

番号	内容	質問	回答
<窓口対応、認定申請、基本チェックリスト>			
1 - 1	資格者証	要介護認定申請と同時に基本チェックリストを実施する場合は、資格者証の発行は従来通り必要か。	従来のとおりです。要介護認定申請をした場合は、資格者証を介護保険システムから出力し、お渡しください。
1 - 2	被保険者証 R3.1.21一部修正	要介護認定申請と同時に基本チェックリストを実施する場合は、最初に事業対象者の被保険者証が発行され、その後認定申請の判定結果が出ることになるが、認定の結果が出たら再度被保険者証が発行されるのか。	介護保険システムの仕様上、認定申請中は被保険者証が発行されないため、事業対象者としての被保険者証は発行されません。(その代わりとして、基本チェックリスト実施後、資格者証をシステムから発行し、交付してください。)その後、要支援・要介護認定の結果が出れば被保険者証が発行されます。
1 - 3	障がい福祉サービス	第一号被保険者で障がい福祉サービスの対象者は、それに相当する介護保険のサービスがある場合は、介護保険のサービスが優先となるが、利用にあたり、要介護認定の申請だけでなく、基本チェックリストの実施も必要か。	障がい福祉サービスに相当する介護給付・介護予防給付のサービスや総合事業のサービス(介護予防相当サービス又は基準緩和サービス)が利用できる場合、それらの利用が原則優先となることから、利用できるサービスの確認のため、要介護認定の申請が必要です。また、その結果が非該当であった場合は、基本チェックリストの実施が必要です。 (申請の結果を待たずに総合事業のサービスを利用したい場合は、要介護認定の申請と基本チェックリストを同時に行うこともできます。) なお、利用するサービスが総合事業のサービスのみであり、かつ事業対象者が利用できるサービス量で足りる場合は、認定申請をせず、基本チェックリストによる判定で、事業対象者としてサービスを利用することも可能です。
1 - 4	窓口対応	明らかに要介護状態だと考えられる場合であっても、本人が希望する場合は、基本チェックリストでの判定で構わないか。	窓口で基本チェックリストを実施し、事業対象者となっても、その後包括のアクセスメントの中で申請の手続きを案内することが可能であり、窓口では本人の希望を優先させてください。
1 - 5	窓口対応	行政窓口で基本チェックリストを実施、該当となり、事業対象者としてすぐにサービスを利用したいという希望があり、その日のうちに包括が引き継いで対応する場合、行政窓口は対象者の氏名と連絡先を包括に伝達し、被保険者証の回収は包括が行うということでしょうか。	貴見のとおりです。本件のような場合は、行政窓口では被保険者証は回収せず、包括で回収します。相談者が包括に被保険者証を持っていけば行政窓口で基本チェックリストを実施した情報を介護保険システムで見ることができます。
1 - 6	第2号被保険者	第2号被保険者については、基本チェックリストの実施・判定で事業対象者として総合事業のサービスを利用できるか。	第2号被保険者は基本チェックリストの判定により事業対象者として総合事業のサービスを利用することはできません。基本チェックリストは65歳以上を対象に実施します。 第2号被保険者は、従来と同様に、特定疾病に起因して介護が必要になった際は、要介護認定申請を行い、要支援認定を受ければ総合事業の利用が可能です。
1 - 7	基本チェックリスト	基本チェックリストの記入は原則自筆か。申請者又は窓口対応職員の代筆等でも良いか。	被保険者本人で記載できる場合は、本人から記載してもらってください。窓口対応者の代筆も可能です。その際は余白に代筆者の名前を記載してください。
1 - 8	基本チェックリスト	基本チェックリストの実施・判定の場合は、相談受付票及び基本チェックリスト実施判断シートが必須ということか。	相談受付票、基本チェックリスト実施判断シートは必須ではありません。(相談受付票については、区役所の窓口では必須としています。)
1 - 9	基本チェックリスト	基本チェックリストを行ったが、すぐにサービスの利用はせず、介護予防ケアマネジメント依頼書を提出しない場合、提出するまでどれくらいのタイムラグが許容されるか。	短期間であっても、様々な理由により現在の状況が基本チェックリストを実施した時の状況から変化している場合もあり、一律の期間をお示しすることは難しく、状態の変化等を考慮し判断してください。(状況が変わりなければ、再度基本チェックリストの実施は不要と考えます。)
1 - 10	基本チェックリスト	基本チェックリストの結果が非該当だった場合、どの程度の期間をあければ再度基本チェックリストを実施することができるか。	短期間であっても、様々な理由により現在の状況が基本チェックリストを実施した時の状況から変化している場合もあり、一律の期間をお示しすることは難しく、状態の変化等を考慮し判断してください。
1 - 11	基本チェックリスト	基本チェックリストの記入について、全ての項目ではなく、わかるところだけの記載でよいか。	一部の回答のみでも判定は可能です。その判定結果に基づき、事業対象者と判定されれば事業対象者として手順を進めてください。未回答の部分は今後の包括又は委託を受けた居宅のアセスメントで補ってください。
1 - 12	基本チェックリスト	基本チェックリストについては、本人の主観的な回答でよいか。	本人の主観的なもので構いません。その後の包括のアセスメントで本人の状態を再確認します。
1 - 13	基本チェックリスト	サービス事業者が被保険者に対し基本チェックリストを実施し、基準に該当する可能性がある人にサービス利用を前提に話を進めてよいか。	基本チェックリストを実施する窓口は、地域包括支援センター・区役所です。サービス事業者が基本チェックリストを実施したとしても、再度、上記の窓口で基本チェックリストを実施してください。サービス利用の必要性の判断は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が行うため、サービス事業者がサービス利用を前提に話をすることは想定していません。
1 - 14	認定申請	要介護・要支援認定有効期間の途中で基本チェックリストの実施により事業対象者となることは可能か。	基本チェックリストの判定をもって要介護・要支援認定を変更し、事業対象者とすることはできません。要介護認定の結果を取り消す場合は区分変更の申請が必要です。
1 - 15	認定有効期間 R3.1.21一部修正	基本チェックリストと要介護認定申請を同時に行った場合、事業対象者の有効期間は2年であり、要支援認定の有効期間を1年とした場合、要支援認定の有効期間が終了した後、事業対象者の有効期間が残っていると考えるとよいか。	事業対象者が認定申請を行い、要支援または要介護の認定結果が出た場合、結果が出た時点で事業対象者ではなくなります。(介護保険システムでは、事業対象者の有効期間が認定日の前日までとなります。ただし、結果が要支援認定だった場合は申請日まで遡り要支援認定者として取り扱います。また、結果が予期せず要介護認定だった場合は、介護給付サービスの利用開始まで事業対象者として取り扱うことができます。)
1 - 16	基本チェックリスト	要支援認定を受けている被保険者が認定の更新をせずに、基本チェックリストによる判定で事業対象者となる場合、現在の認定有効期間満了日の何日前から、基本チェックリストを実施できるか。	明確な日数は定めていませんが、事業対象者の有効期間更新時と同様、期間満了日の60日前からを目安として実施してください。 (新潟市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱 第11条 参照)

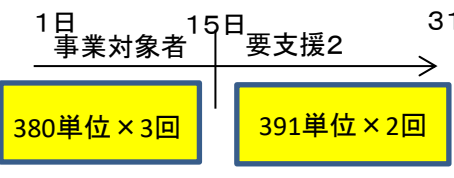
番号	内容	質問	回答
