

サービス事業者のための

介護予防・日常生活支援 総合事業マニュアル



伊勢原市公式イメージキャラクター
クルリン

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ることが大変多い制度です。
この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されます
ので、常に最新情報を入手するようにしてください。

伊勢原市 介護高齢課

令和5年2月

目次

| 項目 | 頁 |
|--|----|
| I 介護保険制度等の理解 | 1 |
| 1 申請からサービス利用まで | 1 |
| 2 介護サービスの類型 | 2 |
| II 介護予防・日常生活支援総合事業について | 3 |
| 1 介護保険のポイント | 4 |
| 2 介護予防・日常生活支援総合事業のポイント | 4 |
| 3 介護保険制度と介護予防日常生活支援総合事業の振り分け | 4 |
| 4 総合事業と介護保険制度 申請からサービス利用の流れ（概要） | 5 |
| III 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者 | 6 |
| 1 事業対象者 | 7 |
| 2 基本チェックリスト | 8 |
| 3 基本チェックリストについての考え方 | 9 |
| 4 基本チェックリストの質問項目と関連するアセスメント領域、補足質問の着眼点の例 | 10 |
| 5 事業対象者（基本チェックリスト該当者）の有効期間について | 11 |
| IV 訪問型サービス | 12 |
| 1 国基準訪問型サービス | 12 |
| 2 基準緩和訪問型サービス（サービスA） | 13 |
| 3 短期集中訪問型サービス（サービスC） | 18 |
| V 通所型サービス | 19 |
| 1 国基準通所型サービス | 19 |
| 2 基準緩和訪問型サービス（サービスA） | 25 |
| 3 短期集中通所型サービス（サービスC） | 25 |
| VI 介護予防ケアマネジメント | 28 |
| 1 目的 | 30 |
| 2 類型 | 30 |
| 3 実施主体 | 30 |
| 4 報酬単位 | 30 |
| 5 加算 | 30 |
| 6 利用開始までの手続き | 30 |
| VII 利用できるサービス | 32 |
| 1 自宅で利用できるサービス | 32 |
| 2 自宅から施設に通いで利用するサービス、又は施設に宿泊して利用するサービス | 32 |
| 3 生活環境をよくするためのサービス | 33 |
| 4 生活の場を自宅から移して利用するサービス | 30 |
| VIII 区分支給限度額 | 34 |
| IX 居宅サービス計画届出書等とサービスの関係 | 35 |

| 項目 | 頁 |
|--|----|
| X 事業者の指定 | 36 |
| 1 指定・更新申請 | 36 |
| 2 提出書類・申請様式 | 36 |
| 3 その他届出（変更・加算） | 38 |
| XI 過誤申立 | 38 |
| 1 介護給付費過誤申立の手続きについて | 38 |
| 2 介護給付費過誤申立予定表 | 38 |
| 3 再請求について | 39 |
| XII その他 | 40 |
| 1 暫定利用の取扱 | 40 |
| 2 サービスと総合事業の併用 | 40 |
| 3 住所地特例及び住民票が居住地になる場合の取扱 | 44 |
| 4 単価の考え方 | 46 |
| 5 生活保護受給者が基準緩和訪問型サービスを利用した場合の取扱 | 47 |
| 6 総合事業における公費の取扱について（生活保護・中国残留邦人・原爆被爆者） | 47 |
| XIII 介護予防に関する相談・申請からサービス利用の流れまで | 49 |
| 1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務手順直営の場合 | 50 |
| 2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務手順業務の一部を委託する場合 | 51 |

■この資料における用語の定義■

○ 総合事業

伊勢原市において平成28年4月から実施している介護予防・日常生活支援総合事業（法第115条の45第1項）のことをいう。

○ 事業対象者

総合事業実施に伴い新設される基本チェックリストを用いた簡易な手続きにより判定される要支援者に相当する状態等の者をいう。

「事業対象者」が利用できるサービスは総合事業サービスのみとなります。

○ 総合事業サービス

要支援者・事業対象者が対象となる介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業。

伊勢原市において平成28年4月から開始している訪問型サービス（法第115条の45第1項第1号イ）と通所型サービス（法同号ロ）の総称をいう。

平成28年度から実施している伊勢原市の総合事業サービスは現行の保険給付と同様、すべて伊勢原市が指定した事業者によるサービス提供となります。また審査・支払も原則現行同様、国保連合会を活用しているものになります。

| 事業 | 内容 |
|------------------|--------------------------------------|
| 訪問型サービス（第1号訪問事業） | 要支援者・事業対象者に対し、掃除、洗濯などの日常生活上の支援を提供 |
| 通所型サービス（第1号通所事業） | 要支援者・事業対象者に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供 |

○ 予防給付

要支援者が対象となる介護保険の保険給付。

総合事業実施に伴い、要支援者で「認定有効開始年月日」が平成28年4月1日以降の日付の方については、予防給付の「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」の代わりに総合事業サービスによる「訪問型サービス」または「通所型サービス」の提供が行われています。

○ 介護給付

要介護者が対象となる介護保険の保険給付。

○ 介護予防ケアマネジメント

要支援者・事業対象者が総合事業サービスのみを利用する場合、現行の介護予防支援と同様に地域包括支援センター等がケアプランの作成やサービス事業所との連絡・調整などを行うことをいう。（第1号介護予防支援事業、法第115条の45第1項第1号ニ）現行の介護予防支援と同様、利用者に対して、状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うもの。

表記正式名称

伊勢原市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則（平成28年伊勢原市規則第18号）

伊勢原市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則第4条第1項第1号イに規定する第1号

通所事業の実施に関する要綱（平成28年4月1日施行。以下「要綱」という。）

伊勢原市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例第32条17号イ（平成28年4月1日施行。以下「要綱」という。）

神奈川県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等を定める条例

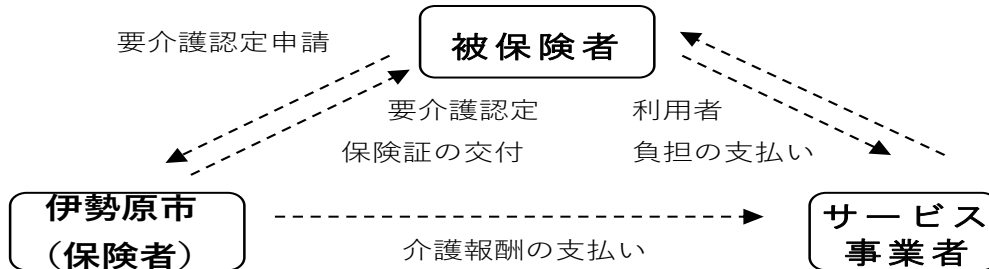
（平成25年神奈川県条例第21号。以下「予防条例」という。）

伊勢原市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定密着型介護予防サービス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を定める条例

（平成25年3月25日施行）

I 介護保険制度等の理解

介護保険制度は、伊勢原市が保険者となって運営しています。40歳以上の方は、加入者（被保険者）となって保険料を納め、介護が必要となった時には、費用の一部を支払い介護サービスを利用できる仕組みです。



| | 第1号被保険者 | 第2号被保険者 |
|-----------|---|---|
| 対象者 | 65歳以上の人 | 40歳以上65歳未満の人で医療保険に加入している人 |
| 介護サービスの利用 | 原因を問わず介護や日常生活の支援が必用となった時、市の認定を受け、サービスを利用できます。 | 老化が原因とされる病気（特定疾病）により介護や支援が必用となったとき、市の認定を受け、サービスを利用できます。 |
| 保険料 | 前年度の所得等に基づいた段階別の保険料となっており、個人ごとに算定されます。 | 加入している医療保険者ごとに異なりますが、所得に応じたものになります。 |

1 申請からサービス利用まで

- ①申請 介護保険のサービスを利用するには、要介護（要支援）認定を受ける必要があります。そのため、市の担当窓口申請書と介護保険の被保険者証を提出します。
申請は、本人またはその家族が行いますが、申請に行くことができない場合などに成年後見人、地域包括支援センターの職員、ケアマネジャーなどに代行してもらうこともできます。
- ②調査 市の担当者や市から委託を受けた調査員が家庭を訪問し、心身の状態などを調査します。主治医が病気や負傷の症状をまとめた意見書を作成します。市で意見書の作成依頼を行い、作成費用は市が負担します。
- ③審査 コンピューターによる判定および調査票の特記事項、主治医意見書に基づき、保健・医療・福祉など専門家からなる介護認定審査会で、要介護度を審査・判定します。
- ④認定 原則として、申請から30日以内に、市から認定結果通知と結果が記された被保険者証が届きます。

| 要介護状態区分 | 利用できるサービス | 概要 |
|---------|---------------------------------------|--|
| 自立 | 市が行う介護予防事業 (地域支援事業) | 介護サービスは利用できませんが、介護が必要とならないように介護予防事業に参加できます。 |
| 要支援1 | 介護予防サービス (予防給付) 介護予防・日常生活支援総合事業 | 介護保険の対象ですが、要介護状態が軽く、生活機能が改善する可能性が高い人などが受けるサービスです。 |
| 要支援2 | | |
| 要介護1 | 介護サービス (介護給付) | 日常生活で介助を必要とする度合いの高い人、生活の維持・改善を図るためのさまざまな介護サービスを利用できます。 |
| 要介護2 | | |
| 要介護3 | | |
| 要介護4 | | |
| 要介護5 | | |

⑤ケアプラン作成

事業対象者及び要支援1・2の人は地域包括支援センターでケアプランを作成します。要介護1～5の人は在宅サービスと施設サービスのどちらかを利用するか選択し、ケアマネジャーがケアプランを作成します。



⑥利用開始

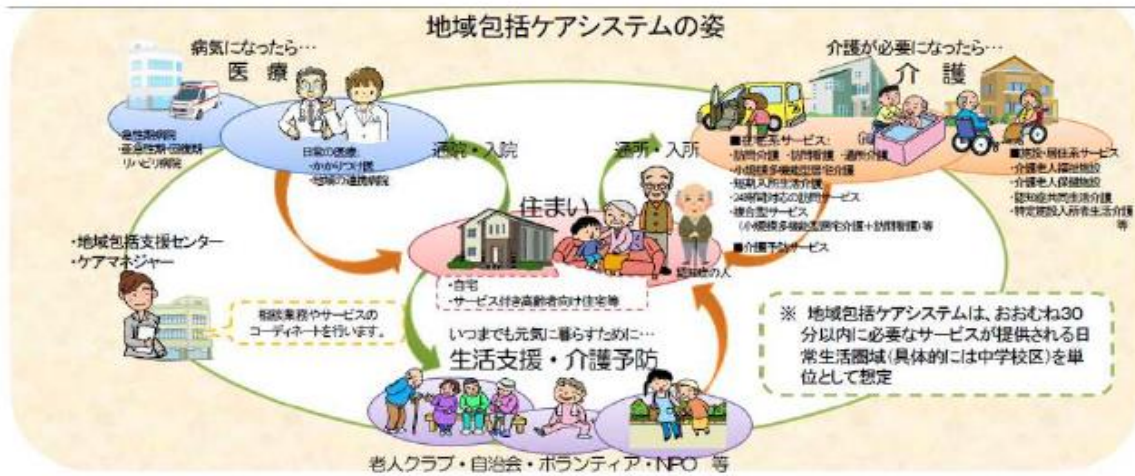
利用するサービスが決まったら、契約を結び、サービスを利用します。利用者は費用の一部（1割又は2割若しくは3割）を負担します。

2 サービスの種類

| 居宅サービス | 施設サービス | 地域密着型サービス |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 訪問型(予防含む) | 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 小規模多機能型居宅介護(予防含む) |
| 訪問入浴介護(予防含む) | 介護老人保健施設 | 夜間対応型訪問介護 |
| 訪問リハビリテーション(予防含む) | 介護療養型医療施設 | 地域密着型通所介護 |
| 訪問介護(予防含む) | | 認知症対応型通所介護(予防含む) |
| 居宅療養管理指導(予防含む) | | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 通所介護(予防含む) | | 認知症対応型共同生活介護(予防含む) (グループホーム) |
| 通所リハビリテーション(予防含む) | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 福祉用具貸与(予防含む) | | |
| 特定福祉用具販売(予防含む) | | |
| 短期入所生活介護(予防含む) | | |
| 短期入所療養介護(予防含む) | | |
| 特定施設入居者生活介護(予防含む) | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防・生活支援サービス事業) | | |
| 国基準訪問型サービス | 国基準通所型サービス | 短期集中訪問型サービス |
| 共生型訪問型サービス | 共生型通所型サービス | 短期集中通所型サービス |
| 基準緩和訪問型サービス | 基準緩和通所型サービス | |

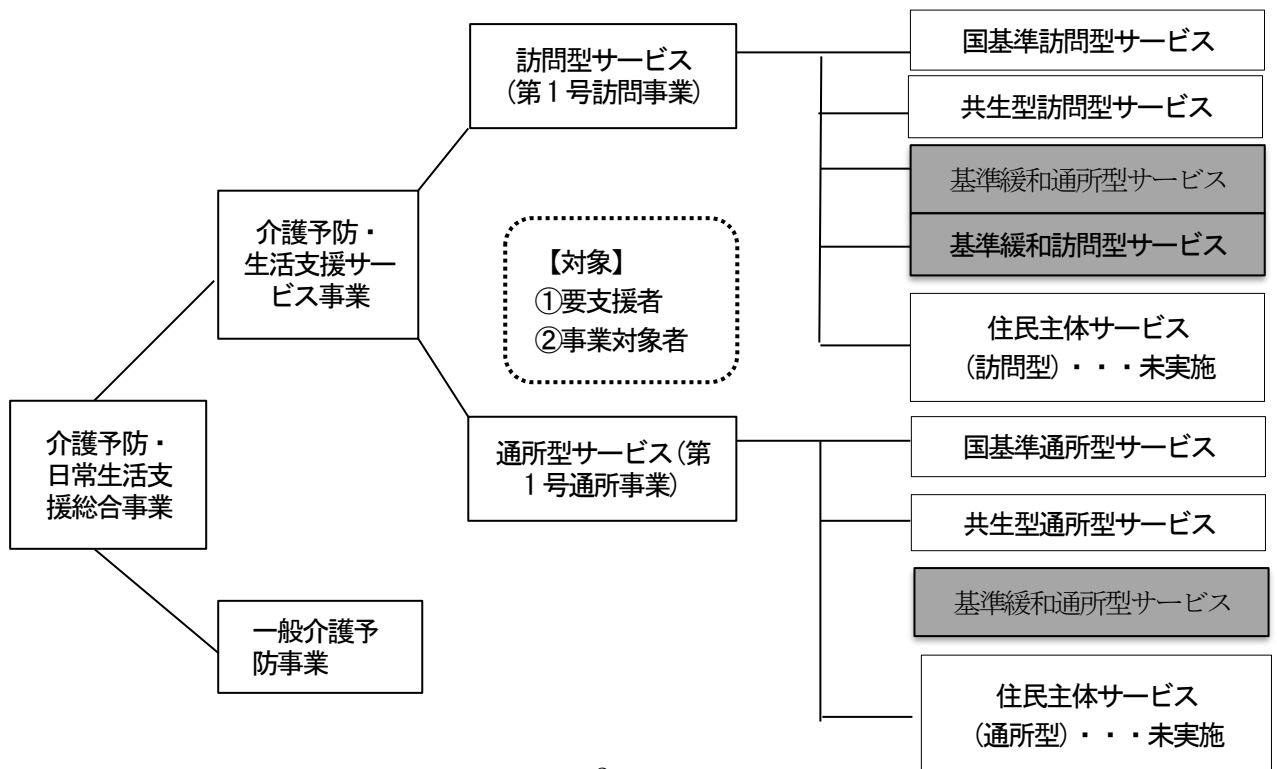
II 介護予防・日常生活支援総合事業について

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現することが求められています。



平成27年4月に介護保険法が改正され、市を中心として事業者、専門職、地域住民等が地域の課題を共有し、地域づくりに取り組むことができるよう、従来から介護保険制度で位置付けられていた地域支援事業について、見直しが行われ「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が設置されました。

このことにより、要支援者を対象に全国一律の基準で行われている介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護が総合事業に移管されました。新しい介護予防・日常生活支援総合事業は、主に現行相当、基準緩和、住民主体サービスで構成され、伊勢原市では平成28年4月から現行相当サービスを、平成29年4月から基準緩和通所型サービス、令和2年度から基準緩和と訪問型サービスを開始しています。



