令和６年度　富士市介護予防･日常生活支援総合事業の手引き

令和７年３月 19 日
富士市高齢者支援課

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）について

（1）介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の目的（令和６年度介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン改定により追加）

総合事業は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。

（2）総合事業の基本的な考え方（令和６年度介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン改定により追加）

住民主体の活動を含む多様なサービス・活動の充実を図り、高齢者の選択できるサービス・活動を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、高齢者の社会参加の促進や介護予防に資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、効果的なマネジメントと自立支援に向けたサービス・活動の実施による自立の促進や重度化予防の推進等を目指すものである。

ア　多様な生活支援の充実
イ　高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり
ウ　介護予防の推進
エ　市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開
オ　認知症施策との連動
カ　地域共生社会の推進

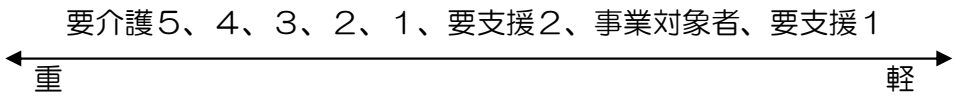
（3）総合事業のしくみ

- 「サービス・活動事業（旧　介護予防・生活支援サービス事業）」と「一般介護予防事業」で構成されている。
- 「サービス・活動事業（旧　介護予防・生活支援サービス事業）」の対象者は要支援１・２、事業対象者であり、「一般介護予防事業」の対象者は 65 歳以上の全ての方。
- 事業の実施主体は富士市となる。
- 総合事業は、身体機能の低下によるフレイルの予防に繋げる事業。

（4）サービス・活動事業（旧　介護予防・生活支援サービス事業）の対象者

①要支援１、要支援２の認定を受けた方。
②「基本チェックリスト」により必要項目に該当した方。

・「基本チェックリスト」は、高齢者支援課、介護保険課、地域包括支援センター等で実施。
・提出書類：介護相談チェック表１・２（両面）※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（変更）届出書」※2を高齢者支援課に提出する。
なお、このときには利用者と「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書」※3、「重要事項説明書」※4、「個人情報開示同意書」※5を取り交わすこと。
・高齢者支援課から、事業対象者に「介護保険被保険者証」「介護保険負担割合証」を概ね２～３日で発送する。なお、紛失した場合には「介護保険被保険者証等再交付申請書」※6にて再発行を依頼すること。
・事業対象者に有効期間という考え方はないが、サービスの利用を継続するために 12 か月毎に「基本チェックリスト」（通所型サービス利用者にあっては、「通所型サービス診断票」）で本人の状況を確認すること。また、サービス提供時の状況や利用者の状況等の変化に応じて、適宜本人の状況を確認することが望ましい。
・65 歳未満の人は、介護認定を受けた上で要支援１・２の方は総合事業を利用できる。
・要介護･要支援状態区分等の重い順は以下の通り



※「サービス・活動事業（旧　介護予防・生活支援サービス事業）の対象者は、従来の要支援者に相当する人であり、要支援者のほかに基本チェックリストにより事業対象者に該当した人（介護予防・生活支援サービス事業（現　サービス・活動事業）対象者）を対象者とする理由は、訪問型サービス等について簡便に迅速なサービス利用を可能にするためであり、要支援より軽度の人まで対象にすることは想定していない（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】）」とあることから、事業対象者は要支援より軽度の者とは考えていない。但し、要支援２は要介護認定基準時間が要介護１と同等であることから、事業対象者より状態が重いものとして考えられる。

※令和６年度改正により利用対象となった継続利用要介護者（厚労省資料　令和６年度地域支援事業実施要綱等改正の概要※7）については、現在、国保連で請求対応ができない（令和６年 11 月確認済）ため、対象外。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業のサービスについて

(1) 富士市介護予防･日常生活支援総合事業のサービス種類

	サービス区分	サービス内容		給付費	利用者負担の目安 ※１割の場合
訪問型サービス	●介護予防訪問介護相当	●介護予防訪問介護と同等のサービス	週１回	12,006	1,200
			週２回	23,983	2,398
			週３回	38,052	3,805
	●健康づくりヘルパー（訪問型サービスＡ）	●緩和基準によるサービス	週１回	8,402	840
			週２回	16,785	1,678
			週３回	26,637	2,663
	●訪問型サービスＣ	●栄養士、歯科衛生士、作業療法士等による短期集中型の訪問による指導	月1~2回 概ね3か月間支援	―	0
通所型サービス	●介護予防通所介護相当	●介護予防通所介護と同等のサービス	週１回	18,231	1,823
			週２回	36,716	3,671
	●健康づくりデイサービス（通所型サービスＡ）	●緩和基準によるサービス ※給付費･自己負担金は１回の料金	送迎有	2,100	200
			送迎無	1,900	200
	●健康づくりデイトレーニング（通所型サービスＡ）	●緩和基準によるサービス ※給付費･自己負担金は１回の料金	送迎有	2,600	250
			送迎無	2,400	250
●一般介護予防事業		●地域包括支援センター　介護予防教室 ●ご近所さんの運動教室 ●脳の健康教室　等		―	参加費・材料費等が必要な場合もある。
●市独自事業		●食の自立支援事業	１食	―	350
		●生きがいデイサービス事業（基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ非該当者）	送迎有	―	200