1 - 17	介護保険システム R3.1.21一部修正	基本チェックリスト実施及びシステム入力をし、翌日出力される地域包括支援センター連絡一覧表に記載された事業対象者については、後日介護予防ケアマネジメント依頼書をシステム入力した場合であっても、その翌日に地域包括支援センター連絡一覧表にあらためて記載されるか。	基本チェックリストをシステム入力し、地域包括支援センター連絡一覧表に掲載された事業対象者は、後日介護予防ケアマネジメント依頼書をシステム入力しても、地域包括支援センター連絡一覧表に記載されません。
1 - 18	ケアマネジメント依頼届 R3.1.21一部修正	認定更新を迎えた方が、更新申請ではなく、基本チェックリストを行う場合、基本チェックリストの実施日はどのように記入すればよいか。	基本チェックリストの実施日が事業対象者の有効期間開始日となります。 (例)令和3年5月末切れの要支援認定者 基本チェックリストの実施日:令和3年6月1日(認定有効期間満了日の翌日) なお、要支援認定から更新申請を行わず、事業対象者となる場合は、支援事業者は地域包括支援センターで変わらないため、改めてケアマネジメント依頼書の提出の必要はありません。
1 - 19	介護保険システム R3.1.21一部修正	認定有効期間が令和3年7月31日までの要支援2の方がいる。総合事業のサービスのみの利用となるため、6月15日に基本チェックリストを実施・判定し(書面上は8月1日実施・判定)、令和3年8月1日～令和5年7月31日まで事業対象者とした。しかし、その後身体状態が悪化した為、事業対象者を取り消して、8月1日以降も要支援認定の更新をしたいと考えている。(認定の有効期間内に)システム上どのようにすればよいか。	作成した事業対象者の履歴情報を削除してください。
1 - 20	介護保険システム R3.1.21削除	居宅介護支援事業所で事業対象者の「介護保険[(特定)標準負担額減額認定(ほか)]に関する委任通知書兼同意書(スーパー同意書)」をOCR入力することはできるか。	居宅介護支援事業所でもスーパー同意書のOCR入力ができます。
1 - 21	認定の更新 R3.1.21追加	認定有効期間が令和3年7月31日までの要支援2の方がいる。更新申請をしたが、認定結果が有効期間内に出ず、8月以降になりそう。さらに、状態が良くなったため、非該当となる可能性もある。総合事業の訪問介護相当サービスの継続利用を希望しているため、非該当となってしまうと、給付を受けられない期間が出てきてしまう。どのように対応したらよいか。	利用者が給付を受けられなくなる(10割負担)期間が発生することを防ぐため、有効期間内に基本チェックリストを実施し、該当となったら、その時点では介護保険システムには入力せず、認定結果が非該当だった場合のみ、実施日を有効期間終了日の翌日(この質問の場合は令和3年8月1日)として基本チェックリストの入力し、事業対象者としてサービス利用を継続してください。 ※これは特例的な取扱いです。認定の更新を有効期間内に完了できるように余裕を持った手続きをお願いします。
<基本チェックリストと認定申請を同時に行う場合>			
2 - 1	月途中で要支援認定 R3.1.21一部修正	要介護認定申請と基本チェックリストを同時に行い、事業対象者として、介護予防通所介護相当サービス(または、通所型基準緩和サービス)を利用し、その後認定結果が要支援2だった場合、当該サービス利用額(報酬区分)はどうなるか。	認定資格通り認定申請日まで遡り要支援2として取り扱うため、介護予防通所介護相当サービス(または、通所型基準緩和サービス)のサービス費は、要支援2の単位(報酬区分)となります。
2 - 2	要介護認定を受けた場合	要介護認定申請と同時に基本チェックリストも実施し、事業対象者として総合事業でデイサービス・ホームヘルパーの利用を開始したが、認定の結果が要介護だった場合、総合事業のサービス利用料は全額自己負担となってしまうか。	事業対象者として総合事業のサービス利用を開始した後、要介護の認定を受けた場合、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い、総合事業によるサービスの利用を継続できます。よって、この場合も総合事業によるサービス費については、総合事業費として支給し1割(または2割、3割)が自己負担となります。なお、要介護認定を受けた方は原則、総合事業の利用はできないことが前提となりますので、要介護の認定が出た後は、速やかに居宅介護支援事業者等に引継ぎを行い、要介護認定者として介護給付のサービス利用ができるように手続きを進めてください。 (参考 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインH30年4月改正 P122)
2 - 3	要介護認定を受けた場合	要介護認定等申請と同時に、基本チェックリストにより事業対象者として介護予防ケアマネジメントを経てサービス利用開始後、認定結果が要介護1以上となり、居宅介護支援に切り替えた場合、(月の途中まで総合事業のサービスを使い、認定結果が出た後介護給付のサービスを利用した場合、)その月の給付管理や支援費(プラン費)の請求はどのようになるか。	従来どおり、月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成して提出することとし、併せて居宅介護支援費を請求することとなります。また、この場合の区分支給限度額管理は地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携を取り合っています。 (介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインについてのQ&A【平成27年3月31日版】P3より)
<介護予防ケアマネジメント費>			
3 - 1	介護予防サービスと総合事業の併用	介護予防サービスと総合事業のサービスを併用している場合のケアマネジメントの報酬は、介護予防給付(介護予防支援費)としての支払いとなるのか。	貴見のとおり、介護予防給付(介護予防支援費)としての支払となります。
3 - 2	請求	要支援者で頻りにサービス内容が変わる場合、利用するサービスに応じて、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になるのか。	総合事業のみを利用する月は介護予防ケアマネジメントとなり、予防給付のサービスが含まれる月は介護予防支援となります。 なお、初回加算については、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメント(または介護予防支援)を提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費(または介護予防支援費)が算定されていない場合でなければ算定はできません。
3 - 3	請求	例えば事業対象者が総合事業のサービスを利用中に月途中で要支援認定を受け、その後同一月に介護予防給付のサービスを利用した場合、その月のケアマネジメントの報酬はどのような取扱いとなるか。	その月に介護予防給付サービスの利用があれば、当該月のケアマネジメントの報酬は介護予防支援費として請求してください。
3 - 4	居宅介護支援費の通減制	介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する場合、居宅介護支援事業所の受託件数や居宅介護支援費の基本単位の算定にかかる取扱件数について、制約はあるのか。	介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の通減制には含めません。(居宅介護支援費は事業所全体の取扱件数によって居宅介護支援費が3段階に分かれる。介護予防支援事業者から委託を受けた介護予防支援に係る利用者の総数に1/2を乗じた数を加えて計算するが、介護予防ケアマネジメントの受託件数は含めない。) ※介護保険最新情報vol.484(H27.6.5)参照

