

(8) 介護予防ケアマネジメントの利用手続に必要な書類

ア ケアマネジメントA

① 重要事項説明書

参考様式「重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）」（P 119～P 121）

* 指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した様式。

なお、既に指定介護予防支援の利用契約を締結していても、これまで第1号介護予防支援事業に係る重要事項説明を行ったことのない者に対してケアマネジメントAを実施することになった場合は、指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した重要事項説明書によって重要事項説明を行ってください。一体化した重要事項説明書で説明した後に、同一人物に対して行うケアマネジメントが「指定介護予防支援」と「第1号介護予防支援事業」の間で変わっても、重要事項説明を再度行う必要はありません。

② 利用契約書

市町村からの委託による実施のため不要です。

イ ケアマネジメントC

① 重要事項説明書

参考様式「重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）」（P 119～P 121）又は「介護予防ケアマネジメントを受けられる皆様へ」（P 122～P 123）のどちらでも可能とします。

ただし、後者で説明を行った利用者が、ケアマネジメントA又は指定介護予防支援を受ける場合は、改めて参考様式「重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）」（P 119～P 121）に準じた重要事項説明書によって重要事項説明を行う必要があります。

② 利用契約書

市町村からの委託による実施のため不要です。

(9) プランの様式

ア ケアマネジメントA

介護予防サービス・支援計画書（指定介護予防支援と同じ）（P 126）

イ ケアマネジメントC

介護予防サービス・支援計画書（指定介護予防支援と同じ）（P 126）又は簡易様式（P 127～P 128）のいずれかを使用

(10) 地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを担当できる者

- ① 保健師
- ② 介護支援専門員
- ③ 社会福祉士
- ④ 経験のある看護師
- ⑤ 高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事

(11) 指定居宅介護支援事業者への介護予防ケアマネジメント実施の委託の取扱い

本市ではケアマネジメントAについては委託可能としますが、ケアマネジメントCについては委託を認めません。

<参考1>委託の根拠法令

要支援者：法第115条の4第5項

事業対象者：実施要綱

* 参考様式「委託契約書」(P132～P135)

指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した様式。

なお、既に指定介護予防支援のみの委託契約を締結しており、新たに第1号介護予防支援事業(ケアマネジメントA)についても委託契約を締結する指定居宅介護支援事業者については、平成29年4月1日までに、指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した委託契約書によって委託契約を締結し直してください。

また、平成29年4月から総合事業のサービス利用を希望する者に対して、アセスメントやサービス担当者会議の出席等のために、平成28年度中に介護予防ケアマネジメントAの業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託する場合は、平成29年4月を待たずに委託契約を締結してください。

ア ケアマネジメントAの委託の手続きの概要

① 地域包括支援センター運營業務受託法人と指定居宅介護支援事業者との委託にあたっての事前協議



② 地域包括支援センター運營業務受託法人から市長へのケアマネジメントAの委託に係る届出
(留意点)
・本庁(長寿福祉課)に提出すること(郵送可)
(平成29年度以降の提出先に変更があった場合等は、おって通知する。)
(様式)
・第1号介護予防支援再委託(変更)届出書(P136)



③ 地域包括支援センター運營業務受託法人と指定居宅介護支援事業者との委託契約締結

イ ケアマネジメントAを委託できる範囲

委託できる業務の範囲は以下のとおりです。(介護予防支援と同様です。)

業務内容	委託の可否	委託する場合の留意点
利用申込みの受付	×	
利用者との契約の締結	×	・介護予防ケアマネジメントの実施を委託することについて、利用者の同意を得ること。
アセスメントの実施	○	・指定居宅介護支援事業所への依頼文に、基本チェックリスト及び相談受付票の写しを添付すること。
サービス計画原案の作成	○	・計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当であるかを確認する。
サービス担当者会議の開催	○	
利用者への計画原案の説明, 同意	○	
利用者への計画書の交付	○	

ウ 第1号介護予防支援再委託(変更)届出書の提出について

ケアマネジメントAの委託については、毎年度本市との間で委託契約を締結している「京都市地域包括支援センターの運営に関する委託契約」にかかる業務の一部の「再委託」となるため、「第1号介護予防支援再委託(変更)届出書」についても毎年度当初に4月1日時点の状況を本庁(長寿福祉課)へ提出していただく必要があります。

年度当初以降は、再委託先や再委託内容の変更がある場合に「第1号介護予防支援再委託(変更)届出書」を再度提出してください。

* 平成29年4月を待たずに委託契約を締結する場合は、その時点で「第1号介護予防支援再委託(変更)届出書」を長寿福祉課に提出する必要があります。

<参考2> 指定介護予防支援委託と第1号介護予防支援再委託の比較

	指定介護予防支援委託	第1号介護予防支援再委託
包括と居宅間の委託契約書参考様式	共通様式(※新設, P132~P135)	
市長への届出書類様式	指定介護予防支援委託(変更)届出書(P137)	第1号介護予防支援再委託(変更)届出書(※新設, P136)
提出先(※)	区・支所(福祉部福祉介護課)	本庁(長寿福祉課)
変更等	その都度提出	その都度提出
毎年度当初の提出	変更等なければ不要	必要

※平成29年度以降の提出先に変更があった場合等は、おって通知する。

エ 介護予防ケアマネジメントを受託した指定居宅介護支援事業所の取扱い 件数の取扱い

<参考3>平成27年度報酬改定Q&A (Vol.1) 抜粋

問180 居宅介護支援費（Ⅰ）から（Ⅲ）の区分については、居宅介護支援と介護予防支援の両方の利用者の数をもとに算定しているが、新しい介護予防ケアマネジメントの件数については取扱件数に含まないと解釈してよいか。

貴見のとおりである。

※ 居宅介護支援の実施に支障がないように留意してください。

(12) 本市から地域包括支援センターへの委託料単価（案）

○基本単価：430単位/件/月

○初回加算：300単位/件/回

（ケアマネジメントA・ケアマネジメントCのいずれも）

※ 1単位当たりの単価は、介護予防支援の地域区分単価と同じ（10.7円）とする予定。

※ ケアマネジメントAでは、別途「介護予防小規模多機能型居宅介護連携加算：300単位/件/回」を設ける予定。

※ ケアマネジメントCについては、算定後1年を経過する前の算定はできないこととする予定。

<参考>平成27年度報酬改定Q&A (Vol.1) 抜粋

問189 介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防マネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。

要支援又はチェックリスト該当者に対して介護予防ケアマネジメントを作成することは、要支援に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

