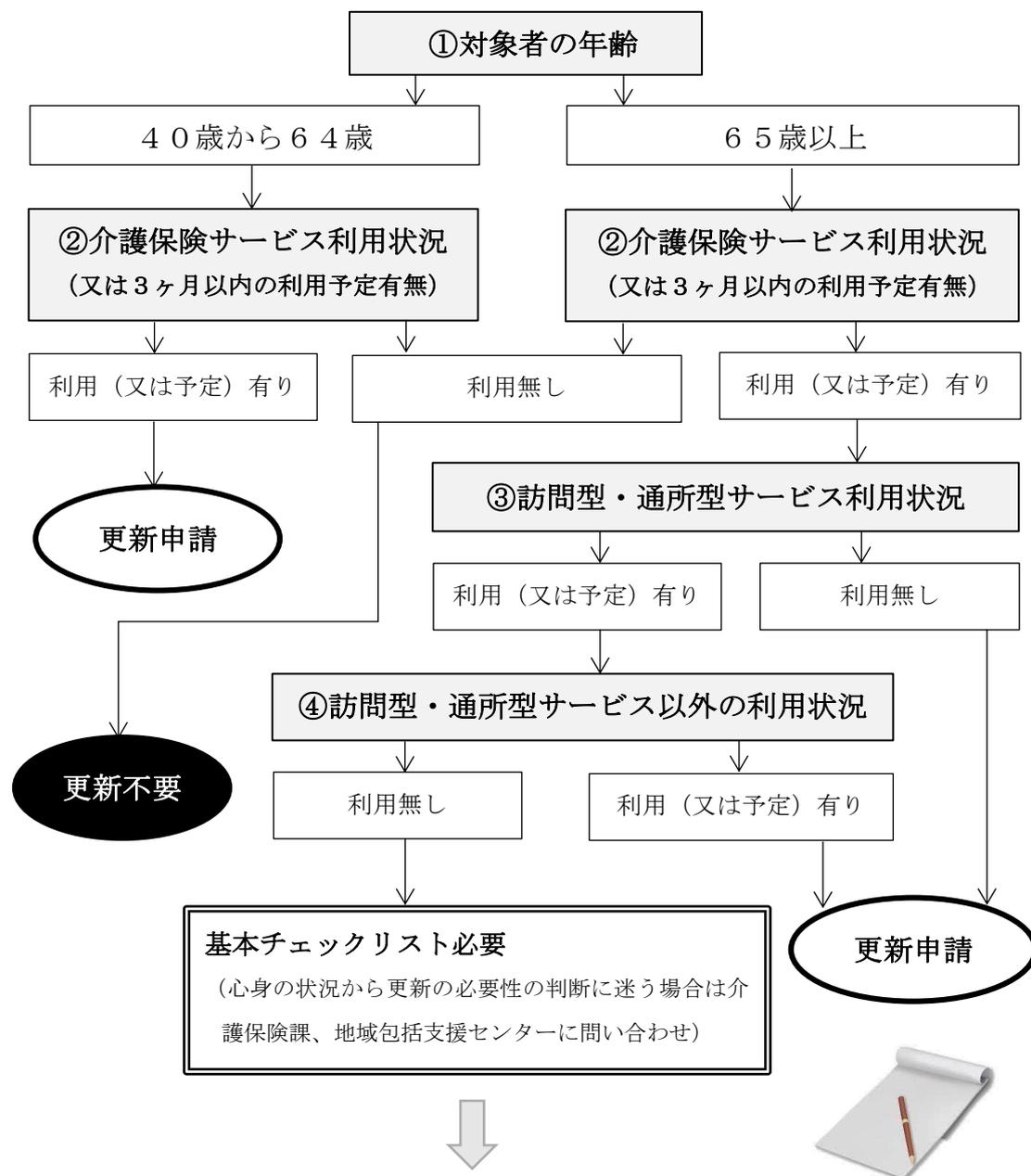
- ・ モニタリングの際（概ね6か月に1回）には、必ず基本チェックリストを実施してください。また、裏面の実態把握票もご記入いただき、ご活用ください。
- ・ 基本チェックリストは、従来、アセスメントのために用いられるものでしたが、総合事業が始まり、「事業対象者」かどうかを判断する指標にもなります。
- ・ この判断に用いる基本チェックリストは、国で決められた25項目で、考え方も国で示されている通りです。
- ・ 大和高田市では、基本チェックリストを判定に用いるだけでなく、プラン立案の参考になるように、裏面に「生活実態把握票」を追加しています。
- ・ 裏面最後に、個人情報の取扱いに関して記載しています。介護保険課と地域包括支援センター・事業所との基本チェックリストや、対象者の基本情報アセスメントシートのやりとりに関しての同意の署名を求めるものです。

★要支援認定を持つ人が更新申請をする場合は、認定有効期間内に必ず基本チェックリストを行ってください。

認定の結果が「非該当」や「要介護」となったときに、事業対象者として給付出来る可能性を残すためです。更新の時期に基本チェックリストを取っていないと、認定が遅れてしまって、既に総合事業のサービスを使っていた場合、実費になる可能性が出てくるので、それを避ける為の対処です。

5. 認定の更新申請について

【更新時】要支援認定者の更新申請必要性判定チャート



※更新認定を受けない旨の申出書

このように、更新対象者の年齢、意向や主訴、受きたいサービス、身体状況によっては、必ずしも更新申請をしなくてよい人がいます。すべての更新対象者の更新案内にその旨を記載した書類を同封します。担当のケアマネジャーは対象者等に更新手続きについて説明し、更新申請をせず基本チェックリストをすると決めた人については、トラブルを避けるため「更新認定を受けない旨の申出書」を記入してもらい、介護保険課に提出してください。記入が難しい場合は必須ではありません。

令和3年4月

■要支援1・要支援2の認定を受けておられる方へ

(更新通知同封文)

現在要支援1・2の認定を受けていて利用しているサービスまたはこれから利用したいサービスが、訪問型サービスと通所型サービスのみの方は、介護保険更新認定の手続きを行わずに、「基本チェックリスト」を行い、事業対象者と判定されれば要支援1相当の訪問型サービス、通所型サービスを利用することができます。



更新手続きが不要になる場合がある方

- ① 訪問型サービス（ホームヘルパー）のみ利用
- ② 通所型サービス（デイサービス）のみ利用
- ③ ①②両方のみ利用

更新手続きが必要な方

- ・上記①②以外の介護保険のサービス（訪問入浴、訪問リハビリ、訪問看護、通所リハビリ、ショートステイ、福祉用具貸与等）を利用している方
- ・要支援2相当の状態の方で事業対象者の限度額では足りない方
- ・40歳～64歳の2号被保険者の方

担当のケアマネジャーがおられる方は、今まで通り介護認定を受ける方がよいか、あるいは事業対象者の判定を受ける方がよいかの相談をしてください。

今までどおり介護認定を受けたいとご希望される方は、申請の手続きを行ってください。

■要介護1～要介護5の認定を受けておられる方へ

更新認定の手続きをお早めに行ってください。

*現在サービスを使っている方は、更新手続きに関しましてご不明な点がございましたら、担当のケアマネジャーまたは介護保険課にご相談ください。

■更新申請をされる方の主治医について

更新申請書に書いていただいた主治医に、意見書（審査会で等級を決めるための資料）の記載を依頼しますので、介護が必要な状態を1番よくわかっておられる先生の氏名を書いてください。現在の状態を書いてもらう必要がありますので、3ヶ月以上受診をしていないと、資料として審査会に出すことが出来ない場合がありますので、必要に応じて受診してください。また、決めていただいた先生が書くことが難しいとおっしゃる場合や、診療科によっては記入が難しい場合もあります。その場合はご連絡いたします。

■現在サービスを使っていない方は、必要になったときに申請してください

現在サービスを使っていない方は更新手続きをしていただかなくても、必要になったときに申請していただければ大丈夫です。その場合の申請は更新の手続きとほとんど変わりません。介護保険被保険者証を持参の上、介護保険課にお越しいただき手続きを行ってください。結果が出るまでに1ヶ月ほどかかりますが、それまで待つことができない場合は、前もって使うことができますので相談下さい。

