

## 三島市 介護予防・日常生活支援総合事業Q&A（事業者向け）

総合事業全般			
No.	種別	質問	回答
1	給付制限	三島市では、総合事業のサービスに給付制限を行わないのか。	総合事業は、一律に給付制限を行うこととされていない制度であることから、当市においては当面の間、給付制限を行わないとしています。 今後は、給付制限が課される介護給付・介護予防給付との公平性や、実施によるサービス事業者や市の事務負担などの観点、他自治体の動向などから、給付制限の実施の有無を検討してまいります。 なお、各市町村の判断で実施が可能なことから、住所地特例ではない他市町村の被保険者にサービス提供をしている場合は保険者市町村にお問い合わせください。
事業対象者			
No.	種別	質問	回答
1	事業対象者の登録	三島市では介護認定のないものが新規に指定事業所によるサービスの利用を希望する場合は、原則として介護申請をすることとなっているが、非該当となった場合でも基本チェックリストに該当すれば事業対象者としてサービス利用ができると考えてよいのか？また、過去に介護認定があったが、認定期間終了時に更新せず現在は介護認定がないものについても基本チェックリストに該当すれば事業対象者としてよいのか。	原則として総合事業の利用は要支援者より軽度の人まで対象とすることは想定していませんが、非該当となった場合でも、基本チェックリストに該当し、介護予防ケアマネジメントの結果必要と認められる場合には、事業対象者の登録をして総合事業のサービスを利用することが出来ます。介護予防ケアマネジメントの際には三島市版介護予防アセスメントシートも活用し、適切なサービスを位置付けてください。また、介護認定の終了までに更新や事業対象者の手続きをしなかった場合はその時点でサービス利用をしないという判断があったとみなし、改めてサービスの利用を希望する場合は、再度の介護申請をお願いしています。なお、更新せずに事業対象者の登録を行う手続きは認定終了日の60日前から可能です。
2	事業対象者の登録	介護認定後で非該当となり、基本チェックリストを実施したところ、該当となったため、事業対象者の登録を行いたいが、どれくらいの期間であれば、再申請によらず事業対象者の登録が可能か。	短期間であっても様々な理由で非該当となった時点から状態が変化している可能性が考えられるため、一律の期間をお示しすることは難しいかと思われませんが、非該当の結果の後3ヶ月以上経過している場合はサービスに繋げるまでの期間経過等を窓口にて確認させていただいております。その中で、状態変化が見受けられる場合、再申請をお願いする場合があります。また、短期間であっても状態変化がある場合は必要に応じて再申請を行ってください。基本チェックリストは事業対象者の届出日から1ヶ月前のものが有効となります。なお、事業対象者としてサービスが利用できるのは窓口で申請があった日からであり、基本チェックリストの日付からではありませんのでご注意ください。また遡って届け出ることもできません。
3	事業対象者の登録	要介護の認定期間終了後、総合事業サービスのみの利用を希望する場合、基本チェックリストに該当すれば、事業対象者登録が可能か。	事業対象者は基本的に要支援相当の方を想定していますので、要介護の方が状態の改善により要支援相当となり総合事業サービスのみの利用が必要と判断される場合には、要介護認定期間の終了後に事業対象者として取り扱うことが可能です。この場合も認定有効期間終了の60日前から終了日までに事業対象者の登録手続きを行う必要があります。なお、介護予防ケアマネジメントによるサービス提供が必要となりますので、担当の居宅支援事業所はその方のお住い地区の地域包括支援センターへ相談してください。
4	住所地特例者の事業対象者の登録	住所地特例者も事業対象者として総合事業のサービスが利用できるのか。	住所地特例者も事業対象者として総合事業サービスの利用が可能です。 ① 三島市の施設に居住する他市町村の被保険者の場合 原則として施設所在地市町村のルールで事業対象者の判定を行い、施設所在地市町村が設定したサービスを受けることになるため、三島の地域包括支援センターを介して三島市の窓口へ申請していただくことになります。しかしながら、被保険者の市町村によって様式などの取扱いが異なる場合がありますので、先にお問い合わせください。三島市から保険者の市町村に問合せや被保険者証の発行を依頼させていただきます。 ② 他市町村の施設に居住する三島市の被保険者から相談があった場合 原則として施設所在地の市町村の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行うこととなるため、そちらの地域包括支援センターに先に相談するよう伝えてください。
