

介護予防・日常生活支援総合事業

Q&A



平成 30 年 4 月

愛南町



訪問型サービス

Q1 国基準訪問型サービス（A2）の1回あたりの単位は、単独でも使えるのか（2週間に1回程度サービスを必要とする方など）。

A1 国基準訪問型サービス（A2）の1回あたりの単位は、基準緩和訪問型サービス（緩和A：緩和した基準によるサービス）（A3）と組み合わせないで（単独で）用いることはできません。組み合わせる場合でも、月の合計単位が「訪問介護相当サービスの包括単位」以下となるようにする必要があります。

なお、国基準訪問型サービス（A2）は、最低でも週1回程度の訪問が必要とされた方に対する支援を想定していますので、適切なケアマネジメントをお願いします。

Q2 削除（暫定期間の取扱いが変更となったため）

Q3 従前より介護予防訪問介護を利用していた利用者が、認定更新等により国基準訪問型サービス（A2）の対象者となった。サービス提供が継続される場合、新たに初回加算を算定することは可能か。

A3 国基準訪問型サービス（A2）について初回加算を算定できるのは次の場合です。

- ① 利用者が過去2ヶ月以上、当該事業所からサービス提供を受けていない場合
- ② 要介護者が要支援認定を受けた場合又は事業対象者となった場合

予防給付から総合事業に移行した場合は、同一事業所からサービス提供が継続されたと考え、初回加算を算定できません。

Q4 介護予防訪問介護を利用している利用者が、**国基準訪問型サービス（A2）**を利用する事になった場合、契約書は改めて取り交わす必要があるのか。

A4 改めて取り交わすことが適当と考えます。しかしながら、提供されるサービスの内容、その他契約の内容について、誤解が生じないようであれば、覚書等を取り交わすといった対応でも差し支えないと考えます。

Q5 **基準緩和訪問型サービス（A3）**のサービス提供者に「町長が定める研修を修了した者」とあるが、どんな研修を、どのくらいの期間受けた人が対象になるのか？また、この指定研修は、毎年度実施するのか？年何回くらい実施する予定か？

A5 町長が別に定める研修とは、愛南町基準緩和型サービスの従事者研修の実施に関する要綱（別紙）による研修であり、町及び指定事業者によって実施します。6時間程度の講義・演習と、2回程度の同行訪問研修（事業所で実施する場合）となっています。町においては、年1回程度の開催を予定しています。

Q6 **基準緩和訪問型サービス（A3）**の町指定研修修了者は、何人くらい養成することを想定してるか。また、町指定研修終了後も、随時スキルアップの講座等あるのか。資格の更新は定期的に必要になるか。

A6 指定研修修了者の養成について、制限や目標数の設定、資格の更新については今のところ考えていません。スキルアップのための研修は、今後必要に応じて検討していきますが、各訪問介護事業所で必須となっている研修への参加を含め、事業所外での各種研修にも積極的に参加していただくよう各事業所において働きかけをお願いしたい。

Q7 **基準緩和訪問型サービス（A3）**の町指定研修修了者は、どのような物で確認したら良いか。

A7 研修修了時に交付する愛南町基準緩和型サービス従事者研修の研修修了証により確認ができます。

Q8 指定研修実施者が研修を実施することにより、町から委託料や補助金は出るのか。

A8 町から指定研修実施者の研修実施に際して、補助金等の支給はありません。テキスト等は申請があれば、無料でお渡しします。指定研修実施者に係る指定は指定研修実施者が実施する研修を基準緩和型サービス従事者研修とすることが出来る効力を有するものであって町と指定研修実施者との間に委託契約等が生じるものではありません。

Q9 月途中に、**基準緩和訪問型サービス（A3）**のみの対応から**国基準訪問型サービス（A2）**に変わった場合、どのような対応が必要か？

A9 月途中で**基準緩和訪問型サービス（A3）**から**国基準訪問型サービス（A2）**にサービスを変える必要がある場合は、計画書を変更し~~（簡易版の様式の場合は現行版に）~~国基準訪問型サービス（A2）のサービスを位置づけします。1月の中に**基準緩和訪問型サービス（A3）**と**国基準訪問型サービス（A2）**とが混在しますので、その月の**国基準訪問型サービス（A2）**は特例（併用の場合）とみなして、1回当たりの単価で請求を行います。翌月以降は**国基準訪問型サービス（A2）**の月額額の包括単価で請求します。