6. 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書について

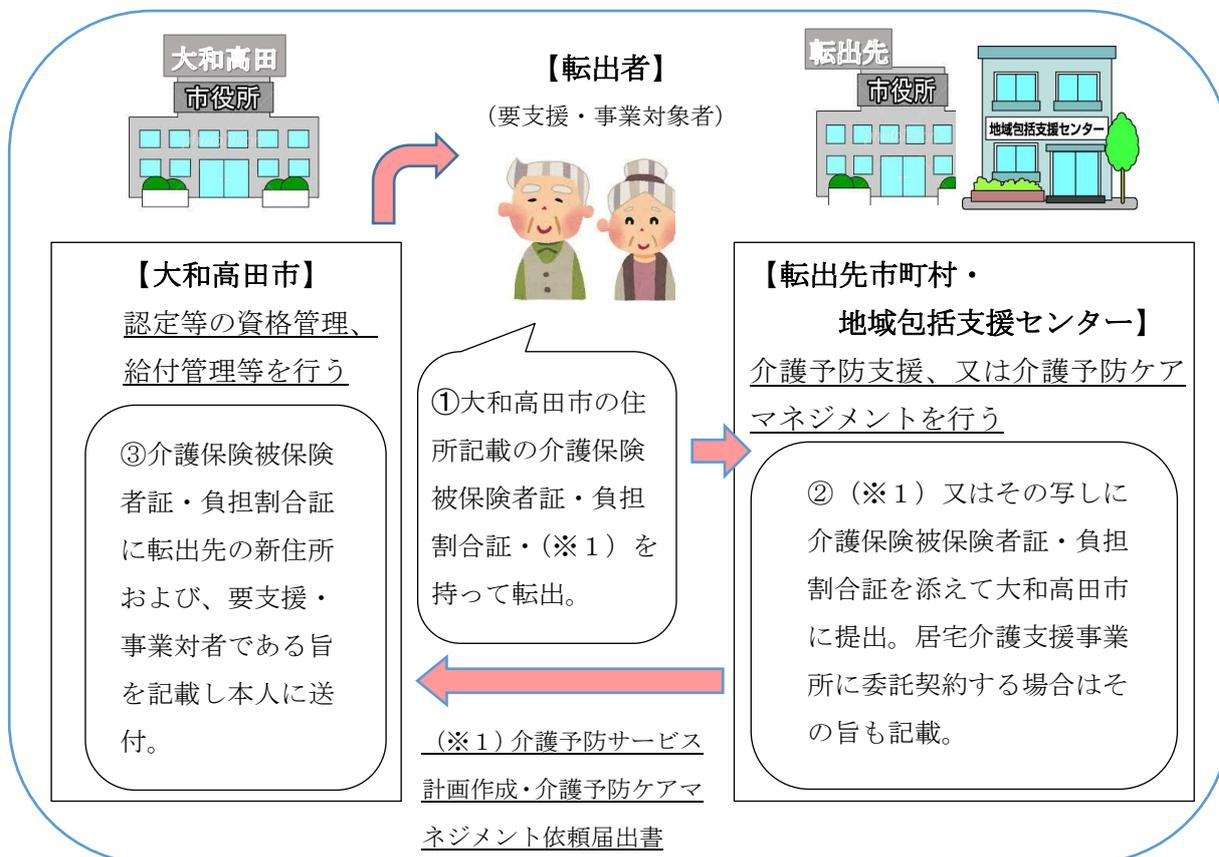
介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出について、以下の表のとおり届出が必要です。提出は地域包括支援センターが行います。

区分	介護予防サービス計画作成 依頼届出書	介護予防ケアマネジメント 依頼届出書
要介護者 ⇒ 要支援者	○	×
要介護者 ⇒ 事業対象者	×	○
要支援者 ⇒ 事業対象者	×	○
事業対象者 ⇒ 要支援者	○	×

※要支援者が要支援者のまま総合事業のサービスを利用する場合には、届出を要しない。

7. 要支援者・事業対象者が住所地特例対象施設に転出した場合の手続き

総合事業のみを利用する場合、介護予防給付のみを利用する場合、両方を併用する場合のいずれであっても、施設所在地市町村の地域包括支援センターが介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施します。



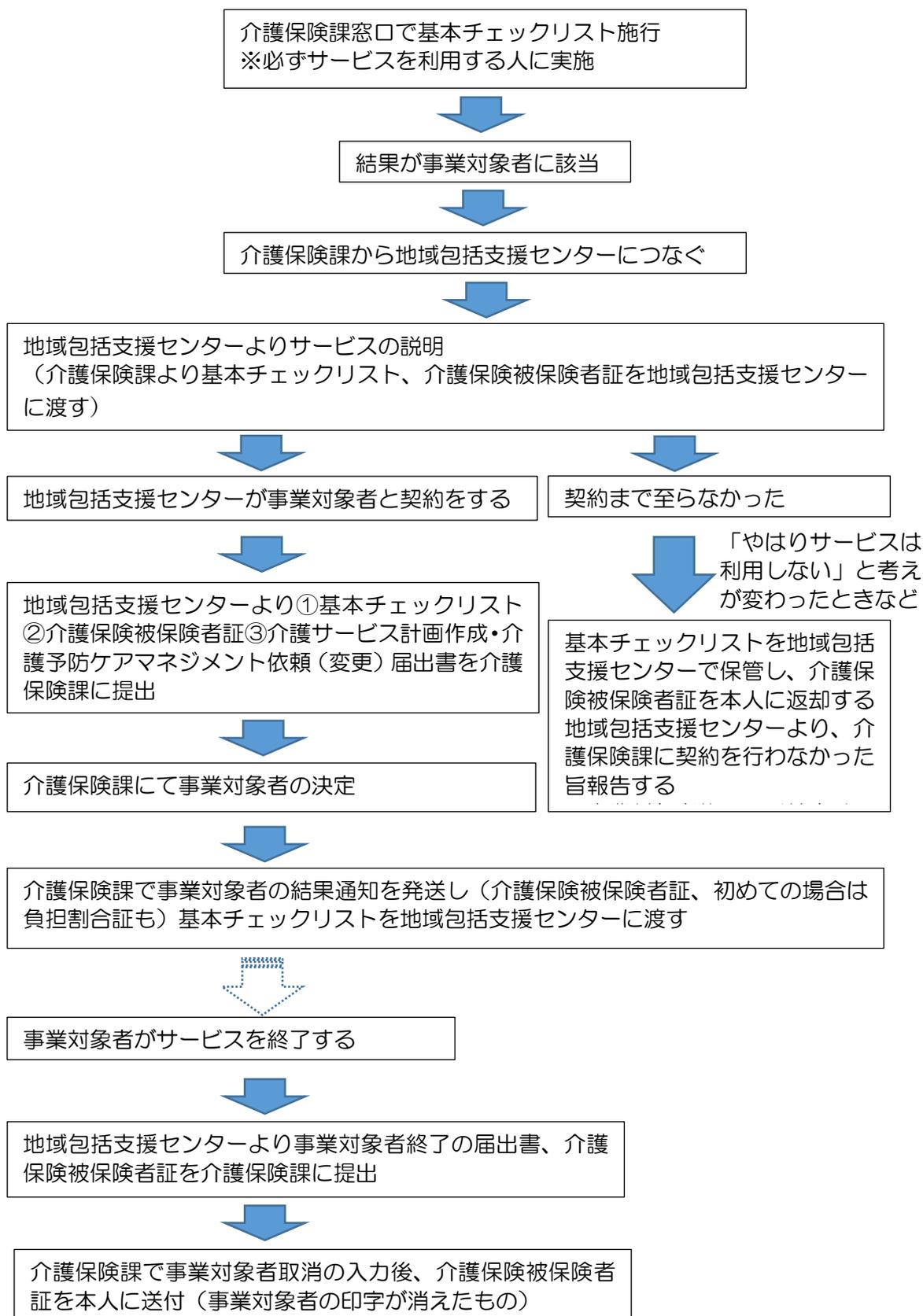
・(※1) 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出先は施設所在地市町村の地域包括支援センター(又は介護保険担当課)

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントは、転出先の地域包括支援センターで行うため、施設所在地市町村の地域包括支援センター(又は介護保険担当課)に届け出てください。転出先の地域包括支援センター(又は介護保険担当課)が大和高田市に、届出書(又はその写し)と転出者の介護保険被保険者証、負担割合証を送付します。

・事業対象者である旨を記載した介護保険被保険者証等の発行は大和高田市

施設所在地市町村の地域包括支援センター(又は介護保険担当課)から届出を受けた大和高田市は、事業対象者である旨、認定年月日(基本チェックリスト実施日)、施設所在地市町村の地域包括支援センターの名称と届出年月日を記載します。また、この際に住所も新しく書き換えて、介護保険被保険者証と負担割合証を本人、又は入所施設等に郵送します。

8. 事業対象者手続きの流れ



第6章 介護予防ケアマネジメントについて

1. 介護予防ケアマネジメントにかかる様式

(1) 大和高田市の介護予防ケアマネジメントについて

大和高田市における介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センター並びに委託居宅介護支援事業者が、様式①～⑦を使用して介護予防ケアマネジメントを実施します。