(13) 本市から地域包括支援センターへの委託料の支払い

審査支払事務については、国から平成29年1月17日付事務連絡「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントに要した費用の支払について」（介護保険最新情報 Vol.579）が発出されましたが、現時点において国から詳細が示されていないため、詳細が明らかになってから本市における取扱い等をお示ししたいと考えています。

なお、本市では、国保連に審査支払事務を委託したいと考えています。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

居宅介護支援計画連絡票（FAX照会）

平成 年 月 日

医療機関名 主治医 _____ 先生 FAX	事業所名 所在地 TEL FAX E-mail 介護支援専門員名
---	---

平素はお世話になり誠にありがとうございます。この度先生が診療されている下記の患者様よりご依頼を受け、居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成（変更）することになりました。つきましては、ご多用中誠に恐れ入りますが、ケアプラン作成にあたり下記の点について先生のご指導・ご意見を頂戴したく存じます。ご回答はFAX等でご返送賜われれば幸いです。なお、先生またはサービス担当事業所からのご意見により、必要に応じてサービス担当者会議を開催いたしますので、その節はご協力をお願い申し上げます。

【介護支援専門員記入欄】

連絡理由 1. ケアプラン作成（新規・更新・区分変更・その他） 2. 相談・問い合わせ 3. その他			
利用者氏名	性別	男・女	年齢
利用者住所			
認定有効期間	年 月 日～	年 月 日	要介護度
添付資料	居宅サービス計画書原案 サービス利用票 その他（ ）		

相談及び連絡事項

【主治医記入欄】

主治医確認欄	1. 特に意見、要望はない 2. 意見・要望あり 3. 説明希望（面接・電話・メール）
--------	---

主治医意見・要望欄

別紙（なし・あり）

居宅療養管理指導（なし・あり）

上記の通り連絡いたします。

平成 年 月 日

主治医 _____

重要事項説明書（指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業）

1 当法人の概要

名称・法人種別	
代表者名	
主たる事務所所在地・連絡先	(所在地) (電話) (FAX)

2 事業所の概要

事業所名	京都市〇〇地域包括支援センター指定介護予防支援事業所
所在地・連絡先	(所在地) (電話) (FAX)
事業所番号	
管理者の氏名	
サービス提供地域	京都市〇〇区〇〇学区, 〇〇学区, 〇〇学区及び〇〇学区

3 当センターの方針等

- 指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業（以下「指定介護予防支援等」という。）は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現できるよう配慮して行います。
- 指定介護予防支援等は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- 指定介護予防支援等は、利用者の心身の状況やその置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
- 指定介護予防支援等の提供に当たっては、利用者の意思等を尊重し、特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。
- 事業の実施に当たっては、京都市、関係区役所・支所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組等との連携に努めます。
- 上記のほか「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 37 号）及び国が定める介護予防支援に係るマニュアル並びに京都市が定める指針等（以下「基準等」という。）を遵守します。

4 事業所の職員体制等

職種	資格	員数等
管理者		常勤兼務職員 1 名（主任介護支援専門員を兼務）
保健師等	保健師 地域保健等の経験のある 看護師	常勤専従職員 名
主任介護支援専門員	主任介護支援専門員	常勤兼務職員 名（管理者を兼務）
社会福祉士	社会福祉士	常勤専従職員 名
介護支援専門員	介護支援専門員	常勤兼務職員 名（当法人の運営する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員を兼務）
事務職員		非常勤専従職員 名

5 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	午前 9 時～午後 5 時

※ 土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日は休業します。

6 利用料金

(1) 指定介護予防支援

ア 指定介護予防支援の利用料金は、下表のとおりです。（1 単位単価＝10.7 円）
ただし、法定代理受領のため、利用者負担は発生しません。

	単位(1月につき)	備考
介護予防支援費	430 単位	
初回加算	300 単位	新規に利用を開始する月に加算されます。
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300 単位	小規模多機能型居宅介護事業所へ移行の際、加算される場合があります。

イ 介護保険料を滞納されると、法定代理受領できなくなる場合があります。この場合は、一旦①の額の料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。この証明書を区役所・支所の福祉介護課又は京北出張所福祉担当の窓口へ提出されますと、全額払い戻しを受けることができます。（利用者の介護保険料の滞納の額等によっては、全額が払い戻されない場合があります。）

ウ 2 のサービス提供地域内では交通費は無料ですが、サービス提供地域外に訪問する場合の交通費は、サービス提供地域との境界から目的地までの移動に実際に要した額をお支払いいただきます。

(2) 第一号介護予防支援事業 利用料金は発生しません。

7 指定介護予防支援等の委託

(1) 当センターは、必要に応じ、指定介護予防支援等のうち次の業務について、指定居宅介護支援事業者に委託する場合があります。

- ① アセスメントの実施
- ② 計画の原案の作成
- ③ サービス担当者会議の開催

- ④ 利用者に対する計画原案の説明
- ⑤ 利用者及びサービス担当者に対する計画書の交付
- ⑥ モニタリングの実施
- ⑦ 介護予防に係る効果の評価
- ⑧ 保険給付等に係る給付管理業務
- ⑨ 利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- ⑩ その他

(2) 当センターは、指定介護予防支援等の一部を委託する場合、委託することについて、利用者又はその家族に十分説明し、文書による同意を得るとともに、利用者又はその家族に対して、委託契約を締結している指定居宅介護支援事業者の一覧を提示し、その意向を聴取します。

8 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村及び当該利用者の家族等に連絡を行います。

9 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

(1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について、当センターはサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 個人情報の保護について当センターは、以下のア～エにおいて、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、以下のア～エにおいて、予め文書で同意を得ない限り用いませぬ。

- ア サービス担当者会議
- イ 介護予防サービス事業者等との連絡調整
- ウ 指定居宅介護支援事業者への指定介護予防支援等の一部の委託
- エ 利用者が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整

(3) 当センターは、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

10 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

当センター苦情相談窓 口	担当者 対応時間 電話番号 FAX番号
-----------------	------------------------------

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

京都市〇〇区役所・〇 〇支所福祉部福祉介護 課	所在地 京都市〇〇区〇〇 電話番号 FAX番号
京都府国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地 京都市下京区烏丸通匹条下る水銀屋町 620 COCON 烏丸内 電話番号 075-354-9090 FAX番号 075-354-9055

【説明確認欄】

指定介護予防支援等の開始に当たり、利用者に対して重要事項の説明をしました。

平成 年 月 日

事業者	事業者名
説明者	印

私は指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業のサービス内容及び重要事項について説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

(利用者) 氏名 印

代理人又は立会人
氏名 印

個人情報に関する同意書

サービス担当者会議、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び指定居宅介護支援事業者への指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部の委託並びに利用者が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整に必要な範囲において、利用者及び利用者の家族の個人情報を使用することに同意します。