1 介護保険制度のポイント

- ・ 対象者は65歳以上の方及び介護保険2号被保険者（40歳～64歳であって、16の特定疾病に該当する方）です。
- ・ 別紙1にある介護保険サービスを利用するには、要介護認定が必要であり、認定結果が出るまで約1か月かかります。
- ・ 「認定調査」「主治医の意見書」が必要です。
- ・ 認定申請中に認定結果が出るまでの間、基本チェックリストを用いて事業対象者として総合事業サービスを利用することが可能です。（ホームヘルプサービス・デイサービス）
- ・ ホームヘルプサービス・デイサービスの他に福祉用具のレンタル・住宅改修など利用できます。
（R4年12月現在）※P28～30
- ・ 有効期間があります。引き続きサービスが必要な場合は、更新申請が必要です。

2 介護予防・日常生活支援総合事業のポイント

- ・ 対象者は65歳以上の方です。
- ・ 認定申請の手続きを経ずに、基本チェックリストを用いて「事業対象者」となった方に、迅速なサービス利用につなげることができます。
- ・ 総合事業で利用できるサービスは「訪問型サービス」「通所型サービス」「一般介護予防事業」「基準緩和通所型サービス及び訪問型サービス」「短期集中通所型及び訪問型サービス」なります。
- ・ サービスの利用にあたっては、地域包括支援センター等で介護予防ケアマネジメントを実施し、適切な支援につなげていく仕組みです。
- ・ 要介護状態になることの予防と日常生活の自立に向けてサービスを提供していきます。
- ・ 必要な時はいつでも要介護認定申請が可能です。
※有効期間はありません。地域包括支援センターが定期的にモニタリングを行います。

3 介護保険制度と介護予防・日常生活支援総合事業の振り分け

要介護(要支援)認定申請振り分け基準

○次の各項目のうち、1つ以上該当する場合は要介護(要支援)認定が必要です。

杖をついたり、歩行器を利用してもひとりで歩くことが困難であり、リハビリ等寝たきりにならないためのサービスを希望している。

服薬や病気の管理のため、訪問看護サービスの利用を希望している。

自宅内を移動することが困難で、手すりや段差解消などの住宅の改修や車いすやベットなど福祉用具の利用を希望している。

家族の介護力の問題で長時間の預かりなどのサービスの利用を希望している。

※ 注意：認定申請中、認定結果が出る前に利用したサービス内容により自費が発生する場合があります

★ 要介護1以上の認定が出た場合には、介護保険サービス又は総合事業サービスのどちらかが自費となることがあります。

★ サービス利用については、次の流れとなります。

□ 認定結果が要介護だった場合は、居宅サービス計画作成届出書を提出してから介護サービスを利用してください。

（「居宅サービス計画作成届出書」の届出日から介護サービスを利用できるようになります）

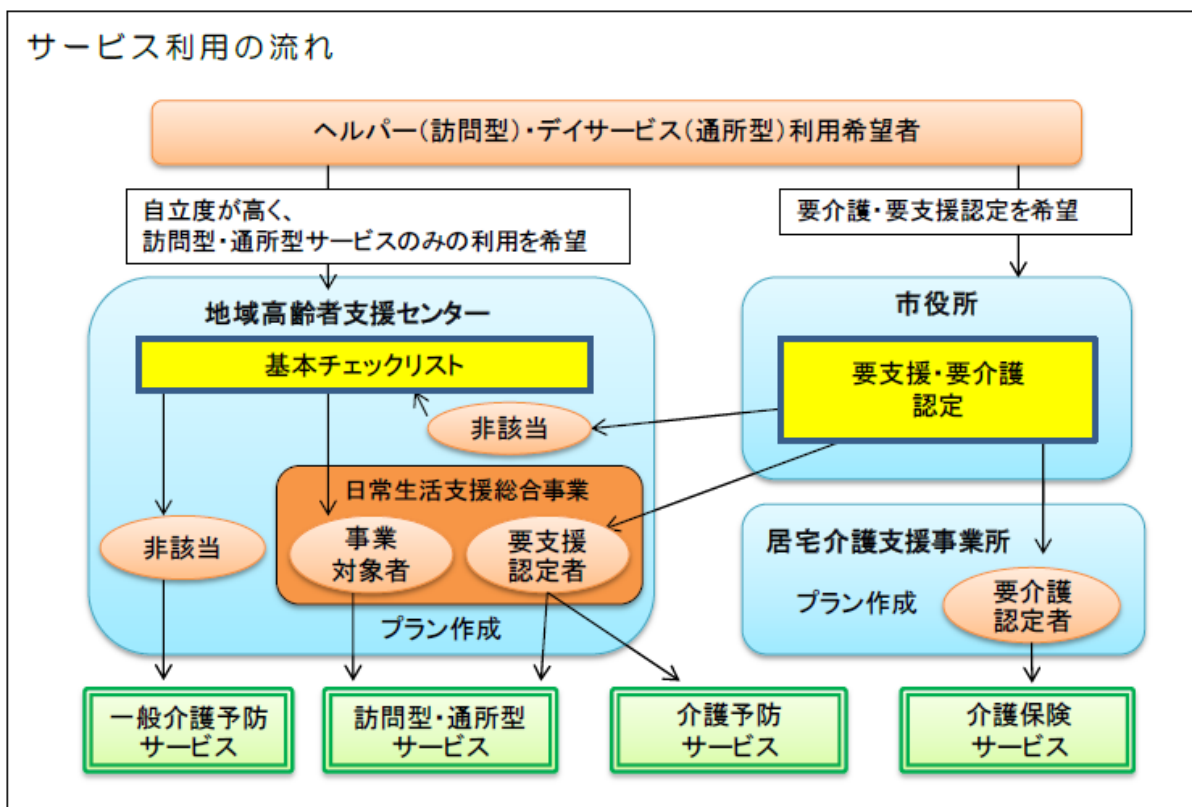
□ 事業対象者又は要支援の方は介護予防ケアマネジメント計画作成届出書を提出してから、介護予防サービスを利用してください。

■ 認定結果が出るまで何も利用しない

→ 要介護認定（明らかに要介護1以上）

… 居宅介護支援事業者へ相談 要支援認定… 地域包括支援センターへ相談

4 総合事業と介護保険制度 申請からサービス利用の流れ（概要）



【事業対象者となる手続きについて】

- ◆ 手続きに必要なもの
- 基本チェックリスト実施済のもの（該当結果）（地域包括支援センターで実施）
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書
- 介護保険被保険者証

※市介護高齢課窓口で基本チェックリストを実施した場合は、本人の承諾のうえ、写しを担当地域包括支援センターのBOXに入れておく。

Ⅲ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

1 事業対象者

- (1) 基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当した方
→「基本チェックリスト該当者」
- (2) 要支援1または2の認定を受けた方（要支援者）

2 基本チェックリスト

相談者の趣旨を把握し、必要とするサービスによって、基本チェックリストでのサービス利用か、要介護要支援認定申請が必要かをP4の振り分け基準に基づいて確認してください。

(1) 基本チェックリストの実施

- ア 基本チェックリストは、資料2の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらいます。
- イ 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化します。
一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービスの利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行います。
- ウ 基本チェックリストの実施及び相談により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請につなげます。

(2) 基本チェックリストの該当基準

- ア No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
- イ No. 6～10での5項目のうち3項目以上に該当
- ウ No. 11～12までの2項目のすべてに該当
- エ No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
- オ No. 16に該当
- カ No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
- キ No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

<基本チェックリストの実施場所>

- ・ 市役所又は地域包括支援センター
- ・ サービス利用を含めて地域包括支援センターへ相談されることで、早くサービス利用ができます。

<基本チェックリスト>

基本チェックリスト

| 被保険者番号 | 0000007655 | 記入日 | 平成27年 1月26日 | |
|--------|---|----------------------------------|----------------------------------|--------|
| 氏名 | 日本 太郎 | | | |
| 住所 | 日本市1-1-1 | | | |
| 生年月日 | 昭和 9年12月10日 | 希望するサービス内容 | | |
| No. | 質問項目 | 回答：いずれかに○をお付け下さい | | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> | 1. いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | <input checked="" type="radio"/> | 0. はい | 1. いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> | 1. いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | <input checked="" type="radio"/> | 0. はい | 1. いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> | 1. いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | <input checked="" type="radio"/> | 0. はい | 1. いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> | 1. いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | <input checked="" type="radio"/> | 0. はい | 1. いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 11 | 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 12 | 身長 180.0 cm 体重 70.0 kg (BMI = 21.6) (注) | 非該当 | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0. はい | <input checked="" type="radio"/> | 1. いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | <input checked="" type="radio"/> | 0. はい | 1. いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 21 | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 22 | (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 23 | (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |
| 24 | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | <input checked="" type="radio"/> | 0. いいえ |
| 25 | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする | <input checked="" type="radio"/> | 1. はい | 0. いいえ |

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

基本チェックリストの結果は地域包括支援センター、及び、居宅介護支援センターへ提供し、今後の総合事業に活用させていただきます。基本チェックリストの結果を提供することについて同意していただけますか。

1. 同意する 2. 同意しない

平成 年 月 日 氏名 _____

3 基本チェックリストについての考え方

| | |
|--------|---|
| 【共通事項】 | |
| ① | 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。 |
| ② | 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。 |
| ③ | 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。 |
| ④ | 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。 |

| | 質問項目 | 質問項目の趣旨 |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| 1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。 | | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところで、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。 なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。 頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。 |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。 |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せず電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 |
| 6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。 | | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。 |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。 |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。 |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。 |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | |
| 11 | 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かけて減少して（かかって）いる場合は「いいえ」となります。 |
| 12 | 身長、体重 | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 |

| | 質問項目 | 質問項目の趣旨 |
|------------------------------|------------------------------------|---|
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。 | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 15 | 口の渴きが気になりますか | 口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 | | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。※「外出」には、「通院、買い物、交流」なども含みます。 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。 |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。 | | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか | 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。 |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。 |
| 21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。 | | |
| 21 | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。 |
| 22 | (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | |
| 23 | (ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる | |
| 24 | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない | |
| 25 | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする | |

4 基本チェックリストの質問項目と関連するアセスメント領域、補足質問の着眼点の例

| 質問 | 判定区分 | 主な確認内容 | 関連するアセスメント領域 | | | | 補足質問の着眼点の例 |
|----|--------|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| | | | 運動移動 | 日常生活家庭生活 | 社会参加対人関係 | 健康管理 | |
| 1 | 生活機能全般 | IADL | <input type="radio"/> | | | | <ul style="list-style-type: none"> いずれも、どこに（場所）、どのくらい（頻度）、どうやって（方法）等の具体的状況を確認する。 4と関連し、他者との交流状況や社会的役割等を確認する。 5では逆に相談できる相手の有無を尋ねるなど利用者の人的資源の聞き取りも可能 |
| 2 | | | | <input type="radio"/> | | | |
| 3 | | | | <input type="radio"/> | | | |
| 4 | | 対人関係 | | | <input type="radio"/> | | |
| 5 | | | | | <input type="radio"/> | | |
| 6 | 運動機能低下 | 運動機能 | <input type="radio"/> | | | | <ul style="list-style-type: none"> 自宅や屋外を歩行することについて、用具（杖等）の使用や痛みの有無・程度・出現時期等、具体的状況を確認する。 6、7の該当は習慣的動作として実施している場合もあり、他の情報で身体状況や活動量の低下がないかを照らし合わせて確認する。 8、9の該当は運動・移動に課題がある可能性が高いため、身体状況等の具体的状況を確認する。 9、10の該当は、転倒した場所や頻度等を確認し転倒リスクを確認する。 |
| 7 | | | | <input type="radio"/> | | | |
| 8 | | | | <input type="radio"/> | | | |
| 9 | | 転倒 | | <input type="radio"/> | | | |
| 10 | | | | <input type="radio"/> | | | |
| 11 | 低栄養 | 栄養状態 | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | <ul style="list-style-type: none"> 健康上の食生活の注意、摂取状況、食事の準備状況（調理等）を確認する。 |
| 12 | | | | <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| 13 | 口腔機能低下 | 口腔機能 | | | | <input type="radio"/> | <ul style="list-style-type: none"> 食べにくい食材、口腔清掃の実施状況や実際の衛生状態、義歯の有無など確認する。 |
| 14 | | | | | | <input type="radio"/> | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | 閉じこもり | 社会参加 | | | <input type="radio"/> | | <ul style="list-style-type: none"> 外出の機会や趣味・楽しみの状況を確認する。 該当する場合、閉じこもりの要因となる運動・移動の状況や心理状況（加齢によるセルフイメージや主観的健康感の低下、うつ傾向等）、住環境などの環境面等、多角的な情報収集を行う。 |
| 17 | | | | | <input type="radio"/> | | |
| 18 | 認知機能低下 | 認知機能 | | | | <input type="radio"/> | <ul style="list-style-type: none"> 疾患特性上、自覚しにくいいため、家族の意見など客観的な情報を集め、必要な場合は他の認知症評価スケールの利用も行う。 |
| 19 | | | | | | <input type="radio"/> | |
| 20 | | | | | | <input type="radio"/> | |
| 21 | うつ | 抑うつ | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <ul style="list-style-type: none"> 質問方法は参考資料（P53）を参照。 身体疾患や服薬状況、ライフイベント等、心理面に影響を及ぼす要因の状況を確認する。 抑うつ状態が睡眠や食欲の状況等、生活に影響を与えていないか確認する。 |
| 22 | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 23 | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 24 | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 25 | | | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

5 事業対象者（基本チェックリスト該当者）の有効期間について

- (1) 事業対象者（基本チェックリスト該当者）
基本チェックリスト該当者にて事業該当者となった方の認定期間の設定はありません。
- (2) 要支援者
以下のとおり、申請区分によって異なります。

<要介護等認定の有効期間>

| 申請区分等 | | 有効期間〔令和3年度～〕 | |
|--------|-------------|--------------|----------------|
| | | 原則の認定有効期間 | 認定可能な認定有効期間の範囲 |
| 新規申請 | | 6カ月 | 3カ月～12カ月 |
| 区分変更申請 | | | |
| 更新申請 | 前回要支援→今回要支援 | 12カ月 | 3カ月～48カ月 |
| | 前回要支援→今回要介護 | | |
| | 前回要介護→今回要支援 | | |
| | 前回要介護→今回要介護 | | |

<要介護等認定の更新申請について>

- 要支援者の更新申請時、市介護高齢課から更新通知を発送します。
この際、通知が届くことで包括が代行申請予定である場合や、事業対象者として対応する予定であった利用者が市の窓口で申請してしまうことを避けるため、認定係から地域包括ケア推進係に確認が入ります。
詳細について把握するため連絡をさせていただきますが、更新通知しない方は事前に介護認定係に連絡するようにしてください。

IV 訪問型サービス

1 国基準訪問型サービス

(1) サービスの基準

| | |
|----------|--|
| 内 容 | 日常生活動作に支援が必要な人の居宅を訪問して、入浴介助などの身体介助や、調理、洗濯、掃除などの生活援助を行います。 |
| 対 象 者 | 次の要件を満たす人 (1)要支援認定者又は事業対象者 (2)身体介護が必要な場合に、地域ケア会議でこのサービスの利用が適当であると認められた人 |
| 実施方法 | 事業所指定 |
| サービス提供者 | 伊勢原市の指定を受けた介護保険サービス事業者 |
| 基 準 | 国の基準に基づく従来の介護予防訪問介護と同じ |
| 利用回数 | 介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1)週1回 もしくは 週2回 (2)週1回必要ない場合は、1回単価 |
| 利用者負担 | ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割 または3割 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・保険料滞納者に対する 給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、当面適用しない。 |
| 報酬単位 | 請求コード表のとおり |
| 請求コード | A2 ※市ホームページにCSVファイルがあります。ダウンロードして請求システムに取り込んでください。 |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA |

2 基準緩和訪問型サービス（サービスA）

(1) サービスの基準

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 内 容 | <ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助などの身体介助を行わないサービス。 ・食事や掃除等の日常生活動作に支援が必要な人の居宅を訪問して、調理、洗濯、掃除などの生活援助を行います。 | | |
| 対 象 者 | 要支援認定者又は事業対象者 | | |
| 実施方法 | 事業所指定 | | |
| サービス提供者 | (1)伊勢原市の指定を受けた介護保険サービス事業者 | | |
| 基 準 | 人 員 | 管理者 | 常勤・専従1人以上 (支障がない限り、他の業務、同一敷地内の他事業所の職務に従事可) |
| | | 訪問事業 責任者 | 1人以上 【資格要件】介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者 |
| | | 従事者 | 常勤換算1人以上 【資格要件】市の認定ヘルパー研修修了者、 介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者 |
| | 運営基準 | <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ個別サービス計画の作成 ・必要に応じモニタリングの実施、報告 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者、従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 | |
| 利用回数 | 介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1)週1回もしくは 週2回 (2)1回60分以内及び30分以内の合計単位 | | |
| 利用者負担 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・保険料滞納者に対する 給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から当面適用しません。 | | |
| 報酬単位 | 請求コード表のとおり | | |
| 請求コード | A3 ※市ホームページに CSVファイル があります。ダウンロードして請求システムに取り込んでください。 | | |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA | | |

(2) 加算

① 初回加算 200単位

当該指定事業所において、新規に介護予防ケアマネジメント計画を作成した利用者に対して算定します。

利用者が過去2月間(暦月)に、当該指定事業所からサービスの提供を受けていない場合に算定します。

訪問事業責任者がサービス担当者会議に出席し、利用者宅へ訪問介護員に同行した場合に請求が可能です。

② 介護職員処遇改善加算

ア 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市に届け出た指定事業所が、利用者に対しサービスを提供した場合に算定します。

イ 処遇改善加算の内容は、別途通知「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理 手順及び様式例の提示について」を参照ください。

| | | |
|----|--------|---------------------|
| 指定 | (Ⅰ) 単位 | 所定単位数の 137/1000 加算 |
| | (Ⅱ) 単位 | 所定単位数の 100/1000 加算 |
| | (Ⅲ) 単位 | 所定単位数の 55/1000 加算 |
| | (Ⅳ) 単位 | (Ⅲ)で算定した単位数の 90 %加算 |
| | (Ⅴ) 単位 | (Ⅲ)で算定した単位数の 80 %加算 |

③ 介護職員等特定処遇加算

ア 現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定しており、職場環境要件について、「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、及び「やりがい・働きがいの醸成」の区分ごとに1以上の取組を行い、賃上げ以外の処遇改善の取組の見える化を行っている場合に算定します。

| | | |
|----|--------|-------------------|
| 指定 | (Ⅰ) 単位 | 所定単位数の 63/1000 加算 |
| | (Ⅱ) 単位 | 所定単位数の 42/1000 加算 |

④ 介護職員等ベースアップ等支援加算

ア 介護職員等ベースアップ等支援加算とは介護職員等の処遇改善を目的とし、c 1人あたりの収入を3%程度(月額平均9,000円相当)引き上げるために設けられた加算です。

| | | |
|----|----|-------------------|
| 指定 | 単位 | 所定単位数の 24/1000 加算 |
|----|----|-------------------|

⑤ 生活機能向上連携加算(国基準訪問型サービスのみ)

ア 生活機能向上連携加算とは、事業所職員と外部のリハビリテーション専門職や医師が連携してアセスメントを行い、計画書を作成した場合を評価する加算です。

2021年度介護報酬改定では、訪問系・多機能系サービス以外でも、ICTの活用などによって外部のリハ専門職等が事業所を訪問せずに、利用者の状態を把握し助言する場合の評価区分が新設されました。

| | |
|----------------------|----------|
| 訪問型独自サービス生活機能向上加算(Ⅰ) | 100 単位 月 |
| 訪問型独自サービス生活機能向上加算(Ⅱ) | 200 単位 月 |

- ・ 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等リハビリテーションを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能アセスメントを行い、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成していることが必要です。
- ・ 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場合または ICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を行うこと。
- ・ 計画作成から3月経過後、目標の達成度合いについて、利用者及び外部のリハビリ専門職等に報告していることが必要です。

(3) 請求

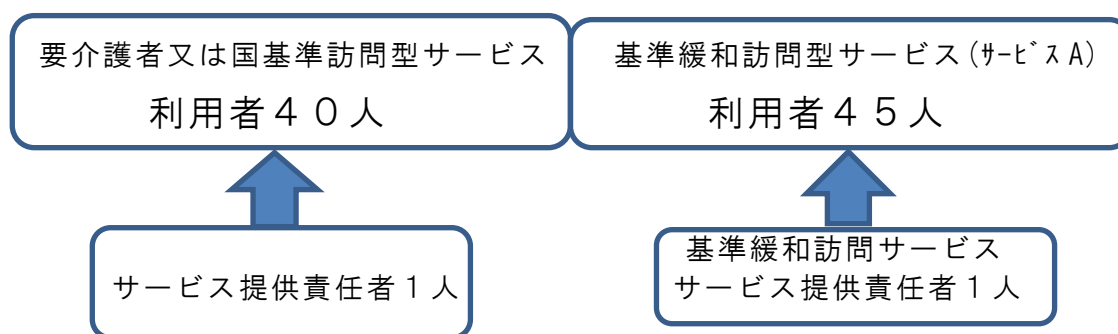
指定事業者は国保連合会を通して請求してください。

(4) 利用に関する留意事項

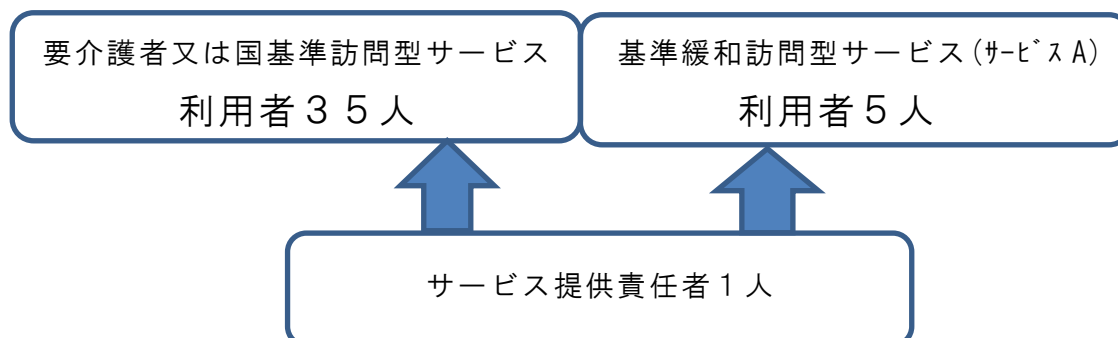
- ① 予防給付型と基準緩和型を一体的に行う場合の人員基準
 予防給付型の緩和はありません。
 以前の介護予防訪問介護の基準を満たす必要があります。

ア 一体型で行う責任者の配置例

<例①>利用者85人の事業所

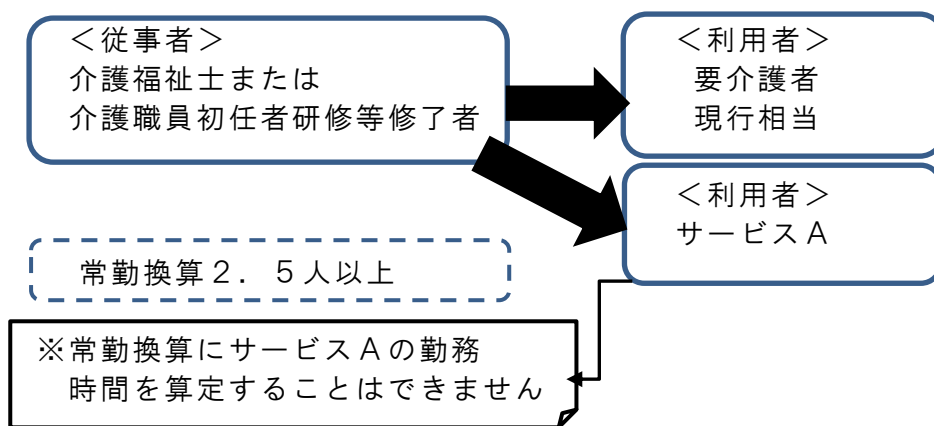


<例②>利用者40人の事業所

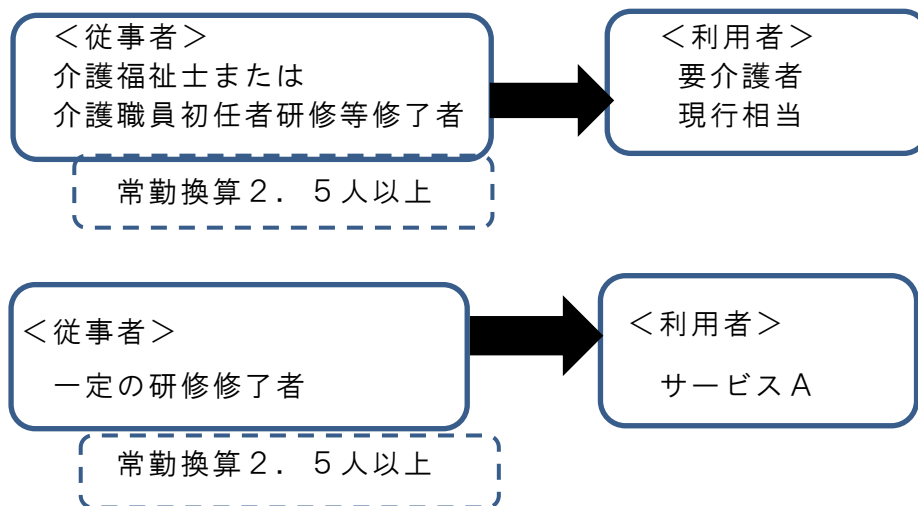


② 一体型で行う訪問介護員の配置例

(ア) 訪問介護員がサービスAの従事者を兼務する場合



(イ) 訪問介護員がサービスAの従事者を兼務する場合



③ 介護保険で実施できる生活支援の内容

生活支援は、利用者本人が単身の者又は同居の家族が障害等により家事を行うことが困難である者に対して、日常的に行われる家事の範囲内で、次に掲げるものとします。

| | |
|-------------|---------------------------------------|
| 掃除 | 利用者の居室内やトイレ、卓上の清掃、ごみ出し等 |
| 洗濯 | 洗濯、洗濯物干し、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ等 |
| ベットメイク | 利用者不在のシーツ、布団カバーの交換等 |
| 衣類の整理・被服の補修 | 衣類の整理（夏・冬物の入れ替え等）、被服の補修（ボタン付け、破れの補修等） |
| 調理 | 一般的な調理、配膳及び後片付けのみ |
| 買物 | 日用品の買物（内容の確認、品物、釣り銭の確認を含む）、薬の受け取り等 |

算定できない事項

| | |
|-----------------|---|
| 家族が行うことが適当である行為 | 利用者以外の家族等に係る調理、買物及び掃除等 |
| 日常生活の営みに支障がない行為 | ペットの世話、草むしり、花木の水やり、落ち葉掃き等 |
| 日常の家事を超える範囲 | 大掃除、家具の移動、窓のガラス拭き、床のワックスがけ、園芸、正月等のための特別な調理等 |
| その他 | 来客の対応、無資格者がサービス提供をした場合、利用者が不在のときにサービス提供をした場合、利用者がサービス利用を拒否した場合等 |

基準緩和訪問型サービスで提供できないサービス

- ・身体介護（食事介助、入浴介助、体位変換、移動介助、外出介助）
- ・医療行為（胃ろうの処置等）
- ・本人不在のままのサービス
- ・家族の利便に供する家事の範囲を超える行為（大掃除、窓のガラス拭き、家具の移動等）
- ・介護予防サービス計画及び基準緩和訪問型サービスに位置づけられていないサービス

3 短期集中訪問型サービス（サービスC）

(1) サービスの基準

| | |
|----------|---|
| 内 容 | <p>・伊勢原市独自の基準による訪問サービス。要支援認定者又は事業対象者のうち運動、栄養、口腔等にリスクを抱える高齢者に対して、リハビリテーション専門職が行生活の場における初期アセスメント及びモニタリングを実施します。</p> <p>【リハビリ】生活状況の把握（状態評価）・対象者の予後予測・環境調整・運動指導・必要なサービスの選択に関する情報提供など</p> <p>【栄養】調理の工夫・飲み込みやすい・食べやすい調理法、食生活の改善相談など</p> <p>【口腔】口のまわりや下の筋力維持・向上、唾液腺マッサージ、口の体操の指導など</p> |
| 対 象 者 | <p>要支援認定者、事業対象者のうち運動機能及び生活機能の維持・改善、又は栄養改善のほか、口腔機能の向上に関する基本チェックリスト項目該当者</p> <p>訪問による専門職の指導を受けることで、生活機能の向上が見込め自立した生活が営める者</p> |
| 実施方法 | 直接実施 |
| サービス提供者 | <p>【リハビリ】理学療法士、作業療法士</p> <p>【栄養】管理栄養士</p> <p>【口腔】歯科衛生士</p> |
| 利用回数 | <p>介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数</p> <p>（初回訪問時専門職の訪問によるアセスメントを実施し、必要回数については利用者の状況などにより検討）</p> |
| 提供日・時間 | <p>月・火・水・木・金 時間は要相談</p> <p>1回30分～1時間程度</p> |
| 利用者負担 | 無料 |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA |

(2) 利用の手続き

ア 対象者への説明

地域包括支援センターは、サービス提供内容について説明してください。

イ 申し込み

利用申込書兼同意書及び介護予防サービス・支援計画書を市へ提出してください。

ウ 訪問調整

市はサービス提供者（専門職）へ訪問依頼をし、その後対象者と訪問調整を行います。

エ 訪問

サービス提供者（専門職）と市の担当者が訪問します。

オ 報告及び評価

サービス提供者は訪問時のアセスメント及び評価を行った結果を記録し、今後のサービスについて、担当者と検討します。記録は地域包括支援センターへ複写を渡します。

V 通所型サービス

1 国基準通所型サービス

(1) サービスの基準

| | |
|----------|--|
| 内 容 | 通所介護施設において、運動機能が低下するなどし、家に閉じこもりがちな人を対象に、入浴など身体介助を伴うサービスのほか、レクリエーション、機能訓練などを行います。 |
| 対 象 者 | 次の要件を満たす人 (1) 要支援認定者又は事業対象者 (2) 入浴などの身体介助が必要な人 (3) 生活相談員又は看護職員によるケアが必要な人 (4) 市と全包括による地域ケア会議でこのサービスの利用が適当であると認められた人 |
| 実施方法 | 事業所指定 |
| サービス提供者 | 伊勢原市の指定を受けた介護保険サービス事業者 |
| 基 準 | 国の基準に基づく従来の介護予防訪問介護と同じ |
| 利用回数 | 介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1) 週1回 もしくは 週2回 (2) 週1回必要ない場合は、1回単価 |
| 利用者負担 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割 ・ 給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・ 保険料滞納者に対する給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、当面適用しません。 |
| 報酬単位 | 請求コード表のとおり |
| 請求コード | A 6 ※市ホームページに CSVファイル があります。 ダウンロードして請求システムに取り込んでください。 |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA |

(2) 加算(概要)

① 運動機能向上加算

| | |
|-----|--|
| 人員 | 専ら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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師(以下「理学療法士等」という。)を1名以上配置して行うこと。 |
| 計画 | 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等が運動器機能向上計画を作成していること。 |
| 記録 | 利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、理学療法士等が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。 |
| 評価 | 利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価すること。 |
| 定員等 | 運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。 |
| 単位 | 225 単位/月 |

② 栄養改善加算

| | |
|-----|---|
| 人員 | 管理栄養士を1名以上配置していること。 |
| 計画 | 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が、利用者ごとの摂食、嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。 |
| 記録 | 利用者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。 |
| 評価 | 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。 |
| 定員等 | 運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。 |
| 単位 | 200 単位/月 |

③ 口腔機能向上加算

| | |
|--------|---|
| 人員 | 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。 |
| 計画 | 利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員が、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。 |
| 記録 | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。 |
| 評価 | 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。 |
| (Ⅱ)の場合 | LIFEを用いて厚生労働省に情報を提出していること。また、サービスの質の向上を図るため、LIFEへの提出情報及びフィードバック情報を活用していること。 |
| 定員等 | 運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。 |
| 単位 | (Ⅰ)150単位/月、(Ⅱ)160単位/月 |

④ 選択的サービス複数実施加算

| | |
|----|---|
| イ | 利用者が基準緩和通所型サービスの提供を受ける日に、必ずいずれか(運動器、栄養又は口腔)の選択的サービスを実施していること。 |
| ロ | 1月につき、いずれかの選択的サービスを2回以上実施していること。 |
| ハ | (Ⅰ)は選択的サービスのうち2種類、(Ⅱ)は3種類実施した場合に算定。 |
| 単位 | (Ⅰ)300単位/月、(Ⅱ)350単位/月 |

⑤ 生活機能向上グループ加算

| | |
|----|---|
| イ | 従事者が、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した通所型サービス計画を作成していること。 |
| ロ | 通所型サービス計画の作成及び実施において、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていること。 |
| ハ | 利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っていること。 |
| 単位 | 100単位/月 |

⑥ 若年性認知症利用者受入加算

| | |
|----|--|
| イ | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。 |
| 単位 | 240 単位／月 |

⑦ 生活機能向上連携加算

| | |
|--------|---|
| (Ⅰ)の場合 | 外部のリハビリテーション事業所等のリハビリテーション専門職や医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画等の作成をすること。 |
| (Ⅱ)の場合 | 外部のリハビリテーション事業所等のリハビリテーション専門職や医師が訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画等の作成をすること。 |
| (Ⅱ)の場合 | (Ⅰ)100 単位／月、(Ⅱ)200 単位／月（運動機能向上加算を算定している場合は 100 単位／月） |