- ①基本チェックリスト
- ②利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）
- ③介護予防サービス・支援計画書（1）（2）
- ④介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- ⑤介護予防支援・サービス評価表
- ⑥給付管理表（国より示される）
- ⑦介護予防支援介護給付費明細書（国より示される）

(2) 居宅介護支援事業者への委託

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については、居宅介護支援事業者に委託することができます。

2. アセスメント実施の流れ

(1) 訪問日程の調整

- ・事業対象者及び要支援1・2認定者について、介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整します。
- ・地域包括支援センターに来所した場合においても、訪問によるアセスメントを行います。

(2) アセスメント（課題分析）

①課題分析の目的

本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることです。

②課題分析の過程

課題分析の過程を通して生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことができ、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

③状態を把握する際の留意点

下記の「なぜ」を考えつつ、本人や家族から必要な情報を漏らさず聞き取ることが重要です。

- ・「なぜ、要支援認定の申請や基本チェックリストをしたのだろうか」
- ・「なぜ、要支援状態や事業対象者に該当する状態になったのだろうか」
- ・「なぜ、生活の中で困っていることが生じているのだろうか」
- ・「それはいつから、具体的にどんなことで困っているのだろうか」
- ・「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」

④状態の把握について

「できていない・問題がある」というマイナス部分だけでなく「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要です。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができます。

⑤本人はどのような生活を望んでいるのか

具体的に「(できれば) してみたい、参加してみたい」、ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要です。

「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることにつながります。

3. ケアプランの作成

(1) ケアプランの目的

「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。

(2) 手法について

3～12か月を目途に、本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に、

- ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）を考慮し計画を作成します。

(3) ケアプランの作成の留意点

ケアプランの作成の際には、本人・家族に下記①～③が大切であることを説明しておくことが重要です。

- ① 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有すること
- ② 生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること
- ③ 目標が達成後、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通いの場や社会参加の場に通うこと

(4) 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態

- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADL や IADL の改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられます。

- (5) 適切な目標設定、サービス選定について
- ① アセスメントによる利用者の心身の状況（特に ADL、IADL）を正確に把握します。
 - ② 利用者本人が自らのケアプランであると実感し、利用者が主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できません。
 - ③ 専門用語の使用はできるだけ避け、十分に説明し理解を得るようにします。
- (6) 介護予防サービス・支援計画書（1）の記入に伴う視点
- ① 「目標とする生活」
 - ・ どのような生活を送りたいか本人の意思、意欲を尊重し引き出しているか。
 - ・ 意欲が低下している場合は、利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。
 - ② 「アセスメント領域と現在の状況」
 - ・ アセスメントそれぞれの項目において「現在自分で実施しているかどうか」「家族などの介助を必要とする場合」はどのように介助されているか。
 - ③ 「運動・移動について」
 - ・ 廃用性症候群であれば、通所系等のサービス利用のプランになっているか。
 - ・ 毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなプランになっているか。
 - ④ 「健康管理について」
 - ・ 健診の結果、療養上の注意や疾病の再発防止等の記載があるか。
 - ・ 医療の中断や病状悪化及び薬物管理等の状況から医師連絡の必要性の有無。
 - ⑤ 「本人・家族の意欲・意向」
 - ・ 具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇やりたくない」など利用者本人の意思が記載されその理由が記載されているか。
 - ・ 本人の意欲が引き出されているか。
 - ⑥ 「総合的課題」
 - ・ 2回目以降のプランにおいては、前回の評価がされているか。
 - ⑦ 「課題に対する目標と具体策の提案」
 - ・ 「閉じこもり予防」においては外出機会が確保されているプランになっているか。

(7) 介護予防サービス・支援計画書(2)の記入に伴う視点

①「目標」

- ・利用者と家族と同意した目標になっているか。
- ・困難でない自信につながる達成可能な目標になっているか。
- ・評価可能な記載になっているか。
- ・2回目以降では、前回の評価が生かされているか。

②「目標についての支援のポイント」

- ・「目標とする生活」が実現できる支援のポイントで記載されているか。

③「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」

- ・利用者自身ができる健康管理や生活習慣の改善などの取り組みがあるか。

④サービス事業所の選定

- ・特定の事業所に偏っていないか。

⑤「総合的な援助方針」

- ・妥当な支援の実施に向けた方針で記載されているか。
- ・2回目以降のプランにおいては前回の評価が生かされているか。

(8) サービスの提供頻度

事業対象者に対するサービス提供の頻度について、国のガイドライン告示において、事業対象者の区分支給限度額は要支援1の区分支給限度額を目安として設定することとされていることから、要支援1の区分支給限度額の範囲で判断します。

判断に当たっては、適切なケアマネジメントに基づき、自立支援に資するかどうかという観点から決定するもので、ただ単に利用者の希望のみで決定するようなことがあってはなりません。

4. サービス担当者会議からモニタリング・評価

(1) サービス担当者会議について

① サービス担当者会議の目的

- ・利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有します。
- ・地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、その役割を理解します。
- ・利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議します。
- ・介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解します。

② 開催時期

- ・ケアプラン作成時
- ・更新時・区分変更時
- ・介護予防サービス・支援計画の変更時

③ 臨時の開催が必要な場合

- ・介護予防プランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
- ・サービスや事業の利用中断がある場合
- ・利用者の状況等に変化があり、介護予防プランの変更が必要な場合

④ 会議の構成員

- ・利用者・家族
- ・介護予防ケアプラン作成者
- ・サービス事業担当者
- ・主治医
- ・インフォーマルサービスの提供者

※介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、

- ・要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有できます。
- ・リハビリテーション専門職等から個別事例にあった運動の仕方、ADL や IADL の生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手できます。
- ・的確なサービス計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができます。

⑤ケアマネジメント担当者が説明する事項

- ・ ケースの年齢や家族構成などの基本情報
- ・ 今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案等

⑥協議内容

- ・ 利用者の生活状況と介護予防プランの内容
- ・ サービス提供・支援の順序や調整・提供時の配慮
- ・ 各サービス・支援の計画作成のための2次アセスメント

⑦記録

- ・ 「介護予防支援経過記録」に記載します。

⑧その他

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。利用者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切です。

医師との日程調整が難しい事が少なくありませんが、受診時または照会、連携シート等により情報を得る等工夫し実施します。

⑨利用者から、ケアプラン同意（押印）を得て交付します。

⑩サービス事業者にサービス提供開始を伝えます。

⑪サービス事業者が実施することについて

- ・ 事前アセスメント

事業実施前にアセスメントを行い、個別サービス計画を立てます。

- ・ サービス・事業の実施

個別サービス計画に基づき、サービスを提供します。効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直します。

- ・ 事後アセスメント

サービス提供後、その効果について事業所でアセスメントします。その結果を介護予防プラン作成者に報告します。

(2) モニタリングについて

①モニタリングの目的

支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことです。

②行う時期

- ・ サービス提供の開始月
- ・ サービス提供から3か月に1回
(月に1回は、訪問又は電話等でモニタリングを行います。)
- ・ 利用者に著しい変化があった時
- ・ サービスの期日終了月

③モニタリングの視点

- ・ 利用者の生活状況に変化がないか。
- ・ 介護予防プランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・ 個々のサービス提供等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ・ 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ・ その他、介護予防プランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

④目標が達成された場合

速やかに再課題分析を行い、計画を組み直します。

⑤課題が解決されている場合

次のステップアップのために、一般介護予防事業や住民主体の通いの場などを見学するなど、スムーズな移行に配慮します。

⑥新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合

課題分析結果に基づき、計画を組み直します。

⑦記録

- ・ 「介護予防支援経過記録」に記載します。
- ・ モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合及び介護保険の認定における区分変更申請が必要な場合は、「介護予防支援・サービス評価表」に記入します。

(3) 評価について

①評価の目的

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直します。

②行う時期

- ・ 3か月に1回または、最長6か月に1回
- ・ 通所型短期集中予防サービスを利用した場合は、終了時に実施します。
- ・ 介護予防ケアマネジメントに位置づけた期間終了時

③記録

「介護予防支援・サービス評価表」に記載します。

5. 介護予防ケアマネジメントの計画期間

① 介護予防ケアマネジメントの計画期間は、介護予防支援業務に準じます。

② 状態の安定している要支援者・事業対象者の上限とする計画期間

⇒最長 12 か月

※計画期間を 6 か月以上とする場合は、最長 6 か月毎に評価を行います。

(今後、評価時に基本チェックリストは必須となります。)