平成 年 月 日

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印

(家族) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

(家族) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部委託に関する同意書

指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業の一部を委託することについて、委託する業務の内容及び委託する指定居宅介護支援事業者の説明及び利用者の意向の聴取を受け、次の指定居宅介護支援事業者に委託されることに同意します。

法人の名称	
事業所の名称	
事業所の所在地	
事業所の連絡先	

平成 年 月 日

(利用者) 氏名 _____ 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者) 氏名 _____ 印
(続柄)

介護予防ケアマネジメントを受けられる皆様へ

1 介護予防ケアマネジメントの実施方針

- (1) 介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現できるよう配慮して行います。
- (2) 介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。

2 介護予防ケアマネジメントの実施内容

利用者の生活上の課題を把握し、それを踏まえた目標及び取組内容を設定したケアプランを作成します。
ケアプラン作成後に状況が変わった場合は、必要に応じてケアプランを作り直しますのでご相談ください。

3 利用料金

利用料金は発生しません。

4 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

- (1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について事業所はサービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 個人情報の保護について事業所は、以下のア及びイにおいて、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、以下のア及びイにおいて、予め文書で同意を得ない限り用いません。
ア 一般介護予防事業、民間サービス、その他必要なサービスを提供する事業者等との連絡調整
イ 利用者が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整
- (3) 事業所は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

5 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

当事業所苦情相談窓口	担当者 対応時間 電話番号 FAX番号
------------	------------------------------

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

京都市〇〇区役所・〇〇支所福祉部福祉介護課	所在地 京都市〇〇区〇〇 電話番号 FAX番号
-----------------------	-------------------------------

＜介護予防ケアマネジメントを実施する事業所の概要＞

運営法人	
事業所名	京都市〇〇地域包括支援センター
所在地・連絡先	(所在地) (電話) (FAX)
管理者	
サービス提供地域	京都市〇〇区〇〇学区、〇〇学区、〇〇学区及び〇〇学区
営業日	月曜日～金曜日 ※ 十曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から1月3日は休業します。
営業時間	午前9時～午後5時

【説明確認欄】

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者に対して重要事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者 事業者名
説明者 印

私は介護予防ケアマネジメントのサービス内容及び重要事項について説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

平成 年 月 日

(利用者) 氏名 印

(代理人又は立会人
氏名 印)

個人情報の利用に関する同意書（介護予防ケアマネジメント）

一般介護予防事業、民間サービス、その他必要なサービスを提供する事業者等との連絡調整及び私が要介護と認定された場合の指定居宅介護支援事業者との連絡調整に必要な範囲において、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

平成 年 月 日

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印

(家族) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

(家族) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者) 住所 _____
氏名 _____ 印
(続柄)

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

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

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況 (どんな 暮らしを送 っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

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

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

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

平成 年 月 日 氏名

印

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

/ /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向		
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目通)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名 _____

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 月 日（初回作成日 _____ 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日		1年
----	--	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	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（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間		
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()							
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()							
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()							
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()							

健康状態について

主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
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	/2	/3	/2	/3	/5

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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

印 _____

被保険者番号:

(案)私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表) * 太枠のみご記入ください

計画(変更)作成日: 年 月 日

利用者氏名: 男・女

() 地域包括支援センター

担当者:

生年月日: 大・昭 年 月 日 ()歳

住所:

電話:

()ヶ月後の私の姿(目標):

担当者メッセージ:

* 該当する項目の○を●のように塗りつぶしてください。 追加項目がありましたら○その他:の後の何も書いていない所に簡単に記入してください。

現在の状況	どんなふうになりたいですか(意欲・意向)	維持・改善を目指すこと(目標)	支援計画(利用が望ましいサービス等)		
			民間サービス等 (セルフケアや地域活動等を含む)	公的サービス	事業所 (利用先)
運動・移動 <input type="checkbox"/> 週に()回は歩いて外出している <input type="checkbox"/> 乗り物で出掛けることがある(以下に○) [車を運転・自転車・バス・電車・その他] <input type="checkbox"/> 杖を使用している <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 外出の機会を増やしたい <input type="checkbox"/> 楽に歩けるようになりたい <input type="checkbox"/> 階段を安心して昇り降りしたい <input type="checkbox"/> その他:				
日常生活 <input type="checkbox"/> 家事が負担になってきた(以下に○) [買い物・調理・掃除・洗濯・その他] <input type="checkbox"/> 家事以外にも趣味や日課がある (例:花木やペットの世話等) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 身の回りのことは自分でしたい <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらいながら今の生活を続けたい <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみを持ちたい <input type="checkbox"/> その他:				
社会参加 <input type="checkbox"/> 一人暮らしである <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> サークルや地域の活動に参加している <input type="checkbox"/> 隣近所の人との関わりが少ない <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 話し相手(仲間)がほしい <input type="checkbox"/> 地域の活動に参加したい <input type="checkbox"/> 家族や周りの人の役に立ちたい <input type="checkbox"/> その他:				
健康管理 <input type="checkbox"/> かかりつけ医がある <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある <input type="checkbox"/> 体重が増えて(減って)きた <input type="checkbox"/> 健康のために取り組んでいることがある (例:ウォーキング、脳トレ、減塩等) <input type="checkbox"/> その他:	<input type="checkbox"/> 健康のために運動等に取り組みたい <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れをなくしたい <input type="checkbox"/> 体重を減らし(増やし)たい <input type="checkbox"/> その他:				【評価結果記録】(平成 年 月 日) ()

【チェックリスト結果(平成 年 月 日実施分)】

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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

【実施にあたっての留意事項】

【計画に関する同意】

上記計画について、同意いたします。
平成 年 月 日 氏名

○私自身について

改めて自分自身について振り返ってみましょう。あなたの強みは何ですか？

一日の生活 (睡眠、食事、 散歩等)	午前												午後											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
健康状態 (治療中の病 気、気になるこ と)																								
食生活 (栄養バラン ス、楽しめてい るか)																								
家庭や地域での 役割 (家事、ボラン ティア等)																								
性格 (良いと思うと ころ、気にして いること)																								
趣味 (好きなこと、 興味のあるこ と)																								
大切にしている こと (心がけている こと、座右の銘 等)																								
困ったときに助 けてくれる人 (緊急連絡先、 友人等)																								

○活動記録

介護予防教室、研修会、地域活動への参加など、あなたが取り組んでいることを記録しましょう。参加してよかったと思えることがきつとあるはずですよ。

活 動 日	活動記録（メモ程度で構いません。気軽に書いてみましょう。）		
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）
年 月 日	内容、場所等	出会った人等	感想等（嬉しかった事や新たな気づき等）

