

介護予防・日常生活支援総合事業

実施手引書

舟形町健康福祉課介護保険係
(舟形町地域包括支援センター)

令和7年4月 改正

目次

1. 舟形町の介護予防・日常生活支援総合事業について	1
介護予防・日常生活支援総合事業への移行について	2
新総合事業の利用対象者／町の新総合事業サービスメニュー	3
各サービスの利用回数・単位数等について	4
各サービスの算定及び請求について	5
区分支給限度額について／事業対象者の有効期間と要介護認定に係る有効期間の見直しについて	7
相談からサービス利用までの流れ	8
基本チェックリストの実施について／事業対象者の判定について／事業対象者の更新時の対応について	9
2. ケアマネジメント関係	10
介護予防ケアマネジメントについて／介護予防ケアマネジメントの委託料の請求について	11
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型について	12
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの加算につて	13
介護予防ケアマネジメントの流れ	14
ケアマネジメントBのサービス担当者会議・モニタリングの考え方	15
介護予防ケアマネジメントのプランの有効期限について	15
サービス利用票について	15
3. サービス事業者用資料	16
訪問型・通所型サービスの人員・設備・運営基準	17
サービスを一体的に提供する場合の人員・設備・運営基準	18
事業者指定について／事業者指定方式と委託方針による請求の違いについて	19
新総合事業サービスのサービスコード／総合事業の書類管理について／サービス名称の変更について	20
4. その他	21
総合事業に関する質問等	22
5. 資料集	23
資料1：舟形町指定訪問型サービスコード票(R6.4～／R6.6～)	
資料2：舟形町指定通所型サービスコード票(R6.4～／R6.6～)	
資料3：基本チェックリスト／基本チェックリストについての考え方	
資料4：サービス利用票(町委託事業分)／サービス提供票(町委託事業分)	
資料5：興味・関心チェックシート	
資料6：町サービス計画届出書	

【お願い】

事業を行うにあたり、厚生労働省の「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」をダウンロードの上、合わせて参照してください。