③ 状態の安定していない要支援者・事業対象者の上限とする計画期間

- ・新規申請・区分変更による要支援者
- ・サービス導入後間もない利用者等
- ・その他状態が安定していないと判断される利用者

⇒最長 6 か月

6. 短期集中予防サービスC（訪問型・通所型）について

(1) 目的

保健・医療の専門職が短期間（概ね3か月）で集中的に、個々の状態及び生活環境に応じた支援を提供することで、生活機能の向上を図るとともに、利用者自身が要介護状態への移行防止ならびに改善の意識を持ち、継続した介護予防活動を実施できるようになることを目的とします。

(2) 対象者

- ・ 要支援1、2の認定があり、3か月間、専門職が支援することで改善が見込まれると判断された者
- ・ 65歳以上で基本チェックリストによって生活機能の低下が認められ、3か月間、専門職が支援することで改善が見込まれると判断された者

(3) 対象者の選定

地域包括支援課窓口で基本チェックリスト等を行い、アセスメントを実施した上で、本サービス対象に該当するかを判定します。対象にならない場合は、適切な事業及びサービスの紹介をします。

(4) サービス内容

訪問型では自宅や自宅周辺にて、通所型では指定の施設にて個別の支援計画に基づきリハビリ・ストレッチ運動・体操を行い、筋力やバランス感覚を鍛えます。また、栄養や口腔機能向上プログラムも活用しながら、生活機能改善や意欲の向上、自信回復など心身の自立に向けた支援を行います。

(5) 併用可能なサービス

- ・ サービスCの訪問型と通所型は基本併用できません。通所実施中にアセスメントの結果、居宅への訪問が必要になった場合は変更可能です。
- ・ サービスC通所型の実施中、事業所に栄養・口腔機能向上プログラムがない場合のみ、サービスC訪問型の栄養あるいは口腔機能向上プログラムとの併用が可能です。

	サービスC (訪問)	サービスC (通所)
緩和型A (訪問)	△	○
緩和型A (通所)	○	×
サービスC (訪問)	×	△
サービスC (通所)	△	×
『○』…併用可能 『×』…併用不可 『△』…条件あり		

(6) 短期集中予防サービスのケアマネジメント

担当ケアマネジャーと地域包括支援センター職員との協働でケアマネジメントを実施します。地域ケア会議への参加は必須です。

7. 介護予防ケアマネジメントに係る提出書類について

(1) 新規委託ケースの提出書類

①サービス開始前

- 計画表（本人のサイン・印の入っていないもの）

②サービス開始後

- 基本チェックリスト
- 計画表原本（本人のサイン・印入り、地域包括支援センターの印入り）
- 利用票原本（計画表の開始月の本人の印入り）
- 基本情報（本人のサイン入り）

③計画期間終了時

- 基本チェックリスト
- 評価表（1年間の計画を立てている場合は6か月後に1度評価表を提出）
- 経過記録
- 次回の計画表（本人のサイン・印入っていないもの）

(2) 給付管理時に必要な提出書類

- 請求書・内訳書
- 実績（利用票の原本でなくて可）

(3) 介護度見直し時に必要な手続き

- 本人の状態を情報収集し認定調査票等と見比べ、状態変化を確認する。
- 地域包括支援センター担当職員に見直しについて連絡を入れる。
- 見直し書類提出時に地域包括支援センターにも声をかける。
- 介護保険課に必要な書類を提出し暫定利用の有無を伝える。
- 地域包括支援センターから介護保険課に必要な書類を提出する。

(4) サービス内容変更時に必要な提出書類

①サービス変更前

- 基本チェックリスト
- 新しい計画表原本（本人のサイン・印入っていないもの）
- 評価表
- 経過記録

②サービス開始後

- 新しい計画表原本（本人のサイン・印入り、包括の印入り）
- 利用票原本（計画表の開始月の本人の印入り）

(5) サービス終了後（非該当・要介護認定時）

- 評価表
- 経過記録

～介護予防ケアマネジメントの流れ・地域包括支援センター～

介護保険課	地域包括支援センター
<p style="text-align: center;">要介護認定区分結果</p> <p>・介護保険課介護支援事業係から窓口に来られた方に基本チェックリストをしてもらい、事業対象者認定・認定結果送付。</p>	<p style="text-align: center;">利用申し込みの受付</p> <p>・ケアマネ代行可。本人が窓口にて基本チェックリストを受けることも可能。家族からの受付は不可。 ・必要時、計画作成担当希望ケアマネに受け持ち可能か確認。</p>
	<p style="text-align: center;">訪問の日程調整</p> <p>・受け持ち可能なら訪問の日程連絡。 ・同行可能な訪問日をケアマネもしくは地域包括支援センターが利用者と調整。</p>
	<p style="text-align: center;">《家庭訪問》 重要事項の説明・契約</p> <p>・地域包括支援センターが、計画作成依頼(変更)届出書及び介護保険証を預かる。</p>
<p style="text-align: center;">保険証打ち出し</p> <p>・地域包括支援センターの係印を押した届出書・介護保険証を介護保険課介護支援事業係に渡し、新しい介護保険証を打ち出す。</p>	<p>・新しい介護保険証をケアマネに渡す。</p>
	<p style="text-align: center;">ケアプランチェック</p> <p>・介護予防サービス計画を地域包括支援センターとケアマネとで検討する。(訂正があれば、その場で行うか再度持ち帰ってもらう) ・計画書に地域包括支援センターの認印と意見を記入する。</p>
	<p style="text-align: center;">報告</p> <p>・ケアマネと一緒に支援評価表を基に今後の方針について検討。 ・新しい介護予防サービス計画書に認印を押す。</p>
	<p style="text-align: center;">給付管理業務</p> <p>・国保連合会に毎月10日頃までに請求する。</p>

☆ケアマネジャーさんへのお願い☆

・担当の事業対象者が介護認定の必要がある場合は、必ず先に地域包括支援センターに連絡をお願いいたします。

～介護予防ケアマネジメントの流れ・居宅介護支援事業所～

居宅介護支援事業所

利用申し込み

- ・ケアマネ代行可。
- 担当している利用者の認定結果に注意し、できるだけ早めに申請する。

訪問の日程調整

- ・両者が調整し、同行可能なら訪問する日をケアマネもしくは地域包括支援センターが利用者と調整。

《家庭訪問》

アセスメントの実施

- ・『基本チェックリスト』『利用者基本情報』の内容を聞きながら、利用者及び家族に対しアセスメントを行う。

- ・新しい介護保険証を利用者に渡す。

介護予防ケアマネジメント計画原案の作成

- ・アセスメント結果を基にどのような支援が必要か利用者と調節する。
- ・利用者の合意に基づき、利用者情報をアセスメントし、介護予防サービス計画原案を作成する。

サービス担当者会議を開催

ケアプラン提出

- ・介護予防サービス計画原案を紙面で地域包括支援センターへ。

介護予防ケアマネジメント計画原案の説明、同意

- ・介護予防ケアマネジメント計画原案の内容を利用者及び家族に説明し同意を得る
- ・介護予防ケアマネジメント計画書・基本情報・利用票の同意欄に記名、捺印してもらう。
- ・地域包括支援センターに提出する書類の原本をコピーし保管する。記名・捺印した書類を包括に提出。

介護予防サービスの提供の調整

- ・サービス事業者介護予防ケアマネジメント計画書・提供票を送付する。

日常の利用者、サービス提供事業者との連絡・調整

- ・随時対応し、介護予防ケアマネジメント計画の変更の必要がある場合など、必要に応じて地域包括支援センターに報告する。

モニタリング

- ・3ヶ月に1回、電話もしくは訪問により、状況を把握し、経過記録表に記入する。

評価

- ・少なくとも3ヶ月に1回、利用者宅を訪問し、計画の実施状況の把握を行う。(変化があればその都度)

再アセスメント

- ・地域包括支援センターへ支援評価表、経過記録、新しい介護予防ケアマネジメント計画書を提出する。

報告

- ・包括職員と一緒に支援評価表を基に今後の方針について検討。
- ・新しい介護予防ケアマネジメント計画書に包括担当職員の認印を受け取る。

給付管理業務

- ・毎月締め切り日までに提供表にサービス利用実績を内訳書・請求書とそろえて提出する。

※実績は必ず紙面(別表も添付してください。)

※日付については、「介護予防ケアマネジメント費給付管理に係る日程」を参照。

生活保護受給者の場合、介護予防ケアマネジメント計画表・利用票(押印済み)のコピーを保護課へ提出してください。
暫定プランの場合の給付は必ず、計画立案の前に、介護保険課及び地域包括支援センターにご相談ください。
地域包括支援センターへの提出書類は事業対象者の基本情報、基本チェックリスト、サービス計画表、利用票(原本)、経過記録となります。

