

# 介護報酬及び請求についての説明会

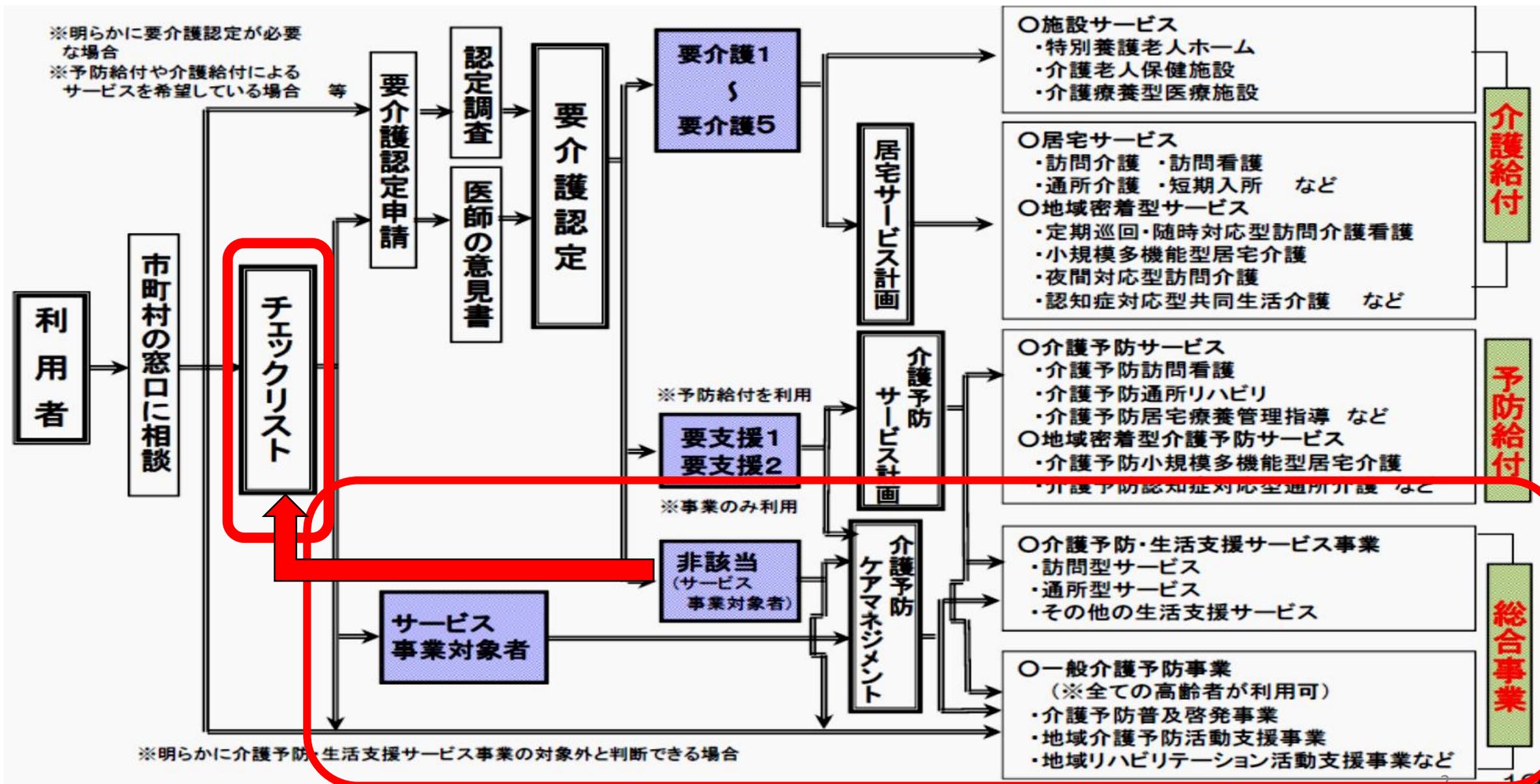
桐生市保健福祉部長寿支援課

# 訪問介護・通所介護のみを利用している人の総合事業への移行スケジュール

更新申請またはチェックリストをして、引き続き要支援(事業対象者)の認定を受けた場合



# ●総合事業実施後の手続き



## 事業対象者の有効期間

- 基本チェックリスト実施日から

**2年間**

(基本チェックリストを実施した月の月末まで)