1. 舟形町の介護予防・日常生活 支援総合事業について

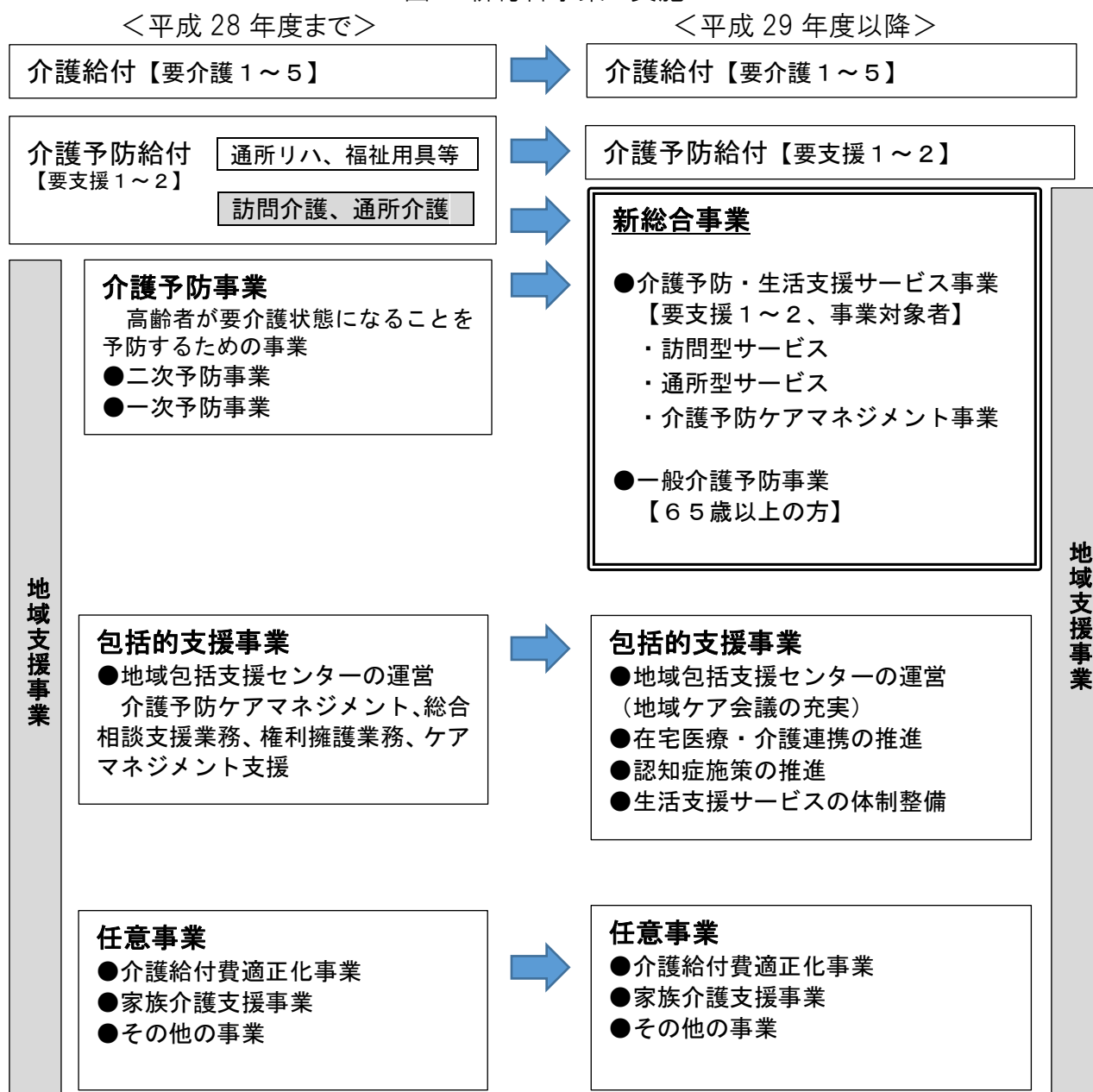
※太字・下線のついてるものは、今回加筆、修正した部分です。

介護予防・日常生活支援総合事業(以下、新総合事業)への移行について

●舟形町では平成29年4月1日から新総合事業へ移行しました。(図1参照)

- ・新規の方⇒申請日から
- ・更新の方
 - ⇒ 事業対象者への移行…介護認定の有効期間に合わせて
 - ⇒ 総合事業サービスへの移行…平成30年4月より全面移行(介護認定更新の有無にかかわらず)

図1 新総合事業の実施



新総合事業の利用対象者

- 新総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」に分かれています。
- 「介護予防・生活支援サービス事業」の利用対象者は、要支援1・2及び事業対象者の方です。
- 事業対象者とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態になることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」に該当した者を言います。
- 65歳未満の者は必ず要介護認定が必要です。（総合事業のサービスメニューを利用できますが、事業対象者となることはありません。）
- 「一般介護予防事業」の利用対象者は65歳以上の方です。

町の新総合事業サービスメニュー

舟形町における新総合事業サービスについては以下の通りです。

【介護予防・生活支援サービス事業】

	訪問型サービス	通所型サービス		
名称	指定訪問型サービス	指定通所型サービス（※1）	短時間デイサービス事業（通所型サービス A）	運動機能向上事業（通所型サービス C）
サービス内容	●身体介護 食事、清拭や入浴、排泄、着替え、洗面、通院・外出の介助 ●生活援助 掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類整理・被服の補修、調理、買物、薬の受取	介護予防を目的とし、デイサービスセンター等の施設で、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の支援や機能訓練、レクリエーション等を日帰りで利用できるサービス。	日常生活上の支援（健康チェック、入浴等）及び簡単な体操、筋力トレーニングなど ※半日程度	有酸素運動、ストレッチ、簡易な器具を用いた筋力トレーニング等、運動機能を改善するための短期間プログラム ※1回あたり2～3時間 ※利用期間は3ヵ月
対象者要件	・事業対象者（基本チェックリストの「生活機能低下」または「運動機能低下」該当等） ・要支援1、2の方		・事業対象者（基本チェックリストの「生活機能低下」または「運動機能低下」該当等） ・要支援1、2の方	・事業対象者（基本チェックリストの「生活機能低下」または「運動機能低下」該当等） ・要支援1、2の方
	※かつ、病気などにより心身の状態が不安定で、専門的な支援を受けながら介護予防に取り組む必要がある方		※心身等の状況により1日のデイサービスが困難な方、等	
利用者負担	介護給付と同様の利用者負担割合		1回につき、一律 290 円	1回につき、一律 290 円
実施方法	事業者指定		事業委託	事業委託
利用手順	ケアマネジメント A		ケアマネジメント B	ケアマネジメント A

※1 指定通所型サービスと通所リハビリ、通所型サービス A、通所型サービス C の併用はできません。

※2 利用者の減のため、通所型サービス A 及び通所型サービス C は当面休止とさせていただきます。再開の際は、事前にお知らせいたします。

【一般介護予防事業】

- ・介護予防教室
- ・いきいき百歳体操事業
- ・地域リハビリテーション活動支援事業
- 他

各サービスの利用回数・単位数等について

●訪問型及び通所型サービス費について、厚生労働省が提示した基本報酬を基に、舟形町では、以下のように対応いたします。（国の通知等について変更する場合あり）

【指定訪問型サービス費】

◆加算・減算等の内容についてはサービスコード表(5. 資料集 資料1)参照

対象者	支給区分	1月当たり 上限回数	単位数 (1回あたり)	1月当たり上限回数を 超えた場合	日割
支援1 支援2 事業対象者	週1回程度	4回まで	287単位/回	1,176 単位/月	39 単位
	週2回程度	8回まで		2,349 単位/月	77 単位
	週2回以上	12回まで		3,727 単位/月	123単位
	短時間(20 分未満)の身体介護が 中心である場合			163 単位/回	