※令和７年１月１日時点（食の自立支援事業は令和７年度中に利用者負担変更予定）

※一定以上の所得がある第１号被保険者（65 歳以上の人）がサービスを利用したときは、利用者負担が 2 割又は 3 割になる。

3. 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 窓口対応のあり方について

- 自立支援のための介護予防ケアマネジメントとサービス事業等の展開により、要支援状態からの自立促進や重症化予防をしていくこと。
- 利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービス等を利用しながら介護予防に取り組むことの確認をする。
- 事業対象者として総合事業の利用開始後も、必要に応じて要介護認定の申請は可能である。

（2）介護予防ケアマネジメントのあり方について

- 利用者の望む生活、「・・・がしたい」と言う意欲を引き出すような面談が重要で、自立支援に向けた動機付けが大切。
- 利用者自身が要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージができるようにする。
- 利用者が自分の課題に気付き、実現可能な目標設定をし、目標達成に向け具体的に取り組むことへの理解を深め、行動化できるようにする。
- 利用者の主体的な取り組みとして、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限に引き出すようにする。
- 他者との係わりから活動が活発化するため、新しい仲間作りの場や楽しみとなる生きがい活動の場への社会参加に焦点を当て、できるようになった生活行為が継続していけるようにする（インフォーマルサービスを積極的に活用する）。
- 「介護予防に取り組みましょう（介護予防手帳）※45」を活用する。
  高齢者支援課もしくは地域包括支援センターにて配付を行っているため、相談者等に対して活用する。

（3）自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点について

- 利用者本人の意欲に働きかけながら、目標指向型のプランを作成し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につなげていくこと。
- 地域での社会参加の機会を増やし「役割や生きがいを持って生活する」と思うことができるように働きかけていく。
- 単に「できないことを補うため」のサービス提供でないことが大切。
  訪問介護：家事代行型になっていないか・・・
  通所介護：お預かり機能になっていないか・・・の分析が必要
  ※例えば、入浴ができない場合は何故入浴ができないかについての分析・アプローチを行う。

（4）多職種協働による多角的なアセスメント

- サービス提供事業者だけでなく、医師や歯科医師、薬剤師、リハビリテーションの専門職、栄養士、歯科衛生士、看護師、社会福祉士等様々な専門職の必要に応じたアセスメントにより、対象者への効果的な支援方法を検討し、自立支援の視点から介護予防ケアマネジメントを実践すること。
- 様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性についての意見を参考にすることで、自立に向けた具体的な解決策についての提案を受け、効果的な自立支援を実施することができる。

（5）課題整理総括表の活用　※8

- 基本的な情報を多職種で共有し、どのような考えで課題を導き出したかを表現したもの。
- 介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の

専門性が向上し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになる。

・利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断するもの。

4. 介護予防ケアマネジメントの基準と報酬

(1) 介護予防ケアマネジメントの実施について

・ケアプランの作成は、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者（地域包括支援センターからの委託又は市の指定を受けた事業者）が実施。

※指定介護予防支援の一部を委託することができる指定居宅介護支援事業者の範囲（富保介発第 901 号平成 29 年 1 月 27 日※9）

①静岡県が実施する「介護予防ケアマネジメント実務者研修」受講者

②富士市が実施するカリキュラムに介護予防ケアマネジメントの内容が含まれている「介護支援専門員基礎研修」受講者

③県が実施した「介護支援専門員実務研修」「介護支援専門員再研修」「介護支援専門員更新研修」

④指定介護予防支援事業者が開催する介護予防ケアマネジメントに関する研修

※【参考】第１号介護予防支援事業の一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に対して包括的な委託を行った場合に想定される事務手続きの流れ（令和６年８月５日付厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課　令和６年度地域支援事業実施要綱等の改正点について）※46

・委託する場合には、居宅介護支援業務が適切に行える範囲で委託（受託）すること。なお、居宅介護支援費の基本単位の取り扱いにあたっては、指定介護予防支援に係る利用者数に３分の１を乗じた数を含むが、介護予防ケアマネジメントに係る利用者数は含まない点に注意すること。

・委託する場合には、地域包括支援センターは居宅介護支援事業者と「介護予防ケアマネジメント業務委託契約」※10 を締結したうえで、「介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務依頼書」※11 にて居宅介護支援事業者に依頼をする。

・介護予防ケアマネジメントの委託について

国の地域支援事業実施要綱には「初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努める」とある。利用者のケアマネジメントの妥当性を判断する際には初回のアセスメントが重要であり、利用者の状態などを正しく把握する必要があることから「可能なかぎり」地域包括支援センター職員の同席を謳ったものである。なお、職員が立ち会えない場合であっても、アセスメントが適切に行われているか確認をする必要がある。初回以降、利用者の状態が変化しない限りは地域包括支援センター職員が立ち会う必要はない。（平成 28 年９月 27 日静岡県照会※12）