★この取扱いの変更（見え消し部）は平成30年6月1日サービス提供分からとなります。

Q10 元々**国基準訪問型サービス（A2）**のみだった利用者が、**基準緩和訪問型サービス（A3）**を新たに追加する場合、訪問型のコストは**基準緩和訪問型サービス（A3）**の金額で算定したので良いか。

A10 **国基準訪問型サービス（A2）**と**基準緩和訪問型サービス（A3）**を併用する場合、月途中からであっても、その月の**国基準訪問型サービス（A2）**は1回単価で算定することになります。その月に利用した**国基準訪問型サービス（A2）**と**基準緩和訪問型サービス（A3）**それぞれに回数×単価で金額を算定します。

Q11 国基準訪問型サービス（A2）と基準緩和訪問型サービス（A3）を併用する場合、国基準訪問型サービス（A2）は週1回程度なら月4回まで、週2回程度なら月8回までとされているが、月によって5回目や9回目がある時の算定はどうなるのか。

A11 月により5回、9回目がある場合は総合事業で認めます。あくまで利用曜日の影響により5回・9回になるものを認めます。

月によっては利用曜日の影響により、サービスの利用回数が10回目が出現する場合があります。その場合も上限額（週1回程度・1,168円/月、週2回程度・2,335円/月、週3回程度3,704円/月）が超えないように調整しているものであれば算定を認めます。

Q12 計画上は、毎回、身体介護＋生活援助で週3回程度の国基準訪問型サービス（A2）の利用が位置づけられており、入浴介助の後、調理の支援を行っていたが、訪問してみると、体調不良のため、調理の支援のみを行った。この場合、基準緩和訪問型サービス（A3）との併用の取り扱いになるのか。

A12 計画上国基準訪問型サービス（A2）で位置づけがあり、利用者側のやむを得ない理由により、たまたま身体介護の提供が出来ず、訪問介護員による生活援助が提供された場合は、併用の取り扱いにはせず、国基準訪問型サービス（A2）の月額単価で請求をしてください。ただし、月の内、1回も身体介護が提供されていない場合は、基準緩和訪問型サービス（A3）での算定になります。（その場合計画変更が必要：体調不安定などで、そういった状況が予測できる場合には、計画に体調不良時の基準緩和訪問型サービス（A3）の位置づけをしておけば、計画変更は必要ないものとする）

Q13 要支援2の人で、週に2回入浴介助（国基準訪問型サービス（A2））が入っており、週に1回家事援助（基準緩和訪問型サービス（A3））が入っている。（計週3回の利用）利用者の都合で、その月だけ入浴介助が週1回、家事援助が週1回の利用になった場合、国基準訪問型サービス（A2）の1回単価はどうなるのか。

A13 国基準訪問型サービス（A2）は基準緩和訪問型サービス（A3）と併用する場合は、1回当たりの単価になりますので、月の内、（国基準訪問型サービス（A2）と基準緩和訪問型サービス（A3）合わせて）週3回入った週が1回もなければ、国基準訪問型サービス（A2）（併用）の週2回程度の単価（270単位/回）で算定し、請求してください。（提供票は実績に応じて修正すること） ※月途中での単価の変更の必要はありません。（月の内1週でも週3回の利用があれば週3回の単価（285単位/回）で算定する）

なお、本人の都合により、介護予防訪問サービス計画（従来の介護予防訪問介護計画）のサービス提供ができなかった場合でも、計画書を変更する必要はありません。ただし、状況の変化が著しい場合については、翌月から、計画の変更を検討してください。（マネジメントも同様）



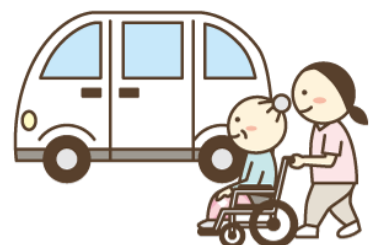
通所型サービス

Q 1 通所型サービスについて、回数×単価を基本とし、回数が上限となる場合のみ月単価となっている。例えば要支援2の利用者が月9回利用予定だったところが入院となり、7回しか利用がなかった場合、算定はどうか。

A 1 通所型サービスについては、実績に応じた回数×単価で算定しますので、7回×単価となります。

Q 2 要支援2の認定を受けられたかたが遅延により、通所型サービスを暫定利用する場合、暫定期間中の回数についてはどのように考えたらよいか

A 2 認定結果が非該当なら全額自己負担。要支援1なら、要支援1の基準回数を超える分は全額自己負担になりますので、御利用者、御家族とよく相談のうえ、暫定期間中の利用回数の調整を行ってください。