5	事業対象者の転出	事業対象者が転出した場合の取扱いはどうなるのか。	事業対象者が他市町村に転出するときは、介護認定と異なり事業対象者としての取扱いは引き継がれません。転出日をもって事業対象者は終了となります。そのため、受給資格者証の発行もありません。新しい市町村で総合事業サービスの利用を希望する場合は、改めてその市町村のルールにのっとり事業対象者の申請を行ってください。 また、住所地特例施設への移動で保険者の変更がない場合でも、住所地特例者は施設所在地のルールに従い事業対象者の登録を行うことになっているので、転出日をもって終了とさせていただきます。
6	事業対象者の有効期限	事業対象者は有効期限がないと聞いているが、一度事業対象者となった場合、介護申請後も事業対象者としても扱われるのか。	原則として事業対象者には有効期限がないため、状態変化がなく総合事業のサービスの利用を続ける間は更新などの手続きは不要です。しかし、事業対象者の介護申請により、要支援・要介護の結果がでると認定有効期間開始日の前日で事業対象者の取扱いは終了になります（手続きは不要です）。介護認定期間終了後、再度、事業対象者として総合事業サービスを利用する場合は、介護認定終了の60日前から終了日までに事業対象者の登録を行ってください。 また、非該当となった場合は引き続き事業対象者として扱われますが、サービスの利用が必要かどうかは再確認してください。事業対象者の状態改善により総合事業サービスの利用が不要になった場合は「介護予防・日常生活支援総合事業対象者の届出取下申書」を提出し、事業対象者としての取扱いを終了してください。
7	事業対象者に関する手続き	事業対象者の被保険者証や負担割合証の再発行などの手続きはどこにすればよいのか。	事業対象者であるとわかっている場合は、 <b>長寿政策課</b> の窓口へ申請してください。様式は介護保険課のものと同じです。

介護予防ケアマネジメント			
No.	種別	質問	回答
1	取扱いの件数について	介護支援専門員1人当たりの取扱い件数は上限があるのか。	総合事業における介護予防ケアマネジメントは、居宅介護支援費算出の件数に含めず、受託件数についても上限はありません。
2	基本チェックリスト	基本チェックリストの実施は、初回以降、どのくらいの頻度で実施するのか。	身体状況や生活状況等に变化があった場合に実施してください。
3	ケアマネジメント	住宅改修費の支給がある場合、予防給付になると思うが、支給があった月だけが予防給付になり、翌月からは総合事業になるのか。	住宅改修以外に利用しているサービスが総合事業のサービスのみであった場合は、住宅改修費の支給を受けた月もそれ以外の月も総合事業（介護予防ケアマネジメント費）にて請求してください。
4	ケアマネジメント	訪問型サービスAと訪問型サービスB（住民主体）サービス両方利用することは可能か。	訪問型サービスB（住民主体）は指定事業所で支援できない内容が含まれるサービスであるため、訪問型サービスAと支援する内容が異なり、ケアマネジメントの結果、その両方が必要と認められた場合は可能です。訪問型サービスBは総合事業訪問介護との併用も可能ですが、総合事業訪問介護と訪問型サービスAの併用はできませんので御注意ください。
5	ケアマネジメント	総合事業の暫定利用はできるのか。	要支援認定ができることを見込み、暫定ケアプランにて位置付けて利用することは可能です。認定結果が非該当であった場合は自己負担となります。また結果が要介護であった場合、介護サービスに振替えが可能であれば介護給付を受けることが出来ますが、総合事業にしか存在しない緩和型のサービスは自己負担となります。
6	ケアマネジメント	介護給付に関して新型コロナウイルス感染症予防において国から様々な臨時的な取扱いが示されているが総合事業でも適用となるのか。	<p>&lt;令和6年度以降廃止見込み&gt; 厚生労働省から示された「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う人員基準等に関する臨時的な取扱いについて」において示された事項に関して、下記書類の提出により必要と認められる場合には、市から決定通知書を発行します。その結果、同様の取扱いが可能となります。不明な点はお問い合わせください。</p> <p>《提出書類》 例外的な介護予防ケアマネジメント利用申請書、ケアプラン、経緯のわかる書類（経過記録等） 《想定される内容例》 ・通所系サービスを訪問によりサービス提供する場合</p>