・介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料提供の申請方法の変更について（富保介

発第 953 号令和２年３月５日付）の通知を受け、介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料提供の申請方法の変更に伴う開示請求について（富保高発第 843 号令和２年３月 31 日付）※13の通り、開示請求申請をしてください。なお、要介護認定等資料の情報提供（計画作成用・入所申込用）に係る取扱いの変更について（お知らせ）（富福介発第 474 号令和６年 11 月 26 日付）※14の通知が出ているため、注意すること。

（2）介護予防ケアマネジメントの流れ

① アセスメント（解決すべき課題の把握）

- 利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者・家族と面接して、課題分析を行う。
- 利用者がサービスの利用を希望する場合には、アセスメントシート※15をもとに介護申請を促すかどうかを確認する。併せて、通所型サービスの利用を希望する場合には、利用者へのサービス案内基準※16を念頭に、サービスを案内する。

※通所型サービスの利用を希望する場合の「通所型サービス診断票」の実施について

事業対象者、要支援１・２に関わらず、通所型サービスの利用希望がある場合には「通所型サービス診断票」※17を実施し、サービスニーズの診断結果をもとにサービスを案内する。「通所型サービス診断票」の有効期限は最長１年。

ケアプラン見直し（更新）の際に「通所型サービス診断票」を実施し、サービスの見直しを行うこと。ただし、利用者の状態及び利用している通所型サービスに変化がなければ、「通所型サービス診断票」の有効期限内において、ケアプラン見直し前に実施した「通所型サービス診断票」を準用することも可能。

通所型サービス診断票による身体状態の把握とサービスニーズ

質問 No.	認定方法	身体状態	サービスニーズ
1～20	10/20 項目以上	生活機能の低下	運動
6～10	3/5 以上	運動機能の低下	
11・12	1/2 項目以上	低栄養状態	口腔・栄養
13～15	2/3 項目以上	口腔機能の低下	
16	1/1 項目	閉じこもり傾向	社会参加
21～25	2/5 項目以上	うつ傾向	
18～20	1/3 項目以上	認知機能の低下	認知機能

サービスニーズと診断結果

サービスニーズ	診断結果
運動	健康づくりデイトレーニング
運動+口腔・栄養	健康づくりデイトレーニング+短期集中訪問指導
運動+口腔・栄養+社会参加	介護予防通所介護相当サービス
運動+口腔・栄養+認知機能	

運動+口腔・栄養+社会参加+認知機能	介護申請
運動+社会参加	健康づくりデイトレーニング
運動+社会参加+認知機能	
運動+認知機能	
口腔・栄養	短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加	健康づくりデイサービス+短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加+認知機能	
口腔・栄養+認知機能	
社会参加	健康づくりデイサービス
社会参加+認知機能	
認知機能	
該当なし	非該当

※健康づくりデイトレーニング及び健康づくりデイサービスは、サービス互換性あり

② 介護予防ケアマネジメントプランＡ・Ｂ・Ｃ※18作成について

・①のアセスメントの結果に基づき、プラン作成をする。

・基本情報等※19については、各プランともに、介護予防サービス・支援計画書の基本情報を使用する。

※初回加算の算定について

以下の場合に限り算定できる。

・新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合。

・要介護認定者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合に算定できる。
そのため、プランＡとプランＢの移行やプランＣからプランＢへの移行のように算定する介護予防ケアマネジメント費が変わる場合や、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに移行した場合には初回加算の算定はできない。

・契約の有無に関わらず、過去２か月以上介護予防サービスを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合には初回加算の算定をすることができる。
但し、改めてプランを作成する。

・初回加算は新規のケアマネジメント課程を行う手間についての評価となるため、利用者の住所変更等により地域包括支援センターが変更になった場合には算定できる。

※委託連携加算の算定について（富福介発第 381 号令和５年８月１日付）※20

利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り利用者一人につき１回を限度として所定単位数を算定する。

●介護予防サービスにおけるプラン様式と介護予防ケアマネジメントについて

様式		マネジメント費		開始月	翌月以降
ﾌﾟﾗﾝ	介護予防訪問	月々報酬	担当者会議	実施	必要時(③参照)
Ａ	介護相当サー	**直営** 包括:4,512 円	モニタリング	―	毎月電話

	ビス	初回加算:3,063 円 **委託** 居宅:4,512 円 初回加算:3,063 円 包括: 0 円			3か月毎訪問 毎月記録
			評価	―	プラン期間終了前・見直し時
			報酬	基本報酬Ａ・初回加算	月々基本報酬
	介護予防通所介護相当サービス		担当者会議	実施	必要時(③参照)
			モニタリング	―	毎月電話 3か月毎訪問 毎月記録
			評価	―	プラン期間終了前・見直し時
			報酬	基本報酬Ａ・初回加算	月々基本報酬
	健康づくりデイトレーニング		担当者会議	実施	必要時(③参照)
			モニタリング	―	必要時
			評価	―	プラン期間終了前・見直し時
			報酬	基本報酬Ａ・初回加算	月々基本報酬
	訪問型サービスC		担当者会議	実施	必要時(③参照)
			モニタリング	―	終了後に訪問
			評価	―	終了後
			報酬	基本報酬Ａ・初回加算	月々基本報酬
ﾌﾟﾗﾝB	健康づくりヘルパー	月々報酬 **直営** 包括:3,154 円 初回加算:3,063 円 **委託** 居宅:3,154 円 初回加算:3,063 円 包括: 0 円	担当者会議	実施	必要時(③参照)
			モニタリング	―	必要時
			評価	―	12 か月毎
			報酬	基本報酬Ｂ・初回加算	月々基本報酬
	健康づくりデイサービス		担当者会議	必要時	必要時(③参照)
			モニタリング	―	必要時
			評価	―	12 か月毎
			報酬	基本報酬Ｂ・初回加算	月々基本報酬
ﾌﾟﾗﾝC	食の自立支援	初回のみ報酬 **直営** 包括:2,705 円 初回加算:3,063 円 **委託** 居宅:2,705 円	担当者会議	必要時	必要時(③参照)
			モニタリング	―	必要時
			評価	―	必要時
			報酬	基本報酬Ｃ・	なし

