

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 実施マニュアル

令和7年3月 28 日更新

(令和7年4月1日適用)

### 内容

1 総合事業の対象者 .....	5
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者 .....	5
(2) 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)の対象者 .....	5
(3) 一般介護予防事業の対象者 .....	5
2 総合事業の種別 .....	8
(1) 種別、内容及び利用要件 .....	8
(2) 第1号事業の併用可否 .....	9
3 新規利用者のサービス利用フロー .....	10
(1) 全体のフロー .....	10
(2) 初回訪問 .....	13
(3) 訪問指導 .....	13
(4) 通所型サービス(短期集中) .....	15
(5) 自立支援型地域ケア会議(評価) .....	16
(6) 介護予防ケアマネジメントB(セルフマネジメント支援) .....	16
(7) フォローアップ .....	17
(8) セルフマネジメントサポート(SMS) .....	18
(9) その他 .....	23
4 暫定ケアプランに基づくサービスの利用 .....	28
5 Q&A .....	29

## 寝屋川市における介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方

総合事業に係る考え方や語句について説明をしています。様々な関係機関の方にご理解いただくことで、同じ方向性を目指していきたいと考えております。

### ▽介護予防・日常生活支援総合事業が提供する価値

総合事業は単にサービスを提供するだけでなく、サービスを通じて「高齢者の可能性を最大限引き出す」という価値を提供することを目指します。可能な限り自分自身の力を活かし、その人らしい生活を送れるよう、支援を行います。

### ▽自立支援の考え方

高齢者一人一人の自己決定を尊重し、その能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように支援することです。すなわち、元気な方に対してはその状態を維持できるよう支援するとともに、要介護状態になった方に対してはその状態の改善と悪化防止に向けて支援することです。

### ▽重点的な取組み

地域包括支援センターやケアマネジャーによる介護予防ケアマネジメント及びリハビリテーション専門職や地域支え合い推進員等による支援が一体となって介入し、その人らしい生活を送れるよう支援します。

そのために、個々の高齢者に応じた目標を定め、多職種協働で、下記の項目について重点的に取り組みます。

- ◎生活機能の改善を図り、有している能力を発揮できるよう支援する
- ◎活動量の増加・維持を図るための自己管理能力を高める
- ◎地域社会での活躍の機会を増やし、誰もが社会参加できる仕組みを構築する

### ▽介入効果の考え方

高齢者の状態や目標はそれぞれであることから、

- ◎生活機能や意欲が向上し、介護保険サービス利用の必要性がなくなった
  - ◎介入直前の状態を維持、または少しでも向上することができた
  - ◎介護保険サービスの利用は継続しているが、活動的な生活を送れている
  - ◎状態が悪化したものの、最小限に止めることができた
- 等、どの状態においてもその能力を最大限引き出せているのであれば、効果があったと考えます。そのため、専門職によるアセスメント及び目標設定は非常に重要となります。

### ▽目標達成の指標(卒業について)

寝屋川市としては、介護保険サービス(福祉用具貸与のみ等を除く)を利用せず、生活を送ることができる状態＝「卒業」と定義しています。加齢や疾患によって介護が必要になっても、諦めてほしくない、多くの高齢者に分かり易く、また前向きな気持ちになってほしいという思いから、事業運営における指標の1つとしています。

ただし、単に卒業することだけでなく、介入効果の考え方で示した、能力を最大限引き出すことや、卒業後もその人らしい生活を維持すること、新しい生活を組み立てることが重要な要素となります。

## 2025年に向けた地域包括ケアシステム構築の必要性と総合事業

### ◎ 2025年に向けて医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供の仕組みづくりが必要

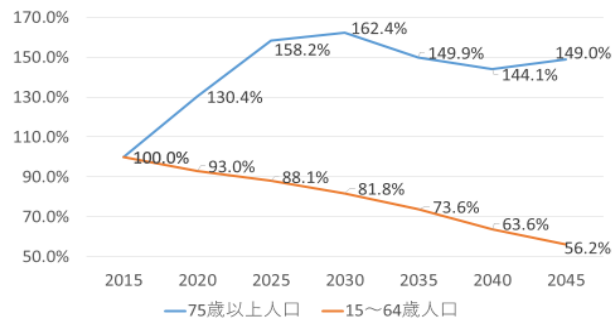
- 重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するための仕組みとしての地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療や介護サービスの強化はもちろん、調理、買い物、掃除などの生活支援の確保や、介護予防をいかにして効果的なものにしていくかも大きな課題。
- 各自治体では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成27年度から主に4つの事業が展開される。「介護予防・日常生活支援総合事業」、「生活支援体制整備事業」、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」である。これらの中でも特に、生活支援や介護予防に大きく関係するのは、要支援に相当する比較的軽度の高齢者を対象とした総合事業と、地域全体の生活支援体制の強化を目指す整備事業である。

### ◎ ニーズの増大と担い手の減少

- 要介護リスクが高くなっていく後期高齢者(75歳以上)人口は、今後2025年に向けて増加し続ける一方で、生産年齢(15-64歳)人口は継続的に減少し、そのギャップは拡大しつづける。
- 単身世帯・高齢者のみ世帯の増加により生活支援ニーズは、人口の増加以上に、急速に高まってくることが予想される。
- 在宅介護のニーズが増加する中で、それを支える専門職数の増加は、要介護度者の増加に対応できるほどは期待できない。
- 増加するニーズへの対応と生産年齢人口の減少という二つの困難な条件のもとに進められなければならないことを意味している。

寝屋川市の人口推移 (2015年を100とした場合)

○要介護リスクが高くなる後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年にピークを迎え、2040年以降に再上昇。  
○生産年齢(15-64歳)人口は2025年までほぼ横ばい、その後減少、後期高齢者人口とのギャップは拡大。  
○それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

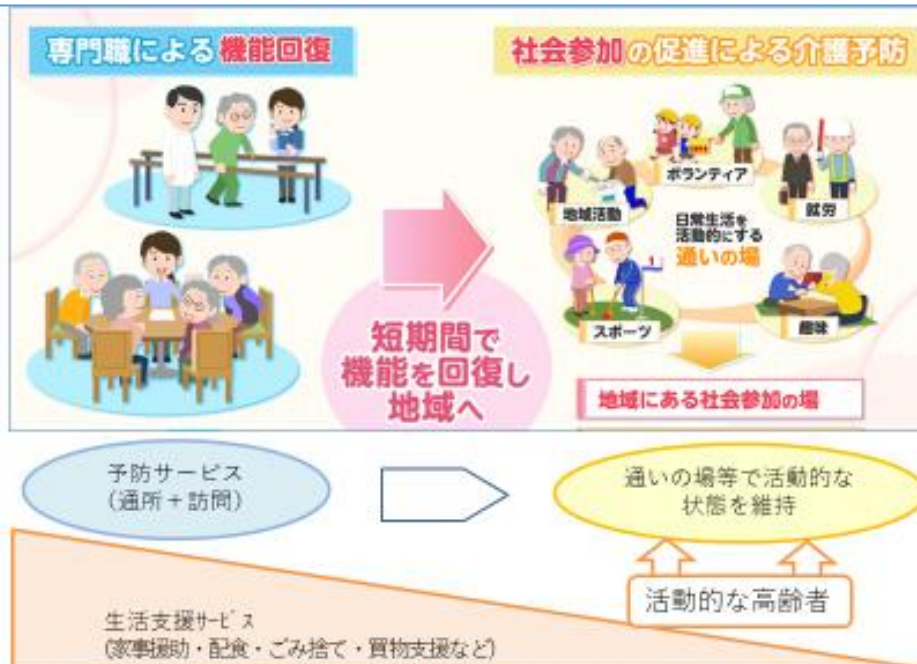


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」  
※2015年を100とした場合の2045年までの推計値

参照：第111回市町村セミナー 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料を一部改変

## 要支援者等の自立支援の考え方

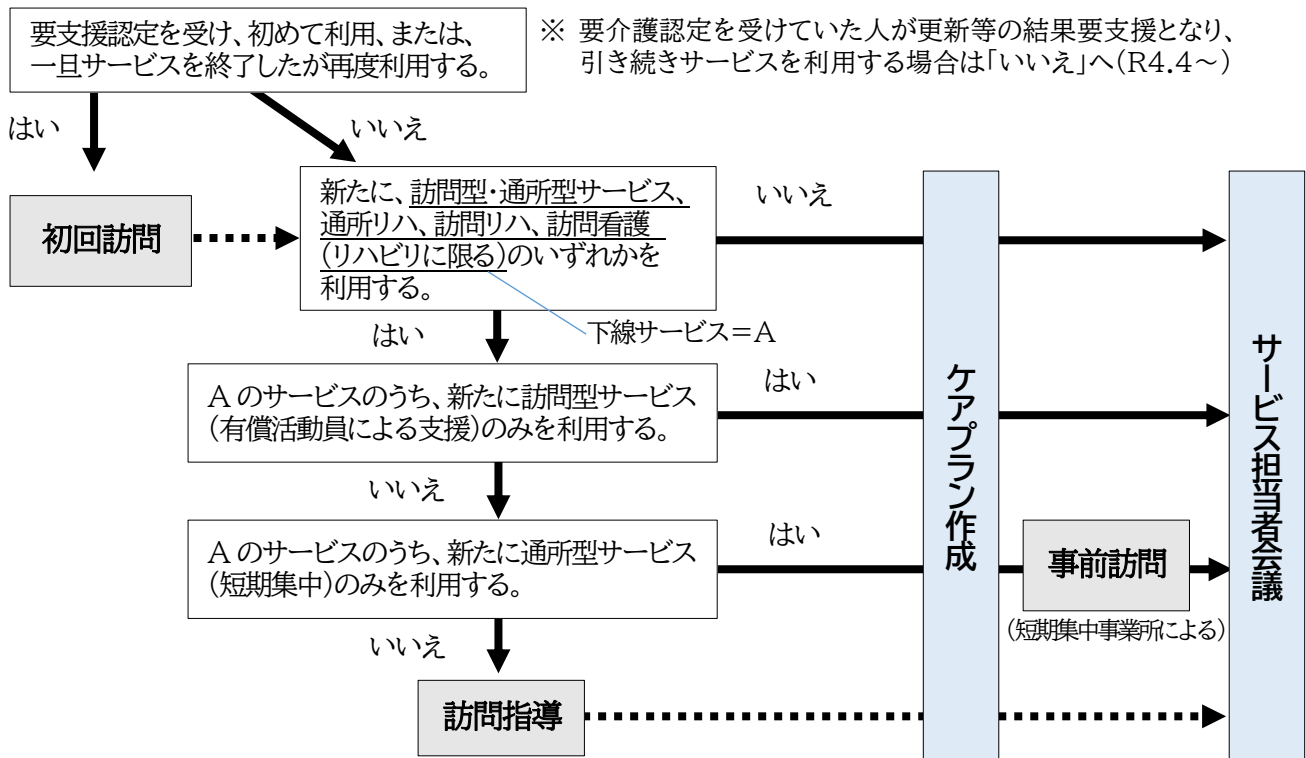
要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入により、元の生活に戻す(活動量の多い生活)を目指す。買い物などの日常的な外出を促進するとともに、活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

厚労省資料を一部改変

## ☆ 新規利用者(要支援者・事業対象者)のサービス利用の流れ ☆



※ 緊急でサービス利用が必要な場合は、初回訪問及び訪問指導の実施前に暫定プランの作成及びサービス利用が可能です。その場合においても、利用要件に該当しないサービスは利用できません。