第7章 介護予防ケアマネジメント業務の委託について

1. 介護予防ケアマネジメントの実施主体

- (1) 利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて、実施します。
なお、介護予防支援と同様に、業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託できます。
- (2) 委託できるのは、以下のいずれかに該当する場合です。
 - ①要支援者
 - ②新規の事業対象者
 - ③要支援の認定有効期間の終了後に更新申請せず、基本チェックリストで事業対象者となった場合
- (3) 住所地特例者への介護予防ケアマネジメント
住所地特例者は、利用者本人が居住する（住民票を有する）施設所在地の地域包括支援センターが実施します。

2. 契約の方法について

- (1) 大和高田市における第1号介護予防支援事業の指定居宅介護支援事業者に対する一部委託に係る指定要件を満たす指定居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターまで申請の手続きをして下さい。
- (2) 大和高田市と指定居宅介護支援事業者が第1号介護予防支援事業委託契約を結びます。

3. 留意事項

(1) 指定居宅介護支援事業者が変更となる場合

利用者から変更等の希望があった場合は、必ず地域包括支援センターにご連絡下さい。くれぐれも事業者間ではやりとりをしないで下さい。なお、指定居宅介護支援事業者が変更（指定居宅介護支援事業者→指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センター→指定居宅介護支援事業者）になった場合は、新たにケアプランを作成しても初回加算は算定できません。

(2) 事業所内において、担当ケアマネジャーが変更となる場合

変更となる前月末までに、利用者名と新・旧の担当ケアマネジャーを地域包括支援センターにご連絡下さい。

(3) 利用者が生活保護を受給している場合

利用者が生活保護を受給している場合は、介護券の発行が必要なため委託を受けた居宅介護支援事業者がケアプラン、利用票・利用票別表を保護課に提出して下さい。

4. ケアマネジメント費について

(1) 指定居宅介護支援事業者への委託料については、下記の通りになります。

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	予防給付のみ又は予防給付及び第1号事業(訪問型・通所型サービス)を利用する要支援者	第1号事業(訪問型・通所型サービス)のみを利用する要支援者及び事業対象者
費用	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費
委託料	(基本単価) (初回加算) (委託連携加算)	4,200円 2,700円 2,700円

(2) 初回加算について

初回加算の算定については、下記の場合に算定できます。

① **新規**に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2ヶ月以上経過した後に、新た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**が要支援者または事業対象者となり介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ただし、要支援者が更新申請せずに事業対象者に移行してサービスを利用した場合は算定できません。

(3) 委託連携加算について

指定介護予防支援事業所(大和高田市地域包括支援センター)から委託を受けた場合、当該利用者に係る必要な情報の提供を受け、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合は、委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として加算を算定できます。

5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント費の例

(1) 予防給付の限度額対象サービスの利用があれば「**介護予防支援費**」としての請求となり、総合事業のサービスの利用があり、限度額対象サービスの利用がない場合は、総合事業の「**介護予防ケアマネジメント費**」として請求を行います。

① 通所型サービスと福祉用具貸与を利用→ (**介護予防支援費**)

② 通所型サービスと居宅療養管理指導を利用→ (**介護予防ケアマネジメント費**)

(2) 当月に1日でも予防給付のサービスを利用している場合は、「**介護予防支援費**」となります。

① 月途中で訪問看護を中止し、総合事業のサービス事業のみに変更した場合→ (**介護予防支援費**)

② 総合事業のサービス事業のみを利用していた要支援者が、月途中で福祉用具貸与を利用→ (**介護予防支援費**)

(3) 利用サービスとケアマネジメント費

対象者	総合事業	予防給付		ケアマネジメント費
	訪問型・通所型サービス	限度額対象	限度額対象外	
要支援者	×	○	×	介護予防支援費
	×	○	○	
	○	○	×	
	○	○	○	
	○	×	×	介護予防ケアマネジメント費
	○	×	○	
事業対象者	○	利用不可	利用不可	

(4) 限度額管理対象と限度額管理対象外

限度額管理対象	介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・介護予防福祉用具貸与・介護予防短期入所生活介護・介護予防短期入所療養介護等
限度額管理対象外	特定介護予防福祉用具販売・介護予防住宅改修費支給・介護予防居宅療養管理指導

6. 給付管理から委託料の支払いまで

(1) 居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターに下記の書類を提出して下さい。(①から③は必須)

① 請求書

② 実績内訳書

③ 利用票及び利用票別表（どちらも実績が入っているもの）

④ 居宅介護支援事業所実態調査票（ご協力いただけるところ）

※ 初回加算算定者は、利用票の右上に㊦と赤で記載して下さい。また、委託連携加算算定者は、利用票の右上に㊧と赤で記載して下さい。

(2) 提出時期

翌月5日（5日が土・日・祝日の場合は、その翌日）まで。

(3) 提出方法

持参又は郵送して下さい。(FAX やメールでの送付はご遠慮下さい。)

(4) 委託料支払いまで

介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費は、居宅介護支援事業者からの実績に基づき、地域包括支援センターが給付管理業務を行い、国民健康保険団体連合会へ請求し、従来通り大和高田市より支払いとなります。

第8章 訪問型・通所型サービスの基準・単価等に関すること

第4章の7でお伝えしているとおり、令和3年4月提供分から訪問型・通所型サービスの基準・単価・サービス内容が変わります。次の項目順に掲載していますのでご確認ください。

1 訪問型サービスの基準・単価

- ・ 訪問型サービスの基準
- ・ 訪問型サービスの基準（令和3年4月提供分から）
- ・ 訪問型サービスの単価
- ・ 訪問型サービスの単価（令和3年4月提供分から）

2 通所型サービスの基準・単価

- ・ 通所型サービスの基準
- ・ 通所型サービスの基準（令和3年4月提供分から）
- ・ 通所型サービスの単価
- ・ 通所型サービスの単価（令和3年4月提供分から）

3 サービスコード表

- ・ 訪問型サービスA（独自/定率）サービスコード表
- ・ 通所型サービスA（独自/定率）サービスコード表



詳しい内容は次のページから
です。必ずご覧ください。

訪問型サービスの基準（令和3年3月提供分まで）

名称	介護予防訪問介護サービス	介護予防生活支援サービス
類型	訪問型サービスA【緩和型】	
	身体介護型	生活援助型
サービス内容	入浴、洗髪、部分浴、排泄、衣服の着脱、指示に基づくリハビリ、指示に基づくバイタルサインのチェック、生活訓練 等 ※身体介護を伴うもの	家事の代行（掃除、調理、買い物代行、ゴミ出し等）、服薬介助 等 ※生活援助のみ、身体介護を伴わないもの
サービス時間	20分未満 ・ 20分以上	20分未満 ・ 20分以上
人員	<p>【管理者】専従1以上</p> <p>【訪問介護員等】常勤換算2.5以上 ≪資格要件：介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者≫</p> <p>【サービス提供責任者】 常勤の訪問介護員等のうち、利用者50人に1人以上 ≪資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程又は1級課程修了者≫</p>	<p>【管理者】専従1以上</p> <p>【訪問介護員等】常勤換算2.5以上 ≪資格要件：介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者 または、訪問介護員3級課程修了者≫</p> <p>【サービス提供責任者】 常勤の訪問介護員等のうち、利用者50人に1人以上 ≪資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程又は1級課程修了者≫</p>
設備	＊事業の運営に必要な広さを有する専用の区画（事務室・相談スペース） ＊必要な設備・備品	
運営	＊必要に応じて個別サービス計画の作成 ＊重要事項等の説明、同意 ＊提供拒否の禁止 ＊従業者の清潔の保持、健康状態の管理 ＊秘密保持等 ＊事故発生時の対応 ＊廃止休止の届出と便宜の提供 等	

※月途中の事業所変更は原則不可



令和3年4月提供分からの基準です。

訪問型サービスの基準（令和3年4月提供分から）

名称	介護予防訪問介護サービス	介護予防生活支援サービス
類型	訪問型サービスA【緩和型】	
	身体介護型	生活援助型
サービス内容	入浴、洗髪、部分浴、排泄、衣服の着脱、指示に基づくリハビリ、指示に基づくバイタルサインのチェック、生活訓練 等 ※身体介護を伴うもの	家事の代行（掃除、調理、買い物代行、ゴミ出し等）、服薬介助 等 ※生活援助のみ、身体介護を伴わないもの
サービス時間	20分未満 ・ 20分以上	20分未満 ・ 20分以上
人員	<p>【管理者】専従1以上</p> <p>【訪問介護員等】常勤換算2.5以上</p> <p>《資格要件：介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者》</p> <p>【サービス提供責任者】</p> <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者50人に1人以上</p> <p>《資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程又は1級課程修了者》</p>	<p>【管理者】専従1以上</p> <p>【訪問介護員等】常勤換算2.5以上</p> <p>《資格要件：介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者 または、訪問介護員3級課程修了者》</p> <p>【サービス提供責任者】</p> <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者50人に1人以上</p> <p>《資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程又は1級課程修了者》</p>
設備	<p>*事業の運営に必要な広さを有する専用の区画（事務室・相談スペース）</p> <p>*必要な設備・備品</p>	
運営	<p>*必要に応じて個別サービス計画の作成</p> <p>*重要事項等の説明、同意</p> <p>*提供拒否の禁止</p> <p>*従業者の清潔の保持、健康状態の管理</p> <p>*秘密保持等</p> <p>*事故発生時の対応</p> <p>*廃止休止の届出と便宜の提供 等</p>	<p>*感染症対策の強化</p> <p>*業務継続に向けた取組みの強化</p> <p>*ハラスメント対策の強化</p> <p>*高齢者虐待防止の推進</p>