⑧ 口腔・栄養スクリーニング加算

| | |
|----|--|
| イ | サービス利用者に対し、利用開始時および利用中6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護予防ケアマネジメントの実施者に提供すること。 |
| ロ | 口腔スクリーニングと栄養スクリーニングは原則として一体的に実施するものだが、基準に従い一方のみを行った場合は、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。 |
| 単位 | (Ⅰ)20 単位／回、(Ⅱ)5 単位／回 ※それぞれ6か月に1回を限度とする。 |

⑨ サービス提供体制強化加算

| | | |
|-----|--|--------------------------------|
| (Ⅰ) | 当該指定基準緩和通所型サービスの従事者（一体型で実施する場合は介護職員。以下「従事者」）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の70以上であること。または勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が100分の25以上であること。 | |
| (Ⅱ) | 当該指定基準緩和通所型サービスの従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の50以上であること。 | |
| (Ⅲ) | 当該指定基準緩和通所型サービスの従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の40以上であること。または利用者にサービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。 | |
| 単位 | (Ⅰ) | ・週1回利用 88 単位／月 ・週2回利用 176 単位／月 |
| | (Ⅱ) | ・週1回利用 72 単位／月 ・週2回利用 144 単位／月 |
| | (Ⅲ) | ・週1回利用 24 単位／月 ・週2回利用 48 単位／月 |

⑩ 処遇改善加算

| | |
|-----|--|
| イ | 当該指定基準緩和通所型サービスの従事者（一体型で実施する場合は介護職員。以下「従事者」）の賃金（退職手当を除く）の改善に要する費用の見込額が従事者処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 |
| ロ | 事業所等において、イの賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の従事者の処遇改善の計画等を記載した従事者処遇改善計画書を作成し、すべての職員に周知し、市長に届け出ていること。 |
| ハ | 従事者処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために従事者の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。 |
| ニ | 事業所等において、事業年度ごとに従事者の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。 |
| ホ | 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。 |
| ヘ | 事業所等において、労働保険料の納付が適正に行われていること。 |
| ト | キャリアパス要件 |
| I | a 従事者の任用における職位又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系について（従事者の賃金に関するものを含む）を定めていること。 aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての従事者に周知していること。 |
| II | b 従事者の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 bについて、すべての従事者に周知していること。 |
| III | c 従事者の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること。 cの要件について書面を作成し、すべての従事者に周知していること。 |
| チ | 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）をすべての職員に周知していること。（職場環境等要件） |
| 単位 | (I) 基本サービス費（月額報酬単位）の5.9%に相当する単位数 |
| | (II) 基本サービス費（月額報酬単位）の4.3%に相当する単位数 |
| | (III) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数 |
| | (IV) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の90%に相当する単位数 |
| | (V) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の80%に相当する単位数 |

⑪ 介護職員等特定処遇改善加算

| | |
|----|--|
| イ | 現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定している |
| ロ | 「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、及び「やりがい・働きがいの醸成」の区分ごとに1以上の取組を行うこと |
| ハ | 賃上げ以外の処遇改善の取組の見える化を行っていること |
| 単位 | (I) (I) 基本サービス費（月額報酬単位）の1.2%に相当する単位数 |
| | (II) (III) 基本サービス費（月額報酬単位）の1.0%に相当する単位数 |

⑫ 介護職員等ベースアップ等支援加算

ア 介護職員等ベースアップ等支援加算とは介護職員等の処遇改善を目的とし、c
1人あたりの収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるために設けられ
た加算です。

| | |
|----|------------------|
| 単位 | 所定単位数の11/1000 加算 |
|----|------------------|

2 基準緩和通所型サービス（通所型サービスA）

(1) サービスの基準

| | | | |
|----------|---|------|---|
| 内 容 | <ul style="list-style-type: none"> ・運動機能が低下し、家に閉じこもりがちな人を対象に、通所介護施設において、生活機能の向上のための機能訓練を行う。 ・入浴介助などの身体介助は行いません。 | | |
| 対 象 者 | 要支援認定者又は事業対象者 | | |
| 実施方法 | 事業所指定 | | |
| サービス提供者 | (1)伊勢原市の指定を受けた介護保険サービス事業者 | | |
| 基 準 | 人 員 | 管理者 | 常勤1人以上 (支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所の職務に従事可) |
| | | 介護職員 | ～15人までは専従1人以上、15人～は利用者1人に専従0.1人以上 |
| | 設備基準 | | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に必要な場所 (3.0㎡×利用定員以上 ※単独実施の場合) ・消火設備その他 ・必要なその他の設備備品 |
| | 運営基準 | | <ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔保持・健康状態の管理 ・従事者等の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 |
| 利用回数 | 介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1)週1回もしくは週2回 (2)週1回必要ない場合は、1回単価を用いる。 | | |
| 利用者負担 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・保険料滞納者に対する 給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から当面適用しません。 | | |
| 報酬単位 | 請求コード表のとおり | | |
| 請求コード | A7 ※市ホームページにCSVファイルがあります。ダウンロードして請求システムに取り込んでください。 | | |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA | | |

⑩ 処遇改善加算

| | |
|-----|--|
| イ | 当該指定基準緩和通所型サービスの従事者（一体型で実施する場合は介護職員。以下「従事者」）の賃金（退職手当を除く）の改善に要する費用の見込額が従事者処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。 |
| ロ | 事業所等において、イの賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の従事者の処遇改善の計画等を記載した従事者処遇改善計画書を作成し、すべての職員に周知し、市長に届け出ていること。 |
| ハ | 従事者処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために従事者の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。 |
| ニ | 事業所等において、事業年度ごとに従事者の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。 |
| ホ | 算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。 |
| ヘ | 事業所等において、労働保険料の納付が適正に行われていること。 |
| ト | キャリアパス要件 |
| I | a 従事者の任用における職位又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系について（従事者の賃金に関するものを含む）を定めていること。 aの内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての従事者に周知していること。 |
| II | b 従事者の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。 bについて、すべての従事者に周知していること。 |
| III | c 従事者の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること。 cの要件について書面を作成し、すべての従事者に周知していること。 |
| チ | 届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）をすべての職員に周知していること。（職場環境等要件） |
| 単位 | (I) 基本サービス費（月額報酬単位）の5.9%に相当する単位数 |
| | (II) 基本サービス費（月額報酬単位）の4.3%に相当する単位数 |
| | (III) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数 |
| | (IV) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の90%に相当する単位数 |
| | (V) 基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の80%に相当する単位数 |

⑪ 介護職員等特定処遇改善加算

| | |
|------|--|
| イ | 現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定している |
| ロ | 「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、及び「やりがい・働きがいの醸成」の区分ごとに1以上の取組を行うこと |
| ハ | 賃上げ以外の処遇改善の取組の見える化を行っていること |
| (I) | (I) 基本サービス費（月額報酬単位）の1.2%に相当する単位数 |
| (II) | (III) 基本サービス費（月額報酬単位）の1.0%に相当する単位数 |

⑫ 介護職員等ベースアップ等支援加算

ア 介護職員等ベースアップ等支援加算とは介護職員等の処遇改善を目的とし、c
1人あたりの収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるために設けられ
た加算です。

| | |
|----|------------------|
| 単位 | 所定単位数の11/1000 加算 |
|----|------------------|

3 短期集中通所型サービス（サービスC）

(1) サービスの基準

| | |
|----------|--|
| 内 容 | ・伊勢原市独自の基準による通所サービス。要支援認定者又は事業対象者を対象に、3～6か月の短期間に、運動・栄養・口腔等の要素を組み合わせたプログラムを集中的に提供するものです。 |
| 対 象 者 | 要支援認定者、事業対象者 |
| 実施方法 | 委託 |
| 委託基準 | ○ サービスを円滑に実施することが可能な人員及び運営体制を有すること。 ○ 高齢者の特性を熟知した健康運動指導士やスポーツインストラクター等の資格を有し、類似した業務の実績があること。 ○ 国税又は地方税の滞納がないこと ○ その他関係法令等に違反していないこと |
| サービス提供者 | ○ 伊勢原市と委託契約を締結した事業者 |
| 従事者の要件 | ○ サービス従事者は、サービス内容に応じた専門職（理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等） |
| 利用回数 | 介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 （初回訪問時専門職の訪問によるアセスメントを実施し、必要回数については利用者の状況などにより検討） |
| 実施会場 | ○ 市内地域包括支援センター圏域の5会場にて実施し、修了後、介護予防活動を行える施設 |
| 利用者負担 | 無料 |
| ケアマネジメント | 介護予防ケアマネジメントA |

(2) 利用の手続き

① 利用者希望の受付

- ・ 地域包括支援センター職員は、利用希望者に基本チェックリストを実施し、事業の対象者であることを確認してください。
- ・ 短期集中通所型サービスは、原則として3か月間集中して機能訓練等を行い、修了後は、地域の住民主体の活動の場への紹介及び、参加者で住民主体の活動を行う提供内容について説明してください。
（各地域で実施する時期及び日程を前年度に提示しますので、対象者の抽出をしてください。）

② 申込み

利用申込書兼同意書及び介護予防サービス・支援計画書を市へ提出してください。

③ 利用の中止、変更

医療者の心身の変化等により、途中で利用を停止、欠席の状況などは、市から随時連絡しますので、必要に応じてサービスの変更を行ってください。

④ 評価

事業者は、サービスの提供開始時、サービス終了時に評価を行います。

ア 評価指標

(ア) 運動機能、認知機能

測定実施にあたり、握力、開眼片足立ち、TUG、5m通常歩行時間、5m最大歩行時間の評価は必須とし、その他の種目測定は任意とします。従事者により主観的健康観の聴取を行います。

認知機能アセスメントについては、基本チェックリスト又は基本チェックリストに準ずるものにより実施します。

(イ) 栄養機能

管理栄養士により適切なアセスメントを行い評価を行います。

アセスメント票については、「介護予防マニュアル改訂版」に基づいて行ってください。

(ウ) 口腔機能

歯科衛生士又は言語聴覚士等により適切なアセスメントにより評価を行います。

アセスメント票については、「介護予防マニュアル改訂版」に基づいて行ってください。

(エ) 報告

事業者は、終了時に利用者への個別の評価票を提示していただきます。

(オ) 地域包括支援センターのアセスメント

地域包括支援センターは、事業者の評価をもとに利用者のアセスメントを行い、地域の通いの場の立ち上げ支援を行い、自立支援・重度化防止の取組を行ってください。また、サービス提供期間内に利用者の状況把握に努めていただくことを推奨します。

⑤ 請求・報告

ア 地域包括支援センターは、ケアマネジメントAの請求を行ってください。

イ 事業者は、委託契約に基づき、終了後実績報告（個別評価、全体の評価）を市に提出してください。

ウ 報告書に基づき、市に請求書を提出してください。

⑥ 利用に関する留意事項

ア プログラム提供の際に考慮する点

利用者がプログラムの内容をよく理解したうえで、主体的に参加することは、参加の意欲を高め、その後の自立した身体活動の維持のため不可欠な要素です。利用者に分かりやすい形で、プログラムの内容、進め方、効果、リスク、緊急時の対応を説明し、利用者の同意を得てください。

VI 介護予防ケアマネジメント

1 目的

介護予防ケアマネジメントは、地域高齢者支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援するものです。

2 類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、次の類型で実施します。

(1) ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

国基準型、基準緩和型、短期集中予防サービスを利用する場合に実施します。

※今後住民主体型、訪問型移動サービスが実施できる体制となった場合B又はCを設定します。

3 実施主体

利用者本人が居住する地域高齢者支援センターにおいて実施します。配置されている3職種の他、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができます。

4 報酬単位

1 ケアマネジメントA 430単位/月
地域単価は、介護給付と同じ5級地

5 加算

初回加算、委託連携加算は300単位です。

6 利用開始までの手続き

(1) 介護高齢課への提出

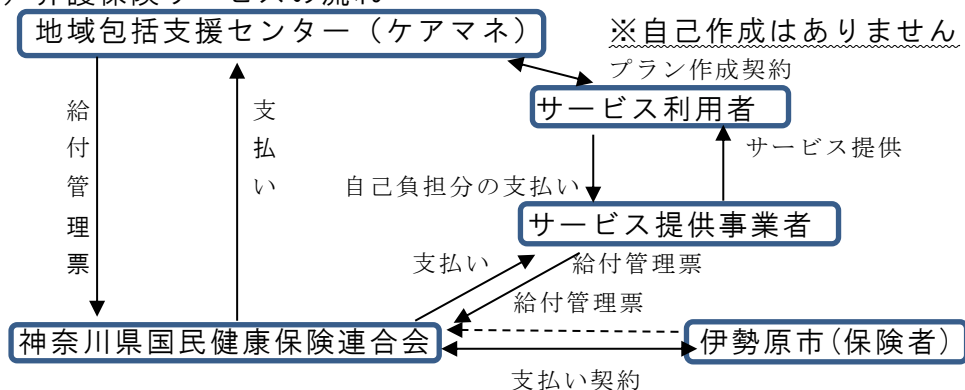
基本チェックリスト及び被保険者証介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を介護高齢課へ提出してください。

(2) 保険者証の発行

事業対象者としての被保険者証と決定通知書は、本人に介護高齢課から郵送します。

※事情があり、地域包括支援センターに受け取りとしたい場合は、基本チェックリストの下段にその旨を記載してください。後日、BOXに入れておきます。

(3) 介護保険サービスの流れ



(4) サービス利用までの流れ

要支援要介護認定申請

要介護認定結果

約1か月後に認定結果

申請後、認定結果前から暫定サービス利用可能

基本チェックリスト該当者

基本チェックリスト

介護予防ケアマネジメント依頼届出書

届出日からサービス利用可

【利用可能サービス】

事業対象者 → 総合事業サービス（基準緩和型）

要支援者 → 総合事業サービス（基準緩和型）

要介護者 → 介護給付サービス

ケアプラン作成

要支援者・事業対象者・・・地域包括支援センター

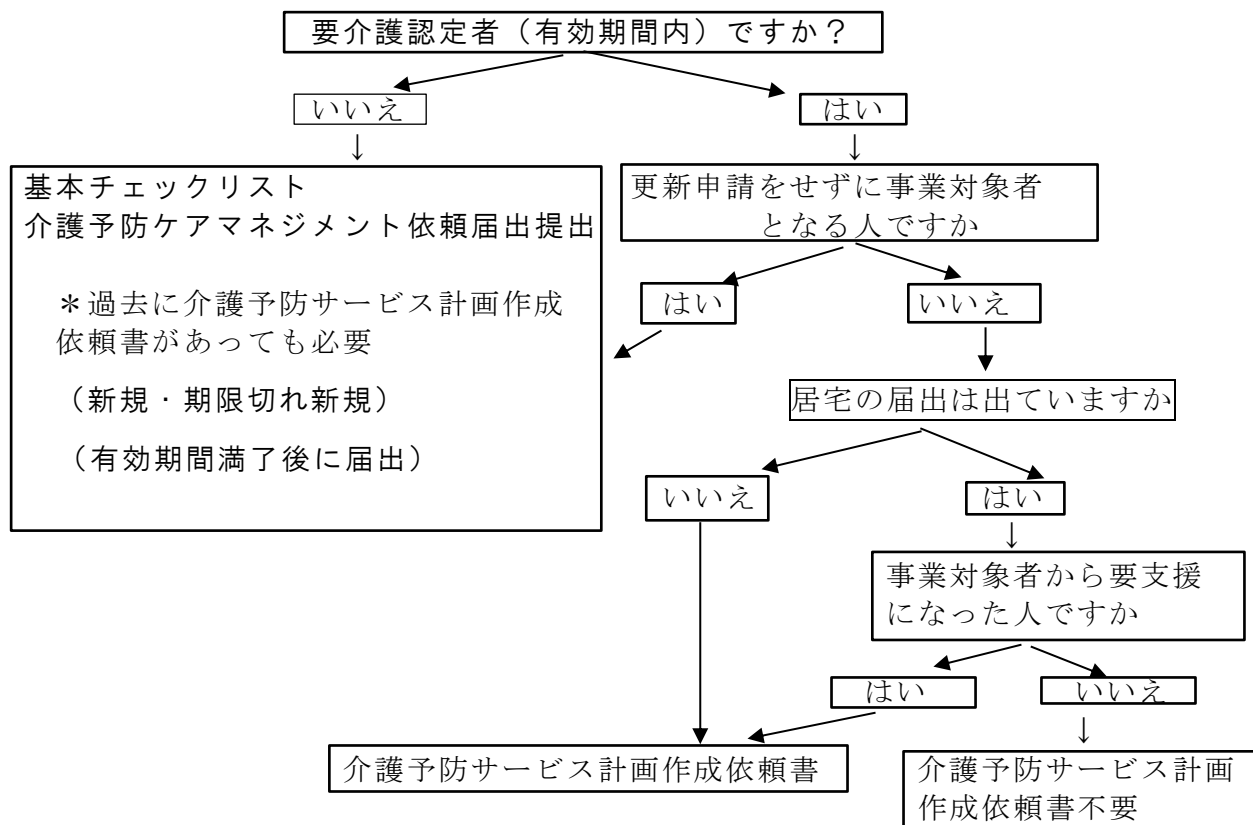
要介護者・・・居宅介護支援事業所

(5) サービス利用までの流れ

基本チェックリスト該当者

基本チェックリスト

介護予防ケアマネジメント依頼届出書



(6) サービス利用までの流れ

毎月10日までに神奈川県国民健康保険団体連合会に直接データを送付してください。

(7) 留意事項

ア 利用限度額について

要支援者が総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に利用できます。

事業対象者は要支援1と同額（要支援1 = 5,032 単位、要支援2 = 10,531 単位）

Ⅶ 利用できるサービス

1 自宅で利用するサービス

(R2年4月以降)