※ 指定介護予防支援事業所の指定を受けた指定居宅介護支援事業所による介護予防支援の場合も、初回訪問と訪問指導が必要です。

初回訪問	対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援認定を受け、初めてサービスを利用する場合。</li> <li>・サービスを終了したが、改めてサービスの利用が必要な場合。</li> <li>※ 福祉用具販売、住宅改修は対象外。</li> <li>※ 要介護認定を受けていた人が更新等の結果要支援となり、引き続きサービスを利用する場合は対象外。</li> </ul>
	手続 (包括)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援の必要性、介護保険サービスの目的や使い方の説明、必要なサービスの見立て</li> <li>・利用者との契約締結、個人情報使用同意書の取得(利用者の署名)</li> <li>※要介護⇒要支援の場合、初回訪問は不要だが、利用者との契約の締結は包括が行う。ただし、包括とケアマネで協議のうえ、ケアマネが契約を代行してもよい。</li> </ul>
	手続 (ケアマネ)	アセスメントを行い、基本情報/基本チェックリスト/活動・参加チェックシートを作成。
訪問指導	対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問型・通所型サービス、通所リハ、訪問リハ、訪問看護(リハビリに限る)を要する場合</li> <li>※ 訪問型(有償活動員による支援)、通所型(短期集中)のみを利用又は通所型(短期集中)と訪問指導対象外サービスを併用する場合は不要。</li> <li>※ 第2号被保険者(65歳未満)は対象外。</li> </ul>
	手続 (ケアマネ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括を通じてリハ職と日程調整。</li> <li>・利用者宅に訪問し、リハ職とアセスメントの上、利用サービスを提案。</li> </ul>
	手続 (リハ職)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICF視点(社会参加重視)によるアセスメントの上、利用サービスを提案。</li> <li>・アセスメントシートを作成。</li> </ul>
プラン作成	手続 (ケアマネ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問指導あり: プラン、アセスメントシート、訪問指導実施報告書を包括に提出。</li> <li>訪問指導なし: ケアプランを包括に提出。</li> </ul>
事前訪問	対象	通所型(短期集中)のみを利用又は通所型(短期集中)と訪問指導対象外サービスを併用する場合。
	手続 (短期集中)	契約時又はサービス担当者会議時に利用者宅訪問し、目標の確認等アセスメントを実施。アセスメントシートの作成は不要。

# 1 総合事業の対象者

## (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

- ・ 寝屋川市の被保険者(住所地特例適用被保険者を除く。)
  - ・ 他市町村の被保険者で寝屋川市内の住所地特例対象施設に入所等している住所地特例適用被保険者
- ⇒ 市民(寝屋川市に住民票のある人)が、寝屋川市の総合事業の対象者

【介護保険法第 115 条の 45 第1項】

## (2) 介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)の対象者

【寝屋川市が定める対象者(実施要綱第4条)】

ア	居宅要支援被保険者	要支援認定を受けている人
イ	事業対象者 (第2号被保険者は対象外)	次のいずれかに該当する人 ・要介護(要支援)認定申請後(更新申請の場合、現に受けている認定の有効期間終了日の翌日以降)に、基本チェックリストに該当し、認定申請の結果が要介護と認定された人で、かつ、介護給付を利用していない人 ・現に受けている要介護(要支援)認定の有効期間終了日の翌日以降 60 日以内に、基本チェックリストに該当した人(要介護(要支援)認定の更新申請をしていない者に限る。)
ウ	事業対象者 B	要介護(要支援)認定申請の結果が非該当と認定された後、基本チェックリストに該当した人

※ イ、ウとして事業を利用する場合、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書、介護保険被保険者証と合わせて基本チェックリストを高齢介護室給付担当に提出する必要があります。

※ 事業対象者の区分支給限度は要支援2と同額です。

※ 給付サービスを要する場合は認定の更新が必要です。

【手続】① 認定の有効期間終了日の翌日以降 60 日以内に基本チェックリストを実施。

② 事業対象者として第1号事業サービスを利用する月の末日までに①で実施した基本チェックリストの写し、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書、介護保険被保険者証を高齢介護室に提出(事業対象者情報を被保険者証に印字)。

## (3) 一般介護予防事業の対象者

65 歳以上の寝屋川市民とその介護・支援のための活動関係者



## (4) 対象者の取扱いについて

### 1. 寝屋川市が保険者(住所地特例ではない方)

居住地	介護予防サービス計画作成 届出事業所	総合事業の適用	初回訪問 訪問指導
寝屋川市(住民票と同一)	居住地の担当地域包括	寝屋川市の 総合事業	居住地の 担当地域包括
寝屋川市(住民票と相違)			
他市	寝屋川市の担当地域包括		対象外

※他市で総合事業を利用する場合、利用する事業所が寝屋川市の総合事業の指定を受けていなければなりません。

### 2. 他市が保険者(住所地特例ではない方)

居住地	介護予防サービス計画作成 届出事業所	総合事業の適用	初回訪問 訪問指導
寝屋川市	保険者市町村の 担当地域包括	他市の総合事業	対象外

※初回訪問・訪問指導は対象外なので、実施されても委託料及び報償費のお支払はできません。

※寝屋川市で総合事業を利用する場合、利用する事業所が保険者市町村の総合事業の指定を受けていなければなりません。

### 3. 寝屋川市が保険者(住所地特例者)

他市の施設に住民票がある住所地特例者は、他市の総合事業の対象となります。

項目	市町村等の区分
要支援認定申請	寝屋川市
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント	他市の地域包括支援センター (居宅介護支援事業所へ委託可)
介護予防サービス計画作成届出	他市へ提出
総合事業の適用	他市の総合事業
介護保険被保険者証等の再交付、過誤申立書の提出など	寝屋川市

#### 4. 他市が保険者(住所地特例者)

寝屋川市内の施設に住民票がある住所地特例者は、寝屋川市の総合事業の対象となります。

項目	市町村等の区分
要支援認定申請	保険者市町村
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント	寝屋川市の地域包括支援センター (居宅介護支援事業所へ委託可)
介護予防サービス計画作成届出	寝屋川市へ提出
総合事業の適用	寝屋川市の総合事業
介護保険被保険者証等の再交付、過誤申立書の提出など	保険者市町村

## 2 総合事業の種別

### (1) 種別、内容及び利用要件

事業種別		事業内容	利用要件(状態)	
介護予防・生活支援サービス事業 (第1号事業)	訪問型サービス(第1号訪問事業)	訪問型サービス(現行相当)	有資格の訪問介護員による身体介護・生活援助に係る訪問サービス(身体介護を要する状態)	身体介護を要する状態
		訪問型サービス(基準緩和)	市が別に定める研修を受講した者等による生活援助に係る訪問サービス	身体介護を要しない状態(生活援助を要する状態)
		訪問型サービス(有償活動員による支援)	有償活動員による生活援助に係る訪問サービス	身体介護を要しない状態(生活援助を要する状態。大掃除、衣替え、庭木の手入れ等介護給付において対象外となる内容の家事援助が実施可能。)
	通所型サービス(第1号通所事業)	通所型サービス(現行相当)	身体的、精神的状態に配慮した入浴、排せつ、食事等の日常生活上の支援、生活機能の向上のための機能訓練等の通所サービス	3要件のいずれかに該当する状態又は精神疾患により専門職による関わりが必要な状態 ・がん末期:主治医意見書又は医師に確認した記録 ・難病:受給者証、主治医意見書又は医師に確認した記録 ・認知症:主治医意見書又は医師に確認した記録でⅡa以上
		通所型サービス(基準緩和)	閉じこもり予防や自立支援に資する生活機能の維持又は向上のための運動・レクリエーション等の通所サービス	通所型サービス(現行相当)の利用要件に該当せず、介護保険サービスの他に外出機会をつくるのが困難な状態
		通所型サービス(短期集中)	運動器機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上並びに日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作能力(IADL)の改善のための短期間の集中的な機能訓練等の通所サービス	通所型サービス(現行相当)の利用要件に該当しない状態
	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A	対象者に対し、介護予防を目的として、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう行う、サービス事業の利用に係るケアマネジメント	第1号事業のみを利用する状態(福祉用具貸与等その他給付を利用の場合は「介護予防支援」として実施)
		介護予防ケアマネジメント(初回)		有償活動員による支援のみを利用する状態(初回プランの作成時のみ)
		介護予防ケアマネジメントB	対象者のセルフマネジメントを支援するケアマネジメント	訪問指導又は通所型サービス(短期集中)の利用後、介護保険サービス未利用でセルフマネジメント支援を要する状態



事業種別		事業内容	利用要件(状態)
一般介護予防事業	介護予防把握事業	収集した情報等を活用し、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を早期に把握し、介護予防活動へつなげる事業	65歳以上の寝屋川市民 (第2号被保険者は対象外) ※第2号被保険者に訪問指導を実施することはできません。
	介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う事業	
	地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の支援を行う事業	
	一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の事業評価を行う事業	
	地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するため、リハビリテーション専門職等の関与を促進する事業	訪問型・通所型サービス、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護(リハビリに限る)のいずれかを要すると見込まれる状態
訪問指導	リハビリテーション専門職がケアマネジャーと対象者の自宅でアセスメントを行い、生活課題、取り戻したい元の生活の把握、生活環境や道具の工夫の助言、生活行為の指導を行う。		

※ 利用要件(状態)に該当しない場合は利用することはできません。

※ 新規利用者の場合、通所型サービス(短期集中)を利用せずに通所型サービス(基準緩和)を利用することはできません。ただし、要介護時に通所介護を利用しており、認定の更新申請の結果、要支援となったが、引続き、通所型サービスを要する場合は除きます。

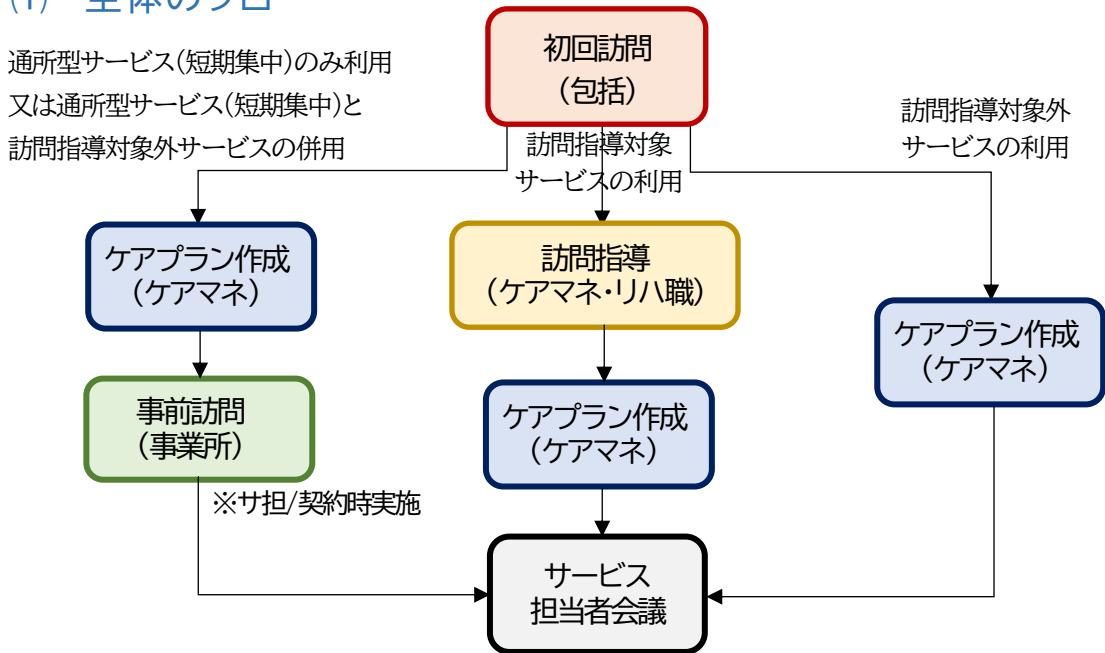
## (2) 第1号事業の併用可否

		訪問型サービス			通所型サービス		
		現行相当	基準緩和	有償種員	現行相当	基準緩和	短期集中
訪問型サービス	現行相当		×	○	○	○	○
	基準緩和	×		○	○	○	○
	有償種員	○	○		○	○	○
通所型サービス	現行相当	○	○	○		×	○
	基準緩和	○	○	○	×		○
	短期集中	○	○	○	○	○	

※ 通所型サービス(現行相当・基準緩和)と通所リハビリテーションの併用はできません。

### 3 新規利用者のサービス利用フロー

#### (1) 全体のフロー



#### ① 初回訪問

- 【包括】**
- ・新たに介護予防サービスを要する利用者に自立支援、介護予防サービス等を説明
  - ・契約、個人情報使用同意書の取得
- 【ケアマネ】**
- ・アセスメント、基本情報/基本チェックリスト/活動・参加チェックシートの作成
  - ・必要なサービスに応じて②又は③へ(原案委託可)

#### ② 訪問指導(ケアマネ・リハ職)

- ・包括を通じ、リハ職と日程調整の上、利用者宅に訪問
- ・ケアマネからリハ職へ下の①～③の書類を最低2日前には提出
- ①基本情報
- ②基本チェックリスト
- ③活動・参加チェックシート
- ・訪問指導のみで介護保険サービスを終了することとなる場合⑥へ