- 事業対象者が終了となるのは、要支援もしくは要介護に移行したとき＝認定日の前日

# みなし指定の効力の範囲

- みなし指定の有効期間中⇒全市町村に効力が及ぶ
- 有効期間満了後、更新した場合⇒各市町村域の範囲内で効力が及ぶ

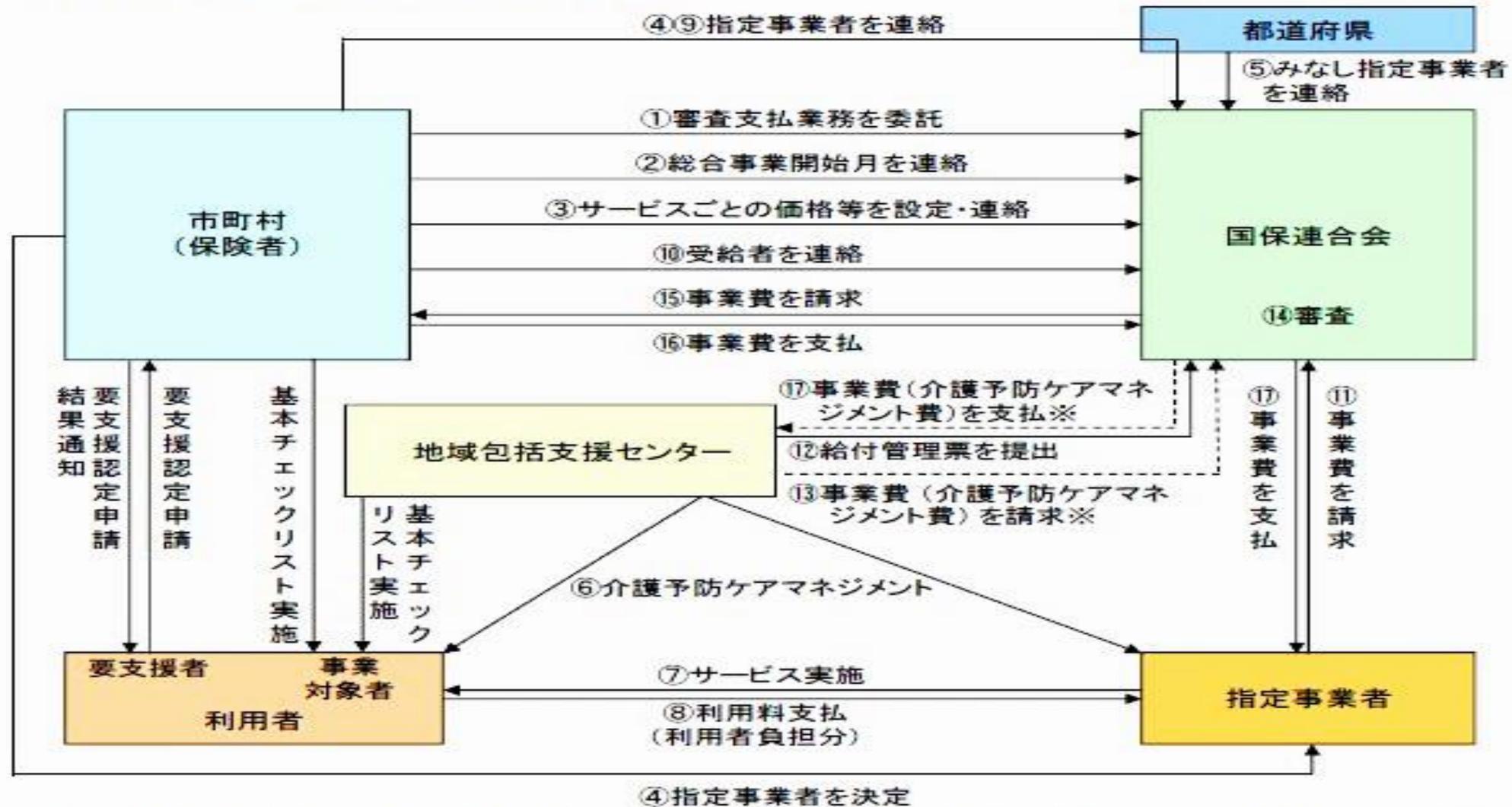
被保険者	総合事業 実施時期	所在地 事業所	総合事業で請求	有効期間満了後、更新した場合
桐生市 みなし指定期間：H27年4月 ～H30年3月末(原則どおり)	H28年4月	桐生市 事業所	H27年4月～H28年3月： 予防給付 H28年4月～H30年3月： 総合事業	H30年4月～桐生市に更新申請を 行うことにより、サービス利用
		A市 事業所		
		B市 事業所		
A市 みなし有効期間：H27年4月 ～H30年3月末(原則どおり)	H29年4月	桐生市 事業所	H27年4月～H29年3月： 予防給付※1 H29年4月～H30年3月： 総合事業※1	H30年4月～A市に更新申請が必 要
		A市 事業所		
B市 みなし指定期間：H27年4月 ～H29年3月末	H27年4月	桐生市 事業所	H27年4月～H29年3月末	H30年4月～B市に更新申請が必 要
		B市 事業所	H27年4月～H29年3月末	H29年4月～B市に更新申請が必 要

