

紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン

令和 7 年 4 月改訂



高齢介護課
ホームページ



厚生労働省
総合事業関係規定等



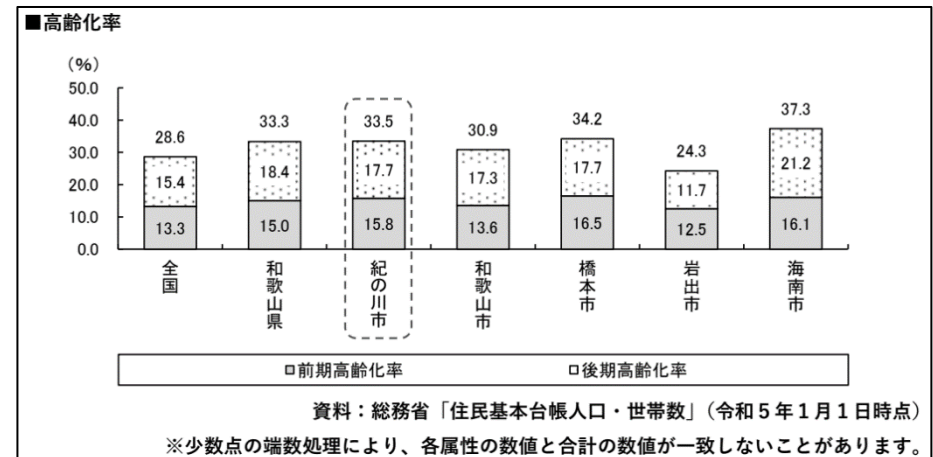
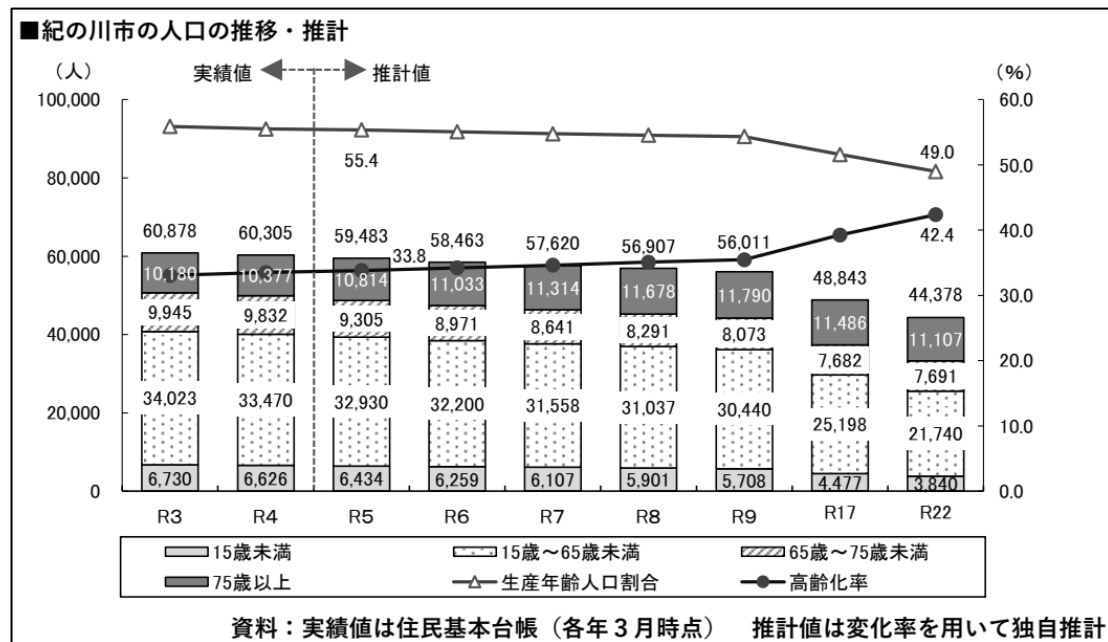
■ ■ 目 次 ■ ■

- ① 紀の川市の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 2～P. 3
- ② 総合事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 4～P. 5
- ③ 相談からサービス利用の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 6～P. 13
- ④ 介護予防ケアマネジメント・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 14～P. 17
- ⑤ 指定事業（介護予防訪問（通所）介護相当サービス、訪問（通所）型サービスA）・・・ P. 18～P. 31
 - ・ 指定の基準等
 - ・ 請求方法
- ⑥ 委託事業（訪問（通所）型サービスC）・・・・・・・・ P. 32～P. 39
 - ・ 委託の基準等
 - ・ 請求方法
- ⑦ サービス利用の上限と利用者負担・・・・・・・・・・・・ P. 40～P. 42
- ⑧ おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P. 43～P. 44

■ 紀の川市の状況 ■

■ 第9期紀の川市介護保険事業計画及び高齢者福祉計画より ■

～高齢者を取り巻く状況～



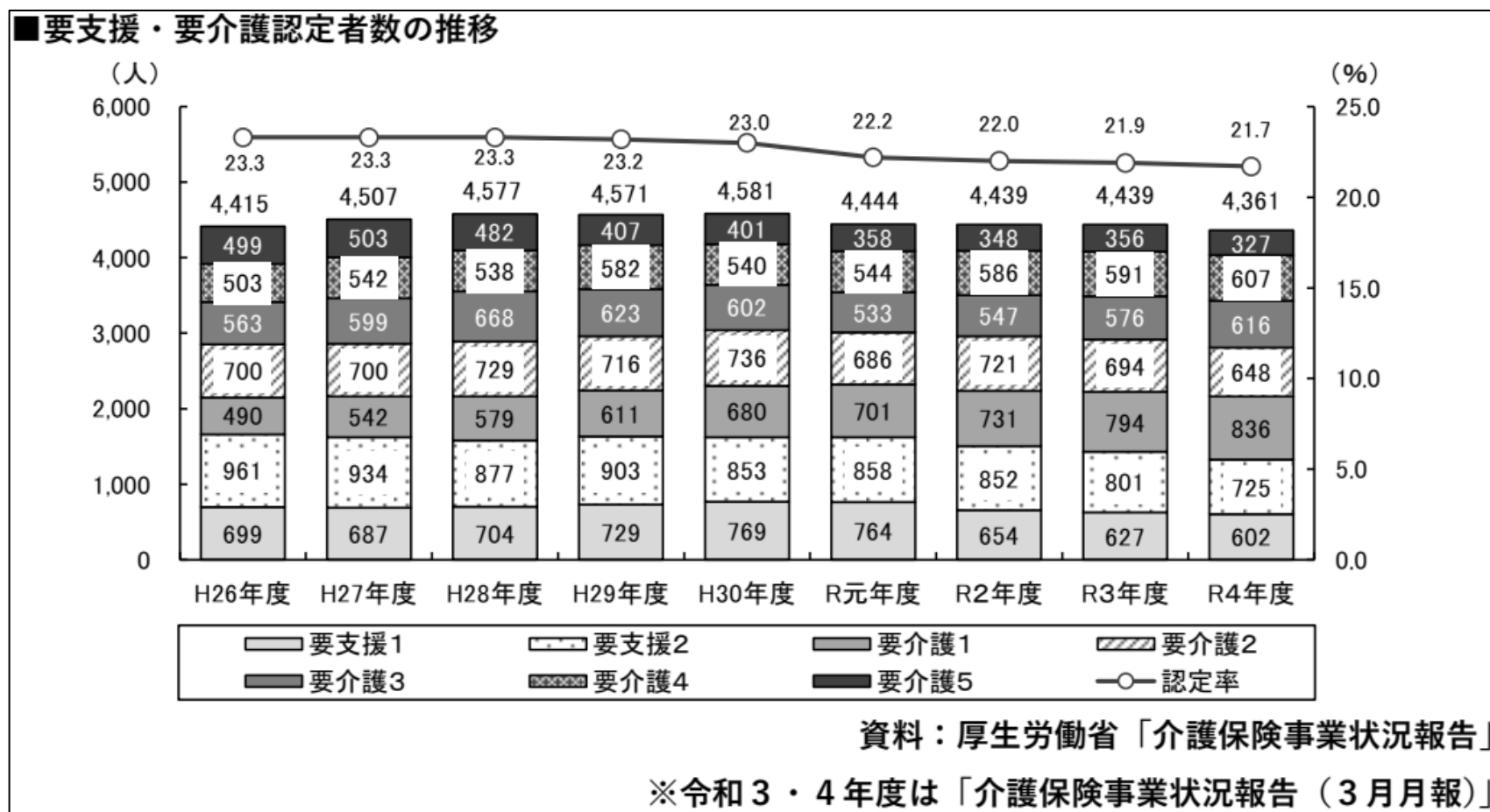
本市の総人口は年々減少し、令和4(2022)年時点で60,305人となっており、令和22(2040)年時点で44,378人まで減少する見込みです。生産年齢人口割合が低下する一方で、高齢化率は上昇し続けると見込まれており、令和22(2040)年時点での生産年齢人口割合は49.0%、高齢化率は42.4%となる見込みです。

高齢化率は、令和4(2022)年時点で33.5%と全国や和歌山県平均を上回っています。

～要支援・要介護認定者の状況～

要支援・要介護認定者数は年々増加しており、令和4(2022)年度で4,361人となっています。認定結果別にみると、要介護1の認定者が最も多くなっています。

また、令和4(2022)年度の認定率は21.7%となっており、近隣4市と比較した場合、2番目に高くなっています。調整済重度認定率、調整済軽度認定率ともに全国・和歌山県平均より高くなっており、重度化防止の取り組み、介護予防事業の強化が必要となります。



■ ■ 総合事業の概要 ■ ■

■ 地域づくりとしての総合事業 ■ ●事業者の皆さんも一緒にお考えください●

☑地域のニーズが多様化するなか、紀の川市として提供すべきサービスの検討(多様な生活支援の充実)

- ・訪問介護や通所介護といった全国一律のサービス提供ではなく、多様化する地域のニーズに合わせたサービスの創設が必要ではないかということで、いわゆる介護予防・日常生活支援総合事業の導入が義務付けられました。
- ・国としては、市町村それぞれの実情に応じたサービスが創設できるよう、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業に移行しました。
- ・紀の川市としては、紀の川市に合うサービスを創設して、高齢者が今持てる健全な心身機能を維持するため、介護予防を念頭に置いたサービスの提供をすることが重要であると考えています。