※月途中の事業所変更は原則不可

訪問型サービスの単価（令和3年3月提供分まで）

名称	介護予防訪問介護サービス	介護予防生活支援サービス
類型	訪問型サービスA【緩和型】	
	身体介護型	生活援助型
単価	【事業対象者1・2、要支援1・2】 214単位/回	【事業対象者1・2、要支援1・2】 143単位/回
	【事業対象者1、要支援1】 2,140単位/月（1月に10回以上）	【事業対象者1、要支援1】 1,430単位/月（1月に10回以上）
	【事業対象者2、要支援2】 2,996単位/月（1月に14回以上）	【事業対象者2、要支援2】 2,002単位/月（1月に14回以上）
	《短時間サービス20分未満》 【事業対象者1、要支援1】 102単位/回（1月に22回まで）	《短時間サービス20分未満》 【事業対象者1、要支援1】 82単位/回（1月に22回まで）
	【事業対象者2、要支援2】 102単位/回（1月に31回まで）	【事業対象者2、要支援2】 82単位/回（1月に31回まで）
加算	＊初回加算 200単位/月 ＊生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位/月 ＊生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月 ＊介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ） ＊介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）	
1単位あたりの単価	10.42円	
サービスコード	A3（身体介護型・生活援助型）	



令和3年4月提供分からの単価です。

訪問型サービスの単価（令和3年4月提供分から）

名称	介護予防訪問介護サービス	介護予防生活支援サービス
類型	訪問型サービスA【緩和型】	
	身体介護型	生活援助型
単価	【事業対象者、要支援1】 235単位/回（1月に10回まで）	【事業対象者、要支援1】 157単位/回（1月に10回まで）
	【要支援2】 235単位/回（1月に14回まで）	【要支援2】 157単位/回（1月に14回まで）
	≪短時間サービス20分未満≫ 【事業対象者、要支援1】 112単位/回（1月に22回まで）	≪短時間サービス20分未満≫ 【事業対象者、要支援1】 90単位/回（1月に22回まで）
	【要支援2】 112単位/回（1月に31回まで）	【要支援2】 90単位/回（1月に31回まで）
加算	＊初回加算 200単位/月 ＊生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位/月 ＊生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200単位/月 ＊介護職員処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ） ＊介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）	
1単位あたりの単価	10.42円	
サービスコード	A3（身体介護型・生活援助型）	

通所型サービスの基準（令和3年3月提供分まで）

名称	介護予防通所介護サービス	
類型	通所型サービスA【緩和型】	
	リハビリ型	アクティブ型
サービス内容	機能訓練指導員による運動器機能訓練を含む場合	体操やレクリエーション等による介護予防のための通所型サービス
サービス時間	2時間以上4時間未満 ・ 4時間以上	
人員	<p>【管理者】 専従1以上</p> <p>【生活相談員】 専従1以上（提供日ごと）</p> <p>【介護職員】 ～18人 専従1以上</p> <p>18人～ 利用者1人に専従0.2以上 （生活相談員または介護職員の1人以上は常勤）</p> <p>【看護職員】 専従1以上（提供日ごと・10人以下は不要）</p> <p>【機能訓練指導員】 1以上</p>	<p>【管理者】 専従1以上</p> <p>【従事者】 ～18人 専従1以上</p> <p>18人～ 利用者1人に専従0.1以上</p> <p>≪生活相談員・看護職員・介護職員・機能訓練指導員の配置は不要≫</p>
設備	<p>*サービスを提供するために必要な場所、及び利用者が静養するために必要な場所（3㎡×利用定員以上）</p> <p>*消火設備その他の非常災害に必要な設備</p> <p>*必要なその他の設備・備品</p>	
運営	<p>*必要に応じて個別サービス計画の作成</p> <p>*重要事項等の説明、同意</p> <p>*提供拒否の禁止</p> <p>*従業者の清潔の保持、健康状態の管理</p> <p>*秘密保持等</p> <p>*事故発生時の対応</p> <p>*廃止休止の届出と便宜の提供 等</p>	

※月途中の事業所変更は原則不可



令和3年4月提供分からの基準です。

通所型サービスの基準（令和3年4月提供分から）

名称	介護予防通所介護サービス		
類型	通所型サービスA【緩和型】		
サービス内容	介護予防を目的とした運動等（いきいき百歳体操・誤嚥予防体操・脳のトレーニングを伴うレクリエーションなど）や、機能訓練指導員による運動器機能訓練を行う通所型サービス		
サービス時間	2時間以上4時間未満 ・ 4時間以上		
人員		指定基準	入浴や介護予防を目的とした運動を行う時
	【管理者】	専従1以上	
	【生活相談員】	配置が望ましい	
	【介護職員】	いずれか専従1以上 ～18人 専従1以上 18人～ 利用者1人に専従0.1以上	配置が望ましい
	【看護職員】		1以上（兼務可） より安全にサービス提供するため、看護職員もしくは機能訓練指導員による体調管理のうえで入浴や運動等を実施
	【機能訓練指導員】		
【従事者】	～18人 専従1以上 18人～ 利用者1人に専従0.1以上		
設備	<ul style="list-style-type: none"> *サービスを提供するために必要な場所、及び利用者が静養するために必要な場所（3㎡×利用定員以上） *消火設備その他の非常災害に必要な設備 *必要なその他の設備・備品 		
運営	<ul style="list-style-type: none"> *必要に応じて個別サービス計画の作成 *重要事項等の説明、同意 *提供拒否の禁止 *従業者の清潔の保持、健康状態の管理 *秘密保持等 *事故発生時の対応 *廃止休止の届出と便宜の提供 等 		

※月途中の事業所変更は原則不可

通所型サービスの単価（令和3年3月提供分まで）

名称	介護予防通所介護サービス	
類型	通所型サービスA【緩和型】	
単価	≪2時間以上4時間未満≫	≪4時間以上≫
	<p>【事業対象者1、要支援1】</p> <p>122単位/回（1月に5回まで） 732単位/月（1月に6回以上）</p> <p>【事業対象者2、要支援2】</p> <p>163単位/回（1月に9回まで） 1,630単位/月（1月に10回以上）</p> <p>※アクティブ型は、上記単位×約70% （要支援1・事1：86単位、要支援2・事2：114単位）</p>	<p>【事業対象者1、要支援1】</p> <p>184単位/回（1月に5回まで） 1,104単位/月（1月に6回以上）</p> <p>【事業対象者2、要支援2】</p> <p>245単位/回（1月に9回まで） 2,450単位/月（1月に10回以上）</p> <p>※アクティブ型は、上記単位×約70% （要支援1・事1：129単位、要支援2・事2：171単位）</p>
加算	<p>*入浴加算 40単位/回 （2時間以上4時間未満・・・【事業対象者1、要支援1】1月に10回まで、【事業対象者2、要支援2】1月に15回まで） （4時間以上・・・【事業対象者1、要支援1】1月に6回まで、【事業対象者2、要支援2】1月に10回まで）</p> <p>*送迎加算（片道） 25単位/回 ※同一建物算定不可 （2時間以上4時間未満・・・【事業対象者1、要支援1】1月に20回まで、【事業対象者2、要支援2】1月に30回まで） （4時間以上・・・【事業対象者1、要支援1】1月に12回まで、【事業対象者2、要支援2】1月に20回まで）</p> <p>*介護職員処遇改善加算 (I)、(II)、(III) *介護職員等特定処遇改善加算 (I)、(II)</p>	
	<p>※下記の加算は、リハビリ型のみになります。</p> <p>*若年性認知症利用者受入加算 240単位/月 *生活機能向上グループ活動加算 100単位/月 *運動器機能向上加算 225単位/月 *栄養改善加算 150単位/月 *口腔機能向上加算 150単位/月 *選択的サービス複数実施加算Ⅰ（1～3） 480単位/月 （1：運動器機能向上及び栄養改善/2：運動器機能向上及び口腔機能向上/3：栄養改善及び口腔機能向上） *選択的サービス複数実施加算Ⅱ 700単位/月 （運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上） *生活機能向上連携加算 200単位/月 （※運動器機能向上加算を算定している場合は100単位/月） *栄養スクリーニング加算 5単位/回 （※6月に1回を限度とする）</p>	
1単位あたりの単価	10.27円	
サービスコード	A7（リハビリ型・アクティブ型）	



