

総合事業に関する Q&A 集

1. 総合事業に係る事業所指定について

Q1 - (1)

総合事業におけるケアマネジメントについては、介護予防ケアマネジメントを行う事業所として指定を受ける必要があるのか？

A

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（第一号介護予防支援事業）については、包括的支援事業を委託した地域包括支援センターによる実施となる。また、更にもその事業（第一号介護予防支援事業）の一部を厚生労働省で定める者（指定居宅介護支援事業者）に委託することにより実施することも可能である。なお、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、指定介護予防支援事業所としての指定を受けて行うものである。

（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についての Q&A について」参照）

Q1 - (2)

総合事業に移行後は、指定事業所は事業所の住所地の市町村においてのみみなし事業所となるのか？現在の指定事業所の指定権限は都道府県にあり、事業所の住所地外の市町村の被保険者であってもその指定事業所を利用することができるが、総合事業への移行時には、指定事業所の住所地外の市町村の被保険者は、指定事業所がその住所地外の指定申請を行わないと利用できなくなるのか？

A

みなし指定は、現行の予防給付の指定からの円滑な移行のため、全市町村に効力が及ぶこととしている。なお、みなし指定の有効期間が終了し、総合事業の事業所として更新を行う場合には、その効力は各市町村域の範囲内に及ぶことになることから、事業所所在する市町村（A 市町村）以外の市町村（B 市町村）の被保険者が利用している事業所については、A 市町村の指定更新とともに、B 市町村の指定更新が必要となる。

（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についての Q&A について」参照）

Q1－（3）

当事業所はみなし指定にあたりますが、この場合においても平成29年2月下旬の指定手続きを受ける必要があるか？

A

みなし指定については、指定事業所側からの申し出がない限り、平成27年4月1日から総合事業による指定事業所とみなされているものであるが、当町においては、みなし指定されている場合でも申請書類等を提出していただきたい旨を説明会でお伝えしたところである。

2. 通所型サービス・訪問型サービスについて

Q2－（1）

自立支援型通所介護の対象者として「要支援者若しくは基本チェックリスト該当者で、既にサービスを利用しており・・・」とあるが、新規者は現れないという解釈なのか？
新規に要支援・チェックリスト該当となった利用者は、通所型 A・B・C のいずれかを利用することになるのか？

A

平成29年4月以降に新規で要支援認定・基本チェックリスト該当であれば、通所型サービス（第1号通所事業：当町においては自立支援型通所介護・閉じこもり予防型通所介護・短期集中型通所介護）をケアマネジメントの結果必要と判断されれば利用することは可能である。

Q2－（2）

対象者は要支援若しくは基本チェックリスト該当者で①既にサービスを利用しており、サービスの継続が必要なケース②多様なサービスの利用が難しいケース③集中的に生活機能の向上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とあるが、具体的に誰が「自立支援型通所介護」利用相当と判断されるのか？

A

対象者の意向・ADL状況を勘案しつつ、課題を的確に把握した上で、ケアマネジメント（介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント）を実施する地域包括支援センター等が判断する。

Q2 - (3)

要支援・チェックリスト該当になれば、全員利用相当と判断されるのか？

A

総合事業の対象者であれば、第1号通所事業（自立支援型通所介護・閉じこもり予防型通所介護・短期集中型通所介護）を利用することは可能である。ただし、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）のプロセスの中で、利用者の状況を把握し、適切な介護予防ケアマネジメントによって、サービスの利用について検討するものである。

Q2 - (4)

平成29年4月以降に要介護認定で要支援1・2、あるいは非該当でチェックリスト該当者が自立支援型通所介護を利用希望された時、どのような流れになるのか？事業所の判断で受入可能なのか？それとも、包括が利用対象者を選別するのか？

A

説明会【一部】資料P16、説明会【二部】資料P18を参照していただきたい。基本的には現行の通所介護相当（予防給付）を利用する際の流れと同様で、対象者の意向・ADL状況を勘案しつつ、課題を的確に把握した上で、ケアマネジメント（介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント）を実施する地域包括支援センター等が判断する。

Q2 - (5)

自立支援型通所介護の対象者の判断基準は以下の3パターンなのか？具体的でかつ明確な解釈を教えてください。

①既にサービスを利用しており、サービスの継続が必要なケース

→サービスの利用の継続が不必要な人はいないのではないかと？

②多様なサービスの利用が難しいケース

→多様とは具体的にどのようなものなのか？

③集中的に生活機能の向上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

→通所型サービスC（短期集中予防サービス）で対応可能ではないかと？

A

自立支援型通所介護の対象者とサービス提供の考え方の一例として捉えていただきたい。
解釈は以下の通りである。

①既にサービスを利用しており、サービスの継続が必要なケース

→IADLよりADLの改善が・維持が見込まれ、医学的な配慮や身体介護が必要な者を想定している。また、介護予防は通所型サービスを利用することが継続しているという考えでなく、総合事業の考え方として、地域ケアシステム構築に向けた介護予防・生活支援の充実があり、少子高齢化や財政状況より自助・互助の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要である。よって、利用者の「したい・できるようになりたい」という意欲を引き出し、地域の居場所・社会参加につないでいく関わりの中でサービスを展開していくことが求められる。