☑介護予防の推進(一対一の関係から一対多へ)

- ・介護予防とは、高齢者が要介護状態等となることの予防(自立支援)や要介護状態であったとしてもそれ以上悪化しないこと(重度化防止)を目的として行うことです。
- ・これからの介護予防は、要介護となるリスクのある高齢者を抽出して機能回復訓練などを行う高齢者本人へのハイリスクアプローチだけでなく、生活環境の調整や生きがい、社会参加など高齢者本人が役割を持って活躍できるような要素(QOL の向上)を含んだポピュレーションアプローチが必要です。

☑介護人材の不足(新たな担い手の確保)

- ・介護人材が不足しています。今後ますます高齢化率の増加が見込まれるなか、中重度の高齢者を支えるための介護人材がさらに不足すると言われています。
- ・平成 27 年度には基準が緩和され、資格を有さなくても介護現場で働くことができる事業区分が創設されました。既存の介護人材をより重度の利用者にシフトできるよう、国としては前述のように基準を緩和し、軽度者についての生活支援サービスは新たな担い手でサービス提供できる仕組みを示しています。

また、新たな担い手として高齢者も期待されています。「退職後まだまだ働きたい！」や「高齢になったがまだまだ元気！」という高齢者をうまくマッチングすることも想定し、新たな担い手の確保が急がれます。（入門的研修の実施及び就労的活動支援コーディネーターが配置されています。）

☑自立支援型サービスの充実

- ・令和6年3月末で、約200カ所の体操拠点やサロン等が紀の川市には存在します。これからも元気でいたいと定期的に健康づくりに自主的に取り組んでくれています。
- ・フレイル予防に必要な「栄養・口腔、運動、社会参加」が組み込まれた自立支援サービスの充実を図るため、地域活動の推進に加え、事業所で実施するご当地体操や自立支援型サービスを提供する通所系事業所を認定する事業、体力測定データの共有など、自立支援や重度化防止に資するサービスも推進しています。
- ・レクリエーションやカラオケなどの心のリフレッシュを図ることにより、自立意欲を上げていくことも大切ですが、運動を中心としたアクティビティな自立支援型サービスも必要です。それぞれの状態像に合わせて、サービスを選択できるよう事業の充実を図っています。

☑認知症施策の推進

- ・認知症の方の意思が尊重され、終生まで住み慣れた地域でよりよい環境のもと、自分らしく暮らし続けることができる社会を実現しなければなりません。
- ・総合事業においても、認知症の方に対して適切な支援が行われるよう、市役所や事業所等が地域住民に対し、認知症について正しい理解を促進するための取り組みを進める必要があります。

☑時間をかけた住民主体の「地域づくり」(共生社会の推進)

- ・地域のニーズが要支援者等のみに限定される「サービスづくり」の総合事業ではなく、住民同士がつながれるような住民主体のインフォーマルサービスの充実も併せて、「地域づくり」としての総合事業とすることが最も重要です。
- ・公共サービスを利用していたとしても、その状態像に合わせたインフォーマルサービスの利用も組み合わせて考えるなど、公共サービスのみに頼るのではなく、地域資源を活用した生活支援も考える必要があります。
- ・市や事業所等がお互い意思共有を図り、地域資源を把握し、住民の「やる気」や「お互いさま」という気持ちを引き出し、その気持ちを地域の中で具現化できるよう「住民主体の自発的な取り組み」を後押しする地域づくりをしていかなければなりません。

■相談からサービス利用の流れ■

■サービス利用の流れ■

☑相談受付

- ・被保険者より生活の困りごと等の相談を受けます。
- ・担当者は、総合事業にあるサービスメニューや一般介護予防事業の目的や手続等を十分に説明します。
※住所地特例者に関しては、指定事業者の提供するサービスのみ利用できます。

☑新しい状態区分「介護予防・生活支援サービス事業対象者」(事業対象者)について

- ・事業対象者とは、65歳以上の方で心身の状況や環境、その他の状況から要支援(要介護)状態となることを予防するための支援を行う必要があり、基本チェックリストの実施により該当した方をいいます。
- ・サービスの利用にあたっては、介護予防ケアマネジメントに基づき利用することとなります。

☑事業対象者の有効期間

紀の川市は、事業対象者の有効期間を下記のとおりとします。(2024年4月1日分から)

基本的な有効期間	
一般高齢者(要支援認定者)から事業対象者に移行した場合	基本チェックリスト実施日から有効期間なし
事業対象者から要支援認定者(または要介護認定者)に移行した場合	原則:事業対象者の終了日＝認定日の前日

※事業対象者が要介護認定された場合、事業対象者として認定された日を含む月末までは、総合事業によるサービスの利用を可能とします。

ただし、介護(予防)給付との併用はできませんので、ご注意ください。

※2024年4月1日以前の認定がある方は保険証にある有効期間まで。

※認定を受けてから状態等に変化があった場合は、ケアマネジャーや地域包括支援センターに相談し、再度基本チェックリストを実施するか介護認定申請を行ってください。

☑基本チェックリストを積極的に活用していきます。

基本チェックリスト			
被保険者番号 ()		記入日 年 月 日	
氏名	男・女	生年月日 (年 月 日)	
住所		電話	
	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	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	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	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	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	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	1. いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	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	0. いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)	1. はい	0. いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	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	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	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	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日か分からない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれてきたことが楽しめなくなった	1. はい	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	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	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	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。

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

☑事業対象者に該当する基準

- 1～20の項目で、10項目以上に該当する方
- 6～10の項目で、3項目以上に該当する方
- 18～20の項目に、1項目以上該当する方
- 21～25の項目に、2項目以上該当する方

※事業対象者とならない方でも、生活機能をチェックする中で機能低下がみられる項目があれば、一般介護予防事業の利用を勧め、それ以上悪化しないためのセルフケアマネジメントの重要性を伝えます。

☑基本チェックリスト実施対象者と要介護認定申請対象者

区 分			総合事業のみのサービスを利用したい方	・総合事業だけでなく、訪問看護や福祉用具の貸与等も利用したい方 ・明らかに要支援状態の方	寝たきり状態など、常に介護が必要な状態の方
新規	基本 CL		○	×	×
	認定申請		○	○	○
更新	事業対象者	基本 CL	○	×	×
		認定申請	×	×	×
	要支援認定者	基本 CL	○	×	×
		認定申請	○	○	○
	要介護認定者		すべて認定申請		
区分変更	要介護→要介護 要支援→要介護		すべて認定申請		
	要介護→要支援 要支援→要支援	基本 CL	○	×	×
		認定申請	○	○	○
その他	第2号被保険者		すべて認定申請		
	転入者		上記の取り扱いに準じる		

※基本 CL:基本チェックリスト

■介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書の提出

- ・家族や地域包括支援センターの代行による提出も可。
- ・一般介護予防事業のみを利用する場合は、提出の必要はありません。

■基本チェックリストの実施(認定申請を行わない場合)

・原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて対面で実施します。直接窓口に来ることのできない方は、地域包括支援センターによる訪問や電話、家族等の来所による相談に基づき状況や相談目的等を聴き取ります。

■事業対象者として認定

基本チェックリストの活用と併せ、本人の状況やサービス利用の意向を聴き取り判断し、事業対象者として認定します。

■被保険者証の発行

紀の川市は被保険者証を発行し、被保険者(要支援認定者及び事業対象者)に送付する。

- 9 -

■介護予防ケアマネジメントの開始、サービスのご案内

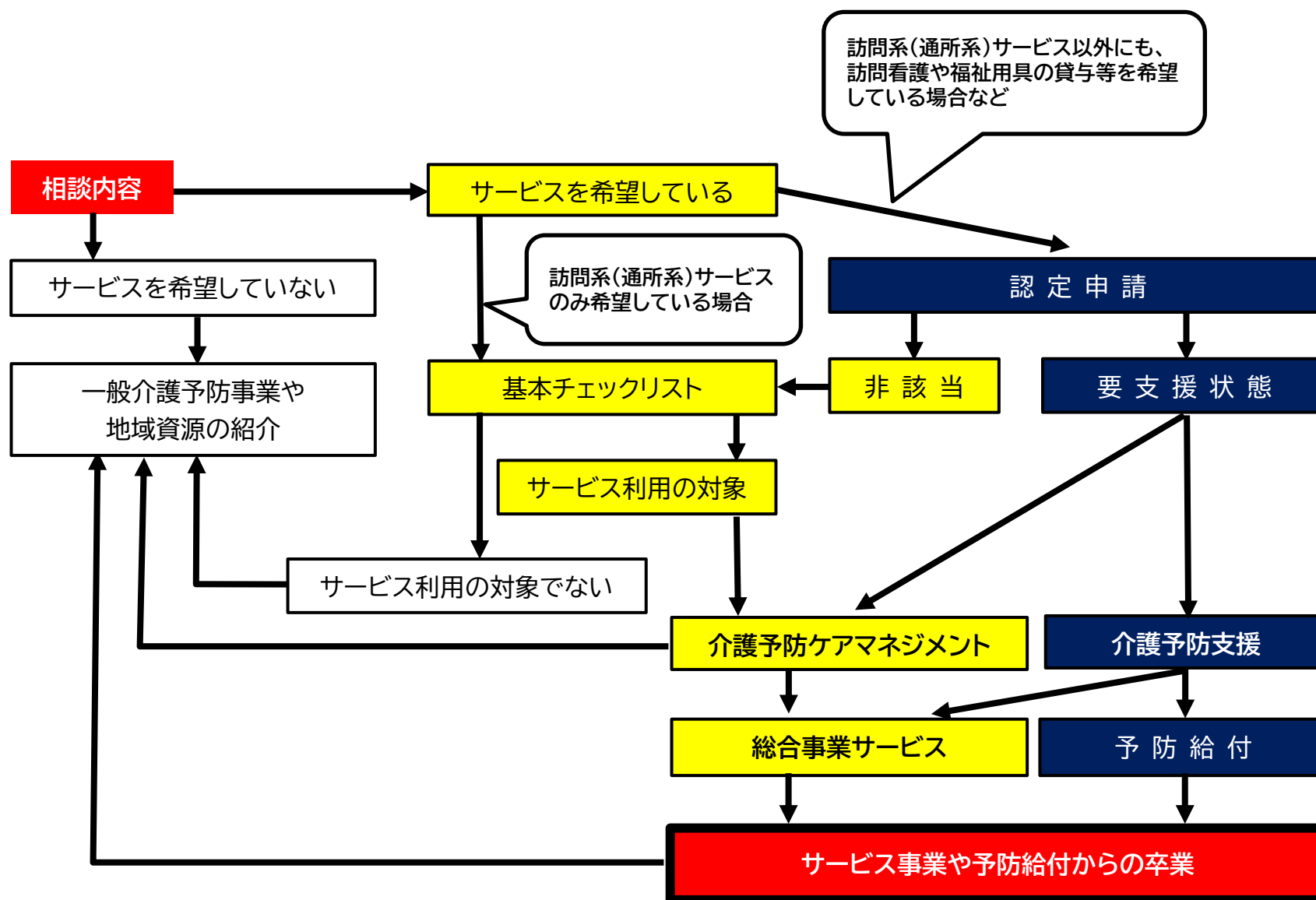
地域包括支援センターが要支援認定者及び事業対象者に対してアセスメントし、その結果に基づきケアマネジメントを行います。