※1他市が総合事業実施時、一斉移行とするのか、または要支援更新者は更新ごとに移行するかによって異なる場合がある。

# 国保連合会の審査支払や 請求について

## 2. 国保連合会へ審査支払業務を委託した場合の介護予防・日常生活支援総合事業の事務処理の流れ

### (1) 利用者が事業のみを利用する場合

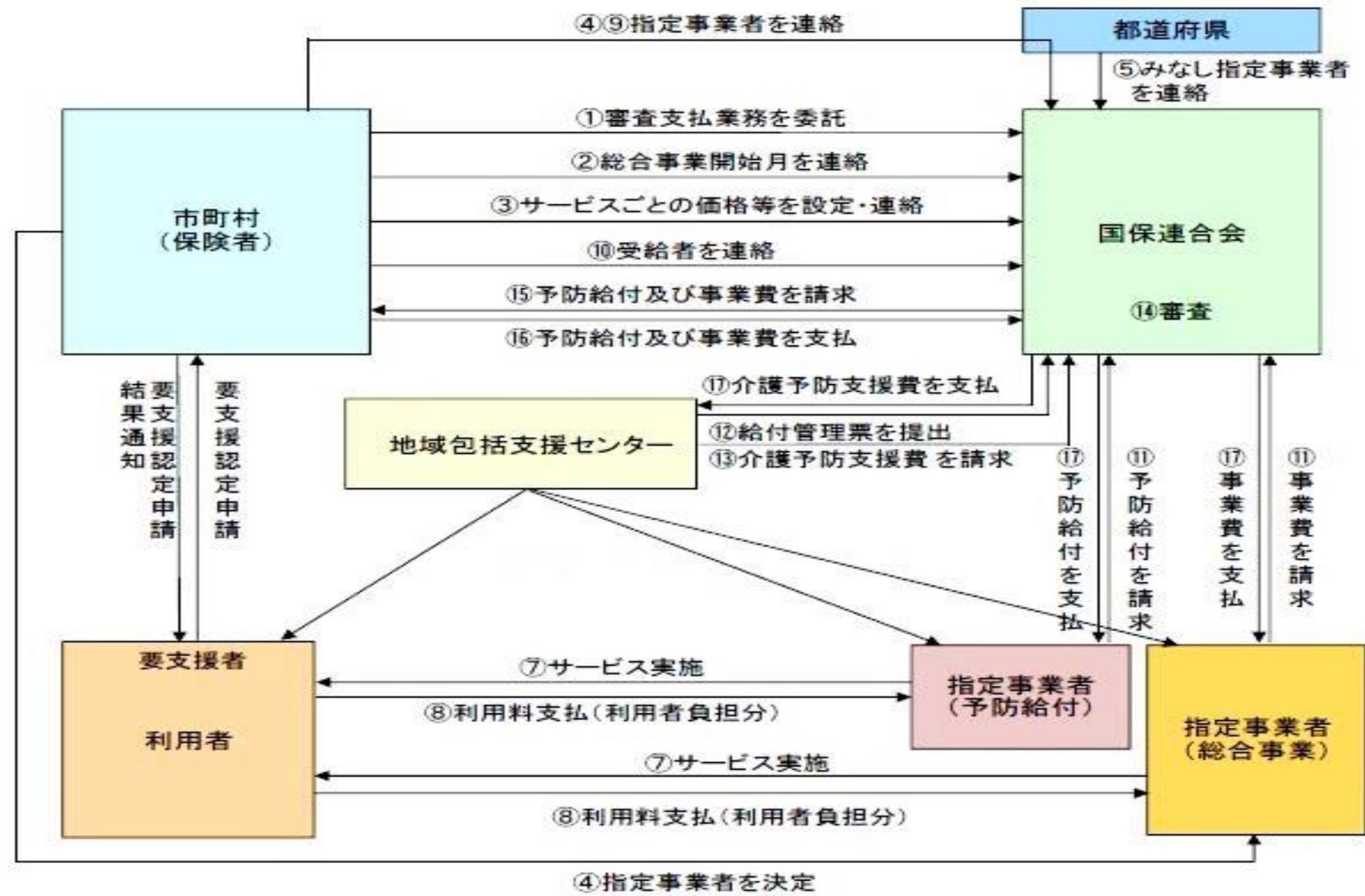


※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。  
 なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