【指定通所型サービス費】

◆加算・減算等の内容についてはサービスコード表(5. 資料集 資料2)参照

対象者	支給区分	1月当たり 上限回数	単位数 (1回あたり)	1月当たり上限回数を 超えた場合	日割
要支援1 事業対象者	週1回程度	4回まで	436 単位/回	1,798 単位/月	59 単位
要支援2 事業対象者	週2回程度	8回まで	447 単位/回	3,621 単位/月	119 単位

【通所型サービス A】

対象者	サービス 利用回数	委託料
・事業対象者(基本チェックリスト「生活機能低下」または 「運動機能低下」の該当等) ・要支援1、2の方	週1回程度	1回につき 2,900 円から 自己負担分を差し引いた金額

【通所型サービス C】

対象者	サービス 利用回数	委託料
・事業対象者(基本チェックリスト「生活機能低下」または 「運動機能低下」の該当等) ・要支援1、2の方	週1回程度	1回につき 2,900 円から 自己負担分を差し引いた金額

各サービスの算定及び請求について

※実績報告及び請求につきましては、実際のサービス提供実績に基づいて算定し、請求してください。

以下に算定例を示しておりますのでご参照ください。ただし、あくまで例ですので、判断に迷う時は介護保険係もしくは地域包括支援センターにお問い合わせください。

★算定例★

【訪問型サービス】

算定の例		報酬の算定
例1	週1回程度利用者に対し、1月に4回の訪問型サービスを利用した場合	1回あたり単位数に利用回数を乗じて算定。(1回単位数@287 単位×4 回=1,148 単位)
例2	週1回程度利用者に対し、1月に5回の訪問型サービスを利用した場合	支給区分に応じて、に利用回数を乗じて計算し、上限回数を超えた場合は月額報酬で算定する。 287 単位×5 回=1,435 単位となり、週1回程度の上限額(1,176 単位)を超えるため、1,176 単位となる。
例3	利用者の状態像の改善または悪化により、当初の支給区分において想定したサービス提供回数と提供実績が異なることが想定されるが、その場合には、利用実績に応じた支給区分を使うことになるのか。	この場合、月の途中で支給区分は変更せず、当初に介護予防サービス計画及び個別サービス計画に位置付けた支給区分での請求となる。なお、翌月以降の支給区分については、利用者の状態像や目標に応じた支給区分の変更が必要であれば、介護予防サービス計画及び個別サービス計画に位置付ける必要がある。(通所型サービスも同様)
例4	週1回程度の利用者が月途中でプランを変更し、週2回程度の利用となった場合の算定について ① 週1回が1週目のみ1回、週2回が2週目以降で7回利用の場合 ② 週1回が1週目のみ1回、週2回が2週目以降で8回利用の場合 ③ 週1回が4週目まで4回、週2回が5週目以降で2回利用の場合	前提として、プランの位置づけと本人の同意を得ていることが必要。 ① 週1回が1回利用、週2回が7回利用の場合、週2回の上限回数に達していないため、287 単位×8 回で算定。 ② 週1回が1回利用、週2回が8回利用の場合、週2回の上限回数に達するため、2,342 単位の月額報酬で算定。 ③ 週1回が4回利用、週2回が2回利用の場合、週2回の上限回数に達していないため、287 単位×6 回で算定。
例5	指定訪問型サービスを利用している利用者が、状態像の改善または悪化により、当初の支給区分において想定したサービス提供回数と提供実績が異なる場合、どのような算定になるのか。提供実績によって、支給区分を変更して算定するのか。	提供実績によって支給区分を変更せず、当初に介護予防サービス計画及び個別サービス計画に位置付けた支給区分での請求となる。 ① 「週1回程度」の指定訪問型サービス利用をしていたが、状態悪化により月7回のサービスを提供した。 ⇒週1回程度の1月当たりの上限回数を超えているため、月額報酬の1,172 単位を算定。 ② 「週2回程度」の指定訪問型サービス利用をしていたが、状態改善により月4回のサービスを提供した。 ⇒週2回程度の1月当たりの上限回数を超えていないため、287 単位×4回で算定。