| サービスの種類 | 事業対象者 | 要支援 | 要介護 | サービスの内容 |
|----------------------------|-------|-----|-----|---|
| 訪問介護 <ホームヘルプ> (要介護1以上) | × | × | ○ | ホームヘルパーが自宅を訪問し、身体介護を含め日常生活上の支援を行います。 |
| 国基準訪問型サービス (事業対象者、要支援) | △ | △ | × | ホームヘルパーが自宅を訪問し、食事、入浴、排泄などの介護や、調理・掃除・洗濯など日常生活の自立の支援を行います。 |
| 基準緩和訪問型サービス (R2年4月1日)以降 | ○ | × | × | ホームヘルパーなどの資格を有さない、一定の研修を修了した方などが掃除・調理・買い物などの生活援助サービスを提供します。 |
| 短期集中訪問型サービスC (事業対象者) | ○ | × | × | 3か月程度に渡り、理学療法士が自宅を訪問し、自立した生活を支援するため指導を行います。 |
| 訪問入浴介護 | × | ○ | ○ | 移動入浴車などで自宅を訪問し、入浴の介助を行います。 |
| 訪問看護 | × | ○ | ○ | 看護師などが自宅を訪問し、療養上の世話などを行います。 |
| 訪問リハビリテーション | × | ○ | ○ | 理学療法士などが、自宅を訪問し、必要なリハビリテーションを行います。 |
| 居宅療養管理指導 | × | ○ | ○ | 医師、歯科医師、薬剤師などが自宅を訪問し、療養上の管理及び指導を行います。 |
| 夜間対応型訪問介護 | × | × | ○ | 夜間の定期巡回や通報により、ホームヘルパーなどが自宅を訪問し、日常生活の世話をします。 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | × | × | ○ | 訪問介護と訪問看護が連携しながら日中・夜間の定期巡回と随時の対応を行います。 |

2 自宅から施設に通いで利用するサービス、又は施設に宿泊して利用するサービス

| サービスの種類 | 事業対象者 | 要支援 | 要介護 | サービスの内容 |
|----------------------------|-------|-----|-----|---|
| 通所介護 <デイサービス> (要介護1以上) | × | × | ○ | 日帰りでデイサービスセンターなどに通い、日常生活の世話を受けます。 |
| 介護予防通所型サービス (事業対象者、要支援) | △ | △ | × | 日帰りでデイサービスセンターなどに通い、自立支援のための指導を受けます。 |
| 短期集中通所型サービスC (事業対象者) | ○ | × | × | 3か月に渡り週1回程度、身近な地域の集会場等へ各自身で通っていただき、自立した生活を支援するための指導(運動・栄養等)を受けます。 |
| 介護予防基準緩和通所型サービス | ○ | ○ | × | デイサービスセンターなどに日帰りで通い、機能訓練などを受けます。 |
| 通所リハビリテーション <デイケア> | × | ○ | ○ | 日帰りで施設などに通い、理学療法士などによるリハビリテーションを受けます。 |
| 短期入所生活介護 <ショートステイ> | × | ○ | ○ | 施設などに短期間入所し、日常生活の世話や機能訓練を受けます。 |
| 短期入所療養介護 <ショートステイ> | × | ○ | ○ | 施設などに短期間入所し、必要な医療や日常生活の世話を受けます。 |
| 認知症対応型通所介護 | × | ○ | ○ | 認知症の人が日帰りでデイサービスセンターなどに通い、日常生活の世話を受けます。 |
| 小規模多機能型居宅介護(※2) | × | ○ | ○ | 訪問介護と訪問看護が連携しながら日中・夜間の定期巡回と随時の対応を行います。 |
| 看護小規模多機能型居宅介護(※3) | × | ○ | ○ | 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能が1つとなった事業所です。 |

(※2 ※3) 併用できるサービスは、「訪問看護」「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」「福祉用具貸与」「福祉用具購入」「住宅改修」のみです。

3 生活環境をよくするためのサービス

| サービスの種類 | 事業対象者 | 要支援 | 要介護 | サービスの内容 |
|------------|-------|-----|-----|--|
| 福祉用具貸与 | × | ○ | ○ | 日常生活や介護に役立つ福祉用具をレンタルするサービスです。 |
| 福祉用具購入費の支給 | × | ○ | ○ | 福祉用具のうち、入浴や排泄など、レンタルになじまないものについて、購入費の一部を支給します。 |
| 住宅改修費の支給 | × | ○ | ○ | 在宅での生活が続けられるように、住宅の改修をした際に、改修費用の一部を支給します。 |

4 生活の場を自宅から移して利用するサービス（施設等へ入所）

| サービスの種類 | 事業対象者 | 要支援 | 要介護 | サービスの内容 |
|---------------------------|-------|----------------|----------------|---|
| 介護老人福祉施設 〈特別養護老人ホーム〉 | × | × | ○ 介護3 以上 | 常時介護が必要で、自宅での介護に困難な人が入所する施設です。 |
| 介護老人保健施設 | × | × | ○ | リハビリテーションなどの医療サービスを必要とする人が入所し、自宅への復帰を目指す施設です。 |
| 介護療養型医療施設 | × | × | ○ | 自宅での療養生活は難しい人が入所し、必要な医療サービスや、日常生活における介護などを行う施設です。 |
| 特定施設入居者生活介護 | × | ○ | ○ | 有料老人ホームなどに入居し、日常生活の世話などを受けます。 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 | × | × | ○ | 定員29人以下の小規模な特別養護老人ホームです。 |
| 認知症対応型共同生活介護 〈グループホーム〉 | × | ○ 支援2 以上 | ○ | 認知症の人が共同生活しながら、日常生活上の世話などを受けます。 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | × | × | ○ | 有料老人ホームなどのうち、入居定員が29人以下の施設に入居し、日常生活の世話などを受けます。 |

VIII 区分支給限度額

| 認定状態区分 | 利用可能サービス | ケアマネジメント費 | 1か月あたりの支給限度額 |
|--------|-------------------|--------------|--------------------------|
| 事業対象者 | 総合事業サービスのみ | 介護予防ケアマネジメント | 5003単位 10,531単位 ※1 |
| 要支援1 | 予防給付のみ | 介護予防支援費 | 要支援1：5032単位 |
| | 予防給付 +総合事業サービス | | |
| | 総合事業サービスのみ | 介護予防ケアマネジメント | |
| 要支援2 | 予防給付のみ | 介護予防支援費 | 要支援2：10,531単位 |
| | 予防給付 +総合事業サービス | | |
| | 総合事業サービスのみ | 介護予防ケアマネジメント | |

※1 アセスメントにより、要支援1と同程度は5,003単位、要支援2程度の場合は10,531単位

※ 事業対象者の被保険者証（例）

「要介護状態区分等」：事業対象者
 「認定年月日」：基本チェックリスト実施日
 「認定の有効期間」：空欄
 「居宅サービス等」：空欄
 「区分支給限度基準額」：空欄

「地域包括支援センターの名称」：
 介護予防ケアマネジメント依頼届出書に記載された地域包括支援センター名称
 「届出年月日」：
 介護予防ケアマネジメント依頼届出書に記載された届出年月日※
 ※この届出年月日が「事業対象者」としての有効開始日となります。

Ⅸ 居宅サービス計画届出書等とサービスの関係

- 認定結果ごとの介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市へ提出してください。
- ※ 総合事業サービスは自己作成によるサービス提供はできません。
(未提出の場合、サービス利用料について全額(10割)利用者の自己負担となる場合があります。)

1 認定申請を行った場合の利用可能サービス

| 認定申請 | 認定結果 | 居宅計画等の届出種類 | 提供可能な介護サービスの種類 |
|------|------|--|--|
| 認定申請 | 要介護 | 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書(居宅介護支援事業所) | 介護給付 |
| | 要支援 | 介護予防サービス計画作成・ 介護予防ケアマネジメント依頼届出書 (地域包括支援センターまたは 委託先 居宅介護支援事業所) | ○予防給付のみ ○予防給付+総合事業サービス (自己作成は不可) ○総合事業サービスのみ (自己作成は不可) |
| | 非該当 | 基本チェックリスト判定結果(該当) + 介護予防サービス計画作成・ 介護予防ケアマネジメント届出書 (地域包括支援センターまたは居宅支援事業所) | 事業対象者 総合事業サービスのみのみ (★自己作成は不可) |
| | | 基本チェックリスト判定により事業対象者非該当 | |
| | | 基本チェックリストを実施しない | |

2 認定申請を行わずに「事業対象者」の手続きを行った場合の利用可能サービス

| 認定申請 | 認定結果 | 居宅計画等の届出種類 | 提供可能な介護サービス種類 |
|--------------------------------------|------|--|--|
| (申請しない) ○本人が総合事業サービスのみの利用を希望する場合等 | | 基本チェックリスト判定結果(該当) + 介護予防サービス計画作成・ 介護予防ケアマネジメント届出書 (地域包括支援センターまたは居宅支援事業所) | 事業対象者 総合事業サービスのみのみ (自己作成は不可) |
| | | 基本チェックリスト判定により非該当 | |

X 事業者の指定

1 指定・更新申請

新規・更新指定申請については、必要書類を調整のうえ、事業開始の日の45日前までに申請してください。提出につきましては、郵送でも可能とします。

| 提出先 | 伊勢原市介護高齢課 地域包括ケア推進係（本庁舎1階5番窓口） |
|------|---|
| 必要書類 | 1 介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書 (1) 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (2) 事業所の平面図 (3) 従業員の資格者証の写し及び雇用が確認できる書類の写し (4) 居室面積等一覧 (5) 設備備品等に係る一覧表 (6) 事業所の管理者及びサービス提供責任者（訪問型のみ）の経歴書 (7) 運営規程 (8) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (9) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態 (10) 当該申請に係る資産の状況（直近の決算書、財産目録等） (11) 誓約書 (12) 役員名簿 (13) 賃貸借契約書の写し又は登記簿の謄本（登記事項証明書） (14) 建築物等に係る関係法令確認書 |
| | 2 付表 |
| | 3 申請時必要事項及びその内容が分かる資料（下記参照） |
| | 4 介護予防・日常生活支援総合事業費に係る体制等に関する届出書 |
| | 5 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表 |
| | 6 加算チェック表及び添付資料 |
| | 7 介護職員処遇改善加算関係書類（※該当のある場合） |

2 提出書類・申請様式

(1) 提出書類

訪問型サービス、通所型サービスともに訪問型サービス、通所型サービスともに、申請時必要事項及びその内容が分かる資料は共通です。

内容が分かる資料については特に様式を指定しませんが、公的な証明が存在する事項については、その証明を添付してください。（証明の原本ではなく写しの添付でも可とします。）

なお、更新申請の必要書類等につきましては市ホームページを確認ください。

(2) 指定の申請様式

市ホームページから様式をダウンロードして使用してください。

3 その他届出（変更・加算）

(1) 変更届について

変更日から14日以内にご提出下さい。提出が遅れた場合は遅延理由書を任意の様式で記載していただき、併せて提出してください。

（提出書類等）

- ・変更届（市ホームページから様式をダウンロードして使用してください）
 - ・添付書類（変更内容に関わる書類を添付してください）
- 例）・管理者の変更の添付書類⇒管理者の経歴書・雇用契約書・資格証・勤務形態一覧（勤務形態一覧表は変更月のものをご提出ください。）

(2) 加算について

ア 届出が必要な加算(減算)の内容、提出方法、必要書類

次の内容の加算(減算)を算定しようとする場合は、事前に市への届出が必要です。(届出をしないと、サービスを提供しても報酬は支払われません。)

市の実地指導等の結果として加算の体制が変更となる場合においても、改めて市宛に必要な書類を提出して下さい。

| 内容 | 必要書類 | | 備考 |
|-------------------------------|---|--|--|
| | 届出用紙 | 添付書類 | |
| 1 人員欠如による減算 (減算の解消) | | <ul style="list-style-type: none"> 勤務形態一覧表 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | 勤務形態一覧表は人員欠如が生じた月(解消した場合は解消した月)のもの。 |
| 2 若年性認知症利用者受入加算 | | <ul style="list-style-type: none"> チェック表及び誓約書 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | |
| 3 生活機能向上グループ活動加算 | | <ul style="list-style-type: none"> チェック表及び誓約書 勤務形態一覧表 資格証の写し 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | 勤務形態一覧表は加算算定月のもの。 加算サービス提供者のみ記載。 |
| 4 運動器機能向上加算 | | <ul style="list-style-type: none"> 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | |
| 5 栄養改善加算 | | | |
| 6 口腔機能向上加算 | | | |
| 7 選択的サービス複数実施加算 | | <ul style="list-style-type: none"> 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | |
| 8 事業所評価加算 | <ul style="list-style-type: none"> 変更届 体制等に関する届出書 体制等状況一覧表 加算届管理票 | 算定については、市ホームページ「総合事業における事業所評価加算について」参照 | |
| 9 サービス提供体制強化加算 (I)イ、ロ、(II) | | <ul style="list-style-type: none"> チェック表及び誓約書 勤務形態一覧表 資格証の写し(※1) 実務経験証明書(※2) 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | 勤務形態一覧表は前年度(3月を除く)の毎月分。(前年度実績が6ヶ月未満の場合は届出日の属する月の前3か月分) ※1:(I)イ、ロを算定する場合に必要。 ※2:(II)又は(III)を算定する場合に必要(勤続年数3年以上の職員のみ)。 |
| 10 生活機能向上連携加算 | | <ul style="list-style-type: none"> チェック表及び誓約書 連携状況がわかる書類・返信用封筒(切手貼付) | 連携先との委託契約書の写し等 |
| 11 介護職員処遇改善加算 | | 算定については、「総合事業における介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算について・介護職員等ベースアップ等支援加算」参照 | |
| 12 介護職員等特定処遇改善加算 | | | |
| 13 介護職員等ベースアップ等支援加算 | | | |
| 14 上記加算の取り下げ | | <ul style="list-style-type: none"> 運営規程(料金表含む) 返信用封筒(切手貼付) | |

イ 提出方法

郵送またはメールで提出をお願いします。

ウ 届出時期

算定開始月の前月15日が締切りです。(例:令和5年2月1日から加算を算定しようとする場合令和5年1月15日までに届出)

XI 過誤申立

1 介護給付費過誤申立の手続きについて

過誤申立書を記載し、市役所窓口または郵送にて提出してください。（メールやFAXでは受付致しません。）件数が多い場合（申し立て期間が長期になる場合等）には、別途ご相談ください。申立書に記載する際には、利用者が「要支援」か「要介護」の認定区分によって、サービスコードが異なりますので、申立事由コードを確認ください。（申立事由コードは市ホームページに掲載しております。）平成30年5月より標準システムへの移行がされたため、介護予防ケアマネジメント費も同様の取り扱いとなります。

また、本市以外が保険者の場合は、各保険者にご相談ください。

2 介護給付費過誤申立予定表

| サービス提供月 | 審査月 (請求月) | 市が給付実績を確認 できる月 (国保連からの給付実績 送付時期) | 過誤申立締切 | 再請求 | |
|---------|--------------|---|---------|--------|--------|
| | | | | ①同月過誤 | ②通常過誤 |
| 4月まで | 5月 | 6月5日以降 | 6月末日まで | 7月10日 | 8月10日 |
| 5月まで | 6月 | 7月5日以降 | 7月末日まで | 8月10日 | 9月10日 |
| 6月まで | 7月 | 8月5日以降 | 8月末日まで | 9月10日 | 10月10日 |
| 7月まで | 8月 | 9月5日以降 | 9月末日まで | 10月10日 | 11月10日 |
| 8月まで | 9月 | 10月5日以降 | 10月末日まで | 11月10日 | 12月10日 |
| 9月まで | 10月 | 11月5日以降 | 11月末日まで | 12月10日 | 1月10日 |
| 10月まで | 11月 | 12月5日以降 | 12月末日まで | 1月10日 | 2月10日 |
| 11月まで | 12月 | 1月5日以降 | 1月末日まで | 2月10日 | 3月10日 |
| 12月まで | 1月 | 2月5日以降 | 2月末日まで | 3月10日 | 4月10日 |
| 1月まで | 2月 | 3月5日以降 | 3月末日まで | 4月10日 | 5月10日 |
| 2月まで | 3月 | 4月5日以降 | 4月末日まで | 5月10日 | 6月10日 |
| 3月まで | 4月 | 5月5日以降 | 5月末日まで | 6月10日 | 7月10日 |