		初回加算:3,063 円 包括:　　0 円		初回加算	

③ サービス担当者会議

- 介護支援専門員は担当者を招集し、プラン内容について、担当者と情報を共有し、専門的見地からの意見を求める。
- 会議を開催するタイミングは以下のとおり。
  プランを新規に作成するとき
  プランを変更するとき（事業対象者が介護保険申請するときや、要支援者が区分変更するとき　等）
- 軽微な変更であれば、必ずしも担当者会議を実施しなくても良いこともある。
  軽微な変更：別紙参照※21
- 地域包括支援センターはプランの最終的な責任主体であるため、委託の場合にはケアプラン等が適切に作成されているか確認する必要がある。

●地域包括支援センター担当者が**参加**の場合

時　期	委託居宅		地域包括支援センター		利用者
担当者会議前	ケアプラン作成	→	ケアプラン確認		
	必要があればケアプラン内容の訂正をする。	←	ケアプランへのコメントを伝える。		
担当者会議	関係者とケアプラン確認する。		ケアプランに確認日と確認者氏名を記載。 利用者サインが入ったケアプランを受け取る。	→	確認の上サインをもらう。

●地域包括支援センター担当者が**不参加**の場合

時　期	委託居宅		地域包括支援センター		利用者
担当者会議前	ケアプラン作成	→	ケアプラン確認		
	包括が確認したケアプランを受け取る。	←	ケアプランに確認日と確認者氏名、意見(必要時)を記載。		
担当者会議	関係者とケアプラン確認する。			→	確認の上サインをもらう。
担当者会議後	利用者のサインがあるケアプランと、担当者会議報告をする。	→	担当者会議報告を受け、利用者サインが入ったケアプランを受け取る。		

④ 説明・同意

- プラン内容について利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。（同意を得た日も記載する）

・プランについては、利用者の同意を得て初めて正式な介護予防サービス・支援計画書となる。

⑤ 交付

・④で同意を得た介護予防サービス・支援計画書について、利用者及びサービス担当者に交付する。

⑥ 個別サービス計画の確認（介護予防サービスについて)

・⑤でプランを交付したときは、サービス担当者に個別サービス計画の提出を求め、プランと個別サービス計画との連動性や整合性について確認をする。

⑦ モニタリングと評価

・プランの実施状況を把握するとともに、利用者について継続的なアセスメントを行う。
・実施時期、頻度については（2）②『介護予防サービスにおけるプラン様式と介護予防ケアマネジメントについて』の一覧表による。
・モニタリングは利用者の居宅を訪問し、利用者に面接して行う。

※テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングについて（令和６年度介護報酬改定)、下記の要件を満たすこと。

ア　利用者の同意を得ること。

イ　サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

ⅰ　利用者の状態が安定していること。

ⅱ　利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む)。

ⅲ　テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

ウ　少なくとも６月に１回は利用者の居宅を訪問すること。

・「基本チェックリスト（通所型サービス診断票)」については、状態把握のため活用する。また、通所型サービスを利用している場合にはサービスニーズの診断結果を改めて確認し、サービス利用の見直しを促す。
・事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。
・委託を受けた介護支援専門員は地域包括支援センターに評価表を提出し、利用者の状況や事業者からの報告を元に今後の支援方針の統一を図る。地域包括支援センターは意見欄に必要事項を記載する。
・利用票、提供表については「介護予防支援者の判断により、業務に支障がない範囲内で簡素化して利用することとして差し付かえない。」（平成 18 年 4 月改定関係 Q&A vol.2）とされているため、必ずしも交付する必要はない。介護予防サービス計画を踏まえ、サービス提供事業者の協議により決定する。

QA 介護予防支援　サービス利用票･同別表の取り扱い（平成 18 年 4 月改定関係 Q&A vol.2）

Q5　介護予防支援様式のうちサービス利用票・同別表の取り扱いをどのようにすればよいのか。

A.サービス利用票・同別表については、介護予防サービスにおいては、目的や方針、支援要素などを介護予防支援業者が決定することとしている。サービスの具体的な提供方法や提供日数については、当該介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画を踏まえ、サービス提供事業者と利用者の協議により決定されることとされている。これらを踏まえ、サービス利用票・同別表については、現行のものを、適宜、介護予防支援事業者の判断により、業務に支障のない範囲内で簡素化して利用することとして差し支えない。