②多様なサービスの利用が難しいケース

→多様なサービスとは第1号通所事業では、通所型サービスA・B・Cを意味する。自立支援型通所介護を利用している場合は、状態等を踏まえながら多様なサービスの利用を促進していくことが重要である。

③集中的に生活機能の向上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

→通所型サービスCの対象者は、当町では要支援者若しくは基本チェックリスト該当者でかつADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者でかつ医学的な配慮や身体介護が必要ないことが前提になっている。そのため、IADLよりADLの改善が・維持が見込まれ、専門職の関与が望ましい医学的な配慮や身体介護が必要な者を想定している。

Q2 - (6)

大洗町の総合事業（自立支援型通所介護）は、要支援1・2とチェックリスト該当者まで対象を広げ、今まで包括的な報酬から単価設定の出来高払いへと変更になったと解釈すべきなのか？ 予算的観点からも、事業対象外とすることもあるのか？

A

お見込みの通りであるが、考え方として、高齢者を「支える側・支えられる側」といった立場で区別することなく、従来の介護予防にはなかった「社会参加」というキーワードを介護予防と融合させていくことがポイントとなる。総合事業の対象者であり、かつケアマネジメントの結果必要と判断されれば事業対象外とすることはない。

Q2－（7）

事業所として、自立支援型通所介護の利用者の受入人数を設定することは可能なのか？
安い単価で長時間のサービスとなるため、要介護利用者の受入枠を逼迫させるかもしれないので。

A

事業所の現員では利用申込に応じきれない場合、利用申込者の居住地が通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難な場合等に可能であると考えている。要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することはできない。

3. 介護予防ケアマネジメントについて

Q3－（1）

説明会でケアマネジメント A のみにした理由の際、「毎月してほしいので」と理由を説明していたが、現在要支援の方への訪問は2～3ヶ月に1回となっている。毎月と言ったのは何をしてほしいという意図か？

A

原則的なケアマネジメント（ケアマネジメント A）については、モニタリングについても、指定介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間が終了する月、利用者の著しい変化のあったときは、利用者の居宅を訪問して利用者面接することになっているが、それ以外の月においても、可能な限り利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は電話による利用者との連絡を実施していただきたいという意図である。

（「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についての Q&A について」参照）

Q3－（2）

H29年4月以降新規で対応した事業対象者もこれまで要支援の認定を受け予防給付、総合事業を利用する人も、すべて届出をする必要があるのか？実施する包括が変わらなければ要支援認定の方はこれまでの届出があるため再度届出をする必要はないか？

A

説明会資料 P28 を参照していただきたい。要支援者・事業対象者いずれにせよ被保険者証に「大洗町地域包括支援センター」を記載されるため、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの区分が変更になった場合は、実施する地域包括支援センターが変わらないため、届出を提出する必要はない。

Q3 - (3)

総合事業に移行し、移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間が満了した翌月から、基本チェックリストによるサービス事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合、総合事業開始月の初回加算を算定してよいか。

A

初回加算の算定については、基本的には、指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じることとしており、①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合）、②要介護者が、要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合に算定できると考えている。

お尋ねの場合においては、要支援者からサービス事業対象者に移行しており、いずれにせよ従来の要支援者に相当する者であって、上記の条件には該当しないため、初回加算の算定を行うことができない。

(「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についてのQ&Aについて」参照)

4. 契約・請求について

Q4 - (1)

「契約書・重要事項説明書・定款・運営規定等の見直し」のところで、複数の市町村の総合事業を受け入れるにあたり、全ての「自立支援型通所介護」等を追加しなくてはならないのか？

A

契約書・重要事項説明書・定款・運営規定等の見直しについては、制度的な枠組みが変更になることにより、文言変更の一例を示したところである。よって、介護保険法上の文言を使用しても差し支えない。

Q4 - (2)

契約書・重要事項説明書・定款・運営規定等における「自立支援型通所介護」の名称について、A市の場合には「第一号通所事業」という介護保険法上の文言を使用してよいつの回答でしたが、当町についても「自立支援型通所介護」の文言を使用せず「第一号通所事業」の名称を使用しても差し支えないか？

A

差し支えない。

Q4-(3)

「自立支援型通所介護」の報酬単価について、報酬単価は現行の予防給付に順ずるとありましたが、支援1の対象者で月の利用日数が4回以下（支援2の対象は8回以下）の場合の請求も、現行の月包括単位での請求になるのか？

A

要支援1・事業対象者であれば月5回以上利用した場合に月額包括単位で、要支援2・事業対象者であれば月9回以上利用した場合に月額包括単位での請求となる。

Q4-(4)