※ 過誤申立締切日が休日等の場合は、その前日までとなります。

※ 上記は、返戻・保留等がなく、予定どおりに請求及び支払が国保連で処理され、給付実績が確定した場合であり、月遅れ請求の場合は、審査月より過誤の申立の締切日を確認してください。なお、返戻・保留等により給付実績が確定していない場合は、過誤申立することはできません。

3 再請求について

過誤申立書の提出後の再請求については、事業所の判断で行うこととなります。再請求に当たり、場合によってはリスクを伴いますが、事業所の責任において再請求を行ってください。

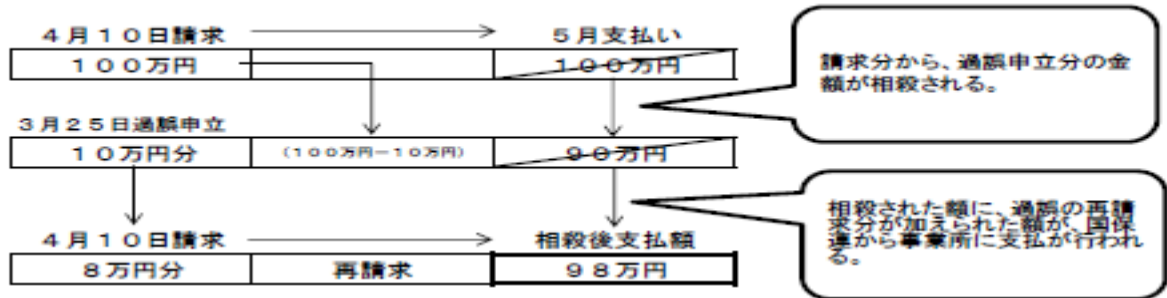
※ 実地指導等で返還が生じ、返還額が高額又は返還期間が長期化する場合には、保険者へご相談ください。

(① 同月過誤の場合)

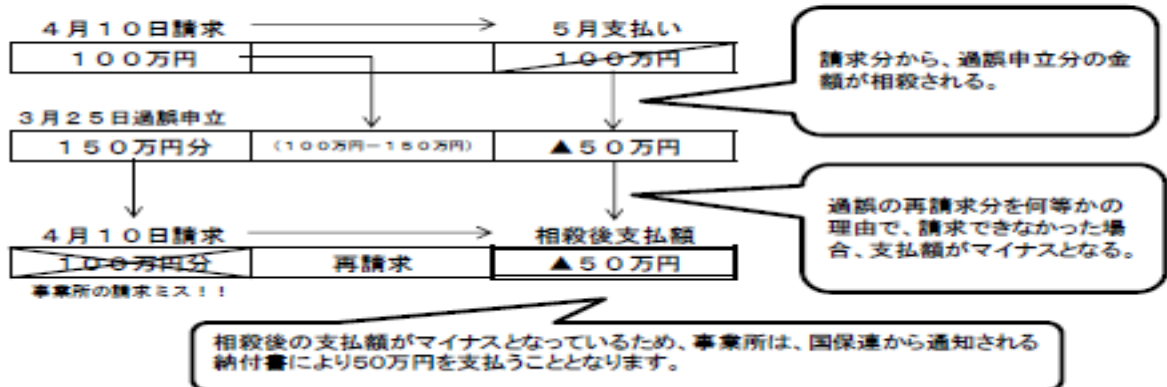
例：4月のサービス提供分について、同月過誤として再請求する場合には、7月10日までに保険者に過誤申立を行うとともに、同日までに国保連へ再請求を行う。

⇒ 過誤と同じ月に再請求が可能です。

ただし、過誤における相殺額が、通常の請求額を上回った場合、国保連から給付費の支払いは行われません。この場合、国保連から納付書が事業所に送付されますので、期日までに支払いをすることになります。

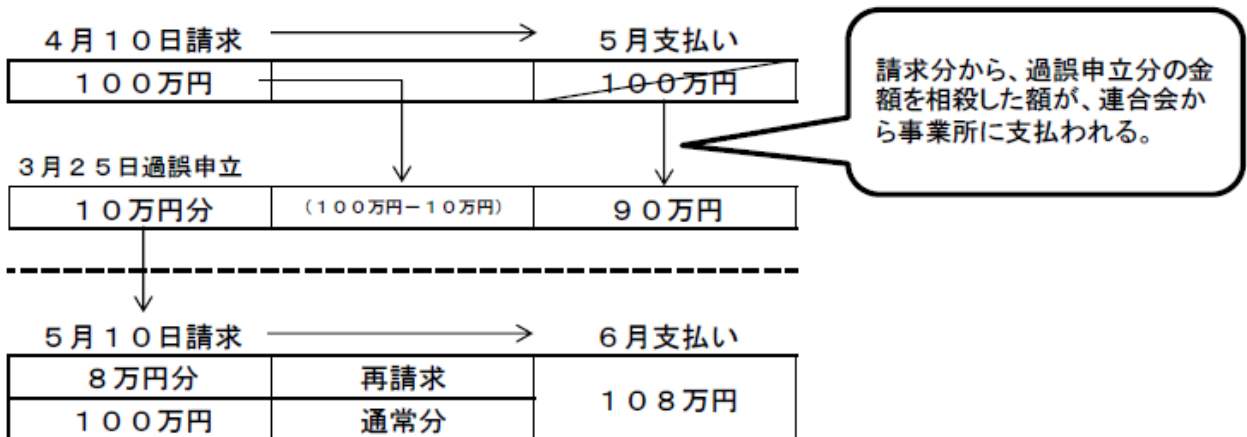


● 過誤と同時に再請求を行うが、過誤する金額が、通常の請求額を上回る場合における事業所のリスクは、次のとおりです。



(② 通常過誤の場合)

例：4月のサービス提供分について、通常過誤として再請求する場合には、7月10日までに保険者に過誤申立を行うとともに、翌月の8月10日までに国保連へ再請求を行う。



XII その他

1 暫定利用の取扱

(1) 事業対象者⇒介護予防支援暫定プラン⇒要介護

介護予防支援の暫定プランに基づいて介護予防訪問看護と総合事業運動器機能向上サービスを利用していた場合、以下①②のどちらかを選択してください。

※要介護認定者は、総合事業のサービスを利用することができないことが前提です。

① 申請日に遡り、要介護認定者として取扱う場合

訪問看護は介護給付で費用請求、総合事業運動器機能向上サービスは全額自己負担となります。

② 介護給付の利用を開始するまでは事業対象者として取り扱う場合

総合事業運動器機能向上サービスは介護予防・生活支援サービス事業で費用請求、訪問看護は全額自己負担となります。

①②のどちらを選択するかは、自己負担の金額等を考慮し、ご本人と相談してください。

また暫定プラン等において、予防給付（訪問看護等）と総合事業のサービスを併用利用する場合、認定結果が要介護となった場合には、一部、全額自己負担が発生する場合もあるので、利用者負担については、十分な説明をしてください。

2 サービスと総合事業の併用

(1) 総合事業の併用

要支援者・事業対象者が利用できるサービス事業の組み合わせは次のとおりです。

【印の意味】

○ 組合せ可

● 組合せ可（1回単位で複数の事業所の組合せも可）

× 組合せ不可

| | 国基準訪問 | 訪問 A | 訪問 C | 国基準通所 | 通所 A | 通所 C |
|-------|-------|------|------|-------|------|------|
| 国基準訪問 | / | × | × | ○ | ○ | ○ |
| 訪問 A | × | ● | × | ○ | ○ | ○ |
| 訪問 C | × | × | / | ○ | ○ | ○ |
| 国基準通所 | ○ | ○ | ○ | / | × | × |
| 通所 A | ○ | ○ | ○ | ○ | ● | × |
| 通所 C | ○ | ○ | ○ | × | × | / |

★その他予防給付の利用があって、訪問Cや通所Cの利用などについては、介護予防ケアマネジメントを持参のうえ、市介護高齢課地域包括ケア推進係へ相談してください。

(2) 給付サービスと総合事業の併用

要支援者が更新申請をし、有効期間満了後に要介護の結果が出た場合、有効期間満了後、認定結果が出るまでの間において基準緩和型サービスを利用していた場合、事業対象者であれば、介護給付サービス利用までの間において、総合事業のサービスの利用が可能です。

【必要な手続き】

- ① 有効期間満了前（区分変更申請前）に、基本チェックリストの実施
- ② 有効期間満了後に認定結果が出る人がいることを 介護高齢課に連絡
- ③ 基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届提出認定申請を介護高齢課に提出してください
- ④ 要介護認定結果時、介護保険係又は地域包括ケア推進係と地域包括支援センターで事業対象者期間及び居宅介護支援開始日の確認

【注意事項】

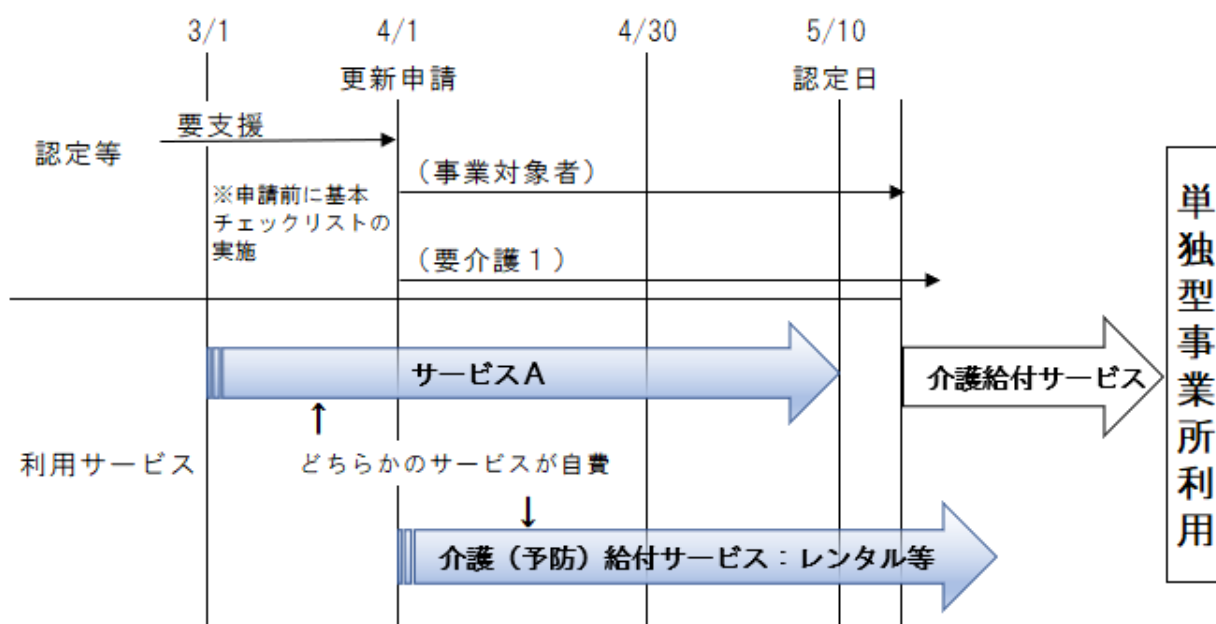
介護予防給付と総合事業を利用している人は、どちらかが自己負担になるので、有効期間満了前にサービスの調整が必要です。

介護認定後に国保連合会へデータ送信し、エラーが出た場合には、市が国保連合会に送信している受給者台帳を修正する必要がある場合があります。

- ◆要支援者が認定申請し、基準緩和型サービス（サービスA）と介護（予防）給付サービスを利用していた場合

《事例1》

単独型の事業所を利用した場合（認定ヘルパー利用）、サービスAまたは、介護（予防）給付サービスどちらかが自費となります。



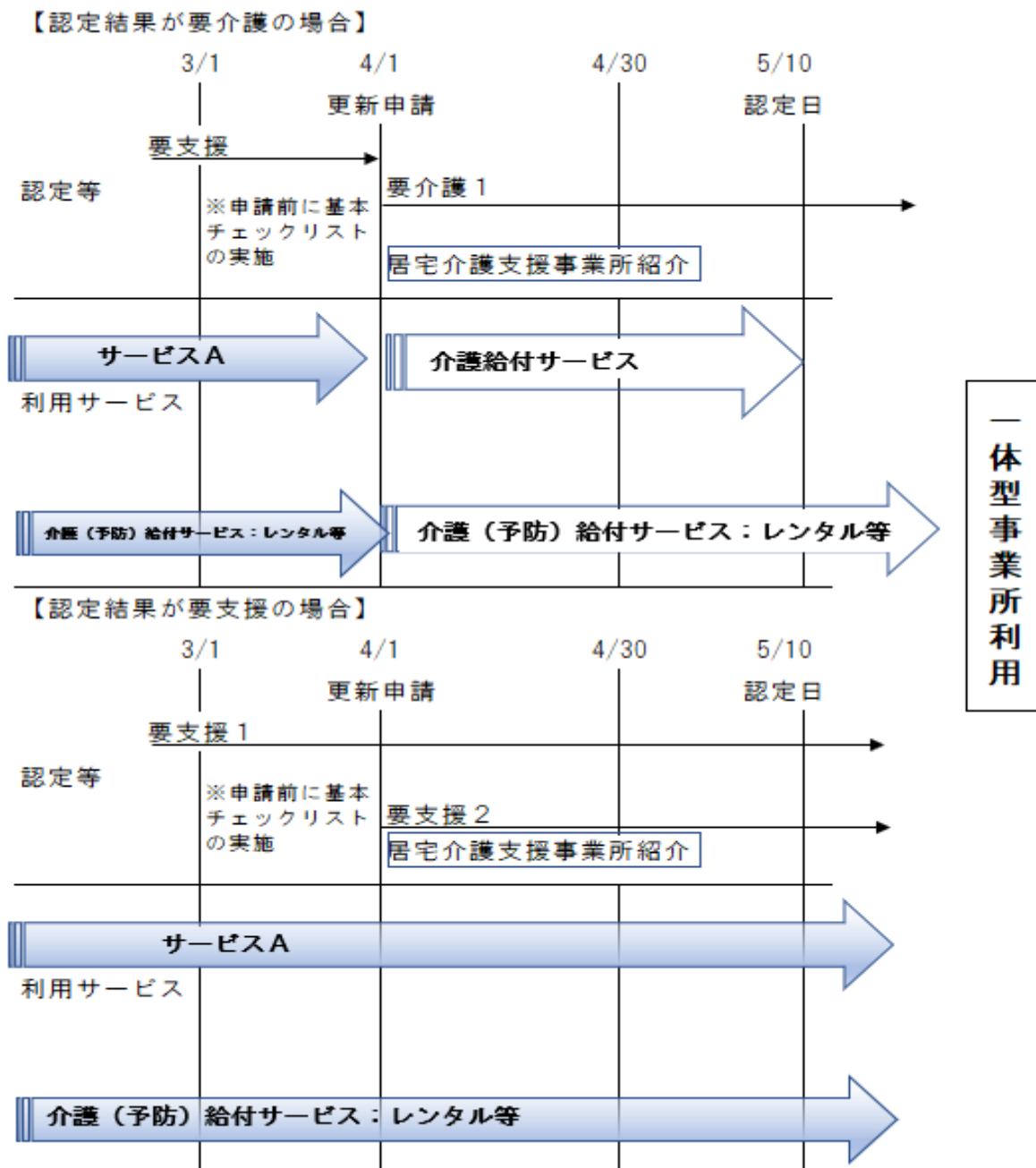
※ 国保連合会からエラーが出る場合、市の認定期間、事業対象終了日が要因です。更新申請の4/1からとなっており、被保険者番号エラー、認定期間エラーとなり、市から国保連合会への受給者台帳の認定期間を認定日からの期間に変更する必要があります。市介護高齢課へご連絡ください。

また、事業対象者が認定申請した場合の認定日からの取扱い（事業対象者の終了日を認定日前日へ変更する）が必要になります。

《事例2》

一体型の事業所を利用した場合のサービス（認定ヘルパーを利用している場合やサービスごとに時間帯が異なる場合は不可）

- ・ 認定結果が要支援⇒サービスA
- ・ 認定結果が要介護⇒介護給付サービス（ただし、どちらの結果が出ても良いように認定申請前に事前チェックリストの実施を行い、サービス利用前に居宅介護支援事業所につなぐ必要があります。）