⑧ 記録の整備、保存期間

・介護予防サービスの提供に関する次の事項について記録を整備し、その完結の日から５年間保存しなければならない。なお、予防給付では記録の保存期間は完結の日から２年間である。

項目：サービス事業者との連絡調整

利用者毎にプラン、アセスメントの結果記録、サービス担当者会議等の記録、モニタリングの結果の記録

他、必要な記録

・地域包括支援センターは委託した事業所からは、必要な書類や記録の提出を求め、実施状況の把握につとめること。

※居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに提出していただく書類について

＜提出書類＞

●利用者基本情報

●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）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

●介護予防サービス・支援計画書

●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

※利用者が通所型サービスを利用する場合、「基本チェックリスト（通所型サービス診断票）」及び「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出すること。また、ケアプランの期間が切れる度に提出すること（ケアプラン見直し前に実施した「通所型サービス診断票」を準用する場合には、「通所型サービス診断票」の空いているスペースに「〇年〇月〇日 状態に変化がないことを確認」等と記載すること）。

5. 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（変更）届出書の提出について

・地域包括支援センターは、事業対象者と契約の上、「介護相談チェック表 1・2（基本チェックリスト）」と「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（変更）届出書」を高齢者支援課に提出をすること。

6. 訪問型サービスについて（第１号訪問事業） ※22

・介護予防訪問介護相当と健康づくりヘルパーの併用は出来ない。また、原則として１事業所しか利用できない。
・利用者に関する自立支援のための援助とする。
・本人や家族へのアセスメントにより支援内容や支援回数を決定すること。また、安易に同居家族がいるからという理由だけでサービス利用制限はしないこと。

（1）介護予防訪問介護相当（サービスコード表Ａ２）

・従来の介護予防訪問介護と同様のサービス
・週の利用回数については、要支援１は週１回、要支援２は週２回といった形で機械的に取扱うことは不適当であるため、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、適切な利用回数の設定を行うこと（但し、請求において、要支援１は週２回まで）。

（2）健康づくりヘルパー（サービスコード表Ａ３） ※23

・専門職等による生活援助及び自立生活支援のための見守り的援助（介護保険に準ずるもの）週の利用回数については、要支援の介護度により機械的に取扱うことは不適当であるため、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、適切な利用回数の設定を行うこと（但し、請求において、要支援１は週２回まで）。
・サービスコード表Ａ３にて算定をすること。なお、加算の算定はない。
※厚労省より令和６年４月以降の介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービス種類の考え方について示されたため、令和７年４月サービス提供分よりサービスコードをＡ２からＡ３へ変更予定。※24
訪問型サービスの給付制限と同様のＡ３を使用するため、項目に注意すること。
・必要に応じ、個別サービス計画の作成をする。

※想定される対象者
・生活援助及び自立生活支援のための見守り的援助（介護保険に準ずるもの）
・概ね 45 分程度

（3）訪問型サービスＣ ※25

・栄養士、歯科衛生士、理学療法士、保健師等による短期集中型の訪問指導
・対象者は、要支援１･２又は事業対象者で、生活機能についての専門職の指導や助言を必要としており、サービスを受けることで生活機能の向上が見込まれる方。
特に勧めたい方
① 「基本チェックリスト」で栄養関係２項目に該当と口腔機能関係が２／３の両方
② 「この１年間に転んだことがありますか」に該当した方
③ 生活機能を改善･向上させることに前向きな意思があり、サービス終了後は自立した生活を送ることが見込まれる方
・概ね３か月間、月１～２回の訪問とする（合計４～６回）。
・プランＡを使用、利用前にはサービス担当者会議を開催する。

・当サービスを希望する場合には、高齢者支援課に申し出をし、利用申込書※26の提出をすること。

7. 通所型サービスについて（第１号通所事業） ※27

介護予防通所介護相当と健康づくりデイサービス、健康づくりデイトレーニングの併用は出来ない。また、原則として１事業所しか利用できない。

（1）介護予防通所介護相当（サービスコード表Ａ６）

・従来の介護予防通所介護と同様のサービス
・週の利用回数については、要支援１は週１回、要支援２は週２回といった形で機械的に取扱うことは不適当であるため、介護予防ケアマネジメントを踏まえて、適切な利用回数の設定を行うこと（但し、請求において、要支援１及び事業対象者は週１回まで）。
・月途中で事業所の変更をする場合には、双方を日割りにて算定をする。
・予防給付である介護予防通所リハビリテーションとの併用はできない※28。