7	書類作成	ケアマネジメントCでの利用票・提供票はあるのか。	ケアマネジメントCは利用表等はありません。
8	書類作成	訪問型サービスや通所型サービスのみの継続利用を希望する要支援者が、総合事業の説明を受けても更新申請を希望した場合について。再度、要支援認定を受けた際には、基本チェックリストは実施せず、それ以外のアセスメントシートや届出書を作成すればよいのか。	更新申請により、要支援者として総合事業のサービスを利用継続する場合も、ケアプラン作成にあたり、再度基本チェックリストの実施が必要です。介護予防サービス・支援計画表の左下に基本チェックリストのカテゴリーごとの該当項目数を記載してください。
訪問型サービス			
No.	種別	質問	回答
1	訪問型サービスA	訪問型サービスAの1回のサービス提供時間は何分か。	サービス単位の設定にあたり、総合事業訪問介護の生活援助が中心である場合（所要時間45分以上の場合）を参考にしたことから、45分以上のサービス提供を想定していますが、現に要した時間ではなく、訪問型サービス計画に位置付けられた内容のサービスを行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定してください。
2	訪問型サービスA	訪問型サービスAによる生活援助を行うにあたり、同居または別居している家族（健康であり、利用者の代わりに家事ができる状態）が在宅中または訪問してきた場合、通常どおり支援を行うべきか。	訪問型サービスAは、介護予防訪問介護の基準のうち、人員に関するものを緩和し、生活援助に限って提供するもので、生活援助として提供できるサービスは変わりません。従前の介護予防訪問介護と同様の対応をお願いします。

通所型サービス			
No.	種別	質問	回答
1	通所型サービス全般	要支援2認定者が総合事業で総合事業通所介護を週2回利用しており、更新申請を行わず事業対象者となった場合、引き続き通所型サービスを週2回利用することは可能か。	三島市介護予防ケアプラン作成マニュアルのとおり、三島市版アセスメントシートに該当した事業対象者で、サービス担当者会議等で評価期間や目標を定め、週2回の利用が必要と判断される場合は「事業対象者の総合事業通所介護利用回数増加申請書」を提出の上、内容を三島市が審査し、決定通知書の送付を受けて利用可能となります。 ただし、期間は最長2年としているため、期間終了後も利用回数の増加を継続する場合は、改めて申請が必要となります。
2	通所型サービス全般	基本報酬に内包化された運動器機能向上サービスを実施する場合の基準はどのように解釈すればよいか。	運動器機能向上サービス（利用者の運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものをいう。）は、機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上勤務し、かつ、機能訓練指導に従事した経歴を有する者に限る）を1名以上配置し、国内外の文献等において介護予防の観点から有効性が確認されている手法等を用いて行うことが想定されています。
3	通所介護と通所型サービスを一体的に実施する際の人員基準	通所介護と総合事業通所介護を一体的に実施する場合、生活相談員や介護職員はそれぞれのサービスで兼務できるのか。	介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインでは、通所介護と従前の通所介護相当のサービス（総合事業通所介護）と一体的に実施する場合の人員基準について「要支援者（総合事業通所介護の利用者）と要介護者（通所介護の利用者）を合わせた数で基準を満たす」とこととされています。 そのため兼務ではなく、要支援者と要介護者を合わせた数に対し、通所介護・総合事業通所介護（人員基準は同様）の基準を満たす生活相談員、介護職員が配置が必要で。
サービス請求について			
No.	種別	質問	回答