■ケアプラン等の同意

要支援認定者及び事業対象者が利用するサービスに応じたケアプラン等に同意した後、契約を締結します。

契約後、サービス利用が始まります。

☑サービス事業利用までのフロー



■ ■ 住所地特例対象者の見直し ■ ■

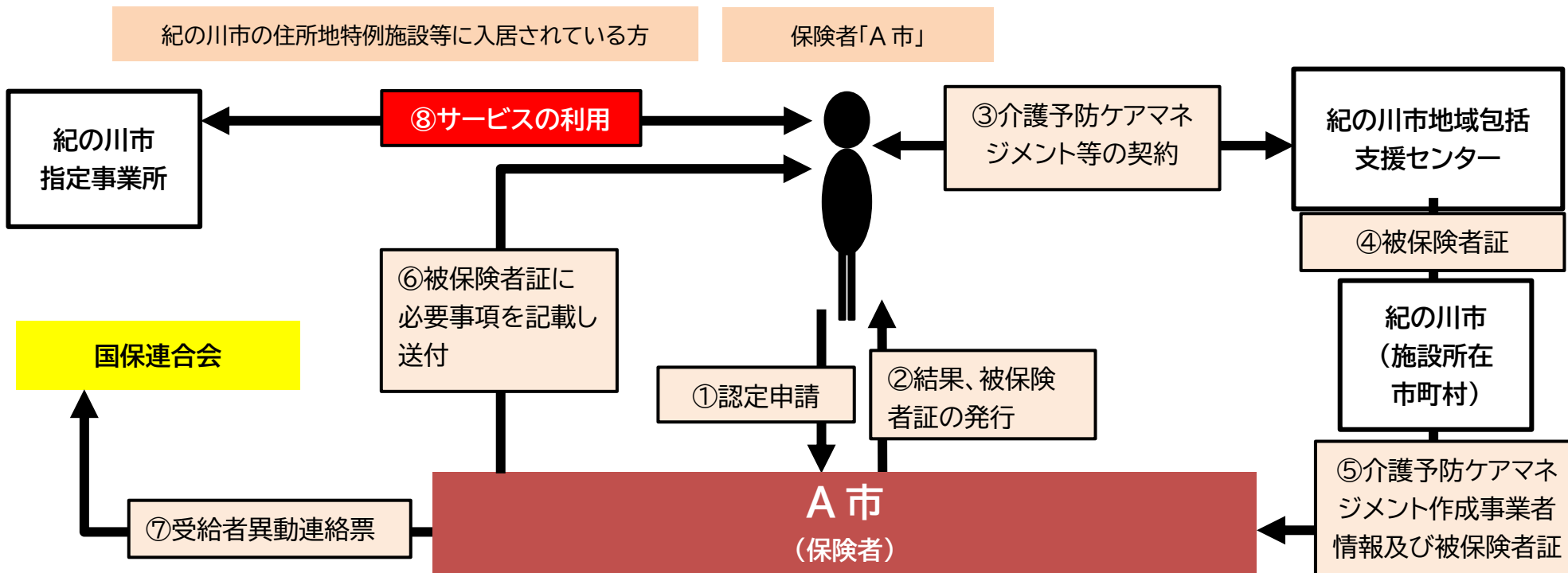
指定事業者によるサービス提供分に限りします。

■ 住所地特例対象者に対する各サービスの実施 ■

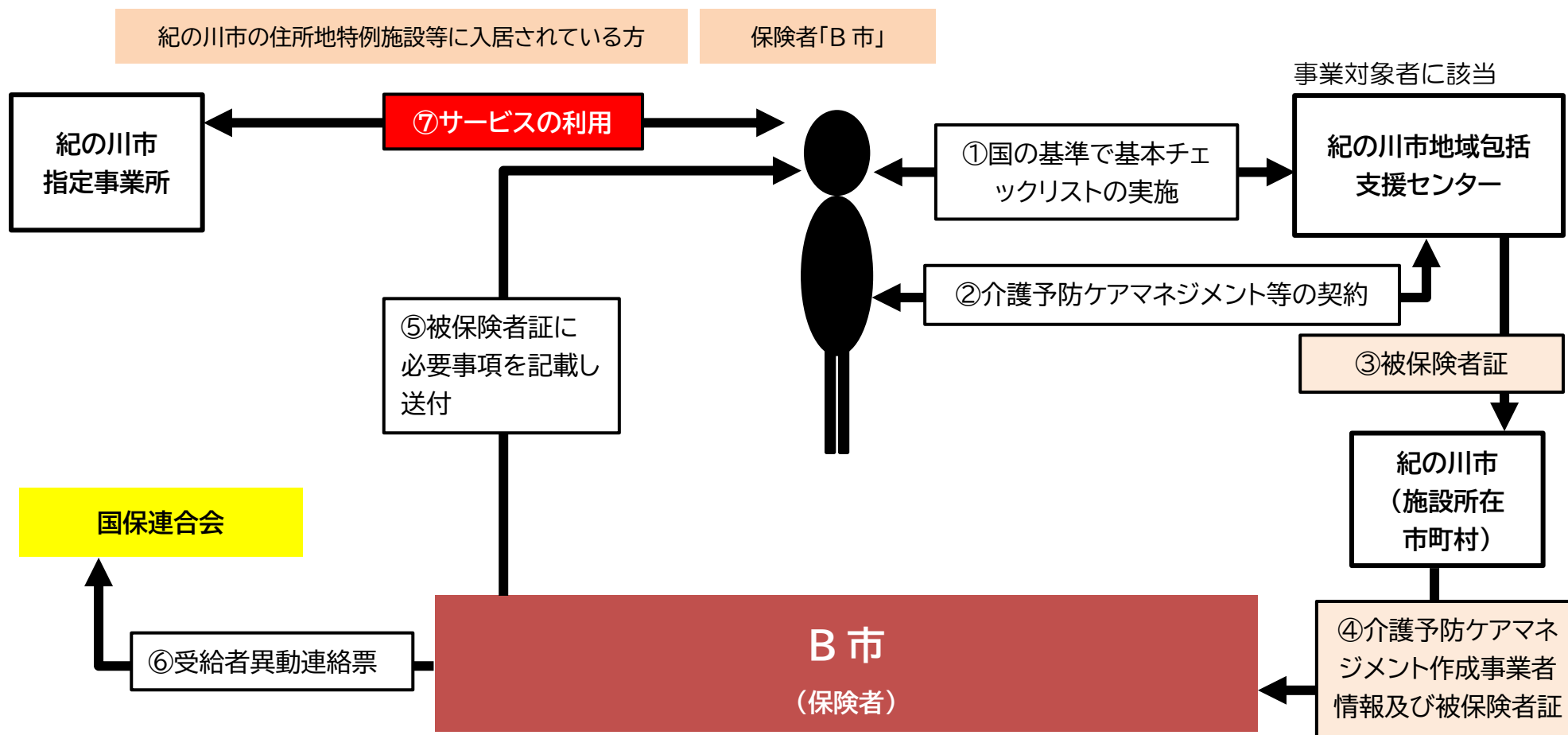
住所地特例対象者は、引き続き保険者市町村の被保険者として、保険料も保険者市町村に納めていることから、当該者に対する地域支援事業の費用は、本保険者市町村が負担することが適当です。故に、介護給付や予防給付では、サービス利用にかかる費用の全額を保険者市町村が支払い、また、介護予防ケアマネジメントについても保険者市町村が行っていました。

平成 27 年 4 月の改正で、住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問・通所介護を総合事業に移行することを踏まえ、住所地特例対象者がより円滑にサービスを受けることができるよう、当該者が居住する施設が所在する市町村が指定した介護予防支援事業者(地域包括支援センター)が行うこととなりました。

☑ 住所地特例対象者(要支援認定者)のサービス利用のフロー(指定事業者によるサービス提供)



☑住所地特例対象者(事業対象者)のサービス利用のフロー(指定事業者によるサービス提供)



■介護予防ケアマネジメントについて■

総合事業による介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センター等が要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態に置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようにケアプランを作成するものです。

種類	要支援認定者 (給付のみ)	要支援認定者 (給付+事業)	要支援認定者 (事業のみ)	事業対象者
介護予防ケアマネジメント (総合事業) ※介護予防給付を含まない、総合事業のみのプラン	×	×	○	○
介護予防支援 (給付) ※介護予防給付のみまたは介護予防給付と総合事業を組み合わせた予防プラン	○	○	×	×