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

利用者名 _____ 殿 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> <u>一般介護予防事業</u> <input type="checkbox"/> 終了

(参考様式)

委託契約書

介護保険法第115条の2第3項の規定による指定介護予防支援並びに同法第115条の4第5項の規定及び京都市が定める規定による第一号介護予防支援事業の一部の委託に関し、「〇〇〇〇」(以下「甲」という。)と「〇〇〇〇」(以下「乙」という。)とは、次のとおり契約を締結する。

(委託事項)

第1条 甲は、京都市〇〇地域包括支援センターが実施する指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業(以下「指定介護予防支援等」という。)の業務の一部(以下「委託業務」という。)を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

(委託業務内容)

第2条 甲が、乙に委託する業務は、次の各号に定めるとおりとする。

- (1) アセスメントの実施
- (2) 介護予防サービス計画等(以下「計画」という。)原案の作成
- (3) サービス担当者会議の開催
- (4) 介護予防支援等対象者(以下「利用者」という。)に対する計画原案の説明
- (5) 利用者及びサービス担当者に対する計画書の交付
- (6) モニタリングの実施
- (7) 計画に係る効果の評価
- (8) 保険給付等に係る給付管理業務
- (9) 利用者及びサービス担当者等との連絡調整
- (10) その他、指定介護予防支援等の実施に関し、甲が指示する事項

(実施方法)

第3条 乙は、本契約書及び別紙「指定介護予防支援等に係る委託業務仕様書」に定めるところにより、委託業務を誠実に行うものとする。

(委託業務の変更)

第4条 甲は、必要があると認める場合には、委託業務の内容の全部又は一部を変更することができる。

(委託期間)

第5条 委託期間は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年3月31日までとする。

2 契約満了日の1週間前までに甲乙いずれからも、契約終了の申し出がない場合には、この契約は同じ条件で自動更新されるものとする。

(委託料)

第6条 甲は、乙に対し、委託業務の委託料として、〇〇〇〇円(消費税及び地方消費税相当額を含む。)に委託業務の実施件数を乗じて得た額を支払うものとする。

2 前項の規定による委託業務の実施件数には、利用者が介護予防サービスを利用していない等の理由により、甲が京都市又は京都府国民健康保険川体連合会(以下「国保連」という。)に介護予防支援費又は第一号介護予防支援事業に係る委託料を請求できないものを含まない。

3 甲が京都市又は国保連に請求できる介護予防支援費又は第一号介護予防支援事業に係る委託料の単位数が改定された場合は、甲乙協議のうえ、第1項の委託料を変更することができる。変更後の委託料は、改定後の介護予防支援費又は第一号介護予防支援事業

に係る委託料の単位数が適用される日から適用する。

(委託料の支払)

第7条 乙は、甲に対し、委託業務を実施した月の翌月の5日までに、甲が指定する様式により委託業務の実施状況を報告するとともに、当該委託業務に係る委託料を請求するものとする。

2 甲は、乙から適正な請求があったときは、次の各号に掲げる支払者の区分に応じ、当該各号に掲げる日までに、前条の委託料を乙に支払うものとする。

(1) 京都市 甲乙協議のうえ設定した日

(2) 国保連 国保連から、甲に対し、当該委託業務に係る介護報酬等の支払があった日の属する月の翌月の末日

(経理状況報告)

第8条 乙は、委託業務の収支に関する帳票その他委託業務に係る諸記録を整備し、常に経理状況を明らかにしておくとともに、甲が必要と認めるときは、その状況を速やかに報告しなければならない。

(再委託等の禁止)

第9条 乙は、第三者に対し、委託業務の全部若しくは一部を委託し、又は請け負わせてはならない。

(その他費用の徴収の禁止)

第10条 乙は、委託業務の実施に当たり、利用者から、交通費その他の費用を徴収してはならない。

(権利の譲渡の禁止)

第11条 乙は、第三者に対し、この契約に基づいて生じる権利を譲渡してはならない。ただし、あらかじめ甲の承認を受けたときはこの限りではない。

(検査)

第12条 甲は、乙に対し、委託業務の実施状況について随時に調査し、必要な報告を求めることができるとともに、委託業務の内容について必要な指示をすることができる。

(契約の解除)

第13条 甲は、乙が次の各号の一に該当するときは、委託料の一部若しくは全部の返還を請求し、又はこの契約を解除することができる。

(1) この契約を履行しないとき、又は履行する見込みがないと認められるとき

(2) この契約の解除を申し出たとき

(3) 不正や虚偽の報告を行うなど、本契約又は本契約に基づく指示に違反したと認められるとき。

(契約の終了)

第14条 この契約は、次の各号の一に該当するときは、第5条に定める委託期間にかかわらず、終了するものとする。

(1) 甲が地域包括支援センターを休止又は廃止した場合

(2) 甲が第一号介護予防支援事業の委託を取り消された場合

(3) 甲が指定介護予防支援事業所を休止又は廃止した場合

(4) 甲が指定介護予防支援事業所の指定を取り消された場合

(5) 乙が指定居宅介護支援事業所を休止又は廃止した場合

(6) 乙が指定居宅介護支援事業所の指定を取り消された場合

2 前項第5号及び第6号による契約の終了の効果は、当該廃止又は取消しに係る指定居

宅介護支援事業所にのみ生じるものとする。

(成果物の帰属)

第15条 本契約に基づく成果物に係る一切の諸権利は、甲に帰属するものとする。

2 成果物の諸権利は、乙の責任において、甲に帰属することを保障するものとする。

3 乙及び乙の従業者が、利用者又は第三者の諸権利を侵害した場合は、乙の責任において解決するものとする。

4 乙は、甲に対し、一切の諸権利を主張しない。乙が甲以外の者に諸権利を主張しようとする場合は、事前に甲の文書による同意を要するものとする。

5 第13条の規定により契約を解除した場合、及び第14条の規定により契約を終了した場合において、それまでに作成した文書及び資料等の諸権利は、乙が作成したものも含め、甲に帰属するものとする。

(秘密の保持)

第16条 乙は、委託業務の実施に関し、知り得た秘密を漏らしてはならない。委託業務が完了し、又は解除、終了した後も同様とする。

2 乙は、乙の従業者及び乙の従業者であった者が、委託業務の実施に関し、知り得た秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

(損害賠償責任)

第17条 乙は、次の各号の一に該当するときは、その損害を被害者に賠償しなければならない。

(1) 乙又は乙の従業者が委託業務を実施するうえで、甲又は利用者若しくは第三者に損害を与えたとき

(2) 第13条の定めるところにより、この契約が解除された場合において、甲に損害を与えたとき

(その他)