番号	内容	質問	回答
3 - 5	介護予防ケアマネジメントC	月1回開催の地域のサロンや配食サービスだけの利用で、介護予防サービス・支援計画書を作成した場合、介護予防ケアマネジメント費(ケアマネジメントC:300単位)は請求できるか。	基本チェックリストを実施し事業対象者となり(または要支援認定を受け)、介護予防ケアマネジメントを実施すれば請求することが可能です。
3 - 6	介護予防ケアマネジメントB	ケアプランを作成したが、利用希望者が4名以下で幸齢ますます元気教室が中止となり参加ができなかった場合、介護予防ケアマネジメントBでの請求は可能か。	幸齢ますます元気教室の利用につながらないことからケアマネジメントBの対象とはなりません。一方、利用希望者のアセスメントを実施していることから、ケアマネジメントCとしての請求が可能です。 なお、利用希望者が次のクールで幸齢ますます元気教室に参加できた場合は、ケアマネジメントBとして新たに請求することができます。 ※新型コロナウイルス感染症のための臨時的な取扱いとは異なります。
3 - 7	介護予防ケアマネジメントC	指定事業者のサービスを利用する介護予防ケアマネジメントAでのケアプランを作成したが、急な事情等で、サービス利用につながらなかった場合であっても、ケアマネジメントCでの請求は可能か。	ケアプランを作成していた場合は、サービス利用につながらなかった場合であっても、ケアマネジメントCとしての請求が可能です。 ※新型コロナウイルス感染症のための臨時的な取扱いとは異なります。
3 - 8	介護予防ケアマネジメントC	地域の茶の間または生きがい対応型通所事業(生きがいデイサービス)へアセスメントしてつないだ場合も、介護予防ケアマネジメントCとして請求可能か。	介護予防ケアマネジメントCのプロセスを踏めば請求可能です。
3 - 9	介護予防ケアマネジメントC	幸齢ますます元気教室が終了して、自主活動グループ等につながる場合、介護予防ケアマネジメントCとして請求可能か。	介護予防ケアマネジメントCのプロセスを踏めば請求は可能です。ただし、介護予防ケアマネジメント終了後、2か月以上経過している場合に限りません。
3 - 10	介護予防ケアマネジメントC	介護予防ケアマネジメントCの一連のプロセスを行い、日常生活自立支援事業(あんしんサポート新潟)につなぐ方向で支援をした場合、介護予防ケアマネジメントCとして請求は可能か。	日常生活自立支援事業(あんしんサポート新潟)を利用することにより、利用者本人の介護予防が図れることがプランに位置づけられていれば、介護予防ケアマネジメントCとして請求は可能です。ただし、包括的支援事業の権利擁護つなぎ加算を請求することはできません。 <介護予防ケアマネジメントCと権利擁護つなぎ加算の例> ・介護予防ケアマネジメントCについて 金銭管理ができなくなり、買い物に行けず低栄養状態であったが、日常生活自立支援事業(あんしんサポート新潟)を利用することにより、買い物や配食サービスを受けることができ、生活が安定し、介護予防が図れる場合。 ・権利擁護つなぎ加算について 息子が母親の年金を使い込み、介護が必要な状況にも関わらず、介護サービスが使えない状況のため、母親の日常生活自立支援事業(あんしんサポート新潟)を利用することにより、支援を行った場合。(加算の要件を満たすことが前提)
3 - 11	要支援認定者の介護予防ケアマネジメント	サービス未利用の要支援認定者が、幸齢ますます元気教室を利用し、それに伴いケアプランを作成した場合は、介護予防支援費で請求すればよいのか、それとも介護予防ケアマネジメント費として請求すればよいのか。また、包括と利用者間で介護予防ケアマネジメント契約は必要か。	サービス未利用の要支援認定者が、幸齢ますます元気教室のみを利用した場合は、介護予防ケアマネジメント費での請求となります。 一方、予防給付サービスと併用した場合は、介護予防支援費として請求します。 なお、どちらの場合でも、総合事業のサービスを利用することから、介護予防ケアマネジメント契約が必要となります。
3 - 12	初回加算	総合事業のサービスを利用している事業対象者が新たに要支援の認定を受けて予防給付のサービスを利用することとなった場合、介護予防ケアマネジメント費において初回加算は算定できるか。	介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合の介護予防支援費の初回加算の算定については、過去2ヶ月以上当該地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合に限り算定できます。 (介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインについてのQ&A【平成27年3月31日版】P6より)
<ケアマネジメント、給付管理>			
4 - 1	暫定利用	事業対象者が、訪問看護の利用など介護予防給付のサービスを希望する場合、要介護認定申請が必要だが、認定結果が出るまでの期間はどのような対応になるか。	認定結果が出るまでの期間は、訪問看護など介護予防給付のサービスを利用せずに待つか、暫定ケアプランでの対応となります。
4 - 2	暫定利用	新規で要介護認定申請を行い、要支援の暫定ケアプランでデイサービス・ホームヘルプサービスの利用を始め、認定の結果が見込み通り要支援だった場合、利用中のサービスはどのような取扱いになるのか。また、認定結果が要介護だった場合はどうか。	認定の結果が要支援だった場合、申請日に遡り、要支援者としての総合事業サービスの利用となります。 また、結果が要介護だった場合は、介護予防相当サービスは介護給付(訪問介護、通所介護)としての支給ができますが、基準緩和サービスを利用していた場合は、介護給付のサービスとして置き換えることができないため、全額自己負担となります。
4 - 3	事業対象者退院直後等の限度額引き上げ	事業対象者の区分支給限度額について、原則要支援1の限度額(5,032単位)とされているが、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられる方等は要支援2と同じ限度額(10,531単位)とする(総合事業ガイドラインP117)、とあるがその決定は誰がするのか。	事業対象者の限度額の引き上げの必要性については、「事業対象者の利用限度額引き上げについての業務フロー」に従い市と協議が必要です。協議のための書類を記載し、区役所健康福祉課高齢介護担当に提出してください。
4 - 4	事業対象者退院直後等の限度額引き上げ	事業対象者は区分支給限度額や報酬区分において、基本的に要支援1相当とされているが、「退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながる場合が考えられるケース」などの場合、要支援2の限度まで引き上げることが可能となっている。(総合事業ガイドラインP117)この場合の『退院直後』とは、具体的には退院後何か月までを指すものか。(新潟市として想定している具体的な数値があるものか、それともマネジメント担当者の判断に委ねられるものであるのか)	退院直後の期間については一律の期間をお示ししません。事業対象者の限度額の引き上げの必要性については、市と協議が必要です。協議のための書類を記載し、区役所健康福祉課高齢介護担当に提出してください。