☑生活支援・介護予防サービス事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施主体

- ・包括的支援事業を受託している地域包括支援センター
- ・地域包括支援センターからの委託された指定居宅介護支援事業所

※予防給付におけるケアマネジメント(指定介護予防支援)については、引き続き、指定介護予防事業所としての指定を受けて行うものである。

☑介護予防ケアマネジメント プロセスと類型一覧

※評価期間										
	説明	利用するサービス		サービス提供 開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)	6月目 (5か月後)	9月目 (8か月後)	24月目 (23か月後)
ケア マ ネ ジ メ ン ト A	■アセスメント ⇒ケアプラン原案作成 ⇒サービス担当者会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付 ■モニタリングはおおむね3 か月毎に実施 ■利用者の状況等に応じて サービスの変更も行うことが 可能な体制をとっておく	■介護予防訪問（通所） 介護相当サービス ■介護予防訪問介護相当 サービス+通所型サービス A ■介護予防通所介護相当 サービス+訪問型サービス A	プラン作成	◎	×	×	×	×	×	◎
			サービス担当者会議	◎	×	×	×	×	×	◎
			モニタリング等	—	○	◎	○	◎	◎	◎
			評価	—	—	—	—	—	—	◎
			報酬	基本報酬 （@4,420） ＋ 初回加算 （@3,000） 委託連携加算 （@3,000）	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		高齢者虐待防止措置未実施減算		@ -1/100						
		業務継続計画未実施減算		@ -1/100						

※◎は、利用者の居宅を訪問し、面接してケアマネジメントの実施状況を確認する。（モニタリング：3か月に1回）

※○は、利用者に面接する、または、電話等により利用者と連絡をとり、ケアマネジメントの実施状況を確認する。

※評価期間の最長は24カ月とし、認定期間やケアプラン等に応じた期間を設定してください。

※モニタリング・評価のタイミング ①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったとき。

モニタリング期間について、以下の要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じてその期間を設定することが可能です。

- ・3カ月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。
- ・モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
- ・モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業所からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がされている。
- ・介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間を含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

ただし、以下の場合は除く

- ・初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合
- ・多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）

※評価期間												
	説明	利用するサービス		サービス提供 開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)	6月目 (5か月後)	9月目 (8か月後)	24月目 (23か月後)		
ケアマネジメント B	■アセスメント ⇒ケアプラン原案作成 ⇒サービス担当者会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付 ■モニタリングはおおむね3 か月毎に実施 ■利用者の状況等に応じて サービスの変更も行うこと が可能な体制をとっておく	【短期集中】 ■訪問型サービスC ■通所型サービスC 《基本3か月》 《最長6か月》 ■訪問型サービスC+訪 問型サービスA ■訪問型サービスC+通 所型サービスA	プラン作成	◎	×	○	×	×	(注1) ●については、3か月目で終了 の場合、評価必要。延長の場 合は、延長終了時評価必要。 (注2) 3か月時にサービス担当者会議・ モニタリングを行い、延長が必要な 場合は、 ①軽微な変更とし支援経過記録に 状況記録 ②プランに期間延長の旨を赤字で 記載			
			サービス担当者会議	◎	×	◎	×	○				
			モニタリング等	—	○	◎	○	◎				
			評価	—	—	●	—	●				
			報酬	基本報酬 (@4,420) + 初回加算 (@3,000) 委託連携加算 (@3,000)	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬				
	■アセスメント ⇒ケアプラン原案作成 ⇒サービス担当者会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付 ■モニタリングはおおむね 3か月毎に実施 ■利用者の状況等に応じて サービスの変更も行うこと が可能な体制をとっておく	訪問型サービスA + 通所型サービスA ※2種利用の 場合	プラン作成	◎	×	×	×	×	×	3 か 月 に 1 回 モ ニ タ リ ン グ 実 施	◎	
			サービス担当者会議	◎	×	×	×	×	×			◎
			モニタリング等	—	○	◎	○	◎	◎			◎
			評価	—	—	—	—	—	—			◎
			報酬	基本報酬 (@4,420) + 初回加算 (@3,000) 委託連携加算 (@3,000)	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬	基本報酬			基本報酬
		高齢者虐待防止措置未実施減算		@ -1/100								
		業務継続計画未実施減算		@ -1/100								

※◎は、利用者の居宅を訪問し、面接してケアマネジメントの実施状況を確認する。(モニタリング：3か月に1回)

※○は、利用者に面接する、または、電話等により利用者と連絡をとり、ケアマネジメントの実施状況を確認する。

※評価期間の最長は24か月とし、認定期間やケアプラン等に応じた期間を設定してください。

※モニタリング・評価のタイミング ①少なくとも3か月に1回、②評価期間が終了する月、③利用者の状況に著しい変化があったとき。

モニタリング期間について、利用者本人の状態等に応じてその期間を設定することが可能です。(ケアマネジメントAと同様)

				※評価期間				※評価期間		※評価期間	
	説明	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目 (翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3か月後)	24月目 (23か月後)	48月目 (47か月後)	以降 24か月ごと	
ケア マネ ジ メ ン ト C	■初回のみアセスメント ⇒ケアマネジメント結果案作成 ⇒利用者への説明・同意 ⇒提供者への説明・送付 ■ケアマネジメント結果をサービス提供者に送付または本人が持参 (利用者の同意必要)	訪問型 サービスA 通所型 サービスA ※いずれか1種のみ利用の場合	プラン作成	×	×	×	×	×	×	×	
			ケアマネジメント結果作成	◎	×	×	×	×	×	×	
			サービス担当者との連携	◎	×	×	×	×	×	×	
			モニタリング等	—	×	×	×	○	○	○	
			評価	—	×	×	×	—	—	—	
			報酬	基本報酬 (@4,420) + 初回加算 (@3,000) 委託連携加算 (@3,000)	無	無	無	基本報酬	基本報酬	基本報酬	
		高齢者虐待防止措置未実施減算	@ -1/100								
		業務継続計画未実施減算	@ -1/100								

※◎は、利用者の居宅を訪問し、面接してケアマネジメントの実施状況を確認する。

※○は、利用者に面接する、または、電話等により利用者と連絡をとり、ケアマネジメントの実施状況を確認する。

※評価期間の最長は24カ月とし、認定期間やケアプラン等に応じた期間を設定してください。

■指定事業者の指定基準■

☑指定の基準等(介護予防訪問(通所)介護相当サービス)

指定の基準は、国が示すサービスの基準を準用します。

サービス種類名	介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練
対象者とサービス提供にかかる紀の川市の考え方	■すでにサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ■以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能低下により日常生活に支障がある症状や行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要な者 等	■すでにサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ■「多様なサービス」の利用が困難なケース ■生活機能の向上のトレーニングを行うことで、改善や維持が見込まれるケース
	※紀の川市としては、<u>状態等を踏まえながら、訪問型(通所型)サービス A・C の利用を促進していきます。</u>	
実施方法	事業所指定	
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	通所介護事業者の従事者
基準	人員・設備・運営 介護保険法施行規則第140条の63の6第1号に規定する基準	

単位数	■訪問型サービスⅠ 週1回程度のサービス(月5回まで) 1,176 単位/月(事業対象者・要支援1・2) ■訪問型サービスⅡ 週2回程度のサービス(月10回まで) 2,349 単位/月(要支援1・2) ■訪問型サービスⅢ 週3回まで 3,727 単位/月(要支援2) ※月額包括算定 (老健局介護保険計画課 認知症施策・地域介護推進課 老人保健課/事務連絡・Ⅰ-資料9 に該当する事由については日割りで算定します。)	■通所型サービスⅠ 1,798 単位/月(事業対象者・要支援1) ■通所型サービスⅡ 3,621 単位/月(要支援2) ※月額包括算定 (老健局介護保険計画課 認知症施策・地域介護推進課・老人保健課/事務連絡・Ⅰ-資料9 に該当する事由については日割りで算定します。) ※利用回数については、利用者の状態像において決定する。
	●加算関係 ■特別地域加算 所定単位数に 15%加算 ■中山間地域等における小規模事業所加算 所定単位数に 10%加算 ■中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数に 5%加算 ■初回加算 200 単位 ■生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100 単位/月 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200 単位/月 ■口腔連携強化加算 50単位/回 ■介護職員等処遇改善加算 国の基準に基づいて、加算します。	●加算関係 ■中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数に 5%加算 ■生活機能向上グループ活動加算 100 単位/月 ■若年性認知症利用者受入加 240 単位/月 ■栄養アセスメント加算 50 単位/月 ■栄養改善加算 200 単位/月 ■口腔機能向上加算(Ⅰ) 150 単位/月 ■口腔機能向上加算(Ⅱ) 160 単位/月 ■一体的サービス提供加算 480 単位/月 ■サービス提供体制強化加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ) (Ⅰ) 事業対象者、要支援1 88 単位/月 要支援2 176 単位/月 (Ⅱ) 事業対象者、要支援1 72 単位/月 要支援2 144 単位/月 (Ⅲ) 事業対象者、要支援1 24 単位/月 要支援2 48 単位/月

		■生活機能向上連携加算(Ⅰ)・(Ⅱ) (Ⅰ)100 単位/月・(Ⅱ)200 単位/月 ■口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)・(Ⅱ) (Ⅰ)20 単位/回・(Ⅱ)5 単位/回 ■科学的介護推進体制加算 40 単位/月 ■介護職員等処遇改善加算 国の基準に基づいて、加算します。
単位数	●減算関係 ■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100 ■同一建物等居住者にサービスを提供する場合の減算 所定単位数×90% ①事業所と同一建物に居住する者(②を除く) ②上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)	●減算関係 ■定員超過による減算 所定単位数×70% ■職員の欠員による減算(看護職員・介護職員) 所定単位数×70% ■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100 ■事業所と同一建物に居住する利用者の減算 事業対象者、要支援1 376 単位減算 要支援2 752 単位減算 ■事業所が送迎を行わない場合(片道につき) -47 単位
利用料(利用者負担)	単価×1 割相当 ※一定以上の所得者は、2 割または3割相当	

☑指定の基準等(訪問(通所)型サービス A)

指定の基準は、当市が示すサービスの基準を準用します。

	訪問型サービス A	通所型サービスA
従業員の資格	身体介護に従事しないため、一定の研修を受講した雇用労働者でサービス提供が可能 生活援助中心型研修の修了者	管理者もしくは従事者について、社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、また、機能訓練指導員など通所型サービスを行う際に必要な能力を有すると認められる者を配置してください。
従業員の必要数	事業実施において必要数	従事者～15 人専従 1 以上 15 人～ 利用者 1 人に 0.1 以上
責任者の資格	訪問事業責任者 ①介護福祉士 ②実務研修修了者	
責任者数	事業実施において必要数	
設備・運営基準	介護保険法施行規則第140条の63の6第 1 号に規定する基準を原則とします。	
管理者	1 名以上(非常勤や兼任も可とする)	専従 1 名以上(非常勤も可とする)