第18条 この契約について、疑義又は変更の必要が生じたときは、そのつど甲乙協議のうえ決定するものとする。

(裁判管轄)

第19条 甲と乙は、この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、甲の所在地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とするものとする。

この契約を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各自1通を保有する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

甲 住 所

名 称

代表者 〇〇〇〇

乙 住 所

名 称

代表者 〇〇〇〇

(別紙)

指定介護予防支援等に係る委託業務仕様書

(総則)

第1条 指定介護予防支援及び第一号介護予防支援事業（以下「指定介護予防支援等」という。）の受託者（以下「乙」という。）は、委託契約書に定めるもののほか、本仕様書に従って委託業務を履行しなければならない。

(指定介護予防支援を担当する資格)

第2条 乙は、乙が運営する次の指定居宅介護支援事業所に指定介護予防支援等を実施させるものとする。

(1) 〇〇指定居宅介護支援事業所

(2) 〇〇指定居宅介護支援事業所

2 前項の指定居宅介護支援事業所において指定介護予防支援等を担当する者（以下「担当者」という。）は、介護支援専門員の資格を有する者でなければならない。

3 乙は、委託業務開始前に、介護支援専門員の資格を証明する書類の写しを添えて、指定介護予防支援等の委託者（以下「甲」という。）が指定する様式により、甲に担当者を届け出なければならない。

4 乙は、指定介護予防支援等の実施に当たり、担当者に身分を証する書類を常に携帯させなければならない。

(指定介護予防支援等の実施)

第3条 乙は、甲からの実施依頼を受け、担当者に指定介護予防支援等を行わせるものとする。

2 指定介護予防支援等実施前に、担当者と京都市〇〇地域包括支援センター（以下「センター」という。）の職員は、利用者の居宅等を同行訪問するものとする。

3 指定介護予防支援等は、本仕様書に定めるもののほか、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営に関する基準並びに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援に関する基準」（平成18年3月14日 厚生労働省令第37号）及び国が定める介護予防支援に係るマニュアル並びに京都市が定める指針等に基づき、適正に実施しなければならない。

(報告、届出)

第4条 指定介護予防支援等の実施に当たり、利用者の状態の変化、事故、苦情等が生じた場合は、乙の担当者は、速やかにセンターに報告するものとする。

2 乙は、第2条第3項に定める担当者に変更が生じた場合、速やかにセンターに報告し、変更後の担当者の介護支援専門員の資格の受講を証明する書類の写しを添えて、甲が指定する様式により届け出なければならない。

(助言、指導)

第5条 乙の担当者は、センターが指定介護予防支援等の実施に当たり行う助言、指導に従うものとする。

(指定介護予防支援等の終了)

第6条 利用者が要介護認定において要介護と認定されたこと等により、指定介護予防支援等を終了する場合には、乙の担当者は、センター及び要介護と認定された利用者の居宅介護支援を担当する指定居宅介護支援事業所その他の関係機関との連絡調整を行うも

のとする。

(公正中立性の確保)

第7条 乙及びその従業者は、委託業務の実施に当たり、特定の指定介護予防サービス事業者等によるサービスへの不当な誘引や物品の宣伝、あっせん、販売等、営利目的の行為を行ってはならない。

2 乙及びその従業者は、利用者が要介護認定において要介護と認定された場合に、特定の指定居宅介護支援事業者等によるサービスへの不当な誘引を行ってはならない。

3 乙及びその従業者は、委託業務の実施に当たり、利用者に対して特定の指定介護予防サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、又は要介護と認定された利用者が特定の指定居宅介護支援事業者等によるサービスを利用するよう不当に誘引したことの対償として、当該介護予防サービス事業者等又は当該居宅介護支援事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

指定介護予防支援等担当職員一覧

	氏 名		介護支援専門員登録番号 及び登録都道府県
	フリガナ	氏 名	
①	フリガナ		
	氏 名		
②	フリガナ		
	氏 名		
③	フリガナ		
	氏 名		
④	フリガナ		
	氏 名		
⑤	フリガナ		
	氏 名		
⑥	フリガナ		
	氏 名		
⑦	フリガナ		
	氏 名		
⑧	フリガナ		
	氏 名		
⑨	フリガナ		
	氏 名		
⑩	フリガナ		
	氏 名		
⑪	フリガナ		
	氏 名		
⑫	フリガナ		
	氏 名		
⑬	フリガナ		
	氏 名		
⑭	フリガナ		
	氏 名		
⑮	フリガナ		
	氏 名		
⑯	フリガナ		
	氏 名		

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付すること

本庁提出用

第一号介護予防支援事業再委託(変更)届出書

年 月 日

(あて先) 京都市長

所在地
届出者
名 称

代表者の氏名

印

契約の履行に当たり、第一号介護予防支援事業の一部を指定居宅介護支援事業者に再委託を行うこととしたいので、下記のとおり届け出ます。

届出に係る地域包括支援センター名		名称			
		所在地			
再委託先 (届出前)	再委託先 (届出後)				
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	再委託期間	再委託予定単価 (1件あたり)
事業所番号	事業所番号	電話番号			初回加算予定単価 (1件あたり)
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 ～ 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日～ 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日～ 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日～ 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日～ 年 月 日	

- 備考 1 届出時に再委託契約を締結している全ての指定居宅介護支援事業者について記入してください。
- 2 「委託する内容」について、委託可能な業務を一括で委託する場合は「一括」にチェックをしてください。委託可能な業務の一部のみを委託する場合は「その他」にチェックをし、()内に委託する業務を記載してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

指定介護予防支援委託(変更)届出書

年 月 日

(宛先) 京都市長

所在地

届出者

名称

代表者の氏名



介護保険法第115条の23第3項の規定により、指定介護予防支援の一部を指定居宅介護支援事業者に委託しますので、介護保険法施行規則第140条の35第1項及び第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

		介護保険事業所番号							
届出に係る指定介護予防支援事業所		名称							
		所在地							
届出前		届出後							
指定居宅介護支援事業所名称	指定居宅介護支援事業所名称	所在地	委託する内容	委託期間	同一又は隣接区・支所の区域以外に所在する事業所に委託する理由				
事業所番号	事業所番号	電話番号							
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日					
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日					
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日					
			<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 ~ 年 月 日					

- 備考1 届出時に委託契約を締結している全ての指定居宅介護支援事業者について記入してください。
- 2 「委託する内容」について、委託可能な業務を一括で委託する場合は「一括」にチェックをしてください。委託可能な業務の一部のみを委託する場合は「その他」にチェックをし、()内に委託する業務を記載してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付してください。

案

平成18年4月24日
改正 平成29年 月 日

居宅介護支援事業所管理者 様
地域包括支援センター長 様

京都市保健福祉局長寿社会部介護保険課長
(担当：認定給付係 電話 213-5871)