令和3年4月提供分からの単価です。

通所型サービスの単価（令和3年4月提供分から）

名称	介護予防通所介護サービス	
類型	通所型サービスA【緩和型】	
単価	≪2時間以上4時間未満≫	≪4時間以上≫
	【事業対象者、要支援1】 134単位/回（1月に6回まで） 【要支援2】 179単位/回（1月に10回まで） ※介護予防運動未実施時は、上記単位から22単位/日を差引く （事業対象者・要支援1：112単位、要支援2：157単位）	【事業対象者、要支援1】 202単位/回（1月に6回まで） 【要支援2】 269単位/回（1月に10回まで） ※介護予防運動未実施時は、上記単位から22単位/日を差引く （事業対象者・要支援1：180単位、要支援2：247単位）
加算	【新設した加算】 ＊個別運動器機能訓練加算 40単位/回 …運動器機能向上計画をもとに(※1)理学療法士等が個別に行う訓練 (※1)理学療法士等…理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師	
	＊入浴加算 40単位/回 ＊送迎加算（片道） 25単位/回 ※同一建物算定不可 ＊若年性認知症利用者受入加算 240単位/月 ＊生活機能向上グループ活動加算 100単位/月 ＊運動器機能向上加算 225単位/月 ＊栄養改善加算 150単位/月 ＊口腔機能向上加算 150単位/月 ＊選択的サービス複数実施加算Ⅰ（1～3） 480単位/月 （1：運動器機能向上及び栄養改善/2：運動器機能向上及び口腔機能向上/3：栄養改善及び口腔機能向上） ＊選択的サービス複数実施加算Ⅱ 700単位/月 （運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上） ＊生活機能向上連携加算 200単位/月 （※運動器機能向上加算を算定している場合は100単位/月） ＊栄養スクリーニング加算 5単位/回 （※6月に1回を限度とする） ＊介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ) ＊介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)	
1単位あたりの単価	10.27円	
サービスコード	A7	

【A3訪問】

コード			サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位	
給付率							
90%	80%	70%					
○身体介護							
3101	3201	3301	訪問型 A【身体介護型】Ⅰ	介護予防訪問介護サービス費（Ⅰ）	事業対象者 要支援1 (1月10回まで)	235	
3102	3202	3302	訪問型 A【身体介護型】Ⅰ 同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	212
3103	3203	3303	訪問型 A【身体介護型】Ⅰ 短時間	介護予防訪問介護サービス費（Ⅰ） (短時間)	事業対象者 要支援1 (1月22回まで) ≪20分未満≫	112	
3104	3204	3304	訪問型 A【身体介護型】Ⅰ 短時間・同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	101
3105	3205	3305	訪問型 A【身体介護型】Ⅱ	介護予防訪問介護サービス費（Ⅱ）	要支援2 (1月14回まで)	235	
3106	3206	3306	訪問型 A【身体介護型】Ⅱ 同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	212
3107	3207	3307	訪問型 A【身体介護型】Ⅱ 短時間	介護予防訪問介護サービス費（Ⅱ） (短時間)	要支援2 (1月31回まで) ≪20分未満≫	112	
3108	3208	3308	訪問型 A【身体介護型】Ⅱ 短時間・同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	101
○生活援助							
3115	3215	3315	訪問型 A【生活援助型】Ⅰ	介護予防生活支援サービス費（Ⅰ）	事業対象者 要支援1 (1月10回まで)	157	
3116	3216	3316	訪問型 A【生活援助型】Ⅰ 同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	141
3117	3217	3317	訪問型 A【生活援助型】Ⅰ 短時間	介護予防生活支援サービス費（Ⅰ） (短時間)	事業対象者 要支援1 (1月22回まで) ≪20分未満≫	90	
3118	3218	3318	訪問型 A【生活援助型】Ⅰ 短時間・同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	81
3119	3219	3319	訪問型 A【生活援助型】Ⅱ	介護予防生活支援サービス費（Ⅱ）	要支援2 (1月14回まで)	157	
3120	3220	3320	訪問型 A【生活援助型】Ⅱ 同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	141
3121	3221	3321	訪問型 A【生活援助型】Ⅱ 短時間	介護予防生活支援サービス費（Ⅱ） (短時間)	要支援2 (1月31回まで) ≪20分未満≫	90	
3122	3222	3322	訪問型 A【生活援助型】Ⅱ 短時間・同一			事業所と同一建物の利用者また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×90%	81
○加算							
3129	3229	3329	訪問型 A 初回加算	初回加算	※【生活】【身体】共通	200	
3130	3230	3330	訪問型 A 生活機能向上連携加算（Ⅰ）	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	※【生活】【身体】共通	100	
3131	3231	3331	訪問型 A 生活機能向上連携加算（Ⅱ）	生活機能向上連携加算（Ⅱ）	※【生活】【身体】共通	200	
○介護職員処遇改善加算/介護職員特定処遇改善加算							
3140	3240	3340	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ	介護職員 処遇改善加算	【身体型】 (事業対象者 要支援1は 1月10回まで 要支援2は 1月14回まで)	(1)処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の13.7%	32
3141	3241	3341	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ			(2)処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の10.0%	24
3142	3242	3342	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ			(3)処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の5.5%	13
3143	3243	3343	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 同一			(1)処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の13.7%	29
3144	3244	3344	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 同一			(2)処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の10.0%	21
3145	3245	3345	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 同一			(3)処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の5.5%	12
3146	3246	3346	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 短時間			(1)処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の13.7%	15
3147	3247	3347	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 短時間			(2)処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の10.0%	11
3148	3248	3348	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 短時間			(3)処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の5.5%	6
3149	3249	3349	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 短時間・同一			(1)処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の13.7%	14
3150	3250	3350	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 短時間・同一			(2)処遇改善加算（Ⅱ） 所定単位数の10.0%	10
3151	3251	3351	訪問 A【身体】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 短時間・同一			(3)処遇改善加算（Ⅲ） 所定単位数の5.5%	6

【A3訪問】

コード			サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位	
給付率							
90%	80%	70%					
3152	3252	3352	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ	介護職員 処遇改善加算	(1)処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の13.7%	22	
3153	3253	3353	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ		【生活型】 （事業対象者 要支援1は 1月10回まで 要支援2は 1月14回まで）	(2)処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の10.0%	16
3154	3254	3354	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ		(3)処遇改善加算（Ⅲ）所定単位数の5.5%	9	
3155	3255	3355	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 同一		(1)処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の13.7%	19	
3156	3256	3356	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 同一		(2)処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の10.0%	14	
3157	3257	3357	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 同一		(3)処遇改善加算（Ⅲ）所定単位数の5.5%	8	
3158	3258	3358	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 短時間		【生活型】 （短時間） （事業対象者 要支援1は 1月22回まで 要支援2は 1月31回まで）	(1)処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の13.7%	12
3159	3259	3359	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 短時間			(2)処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の10.0%	9
3160	3260	3360	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 短時間			(3)処遇改善加算（Ⅲ）所定単位数の5.5%	5
3161	3261	3361	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅰ 短時間・同一			(1)処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の13.7%	11
3162	3262	3362	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅱ 短時間・同一			(2)処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の10.0%	8
3163	3263	3363	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 処遇改善加算Ⅲ 短時間・同一			(3)処遇改善加算（Ⅲ）所定単位数の5.5%	4
3164	3264	3364	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ		【身体型】 （事業対象者 要支援1は 1月10回まで 要支援2は 1月14回まで）	(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	15
3165	3265	3365	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ	(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%		10	
3166	3266	3366	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 同一	(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%		13	
3167	3267	3367	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 同一	(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%		9	
3168	3268	3368	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 短時間	【身体型】 （短時間） （事業対象者 要支援1は 1月22回まで 要支援2は 1月31回まで）	(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	7	
3169	3269	3369	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 短時間		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	5	
3170	3270	3370	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 短時間・同一		(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	6	
3171	3271	3371	訪問A【身体】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 短時間・同一		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	4	
3172	3272	3372	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ	【生活型】 （事業対象者 要支援1は 1月10回まで 要支援2は 1月14回まで）	(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	10	
3173	3273	3373	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	7	
3174	3274	3374	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 同一		(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	9	
3175	3275	3375	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 同一		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	6	
3176	3276	3376	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 短時間	【生活型】 （短時間） （事業対象者 要支援1は 1月22回まで 要支援2は 1月31回まで）	(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	6	
3177	3277	3377	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 短時間		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	4	
3178	3278	3378	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅰ 短時間・同一		(1)特定処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数の6.3%	5	
3179	3279	3379	訪問A【生活】Ⅰ/Ⅱ 特定処遇加算Ⅱ 短時間・同一		(2)特定処遇改善加算（Ⅱ）所定単位数の4.2%	3	