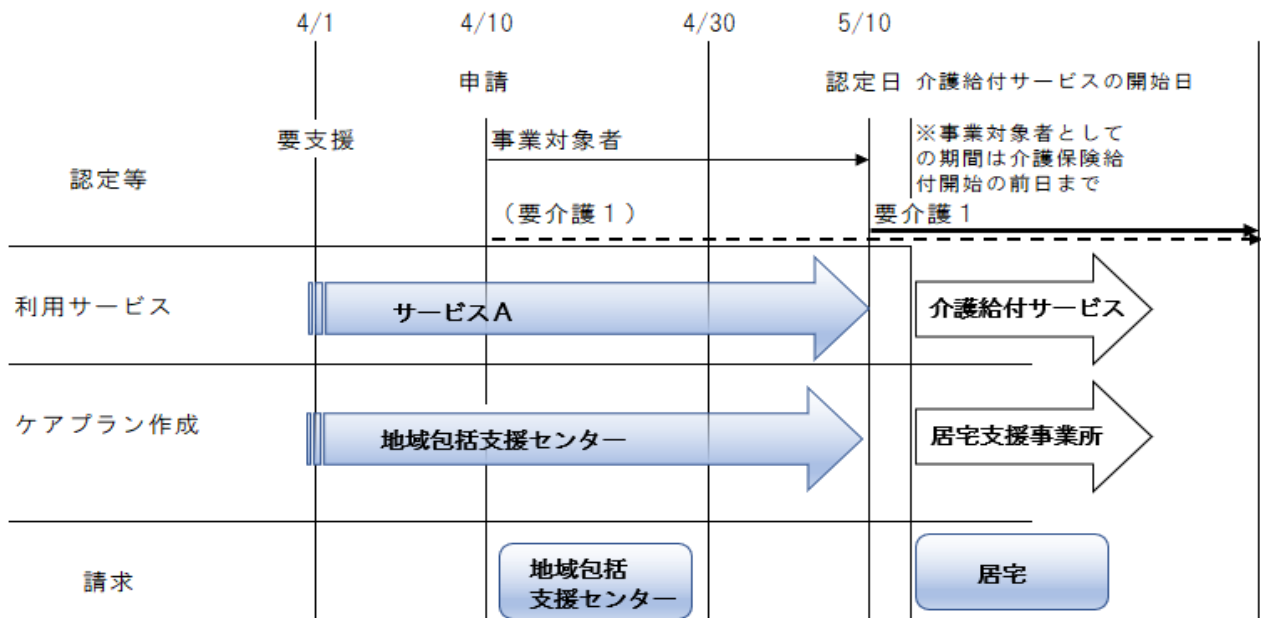
※ すでに介護度の見込みある場合、認定される前からの介護給付サービスは暫定プランとなります。（事前に介護高齢課に要相談）

(3) 事業対象者及び要支援者が要介護認定を受けた場合の対応

《事例1》

事業対象者が認定申請し、基準緩和型サービス（サービスA）のみ利用していた場合

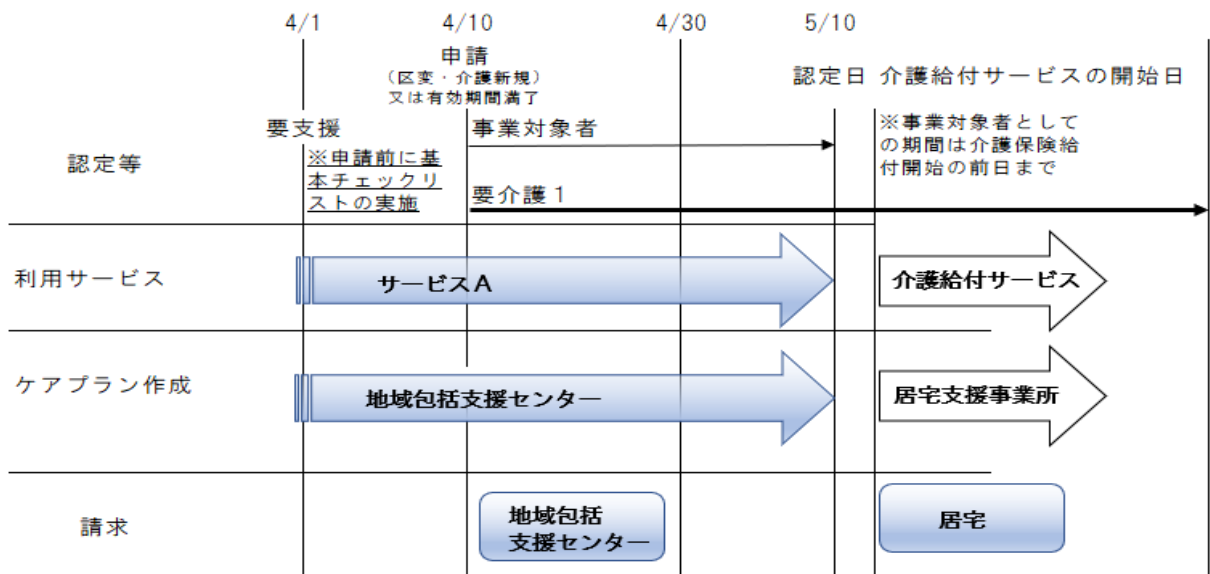
ポイント
介護サービスを開始するまでの間、事業対象者としてサービス利用が可能



《事例2》

- ① 要支援者が認定申請（要支援1の区分変更申請）
- ② 要支援者の更新申請結果が有効期間を過ぎて結果が出た時、基準緩和型サービス（サービスA）のみ利用していた場合※新規認定申請の場合も同様

ポイント
申請前に基本チェックリストが必要。（ケアマネジメントの届出は認定申請と同時に提出）
申請前に事業対象者に該当することを確認していない場合は、認定申請後のサービスAは、保険対応できない。



3 住所地特例及び住民票が居住地にない場合の取扱

(1) 住所地特例者の対応

| | サービス付き高齢者住宅 | 特定施設 |
|-----------------|---|-----------|
| サービス | 居宅サービス | 特定施設入居者介護 |
| ケアプラン作成 | 伊勢原市地域包括支援センター | 特定施設ケアマネ |
| 支払い (保険者：県内) | 神奈川県保連合会委託 (保険者支払) 基本報酬：438 単位 初回加算：300 単位 伊勢原市単価 | |

(2) 住民票を本市に移し、伊勢原市内の特定施設サービス付高齢者住宅)に入居している人で居宅サービスを利用している人

○伊勢原市の総合事業のサービス利用が可能です。(住所地特例者)

《手続きについて》

- ・ 基本チェックリスト、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届、被保険者証は伊勢原市に提出ください。

(伊勢原市から保険者に届出等の写しを送付します)

- ・ 基本チェックリスト、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届、被保険者証は秦野市に提出ください。(伊勢原市から保険者に届出等の写しを送付します)

(総合事業未実施市町村の場合)

- ・ 市から保険者に、総合事業の費用(ケアマネジメント費とサービス費)が発生することを伝えます。

(総合事業実施市町村の場合)

- ・ 注意点はありません。

(特例)

- ・ 住民票他市のまま、居宅でプラン作成の再委託受託していた人の転入の場合
⇒転居によりプラン作成は伊勢原市の地域包括支援センターになる。
プラン作成の請求は、月末時点のケアプラン作成者。

(3) 住民票を他市に移し、住民票地の特定施設(サービス付高齢者住宅)に入居している人で、居宅サービスを利用している人

○住民票地の総合事業のサービス利用が可能です。(住所地特例者)

(5) 請求等について

① 住所地特例

| | 伊勢原市在住 (他市保険者) | 他市在住 (伊勢原市保険者) |
|--------------------------------------|---------------------|--------------------|
| ・国基準 ・基準緩和(サービスA) ・短期集中(サービスC) | ○ | 居住地のサービス |
| ・サービスB/D | × | × |
| サービスコード | 伊勢原市 | 居住地市町村 |
| マネジメント (チェックリストの実施) | 伊勢原市の 地域包括支援センター | 居住地地域包括支援センター |
| マネジメントの単価 | 伊勢原市 | 居住地基準単価 |
| 県内保険者請求 | 神奈川県国保連合会 | 神奈川県国保連 |
| 県外保険者請求 | 神奈川県国保連合会 (財政調整) | 施設所在地国保連 (財政調整) |

② 住民登録外

(居住地と住民票の所在地が異なる場合。住民票がある市町村が保険者)

| | 伊勢原市在住 (他市保険者) | 他市在住 (伊勢原市保険者) |
|--------------------------------------|---|--|
| ・国基準 ・基準緩和(サービスA) ・短期集中(サービスC) | △ 保険者判断 ※伊勢原市の事業所が他市の 指定を受ければ可 | △ 保険者判断 ※他市の事業所が伊勢原市の 指定を受ければ可 |
| ・サービスB/D | × | 他市へご相談ください |
| サービスコード | 保険者(他市) | 保険者(伊勢原市) |
| マネジメント (チェックリストの実施) | 他市包括から居宅 (伊勢原市)が再委託受 | 居宅介護支援事業所 |
| マネジメントの単価 | 保険者(他市)単価 | 保険者(伊勢原市)単価 |
| 県内保険者請求 | 神奈川県国保連合会 | 神奈川県国保連 |
| 県外保険者請求 | (事業所) 神奈川県国保連合会 (地域包括支援センター) 他市地域包括支援センター が居住地国保連合会に請求 他市地域包括支援センター が再委託先に支払い | (事業所) 他市国保連 (地域包括支援センター) 神奈川県国保連合会に請求 |

4 単価の考え方

(1) 地域単価

伊勢原市に住民登録がある方の場合

| サービス種別 | 市内事業所 | 市外事業所 |
|--|---------------------------------|-------|
| A 2 (伊勢原市指定国基準訪問型サービス) A 3 (伊勢原市指定基準緩和訪問型サービス) A 6 (伊勢原市指定国基準通所型サービス) A 7 (伊勢原市指定基準緩和通所型サービス) | 伊勢原市が規定する単価 × 伊勢原市の地域区分単価 | |

(2) 1回単位と日割り単位

① 1回単位の利用

報酬単位の考え方は、実際の利用実績に基づくのではなく、ケアプランに基づいて行います。もともと週1回利用の包括単位でケアプランを立てている場合は、入院や個人の都合等により、利用回数が減ったとしても、包括単位の請求になります。

例1) 月途中からサービスを開始することがケアプランで設定し、1回単位の設定をしていた場合

⇒1回単位

例2) ケアプランは既に週1回で予定していたが、月の途中で、入院し、1回しかサービス利用できなかった場合。

⇒包括単位

例3) 包括単位でケアプランを立てていた人が、通院のため1日利用できなかった。その振替対応が事業者都合で行えなかった場合

⇒サービス提供はケアプランに基づいて行うことが基本となっており、1回単位を使用するのはケアプランが1回利用の場合のみです。しかし、包括単位のケアプランの場合で、事前に利用者がその日利用できない事が分かっている場合は振替対応をしていただく必要があります。

例4) 振替対応が利用者の都合で利用できなかった場合

⇒自己都合での休みとなるため包括単価。

例5) 振替日が事業者都合で提供できなかった場合

⇒1回単位

※原則

1回単位はケアプランで定められた場合のみとなり、本来であればケアプランの変更が必要となります。しかし、振替対応ができない場合については、手続きが煩雑になる事を考慮しケアプランの変更を必要としません。

② 日割り単位

ショートステイ利用の場合、事業対象者が月途中で要支援認定者に区分変更になった場合、総合事業利用者が月途中で生活保護受給者になった場合などは、日割単位を使用してください。

(「介護保険事務処理システム変更にかかわる参考資料(確定版)(平成30年3月30日事務連絡)」の資料9「月額包括報酬の日割り請求に係る適用」参照)

5 生活保護受給者が基準緩和訪問型サービスを利用した場合の取扱

(1) 国保連請求の場合

- ・地域高齢者支援センターは、当月の20日までに、サービス利用票、サービス利用票別表を作成し、生活福祉課へ提出してください。(4月利用分は4月20日まで)
→利用票などは一連の請求事務のソフトの中で作るシステムになっている。
- ・生活福祉課が「生活保護法介護券」を発行し、訪問サービス事業者へ送付します。
- ・事業者は介護券をもとに国保連へ請求してください。(翌月10日まで)

(2) 委託の場合

- ・地域包括支援センターは、別紙「サービス利用票」を作成し、当月の20日までに、生活福祉課へ提出してください。
- ・委託業者は、本人負担分を1月分まとめて翌月に、生活福祉課へ請求してください(任意の請求用紙で可)。本人には請求しません。

6 総合事業における公費の取扱いについて(生活保護・中国残留邦人・原爆被爆者)

(1) 国の総合事業ガイドラインにおける規定

① 生活保護・中国残留邦人

(引用 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン P.122 厚労省) 生活保護法における介護扶助について

- 平成26年の改正に伴い、生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。)における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。(生活保護法(昭和25年法律第144号)第15の2)
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

② 原子爆弾被爆者

(引用 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン P.123 厚労省) 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

- 原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、総合事業の実施に伴う助成範囲については、サービス種類コードA2、A6のものとする。

(2) 具体的な取扱い

① 生活保護関連

ア 給付 「介護扶助費」の支給

イ 給付対象 介護予防・日常生活支援総合事業の全サービスが対象

【扶助費の対象費用】

(ア) 利用者が被保険者の場合⇒利用者負担部分

※地域デイサービスは、利用者負担額は無く、実費負担が有るが、当該実費負担分は介護扶助費の対象外(生保受給者が負担)となる。

(イ) 利用者が被保険者でない場合(65歳未満の医療保険未加入者)