介護予防ケアマネジメント

Q1 国基準訪問型サービス（A2）と基準緩和訪問型サービス（A3）を併用している利用者が、月頭に基準緩和訪問型サービス（A3）のサービスのみ利用した時点で入院になり、その月に現行相当サービスを利用しなかった場合のコスト算定はどう対応したらよいか。基準緩和訪問型サービス（A3）の算定になるか？

A1 現行相当サービスを月に1回も利用していない場合はその月の利用料の算定できません。基準緩和訪問型サービス（A3）の利用料だけを算定してください。

Q2 普段は基準緩和訪問型サービス（A3）のみ利用している利用者が、家族の都合により時折介護予防短期入所生活介護を利用する場合は、その都度プランの差し替えが必要か。

A2 利用者の状況が変わり、新たなサービスを位置付ける場合は、これまで通りプランの変更は必要です。~~簡易版の様式を利用していた場合には、現行版（介護予防サービス・支援計画表）への書き換えが必要になりますが、既に現行版（介護予防サービス・支援計画表）で作成している場合は、変更点とサービス追加について修正すれば、ショート利用が有る月も無い月も計画書を作り直す必要はありません。ただし、請求はショート利用がある月は介護予防支援費（430単位）、緩和Aのみの場合は介護予防ケアマネジメント費（B：410単位）で算定してください。~~

★この取扱いの変更（見え消し部）は平成30年6月1日サービス提供分からとなります。

Q3 プラン内容が変更になった場合、プラン作成料の算定はどの時点に変更になるか。

A3 その月のサービスの利用状況によって違ってきます。

月の内、1回でも予防給付サービスを利用する場合は介護予防支援費、予防給付サービスの利用がなく、~~訪問又は通所型の相当サービスの利用がある~~場合は介護予防ケアマネジメント費（A：430単位）~~訪問型（緩和A）のみの利用者は介護予防ケアマネジメント費（B：410単位）~~での算定となります。

★この取扱いの変更（見え消し部）は平成30年6月1日サービス提供分からとなります。

Q4 利用者と地域包括支援センターから受託する指定居宅介護事業所との間では特に重要事項説明書や個人情報使用同意書など取り交わす必要性はないとの解釈でよいか。

A4 原則として利用者と地域包括支援センターの間で重要事項説明や契約書等の確認・締結を含めた業務を行うことにしています。個人情報使用同意書については、これまでどおり、基本情報の中に含まれていますので、各委託事業所担当者により取り交わすようお願いいたします。

Q5 認定有効期間の開始日が28年4月1日からの要支援者について

月により、総合事業のみの場合と、予防給付+総合事業の場合があるようなケース（通常は訪問サービスまたは通所サービスのみで、時々ショートを利用する場合など）、総合事業のみの利用者が月途中から用具レンタルすることになったケース、逆に用具レンタルをやめるケースなどが想定されるが、こういった場合は「介護予防支援費」と「介護予防ケアマネジメント費」のどちらを請求することになるのか？

A5 総合事業のサービスのみを利用する月は介護予防ケアマネジメント、予防給付と総合事業の両方のサービスを利用する月は介護予防支援費（予防給付）となります。そのため、月ごとにサービスの内容に応じて、介護予防支援費または介護予防ケアマネジメント費を選択して請求します。

1日でも予防給付のサービスを利用する場合は、その月は介護予防支援費として請求します。

Q6 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを交互に実施する利用者の介護予防サービス・支援計画書については、共通する1枚を作成して流用する形でよいのか。

A6 貴見のとおりです。

「介護予防サービス・支援計画書」は介護予防支援と介護予防ケアマネジメントともに使用する共通様式ですので、流用できます。介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを交互に実施しても、計画書を作成しなおす必要はありません。ただし、本人の状態変化等がある場合には、計画書の見直しを行ってください。

Q7 居宅ケアマネの配置について、予防給付の利用者については、2分の1と数えてきたが、ケアマネジメントAについては、取り扱いはどのようになるのか。

A7 介護予防マネジメントについて件数制限は設けていないが、居宅介護支援に支障があるまでの件数を委託することは当然想定していない。町としては依頼する件数の目安として、ケアマネ1人10件までと考えています。

Q8 サービス計画書の作成方法、書式などは現行の介護予防サービスのものを流用し現行の方法で処理してよいのか。「事業対象者」など明記する必要はあるのか。

A8 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントAについては、現行のものを流用してください。~~介護予防ケアマネジメントBの場合のみ、簡易版の様式が選択できません。~~要支援者の場合は要支援認定区分を丸で囲み、非該当の場合のみ事業対象者を丸で囲みます。