暫定ケアプランの取扱いについて（総合事業対応版）

標記の件については、平成18年3月27日付け介護制度改革インフォメーション vol.80「平成18年4月改定関係Q&A（vol.2）について」の間52（別紙）において、その取扱いが示されたところですが、暫定ケアプランの作成に当たっては認定結果が想定した認定区分と異なった場合においても、暫定ケアプランに基づき利用したサービスが保険給付の対象となるようにすることが重要です。

このため、別紙のとおりQ&Aを作成しましたので参考としていただき、サービスの円滑な利用に特段の御配慮をお願いします。

暫定ケアプランの取扱いに係るQ & A（総合事業対応版）

問1 総合事業ではケアプランの自己作成が想定されていないとのことだが、認定結果が「要介護」になることを想定して、暫定ケアプランで介護サービスを利用していたが、認定結果が「要支援」だった場合に、ケアプランの自己作成とみなして、暫定ケアプランに位置付けていた訪問介護及び通所介護を総合事業の訪問型サービス及び通所型サービスに置き換える取扱いはできないのか。

答 認定結果が「要支援」の場合、居宅介護支援事業所があらかじめ暫定ケアプランを作成している場合に限り、当該暫定ケアプランを介護予防サービス計画の自己作成としてみなし、総合事業の訪問型サービス及び通所型サービスに置き換えることは可能（ただし、介護サービス事業者が、総合事業の訪問型サービス又は通所型サービスの事業者指定を受けている場合に限る。以下同じ。）です。

この場合、居宅介護支援費、介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費のいずれも請求できません。

※ 「事業対象者」については、区役所・支所又は地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント依頼届出書の受付日から「事業対象者」になることから、制度上、認定申請の場合のような暫定ケアプランは生じません。認定結果が「自立」だった場合の取扱いについては、問6のとおりです。

<置き換えパターン>

◆ 予想「要介護」 ⇒ 認定結果「要支援」「自立（事業対象者に該当）」

暫定ケアプランに位置付けているサービス	置き換えるサービス
訪問介護（身体介護）	介護型ヘルプサービス
訪問介護（生活援助）	生活支援型ヘルプサービス *1
通所介護（3時間以上）	介護予防型デイサービス
通所介護（3時間未満 減算適用）	短時間型デイサービス *2

*1 生活支援型ホームヘルプサービスの供給が不足している場合は、介護型ホームヘルプサービスへの置き換えを認める。

*2 短時間型デイサービスの供給が不足している場合は、介護予防型デイサービスへの置き換えを認める。

◆ 予想「要支援」 ⇒ 認定結果「要介護」

暫定ケアプランに位置付けているサービス	置き換えるサービス
介護型ヘルプサービス	訪問介護（身体介護又は生活援助）
生活支援型ヘルプサービス	×
支え合い型ヘルプサービス	
介護予防型デイサービス	通所介護
短時間型デイサービス	×
短期集中運動型デイサービス	

置き換えられない場合の対応については、問7をご覧ください。

同上

注) 生活支援型ヘルプサービス、短時間型デイサービス及び短期集中型デイサービスは、基準緩和型サービスであるため、介護サービスに置き換えることができない。

問2 予想「要支援（包括作成）」 ⇒ 認定結果「要介護」

地域包括支援センターに介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を依頼し、「介護予防サービス計画作成依頼届」（介護予防ケアマネジメント依頼届出書）を保険者に提出したうえで、地域包括支援センターが作成した暫定ケアプランに基づいてサービスを利用していましたが、その後、認定結果が「要介護1」と出ました。

この場合、これまでのサービス利用は保険給付の対象となりますか。また、地域包括支援センターは介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）を請求できますか。

答 認定結果が出た後に、別の法人が運営する指定居宅介護支援事業所に居宅介護支援を改めて依頼し、「居宅サービス計画作成依頼届」を新たに提出しても、その適用日を暫定ケアプランの開始日に遡ることはできません。このため、地域包括支援センターが作成した暫定ケアプランに基づき利用したサービスは、介護保険の給付対象となりません。また、地域包括支援センターは介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）を請求できません。

しかしながら、国のQ&A（別紙参照。以下同じ。）による運用のほか、同一の法人が運営する地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所に兼務する介護支援専門員が暫定ケアプランを作成した場合には、認定結果が出た後に兼務している指定居宅介護支援事業所に居宅介護支援を依頼する旨の「居宅サービス計画作成依頼届」を保険者に提出し、その適用日を暫定ケアプランの開始日まで遡ることは差し支えありません。この場合、利用したサービスを居宅サービスに置き換える（暫定ケアプランに基づいて利用していた訪問型サービス又は通所型サービスの事業者が、訪問介護又は通所介護の事業者指定を受けている場合に限る。以下同じ。）ことができれば、保険給付を受けることができます。

なお、介護支援専門員が兼務している指定居宅介護支援事業所は居宅介護支援費を請求できます。

問3 予想「要支援（居宅委託）」 ⇒ 認定結果「要介護」

地域包括支援センターに介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を依頼し、「介護予防サービス計画作成依頼届」（介護予防ケアマネジメント依頼届出書）を保険者に提出したうえで、地域包括支援センターからケアマネジメント業務の委託を受けた指定居宅介護支援事業所が作成した暫定ケアプランに基づいてサービスを利用していましたが、その後、認定結果が「要介護1」と出ました。

この場合、これまでのサービス利用は保険給付の対象となりますか。また、ケアマネジメント業務を委託した地域包括支援センターは介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）を請求できますか。

答 設問の場合、業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所が作成した暫定ケアプランに基づき利用したサービスは、介護保険の給付対象とはなりません。また、当該地域包括支援センターは介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）を請求できません。

しかしながら、国のQ&Aによる運用のほか、地域包括支援センターからケアマネジメント業務の委託を受けた指定居宅介護支援事業所において、暫定ケアプランを作成し

た介護支援専門員が正式なケアプランを作成する場合には、認定結果が出た後に当該指定居宅介護支援事業所に居宅介護支援を依頼する旨の「居宅サービス計画作成依頼届」を保険者に提出し、その適用日を暫定ケアプランの開始日まで遡ることは差し支えありません。この場合、利用したサービスを居宅サービスに置き換えることができれば、保険給付を受けることができます。

なお、この場合、当該指定居宅介護支援事業所は居宅介護支援費を請求できます。

問4 予想「要介護」 ⇒ 認定結果「要支援」

指定居宅介護支援事業所に居宅介護支援を依頼し、「居宅サービス計画作成依頼届」を保険者に提出したうえで、暫定ケアプランに基づいてサービスを利用していましたが、その後、認定結果が「要支援1（又は2）」と出ました。