⇒サービス費用全体

※ただし、委託契約で行う、初期集中訪問型及び通所型サービスは、1人当たりの報酬単価という考え方が無いので、利用者負担額部分のみ。

ウ 介護給付費の請求手続き

(ア) 指定事業者によるサービス（国基準及び基準緩和訪問型介護サービス、
国基準及び基準緩和通所型介護サービス）

⇒国保連を通じて請求及び支払い

② 中国残留法人関連

ア 給付 「支援給付費」の支給

イ 給付対象 給付対象サービスは生活保護と同じ

ウ 担当部署 生活福祉課

エ 備考 残留邦人の中には、日本語が話せない者もいる。総合事業の利用にあたっては、現環境維持等の配慮が必要です。

③ 原子爆弾被爆者関係

ア 給付 「介護保険利用等助成事業」による助成金の支給

（受給者要件：被爆者手帳が有り、介護保険サービス受給者）

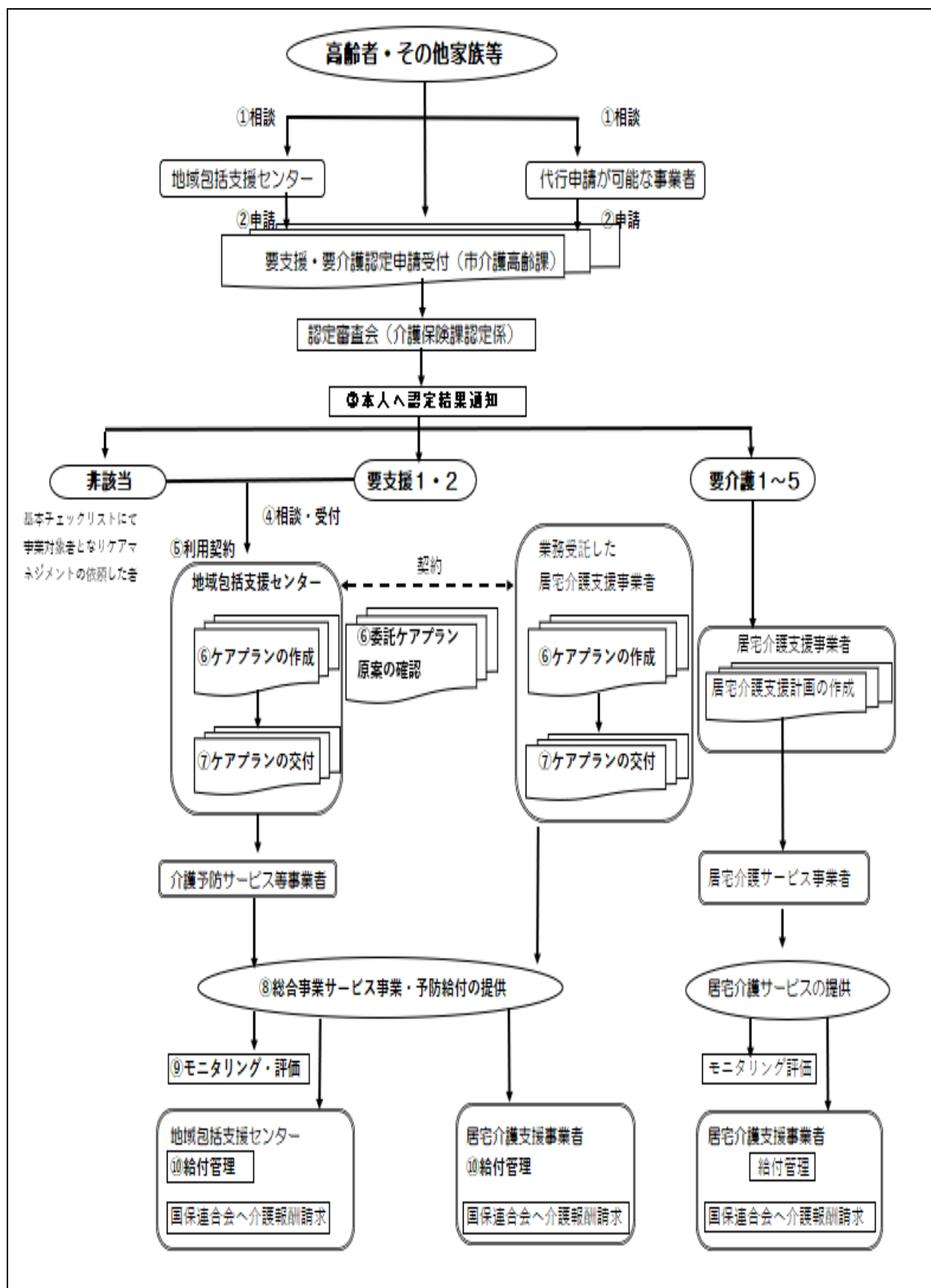
イ 給付対象 総合事業訪問介護サービス、総合事業通所介護サービスのみ対象

ウ 担当部署 神奈川県平塚保健福祉事務所秦野センター（認定証の交付）

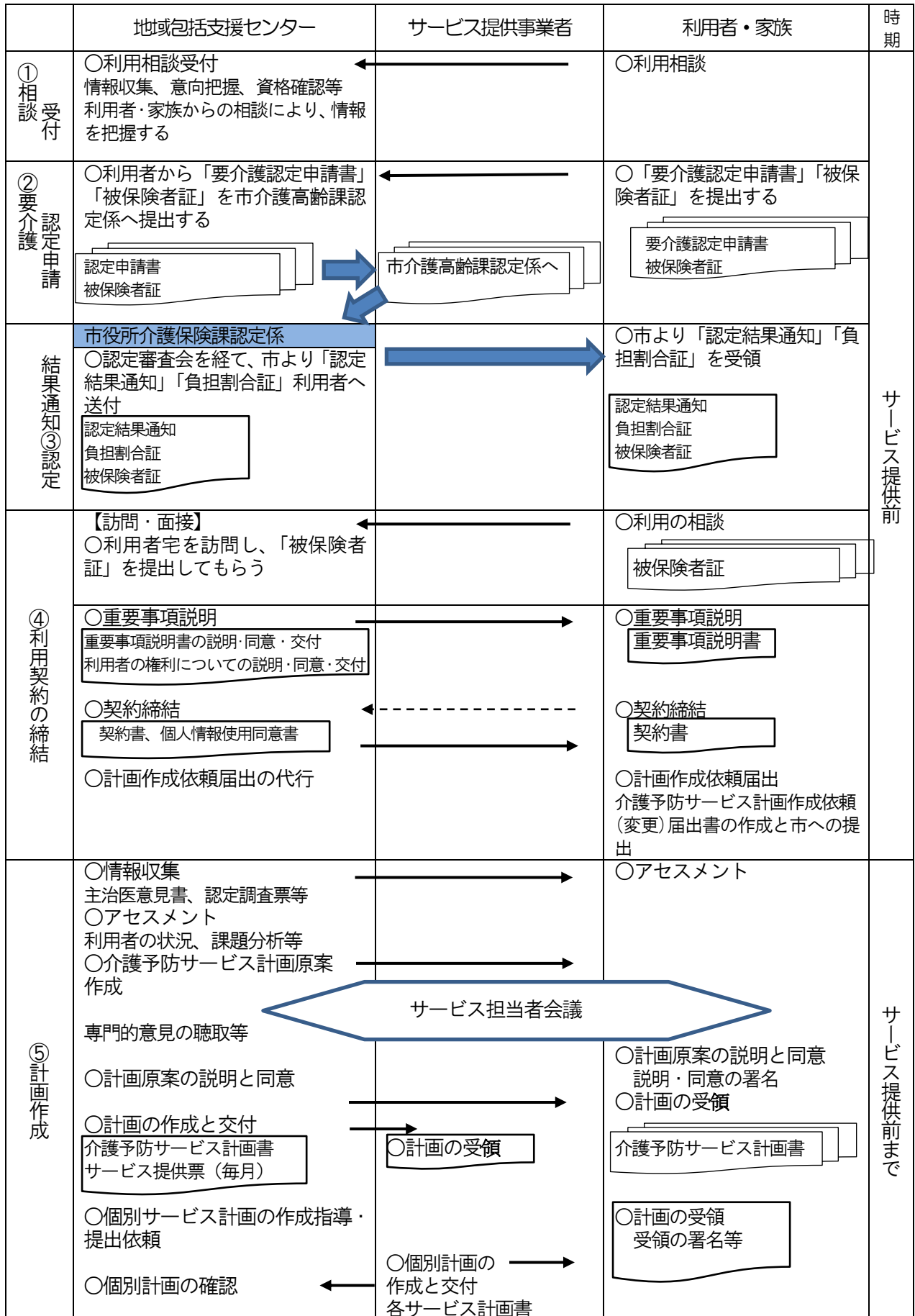
エ 備考 被爆者健康手帳の交付を受けている方が、介護保険の福祉系サービスのうち、訪問介護（ホームヘルプ）、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、介護老人福祉施設入所、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスなどを利用した場合及び医療系サービスを利用した場合は事業者被爆者健康手帳、介護保険証を提示することによって、保険給付対象のサービス費用の自己負担額を公費で助成します。

ただし、訪問介護（ホームヘルプ）については、世帯の生計中心者の所得税が非課税の場合に限ります。この場合、事業者被爆者に「訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証」の提示が必要となります。

XIII 介護予防に関する相談・申請から、サービス利用までの流れ



1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務手順直営の場合

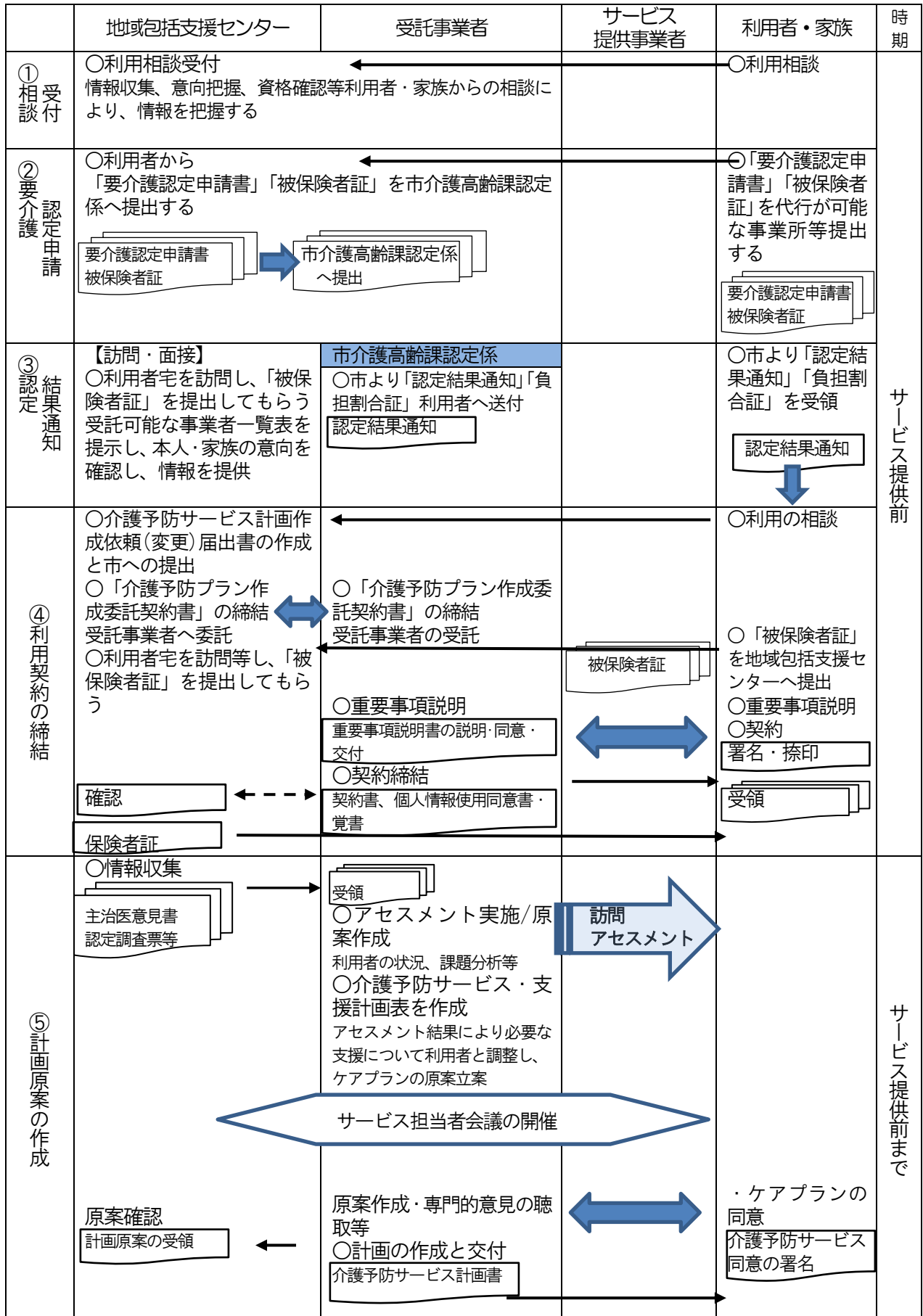


| | 地域包括支援センター | サービス提供事業者 | 利用者・家族 | 時期 |
|-----------|---|--|---|-------|
| ⑥ サービス提供 | 個別サービス計画書 受領 | ○サービス提供 計画に基づく介護予防サービスの提供 ○サービス提供記録作成 サービス利用状況報告書 | | 提供月 |
| ⑦ 報告 | ○報告の確認 1月に1回は事業者から聴取 受領 | ○サービス提供状況と利用者状況の報告 サービス利用状況報告書等 | | 提供翌月 |
| ⑧ モニタリング | ○利用者の状況把握 ・3月に1回、終了月及び利用者の状況変化の場合、居宅を訪問し利用者に面接 ・未訪問月には通所事業所等での面接又は電話連絡の実施 ・毎月のモニタリング結果記録 | モニタリング | ○面接等 | 3か月毎等 |
| ⑨ 評価 | ○達成状況の評価 計画期間終了の際に、目標の達成状況を評価、今後の方針検討 | ○個別計画評価等の報告 | | 終了月 |
| ⑩ 計画変更・更新 | 次の場合、専門的意見の聴取等 (1) 要支援更新認定を受けた場合 (2) 要支援状態区分の変更認定を受けた場合 (3) サービス内容の変更が必要と判断される場合 | サービス担当者会議の開催 | | 随時 |
| ⑪ 給付管理 | 受領・確認 ■国保連合会へ介護報酬請求 給付管理票 介護給付費請求書 介護給付費明細書 | ○サービス事業者から地域包括支援センターへ「介護予防サービス利用・提供票（実績）」 ■国保連へ介護給付等を請求 | 市介護高齢課 ■国保連合会へ ・受給者台帳の送付（認定結果・期間） ・居宅支援事業所登録情報、総合事業届出他 ※給付管理票のエラーがある場合、国保連合会の要受給者台帳修正及びMCWELLのデータ修正 | |

■ 指導事例 ■

- ・モニタリングの実施及び結果の記録が確認できなかった。
- ・モニタリングにおいて、ケアプランの実施状況等の確認がされていなかった。
- ・介護予防訪問看護計画及び報告書が保管されていなかった。
- ・個別サービス計画の提出を求めたことが確認できなかった。
- ・主治の医師等に意見を求めたことが確認できなかった。
- ・介護予防サービス計画を主治の医師等に交付していなかった。
- ・介護予防サービス計画の変更時にアセスメントを行っていなかった。

2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務手順業務の一部を委託する場合



| | 地域包括支援センター | 受託事業者 | サービス提供事業者 | 利用者・家族 | 時期 |
|------------------|---|--|---|--|-----------|
| ⑥ ケアプランの原案の確認・交付 | <ul style="list-style-type: none"> ・受託事業者の「介護予防サービス支援計画表（ケアプラン原案）」について確認を行い、意見があれば意見欄に記入し、地域包括支援センター名及び担当者名、日付を記入する。 ・提出書類の写しをとる ・提出書類について、写しの返却 | <p>ケアプラン原案の提出</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者基本情報」「介護予防計画表」「介護予防支援経過記録（サービス担当者会議のあるもの）」を地域包括支援センターへ提出 ・ケアプラン変更・更新時は前回ケアプラン終了の評価表、月々のモニタリング報告書、サービス事業者からの利用者の個別サービス計画（通所の場合、運動機器向上加算があればその計画書）があれば持参 <p>○介護予防サービス利用・提供票の交付 介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）をもとに、「介護予防サービス利用・提供票」を作成し、利用者・サービス事業者の説明後、交付する</p> <p>○ケアプランの交付 地域包括支援センターの確認後、利用者及びサービス事業者へ「介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）」を交付する</p> <p>○サービス事業者から「個別サービス計画の写し」をもらう</p> | <p>受領</p> <p>受領</p> <p>受領済み（原案確認済みケアプラン）</p> <p>アセスメント</p> <p>○個別サービス計画の作成</p> <p>利用契約 事前アセスメント 個別サービス計画</p> <p>サービス計画書</p> | <p>受領</p> <p>受領（原案確認済みケアプラン）</p> <p>受領</p> | サービス提供前まで |
| | ⑦ サービス提供 | | | <p>サービス提供</p> <p>○サービス提供を行う。日程変更等合ったときは、利用者とはサービス事業者と調整する。</p> <p>サービス提供</p> | |

| | 地域包括支援センター | 受託事業者 | サービス提供事業者 | 利用者・家族 | 時期 |
|-------------|---|---|--|----------------|-------|
| ⑧ モニタリング・評価 | | <p>受領</p> <p>○利用者の状況把握 ・利用者への訪問又は電話連絡等の方法によりモニタリングを実施・毎月のモニタリング結果記録</p> <p>受領</p> <p>【評価（プラン終了月）】 利用者宅へ訪問達成状況の確認、介護予防マネジメントサービス評価表を作成する。</p> <p>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</p> <p>〈プランを変更・継続する場合〉 「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」に基づき、ケアプランの見直しを行う。</p> | <p>利用状況報告 ・受託事業者へサービス利用状況報告を行う。</p> <p>サービス利用状況報告等</p> <p>モニタリング</p> <p>○個別サービス計画に沿った評価を行う。</p> <p>個別サービス計画評価票等</p> <p>計画目標達成状況の報告</p> | ○面接等 | 3か月毎等 |
| ⑨ 給付管理（毎月） | <p>受領・確認</p> <p>【介護報酬請求】 ・「介護予防サービス利用・提供票」をもとに「給付管理票」を作成し、「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」等を国保連へ伝送。</p> <p>○国保連合会から介護報酬受領</p> | <p>【給付管理】 ・サービス事業者から「介護予防サービス利用・提供票」を受け取り、サービス利用実績を確認する。 ・「介護予防サービス利用・提供票」「介護予防プラン作成請求者一覧表Ⅰ・Ⅱ」を作成し、地域包括支援センターに提出</p> <p>介護予防サービス利用・提供表（実績入り）</p> <p>○国保連合会から介護報酬受領</p> | <p>【実績状況報告】 ・受託事業者へサービス利用状況の報告を行う。</p> <p>介護予防サービス利用・提供表</p> <p>【給付管理】 ・介護報酬等を国保連合会へ請求</p> <p>○国保連合会から介護報酬受領</p> | | 終了時 |
| ⑩ 計画変更・更新 | ○地域包括支援センターへ、プラン終了を連絡 | <p>【プラン終了時】 ○プラン終了について、利用者、家族に説明を行い、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録にその旨を記載する。 ○要介護認定申請・区分変更を行う際は、必ず地域包括支援センターへ連絡すること</p> | 訪問・説明 | 改善・要介護認定・転居・死亡 | 随時 |