★この取扱いの変更（見え消し部）は平成30年6月1日サービス提供分からとなります。

Q9 要支援認定者で総合事業のサービスに加える形で予防給付（福祉用具貸与、訪問看護等）のサービスが入り、予防給付のサービスの休止や再開が頻繁にあるケースの場合、その都度介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来することとなるのか。その場合の手続きはどのようになるのか。

A9 貴見のとおり。書式については、現行版の様式が介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのどちらでも流用できるので単純なサービスの休止等であればプランの軽微な変更として取扱ってください。

なお、その場合初回加算は算定できないことに留意してください。

Q10 総合事業開始以降も介護保険の要支援者で、総合事業サービスしか利用しない場合の居宅（介護予防）サービス計画作成届出書に関して、総合事業分として新たに届出が必要か。

A10 基本的には新たな届出が必要だが、省略も可能。



その他の生活支援サービス

Q 1 要介護認定非該当の方はチェックリストのうえサービス調整会議にかかって対象者となるのか？

A 1 配食サービスのみを希望する場合は、サービス調整会議の判断は不要。





サービスコード・請求事務

Q1 要支援の方の請求の方法は現行通り国保連に請求すればいいのか。また、総合事業対象者の請求は違う方法となるのか。

A1 請求は要支援認定者・事業対象者ともに国保連に行くこととなります。

Q2 (町)訪問型サービス(緩和型A)Ⅱを要支援2の認定者が週1回利用する場合、どのサービスコードにより算定すればよいか？

A2 A31005 (180 単位)。要支援2 (週3日程度)とあるのは、週3回を限度とする。





その他

Q 1 要介護認定で非該当と判定された方がサービス利用を希望する場合、基本チェックリストの結果を踏まえてサービス調整会議を行うとありますが、この会議はどのくらいの頻度で開催予定でしょうか。

A 1 適宜開催を考えています。

Q 2 要介護認定で非該当と判定された方が基本チェックリストを実施する時、誰が基本チェックリストを実施するのでしょうか。また、その結果どのような判定であればサービス利用が可能となりますか。

A 2 介護保険係によりサービス利用希望の有無を確認し、希望があれば包括スタッフがチェックリストを実施。サービスの必要性をアセスメントして、サービス調整会議を行い、サービスの必要性を認められれば利用可能となります。

Q 3 重要事項説明等の取扱いについては、従来と同じと考えてよいか。

A 3 従来の運営基準と同じく、サービス提供の開始に際しては、利用申込者又はその家族に対し、利用申込者のサービスの選択に資すると認められている重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用者申込者の同意を文書により得る必要があります。

Q 4 事業対象者を確認するために「介護保険被保険者証」に代わるものがあるのでしょうか。確認方法を教えてください。

A 4 事業対象者へも「介護保険被保険者証」を交付する予定です。これまでの被保険者証の認定結果項目へ「事業対象者」と表示されます。



Q5 事業対象者の一時的な区分支給限度額の変更について、具体的な根拠とその期間について

A5 事業対象者の限度額は要支援1の限度額を目安として行うとされており、利用者の状態によっては、要支援1の限度額を超えることが可能(要支援2の限度額まで)とされています。事業対象者は要支援1・2相当レベルの方を想定しており、愛南町においては、利用者の状態による一時的な変更が必要な場合、2か月を限度に要支援2の限度額を認めることとしています。具体的な期間はケアマネジメントに基づき決定します。相談窓口は地域包括支援センターとし、センター経由で提出書類を町担当者へ提出することになります。提出書類については、事業所説明会資料を確認してください。

Q6 定款の変更も必要か

A6 総合事業の記載がない場合には定款の変更が必要になります。

(記載方法は説明会資料参照)

Q7 総合事業実施に関して、訪問介護・通所介護事業者は、定款の変更、運営規程の作成が必要であるが、ケアプラン作成等の業務を地域包括支援センターから受託する居宅介護支援事業者に対しては、どこまでの対応が必要となるのか。

- ・定款の変更(総合事業に関する事項を追加する)
- ・運営規程(総合事業用)の作成

A7 ともに必要である。



Q8 介護保険料を滞納している被保険者が介護保険サービスを利用するときは、償還払い式への変更、一定期間は3割負担といった給付制限が付く。例年、介護保険料の徴収に関して、時効等に伴い不能欠損処理が一定数発生しているため、総合事業開始後は事業対象者にも保険料を滞納している人が出てくるのが予想される。