この場合、これまでのサービス利用は保険給付又は第1号事業支給費の対象となりますか。また、指定居宅介護支援事業所は居宅介護支援費を請求できますか。

答 認定結果が出た後に、別の法人が運営する地域包括支援センターに介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を改めて依頼し、「介護予防サービス計画作成依頼届」（介護予防ケアマネジメント依頼届出書）を新たに提出しても、その適用日を暫定ケアプランの開始日に遡ることはできません。このため、暫定ケアプランに基づき利用したサービスは、介護保険の給付又は第1号事業支給費の対象となりません。また、指定居宅介護支援事業所は居宅介護支援費を請求できません。

しかしながら、国のQ&Aによる運用のほか、

- ① 暫定ケアプランを作成した介護支援専門員が同一法人の運営する指定居宅介護支援事業所と（利用者の日常生活圏域を担当する）地域包括支援センターに兼務していた場合
- ② 暫定ケアプランを作成した介護支援専門員の勤務する指定居宅介護支援事業所が（利用者の日常生活圏域を担当する）地域包括支援センターとケアマネジメント業務の委託契約を締結しており、当該利用者に係るケアマネジメント業務の委託について当該地域包括支援センターと合意ができた場合

には、認定結果が出た後に当該地域包括支援センターに介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を依頼する旨の「介護予防サービス計画作成依頼届（介護予防ケアマネジメント依頼届出書）」を保険者に提出し、その適用日を暫定ケアプランの開始日まで遡ることは差し支えありません。この場合、利用したサービスを介護予防サービス又は総合事業の訪問型サービス若しくは通所型サービスに置き換えることができれば、保険給付又は第1号事業支給費の支給を受けることができます。

なお、当該地域包括支援センターは介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）を請求できます。②の場合、業務委託契約を締結していた指定居宅介護支援事業所は当該地域包括支援センターから委託料の支払いを受けることになります。

※ 「事業対象者」については、区役所・支所又は地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント依頼届出書の受付日から「事業対象者」になることから、制度上、認定申請の場合のような暫定ケアプランは生じません。認定結果が「自立」だった場合の取扱いについては、問6のとおりです。

問5 暫定ケアプランに位置付けていた居宅サービスが、要支援1（又は2）の方の利用できる介護予防サービスに置き換えられない場合、そのサービスの介護報酬は請求できないのですか。

答 設問の場合は介護報酬が請求できません。国のQ&Aに記載されているとおり、暫定ケアプランにおいては、仮に認定結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう、介護予防サービス事業者又は総合事業サービス事業者と居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上に位置付けるとともに、暫定ケアプランの作成時に利用者に対し十分な説明を行う必要があります。

問6 暫定ケアプランでサービスを利用する必要があるが、認定結果が「自立」だった場合に備え、要支援認定申請と「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を同時に提出してもよいか。

答 認定申請中も暫定ケアプランでサービスを利用することができることから、本市では、原則として、要支援認定申請と「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を同時に提出することは認めておりません。

しかしながら、要支援認定申請時に基本チェックリストが添付されていて、事業対象者に該当している場合は、「自立」の認定結果が出た後に、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を保険者に提出し、その適用日を認定申請日まで遡ることは差し支えありません。この場合、利用したサービスを総合事業の訪問型サービス又は通所型サービスに置き換えることができれば、第1号事業支給費の支給を受けることができます。

なお、当該地域包括支援センターは介護予防ケアマネジメント費を請求できます。

問7 予想「要支援（包括作成・居宅委託）」 ⇒ 認定結果「要介護」

地域包括支援センターに介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を依頼し、「介護予防サービス計画作成依頼届」（介護予防ケアマネジメント依頼届出書）を保険者に提出したうえで、地域包括支援センターが作成した暫定ケアプランに基づいてサービスを利用していましたが、その後、認定結果が「要介護1」と出ました。

生活支援型ヘルプサービスを利用していたため、訪問介護に置き換えることができません。その場合、総合事業の報酬は請求できないのですか。

答 要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始することから、総合事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付によるサービス利用を開始するまでの間は総合事業のサービスを引き続き利用できる制度が設けられています。

そのため、介護給付によるサービスに置き換えられないものがある場合、要支援認定申請時に「事業対象者」に該当している基本チェックリストが添付されていれば、以下のいずれかによって対応することになります。

- ① 認定有効期間の開始日から要介護者として取り扱う。この場合、介護給付を受けることはできるが、総合事業のサービスについては、第1号事業支給費の支給対象にならないため、全額自己負担になる。

居宅介護支援費の取扱いについては、問2及び問3と同様である。

- ② 要支援認定申請時に基本チェックリストが添付されていて、事業対象者に該当している場合は、認定有効期間の開始日から介護給付によるサービス利用を開始する日の前日までの間を事業対象者として取り扱う。この場合、当該期間中は、総合事業のサービスについては、第1号事業支給費の支給を受けることができる。しかし、介護給付によるサービスについては、介護給付を受けることができないため、全額自己負担になる。

介護給付によるサービス利用を開始した日以降については、居宅介護支援費を算定できる。介護給付によるサービス利用を開始した日が属する月の前月以前については、地域包括支援センターが給付管理票を提出する月は介護予防ケアマネジメント費を算定できる。

* 「介護給付によるサービス利用を開始する日」については、居宅サービス計画作成依頼届出書の事業所の「変更年月日」になる。

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

(答)

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

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者自らが作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

暫定ケアプランに関するQA(案)早見表

	暫定プラン作成	予想	結果	給付の可否	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 } 可否	QANo.
1	居宅	要介護	要支援	給付対象とならない <例外的に可能な場合> ①自己作成とみなす(国QA) ②プラン作成者が同一法人の居宅と包括を兼務 ③居宅が包括と委託契約を締結 ※②③は適用日を遡ること可、置き換えが出来るので あれば、第1号事業支給費支給可能	請求不可 ①請求不可 ②③介護予防支援費(介護予防ケアマネジメント費)の請求可 ③の場合、委託居宅は包括からの委託料を受けることが可	問4
2	居宅	要介護	要支援	・暫定ケアプランを「介護予防サービス計画」の自己作成とみなし、 総合事業サービス(訪問型・通所型)に置き換えること可能 ※置き換えパターン1参照 ・介護予防サービスに置き換えられない場合、請求不可 居宅サービス、予防サービス・総合事業サービスの両方の指定を受けている事業所をプラン上に位置付け、利用者に対して十分な説明が必要	請求不可	問1 問5
3	委託居宅	要支援	要介護	給付対象とならない <例外的に可能な場合> ①自己作成とみなす(国QA) ②暫定プラン作成CMが正式なプランを作成する場合、 サ計提出において適用日を遡ること可能	介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費 } 不可 ①請求不可 ②居宅介護支援費請求可能	問3
4	包括	要支援	要介護	給付対象とならない <例外的に可能な場合> ①自己作成とみなす(国QA) ②プラン作成者が同一法人の居宅と包括を兼務の場合、 サ計提出において適用日を遡ること可能	介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費 } 不可 ①請求不可 ②居宅が支援費の請求可能	問2