【通所型サービス】

算定の例		報酬の算定
例1	要支援1の方のサービス算定はどのようにするのか。	支給区分に応じて、1回あたり単位に利用回数を乗じて計算しますが、一定回数を超えた場合は月額報酬で算定。 ① 要支援1の利用者に対し、月4回サービスを提供した場合 ⇒ 436 単位×4回＝1,744 単位 ② 要支援1の利用者に対し、月5回サービスを提供した場合 ⇒ 436 単位×5回＝2,180 単位 上限額の 1,798 単位を超えるため、1,798 単位(要支援2も同様の考え)
例2	実績が異なる場合、どの単位で請求するのか	当初に介護予防サービス計画及び個別サービス計画に位置付けた支給区分に基づいた単位で算定します。要支援2の利用者で、週2回のサービス提供予定も、実績は4回の提供だった場合 ⇒ 391 単位×4回＝1,564 単位
例3	「週1回程度の通所型サービス利用が必要な事業対象者」が要支援認定申請を行い、「要支援2」となった場合の算定はどのようにするのか。	①月の初日に、要支援認定申請を行ったケース 遡って、月の初日から、週1回程度の通所型サービスの利用が必要な事業対象者の支給区分(1回あたり436 単位、上限月額 1,798 単位)から、要支援2の支給区分(1回あたり 447 単位、上限月額 3,621 単位)に変更。 ・当月中に月4回の利用だった場合には、447 単位×4回＝1,788 単位 ・9回以上だった場合には、月額報酬 3,621 単位となる。 ②月の途中で、要支援認定申請を行ったケース 月の途中で、要支援2になった場合、変更日前のサービス費は、従前の支給区分の1回当たり (436 単位)、変更日以後は変更後の支給区分の 1 回当たり(447 単位)と提供回数に基づいてサービス費を算定。 なお、この場合、上限月額も変更します。(1,798 単位⇒3,621 単位) ・変更日前に2回(週1回程度)利用、変更日以降に3回(週1回程度)利用の場合 ⇒436 単位×2回+447 単位×3回＝2,213 単位 ・変更日前に1回(週1回程度)利用、変更日以降に8回(週2回程度)利用の場合 ⇒436 単位×1回+447 単位×8回＝4,012 単位 ⇒ 上限額の 3,621 単位を超えているため、月額報酬の 3,621 単位
例4	指定通所型サービスについて、事業対象者の報酬単価は、週1回程度と週2回程度とで異なるが、次のような場合はどのように算定するのか。 ①週2回利用予定の方が月途中で入院し、その月の利用が4回となった場合。 ②週1回利用予定の者が、状態変化により臨時で週2回利用した場合。	事業対象者の、週1回(要支援1相当)又は週2回(要支援2相当)は、本人の状態像によって判断されるべきもので、実際の利用回数によって判断されるものではなく、当初にケアプランに位置付けた内容で算定することとなる。 ①の場合、週2回の単位に利用回数である4を乗じたものが報酬となる。 ②の場合、週1回の単位に月の利用回数を乗じたものが報酬となりますが、月に5回以上利用した場合は、月額報酬の 1,798 単位での請求となる。

区分支給限度額について

- 事業者指定方式のサービスのみ限度額管理を行います
- 要支援者が予防給付と総合事業両方を利用する場合、下記の利用限度額内の範囲内で給付と総合事業を一体的に給付管理します。

	利用限度額
要支援 1・事業対象者	5,032 単位
要支援2	10,531 単位

事業対象者の有効期間と要介護認定に係る有効期間の見直しについて

【事業対象者の有効期間について】

- 事業対象者の有効期間は、原則2年とします。

基本的な有効期間	
一般高齢者⇒事業対象者になった場合	チェックリスト実施日から2年間
要支援者⇒事業対象者になった場合	要支援の有効期間終了日の次の日から2年間
事業対象者⇒要支援者(又は要介護者)に移行した場合	原則:事業対象者の終了日＝申請日の前日