国保連合会の審査支払業務の流れ (1) 利用者が事業のみを利用する場合

分類		No	事務処理内容
サービス 提供月前月		⑥	介護予防ケアマネジメント 地域包括支援センターは、利用者・事業者と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。
		⑦	サービス実施 事業者が利用者へサービス実施。
サービス 提供月		⑧	利用料支払 (利用者負担分) 利用者は事業者へ利用料を支払う(利用者負担分)。
		⑨	指定事業者を連絡 事業所情報に異動があった場合に、市町村が、都道府県経由で、国保連合会へ「事業所異動連絡票情報」を送付。
サービス 提供月翌月	月初	⑩	受給者を連絡 受給者情報に異動があった場合に、市町村が「受給者異動連絡票情報」を国保連合会へ送付。 ※要支援者及び事業対象者の情報を送付する。 ※要支援者については、従来、送付されている「受給者異動連絡票情報」の情報を活用するため、総合事業開始時に新たに送付する必要はない。
		⑪	事業費を請求 事業者は国保連合会へ請求明細書を提出して、事業費を請求する。
	10日 まで	⑫	給付管理票を提出 地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。 ※給付管理の審査を行う場合は給付管理票の提出が必要。行わない場合は提出は不要。
		⑬	事業費(介護予防ケアマネジメント費)を請求 請求明細書(介護予防ケアマネジメント費)を提出する。 ※介護予防ケアマネジメント費の審査支払を国保連合会に委託しない場合は請求は不要。
	5	⑭	審査 国保連合会は審査を行う
サービス 提供月翌々月	20日 まで	⑮	事業費を請求 国保連合会は市町村へ事業費及び審査支払手数料を請求する。
	25日 まで	⑯	事業費を支払 市町村は国保連合会へ事業費及び審査支払手数料を支払う。
	月末 まで	⑰	事業費を支払 国保連合会は事業者へ事業費を支払う。