	暫定プラン作成	予想	結果	サービスの可否	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 } 可否	QANo.
5	包括委託居宅	要支援	要介護	<p><総合事業サービスで介護給付に置き換えられるサービスを利用していた場合> ※置き換えパターン2参照 問2又は問3によって取り扱う</p>	上記3及び4を参照	問7
6	包括委託居宅	要支援	要介護	<p><生活支援型ヘルプサービスを利用し、訪問介護に置き換えることが出来ない場合><介護給付によるサービスに置き換えられない場合> ※置き換えパターン2参照 ①認定有効期間開始日から要介護者として取り扱う ↓ 総合事業サービスは全額自己負担 ②認定有効期間の開始日から介護給付によるサービス利用を開始する日の前日までの間を事業対象者として取り扱う(要支援認定申請時に基本チェックリストが添付されていて、事業対象者に該当している場合に限る。) ↓ 当該期間中は第1号事業支給費の支給可能であるが、介護給付サービスは全額自己負担(福祉用具等) ※「介護給付によるサービスを開始する日」は居宅サービス計画作成依頼届出書の事業所の「変更年月日」になる</p>	①プラン作成者が包括と同一法人の居宅を兼務している場合や、委託を受けている居宅の暫定プラン作成者が正式なプラン作成をする場合は、居宅介護支援費請求可能 ②変更年月日後居宅介護支援費請求可能(変更年月日の属する月の前月以前については、地域包括支援センターが給付管理を行っている月は介護予防ケアマネジメント費を請求可)	問7
7	包括	要支援	自立	<p>要支援認定申請時に基本チェックリストが添付されていて、事業対象者に該当している場合は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の適用日を認定申請日まで遡ること可能 (要支援認定申請と介護予防ケアマネジメント依頼届出書の同時提出は不可) (利用サービスが総合事業サービス(訪問型・通所型)に置き換えられるのであれば支給可能)</p>	介護予防ケアマネジメント費 請求可能	問6

Q 窓口で認定申請を受け、その後、包括が訪問して「自立」になるかもしれないと、基本チェックリストの提出をしてきた場合、認定結果が出るまでの間であれば、受理は可能か。

A 申請後、追加提出された基本チェックリストを受理することは可能だが、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の適用日は、当該基本チェックリストを区役所・支所又は地域包括支援センターで受け付けた日までしか遡及できない。

10 本市に居住する他市町村の被保険者等への対応

(1) 介護予防ケアマネジメント

	住所地特例施設入所者（他住特）	左記以外
介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター	住所地特例施設所在地を担当する地域包括支援センター	当該他市町村の被保険者に係る保険者市町村に問い合わせる。
介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出先	住所地特例施設所在地を管轄する区役所・支所 (受理した区役所・支所から保険者市町村に届出書原本及び被保険者証を転送する。)	
京都市からの委託料の支払い	調整中	

(2) 訪問型サービス及び通所型サービス

	住所地特例施設入所者（他住特）	左記以外
利用できるサービス事業所	住所地特例施設所在地の市町村（京都市）が指定している事業所	当該他市町村の被保険者に係る保険者市町村に問い合わせる。
報酬請求	京都府国保連に請求 (保険者市町村が京都府国保連を通じて支払い)	

※ 逆に、本市被保険者が、住民基本台帳を異動しないまま他市町村に居住している場合は、当該他市町村の総合事業のサービスを利用することができません。そのような利用者がある場合は、当該利用者又はその家族に対して、居住している市町村に住民基本台帳を異動するように助言してください。

【参考】 A市被保険者がB市の事業所を利用する場合の請求について

	利用者の保険者	居住実態	事業所所在地	利用する総合事業	請求コード
住所地特例の場合 (A市からB市に住所地を移して、B市の事業所を利用する場合)	A市	B市	B市	B市の総合事業	B市のサービスコード
住所地特例ではない場合(A市に住んだまま、住所地を移さず、B市の事業所を利用する場合)	A市	A市	B市	A市の総合事業※	A市のサービスコード

※ 当該事業所がA市の指定（みなし指定を含む。）を受けている必要があります。

様式第二の三（附則第〇条関係）＜住所地特例の場合の明細書記載例＞

記載例 1 7

保険者独自サービスの請求
(住所地特例対象者の場合)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	2	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ コウ									
	氏名	介護 五郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男 2.女					
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

事業所番号	9	0	A	0	0	1	0	0	0	1
事業所名称	〇〇事業所									
請求者	〒 9 9 9 - 9 9 9 9									
連絡先	電話番号 099-111-1111									

介護五郎さんは、保険者(902010)と異なる市町村(903030)に所在する施設に入所したため、住所地特例対象者となった

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成
事業所番号	9 0 0 0 0 2 0 0 0 2
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
<p>・サービス内容及びサービスコードは、市町村が指定するため、「〇」にて表記している</p> <p>・被保険者が住所地特例対象者であり、住所地にて総合事業サービスを受けた場合、事業費明細欄ではなく、事業費明細欄(住所地特例対象者)に記載する</p> <p>・A2〇〇〇〇は、施設所在保険者から認められたサービス</p>							
<p>保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所地特例対象者が入所(入居)する施設の所在する市町村の証記載保険者番号を設定する</p>							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要
〇〇サービス	A 2 〇 〇 〇 〇 〇	5 5 0	5	2 7 5 0			903030	

①サービス種類コード/②名称	A 2	訪問型サービス(独白)
③サービス実日数	5	日
④計画単位数	2 7 5 0	
⑤限度額管理対象単位数	2 7 5 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	2 7 5 0	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	2 5 6 1 5	
⑪利用者負担額	2 8 4 7	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める

⑩事業費請求額＝
 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 2,750 単位×10.35 円＝28,462.5
 ≒28,462 円
 28,462 円×90%＝25,615.8
 ≒25,615 円

2. 利用者負担額を求める

⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 2,750 単位×10.35 円＝28,462.5
 ≒28,462 円
 28,462 円－25,615 円＝2,847 円

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

給付率 (/100)	
事業	9 0
公費	
合計	2 5 6 1 5
	2 8 4 7
	0
	0

枚中	枚目
----	----