【要介護認定に係る有効期間の見直しについて】

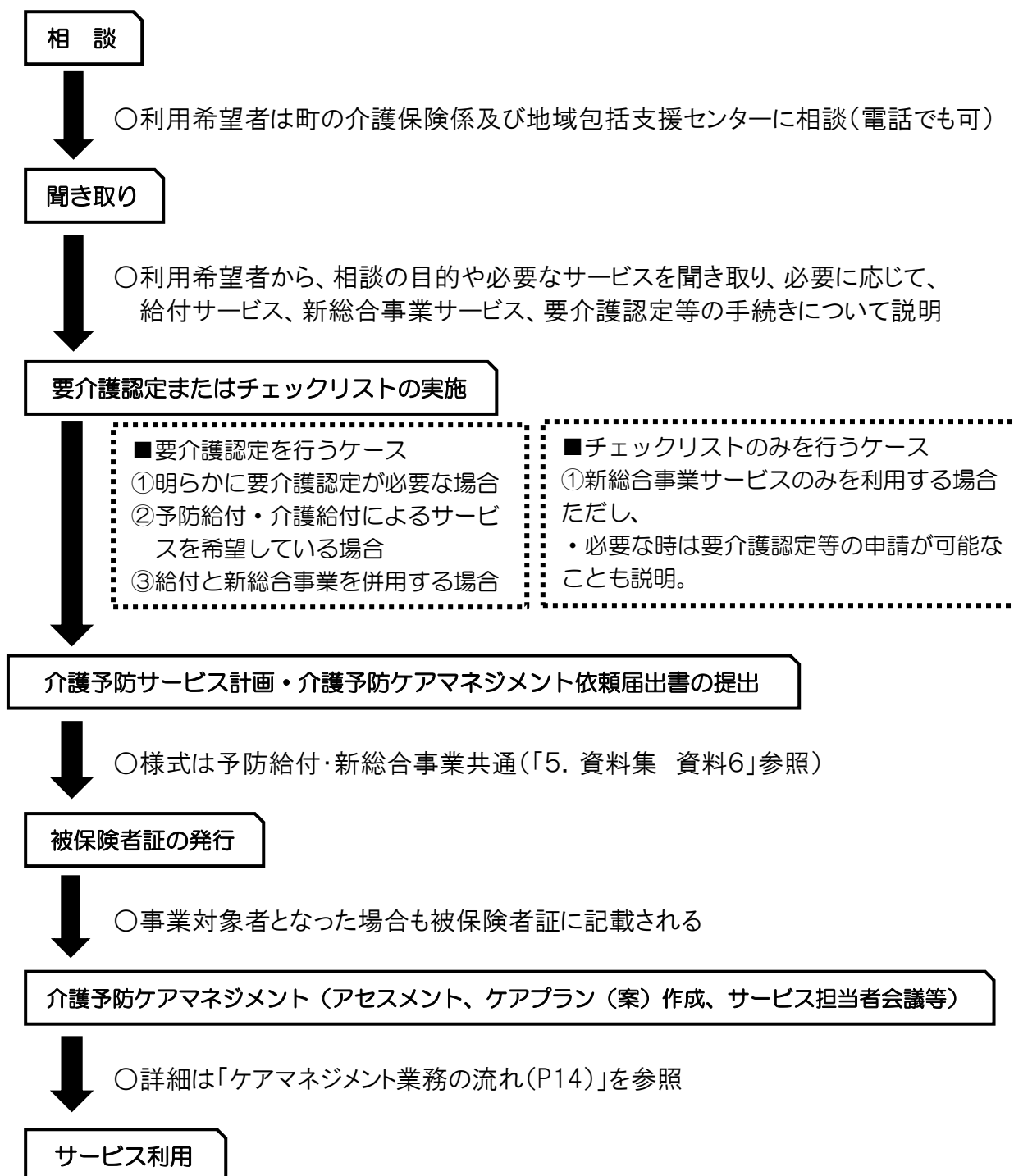
- 新総合事業を実施している市町村については、事務負担軽減のため、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を一律に原則 12 ヶ月、上限 48 カ月に延長されました。

申請区分等		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ヶ月	3～12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3～12ヶ月
更新申請	要介護度が更新前後で異なる	12ヶ月	3～36ヶ月
	要介護度が更新前後で同じ	12ヶ月	3～48ヶ月

相談からサービス利用までの流れ

- 新総合事業サービスのみを利用する場合は、基本的にはチェックリスト該当のみで利用可能です。
- ただし、新規申請の方は一律、介護認定の対象とします。（その際、新総合事業サービスのみ利用希望、かつ、介護認定が非該当および軽度認定と思われる方は認定調査と一緒に基本チェックリストを実施。）

サービス利用手続きについては、当町では下記のとおりとします。



基本チェックリストの実施について

- 軽度の要支援認定程度であれば基本チェックリストを実施し、介護認定手続きを踏まずにサービスを利用することができます。いわゆる事業対象者です。ただし、利用できるサービスは新総合事業サービスメニューのみです。なお、疾患内容、認知症の度合いにより、認定申請をしていただくこともあります。
- 基本チェックリストは、原則、包括支援センター職員が本人との面談にて実施します。窓口に来所できない場合は、訪問等にて対応いたします。
- 第2号被保険者は特定疾病に起因して要介護状態等になることがサービスを受ける前提となるため、事業対象者を判断するための基本チェックリストを実施することはありません。