（2）健康づくりデイサービス（委託）※29

・専門職等による運動、レクリエーション、創作活動、趣味活動などを実施
・週の利用回数は、要支援１は週１回、事業対象者及び要支援２は週２回までとする。
・必要に応じて個別サービス計画の作成をする。
・従事者は、市主催の研修を受講すること。
・費用額：送迎無 1,900 円/回、送迎有 2,100 円/回
・利用者負担：1 割 200 円/回、2 割 400 円/回、3 割 600 円/回
・当サービス利用希望の場合には、地域包括支援センター（市の指定を受けた居宅介護支援事業者）が利用開始の概ね１週間前までに「富士市健康づくりデイサービス利用申請書」※30と「基本情報」「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出する。高齢者支援課は審査の上、決定通知書をＦＡＸ等にて地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）と事業所に送付する（決定通知書の送達後に利用開始となる）。
・「基本チェックリスト」の結果、非該当者となった場合は、基本チェックリスト実施日の月末まで利用ができる。生きがいデイサービス利用希望の場合には、翌月からの利用となる。
・サービス利用者で、利用回数や送迎状況の変更がある場合には、もとのプランに見え消しで訂正（空きスペースに変更日と利用者の署名も必要）し、「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。申請書の提出は不要。
・（事業対象者⇔要支援など）介護認定区分変更があった場合は、「基本情報」「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。
・委託先の居宅変更があった場合は、「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。
・利用の終了（辞退）があった場合は、対象者と終了（辞退）日、利用している事業所について高齢者支援課へ連絡する。

（3）健康づくりデイトレーニング（委託）※31

- 専門職等による機能訓練（日常動作訓練）、運動器の機能向上チェックなどを実施
- 週の利用回数は、要支援１は週１回、事業対象者及び要支援２は週２回までとする。
- 必要に応じて個別サービス計画の作成をする。
- 従事者は、市主催の研修を受講すること。
- 費用額：送迎無 2,400 円/回、送迎有 2,600 円/回
- 利用者負担：1 割 250 円/回、2 割 500 円/回、3 割 750 円/回
- 当サービス利用希望の場合には、地域包括支援センター（市の指定を受けた居宅介護支援事業者）が利用開始の概ね１週間前までに「富士市健康づくりデイトレーニング利用申請書」※32 と「基本情報」「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出する。高齢者支援課は審査の上、決定通知書をＦＡＸ等にて地域包括支援センター（居宅介護支援事業者）と事業所に送付する（決定通知書の送達後に利用開始となる）。
- 「基本チェックリスト」の結果、非該当者となった場合は、基本チェックリスト実施日の月末まで利用ができる。生きがいデイサービス利用希望の場合には、翌月からの利用となる。
- サービス利用者で、利用回数や送迎状況の変更がある場合には、もとのプランに見え消しで訂正（空きスペースに変更日と利用者の署名も必要）し、「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。申請書の提出は不要。
- （事業対象者⇔要支援など）介護認定区分変更があった場合は、「基本情報」「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。
- 委託先の居宅変更があった場合は、「ケアプランのコピー」を高齢者支援課に提出をする。
- 利用の終了（辞退）があった場合は、対象者と終了（辞退）日、利用している事業所について高齢者支援課へ連絡する。

8. 事故報告について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに高齢者支援課、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる必要がある。

次に掲げる事故が発生した場合、速やかに高齢者支援課への報告をすること（事故報告書※33）。

- 従事者等の故意又は過失の有無にかかわらず、外部の医療機関を受診した場合（医療機関を受診した場合と同程度の治療を事業所内において行った場合を含む）。
- 利用者等とトラブルが発生することが予測される場合又は利用者等に見舞金や賠償金を支払う場合
- 利用者が死亡した場合
- 誤薬により主治医や協力医療機関に相談、指示を仰いだ場合
- 徘徊等により所在が不明となった場合

※事業所内における治療の場合、擦過傷等の比較的軽易なケガは除くが、対応に問題があった場合等は所属長の判断で報告すること。

※利用者が病気等により死亡した場合であっても、後日トラブルが発生する可能性が認められる場合は報告すること。

9. 食の自立支援について ※34

対象者：65 歳以上の方のみの世帯で要支援、要介護認定者及び事業対象者と認定されている方
サービス内容：お弁当を直接手渡し、声掛けによる安否確認を実施
アセスメント点数表により、１～５回／週、1 食 350 円
申請に必要なもの：「食の自立支援利用申請書※35」「ケアプランのコピー」
アセスメント点数表（申請書裏面）について、地域包括支援センター又はケアマネジャーの確認が必要
利用について：・高齢者支援課に「食の自立支援利用申請書」を提出
・事業所により、配達地域や曜日が異なる。（一覧表参照）
・期日までに中止の連絡がない場合にはキャンセル料 350 円がかかる。
・安否確認のため、他のサービスを利用している場合には、原則サービス利用していない曜日にすること。
・書類提出後１週間程度は提供までにかかる。
・書類の再提出が必要な場合は、申請者又は緊急連絡先の情報の変更、介護認定区分の変更（事業対象者、要支援、要介護）、居宅、包括及び配達事業者の変更や追加時
※上限回数内の曜日、昼夕食、回数の変更、同一居宅内のケアマネの変更については、電話等での変更を受け付ける。
・事業所の変更等の情報は、原則、毎月 20 日締切で翌月初めより反映とする。
緊急連絡先：確認の上、食の自立支援を利用する旨を伝え了承を得てから記載すること。
※金額及び「食の自立支援利用申請書」については、令和７年度改正予定。