※サービス A は、身体介護や入浴介助の提供は想定されていません。

※介護給付と一体的に事業を提供する場合、プログラム等を分けるなど、要介護者への処遇に影響を与えないことを前提に、要支援者等については総合事業の基準による人員配置等を可能とします。

また、利用定員については、介護給付と総合事業併せて、指定された定員を超過しないようご注意ください。

☑指定の基準等(訪問型サービス A)

サービス内容	■生活援助中心型のサービス(身体介護や入浴介助は含まない) 例:調理、掃除、洗濯やその一部介助、ゴミの分別やゴミ出し、買い物代行 等 ※上記例のような一般的な生活援助サービスを基本として、サービス提供を行ってください。 また、上記例以外でも、高齢者の状態像に合わせて多様な生活支援をすることで継続的な自立支援になるのであれば、サービスを提供可とすることもあるので、高齢介護課までご相談ください。 ■サービス提供時間/回 ・20 分未満 ・20 分以上 45 分未満 ・45 分以上(1 時間程度のサービスを想定) ■サービスの支援内容は、自立支援を基本とし、利用者の能力を奪わないこと、できることは「利用者」に してもらい、「できないこと」はできるようになるように共同で取り組むこと。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供の考え方	ADL は自立しているものの、IADL の一部に支援を必要とケアマネジメントで認められるケース
人員及び資格要件	■管理者:常勤・専従 1 以上※① ■訪問事業責任者※② :従事者のうち必要数 ■従事者※③ :必要数 (資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者または一定の研修受講者※④、訪問介護において創設される生活援助中心型研修の修了者※⑤) ※①は支障がない場合、他の職務、又は同一敷地内のほかの事業所等の兼務に従事可能 ※②、③は、非常勤職員も可能 また、※②は、介護予防訪問介護相当サービスのサービス提供責任者の任用要件と同様 ※④は、市で実施。 ※⑤は、平成 30 年 10 月 1 日より施行。
設備・運営基準	介護保険法施行規則第140条の63の6第 1 号に規定する基準を原則とします。

単価	①: 1,020 円／回 ※20 分未満のサービス
	②: 1,520 円／回 ※20 分以上 45 分未満のサービス
	③: 1,880 円／回 ※45 分以上のサービス
単価設定の根拠	介護予防訪問介護相当サービスから算定基礎単価を算定 要支援 1 の報酬から算定 月額定額報酬 1,176 単位／月÷5 回÷235 単位 ※1 単位:10 円 ■20 分未満のサービス 152 単位×0.67÷102 単位 ※介護給付の単位数にならって算定 (単サービス上限回数におけるⅠ・Ⅱ・Ⅲとも 102 単位) ■20 分以上 45 分未満のサービス 188 単位×0.81÷152 単位 ※介護給付の単位数にならって算定 (単サービス上限回数におけるⅠ・Ⅱ・Ⅲとも 152 単位) ■45 分以上のサービス 235 単位×0.8=188 単位 ※旧 3 級ヘルパー減算相当 (単サービス上限回数におけるⅠ・Ⅱ・Ⅲとも 188 単位)
加算	指定地域におけるサービスの確保のため、地域を指定して加算を設ける市独自の加算を検討します。 ※サービス単価の 15%を加算。 188単位×0.15÷28 単位／回(紀の川市高齢者福祉事業の外出支援サービスの指定地域を想定) ※Ⅰ・Ⅱ・Ⅲとも一律 28 単位／回 ■指定地域 ・打田地区:神通、中畑、高野、五百谷 ・粉河地区:上勝神地区(勝神)、西川原、東川原、上鞆渚、中鞆渚、下鞆渚 ・那賀地区:葛谷地区(切畑)、中尾地区(平野)名手上、赤沼田 ・桃山地区:桃山町峯、桃山町中畑、桃山町垣内、桃山町野田原、桃山町脇谷、 桃山町黒川、桃山町善田、桃山町大原 ■介護職員等処遇改善加算 : 国の基準に基づいて、加算します。

減算	■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100
単サービス上限回数	I 週 1 回程度(月 5 回まで)…事業対象者・要支援 1・2 II 週 2 回程度(月 10 回まで)…要支援 1・2 III 週 3 回まで…要支援 2
利用料(利用者負担)	単価×1 割相当 ※一定以上の所得者は、2 割または3割相当
給付管理	対象
事業者への支払	国保連合会で審査・支払

☑指定の基準等(通所型サービス A)

サービス内容	■交流目的やレクリエーションを主体としたもので、閉じこもり、認知症、うつ予防など自立支援に資する通所サービス(入浴サービスは含まない) ※セルフケアのできる体操(運動や口腔)等を取り入れ、生活の意欲向上に資するサービスの提供可。 ■サービス提供時間 2 時間以上 3 時間未満 3 時間以上 ※送迎時間は含まない ■サービスの支援内容は、生活の意欲向上を高め、社会参加、活動的な生活が送れるよう、「生活の目標」を明確にし、支援すること。
対象者	要支援認定者及び事業対象者
サービス提供の考え方	■閉じこもり、うつ等の状態像が見込まれるケース ■軽度認知機能障害(MCI)の状態像が見込まれるケース
人員及び資格要件	■管理者:常勤・専従 1 以上※ ■従事者:~15 人に専従 1 以上、 15 人を超える場合は、利用者 1 人に必要数(利用者 10 人に 1 人を想定) ※業務に支障がない場合、他の職務、又は同一敷地内のほかの事業所等の兼務に従事可能。 管理者または従事者については、社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、機能訓練指導員など通所型サービスを行う際に必要な能力を有すると認められる者を配置してください。
設備・運営基準	介護保険法施行規則第140条の63の6第 1 号に規定する基準を原則とします。
単価	①:2,520 円/回 ※2 時間以上 3 時間未満のサービス ②:3,200 円/回 ※3 時間以上

単価設定の根拠	介護予防通所介護相当サービスから算定基礎単価を算定。 要支援 1 の報酬から算定 月額定額報酬 1,798 単位／月÷5 回＝360 単位 ※1 単位:10 円 ■3 時間以上のサービス 360 単位－40 単位＝320 単位 ※入浴介助分を減算 40 単位 ■2 時間以上 3 時間未満のサービス 360 単位×0.7÷252 単位 ※介護給付の 2 時間以上 3 時間未満の通所介護サービスを行う場合の取扱いに準じる。
加算	■介護職員等処遇改善加算 国の基準に基づいて、加算します。 ■自立支援型サービス提供加算Ⅰ 100 単位／月（事業対象者・要支援 1） ■自立支援型サービス提供加算Ⅱ 200 単位／月（要支援 2） ■自立支援型サービス提供加算成果報酬 2,000 単位／月 サービスを提供することにより介護認定区分が変更された場合の成果に対する評価
減算	■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100
利用料(利用者負担)	単価×1 割相当(昼食代は別途自己負担) ※一定以上の所得者は、2 割または3割相当
給付管理	対象
単サービス上限回数	月 10 回まで(介護予防ケアマネジメントによる) 通所型サービスⅠ:事業対象者・要支援 1(週 1 回まで) 通所型サービスⅡ:事業対象者・要支援 1・2(週 2 回まで)※注1 ※注1 利用対象者が「事業対象者」、「要支援 1」の場合、「紀の川歩(てくてく)体操(事業所版)」を導入し、少なくとも体力測定を年 1 回実施し、結果を高齡介護課へ提出することが条件となります。 ※必ず各区分に設けられている上限回数のサービスを受けなければならないということはありません。 利用者の状態像に合わせて、回数を調整してください。
事業者への支払	国保連合会で審査・支払

■サービスコード■

指定事業者による介護予防訪問(通所)介護相当サービス・訪問型(通所型)サービス A の提供に係るサービスコードについては、紀の川市ホームページを確認してください。

■事業所指定・審査の流れ■

指定事業者による介護予防訪問介護(通所介護)相当サービス・訪問型(通所型)サービス A の提供に係るサービス費の請求については、和歌山県国民健康保険団体連合会へ請求してください。
国保連合会で、審査され各事業者に支払われます。

■変更届等について■

☑提出先(指定事業)

指定権者(紀の川市)へお願いします。

※他市町村の利用者がいる場合には、その指定権者(他市)ごとに変更届を提出する必要があります。

☑様式

各種様式は紀の川市ホームページに掲載しています。

■指定有効期間について■

指定日または指定更新日より6年を経過するまでとなります。事業者は6年ごとに指定の更新を受けてください。

また、必要書類の提出等の更新手続きは、有効期間満了日を含む月の前々月の末日までに行ってください。

※指定基準等を遵守し、適切なサービスを提供するこのできる事業者かどうかを確認させていただくためです。

■月額包括算定における日割り請求について■

月額包括算定における日割り請求については、以下の対象事由に該当する場合のみ、日割りで算定する。

日割り算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(独自)	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)(通所型サービス(独自)のみ) ・区分変更(事業対象者→要支援)(通所型サービス(独自)のみ)	変更日
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・利用者との契約開始	契約日
	開始 ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護の退所	退所日の翌日
	・介護予防短期入所療養介護の退所・退院	退所・退院日又は退所・退院日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日
	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)(通所型サービス(独自)のみ) ・区分変更(事業対象者→要支援)(通所型サービス(独自)のみ)	変更日
	・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	終了 ・利用者との契約解除	契約解除日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護の入所	入所日の前日
	・介護予防短期入所療養介護の入所・入院	入所・入院日又は入所・入院日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日

【ケース1】月途中から新規でサービスを利用する場合

事業者と利用者との契約日を起算日として日割り算定を行う

(ただし、双方の合意があれば、利用開始日を起算日として日割り算定することも可能)

4/1	4/10 契約日	4/20 利用開始日	4/30
		←日割り単位数×11日→	
		←日割り単位数×21日→	

※契約が締結されていても、利用実績がない月の報酬は請求できません。契約後に利用を開始した月からの請求となりますが、この場合は利用開始が月途中であっても月額包括請求となります。