1回につき

※短時間…20分未満

【A7通所】

コード			サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位		
給付率								
90%	80%	70%						
○基本								
7101	7201	7301	通所型サービスAⅠ（半日）	2時間以上4時間未満	事業対象者・要支援1 （1月6回まで）	134		
7102	7202	7302	通所型サービスAⅠ（半日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	94
7103	7203	7303	通所型サービスAⅠ（半日）人欠				94	
7104	7204	7304	通所型サービスAⅠ（全日）	4時間以上	事業対象者・要支援1 （1月6回まで）	202		
7105	7205	7305	通所型サービスAⅠ（全日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	141
7106	7206	7306	通所型サービスAⅠ（全日）人欠				141	
7107	7207	7307	通所型サービスAⅡ（半日）	2時間以上4時間未満	要支援2 （1月10回まで）	179		
7108	7208	7308	通所型サービスAⅡ（半日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	125
7109	7209	7309	通所型サービスAⅡ（半日）人欠				125	
7110	7210	7310	通所型サービスAⅡ（全日）	4時間以上	要支援2 （1月10回まで）	269		
7111	7211	7311	通所型サービスAⅡ（全日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	188
7112	7212	7312	通所型サービスAⅡ（全日）人欠				188	
○介護予防運動未実施								
7113	7213	7313	通所型サービスAⅠ運動未実施（半日）	2時間以上4時間未満	事業対象者・要支援1 （1月6回まで）	112		
7114	7214	7314	通所型サービスAⅠ運動未実施（半日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	78
7115	7215	7315	通所型サービスAⅠ運動未実施（半日）人欠				78	
7116	7216	7316	通所型サービスAⅠ運動未実施（全日）	4時間以上	事業対象者・要支援1 （1月6回まで）	180		
7117	7217	7317	通所型サービスAⅠ運動未実施（全日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	126
7118	7218	7318	通所型サービスAⅠ運動未実施（全日）人欠				126	
7119	7219	7319	通所型サービスAⅡ運動未実施（半日）	2時間以上4時間未満	要支援2 （1月10回まで）	157		
7120	7220	7320	通所型サービスAⅡ運動未実施（半日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	110
7121	7221	7321	通所型サービスAⅡ運動未実施（半日）人欠				110	
7122	7222	7322	通所型サービスAⅡ運動未実施（全日）	4時間以上	要支援2 （1月10回まで）	247		
7123	7223	7323	通所型サービスAⅡ運動未実施（全日）定超				※定員超過、人員欠員の場合×70%	173
7124	7224	7324	通所型サービスAⅡ運動未実施（全日）人欠				173	
○加算								
7125	7225	7325	通所型サービスA送迎加算	送迎加算	※同一建物算定不可	25		
7127	7227	7327	通所型サービスA個別運動器機能訓練加算	個別運動器機能訓練加算		40		
7128	7228	7328	通所型サービスA運動器機能向上加算	運動器機能向上加算		225		
7129	7229	7329	通所型サービスA栄養改善加算	栄養改善加算		150		
7130	7230	7330	通所型サービスA口腔機能向上加算	口腔機能向上加算		150		
7132	7232	7332	通所型サービスA複数サービス実施加算Ⅰ1	選択的 サービス 複数実施 加算	(1)運動器機能向上及び栄養改善	480		
7133	7233	7333	通所型サービスA複数サービス実施加算Ⅰ2		(2)運動器機能向上及び口腔機能向上	480		
7134	7234	7334	通所型サービスA複数サービス実施加算Ⅰ3		(3)栄養改善及び口腔機能向上	480		
7135	7235	7335	通所型サービスA複数サービス実施加算Ⅱ		(2)複数実施加算（Ⅱ）	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	700	
7136	7236	7336	通所型サービスA若年性認知症受入加算	若年性認知症受入加算		240		
7137	7237	7337	通所型サービスA生活機能向上グループ活動加算	生活機能向上グループ活動加算		100		
7138	7238	7338	通所型サービスA生活機能向上連携加算	生活機能向上連携加算		200		
7139	7239	7339	通所型サービスA生活機能向上連携加算 ※運動器機能向上加算あり	生活機能向上連携加算	※運動器機能向上加算を算定している場合	100		
7141	7241	7341	通所型サービスA栄養スクリーニング加算	栄養スクリーニング加算	※6月1回を限度とする	5		
7143	7243	7343	通所型サービスA入浴加算	入浴加算		40		

【A7通所】

コード			サービス内容略称	算定項目	単位数	算定単位				
給付率										
90%	80%	70%								
○介護職員処遇改善加算/介護職員特定処遇改善加算										
7155	7255	7355	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅰ(半日)	介護職員 処遇改善加算	事業対象者・要支援1 (1月6回まで)	(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	8	1回につき		
7156	7256	7356	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅱ(半日)			(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	6			
7157	7257	7357	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅲ(半日)			(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	3			
7158	7258	7358	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅰ(半日) 定超・人欠			(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	6			
7159	7259	7359	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅱ(半日) 定超・人欠			(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	4			
7160	7260	7360	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅲ(半日) 定超・人欠			(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	2			
7161	7261	7361	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅰ(全日)			(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	12			
7162	7262	7362	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅱ(全日)			(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	9			
7163	7263	7363	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅲ(全日)			(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	5			
7164	7264	7364	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅰ(全日) 定超・人欠			(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	8			
7165	7265	7365	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅱ(全日) 定超・人欠			(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	6			
7166	7266	7366	通所型サービスAⅠ 処遇改善加算Ⅲ(全日) 定超・人欠			(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	3			
7167	7267	7367	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅰ(半日)			要支援2 (1月10回まで)	(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%		11	1回につき
7168	7268	7368	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅱ(半日)				(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%		8	
7169	7269	7369	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅲ(半日)				(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%		4	
7170	7270	7370	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅰ(半日) 定超・人欠				(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%		7	
7171	7271	7371	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅱ(半日) 定超・人欠				(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%		5	
7172	7272	7372	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅲ(半日) 定超・人欠				(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%		3	
7173	7273	7373	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅰ(全日)	(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	16					
7174	7274	7374	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅱ(全日)	(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	12					
7175	7275	7375	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅲ(全日)	(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	6					
7176	7276	7376	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅰ(全日) 定超・人欠	(1)処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の5.9%	11					
7177	7277	7377	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅱ(全日) 定超・人欠	(2)処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の4.3%	8					
7178	7278	7378	通所型サービスAⅡ 処遇改善加算Ⅲ(全日) 定超・人欠	(3)処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の2.3%	4					
7179	7279	7379	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅰ(半日)	介護職員特定 処遇改善加算	事業対象者・要支援1 (1月6回まで)	(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	2	1回につき		
7180	7280	7380	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅱ(半日)			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	1			
7181	7281	7381	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅰ(半日) 定超・人欠			(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	1			
7182	7282	7382	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅱ(半日) 定超・人欠			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	1			
7183	7283	7383	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅰ(全日)			(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	2			
7184	7284	7384	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅱ(全日)			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	2			
7185	7285	7385	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅰ(全日) 定超・人欠			(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	2			
7186	7286	7386	通所型サービスAⅠ 特定処遇加算Ⅱ(全日) 定超・人欠		(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	1				
7187	7287	7387	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅰ(半日)		要支援2 (1月10回まで)	(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	2		1回につき	
7188	7288	7388	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅱ(半日)			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	2			
7189	7289	7389	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅰ(半日) 定超・人欠			(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	2			
7190	7290	7390	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅱ(半日) 定超・人欠			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	1			
7191	7291	7391	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅰ(全日)			(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%	3			
7192	7292	7392	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅱ(全日)			(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	3			
7193	7293	7393	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅰ(全日) 定超・人欠	(1)特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の1.2%		2				
7194	7294	7394	通所型サービスAⅡ 特定処遇加算Ⅱ(全日) 定超・人欠	(2)特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の1.0%	2					

※(半日)…2時間以上4時間未満、(全日)…4時間以上

※介護職員(特定)処遇改善加算は、基本単位での算定



大和高田市第1号事業マニュアル
(訪問型・通所型サービス、介護予防ケアマネジメント)

令和3年3月発行

編集・発行 大和高田市 保健部 介護保険課・地域包括支援課

〒635-8511 奈良県大和高田市大字大中 100-1

TEL 0745-22-1101 (代) FAX 0745-24-1055