4 - 5	事業対象者退院直後等の限度額引き上げ	給付管理において事業対象者は要支援1の限度額を目安として行うとなっているが、介護予防訪問介護相当サービス、訪問型基準緩和サービスの報酬算定区分の「週2回を超える程度」における事業対象者、あるいは介護予防通所介護相当サービス、通所型基準緩和サービスの報酬算定区分の「事業対象者・要支援2」の区分における事業対象者とはどのような状態の事業対象者か。	各サービスの左記の報酬算定区分における事業対象者については、要支援2の限度額まで利用が可能であり、状態像としては「退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるようなケース等」を想定しています。事業対象者の限度額の引き上げの必要性については、地域包括支援センター等が市と協議して決定します。原則、事業対象者は要支援1相当としていますので、このようなケースは例外的な取扱いとします。
4 - 6	訪問型サービスB	住民主体の訪問型生活支援(訪問型サービスB)について、報酬や利用者の負担はどうなるのか。また給付管理は必要か。	住民主体の訪問型生活支援は実施団体に対し、運営経費等の補助をするものであり、指定事業所によるサービスのように利用者1人に係る介護報酬を支給するというものではありません。よって給付管理は不要です。利用者負担については、実施団体が設定します。

番号	内容	質問	回答
4 - 7	介護予防ケアマネジメントC	ケアプランに地域の茶の間やまごころヘルプなどを位置付けた場合、実施団体へ本人の利用者基本情報やケアプランを提供する必要があるか。	介護予防ケアマネジメントCとしてケアプランに位置付けられるサービス実施団体は、ボランティアなど必ずしも専門職でない場合もありますので、利用者基本情報やケアプランを提供をする必要はありません。(利用者基本情報やケアプランを提供する場合は、団体の個人情報に関する基準を確認する必要があります。)
4 - 8	ケアプラン自己作成	ケアプランを自己作成し、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)を利用することは可能か。	総合事業ガイドラインP75において、「ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない」とされており、基本的には自己作成に基づくサービス事業の利用はできません。
4 - 9	ケアプラン	ケアマネジメントBおよびCの介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメントの結果等記録表)について、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」のとおり一部を省略してよろしいか。	新潟市ではケアマネジメントB、Cの支援計画書(ケアプラン)の作成については、記載を省略せず作成します。 (平成28年12月27日開催「介護予防・日常生活支援総合事業の制度設計についてのワーキンググループ」において検討済み。)
4 - 10	ケアプラン	「介護予防サービス・支援計画書」の支援計画「サービス種別」の欄に、総合事業サービスはどのように記載すればよいか。	「介護予防訪問介護相当サービス」「訪問型基準緩和サービス」「介護予防通所介護相当サービス」「通所型基準緩和サービス」「通所型短期集中予防サービス(幸齢ますます元気教室)」など利用するサービスの名称を記載します。「新潟市介護保険サービスガイド」にある「介護保険サービスの種類」を参照してください。
4 - 11	ケアプラン	新潟市の地域包括支援センターにおける機能強化職員は、委託した居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス・支援計画書の地域包括支援センター確認欄の記載ができるか。	可能です。機能強化職員は介護予防支援業務を行うことはできませんが、左記の業務を行うことができます。
4 - 12	評価	総合事業サービスを利用していた方(介護予防ケアマネジメントA)が、幸齢ますます元気教室に参加した場合について。幸齢ますます元気教室を追加したプランが作成されると思うが、 ①追加する前のプランに対する評価は必要か。 ②幸齢ますます元気教室が終了した時の評価は必要か。 ③幸齢ますます元気教室が終了し、新しいプランを作成する必要があるか。	①について 必要です。 本人の状態変化によりサービスを追加する場合、これまでのプランに対する評価は必要です。 ②について 必要です。 幸齢ますます元気教室終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含め、今後の方針を決定します。 評価の記録は「介護予防ケアマネジメント サービス評価表」に記入します。 ③について 評価の結果、設定した課題や目標の変更なく、介護予防相当サービスや基準緩和サービスの利用を継続する場合は、新たに介護予防プランの作成は必要ないと考えます。
4 - 13	ケアプラン	事業対象者は、主治医意見書がないため、支援計画書の「健康状態について」は空欄でよろしいか。	当該欄は、介護予防サービス計画等を立てる上で、健康状態について留意すべき情報を記入します。「主治医意見書(要支援者のみ)」、「基本チェックリスト(生活機能評価)」、「利用者基本情報」等より健康状態について留意が必要な点について記載をしてください。特になければ、「特筆なし」と記入するなど、空欄にならないようにしてください。 参考:「介護予防・日常生活支援総合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)の実施及び介護予防手帳の活用について」平成27年6月5日 厚生労働省通知
4 - 14	サービス担当者会議(幸齢ますます元気教室を追加した場合)	介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントAIにより作成したプランに通所型短期集中予防サービス(幸齢ますます元気教室)を追加する変更を行う場合、サービス担当者会議は必須か。	当市では、幸齢ますます元気教室のみを利用する場合、介護予防ケアマネジメントBによるものとしており、サービス担当者会議は原則不要なサービスと位置付けています。 よって、介護予防支援等によるプランに当該サービスのみを追加する場合は、原則サービス担当者会議は不要とします。 ただし、利用者の状態像等を踏まえてサービス担当者会議の開催が必要と判断される場合は、適宜当該会議の開催をお願いします。 なお、この場合における幸齢ますます元気教室受託事業者の担当者会議への参加は任意である旨、念のため申し添えます。
4 - 15	サービス担当者会議(認定申請と基本チェックリストを同時に行った場合)	要介護認定申請と同時に基本チェックリストを実施し、認定結果が出るまでの間、事業対象者としてサービスを利用していた。認定の結果、「要支援」と認定された場合、サービス担当者会議の開催は必要か。	同時申請の場合、事業対象者としてケアプラン作成時に一連のケアマネジメント業務(*1)を行っており、かつ事業対象者から要支援者への移行にあたり、本人の状態変化なく、当初のケアプランを変更する必要がなければ、認定結果確定以降、再度一連の業務を行う必要はありません。 ただし、確定した認定情報等を記入(見え消しで訂正してもよい)した本ケアプランを作成し、利用者の同意を得て、利用者・担当者に交付してください。また支援経過に本ケアプランの同意を得た日付、相手方、確認方法、交付した日付、等を記録してください。 *1 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等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 第30条第6号から第11号までに定める一連の業務