【ケース2】月途中で利用契約を解除した場合

事業者と利用者との契約解除日を起算日として日割り算定を行う

(ただし、双方の合意があれば、利用終了日を起算日として日割り算定することも可能)

4/1	4/10 利用終了日	4/20 契約解除日	4/30
←日割り単位数×10日→			
←日割り単位数×20日→			

休業等により日割りを行う場合は、利用者全員が日割りの対象ではなく、休業期間中に、サービス利用予定であった利用者を対象とすること

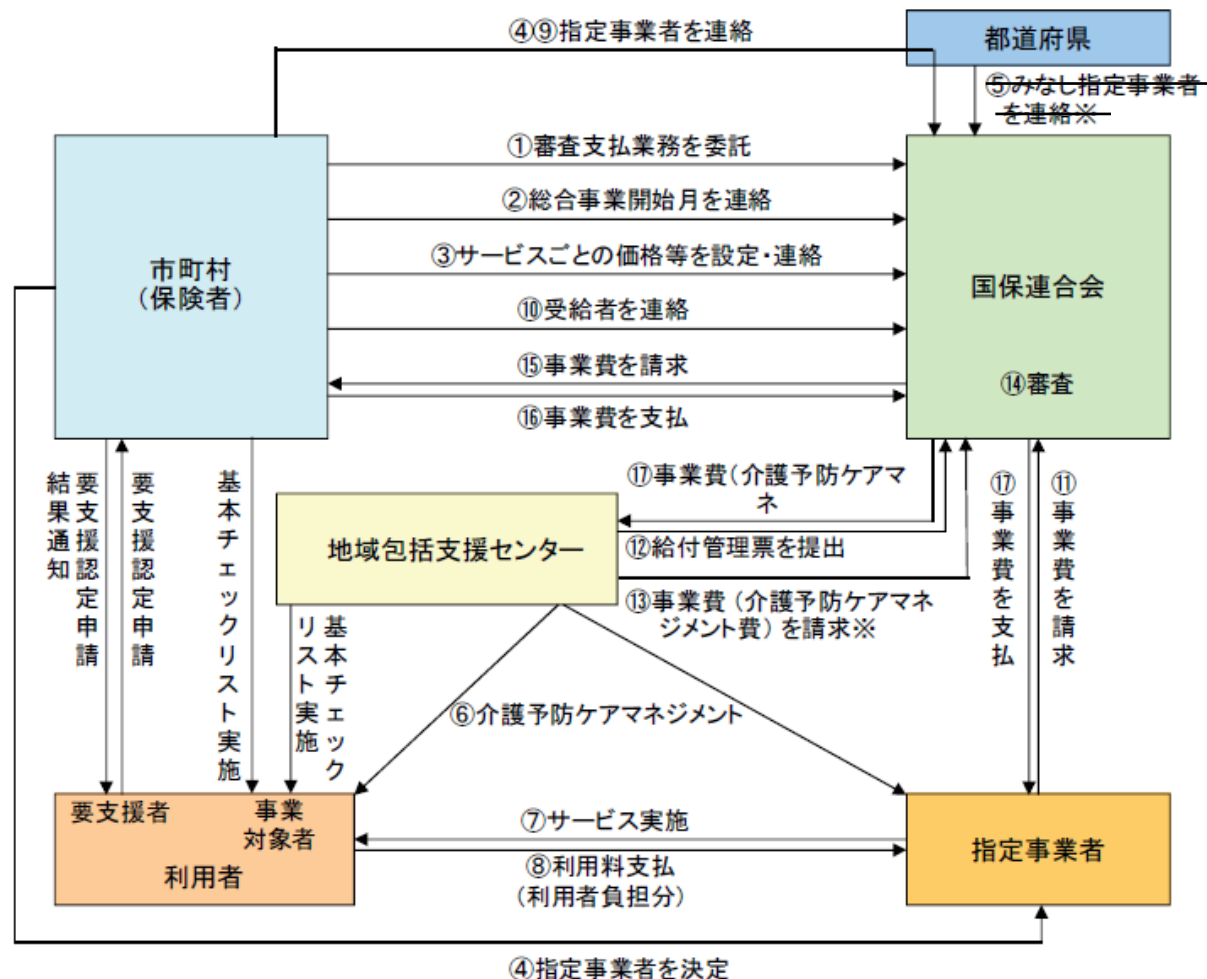
※サービス算定対象期間 月途中に開始した場合・・・起算日から月末までの期間

月途中に終了した場合・・・月初から起算日までの期間

■請求方法について■

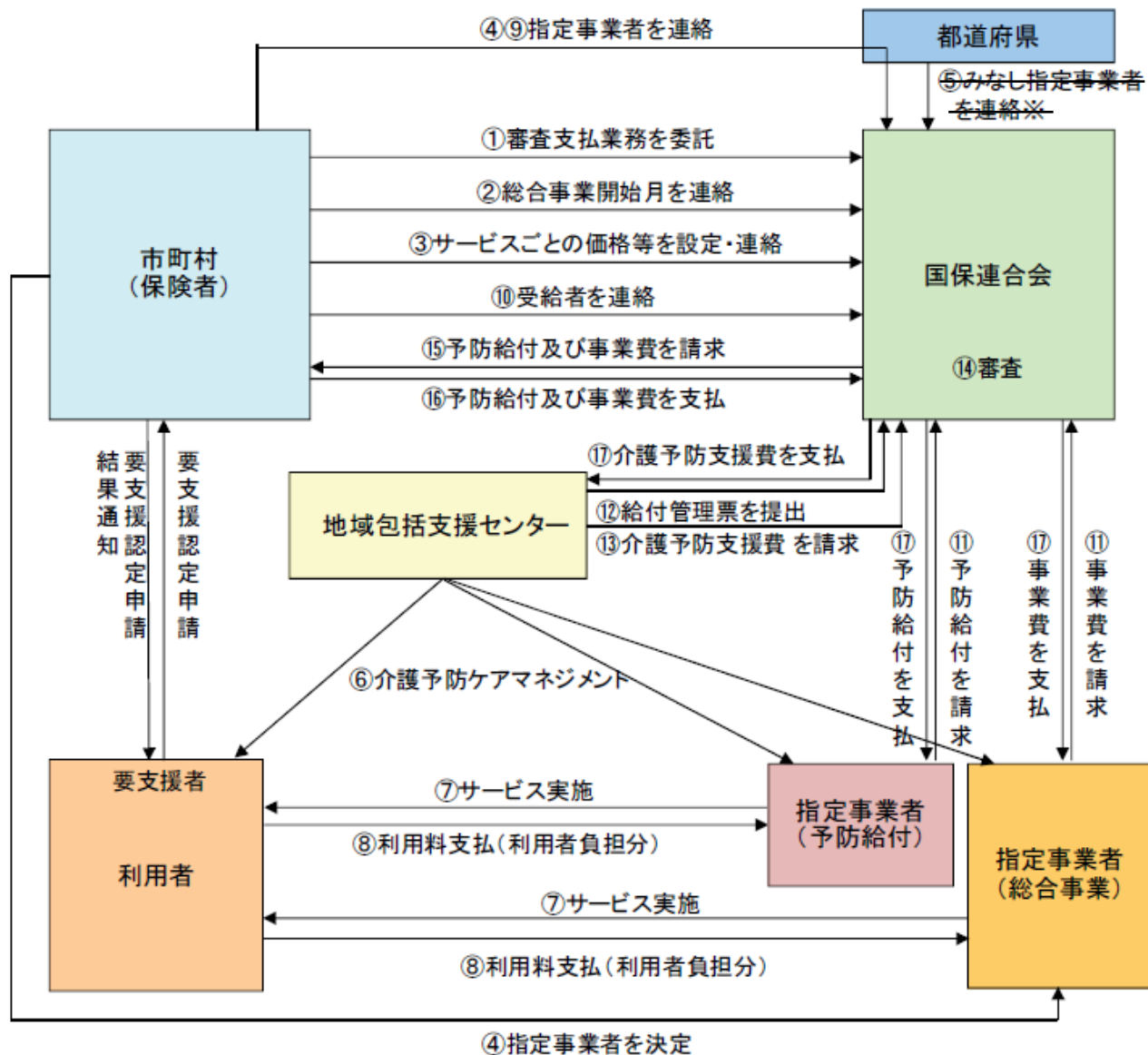
☑国保連合会へ審査支払業務を委託した場合の総合事業の事務処理の流れ(指定事業者が請求する場合の流れ)