※基本チェックリストの様式及び基本チェックリストの考え方については、「5. 資料集 資料3」を参照してください。

事業対象者の判定について

事業対象者に該当する基準は、下表の基準にひとつでも該当すれば「事業対象者」に該当します。ただし、利用するサービスによって、必要基準がある場合があります。

（例：通所型サービス事業所を利用希望する場合は、「運動機能の低下に該当」している等）

①生活機能の低下	質問項目 No.1～20 までのうち、10 項目以上に該当
②運動機能の低下	質問項目 No.6～10 までのうち、3 項目以上に該当
③低栄養状態	質問項目 No.11～12 までのうち、2 項目すべてに該当
④口腔機能の低下	質問項目 No.13～15 までのうち、2 項目以上に該当
⑤閉じこもり	質問項目 No.16 に該当
⑥認知機能の低下	質問項目 No.18～20 までのうち、1 項目以上に該当
⑦うつ病の可能性	質問項目 No.21～25 までのうち、2 項目以上に該当

事業対象者の更新時の対応について

対象の方には、保険者より事業対象者の更新勧奨の通知が送られます。更新を希望される方は包括支援センターにその旨の連絡をいただき、その後、包括職員が訪問、基本チェックリスト実施します。合わせて、担当するケアマネジャーの皆様からも、該当する利用者様に更新の声掛けと確認をお願いいたく存じます。

2. ケアマネジメント関係

介護予防ケアマネジメントについて

- サービスの利用内容により、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」に分かれます。
- 介護予防支援については、今までの内容と変わりません。
- 予防給付と新総合事業サービスの両方を利用する場合は、介護予防支援のケアプランの中に新総合事業サービスも組み込むことになります。
- 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、一部居宅支援事業者への委託を行います。（利用者との契約、国保連への給付管理を除く）

利用者区分	サービス利用内容	ケアマネジメント名称	委託料の請求
要支援1・2	予防給付のみ	介護予防支援	介護予防支援費 （包括に請求）
	予防給付と 新総合事業		
	新総合事業のみ	介護予防 ケアマネジメント	介護予防ケアマネ ジメント費 （包括に請求）
事業対象者	新総合事業のみ		

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント委託料の請求について

- 町より委託を受けた指定居宅介護支援事業者は、介護予防支援分の委託料と介護予防ケアマネジメント分の委託料を区分して町に月1回請求します。（請求書の様式については、業務委託契約書と一緒に配布します）
- 請求の際には、介護予防支援分、介護予防ケアマネジメント分と分けて提出してください。（詳細は業務委託契約書及び仕様書をご確認ください。）

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型について

- 利用するサービスにより介護予防支援とケアマネジメント A と B に区分されます
- 介護予防支援実施サービスとケアマネジメント A (もしくは B) 実施サービスを併用する場合は、介護予防支援を行います。
- ケアマネジメント A 実施サービスとケアマネジメント B 実施サービスを併用する場合は、ケアマネジメント A を行います。

利用するサービス	ケアマネジメント区分	実施内容	基本単位数
・介護予防サービス(給付)	介護予防支援	●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(利用者・事業者へ) ※委託の場合は原本を包括へ ●モニタリング(原則 3 ヶ月に1回は自宅訪問) ●評価表(委託の場合は原本を包括へ)、経過記録の作成	442単位
・指定訪問型サービス ・指定通所型サービス ・運動機能向上事業 (通所型サービスC)	ケアマネジメント A	介護予防支援と同様	
通所型サービスAのみ	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)※省略可 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付(利用者・事業者へ) ※委託の場合は原本を包括へ ●モニタリング(適宜実施) ●評価表は不要、代わりに経過記録を記入 (委託の場合は包括に提出)	300単位

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの加算・減算について

加算区分	算定要件	単位数
初回加算	① 新規に介護予防支援および介護予防ケアマネジメントを実施する場合 （介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施して2月以上経過した後に、再度、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施する場合） ② 要介護者が要支援または事業対象者となりケアマネジメントを実施する場合 （介護予防支援⇔介護予防ケアマネジメント移行時は算定不可）	300 単位
委託連携加算	介護予防支援事業所が利用者に提供する介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。※当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。	300 単位
高齢者虐待防止措置未実施減算	高齢者虐待防止措置未実施減算とは、利用者の人権の擁護や虐待防止を強化する観点から、虐待の発生と虐待の再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算。 【算定要件】 ・虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催 ・指針の整備 ・研修の実施 ・担当者を定めること	-4 単位
業務継続計画未策定減算	業務継続計画未策定減算とは、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合に基本報酬を減算。	-4 単位