#### ③ ケアプラン作成

- 【訪問指導ありの場合】**
- ・アセスメントシートに記載された目標、具体的な取組内容を基にケアプランを作成し、アセスメントシートと併せて包括に提出
- 【訪問指導なしの場合】**
- ・初回訪問のアセスメント内容を基にケアプランを作成し、包括に提出

#### ④ 通所型サービス(短期集中)

- ・通所型サービス(短期集中)利用中の目標達成に伴う目標変更は随時行う必要があるため、ケアプランの変更について、関係者間が本人の状態、目標を共有した上で「軽微な変更」として取扱い可能
- ・介護保険サービス終了となる利用者に対して、終了後3か月目、6か月目に短期集中事業所で測定等フォローアップ実施。

#### ⑤ 自立支援型地域ケア会議

- ・包括を通じ、会議日程を予約
- ・第3・4月・水曜日(原則) 午前 10:00～11:40、午後 1:30～4:30 のひと月合計 8 回(1 回につき上限 4 件)開催

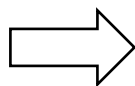
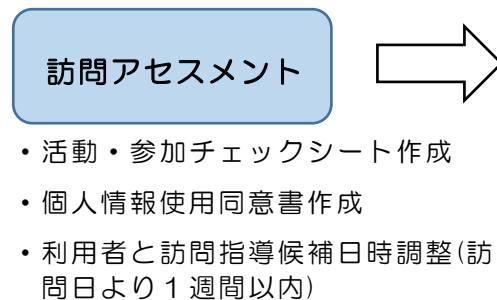
#### ⑥ セルフマネジメント支援

- ・訪問指導又は通所型サービス(短期集中)で生活機能が高まった高齢者の精神面(セルフマネジメント)を一定期間支援
- ⑥-2 介護保険サービス利用**
- ・自立支援型地域ケア会議における検討結果を踏まえケアプランを作成し、サービス利用

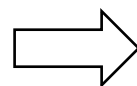
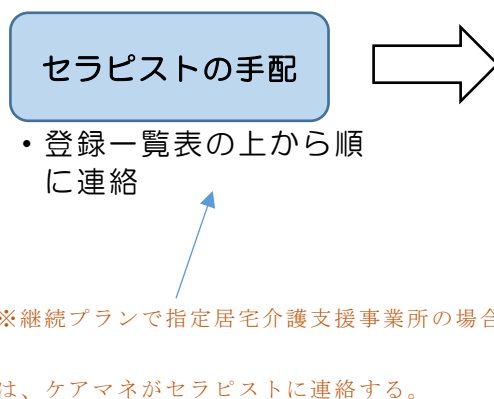
## 【訪問指導フロー図】

### ★訪問指導（初回）前

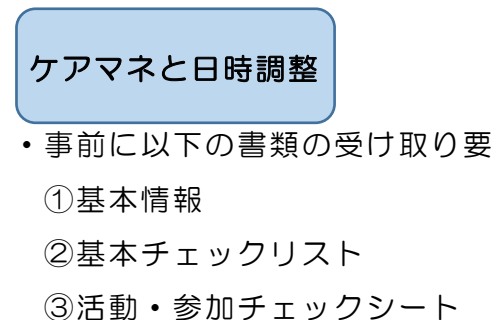
<新規→包括・ケアマネ>



<包括>

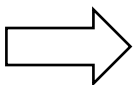
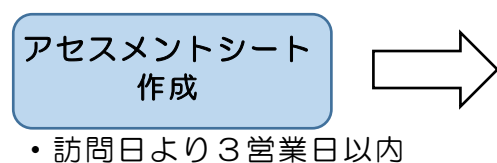


<セラピスト>

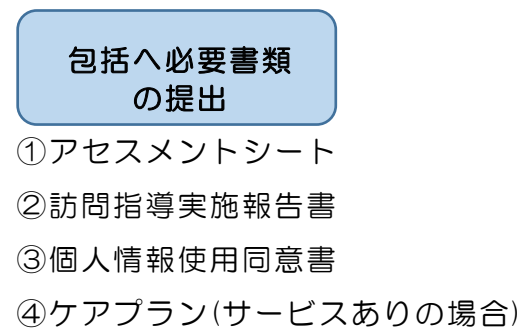
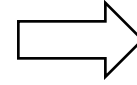
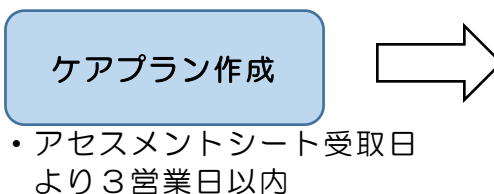


### ★訪問指導（初回）後

<セラピスト>



<ケアマネ>



※指定居宅介護支援事業所が直接ケアケアプラン作成している

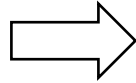
場合でも、包括が訪問指導後のケアプランの確認を行う。

★通常の訪問指導（2回目以降）

<セラピスト>

訪問指導実施記録  
（2回目以降）作成

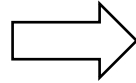
- 訪問日より3営業日以内



<ケアマネ>

訪問指導実施報告書  
（2回目以降）作成

- 訪問指導実施記録受取日  
より3営業日以内



包括へ必要書類  
の提出

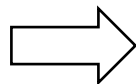
- ①訪問指導実施記録
- ②訪問指導実施報告書

★通所型サービス（短期集中）の利用中における訪問指導（2回目以降）

<セラピスト>

短期事業所指定の  
報告書等作成

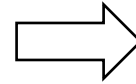
- 訪問日より3営業日以内



<短期事業所>

ケアマネに実施内容  
の報告

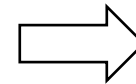
- 報告書等受取日より  
3営業日以内



<ケアマネ>

訪問指導実施報告書  
（2回目以降）作成

- 報告日より3営業日以内



包括へ  
必要書類の提出

- ①訪問指導実施報告書

## (2) 初回訪問

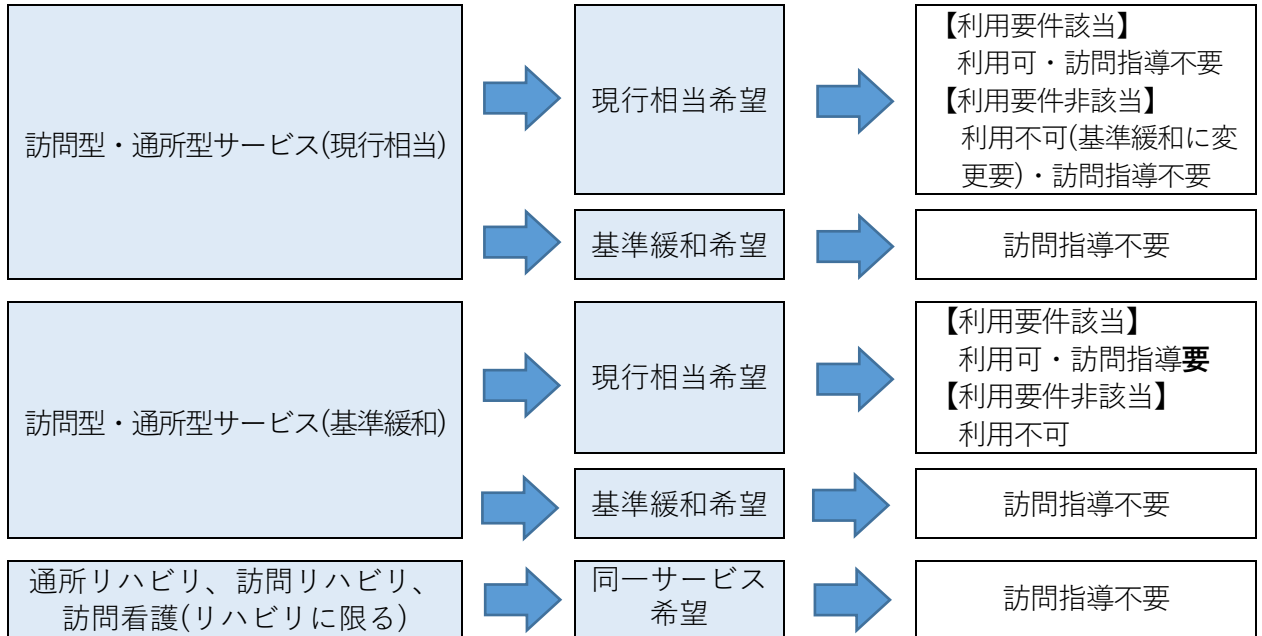
目的	対象者の介護保険サービス及び自立支援の理解を高め、本来必要なサービスにつなぐための初回アセスメントをケアマネジャーと地域包括支援センター職員が協働で行う。
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援認定を受け、初めてサービスを利用する場合</li> <li>・一旦サービスを終了したが様態が変化し、改めてサービスの利用が必要な場合</li> </ul> ※ 特定福祉用具販売及び住宅改修の利用を希望する場合は対象外
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① アセスメント</li> <li>② 必要と思われるサービスの見立て及び説明</li> <li>③ 通所型サービス(短期集中)のみを利用する場合の目標設定</li> </ul>

## (3) 訪問指導

目的	<p>対象者の生活機能の維持・向上を図るため、ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が連携(対象者宅に同行訪問)し、ICFの視点でのアセスメント(生活課題、取り戻したい元の生活の把握)や生活環境・道具の工夫の助言、実際の場での生活行為の指導を行う。</p> <p>※ ICF:国際生活機能分類(International Classification of Functioning, disability and Health)            診断名ではなく、生活の中での困難さに焦点を当て、複数の要素(心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子)間の相互作用を重視して評価する生活機能と障害の分類の考え方</p>
対象者	<p>訪問型・通所型サービス、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護(リハビリに限る)を要すると見込まれる状態の人</p> <p>※ 訪問型サービス(有償活動員による支援)、通所型サービス(短期集中)のみを利用又は通所型サービス(短期集中)と訪問指導対象外サービスを併用する場合は対象外</p> <p>※ 第2号被保険者は対象外</p>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>① アセスメント</li> <li>② 生活機能・環境に応じた指導、通所型サービス(短期集中)の利用を前提とした目標設定</li> <li>③ 通所型サービス(短期集中)以外を要する場合の課題分析(必要性の明確化)</li> </ul> <p>※ 訪問指導により生活機能改善が見込まれる対象者について、4回限度に実施可</p>
利用回数等	<p>4回まで</p> <p>(自己負担無料・給付管理対象外)</p>

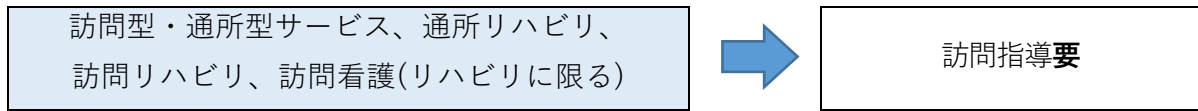
【訪問指導の要否等パターン】

◎ 既存利用者のケアプラン変更・更新時に係る訪問指導の要否



※ その他、訪問型・通所型サービス、通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護(リハビリに限る)のサービス種別の変更や追加を要する場合、訪問指導必要。ただし、通所型サービス(短期集中)に変更又は追加する場合は不要。

◎ 新規利用者のケアプラン作成時に係る訪問指導の要否

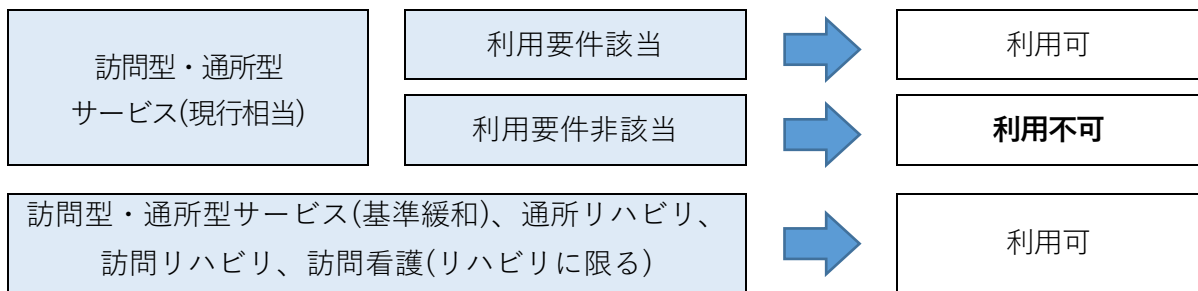


※ ただし、訪問型サービス(有償活動員による支援)、通所型サービス(短期集中)のみを利用又は通所型サービス(短期集中)と訪問指導対象外サービスを併用する場合は不要。