介護保険料の滞納者に対する給付制限については、ガイドラインには記載がなく、市町村の裁量で対応することになると思うが、愛南町においてはどのように行われるか。

A8 給付額減額等の記載を受けた日の属する月の翌月の初日から当該給付額の減額期間が経過するまでの間に利用した指定事業者による総合事業のサービス適用する場合においては、「100分の70」とします。

Q9 総合事業開始前にみなし指定を拒否する事業者がでてきたが、この場合どのように対応すればいいか。

A9 総合事業開始後に廃止届を町に提出することになる。

Q10 体制加算関連で事業者指定の際に「介護給付費算定に係る届出書」の提出が必要になると思うが、届出を受け付けた後の手続きの流れはどのようになるのか。(介護職員処遇改善加算に関する手続きの流れと同じようになると思うが、両者の手続きの流れを確認したい。)

A10 体制系の加算の取扱いは事業者の事務負担を考えれば、県の流れに準じてもらうことになると思う。

Q11 定款の変更、運営規程の作成に関して、先進地において、みなし指定業者は、事業開始にあたって届出が必要とする市町村と、不要(届出は不要としているところでも更新申請手続を行うまでには変更を行うことを求めていることに加えて、実施指導の際に確認している)とする市町村があるが、どちらで対応すればよいか。

A11 定款等の変更は必要ですが、届出は不要。変更のタイミングについては、総合事業開始時とするが、事業所の理事会等の開催状況等を考慮し、手続きが進んでいることを確認できる書面の提出を求め、後日正式な書面を提出していただく。

Q12 移行期間中は、予防給付と総合事業の利用者が併存することから、事業者に定款変更の要請を行う際には、『定款には、総合事業についての記載（例：「介護保険法に基づく第1号訪問事業」「介護保険法に基づく第1号通所事業」）を追加する』としてよいか。

A12 可能である。

Q13 事業所の運営規程の作成方法として

現行の運営規程（居宅サービス、介護予防サービス用）とは別に新たに総合事業用のものを作成する。または、現行の運営規程に総合事業の内容を追加して一体的に作成するの2つが考えられる。

事業者はどちらの方法を選択しても差し支えないと思うが、はどのように考えているか。

A13 どちらの方法でも可能である。

Q14 総合事業の指定事業者の事業所番号だが、みなし指定を受けている事業者に関しては、介護給付・予防給付に関する事業所番号と、総合事業に関する事業所番号は同一と考えてよいか。

A14 事業所番号は同一となる。

Q15 要支援1・2で総合事業を利用する方について、本人と事業所との総合事業サービス利用に係る契約は、みなし事業所または総合事業サービス事業所（平成27年4月1日以降に開所した事業所で市が指定した事業所）と本人の新たな契約は不要と理解しているが、そのとおりで良いか。

A15 既存の契約で読めれば可能と考える（市町村の判断。）

既存の契約が「介護予防訪問（通所）介護の提供」に関する事項であれば、総合事業には適用されないため、現在の予防給付等と同様に、指定事業者は、利用者に対して重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得た上でサービス提供が開始される。

Q16 サービス利用が予防給付から総合事業に移行する際、原則的には改めて契約が必要であるが、予防給付でのサービスと総合事業で提供されるサービスの内容、その他契約の内容について「誤解が生じないようであれば、覚書等を取り交わすといった対応でも差し支えない」としているが、これは可能か。

A16 可能である。

Q17 要支援2の方が更新認定で認定遅延となり、暫定プランにより暫定利用で週2回のデイサービスと、週3回の訪問型サービスを利用していましたが、結果、要支援1の認定となりました。この場合、暫定期間中の要支援1の限度額を超える分の利用については10割負担になりますか？

A17 貴見のとおりです。

Q18 平成29年度に要支援認定が出て、**基準緩和訪問型サービス(A3)**のみ(週2回)利用の方は、次の認定更新も受けなければなりませんか？

A18 次の認定更新の際、有効期間満了の2か月前には認定更新のお知らせをします。

更新申請前に、利用者・家族と話し合い、このまま**基準緩和訪問型サービス(A3)**のみ(週2回まで)の利用で良い場合は、基本チェックリストに記入し、これを提出する(提出代行可)ことで、認定更新を省略することができる。(利用者基本情報、計画書の添付が必要です)

サービス利用の適・否については、基本チェックリスト該当⇒サービス調整会議で判断します。(提出から1月以内に結果を通知します。事業対象者の有効期間は2年です。)