4 - 16	サービス担当者会議(暫定利用の場合)	要介護等認定申請後に暫定ケアプランを立て、認定結果が出てからプランを確定する際に、改めてサービス担当者会議は必要か。	暫定ケアプラン作成時に一連のケアマネジメント業務を行っており、要介護度が確定した時点で本人の状態変化なく、当初の暫定ケアプランを変更する必要がなければ、認定結果確定以降、再度一連の業務を行う必要はありません。 ただし、確定した認定情報等を記入(見え消しで訂正してもよい)した本ケアプランを作成し、利用者の同意を得て、利用者・担当者に交付してください。また支援経過に本ケアプランの同意を得た日付、相手方、確認方法、交付した日付、等を記録してください。
4 - 17	サービス担当者会議(インフォーマルサービス等を追加)	指定事業者によるサービスを利用している方のケアプランに地域の茶の間など一般介護予防事業やインフォーマルサービス等を追加する場合、サービス担当者会議は必要か。	指定事業者のサービスを利用する際の介護予防ケアマネジメントAは、サービス担当者会議が必須のプロセスですが、地域の茶の間など一般介護予防事業については、介護予防ケアマネジメントCに該当するサービスであるため、サービス担当者会議の開催は必須ではありません。
4 - 18	ケアマネジメント(委託先の居宅が変更となる場合)	委託先の介護支援専門員が法人内の異動で、A事業所からB事業所へ変更となるが、担当していた利用者を異動後も同じ介護支援専門員が担当する場合、一連の新規のケアマネジメント業務は必要か。	必要です。 当該利用者にとって新たな居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が作成するケアプランになることから、アセスメントからサービス担当者会議等介護予防支援の一連の業務を行う必要があります。
4 - 19	地域包括支援センターの機能強化職員	平成29年度より地域包括支援センターの機能強化職員による介護予防ケアマネジメント業務(介護予防ケアプラン作成にかかる一連の業務)の実施が可能となったが、当該職員が介護支援専門員の資格を有する場合、「介護支援専門員の実務とみなす」ことができるか。	実務経験とみなすことができます。

番号	内容	質問	回答
<サービス利用>			
5 - 1	介護予防相当と基準緩和	訪問型サービスのうち、入浴介助及び家事援助を介護予防相当サービスで、身体介護を伴わない家事援助を基準緩和サービスで希望されている方について：毎週火曜日は掃除の支援、金曜日は入浴介助と洗濯の計画を作成したが、金曜日に体調不良等で入浴介助を行わず、その日は身体介護を伴うサービスが無かった場合、その日の報酬については基準緩和サービスの回数単価を用いるのか。	介護予防相当サービスを利用している方が、事情により身体介護を伴うサービスを利用しなかった場合であっても、基準緩和サービスの回数単価を用いるのではなく、そのまま介護予防相当サービスの単価として算定してください。
5 - 2	サービスCとの併用	①介護予防通所介護相当サービスと幸齢ますます元気教室(通所型サービスC)を併用することができるか。 ②通所型基準緩和サービスと幸齢ますます元気教室(通所型サービスC)を併用することはできるか。	アセスメントによりサービスの併用が効果的であると判断される場合は、①・②の場合ともに、サービスを併用することができます。
5 - 3	通所サービスの併用	総合事業移行前は、国のQ&Aにおいて「介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを同時に利用することは想定していない」とあるが、総合事業移行後は介護予防通所介護相当サービスまたは通所型基準緩和サービスと介護予防通所リハビリテーションを同時に利用することは可能か。	運動器機能向上加算を算定している介護予防通所介護相当サービス、または同加算は算定していないが利用者の運動器の機能向上を目的としたサービスを行っている介護予防通所介護相当サービス若しくは通所型基準緩和サービスと介護予防通所リハビリテーションとの同時利用は想定していません。ただし、ケアマネジメントにおいて、同時に利用することで明確に身体機能の向上が図れると判断できる場合は同時に利用することも可能です。
5 - 4	生活援助	家族構成によって使えるサービスに制限がかかることはあるか。(訪問介護の生活支援)	現行同様に、同居家族がいることのみを判断基準として、一律機械的にサービスの支給の可否を決定することはできません。適切なケアマネジメントに基づき、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断します。
5 - 5	通所型サービスの送迎	通所型サービスについて、介護予防相当サービスは、自宅までの送迎サービスも提供と記載があります。基準緩和サービスは、本人や家族の送迎で利用することになるか。	サービスの具体的な内容は事業者が設定できるものであり、送迎についても必須ではなく、任意としますが、送迎については基本単位の中に算定されていることから、送迎を希望する方については送迎を提供することが必要であると考えます。(基準緩和サービスも送迎サービスの提供は可能です)
5 - 6	サービス利用回数	事業対象者の介護予防相当サービス、基準緩和サービスの利用について、利用回数に制限はあるか。	事業対象者は、基本的に要支援1相当であり、訪問型であれば週1回程度、あるいは週2回程度、通所型であれば週1回程度が目安となり、基本報酬についてもそれに応じた報酬設定となっています。実際に利用する回数についてはケアマネジメントで決定してください。
5 - 7	サービス利用回数	介護予防通所介護相当サービス、通所型基準緩和サービスにおいて要支援1・事業対象者は週1回しか利用できないのか。	いずれのサービスについても、要支援1・事業対象者は基本的には週1回程度の利用を想定した報酬設定となっています。アセスメントの結果、ケアプランにおいて週2回程度の利用の必要性が認められれば、週2回の利用も可能ですが、報酬については週2回利用であっても、上限は要支援1・事業対象者の区分の1月当たりの単位となります。
5 - 8	事業対象者のサービス利用	基本チェックリストで該当となった方も介護予防相当サービスを利用できるか。	利用可能です。 介護予防・生活支援サービス事業対象者(事業対象者)として、介護予防相当サービスや基準緩和サービス、短期集中予防サービス等を利用できます。
5 - 9	要支援認定者のサービス利用	要支援認定を受けた方も基準緩和サービスを利用できるか。	利用可能です。基準緩和サービスは介護予防・生活支援サービス事業の1つであり、要支援認定を受けた方と事業対象者が利用できます。
5 - 10	小多機と通所型サービスCの併用	介護予防小規模多機能型居宅介護を利用している場合、通所型短期集中予防サービス(幸齢ますます元気教室)を利用することは可能か。	介護予防小規模多機能型居宅介護の報酬基準上、幸齢ますます元気教室は当該サービスを利用している場合に算定が制限されるサービスに該当しないので、利用可能とします。当該教室への参加が効果的と認められる利用者についてはご活用ください。
<住所地特例対象者、市町村をまたいでの利用のケース>			
6 - 1	住所地特例	保険者が他市町村で、新潟市内の住所地特例対象施設に入居している方(住民票は新潟市、他市町村の住所地特例対象者)について、介護予防ケアマネジメント費の請求はどこにすれば良いか。	他市町村が保険者で新潟市の住所地特例対象施設に入所している住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメント費の請求は、保険者を他市町村とし、住所地特例対象者として国保連合会へ請求してください。(指定事業者利用分の給付管理票についても、通常通り国保連合会へ提出してください。)