★「新規」の定義について

- ・初めて要支援認定を受けた場合
- ・一旦サービスを終了したが様態が変化した場合
- ・要介護→要支援認定を受けた場合(初回訪問は不要。訪問指導は必要です。)

【初回訪問までに暫定的に利用可能なサービス】※ 緊急を要する場合に限る



※ 初回訪問実施後にサービス内容が変更となる可能性があることを利用者・家族、サービス事業所に事前に説明しておくこと。



#### (4) 通所型サービス(短期集中)

目的	対象者の生活機能の改善、日常生活における活動量の増加・維持を図るため、短期間、集中的に専門職が関わることで自己管理能力を高める。
対象者	目的のために必要と判断される人 ※ 通所型サービス(現行相当)の利用要件《3要件【がん末期、認知症、難病】》に該当する人は原則として対象になりませんが、本人の病状・意欲により、利用することも可能です。
内容	ケアプランに基づき、週1回2時間約3か月間のプログラムを実施 ・測定(サービス利用前後評価) ・運動器機能向上プログラム ・口腔器機能向上プログラム ・栄養改善プログラム ・社会参加促進を含めたセルフマネジメント支援
利用回数等	3か月(12回)、終了後3か月目と6か月目に実施するフォローアップ、終了後1~3か月間に実施するセルフマネジメントサポート(※3事業所でのモデル実施)は自己負担無料。 ※ フォローアップを利用しない場合で生活機能向上が見込まれる人については、3か月(12回)延長可。ただし、延長分(13~24回目)は自己負担1回1,000円。 ※ すべて給付管理対象外)
休止の取り扱い	・休止後3か月間利用実績がない場合は中止扱いとなる。 その際、福祉用具貸与以外の介護保険サービスを利用する場合は評価会議が必要である。 また、中止後に再度通所サービス(短期集中)を利用できる状態になった場合、新規での利用が可能である。(令和3年10月15日付福介第2768号) 短期集中休止中にサービスを追加する場合、短期集中の回数は維持したまま、休止扱いでケアプランには位置づけしてください。 ※訪問指導対象サービスの場合は訪問指導を追加。
補足	・短期集中事業所による事前訪問(契約時)に、短期集中事業所を利用しても効果的ではないと判断された場合は、短期集中事業所から訪問指導の必要性の提示があります。

## (5) 自立支援型地域ケア会議(評価)

目的・内容	通所型サービス(短期集中)終了又は中止時、継続して介護保険サービス(福祉用具貸与を除く。介護予防ケアマネジメントBを含む。)の利用を要する場合は、対象者の状態を評価し、自立支援に資するケアマネジメント内容の検討を行う(目安時間:30分)。 ・社会参加の促進、セルフマネジメント支援に向けたアドバイスの実施 ・今後利用を想定する取組、サービス内容の確認
出席者	・地域包括支援センター職員 ・ケアマネジャー ・サービス事業所職員(通所型サービス(短期集中)事業所を含む。) ・市高齢介護室
手続	(1) 会議開催おおむね7日前まで 「基本チェックリスト」「通所型サービス(短期集中)実施報告書」「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」「介護予防サービス・支援計画書」をケアマネジャーが包括に提出。  (2) 会議開催後 ・プランの内容に変更を要さない場合 →会議当日にプランの意見・確認印欄にコメントを記載。 ・プランの内容に変更を要する場合 →会議のおおむね7日後までに包括に変更したプランを提出。意見・確認印欄にコメントを記載。
補足	短期集中終了後、自立支援型地域ケア会議終了の月末までは、既存のサービス利用は可能である。

## (6) 介護予防ケアマネジメントB(セルフマネジメント支援)

目的	介護保険サービスを終了するに当たり、不安なく、自立生活を継続することができるよう、専門職によるセルフマネジメント支援(ケアマネジャーによる関わりの継続)を一定期間行う。
対象者	訪問指導又は通所型サービス(短期集中)の利用後に介護保険サービスを利用しない状態になった人 ※ 要支援認定の有効期間が終了した場合でも、基本チェックリストに該当する人については、請求することが可能です。この場合、基本チェックリストを高齢介護室給付担当に提出する必要があります。
内容	・訪問指導又は通所型サービス(短期集中)で生活機能が高まった高齢者の精神面(セルフマネジメント)をケアマネジャーが一定期間支援する。 ・対象者のセルフマネジメントノートの作成支援や面談を通じ、「できていること」を称賛する等により、日常生活における活動量の増加、維持を図るとともに、生活に自信を持ってもらう。 ・最長6か月間、訪問によりモニタリング(介護保険サービス未利用状態の支援)を行った月について介護報酬を請求できる(サービス種別コード「AF」)。
手続	・モニタリング表(介護保険サービス未利用状態の維持)(以下「モニタリング表」)に訪問時の記録 ・モニタリング表を包括に提出、国保連請求

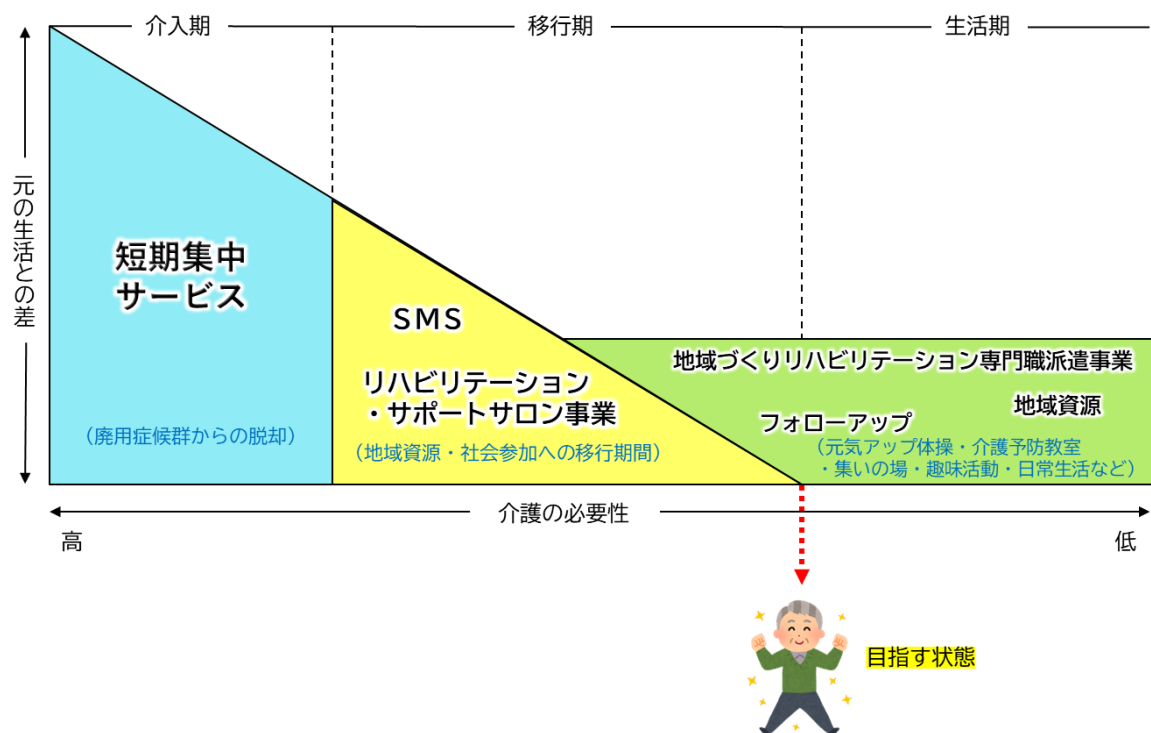
## (7) フォローアップ

目的	<p>社会参加により活動量の多い生活を継続するため、サービス未利用状態における身体機能等の専門職による確認とセルフマネジメント支援を一定期間行う。</p>
対象者	<p>訪問指導又は通所型サービス(短期集中)の利用後に介護保険サービスを利用しない状態になった人  <b>【想定する対象者像】</b>          ・セルフマネジメントはできているが、今後モチベーションの低下の恐れがある方          ・運動機能の維持について何らかの手段を持っている方</p> <p>※ 要支援認定の有効期間が終了した場合でも、基本チェックリストに該当する人については、請求することが可能です。この場合、基本チェックリストを高齢介護室給付担当に提出する必要があります。</p>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所型サービス(短期集中)を終了後、3ヵ月目(13回目)、6ヵ月目(14回目)に体力測定を実施</li> <li>・対象者との面談を通じ、「できていること」を称賛する等により、日常生活における活動量の増加、維持を図るとともに、生活に自信を持ってもらう。</li> <li>・フォローアップ実施月に、訪問によりモニタリング(介護保険サービス未利用状態の支援)を行った月について介護報酬を請求できる(サービス種別コード「AF」)。</li> </ul>
手続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリング表(介護保険サービス未利用状態の維持)(以下「モニタリング表」)に訪問時の記録</li> <li>・モニタリング表を包括に提出、国保連請求</li> <li>・フォローアップ期間中に状態の悪化等でサービス利用が必要になった場合、評価会議を開催する。</li> <li>・提出書類  「基本チェックリスト」「通所型サービス(短期集中)実施報告書」、「評価表(短期集中12回終了時に作成したもので可)」「介護予防サービス・支援計画書」</li> </ul> <p>※心身状況の大きな変化で急を要する場合や、短期集中事業所が短期集中卒業後の状況把握をすることが困難な場合等は、訪問指導も可とする。</p>

## (8) セルフマネジメントサポート(SMS)

目的	社会参加により活動量の多い生活を継続するため、サービス未利用状態における身体機能等の専門職による確認とセルフマネジメント支援を一定期間行う。
対象者	<p>訪問指導又は通所型サービス(短期集中)の利用後に介護保険サービスを利用しない状態になった人</p> <p>【想定する対象者像】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフマネジメントが不十分、もしくはモチベーションの低下の恐れがある方</li> <li>・生活機能は改善したが、介護保険サービス卒業に不安が残る方</li> </ul> <p>※ 要支援認定の有効期間が終了した場合でも、基本チェックリストに該当する人については、請求することが可能です。この場合、基本チェックリストを高齢介護室給付担当に提出する必要があります。</p>
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所型サービス(短期集中)を終了後、月に1回、最長3ヵ月、通所型サービス(短期集中)事業所に通い、運動器機能向上プログラムや体力測定、セルフマネジメント支援を実施</li> <li>・自己効力感を向上させ、趣味活動や地域の通いの場での活動ができるようになるまでのステップとして利用</li> <li>・地域支え合い推進員と連携し、地域資源とのマッチング、活動の場の立ち上げを支援</li> <li>・対象者との面談を通じ、「できていること」を称賛する等により、日常生活における活動量の増加、維持を図るとともに、生活に自信を持ってもらう。</li> <li>・フォローアップ実施月に、訪問によりモニタリング(介護保険サービス未利用状態の支援)を行った月について介護報酬を請求できる(サービス種別コード「AF」)。</li> </ul>
手続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モニタリング表(介護保険サービス未利用状態の維持)(以下「モニタリング表」)に訪問時の記録</li> <li>・モニタリング表を包括に提出、国保連請求</li> <li>・セルフマネジメントサポート期間中に状態の悪化等でサービス利用が必要になった場合、評価会議を開催する。</li> <li>・提出書類 「基本チェックリスト」「通所型サービス(短期集中)実施報告書」、「評価表(短期集中12回終了時に作成したもので可)」「介護予防サービス・支援計画書」</li> </ul> <p>※心身状況の大きな変化で急を要する場合や、短期集中事業所が短期集中卒業後の状況把握をすることが困難な場合等は、訪問指導も可です。</p>