(1) 要支援者・事業対象者が事業のみを利用する場合

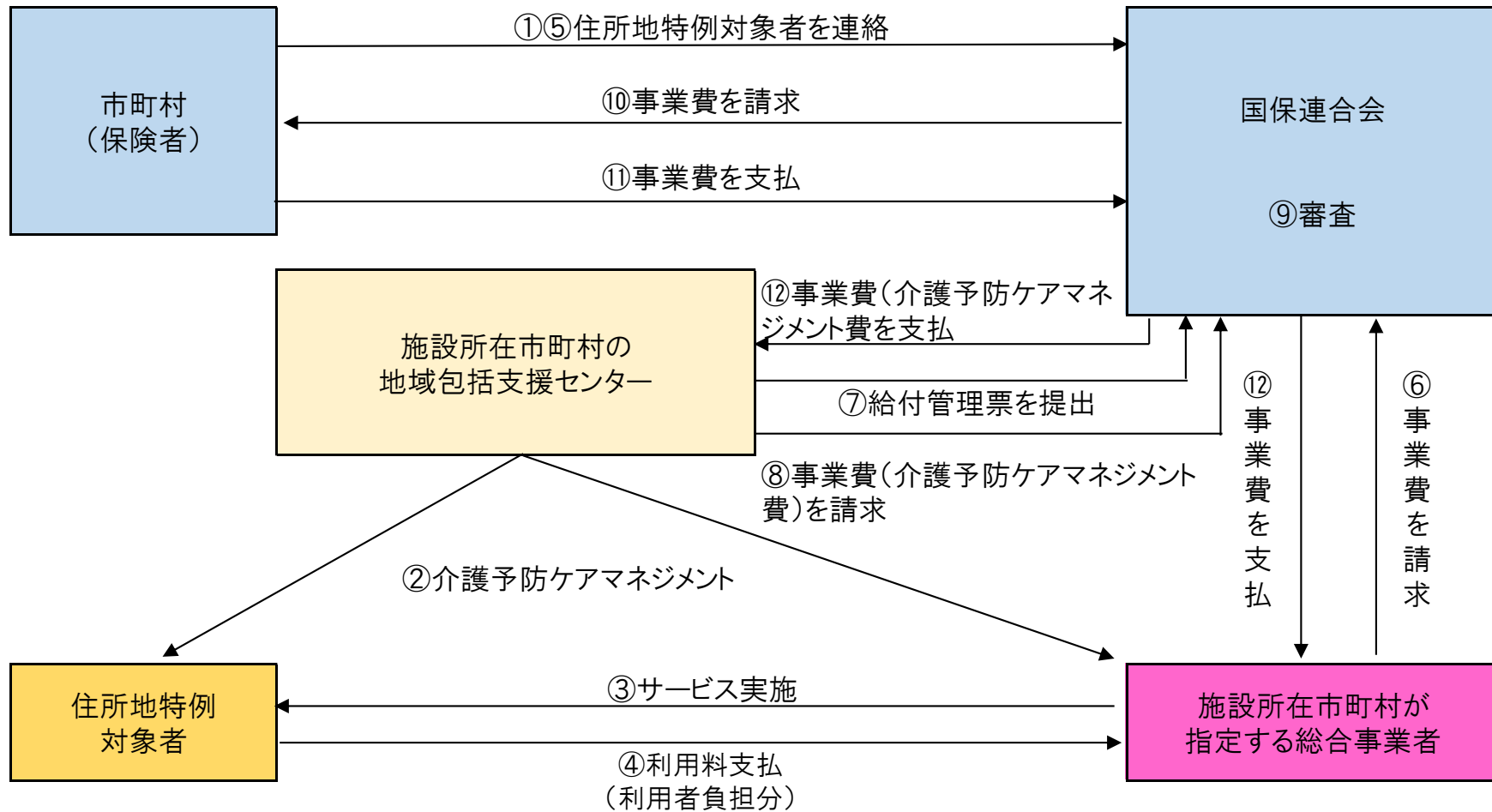


※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は、要支援者は平成27年4月サービス分より、また事業対象者は平成29年4月サービス分より国保連合会を経由した支払が可能である。
 なお、国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

(2) 要支援者が予防給付と事業を利用する場合



☑住所地特例者に係る紀の川市と国保連合会の事務処理の流れ(指定事業者が請求する場合の流れ)



■委託事業者の受託基準■

■委託の基準■【訪問型(通所型)サービスC】

☑事業の委託

総合事業実施にあたって、訪問型(通所型)サービスC(短期集中予防サービス)については、紀の川市の事業委託を受ける必要があります。受託事業者としての有効期間は6年間としますが、受託に係る契約は1年ごとに必要です。ただし、事業開始時に仕様書に基づき提出いただいた書類については、毎年提出する必要はありませんが、有効期間内に変更等が生じた場合は、速やかに変更届等を提出してください。

☑訪問型サービスC

サービス内容	■専門職が、その者の居宅を訪問して、生活機能の向上のための日常生活行為、動作のアセスメントを行い、必要な相談、支援を行います。 ■対象となる利用者の状態像は、以下のとおりです。 ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康管理の維持、改善が必要なケース ・閉じこもりに対する支援が必要なケース ・ADL や IADL の改善に向けた支援が必要なケース ■サービス提供時間→20 分以上／回(リハビリ提供時間のみ)
対象者	要支援認定者及び事業対象者 ※基本的には、サービス事業のみの利用者に限ります。
人員基準	保健・医療の専門資格を有する者 (保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等)

設備基準	必要な設備、備品(指定介護予防訪問リハビリテーションの基準を参考にしてください。)
運営基準	■個別サービス計画の作成 ■従事者の清潔の保持・健康管理・秘密の保持等 ■事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の供与等 ※下線は、法令上必ず遵守すべき事項
サービス提供の考え方	■要支援認定者及び事業対象者で上記の状態像で、専門職が日常生活行為、動作のアセスメントを行い、短期集中的に、必要な相談、支援を行うことで、改善が見込まれるケース ■併用できるサービス事業の種類 ○一般介護予防事業 (基本的には一般介護予防事業の利用につなげられるような、サービスを提供してください。) ○通所(訪問)型サービスA ※相当サービスとの併用は不可 ※原則、予防給付対象のサービスとの併用は不可としますが、歩行器(福祉用具)や手すり(住宅改修)の適切な使用のためなど、サービスCを活用することで自立となるケースは、その必要性をケアマネジメントすることで併用可
期間	原則 3 ヶ月以内 ※3 ヶ月を超えてサービスを提供する場合は、理由付けをして 6 ヶ月まではサービスを延長することができます。また、サービスの再利用等協議が必要な場合は、個別に協議します。
委託料	■3 ヶ月まで : 基本単価 5,070 円/回(20 分以上) ■4 ヶ月～6 ヶ月: 基本単価 3,070 円/回(20 分以上)
委託料設定の根拠	■3 ヶ月まで 介護予防訪問リハビリテーションの介護報酬単位を基準に設定。(1 単位:10 円) ・基本単位 307 単位/回 ・短期集中リハビリテーション実施加算相当 200 単位/日 ∴1 回の単位については、507 単位とする。

	■4ヵ月～6ヵ月 現行の指定介護予防訪問リハビリテーションの介護報酬単位を基準に設定。(1単位:10円) ・基本単位 307 単位/回 ∴1回の単位については、307 単位とする。(短期集中リハビリテーション実施加算相当を減算)
減算	■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100
単サービス上限回数	2回/週(ケアマネジメントによる) ※1日1回の利用を想定しています。
利用料(利用者負担)	無料
給付管理	対象外
事業者への支払	市で審査・支払(市へ直接請求)

☑通所型サービス C

サービス内容	■ 通所により、専門職の指導を受けながら、集中的に生活機能向上のためのトレーニングを行うサービスです。 ①運動機能、身体機能向上を目的としたサービスの提供 ※ストレッチ、全身運動、筋力向上プログラム 等 ②生活機能向上を目的としたサービスの提供 ※専門職が利用者の自宅での生活機能評価、生活指導 等 (評価は毎月行ってください。) サービスの支援内容は、生活の意欲向上を高め、社会参加、活動的な生活が送れるよう、「生活の目標」を明確にし、支援すること。 ■ サービス提供時間 2 時間程度 ※送迎時間は含まない ■ 専門職とは、PT・OT・ST 等のリハビリ専門職
対象者	■ 要支援認定者及び事業対象者 ※基本的には、サービス事業のみの利用者に限ります。
人員基準	保健・医療の専門資格を有する者 (保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等) ※補助的に専門資格を有さない者がサービスを提供する場合は、専門職の指導のもとであれば、サービス提供可能。ただし、評価に関しては、専門職が行ってください。
設備基準	必要な設備、備品(指定介護予防通所リハビリテーションの基準を参考にしてください。)

運営基準	■個別サービス計画の作成 ■<u>従事者の清潔の保持・健康管理・秘密の保持等</u> ■<u>事故発生時の対応・廃止等の届出と便宜の供与等</u> ※ 下線は、法令上必ず遵守すべき事項
サービス提供の考え方	要支援認定者及び事業対象者で、通所により、専門職の指導を受けながら集中的に生活機能向上のためのトレーニングを行うことで、改善、維持が見込まれるケース ■ 併用できるサービス事業の類型 ・一般介護予防事業 (基本的には一般介護予防事業の利用につなげられるような、サービスを提供してください。) ・訪問型サービスA ※相当サービスとの併用は不可 ※原則、予防給付対象のサービスとの併用は不可としますが、歩行器(福祉用具)や手すり(住宅改修)の適切な使用のためなど、サービスCを活用することで自立となるケースは、その必要性をケアマネジメントすることで併用可
期間	原則 3 ヶ月以内 ※3 ヶ月を超えてサービスを提供する場合は、理由付けをして 6 ヶ月まではサービスを延長することができます。また、サービスの再利用等協議が必要な場合は、個別に協議します。
委託料	■3 ヶ月まで サービス事業対象者・要支援 1: <u>22,000 円／月</u> 要支援 2: <u>42,000 円／月</u> ■4 ヶ月～6 ヶ月 サービス事業対象者・要支援 1: <u>13,200 円／月</u> 要支援 2: <u>25,200 円／月</u>

委託料設定の根拠	介護予防通所リハビリテーションの介護報酬単位を基準に設定。(1 単位:10 円) ■3 カ月まで ・基本単位 要支援 1:2,268 単位/月 要支援 2:4,228 単位/月 ∴1 月の単位については、 サービス事業対象者・要支援 1:2,268 単位$\div$2,200 単位 要支援 2 :4,228 単位$\div$4,200 単位 ■4カ月～6カ月 3 カ月までの単価の 6 割相当 ※4カ月～6カ月訪問サービスCの委託料が 4 割減としているため、それにならって通所サービスCも 4 割減で算定する。
減算	■高齢者虐待防止措置未実施減算 -1/100 ■業務継続計画未策定減算 -1/100
利用料(利用者負担)	無料
単サービス利用回数の目安	週 1 回以上(ケアマネジメントによる)
給付管理	対象外
事業者への支払	市で審査・支払(市へ直接請求)

■サービスコード■ 訪問型(通所型)サービス C の提供に係るサービスコードについては、下記を確認してください(1単位:10円)

サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	算定 単位
種類	項目						
K3	1111	訪問型サービス C①	短期集中訪問型サービス(独自)	事業対象者・ 要支援 1・2 (週 2 回まで)	20 分以上(利用開始から 3 ヶ月まで)	507	1 回につき
K3	2111	訪問型サービス C②	短期集中訪問型サービス(独自)		20 分以上(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	307	1 回につき
K3	3111	虐待防止措置未実施減算①			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-5	1 回につき
	3112	虐待防止措置未実施減算②			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-3	1 回につき
K3	4111	業務継続計画未策定減算①			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-5	1 回につき
	4112	業務継続計画未策定減算②			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-3	1 回につき
サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	算定 単位
種類	項目						
K4	1111	通所型サービス C(Ⅰ)①	短期集中通所型サービス(独自)(Ⅰ)	事業対象者・ 要支援 1	週 1 回以上(利用開始から 3 ヶ月まで)	2,200	1 月につき
K4	1112	通所型サービス C(Ⅰ)②			週 1 回以上(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	1,320	
K4	2111	通所型サービス C(Ⅱ)①	短期集中通所型サービス(独自)(Ⅱ)	要支援 2	週 1 回以上(利用開始から 3 ヶ月まで)	4,200	1 月につき
K4	2112	通所型サービス C(Ⅱ)②			週 1 回以上(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	2,520	
K4	3111	虐待防止措置未実施減算Ⅰ①			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-22	1 月につき
	3112	虐待防止措置未実施減算Ⅰ②			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-13	1 月につき
	3113	虐待防止措置未実施減算Ⅱ①			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-42	1 月につき
	3114	虐待防止措置未実施減算Ⅱ②			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-25	1 月につき
K4	4111	業務継続計画未策定減算Ⅰ①			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-22	1 月につき
	4112	業務継続計画未策定減算Ⅰ②			-1/100(利用開始から 3 ヶ月まで)	-13	1 月につき
	4113	業務継続計画未策定減算Ⅱ①			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-42	1 月につき
	4114	業務継続計画未策定減算Ⅱ②			-1/100(4 ヶ月から 6 ヶ月まで)	-25	1 月につき

■事業所委託・審査の流れ■

委託事業者による訪問型(通所型)サービス C の提供に係るサービス費の請求については、紀の川市へ請求してください。紀の川市で、審査し各事業者に支払われます。

■変更届等について■

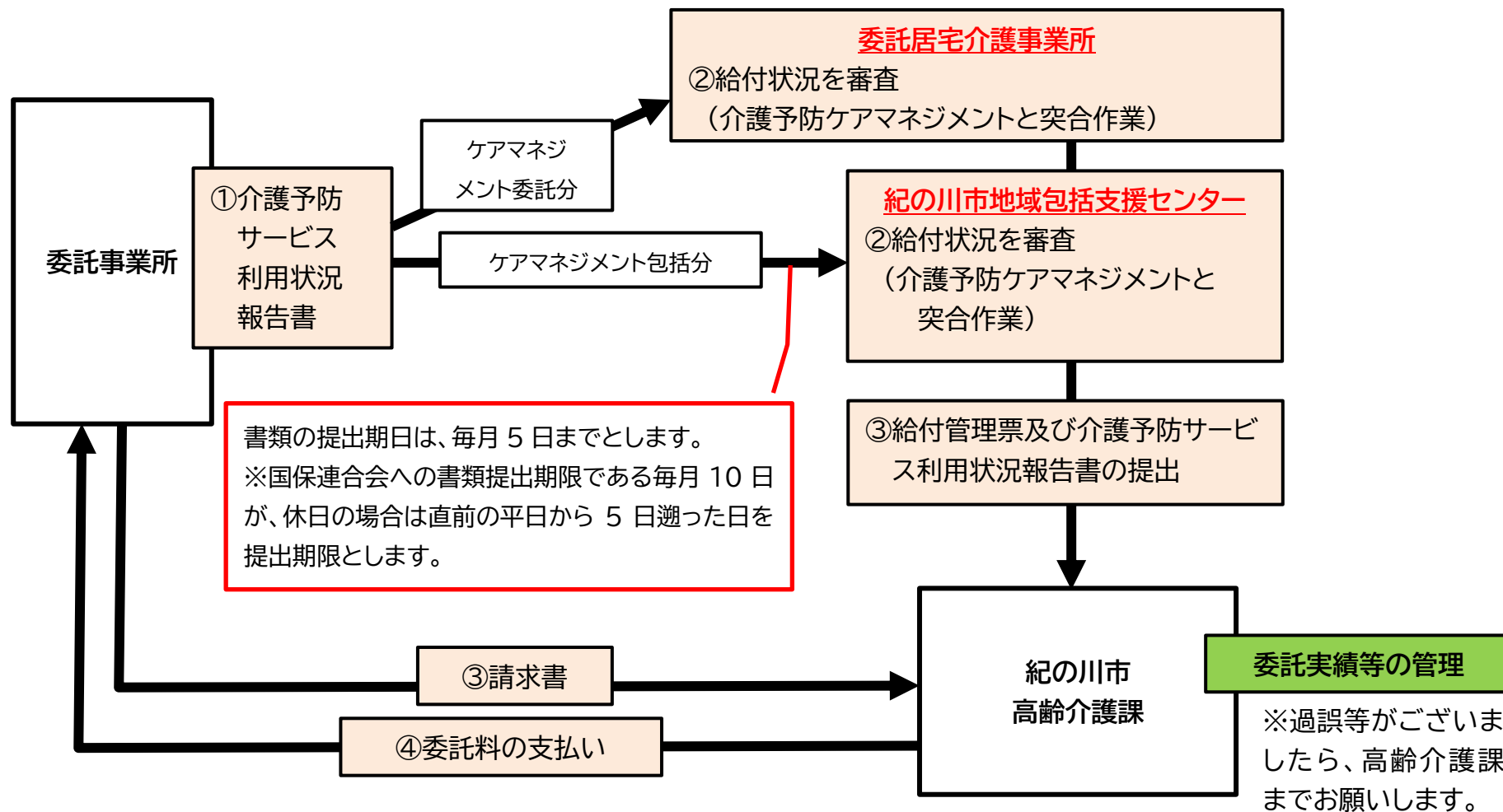
☑提出先(委託事業)

委託者(紀の川市)へお願いします。

☑様式

各種様式は紀の川市ホームページに掲載しています。

■請求方法について■



■サービス利用の上限と利用者負担について■

■区分支給限度基準額■

利用者区分	サービス利用例	ケアマネジメントの種類	区分支給限度基準額 (1ヵ月)
事業対象者	事業のみ	介護予防ケアマネジメント	50,320 円
要支援 1	給付のみ	介護予防支援	50,320 円
	給付+事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント	
要支援 2	給付のみ	介護予防支援	105,310 円
	給付+事業		
	事業のみ	介護予防ケアマネジメント	

■要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係■

※事業対象者が介護保険を申請し、認定結果が「非該当」もしくは「要支援」となった場合

利用サービス	費用請求区分	認定結果	非該当者(事業対象者)	要支援認定者
給付のみ	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費		事業	予防給付
給付と事業を併用	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	事業費(相当サービス・サービスA・C)		事業	事業
	ケアマネジメント費		事業	予防給付
事業のみ	事業費(相当サービス・サービスA・C)		事業	事業
	ケアマネジメント費		事業	事業

(注)上記は、それぞれの指定(委託)を受けていることが前提。

月の途中で対象区分に変更がある場合は、月末における対象区分に応じたケアマネジメント費で算定するものとする。

■要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係■

※事業対象者が介護保険を申請し、認定結果が「要介護」となった場合

※介護保険申請日から認定日前日までのサービス費の支払い方法

利用サービス	費用請求区分		申請日まで遡って要介護として取り扱う場合	申請日から認定日の前日まで事業対象者として取り扱う場合
給付のみ	給付サービス費		介護給付	
	ケアマネジメント費			
給付と事業を併用	①	給付サービス費	介護給付	
		事業費(相当サービス)		
		ケアマネジメント費		
	②	給付サービス費	介護給付	全額自己負担
		事業費(相当サービス・サービスA・サービスC)	全額自己負担	事業
		ケアマネジメント費	介護給付	事業
事業のみ	①	事業費(相当サービス)	介護給付	事業
		ケアマネジメント費		
	②	事業費(相当サービス・サービスA・サービスC)		事業
		ケアマネジメント費		

(注)相当サービスのみ、「介護給付」もしくは「事業」のいずれかを選択できる。

利用者に全額自己負担が生じないように、各事業者間の連携を密にしてください。また、判断が難しい場合は、保険者にも相談してください。

■■行政と介護事業所が同じ目線で地域づくり■■

■セルフケア重視の行政サービス■

☑住み慣れた紀の川市でいつまでも

介護保険が必要となる以前は、1世帯の人数も多く、住民同士のつながりも強かったため、生活の困りごとや介護を助け合いながらできる時代でした。しかしながら、ここ最近では核家族化の進行や生活支援ニーズの多様化などに加え、人生100年時代を迎える中で、少しのサポートで自立した生活の継続ができ、セルフケアとして健康づくりのできる地域づくりが求められています。

紀の川市は「フレイル予防推進のまち」として、専門職とともに自立支援や重度化の防止を推進しています。地域住民が自発的に交流でき、高齢期の身体活動や心の健康保持、社会参加の促進にバランスよく働きかけるよう、集会所等で運動を基本とした住民主体の活動拠点等を数多く市内に創設するよう、働きかけやサポートをしています。また、市民サポーターとして、活躍するフレイルサポーターの皆さんとのフレイル予防の周知や移動スーパーと移動カフェを行うなど、多様な担い手とも連携しています。

生活拠点はあくまで「自宅」で、このような運動拠点等の地域資源が生活の刺激になり、活動量を上げ、自分らしくいきいきと在宅生活が続けられることにつながればと考えます。さらに、事業所の皆さんもこのような流れをご理解いただき、地域資源の活用、短時間の運動サービスや多様な担い手によるサービスの創設など、さまざまな状態像に対応できるようなサービス提供に努めてください。

☑総合事業と社会資源のつながり

介護予防事業とは、要介護状態となることを防ぐことやそういった状態であっても重度化しないようにすることを目的として、基本的には、機能の維持や改善を目的として、サービスが提供されなければなりません。

紀の川市としては、介護予防・日常生活支援総合事業で介護予防の強化や地域資源の創設やつながりを強化していきます。

今後、さらに自治体だけではなく医療機関や介護事業所、各種団体等の地域資源が同じ目的を共有し、つながり、協働することが重要となってきます。次項の総合事業活用のイメージをご覧ください、ご理解とご協力をよろしくお願いします。

☑総合事業活用のイメージ ※一般介護予防事業の充実