6 - 2	市町村をまたいだ利用	他市町村の被保険者が新潟市内の事業所の総合事業のサービスを利用する場合(住所地特例者ではない)、介護予防ケアマネジメントはどこが担当し、介護予防ケアマネジメント費の請求はどうなるのか。	保険者市町村の包括(または委託を受けた新潟市の居宅)が介護予防ケアマネジメントを行い、ケアマネジメント費の請求は国保連合会を通して保険者(他市町村)へ行き、給付管理票にも、管轄する国保連合会に提出します。 なお、総合事業のサービスを提供する事業所は利用者の保険者(他市町村)から指定を受ける必要があります。
6 - 3	住所地特例	住所地特例対象者の更新申請の場合、保険者の市町村で更新手続きをするのか。また、どこが包括が担当するのか。	住所地特例対象者が認定申請にて更新を希望される場合は、従来どおり保険者の市町村での更新手続きが必要です。希望するサービスが総合事業のサービスのみであれば、居住する市町村(施設所在市町村)で基本チェックリストを行い、事業対象者としてサービスを利用することが可能です。 ケアマネジメントは居住する市町村(施設所在市町村)の包括が行い、施設所在市町村の指定を受けた事業所のサービスを利用します。
6 - 4	市町村をまたいだ利用	新潟市に住民登録をしている新潟市の被保険者が他市町村に所在する事業所の総合事業のサービスを利用する場合は、事業所が所在する市町村の単価(サービスコード・地域区分の単価)が適用されるのか。 ※住所地特例対象者の場合ではありません。	他市町村の事業所を利用する場合であっても、総合事業の場合、利用者の保険者(住民登録地)である新潟市の総合事業のサービスコード(単位数)と新潟市の地域区分単価が適用になります。 ※他市町村の被保険者を受け入れる事業所は、事前にその利用者の保険者市町村へ指定申請や体制届等の手続きが必要となりますので、保険者市町村の介護保険担当課へ問い合わせてください。 ※住所地特例対象者の場合は、上記の取扱いとは異なり、入所している施設所在市町村のサービスコードや地域区分単価を適用します。
6 - 5	市町村をまたいだ利用	他市町村に所在する事業所が新潟市の被保険者に対して総合事業のサービスを提供する場合、地域区分単価は事業所の所在市町村のものを使えばよいのか。	総合事業が市町村事業であるということから、総合事業のサービスを実施する市町村(新潟市)の地域単価(利用者の保険者が設定する地域単価)を用います。(新潟市の場合、7級地ですので、訪問型10.21円、通所型10.14円となります。)

番号	内容	質問	回答
<サービス費の算定、請求>			
7 - 1	通所型 複数の事業所の利用時における報酬の算定	複数の事業所のサービスを組み合わせることはできるか。また、その際は報酬をどのように算定すればよいか。	<p>総合事業においては1回当たりの単位を設定したことで、複数の事業所のサービスを利用することが可能です。(介護予防相当サービスと基準緩和サービスの組み合わせも可能です。)2つの事業所のサービスを組み合わせる場合、事業所ごとに1月当たり算定できる回数の上限は区分ごとの計画提供回数(4回、8回)の1/2ずつとします。(計画提供回数を超えると、1月の合計単位数が月額包括単位を超えてしまう。月の合計単位数は包括単位以下となるようにしなければならない。)</p> <p>ただし、双方の事業所の合意があれば、計画提供回数の範囲内でそれぞれの事業所での算定回数を設定できます。</p> <p>例: 要支援2の方が通所型サービスで1月にA事業所とB事業所を利用する場合 A事業所4回まで、B事業所4回まで算定可能 双方の事業所が合意の上であれば、例えばA事業所5回、B事業所3回という設定も可能(合計で8回まで)</p> <p>注 1事業所の利用の場合、例えば要支援2の方であれば、7回までが1回当たりの単位数、8回以上が月額包括単位数としているため、複数事業所の利用の場合、A事業所4回、B事業所4回合計8回の算定(1回当たりの単位数でそれぞれ4回ずつの算定)は可能なかというご質問を多くいただきますが、それは可能です。(1回当たりの単位数×8回でも月額包括単位数を超えないため)</p>
7 - 2	日割算定	ショートステイ等利用時のデイサービス・ホームヘルプサービスの報酬の取り扱いについて: 新潟市の総合事業では、デイサービス・ホームヘルプサービスは1回当たりの単位を使用しているため、日割算定はしないとの考えで良いか。 また、月の利用回数によって、月額包括単位が適用となる場合もあるが、その場合であっても日割算定はしないか。	<p>本市の総合事業では、1回当たりの単位を使用しているため日割算定は行いません。</p> <p>また、月の利用回数によって月額包括単位が適用される場合であっても、日割りでの計算は行いません。</p> <p>※日割算定を行うのは、途中で生活保護受給かつ月額包括単位での請求の場合などに限ります。詳しくは新潟市ホームページの「新潟市総合事業サービスコード」のページに「日割りコードについて」が掲載されていますのでご覧ください。</p>
7 - 3	訪問相当サービス 利用回数	介護予防訪問介護相当サービスを週2回程度(271単位)で利用している方が、本人の都合で月3回の利用だった場合、週1回程度の報酬区分の1回当たり267単位で請求を行うのか。	実際にサービスを提供した回数での請求となりますが、その場合でも使用する単位(報酬区分)は変わりません。質問の例の場合、週2回程度の報酬区分(1回当たり271単位)で請求となります。
7 - 4	訪問相当、訪問基準緩和	週2回利用している方で、週1回身体介護(入浴介助)、週1回生活援助(掃除支援)の場合、1つの事業者で介護予防相当サービスと基準緩和サービスの両方の指定を受けて実施している事業者が、介護予防相当サービスと基準緩和サービスを組み合わせる提供することができるか。	<p>1つの事業者が介護予防相当サービスと基準緩和サービスを組み合わせる提供することが可能ですが、報酬は2つのサービスの合計で介護予防相当サービスの月額包括単位が上限となります。以下、例示します。</p> <p>例: 週1回程度利用の方 介護予防訪問介護相当サービス2回(267単位×2回=534単位) 基準緩和サービス2回(244単位×2回=488) 合計1,022単位→上限は1,172単位なので算定可能 介護予防相当サービス2回(267単位×2回=534単位) 基準緩和サービス3回(244単位×3回=732単位) 合計1,266単位→上限は1,172単位なので算定不可</p> <p>週2回程度利用の方 介護予防相当サービス4回(271単位×4回=1,084単位) 基準緩和サービス2回(243単位×2回=486単位) 合計1,570単位→上限は2,342単位なので算定可能 介護予防相当サービス5回(271単位×5回=1,355単位) 基準緩和サービス3回(243単位×3回=729単位) 合計2,084単位→上限は2,342単位なので算定可能 介護予防相当サービス4回(271単位×4回=1,084単位) 基準緩和サービス5回(243単位×5回=1,215単位) 合計2,299単位→上限は2,342単位なので算定可能</p> <p>なお、このケースのように1つの事業者で介護予防相当サービスと基準緩和サービスを提供する場合でも1回当たりの単位を使用してください。(月額包括単位を使用するとそれぞれのサービスの内訳がわからなくなるため。)</p>