【通所型サービス(短期集中)終了後のイメージ図】



【フォローアップの補足資料（令和4年3月16日付福介第4811号）】

項目	内容	手続等
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援認定者</li> <li>・事業対象者</li> </ul> のいずれかで介護保険サービス終了(用具のみ利用は終了扱い)	<b>★ 担当ケアマネジャー</b> 対象要件の確認。フォローアップ終了まで必要に応じて認定更新 or 事業対象者適用に関する手続実施。
		<b>● 短期集中事業者</b> 対象要件の確認。
実施時期等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終了後3か月目(13回目)</li> <li>・ // 6か月目(14回目)</li> </ul> ※ 通常サービスの最後(12回目)の実施月を0か月目とし、前後のズレは短期集中事業者判断で実施可能。最長6か月(7か月目以降の実施不可)。	<b>★ 担当ケアマネジャー</b> <<ケアプラン>> ・短期集中12回目までを含む直近ケアプランの期間を朱書きで延長。 ※ 軽微な変更と同様の扱い。 ・短期集中12回目終了以降、福祉用具貸与利用の場合 → 新ケアプランに短期集中3か月目(13回目)、6か月目(14回目)のサービスを入れる必要はありません。 ※ 短期集中3か月目(13回目)、6か月目(14回目)終了時のケアプランの評価は不要。 <<モニタリング>> ・フォローアップ実施月に電話等で実施し、支援経過に記録。 ※ フォローアップ実施日に短期集中事業所に訪問して確認することが望ましい。 <<請求>> ・フォローアップ実施月に介護予防ケアマネジメント費の請求可能(基本のみ。加算なし)。 ・地域包括支援センターに、モニタリングに関する支援経過記録、提供票、短期集中事業所作成の実施報告書を提出。 ※ 短期集中のみ(福祉用具なし)の場合、給付管理票は不要だが、実績把握のために提供票の作成、短期集中事業所への提出をする。(短期集中1~12回目と同じ)。 <b>● 短期集中事業者</b> ・通常サービスと同様に国保連請求。 ・フォローアップ実施報告書をケアマネジャーに提出。 ※ 給付管理対象外サービスですが、実績把握のために提供票の作成、ケアマネジャーへの提出をお願いします(短期集中1~12回目と同じです)。

短期集中12回目終了時	短期集中13・14回目利用時	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・フォローアップ期間の対象要件(認定等)確認</li> <li>・プランの評価表作成</li> <li>・短期集中12回目までを含む直近ケアプランの期間を朱書きで延長(短期集中の期間延長)。 ※ 軽微な変更と同様の扱い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中事業者と調整(利用日確認、提供票提出)</li> <li>・モニタリング記録、短期集中実施報告書を包括に提出。</li> <li>・請求(基本報酬のみ)</li> </ul>	
	<b>短期集中13・14回目終了時(中止含む)</b>	
	原案作成等終了報告書を包括に提出。 ※ 短期集中3か月目(13回目)、6か月目(14回目)終了時のプラン評価不要。	

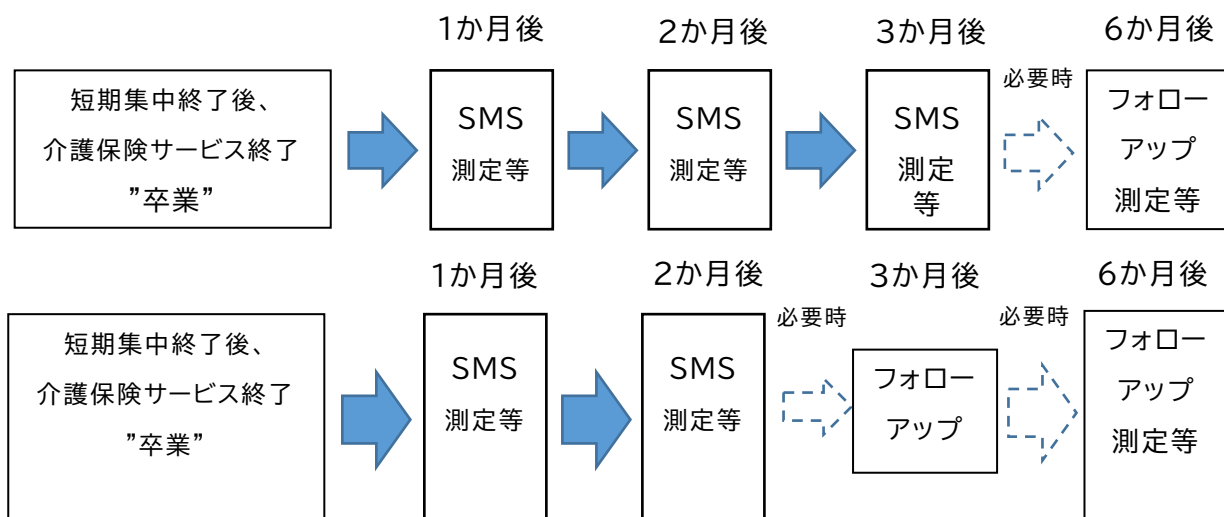


【セルフマネジメントサポート補足資料(令和5年3月30日付福介第 5305 号)】

項目	内容	手続等
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援認定者</li> <li>・事業対象者のいずれかで介護保険サービス終了(用具のみ利用は終了扱い)</li> </ul>	<p><b>★ 担当ケアマネジャー</b> 対象要件の確認。セルフマネジメントサポート終了まで必要に応じて認定更新 or 事業対象者適用に関する手続実施。</p> <p><b>● 短期集中事業者</b> 対象要件の確認。</p>
実施時期等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・終了後1か月目</li> <li>・ // 2か月目</li> <li>・ // 3か月目</li> <li>※ 通常サービスの最後(12回目)の実施月を0か月目とする。最長3か月(4か月目以降の実施不可)。</li> </ul>	<p><b>★ 担当ケアマネジャー</b>                      &lt;&lt;ケアプラン&gt;&gt;                      ・短期集中 12 回目までを含む直近ケアプランの期間を朱書きで延長。 ※ 軽微な変更と同様の扱い。                      ・短期集中 12 回目終了以降、福祉用具貸与利用の場合 → 新ケアプランにセルフマネジメントサポートを入れる必要はありません。 ※ セルフマネジメントサポート終了時のケアプランの評価は不要。                      &lt;&lt;モニタリング&gt;&gt;                      ・セルフマネジメントサポート実施月に電話等で実施し、支援経過に記録。 ※ セルフマネジメントサポート実施日に短期集中事業所に訪問して確認することが望ましい。                      &lt;&lt;請求&gt;&gt;                      ・セルフマネジメントサポート実施月に介護予防ケアマネジメント費の請求可能(基本のみ。加算なし)。                      ・地域包括支援センターに、モニタリングに関する支援経過記録、提供票、短期集中事業所作成の実施報告書を提出。                      ※ 短期集中のみ(福祉用具なし)の場合、給付管理票は不要だが、実績把握のために提供票の作成、短期集中事業所への提出をお願いします(短期集中1～12 回目と同じ)。</p> <p><b>● 短期集中事業者</b>                      ・通常サービスと同様に国保連請求。                      ・セルフマネジメントサポート実施報告書をケアマネジャーに提出。                      ※ 給付管理対象外サービスですが、実績把握のために提供票の作成、ケアマネジャーへの提出をお願いします(短期集中1～12 回目と同じ。)</p>

短期集中 12 回目終了時	セルフマネジメントサポート利用時
<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフマネジメントサポート期間の対象要件(認定等)確認</li> <li>・プランの評価表作成</li> <li>・短期集中 12 回目までを含む直近ケアプランの期間を朱書きで延長(短期集中の期間延長)。 ※ 軽微な変更と同様の扱い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中事業者と調整(利用日確認、提供票提出)</li> <li>・モニタリング記録、短期集中実施報告書を包括に提出。</li> <li>・請求(基本報酬のみ)</li> </ul>
	<p>セルフマネジメントサポート終了時(中止含む)</p> <p>原案作成等終了報告書を包括に提出。 ※ セルフマネジメントサポート終了時のプラン評価不要。</p>

<利用パターンの例> ※ 下記以外のパターンも想定されます。

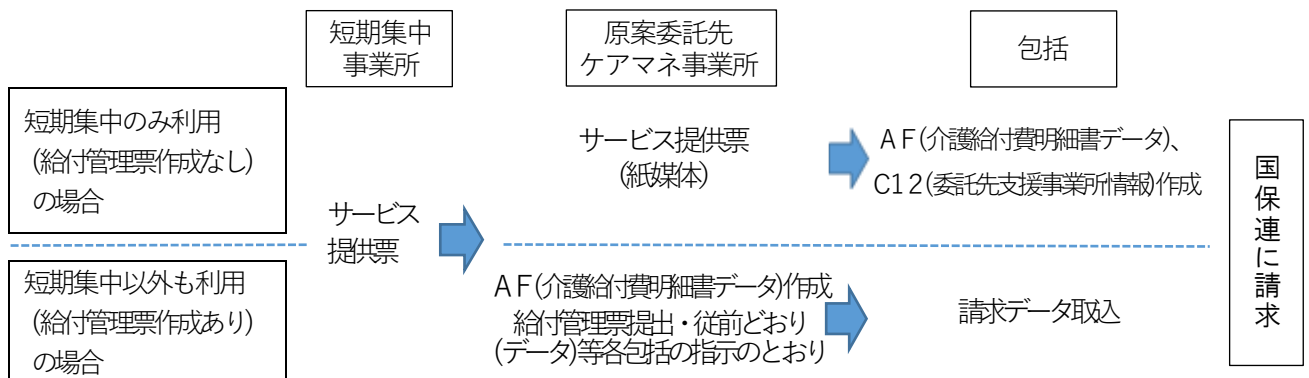


## (9) その他

- ア 上記(1)～(6)は、利用者の居宅(居住地)が寝屋川市外の場合は対象外とします。
- イ 寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード  
サービスコードマスタ(令和6年4月～適用分)は市ホームページに掲載。

市ホームページ「介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコード」  
[https://www.city.neyagawa.osaka.jp/organization\\_list/fukushi/koreikaigoka/chiiki/kaigoyobou/sougoujigyousitei/1489026185560.html](https://www.city.neyagawa.osaka.jp/organization_list/fukushi/koreikaigoka/chiiki/kaigoyobou/sougoujigyousitei/1489026185560.html)