1	請求方法について	三島市では総合事業訪問介護、訪問型サービスA、総合事業通所介護の1回単位の報酬コードが示されているが、この回数は予定によるものか、それとも実績によるものか。	回数については、予定ではなく実績に基づいての請求になります。 逆に、支給区分については、利用者の状態像の改善に伴い当初の支給区分において想定されたよりも少ないサービス提供になること、または、傷病等で利用者の状態が悪化することで当初の支給区分において想定されたよりも多くのサービス提供になることがあり得ますが、月の途中での変更はできません（介護度の変更を伴う場合を除く）。 翌月以降も状態の変化が続く場合は、改めて、利用者の新たな状態や目標に応じて支給区分の見直しを行い、ケアプランやサービス計画に定めてください。
2	請求方法について	要支援1の認定を受けて総合事業通所介護を週1回利用していたが、途中で要支援2に区分変更して、週2回利用した場合、どのように報酬算定をするのか。  (例1) 要支援1のとき3回、要支援2となってから5回利用した場合  (例2) 要支援1のとき2回、要支援2となってから7回利用した場合	原則としてそれぞれの「利用実績回数×単価」で算定しますが、月の利用回数が上限を超え月額報酬になる場合に日割りの計算を行います。なお、月の利用回数の上限はそれぞれの区分で判断します。 また、日割り請求となった際の算定方法は、実際に利用した日数に関わらず、サービス算定対象期間日数（月の途中から開始の場合は起算日から月末までの期間。月の途中で終了した場合は、月初めから起算日までの期間）に応じた日数を日割り計算用の日数のサービスコードに乗することで算出してください。この場合の起算日は介護認定日になります。 また、算出した合計単価が要支援2の月額包括報酬の単位を超える場合は、これを上限とさせていただきます。  (例1) それぞれが月額報酬の回数に達していないので1回単位×回数で算出 <b>436単位（要支援1）×3回+447単位（要支援2）×5回=3,543単位</b>  (例2) それぞれが月額報酬の回数に達していないので1回単位×回数で算出 <b>436単位（要支援1）×2回+447単位（要支援2）×7回=3,637単位</b> <b>3,637単位&gt;3,621単位（要支援2月額包括報酬）なので3,621単位で請求</b>
3	初回加算（介護予防ケアマネジメント）	新規にサービス利用を開始した際、「介護予防ケアマネジメント」の初回加算を算定→その後介護予防サービスを追加したため、「介護予防支援」でのケアマネジメントに変更→介護予防サービスの利用を終了したため、再度「介護予防ケアマネジメント」にてケアマネジメントを行った場合、2回目の初回加算の算定は可能か。 (例：総合事業サービスのみ→住宅改修追加→総合事業サービスのみに戻る)	初回加算の算定は、介護予防ケアマネジメントまたは介護予防支援が終了して2か月以上経過したあとに介護予防ケアマネジメントまたは介護予防支援を実施する場合に算定できます。 お尋ねの場合は、継続して介護予防ケアマネジメントまたは介護予防支援が実施されていることから、初回加算の算定は行えません。 なお、例の場合は、住宅改修以外に利用しているサービスが総合事業のサービスのみであった場合は、住宅改修を追加した月も介護予防ケアマネジメント費にて請求してください。 ※厚生労働省 総合事業ウェブサイトにて公開されている、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27年1月9日版】をご覧ください。
4	初回加算（訪問型サービス）	生活援助のみ利用で訪問型サービスAを利用していた方に対し、身体介護を含むサービスが必要となったため、総合事業訪問介護に切り替えた場合初回加算は算定できるか。	訪問型サービスの初回加算は、利用者が過去2月間（暦月）に当該訪問型サービス事業所から総合事業訪問介護、訪問型サービスAのどちらも受けていない場合に算定できます。事業所の変更や2月間（暦月）以上の空白期間がなければ、対象になりません。なお、初回加算の算定にはサービス提供責任者の同行などの要件を満たす必要があります。
5	複数事業所の利用	利用可能な支給区分及び単位数内であれば、同一のサービスで複数の事業所の利用は可能か。	三島市では、1回単位及び提供回数が一定数を超えた場合に月額包括報酬となる単位を設定しているが、月額包括報酬となった場合の日割りの要件に複数の事業所を並行して利用した場合が含まれていないことから、現時点では複数の事業所を並行して利用することは想定していません。ただし、並行利用ではなく月途中でのサービス事業所の変更は日割りの要件にもなっており可能です。