7 - 5	訪問相当、訪問基準緩和 週の利用回数に応じた報酬区分	例えば、要支援2の方で同一事業者で週3回訪問介護サービスを利用している方で、週3回のうち2回は介護予防相当サービス、1回は生活援助のみの基準緩和サービスを利用する場合の介護報酬の算定方法は。	<p>まず、週当たりの利用回数の程度で報酬単位の区分を決めます。この場合は週3回の利用ですので、介護予防相当、基準緩和どちらも週2回超の区分の単位を使います。</p> <p>例えば月曜・水曜は身体介護→介護予防相当サービス、金曜は生活援助→基準緩和サービスと計画されている場合 ○介護予防相当サービスを全部で8回提供する場合 286単位×8回=2,288単位 基準緩和サービスを全部で4回提供する場合 257単位×4回=1,028単位 合計3,316単位→上限は3,715単位なので算定可能</p> <p>○介護予防相当サービスを全部で9回提供する場合 286単位×9回=2,574単位 基準緩和サービスを全部で5回提供する場合 257単位×5回=1,285単位 合計3,859単位→上限3,715単位を超えてしまうため、この回数の組み合わせの算定はできません。上限の範囲内でそれぞれのサービスの内訳がわかるように、1回当たりの単位で算定してください。</p>

番号	内容	質問	回答
7 - 6	訪問相当、訪問基準緩和 月途中で過当たりの利用回数変更	総合事業の介護予防訪問介護相当サービス、訪問型基準緩和サービスの報酬単価について。 1～3週目までは週1回の利用、4週目から利用回数を変更し週2回の利用を開始した。 その際、報酬区分はどのようになるか。週1回程度と週2回程度のどちらを使用するか。	総合事業の訪問型サービス(介護予防相当・基準緩和)において、月途中で1週当たりの利用回数を変更する場合について、その月は過当たりの利用回数の多い方の報酬区分で算定します。 例えば、週1回利用をしていた方が月途中で利用回数を増やし、週2回利用する場合、報酬区分について、その月は過当たりの利用回数の多い方(この質問の場合は変更後)の報酬区分で算定してください。(ご質問のケースの場合、1～3週目で計3回、4週目で2回利用した場合、月の合計は5回となりますが、週1回程度の月額単位1,172単位ではなく、週2回程度の単位を使うので、271単位/回×5=1,355単位となります。) また、例えば週2回利用していた方が月途中で利用回数を減らし、週1回利用する場合は、報酬区分は、同じように、その月は過当たりの利用回数の多い方(この場合は変更前)の報酬区分で算定してください。次月以降は変更後の過当たりの利用回数の報酬区分で算定してください。 ※通所型についても同様の考え方です。
7 - 7	実績での算定	デイサービスの利用が月当初の予定では4回であったが、実際利用したのは2回だった場合、利用した回数分(2回)の請求となるか。	貴見のとおりです。実績で請求をしてください。 ※訪問型も同様に実績での算定です。
7 - 8	介護予防相当(訪問型)	介護予防訪問介護相当サービスにおける「初回加算」(200単位/1月につき)について、 ①訪問型基準緩和サービスを利用していた利用者が、同一事業所が提供する介護予防訪問介護相当サービスを利用することになった場合 ②要介護認定を受け、訪問介護を利用していた方が、要支援となり介護予防訪問介護相当サービスを利用する場合 それぞれの場合において算定可能か。	どちらの場合も算定可能です。 なお、利用者が過去2月間(暦月)に当該事業所からサービスの提供を受けていない場合にも初回加算の算定が可能です。
7 - 9	介護予防相当 基準緩和	総合事業費において、過誤申立てはどのようにすればよいか。	申請の流れは介護給付費と同様です。様式は本市ホームページに掲載されている過誤申立書を使用し、(介護給付費とは別葉で作成してください)介護保険課介護給付係または地域包括ケア推進課に提出してください。申立理由コードについては国保連合会のホームページ等でご確認ください。総合事業費の識別番号は「71R1」です。
7 - 10	介護予防相当 基準緩和 (通所型)	介護予防通所介護相当サービスまたは通所型基準緩和サービスにおいて、体調不良で1時間程度で帰宅された場合、1回分として請求することは可能か。	短時間であっても、その間にサービス提供が行われたのであれば1回分として請求が可能です。介護予防通所介護相当サービス、通所型基準緩和サービスは介護給付の通所介護のように所要時間によって報酬区分(単位数)が異なるという取扱いはないので、短時間であっても1回分としてカウント(請求)してください。
7 - 11	基準緩和 (訪問型)	例えば食事の配膳・下膳のみの場合、提供時間がかなり短くなるが、それでも1回としてカウントしてよいか。	1回としてカウントできます。
7 - 12	月途中で認定区分変更 区分支給限度基準額、報酬区分	月途中で事業対象者または要支援1から要支援2に認定区分が変更となった場合、または、要支援2から要支援1に変更となった場合、その月の区分支給限度基準額は何単位となるか。 また、認定区分によって単位数が異なるサービスはどのように算定すればよいか。	支給限度基準額は単位数の多い方を適用します。 また、認定区分によって単位数が異なるサービスについては、利用時点での認定区分に応じた単位数を算定します。 例:介護予防通所介護相当サービスの場合 事業対象者の期間に3回利用、要支援2の期間に2回利用  区分支給限度額は要支援2の10,531単位 また、報酬の基本部分の上限は重い方の認定区分の上限となります。つまりこの場合は要支援2の月額単位3,393単位が上限となり、1回当たりの単位数で算定した合計が月額単位数を超えた場合は月額包括単位となります。 なお、介護予防訪問介護相当サービス、訪問型基準緩和サービスは、基本的に認定区分ではなく、週の利用回数の程度で単位数が異なるので、それに応じた算定となります。ただし、「週2回を超える程度」の報酬区分については、基本的には要支援2の方のみ算定可能な報酬区分ですので、月途中で要支援1となった場合はそれ以降使用できません。
7 - 13	月途中で認定区分変更 サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算は認定区分によって単位数が異なる加算であり、1月当たりの単位となっているが、月途中で認定区分が変わった場合、(例えば事業対象者から要支援2になった場合)はどの認定区分の単位数を算定すればよいか。	介護予防通所介護相当サービスのサービス提供体制強化加算において、月途中で認定区分が変わった場合には、月末における認定区分に応じた単位数で算定してください。(例えば月途中で事業対象者から要支援2に変わった場合は要支援2の単位数で算定)
7 - 14	返戻、査定	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求について国保連審査の結果、請求明細書が返戻または減点となった。原因や対応方法を知りたいが、どのようにすればよいか。	新潟県国民健康保険団体連合会のホームページに「返戻理由コード一覧表」や「よくある返戻理由」、「審査増減単位数通知書について」が掲載されていますので、それらを見て確認してください。受給者の情報(受給者台帳)や事業所の情報(事業所台帳)に原因があり、対応が必要な場合は、地域包括ケア推進課にご連絡ください。
7 - 15	給付制限 R3.1.21追加	保険給付で行っている介護保険料滞納者への給付制限と同様の措置を総合事業でも行っているか。	平成30年4月1日から、被保険者証に給付額減額等の記載がある要支援1・2の方及び事業対象者が総合事業のサービスを利用する際には、総合事業のサービス(第1号事業)については支給制限(保険給付での給付制限と同様の措置)は行っていません。対象となる方の総合事業費(第1号事業支給費)の請求や利用者負担額の徴収の際にはご注意ください。 ※例えば、要支援1・2の方で被保険者証に給付額減額の記載があり、介護予防給付のサービスと総合事業のサービスを合わせて利用している方は、 <u>介護予防給付のサービス費のみ給付額減額の対象となりますのでご注意ください。</u>

番号	内容	質問	回答
<指定基準、運営等>			