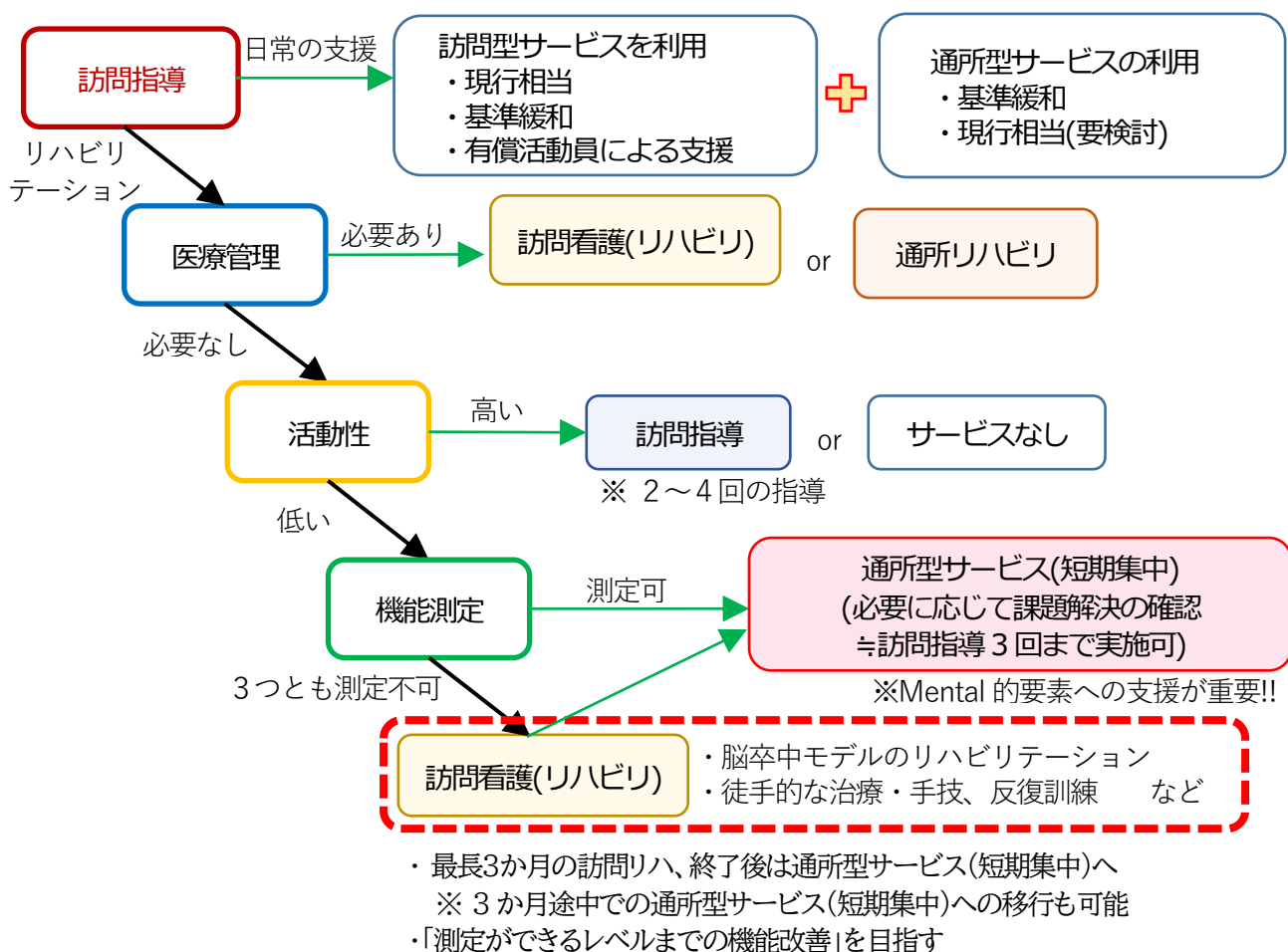
### ウ 通所型サービス(短期集中)事業費請求手続フロー



※ 終了後3か月目、6か月目のフォローアップ及び終了後1～3か月間のセルフマネジメントサポート時も同様です。

エ 医療管理の必要性等を考慮し、訪問指導において通所型サービス(短期集中)以外のサービスを提案することがあります。

【参考】



## オ オレンジ訪問

<p>概要</p>	<p>寝屋川市認知症初期集中支援チーム(オレンジチーム)が、認知症の早期発見・支援につながるよう、介護予防ケアマネジメントの(1)初回訪問後及び(2)通所型(短期集中)サービス事業所利用時に訪問し、対象者本人、家族に対する情報提供等を行う。</p> <p>≪情報提供の内容≫</p> <p>認知症の症状や対応方法・MCI(軽度認知障害)・認知症専門医療機関の説明等</p>
<p>対象者</p>	<p>1. 要支援認定を受けて総合事業における初回訪問を受ける人</p> <p>2. 総合事業における通所型(短期集中)サービスを利用する人</p> <p>※令和7年度はリハビリ河北とハーモニーに限ります。</p> <p>対象者の訪問実施済については、事業所からの「通所型サービス(短期集中)実施報告書」にて確認できます。</p>
<p>支援期間</p>	<p>1. 初回訪問後 訪問1回(30分程度)</p> <p>2. 短期集中サービス事業所 各事業所月1回程度。</p>

## カ 予防プランに記載の目標について（令和2年8月11日福介第1687号）

・ 課題に応じた具体の目標を記載してください。

（課題、目標が1つでなければならないというルールはありません。複数となるかどうかは、文脈によって異なるため指定はありません。）

・ 複数の目標が設定される場合、各目標は「目標とする生活」欄に記載する目標と整合性のとれたものである必要があります。

・ 課題に応じた具体の目標が結果的に同一となることについては、問題ありません。

・ 期間終了時の評価に基づき、次に作成される予防プランの目標は原則変更してください。

前の目標が達成できた場合もちろん、達成できなかった場合についても、改めて課題を分析した上で見直す必要があります。

介護予防サービス・支援計画書(総合的課題～支援計画)記載例

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	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	サービス種別
右大腿骨骨折により、入院をして筋力低下が見られている。歩行時にはふらつきが見られ転倒の危険が大きい。	目標:筋力を向上させて一人で週1回は、近所のスーパーに買い物に行けるようになる。 具体策:介護予防サービスの利用により、運動の機会を持ち、筋力向上を図る。	本人:今は、転倒することが怖いので一人での外出は難しいと思っているが自分一人で選んで買い物をしたい。	筋力を向上させて一人で週1回は、近所のスーパーに買い物に行けるようになる。	通所型サービス以外での運動習慣をもてるように地域の情報を提供していくとともに、本人の良くなりたい気持ちが強いため、自宅等において過度な運動とならないよう、運動方法等について適宜アドバイスを実施。	個別機能訓練:機械での筋力トレーニング等	通所型サービス(短期集中)  介護予防訪問看護(リハビリ)
課題・目標が一つでもそれに合った複数サービスプランはOK						

総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	本人・家族の意欲・意向	目標	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	サービス種別
右大腿骨骨折により、入院をして筋力低下が見られている。歩行時にはふらつきが見られ転倒の危険が大きい。	目標:筋力を向上させて一人で週1回は、近所のスーパーに買い物に行けるようになる。 具体策:通所型サービスの利用により、運動の機会を持ち、筋力向上を図る。	本人:今は、転倒することが怖いので一人での外出は難しいと思っているが自分で選んで買い物をしたい。	筋力を向上させて一人で週1回は、近所のスーパーに買い物に行けるようになる。	通所型サービス以外での運動習慣をもてるように地域の情報を提供していく。  整合性なし	個別機能訓練:機械での筋力トレーニング等	通所型サービス(基準緩和)
目標作成						
	訪問型サービスの利用により、現在本人ができない家事を支援する。		歩行時にふらつき、単独での移動が困難なため、掃除、買い物等の日常生活支援を受ける。	〇〇の掃除は本人が実施できるため、ヘルパーは実施しない。	掃除:掃除機がけ、トイレ・浴室、買い物代行。	訪問型サービス(基準緩和)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">課題・目標との内容がありません。別の目標が必要です。</div>						



介護予防サービス・支援計画書(総合的課題～支援計画)記載例

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	目標	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容	介護保険サービス 又は地域支援事業
腰部脊柱管狭窄症による腰痛と右股関節痛が強く、下肢筋力の低下が見られている。腰痛がひどい時には起き上がり・立ち上がり時・移動時転倒の危険がある。自宅内での移動が困難で入浴が行えていない。	目標:筋力をつけることで自宅での移動、入浴が安全に行えるようになる。 具体策:通所リハビリテーションを利用し、筋力向上と移動、入浴動作に係る訓練を行う。	本人:出来れば自宅で入浴したい。	移動、入浴動作が安全に行えるよう、筋力をつける。 自宅の浴槽に入ることができるようになる。	痛みが強いときもあるため、運動負荷量に気を付けながらリハビリの機会を持てるようにする。	個別リハビリ:関節可動域訓練・筋力トレーニング等(リハマネジメント加算) 入浴時の動作訓練	介護予防通所リハビリテーション
					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	介護予防福祉用具貸与
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     課題・目標との内容があっていません。別の目標が必要です。                 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     整合性なし                 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     目標作成                 </div>						
	目標:腰痛の悪化を防ぎ、安全に起居動作が行える。 具体策:福祉用具(特殊寝台)を利用し、安全に起居動作が行えるようにする。	本人:腰痛、下肢筋力の低下があるため、起き上がりや立ち上がりが無理なく行えるようにしたい。転倒が怖い。	腰痛の悪化を防ぎ、安全に起居動作が行える。	リハビリを受けての本人の痛みや筋力の状況を確認しながら利用継続を検討していく。	特殊寝台・特殊寝台付属品(マットレス・手すり)	介護予防福祉用具貸与

## 4 暫定ケアプランに基づくサービスの利用

- ・ 原則として要介護認定を受けた人は総合事業のサービス利用(請求)不可
- ・ 読み替え可能なサービスは遡って請求可

読み替え可能なサービス(同一内容のサービス)

介護予防・生活支援サービス	介護サービス(介護給付)
訪問型サービス(現行相当)	訪問介護
通所型サービス(現行相当)	通所介護、地域密着型通所介護

《請求方法》

要支援と見込みサービスを利用していた結果、要介護と認定された場合

① 訪問型・通所型サービス(現行相当)、② 訪問型・通所型サービス(基準緩和・短期集中)、③ 予防給付サービス

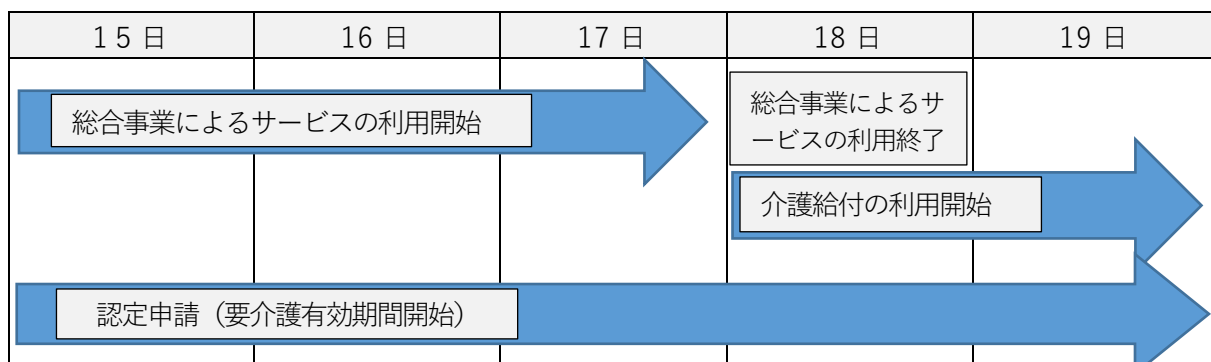
暫定利用サービス	要介護	事業対象者
①	介護給付サービスとして請求	第1号事業サービスとして請求
②	全額自己負担	第1号事業サービスとして請求
③	介護給付サービスとして請求	全額自己負担
①、②併用	①を介護給付サービスとして請求 ②を自己負担	第1号事業サービスとして請求
①、③併用	介護給付サービスとして請求	①を第1号事業サービスとして請求 ③を自己負担
②、③併用	③を介護給付サービスとして請求 ②を自己負担	②を第1号事業サービスとして請求 ③を自己負担
①、②、③併用	①、③を介護給付サービスとして請求 ②を自己負担	①、②を第1号サービスとして請求 ③を自己負担

参照:「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成 26 年9月

30 日版】問 21、【平成 27 年3月 31 日版】問3、4

- ・ 65 歳以上被保険者について、暫定ケアプランに基づきサービスを利用する場合、「介護給付の利用を開始するまでの間は総合事業によるサービスの利用継続が可能」

【例 暫定対象者によるサービスの利用】



## 5 Q&A

	問	答
経過措置について		
1	経過措置の利用者(平成 29 年3月に介護予防通所介護・介護予防訪問介護をケアプランに位置付けていた人で、現行相当サービスを利用している人)についても、次回のケアプランの更新時に現時点の生活機能をアセスメントし、サービスの再選定を行うとのことだが、基本的には基準緩和サービスを利用することになるということか。	<p>経過措置の利用者を含め、すべての要支援者における認定又はケアプランの更新時、現在の状態をアセスメントした結果、必要なサービスを選定することになります。</p> <p>【参考 利用要件】            訪問型サービス(現行相当):身体介護を要する状態            通所型サービス(現行相当):3要件(がん末期、認知症、難病)に該当する状態</p>
通所型短期集中について		
2	通所型サービス(短期集中)を利用した後、併用している他のサービスも終了する必要があるのか。	本人の生活機能・活動量の状況からサービスが必要であるかを評価した上で必要ではないサービスについては終了することとなります。
3	新規で通所型サービスの利用を希望する場合、短期集中を利用せずに基準緩和を利用することはできるのか。	<p>新規であれば通所型サービス(基準緩和)のみの利用は不可(訪問型サービス(基準緩和)は可)とします。なお、新規でも要介護→要支援で要介護時に通所介護サービスを利用していた場合は通所型サービス(基準緩和)のみの利用が可能です。また、疾患等による理由で短期集中の利用が難しい場合は、訪問指導でケアマネジャー及びセラピストで意見交換を行い、セラピストから高齢介護室に共有し確認します。(利用できない相当の理由の提示が必要です。また、個別の事例になるためその場ですぐに回答できないこともあります。)</p> <p>訪問指導がない場合は、短期集中事業所による事前訪問が実施されるため、ケアマネジャーの見立てをもとに短期集中事業所と意見交換した後判断し、短</p>