※初回加算と委託連携加算の同時算定は可

介護予防ケアマネジメントの流れ

1. 介護予防ケアマネジメント利用の手続き（地域包括支援センター対応）

本人、家族からサービス利用等の相談、希望があった場合は、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して運営規定等を説明・契約等を行ったうえで、介護予防ケアマネジメントを開始する。

【作成書類】●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(変更)届出書
●重要事項説明書、契約書、個人情報使用同意書

2. 介護予防マネジメント

①アセスメント(課題分析)

・利用者宅を訪問し、興味・関心チェックシート(5. 資料集 資料5)などを活用し、利用者及び家族との面接により実施する。

②介護予防サービス・支援計画原案(ケアマネジメント結果)作成

・利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決める。
・この介護予防サービス・支援計画書の実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とはよく相談しながら設定し、作成する。

③サービス担当国会議の実施(ケアマネジメントBの一部の場合を除く)

④利用者への説明・同意

⑤ケアプラン確定・交付

・利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

⑥サービス利用開始

⑦モニタリング

・サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。
・利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者からの状況を聴取。

⑧評価

・実施期間終了時、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て、今後の方針を決定。(ただし、ケアマネジメントBは評価表の作成は不要。代わりに経過記録に記入)

ケアマネジメントBのサービス担当者会議・モニタリングの考え方

① サービス担当者会議

- 以下の場合、利用者およびサービス提供者と内容を共有するため、サービス担当者会議を実施してください。

- ・新規にプランを作成する場合
- ・サービス内容に変更があった場合

※サービスの内容に変更がない場合は、サービス担当者会議を省略してプラン作成をすることも可能です(ただし、作成したプランは利用者およびサービス提供者に提出してください)

② モニタリング

- 国の基準では利用者及び家族との相談によって設定した時期に利用者宅を訪問して面接するとなっていますが、利用者支援を円滑に継続していくためにも、最低でも3ヶ月に1回は自宅訪問のうえ面接することとします。
- その他の月については、事業者への訪問や電話での確認は不要としますが、利用者の状況変化等があった際にはケアマネジャーに情報が入るよう連絡体制を作っておいてください。

介護予防ケアマネジメントのプランの有効期限について

- 介護予防ケアマネジメントのケアプランの有効期限は最長1年です。
そのため、認定有効期間が2年の方の場合、1年ごとにプランの見直しが必要になります。
(介護予防支援についても同様です。)

サービス利用票について

- サービス利用票につきましては、予防給付サービス、総合事業(事業所指定)サービス、総合事業(町委託)サービス、それぞれの利用状況が分かるように対応してください。
 - ・事業者指定サービス分⇒これまでの予防給付の様式を利用可。
 - ・町委託サービス分⇒「5. 資料集 資料4」を参照。

3. サービス事業者用資料

訪問型・通所型サービスの人員・設備・運営基準

	指定訪問型サービス (指定事業者のみ)	指定通所型サービス (指定事業者のみ)	緩和した基準によるサービス (通所型サービス A・通所型サービス C)
人員	《 現行の基準と同様 》 ●管理者⇒常勤・専従1以上 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業等の職務に従事可能 ●訪問介護員等⇒常勤換算 2.5 以上 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ●サービス提供責任者⇒常勤の訪問介護員等のうち、利用者 40 人に1人以上(一部非常勤可) 【資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】	《 現行の基準と同様 》 ●管理者⇒常勤・専従1以上 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業等の職務に従事可能 ●生活相談員⇒専従1以上(1以上は常勤) ●看護職員⇒専従1以上 ●介護職員⇒～15 人 専従1以上 15 人～ 利用者1名につき専従 0.2 以上(1以上は常勤) ●機能訓練指導員⇒1以上	●管理者⇒専従1以上 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業等の職務に従事可能 ●介護職員または看護職員⇒1以上 ●従事者⇒利用者が15人以上の場合、利用者1名につき専従 0.1 以上
設備	●事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ●必要な設備・備品	●食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ●静養室・相談室・事務室 ●消火設備その他の非常災害に必要な設備 ●必要なその他の設備・備品	●サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上) ●必要な設備・備品
運営	《 現行の基準と同様 》 ●個別サービス計画の作成 ●運営規定等の説明・同意 ●提供拒否の禁止 ●訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ●秘密保持等 ●事故発生時の対応 ●廃止・休止の届出と便宜の提供 等	《 現行の基準と同様 》 ●個別サービス計画の作成 ●運営規定等の説明・同意 ●提供拒否の禁止 ●従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ●秘密保持等 ●事故発生時の対応 ●廃止・休止の届出と便宜の提供 等	●個別サービス計画の作成(必要に応じて) ●従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ●従事者または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 ●その他、委託の場合は委託契約書及び仕様書による