自立支援型通所介護サービス（みなし）費について、サービスコードA5-1113 通所型サービス1回数 1ヶ月の中で全部で4回まで378単位とありますが、 $378 \times 4 = 1512$ 単位→限度1647単位 差135単位 つまり、4回までが出来高378単位で5回なら1647単位という解釈でよろしいのか？同様に要支援2 A5-1123 1ヶ月の中で5～8回まで 8回までは389単位の利用回数分最大 $389 \times 8 = 3112$ 単位で 9回以上利用すると3377単位となるのか？差265単位
だとすると、給付管理の単位調整は包括が行うのか？
また、5～8回までとあるが、1～4回だった場合の取り扱いはどのようになるのか？

A

要支援1・事業対象者であれば1月の中で全部で1～4回まで利用した場合は利用1回毎の出来高払い、月5回以上利用した場合は月額包括単位で、要支援2・事業対象者であれば1月の中で全部で5～8回まで利用した場合は利用1回毎の出来高払い、月9回以上利用した場合は月額包括単位での請求となる。なお、要支援2・事業対象者で1～4回の利用の場合は、通所型サービス2回数の利用1回毎の出来高払いとなる。自立支援型通所介護・閉じこもり予防型通所介護の実施方法は事業所指定となるため、国保連経由で審査・支払いを行い給付管理するものである。

Q4 - (5)

月途中で契約し利用開始した場合の報酬は、介護予防給付において月途中で開始した場合にも月額包括報酬をそのまま算定しましたが、総合事業においては日割り計算の算定となるか？

A

月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については、平成 2 7 年 3 月 3 1 日付厚生労働省事務連絡「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）」の介護報酬改定関係資料の資料 I - 9「月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について」に参照していただきたい。予防給付 ⇔ 総合事業になった場合、介護給付 ⇔ 予防給付になった場合等、予防給付は今まで通り日割り計算だが、総合事業については利用 1 回毎の単位を設定していることから、月途中で契約して総合事業のみのサービスを利用開始した場合は、利用 1 回毎の出来高払いの請求になると解釈していただきたい。

Q4 - (6)

訪問サービスや通所サービスでマルメの場合は、ショートステイを利用した際これまで日割り計算をしているが、それはいままで通りか？

A

予防給付の場合は従来通り日割り計算になるが、総合事業については利用 1 回毎の単位を設定していることから利用 1 回毎の出来高払いの請求になり、月額包括単位で利用してショートステイ利用した場合の日割り計算はしない。

Q4 - (7)

1 回数の場合、ショートステイを併用しても日割りにはならなくてよいということでしょうか？

A

お見込みの通りで、総合事業については利用 1 回毎の単位を設定していることから利用 1 回毎の出来高払いの請求となる。

Q4 - (8)

支援 2 の方が通所サービスを利用して、月 3 回しか利用しなかった場合、1 回数の単位数だと 5 回から 8 回までと記載されているが、どの単位数で請求すればいいのか？

A

要支援2・事業対象者で1～4回の利用の場合は、通所型サービス2回数の利用1回毎の単位数での請求になる。

Q4－(9)

要支援1で当初の予定通りではないが、振替利用で月5回利用となった場合は、1回数の単位数ではなくマルメの単位数で請求していいのか？

A

お見込みの通りで、要支援1・事業対象者であれば1月の中で月5回以上利用した場合は月額包括単位で請求になる。

Q4－(10)

総合事業利用中に要介護認定申請を行い、介護給付サービスを利用する場合の請求はどのように考えるべきか？

A

基本的には総合事業利用中に状態悪化して認定申請を行い介護の暫定プランを立てた場合等は、認定申請時に遡って介護給付が適用になるが、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインP113に記載されている通り、事業対象者として総合事業利用後、要介護認定を受けた場合であっても、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱うこととされている。よって、要介護等認定を受け、認定結果が出る前に総合事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前の総合事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。この場合は、いつから介護給付サービスを開始するのか、事前に保険者に相談する必要がある。

5. その他

Q5－(1)

対象者確認申請書は福祉課、包括以外が相談を受けた際、基本チェックリストの実施を依頼するために提出するものか？

A

新規相談者やその家族が直接居宅介護支援事業所に来所した場合には、介護支援専門員等が対象者確認票を用いて聴き取り、事業対象と判断された場合は、対象者確認票を持参して地域包括視線センター若しくは福祉課へ案内し、対象者確認申請書を記入後、基本チェックリストを実施する流れになる。なお、認定申請と判断された場合は、対象者確認票とともに認定申請書等を提出することも可能である。

Q5 - (2)

予防給付+総合事業の方は、保険証も2枚持つようになるのか？

A

予防給付を利用するには要支援の認定を受ける必要があるため、従来通り要介護状態区分等・認定の有効期間が記載された被保険者証1枚を発行されるもので、被保険者証を同一人物に2枚発行することはない。