	問	答
		<p>期集中事業所から高齢介護室に共有し確認します。(利用できない相当の理由の提示が必要です。また、個別の事例になるためその場ですぐに回答できないこともあります。)</p> <p>短期集中事業所及び訪問指導で短期集中が利用可能と判断されているにも関わらず、短期集中を利用しない場合は、評価会議を実施します。</p>
4	<p>通所型サービス(短期集中)の利用後、一旦すべての通所型サービスを終了したが、様態が変わり通所型サービスの利用が必要となった場合、短期集中を利用せずに基準緩和を利用することはできるか。</p>	<p>利用サービスについては訪問指導で三者(本人・ケアマネジャー・セラピスト)合意のもと決定しますが、過去に短期集中の利用実績があるという理由で短期集中を利用せずに基準緩和を利用することはできません。</p>
5	<p>短期集中を休止中に新たにサービスを追加する場合の取り扱いについて。</p>	<p>ケアプランを修正するが、短期集中の回数は維持したまま休止扱いでケアプランには位置づけしてください。※訪問指導対象サービスの場合は訪問指導を追加してください。</p>
6	<p>通所型サービス(短期集中)事業所の空き枠がなく先に他のサービスを提供していた場合、通所型サービス(短期集中)を追加するタイミングで評価は必要か。</p>	<p>様態の変化でサービスを追加するわけではないので、評価は不要です。事業所都合によりサービスの導入が遅れた旨を記載し、プラン変更をしてください。</p>
7	<p>短期事業所による事前訪問ではアセスメントシートを作成しないのか。</p>	<p>作成しません。事前訪問では自宅内での生活動作のアセスメントやケアプランに位置付けられた目標の確認等を行います。</p>

	問	答
8	通所型サービス(短期集中)とデイケアは併用することができるか。	できます。
9	2回目の短期集中はいつから利用可能か。	一律に期間を設定はしておらず、卒業(又は終了)後に本人の状態に悪化があり、短期集中事業を利用することで改善する可能性があれば利用可能です。その場合、短期集中のみを利用する場合は訪問指導がないので、短期集中事業所による事前訪問(契約)で状態を確認し、必要に応じて短期集中事業所から訪問指導の必要性の提示があります。(令和5年3月30日付福介第5305号通知文)※あくまでも3ヶ月間の短期集中的な事業であるため、継続的な利用を想定はしておりません。
10	1回目短期集中終了の場合、2回目短期集中の時に訪問指導は必ず必要か。	短期集中のみを利用する場合、訪問指導は必要なく、短期集中の事前訪問が必要です。 また、訪問指導が必要なサービスを短期集中と併用で利用する場合、前回利用した短期集中事業所に所属する訪問指導者が訪問指導を行うのが望ましいと考えます。(令和5年3月30日 福介第5305号通知文)
11	1度短期集中利用したことがあるが期間が経過し、新たに通所型サービス利用希望する場合、再度短期集中は必要か？	<b>【新たに通所型基準緩和を利用する方の2回目の短期集中利用について】</b> 1 短期集中終了後にサービスを継続している方の場合 ・新たに(又は一度利用しなくなっていたが再度)通所型基準緩和を利用する →訪問指導で短期集中が効果的なのかを判断する。原則は短期集中を併用するが、ケアマネジャー及び訪問指導者との意見交換で他のサービス利用が効果的であると合意されれば、短期集中の併用はしなくてよい。この場合、前回の短期集中事業所が訪問指導を行っている場合、その事業所に訪問指導を依頼する事が望ましい。 ・継続して通所型基準緩和を利用している方が再度短期集中を利用する場合 →状態の悪化で短期集中を利用する場合、短期集中が効果的でない場合もあるため、短期集中事業所の事前契約時にケアマネジャーと確認する。訪問



	問	答
		<p>指導がある場合はケアマネジャーと訪問指導者で効果的であるかを確認し三者合意する。</p> <p>2 短期集中事業を利用して卒業した方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規の場合</li> <li>→新規の取り扱いと同じ</li> <li>・継続プランがある場合(福祉用具だけ利用していた方等)</li> <li>→上の1と同じ</li> </ul>
12	<p>認知症Ⅱa 以上ではないが、物忘れや認知症状があり、受診に繋がっていない事例について</p> <p>①現行相当の利用は可能か</p> <p>②短期集中の利用が難しいと感じるが短期集中の利用は必要か。</p>	<p>①原則は通所型現行相当を利用するには診断を頂き、認知症Ⅱa 以上を確認できる書類が必要である。診断や書類が確認できない場合は通所型基準緩和を利用して頂き、短期集中の併用が必要である。</p> <p>②訪問指導及び短期集中事業所の事前訪問(契約)の際、短期集中事業の利用が効果的ではないと判断された場合は短期集中事業の利用は不要である。ただし、訪問指導者又は短期集中事業所から高齢介護室へ共有と確認は都度必要である。(QA3と同じ流れ)</p> <p>※訪問指導の際は、アセスメントシートに高齢介護に確認したと記載する。</p> <p>短期集中事業所及び訪問指導で短期集中が利用可能と判断されているにも関わらず、短期集中を利用しない場合は、評価会議を実施する。</p>
13	<p>短期集中を終了し、評価会議の後、自費で 12～24 回を利用している方が途中で中止し、サービス継続の場合は評価会議を再度行う必要があるか。</p>	<p>不要である。しかし、評価会議で決まったサービス以外を使う場合、評価会議を再度行うか、訪問指導でも可。</p>



	問	答
14	短期集中利用中に目標を達成し、新たな目標を設定する場合の取り扱いについて。	通所型(短期集中)利用中の目標達成に伴う目標変更は随時行う必要があるため、ケアプランの変更について、関係者間が本人の状態、目標を共有した上で、「軽微な変更」として取扱うことも可能。(令和元年6月5日福介第805号)
評価会議について		
15	通所型サービス(短期集中)に係る評価会議は3か月のサービスが終了してから開催するのか。	通所型サービス(短期集中)の10回目のサービス提供後にサービス事業所から提出される実施報告書を基に評価票と継続ケアプランを作成し、継続ケアプランの開始までに開催するものとします。
16	通所型サービス(短期集中)の利用を中止した場合、評価会議は必要か。	継続して他のサービスを利用する場合は必要ですが、「要介護になった」「入院した」等ですべての介護予防サービスが終了する場合は不要です。 ※ 通所型サービス(短期集中)事業所が作成する実施報告書の要否については、利用回数や中止理由によりますので都度ご相談ください。
17	通所型サービス(短期集中)の利用を中止したが、他のサービスを継続して利用する場合、評価会議まで当該他のサービスを利用することができるか。	評価会議までの期間は利用可能です。通所型サービス(短期集中)の中止後、速やかに評価会議の予約をしてください。
18	評価会議の際に、地域包括支援センターから市に提出する書類は何か？	評価会議の2営業日までに「基本情報」「基本チェックリスト」「通所型サービス(短期集中)実施報告書」「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」「介護予防サービス・支援計画書」

	問	答
セルフマネジメントサポート及びフォローアップについて		
19	フォローアップまたはセルフマネジメントサポート期間中に、状態の悪化等によりサービス利用が必要になった場合の手続きについて	<p>評価会議を開催します。その際の提出書類は、「通所型サービス(短期集中)実施報告書」、「評価表(短期集中12回終了時に作成したもので可)」「介護予防サービス・支援計画書」です。</p> <p>※ 心身状況の大きな変化で急を要する場合や、短期集中事業所が短期集中卒業後の状況把握をすることが困難な場合等は、訪問指導も可です。</p>
20	短期集中終了後、他のサービス利用なく、SMS やフォローアップがある場合、評価表や終了報告書を包括に提出するタイミングは？	<p>評価表</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中10回目以降から次のプラン開始までにプランの評価表を作成し提出する。</li> </ul> <p>終了報告書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・終了後速やかに報告書を包括に提出する。</li> </ul>
初回訪問及び訪問指導について		
21	要介護の認定を受けていた人が更新の結果、要支援認定を受けた場合は初回訪問・訪問指導の対象となるのか。	<p><del>対象とします。</del></p> <p>初回訪問については令和4年4月以降、対象外とします。</p> <p>訪問指導については、引き続き対象となります。</p>

	問	答
22	<p>区分変更をして支援が出たが、すぐに訪問指導が入れるのか？</p>	<p>区分変更の結果、要支援が出てサービス利用を継続する場合、すみやかに契約を行い、サービス内容に応じて訪問指導の調整をお願いします。</p> <p>要介護→要支援の場合、訪問指導の実施まではもともと利用していたサービスを利用可能ですが、訪問指導後にサービス変更の可能性があることを利用者とその家族、サービス事業所には説明しておく必要があります。</p>
23	<p>要支援認定日の同日付で区変を行い、その後、要介護が出た。訪問指導が遡って必要か。</p>	<p>既に要支援サービスを終了していることから、初回訪問、訪問指導の実施は不要です。</p>
24	<p>次の場合、訪問指導の対象となるか。</p> <p>【追加】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービスを利用している人が通所型サービスの利用を要すると見込まれる場合</li> <li>・通所型サービスを利用している人が訪問型サービスの利用を要すると見込まれる場合</li> </ul> <p>【変更】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービス(基準緩和)を利用していた人が訪問型サービス(現行相当)に変更して利用することが必要と見込まれる場合</li> <li>・通所型サービス(基準緩和)を利用していた人が通所型サービス(現行相当)に変更して利用することが必要と見込まれる場合</li> </ul>	<p>対象とします。</p>
25	<p>入院中にケアプランの有効期間が満了となり、退院後にケアプランの作成が必要になった場合、初回訪問(利用サービスに応じて訪問指導)の取扱いを要するのか。</p>	<p>ケアプランの有効期間が満了し、期間が空いて再度作成する場合、通常であれば新規扱いとなり、初回訪問→必要に応じて訪問指導を実施する流れになりますが、入院前と容態が変わらず、同じサービスを利用する場合については省略可とします。</p>

	問	答
26	第2号被保険者(65歳未満)は、訪問指導の対象となるのか。	訪問指導は、65歳以上が対象の一般介護予防事業に位置付けられているため、65歳未満の場合は対象となりません。
27	平成30年度まで現行相当サービス利用時に自立支援型地域ケア会議を開催していたが、自立支援型地域ケア会議がなくなるということか。	令和元年度以降、現行相当サービスを含め、訪問型サービス又は通所型サービスを利用するに当たっては、自立支援型地域ケア会議に代わって訪問指導を実施することとします。 ※ 自立支援型地域ケア会議については、通所型サービス(短期集中)の利用又は中止後、継続して介護保険サービスを利用する場合のみ開催します。
28	訪問指導後、都合によりケアプランが作成されなかった、又はサービスの利用が開始されなかった場合、訪問指導の提案内容はいつまで有効か。	訪問指導による提案内容の有効期間は、訪問指導実施日から3か月です。期限内にサービスを開始できない場合、再度訪問指導を要します。 なお、新型コロナウイルス感染症感染の不安により、サービス利用を延期している場合についても、3か月経過した場合は同様に再度訪問指導を要します。
29	精神疾患などその他の要件に該当する場合の取り扱いについて、訪問指導のセラピストが実際に本人の状態をチェックし、必要と判断されれば、通所型現行相当の利用で差し支えないのか。	ケアマネジャーのアセスメント及び訪問指導でのアセスメントの結果、その他要件に該当すると三者合意に至った場合、訪問指導者から高齢介護室に問い合わせをして頂き、市に確認する必要があります。(その他の要件は個々の状態に応じて判断しなければならず、その都度市に相談頂く必要があります、回答にお時間を頂く場合もあります。)
30	要支援認定日の同日付で区変を行い、その後、要介護が出た。訪問指導が遡って必要か。	既に要支援サービスを終了していることから、初回訪問、訪問指導の実施は不要です。