10. 生きがいデイサービスについて

・対象者は、市内に住所がある 65 歳以上の人で、基本チェックリストにおいてサービス・活動事業対象者と判定されず、要介護認定においても非該当と判定された人及び現に要介護認定の申請をしていないが、非該当と判断できる人。
・４時間以上のサービスで、相談援助等の生活指導、レクリエーション・趣味活動、健康状態の確認、機能訓練　等を行う。
・週の利用回数は、週１回までとする。
・利用者負担額：１回 200 円
・費用額：送迎無 1,700 円/回、送迎有 1,900 円/回
・当サービス利用希望の場合には、地域包括支援センターまたは事業所が「富士市生きがいデイサービス利用申請書」※36 と「基本チェックリスト（非該当となったもの）」を高齢者支援課に提出をする。高齢者支援課は審査の上、決定通知書をＦＡＸ等にて事業所に送付する（利用決定まで概ね１週間）。
・「基本チェックリスト」の結果、該当者となった場合は、利用停止について通知した月の末日まで利用ができる。健康づくりデイサービス又は健康づくりデイトレーニング利用希望の場

合には、翌月からの利用となる。
・事業所は、年１回「富士市生きがいデイサービス状態確認シート」※37によるアセスメントを行う。

11. 保険給付によるサービス利用について

・住宅改修、福祉用具貸与･購入、ショートステイ、デイケア、訪問看護等の保険給付サービス利用希望の場合は、介護保険の申請が必要。
・介護保険申請においては、その必要性を十分に検討したうえでの申請とすること。
・介護保険申請時は、介護保険申請書と居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書を提出のこと。
・事業対象者でない方の新規申請の場合、予想される介護度によっては、「基本チェックリスト」を実施し事業対象者としても対応できるようにしておく。
・介護保険を申請した場合には、暫定プランを作成すること。また、暫定プランの取り扱いについて（平成 30 年 9 月 25 日富保介発第 611 号）のとおり。※38-1、38-2、38-3

① 要支援認定となった場合
・要支援認定にて、Ｂプランにて健康づくりヘルパーや健康づくりデイサービス利用時に住宅改修をする場合には、「住宅改修が必要な理由書 P1･P2」が必要となる。また、福祉用具購入の場合には、特定福祉用具販売の指定事業者から購入する必要がある。

② 要介護認定を受けた場合
・介護サービスを利用する時点から要介護者となる。
・それまでは、健康づくりヘルパーでは日割り。健康づくりデイサービス及び健康づくりデイトレーニングでは利用料×利用日数で計算する。

12. 給付管理及び請求事務について

（1）区分支給限度基準額

介護予防サービス等については、保険対象サービスの上限（区分支給限度基準額）が設けられている。

要支援２　：10,531 単位
要支援１　：　5,032 単位
事業対象者：　5,032 単位

※健康づくりデイサービス、健康づくりデイトレーニング、食の自立支援については委託による介護予防サービスであるため、この限度額には含まれない。

（2）月額包括報酬の日割り請求に係る適用について（参照：月額包括報酬の日割請求にかかる適用について ※39-1）※39-2

介護予防サービスについては利用者との契約開始日からとなる。サービス開始日ではないので注意が必要。

契約解除については、事業所等が利用者との契約書の中でどう謳っているのかによる。契約解除日で日割りとなる。

（3）月の途中で指定介護予防支援事業所が変更となった場合の給付管理

・月末時点で届出対象となっている指定介護予防支援事業者が、給付管理票を作成する。

（4）請求事務について

・地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所に委託している場合には、実績報告※40を受けた上で直営分も合わせて給付管理を行い、N＋1 月の 10 日までに国保連へ提出する。また、給付管理票を伴わない健康づくりデイトレーニング（プランＡ）、プランＢ及びプランＣについて、居宅介護支援事業所に委託している場合には、実績報告を受けた上で、請求時に事業費明細欄の摘要欄に委託先の居宅介護支援事業所番号を記入する。※47

※データのエラーがあった場合には、返戻となり委託先への振込みができないため、データを修正し、再度翌月に国保連に送信することなる。

※原案作成委託料支払いシステムの対応について（参照：介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（その１））※41

・国保連は審査後、支払通知を送付し、N＋２月（25 日）に包括･居宅事業所へ支払を行う。

（5）給付制限対象者の請求事務について

・給付制限対象者の請求を行う場合、介護予防訪問介護相当サービス、健康づくりヘルパーを利用した場合は A3、介護予防通所介護相当サービスを利用した場合は A7 のコードでの請求になるため、利用者が対象になっていないかを被保険者証を見て確認すること。

・給付制限対象者がサービスを利用する場合、サービス提供事業所ごとに A3、A7 のコードを利用するための設定が必要なため、サービス提供事業所が市町村に申請をしているかの確認を行うこと。

（6）介護予防ケアマネジメント費の返戻について

・月初めに給付管理票が国保連より返戻になった場合は、本人の要介護認定等の状況や介護予防ケアマネジメント計画作成依頼の届出の提出状況等を確認すること。
国保連に請求を行った月の前月末までに保険者に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（変更）届出書を提出していない場合には返戻となる。