8 - 1	介護予防相当サービス	介護予防相当サービスの基準や加算の取扱いの詳細は、要綱とは別に示されているのでしょうか？	人員・設備基準等については「新潟市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準について」(解釈通知)をご覧ください。(新潟市ホームページに掲載) 加算等については、平成30年度介護報酬改定前の指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知別紙1)に準じます。
8 - 2	基準緩和(訪問型)	訪問型基準緩和サービスを提供するに当たって、個別サービス計画の作成は必須でしょうか？	必須ではありません。ケアプランの記載内容のみでは不十分である場合等に作成が必要です。例えば、掃除の段取り、料理内容や時間帯等の本人の希望等を想定しています。
8 - 3	基準緩和(通所型)	通所型基準緩和サービスの従事者の要件の内「介護事業所での勤務経験年数が3年以上の者」の勤務年数には、事務職員としての勤務年数も含めて良いのでしょうか？	事務職員については含めることができません。介護保険の指定事業所における直接処遇職員(介護職員や訪問介護員等)として従事した期間で、3年以上の勤務があるかを判定します。
8 - 4	基準緩和(通所型)	通所型基準緩和サービスを単独で開設する場合は、静養室、相談室、事務室を設ける必要はないのでしょうか？	設備基準については緩和していますが、秘密保持や安全確保等の運営基準については緩和していません。個室として設けることができない場合でも、利用者の処遇を確保するため、相当するスペース等は設ける必要があると考えています。
8 - 5	基準緩和(通所型)	通所型基準緩和サービスについては、送迎をしなくとも良いのでしょうか？	サービス内容は事業者が設定できるものであり、送迎についても必須ではなく、任意としますが、送迎については基本単位の中に算定されていることから、送迎を希望する方については送迎を提供することが必要であると考えます。
8 - 6	基準緩和(通所型)	通所型基準緩和サービスをエレベーターのない建物の2階で実施することはできますか？	エレベーターや階段昇降機等を設置することが望ましいです。しかしながら、設置が困難な場合は、手すりの設置があるか、介助者が付き添える階段幅があるか、傾斜が急過ぎないか、一段当たりの高さや幅が適切か、誘導する介助員を確保できるか等をチェックしていただき、利用者の安全確保に努めてください。事前相談の中で、個別に設備や運用を確認させていただきます。
8 - 7	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、専従要件や加配職員を求めている加算の算定要件について、どのように考えれば良いのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問9をご確認ください。
8 - 8	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、サービス提供体制強化加算を算定する上で、職員の割合はどのように算出すれば良いのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問10をご確認ください。
8 - 9	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、人員基準欠如の扱いはどのように考えれば良いのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問11をご確認ください。
8 - 10	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、定員超過利用の扱いはどのようにすべきでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問12をご確認ください。
8 - 11	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、地域密着型通所介護への移行対象となる利用定員についてどのように考えれば良いのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問13をご確認ください。
8 - 12	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	通所介護と介護予防相当サービス、基準緩和サービスを一体的に行う場合、食堂及び機能訓練室の合計した面積はどのように確保すべきでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問14をご確認ください。
8 - 13	・介護予防相当 ・基準緩和 (訪問型)	訪問介護の集合住宅の減算については、介護予防相当サービスの利用者も含めて計算するが、基準緩和サービスの利用者は含めないものと考えてよろしいのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問15をご確認ください。
8 - 14	・介護予防相当 ・基準緩和 (訪問型)	訪問介護の特定事業所加算における訪問介護員等要件である介護福祉士等の割合には、基準緩和サービスに従事する時間を含むのでしょうか？また、重度要介護者等対応件である利用者の数には、緩和した基準によるサービスの利用者は含むのでしょうか？	「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A【平成27年8月19日版】問16をご確認ください。
8 - 15	・基準緩和 (通所型)	通所型基準緩和サービスの従事者の要件の一つである「サービス提供内容に応じて必要な資格を有する者」に関してですが、必要な資格とは何でしょうか？	通所介護等の「生活相談員」「看護職員」「機能訓練指導員」のいずれかに従事できる資格、または「旧訪問介護員養成研修3級以上修了者」です。
8 - 16	・介護予防相当 (通所型)	平成29年4月から、介護支援専門員と、一定の業務経験を有する介護福祉士が、生活相談員に従事できることになりましたが、介護予防相当サービスについても同様の取扱いでしょうか？	同様の取扱いです。詳細は「通所介護事業所等における生活相談員の資格要件について(通知)」(H29.2.10・新介第3607号)を確認してください。
8 - 17	・介護予防相当 ・基準緩和 (通所型)	社会福祉法人で、第二種社会福祉事業として「老人居宅介護等事業」「老人デイサービス事業」という老人福祉法の名称で規定している場合、定款の変更は必要でしょうか？	老人福祉法の「老人居宅介護等事業」の定義には「第1号訪問事業」、「老人デイサービス事業」の定義には「第1号通所事業」が含まれているため、この場合、定款の変更は必要ありません。
8 - 18	・介護予防相当 ・基準緩和	指定を受けながら、利用者申込者が少ない等の理由により、利用者の受入を当面行わないことは可能でしょうか？	認められません。指定を受けていながら、正当な理由(人員不足・実施地域外等)がないにもかかわらず、サービス提供を拒否することは、基準違反となります。受入が可能な体制が整ってから、指定の申請を行ってください。
8 - 19	・介護予防相当 ・基準緩和	新潟市内に所在する事業所が、新潟市外に住民票のある被保険者に対して総合事業のサービスを提供する場合に必要な手続きを教えてください。	原則、被保険者の住民票のある市町村から指定を受ける必要があります。サービス提供前に必ず当該市町村に確認を行ってください。
8 - 20	・介護予防相当 ・基準緩和	補助金を受けた施設等で総合事業のサービスを実施して良いのでしょうか？	補助財産については、別の用途で使用することが制限される場合もあります。事業実施を検討する際は、事前に補助金の担当窓口へ問い合わせを行ってください。