	問	答
31	<p>寝屋川市に住民票があり寝屋川市の住宅型有料老人ホームに入居されている方が訪問指導対象サービスを新たに利用する場合、施設で訪問指導を実施するのか。</p>	<p>原則、訪問指導は利用者宅で実施するものですが、問いの条件の場合は施設で実施となります。なお、寝屋川市に住民票があり他市に居住実態がある場合については、寝屋川市の総合事業が対象ですが初回訪問及び訪問指導は対象外となります。</p>
32	<p>寝屋川市内の自宅から寝屋川市内の施設へ転居する際、同一のサービスを継続して利用する場合の初回訪問、訪問指導の有無について</p>	<p>・初回訪問</p> <p>一度初回訪問を実施している方については必ずしなければいけないとは考えておりません。しかし、転居に伴い担当包括や委託先居宅が変わる場合は、転居に伴う環境変化と併せて担当者も変わることから、同一のサービス継続で問題がないかを確認するための再アセスメントが重要であると考えため、その場合は初回訪問が望ましいと考えます。</p> <p>・訪問指導</p> <p>原則訪問指導は利用者宅で実施するものですが、施設入居後に同一サービスを利用する場合、初回訪問と同様、在宅と同様のサービス継続で問題がないかを確認するための再アセスメントが重要であると考えため、必要に応じて訪問指導を調整ください。(必ず必要というわけではなく、ケアマネジャーのアセスメントの結果、訪問指導者の助言が必要な場合)</p>
<p>対象者の取扱いについて</p>		

	問	答
33	住民票とは異なる市区町村に居住実態がある場合、どちらの市区町村の総合事業が適用されるのか。	<p>住民票のある市区町村の総合事業が適用されます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝屋川市住民票/他市居住実態→寝屋川市の総合事業</li> <li>・寝屋川市住所地特例(他市施設入所)→他市の総合事業</li> <li>・他市住所地特例(寝屋川市施設入所)→寝屋川市の総合事業</li> </ul>
事業対象者について		
34	事業対象者として介護予防・生活支援サービスを利用していた方が予防給付サービスを利用するため新規申請した結果非該当となった場合、引き続き介護予防・生活支援サービスは利用できるのか。	新規(更新)申請の結果非該当となった場合の事業対象者については事業対象者Bとなり、訪問型サービス(有償活動員による支援)のみ利用することができます。その他の介護予防・生活支援サービスを利用することはできません。
35	事業対象者の有効期間はないが、ケアプランの有効期間はケアマネジャーが設定するのか。	要支援者と同じく、ケアプランに位置付けた目標の達成に要すると見込んだ期間で設定します。
36	事業対象者がサービスの追加や変更を要する場合、訪問指導は必要か。	訪問指導の要否については要支援者と同じ取り扱いとなるため必要です。
37	事業対象者から要支援者又は要支援者から事業対象者となった場合、初回加算は算定できるのか。	介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメントAの変更の場合は初回加算の算定要件に該当しないため算定できません。



	問	答
38	第2号被保険者(65歳未満の人)は事業対象者(Bを含む。)として介護予防・生活支援サービスを利用できるのか。	第2号被保険者は事業対象者として取り扱えないため利用できません。第2号被保険者(65歳未満の人)が介護予防・生活支援サービスを利用するためには要支援認定を受ける必要があります。
介護予防ケアマネジメントに関して		
39	介護予防ケアマネジメントBについて、要支援認定の有効期間が終了した後も請求可能か。	6か月間は請求可能です。 ※ 事業対象者として資格管理を行うため、介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書、介護保険被保険者証と併せて基本チェックリストを高年齢介護室給付担当に提出する必要があります。
40	介護予防ケアマネジメントBについて、居宅介護支援事業所における人員基準要件で0.5件としてカウントするのか。	介護予防ケアマネジメントについては、介護予防支援に係る介護報酬における件数に含みません。
41	居宅介護支援事業所が担当する(原案委託を受ける)介護予防ケアマネジメントの件数に上限はあるのか。	居宅介護支援に係る介護報酬において、介護予防支援は3分の1換算で計上しますが、介護予防ケアマネジメントは計上しないため、上限はありません。
42	3か月に1度のモニタリングはメールでやりとりして算定していいか？	メールは本人の特定ができないので認める事はできません。

	問	答
<p>暫定プランについて</p>		
43	<p>緊急でサービスを要する場合、暫定ケアプランに基づくサービスについて、初回訪問実施後でなければ利用できないのか。</p>	<p>原則、初回訪問(必要に応じて訪問指導※)後にケアプランを作成しサービスを導入することとなりますが、緊急でサービスを要する場合については暫定ケアプランに基づき、初回訪問前に利用することが可能です。</p> <p>ただし、初回訪問(※)後、サービスを変更する場合があることを利用者とその家族、サービス事業者の説明しておく必要があります。</p> <p>※ 現行相当サービスは利用要件に非該当の場合、暫定利用不可。</p>
44	<p>要介護認定の申請中に、新規で訪問型サービス又は通所型サービスの利用を希望する(暫定ケアプランに基づきサービスを利用する)場合、訪問指導はいつ実施するのか。</p>	<p>認定審査の結果が未定であっても訪問指導を実施することは可能ですが、原則は認定審査の結果が出た後に訪問指導を実施することとします。</p> <p>※ 現行相当について、利用要件に非該当の場合は暫定利用不可。</p> <p>※ 要介護⇒要支援で、同一種類の給付サービスを利用していた場合であっても、新規として取り扱います。</p>
45	<p>認定審査の結果通知後、再度区分変更をした際に訪問指導は必要か。</p>	<p>区分変更の場合、暫定ケアプランとなるため基本的には認定が下りてから訪問指導を実施するとしていますが、結果が未定であっても訪問指導を実施することは可能です。1度目の認定で、結果が要支援となり、再度区分変更を行う場合などは訪問指導を行うタイミングが難しいですが、要支援認定が出る見込みがある場合は訪問指導可能です。(必ずしなければいけない訳ではない。)</p>
46	<p>通所型サービス(短期集中)利用中に要介護又は非該当になった場合の取扱いはどのようになるか。</p>	<p>「4 暫定ケアプランに基づくサービスの利用」をご確認ください。</p> <p>介護予防・生活支援サービスについては、要支援者が利用できるサービスですが、暫定ケアプランに基づくサービスとして利用している場合、要介護認定を受けた後も、事業対象者として資格管理することで介護給付を利用するまでの間、利用を継続することができます。</p>

	問	答
47	区分変更申請中の暫定ケアプランで3要件(その他)に該当しない人が通所型サービス(現行相当)を利用することはできるのか。	暫定ケアプランであっても3要件(その他)に該当しない場合は通所型サービス(現行相当)を利用することはできません。
48	区分変更申請中の暫定ケアプランで通所型/訪問型サービス(基準緩和)と介護予防給付サービスを併用し、結果が要介護だった場合、どちらかのサービスは実費となるのか。	通所型/訪問型サービス(基準緩和)については原則、介護給付サービスに読み替えて請求できません。ただし、通所(地域密着型を含む)/訪問介護サービスの基準を満たすサービス提供がされていた場合に限り、読み替えて請求することができます。
その他		
49	認定期間が1年と数か月の場合、1年を超える期間でケアプランを作成してもよいか。	<del>原則は最長1年としていますが、1年3か月までは認めています。</del>
50	ケアプランの期間は決まっているのか？	令和7年4月1日から以下のとおり運用する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・総合事業のサービスに関する期間→1年</li> <li>・介護予防給付サービスに関する期間 →個々のサービス(加算要件等含む)に定められた期間で設定(介護予防給付担当)又は目標の達成に要すると見込んだ期間で設定</li> <li>・総合事業と予防給付の併用→サービスの中で一番短い評価期間に合わせる</li> </ul>
51	委託先の居宅介護支援事業所を変更する場合、委託連携加算は算定できるのか。	委託に当たり、地域包括支援センターから当該居宅介護支援事業所に情報提供を行った場合に、当該委託を開始した月に限り算定できるため、居宅介護支援事業所が変更となった場合は算定できます。

	問	答
52	<p>要介護から要支援になり、元々要介護の時に持っていた居宅介護支援事業所が、そのまま委託で担当をする場合について、地域包括支援センターから委託先居宅に本人に関する情報の提供をしないが、初回訪問などの調整・連携をするため、委託連携加算の算定をしていいのか。</p>	<p>地域包括支援センターから委託先居宅介護支援事業所に該当高齢者に関する情報を提供していない場合は算定できません。</p> <p>委託連携加算については、委託を開始した月において、どの段階においても、地域包括支援センターから該当高齢者に関するケアプラン作成に関する何らかの情報(氏名などの基本情報除く)を提供した場合には算定できます。</p>
53	<p>介護予防支援の指定居宅介護支援事業所がもともと担当していたが、何らかの理由で地域包括支援センターが担当することとなった場合、初回加算は算定可能か。</p>	<p>可能である。</p>
54	<p>原案委託の取扱いについて、訪問指導なしの場合でも、基本チェックリスト、活動・参加チェックシートは委託を受けたケアマネジャーが作成し、地域包括支援センターにプランと共に提出が必要か。</p>	<p>その通りです。</p>

	問	答
55	<p>通所型現行相当の3要件について、精神疾患による利用の基準はあるのか。また、難病は指定難病以外の難病全て含まれるのか。</p>	<p>精神疾患は3要件ではなく、あくまでも例外的な措置としてあります。精神疾患の診断がついており、身体的・精神的に専門職による支援が必要だと見込まれる状態の方を想定しています。</p> <p>難病については指定難病に限らず難病の診断があれば現行相当の利用が可能ですが、難病の方全てに現行相当の利用を推奨しているわけではなく、選択肢の一つと言う見解です。</p> <p>難病を含む3要件の方は、様々な状態が想定されるため、本人の現在の状況や今後の見立て、意向、改善可能性などを踏まえ、適切なサービス選定が必要であると考えます。通所型現行相当の利用は、通所型短期集中との併用を必要とはしないですが、個々の状況により、短期集中を活用することで身体、精神、生活動作などの改善や本人の生活の質を改善できる可能性があります。3要件に該当するという理由だけで一律に現行相当の利用を推奨するものではなく、短期集中などの利用も選択肢に入れたサービス選定を行う必要があると考えます。そのため、通所型サービス利用時は訪問指導においてケアマネジャーとリハ職による多角的なアセスメントを行い、目標設定やサービス選定を行います。</p> <p><u>高齢介護室がアセスメントシート及び訪問指導後のケアプラン確認時、助言を行う場合もあります。</u></p>
56	<p>介護予防支援事業の指定を受けた指定居宅介護支援事業所は委託連携加算を算定できるのか。</p>	<p>算定できません。</p>
57	<p>要介護から要支援になり、もともとケアプランを担当していたケアマネジャーがそのまま指定を受けてプランを持つ場合、初回加算は算定できるのか。</p>	<p>算定できます。</p>

	問	答
58	<p>月途中で基準緩和サービス→現行相当サービス又は現行相当サービス→基準緩和サービスに変更した場合、介護報酬の算定はどうなるのか。</p>	<p>介護報酬はそれぞれ日割りで算定することが可能です。</p>
59	<p>介護予防・生活支援サービスは医療費控除の対象になるか。</p>	<p>介護予防・生活支援サービスのうち、訪問型サービス(現行相当)及び通所型サービス(現行相当)に係る利用者負担額(事業対象分)の合計額が医療費控除の対象となりますので、該当するサービスを提供する事業者は、利用者に発行する領収証に医療費控除の対象となる金額を記載する必要があります。</p> <p>(参考)</p> <p>「介護保険制度下での居宅サービスの対価にかかる医療費控除等の取扱いについて」(平成12年6月1日老発第509号)</p> <p>「介護保険制度下での居宅サービス等の対価に係る医療費控除等の取扱いについて」(平成28年10月3日付け厚労省老健局振興課事務連絡)</p>



参考 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用(厚労省資料抜粋)

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防・日常生活支援 総合事業 ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(独自)	・区分変更(要支援1 ⇄ 要支援2) ・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の退所(※1)	退所日の翌日	
	・介護予防短期入所療養介護の退所・退院(※1)	退所・退院日又は退所・退院日の翌日	
	・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	
	※月額包括報酬の単位 とした場合	・区分変更(要支援1 ⇄ 要支援2) ・区分変更(事業対象者 → 要支援)	変更日
・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の入所(※1)		入所日の前日	
・介護予防短期入所療養介護の入所・入院(※1)		入所・入院日又は入所・入院日の前日	
・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		—	—
日割り計算用サービス コードが無い加算及び 減算		—	—

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に提出する場合を除く。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。

※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。