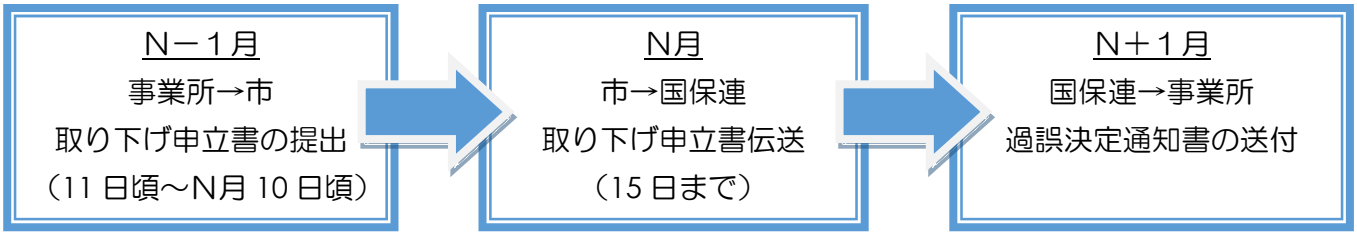
・給付管理票の誤り（請求単位数の誤り等）により、サービス事業所の請求が減額（一部・全部）になった場合には、給付管理票の修正を行うこと。

（7）介護予防・日常生活支援総合事業費の請求取り下げについて

・既に受領済みの介護予防ケアマネマネジメント費に誤りが生じた場合には、「介護予防・日常生活支援総合事業費　請求取り下げ申立書」※42を高齢者支援課へ提出する。その際、申立事由コード及び取り下げ理由（例：初回加算のつけ忘れ等）を必ず記載すること。

・毎月 10 日頃までに市へ提出された取り下げ申立書は、当月 15 日までに国保連へ市が送付する。

～～～取下げの流れ～～～



13. 住所地特例 ※43

- 施設所在地の地域包括支援センターが担当となる。
- 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（変更）届出書に介護保険被保険者証を添付して、施設所在地の保険者に提出する。
- 住所地特例対象者に対する事業対象者把握のための「基本チェックリスト」は施設所在地の地域包括支援センターが実施。

14. 生活保護受給者

- 小学校地区でケースワーカーが担当しているため、必ずサービス利用についての情報提供をすること。
- 利用票及び別表を毎月 10 日までに生活支援課に提出をする。実績の提出は原則不要。
- 介護扶助（介護券）で支給される。（40～64 歳：10 割が介護扶助。65 歳以上：9 割が介護保険、1 割が介護扶助）
- 生活保護の場合は、40～64 歳は障害施策が優先となる。（一般は介護保険優先となる）
- 提供されるサービスが事業者指定の場合には国保連経由にて介護券使用の上請求･支払い手続きを実施しているが、委託（健康づくりデイトレーニング、健康づくりデイサービス）の場合は、利用料の自己負担分については生活支援課より事業所へ直接支払うことを原則としている（介護扶助は利用料の自己負担分のみ、食費等の実費は自己負担になる）。（富福総発第 180 号 平成 28 年 7 月 29 日※44）

15. 利用者負担の軽減（詳細はいきいき高齢者ガイド参照）

（1）高額介護予防サービス費

同じ月に利用したサービスの利用者負担の合計額（同じ世帯内に複数の利用者がいる場合は、世帯合計額が高額になり、一定額を超えたときは、申請により超えた分が支給される。

該当者には申請書を発送するため、必要事項を記入の上、提出してもらう。2 回目からの申請

は不要。

（2）高額医療合算介護予防サービス費

介護保険（総合事業含む）と医療保険の１年間分の自己負担を合算した額が一定額を超えたときは、申請により超えた分が支給される。

該当者には申請書を発送するため、必要事項を記入の上、提出してもらう。

（3）社会福祉法人による利用者負担軽減制度

申請により、生計が困難で一定の条件を満たし、利用料の支払が困難であると市が認めた方について「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」を交付し、確認証を事業所へ提示することにより利用者負担が軽減される制度。

（4）一定以上所得者の負担割合

■負担割合証の交付対象者

認定を受けている全ての被保険者（新規に要介護認定申請等を行った被保険者を含む）

※生活保護受給者で65歳未満の者は、介護保険の被保険者でないため、負担割合証交付の対象外。

■2割負担又は3割負担となる対象者

一定以上の所得のある第１号被保険者

※第２号被保険者は一定以上所得者の利用者負担の見直しの対象とならない。

■負担割合証の有効期間

８月１日から翌年７月３１日まで

■負担割合に関する問合せについて

負担割合証の割合情報は原則、毎月利用者から証の提示を求めて確認をすること。市からは事業所へ知らせることはない。紛失などにより各証書等が確認できない場合は、高齢者支援課にて再交付の申請を行い負担割合証の再交付を受けること。

■ サービス提供事業者の負担割合未確認で誤請求を行った場合の取り扱い

負担割合を間違って請求した場合、国保連から返戻となる。利用者負担分については事業所が被保険者との間で調整（返還又は再徴収）を行い、給付請求分についてはいったん取り下げを行い、確定されてから再請求する必要がある。

■課税所得の修正申告等により負担割合が変更になった場合の取り扱い

負担割合は８月１日に遡及変更となるため、上記と同様の取り扱い。負担割合の確認に関する問合せについては、原則として回答できないが、この遡及変更の場合に限り、遡及更正後の利用者負担割合を市から事業所に連絡をする。