サービスを一体的に提供する場合の人員・設備・運営基準

- 介護給付サービスと総合事業サービスを一体的に提供することは可能
- 通所サービスの場合は、必ずしも場所を分ける必要はないが、プログラム内容は区分するなど、各サービス利用者の処遇に影響がないように配慮してください。
- 一体的に提供する場合、介護給付の基準に緩和措置が設けられています。
(※詳細については、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」P104を参照)

一体的に提供する場合の人員基準

★介護給付(訪問介護・通所介護)と総合事業の現行相当サービス(指定訪問型または指定通所型サービス)を一体的に運営する場合

- 今までの訪問介護(通所介護)と介護予防訪問介護(通所介護)事業を一体的に実施する場合と同様。
- 要介護者要支援者(事業対象者含む)を合わせた数で介護給付の基準を満たすことが必要

★介護給付(訪問介護・通所介護)と緩和した基準による訪問または通所サービスを一体的に運営する場合

- 従事者が専従用件を満たしているとみなし、要介護者数だけで介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数の配置(緩和措置)。
- 通所型サービス A の場合
 - ・利用定員は、通所介護利用者と通所型サービスA利用者と別に定める
 - ・ただし、設備(面積)基準について、各サービスの基準を満たす必要がある。

※総合事業サービスと一体的に実施することで、介護給付サービスの基準を満たさなくならないように注意が必要。

※総合事業サービスについては、基準は細かく設定されていないが、各サービス利用者の処遇に影響がないよう、また安全面で配慮した人員配置がなされるよう事業を行うことが必要。

事業者指定について

- 総合事業サービスにおける事業者指定方式サービスを実施する場合は、町の事業者指定が必要です。
- 事業所指定は6年に1回の更新が必要です。詳細につきましては、健康福祉課介護保険係までお問い合わせください。（電話：0233-32-0717）

事業者指定方式と委託方式による請求の違いについて

- 事業によって、事業者指定方式と委託方式に分かれます。
- 同一事業者で事業者指定方式と委託方式両方のサービスを実施する場合は、国保連に請求するものと町（地域包括支援センター）に直接請求するものとに分かれるため注意が必要です。

方式	事業名	事業者指定	請求方法	利用料の徴収
事業者指定方式	■指定訪問型サービス ■指定通所型サービス	有	これまでと同様に国保連に請求	利用者から受領
委託方式	■通所型サービスA ■通所型サービスC	無	国保連は経由せず、町へ委託料を直接請求（サービス利用単価から利用者負担分（1割）を除いた分を町に請求	

委託方式の場合の町への請求について

- 年度当初に町と委託契約を締結し、毎月町に委託料を請求することになります。（契約書及び請求書の様式については、後日、通所型サービスA及び通所型サービスCを実施する事業所に送付します）
- 請求書、実績が記入されたサービス提供票等を添付し、町に提出してください。

新総合事業サービスのサービスコード

●国保連合会に請求を行う際は、総合事業用のサービスコードを使用する必要があります。請求の際には十分にご確認ください。「5. 資料集 資料1および資料2」のサービスコード表をご参照の上、お間違えの無いように対応をお願いいたします。

	指定訪問型サービス	指定通所型サービス
総合事業 サービスコード	A2	A6

※詳細なコードにつきましては、「5. 資料集 資料1及び資料2」を参照。

総合事業の書類管理について

- 総合事業の指定訪問型サービス及び指定通所型サービス提供する場合は、今まで同様利用者との契約が必要です。
- 総合事業移行にともない、サービス事業者が利用者とかかわる契約書や重要事項説明等の書類について、以下の点について文言の変更が必要となります。

変更点	移行前	移行後
記録の保存期間	2年間	5年間

※再契約を行うか、または、利用者及び家族に対し予防給付から総合事業へ移行した旨の説明を行い、契約書等の変更に係る同意書を作成し、同意を得たうえでサービスの提供を開始してください。

サービス名称の変更について

- 令和6年4月法改正に伴い、従前相当の訪問型サービス及び通所型サービスの表記を以下に変更いたします。契約書や重要事項説明書等を作成の際にご留意ください。

変更前	変更後
介護予防訪問介護事業	指定訪問型サービス
介護予防通所介護事業	指定通所型サービス

4. その他

総合事業に関する質問等

- 総合事業に関する質問等については、間違いを防ぐ観点から、別添の質問票により、電子メールまたは FAX でお寄せ下さい。（データで質問用紙が欲しい方は申し出てください。）

電子メール：chiiki_hokatsu@town.funagata.yamagata.jp FAX ：0233-32-8762

利用者に関する個別の相談につきましては、これまで通り、面談や電話等に対応いたします。

5. 資料集