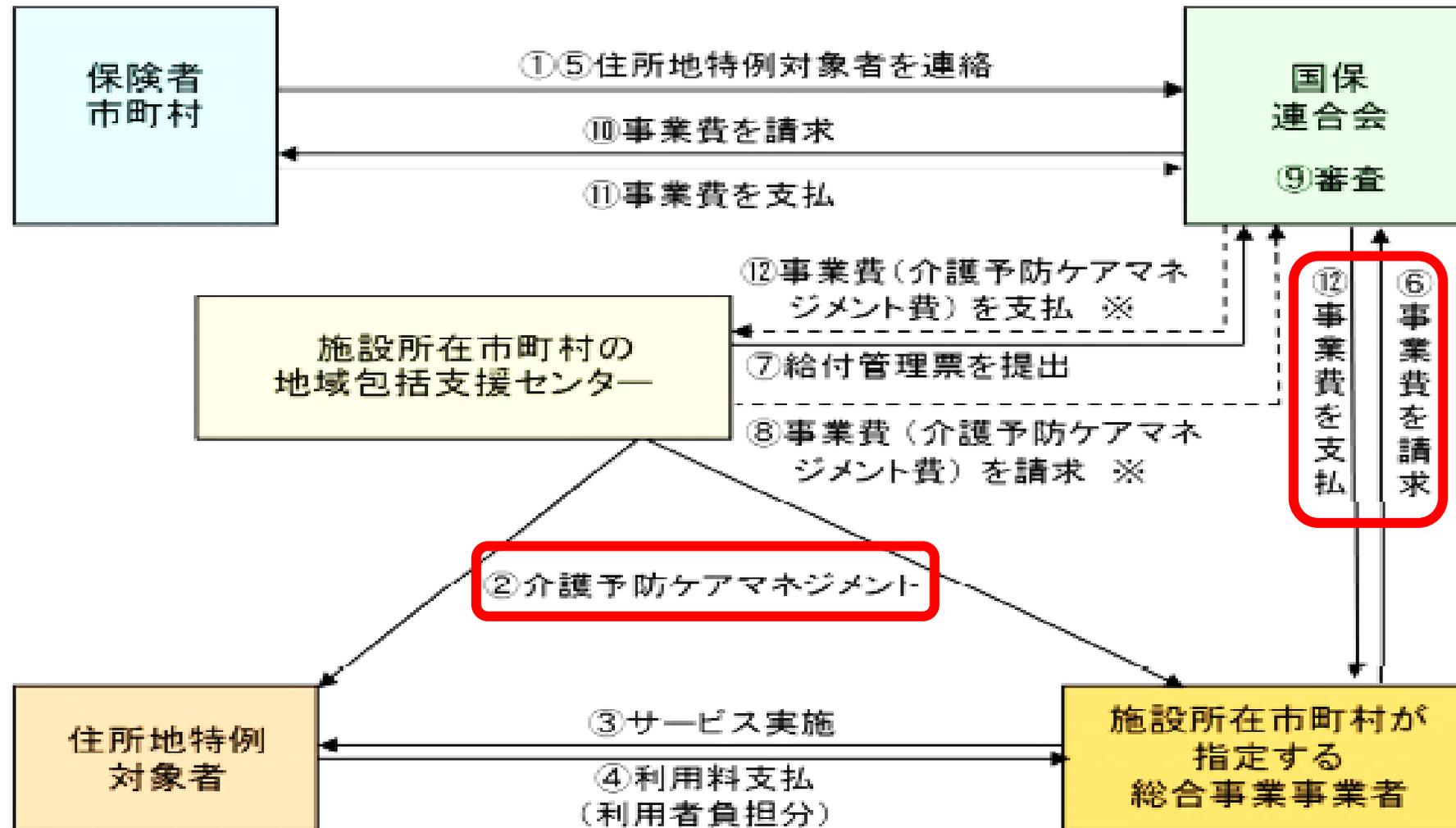
(2) 利用者が予防給付と事業を利用する場合



国保連合会の審査支払業務の流れ (2) 利用者が予防給付と事業を利用する場合

分類	No	事務処理内容	
サービス提供月前月	⑥	介護予防サービス計画	地域包括支援センターは、利用者・事業者と調整して、介護予防サービス計画を行う。
サービス提供月	⑦	サービス実施	事業者が利用者へサービス実施。
	⑧	利用料支払 (利用者負担分)	利用者は事業者へ利用料を支払う(利用者負担分)。
サービス提供月翌月	月初	⑨	指定事業者を連絡 事業所情報に異動があった場合に、市町村が、都道府県経由で、国保連合会へ「事業所異動連絡票情報」を送付。
		⑩	受給者を連絡 受給者情報に異動があった場合に、市町村が「受給者異動連絡票情報」を国保連合会へ送付。 ※要支援者については、従来、送付されている「受給者異動連絡票情報」の情報を活用するため、総合事業開始時に新たに送付する必要はない。
	10日まで	⑪	予防給付及び事業費を請求 事業者は国保連合会へ請求明細書を提出して、予防給付及び事業費を請求する。
		⑫	給付管理票を提出 地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。
		⑬	介護予防支援費を請求 請求明細書(介護予防支援費)を提出する。
5	⑭	審査 国保連合会は審査を行う	
サービス提供月翌々月	20日まで	⑮	予防給付及び事業費を請求 国保連合会は市町村へ予防給付、事業費及び審査支払手数料を請求する。
	25日まで	⑯	予防給付及び事業費を支払 市町村は国保連合会へ予防給付、事業費及び審査支払手数料を支払う。
	月末まで	⑰	予防給付及び事業費を支払 国保連合会は事業者へ予防給付及び事業費を支払う。

# 住所地特例対象者に係る市町村と国保連合会の事務処理の流れ



※総合事業を実施する市町村の流れ。

※⑧、⑫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地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。

なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も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。

## 国保連合会の審査支払業務の流れ 住所地特例対象者の場合

分類		No	事務処理内容
サービス提供月前月		②	介護予防ケアマネジメント 施設所在市町村の地域包括支援センターは、利用者・事業者と調整して、介護予防ケアマネジメントを行う。
サービス提供月		③	サービス実施 事業者が利用者へサービス実施。
		④	利用料支払 (利用者負担分) 利用者は事業者へ利用料を支払う(利用者負担分)。
サービス提供月翌月	月初	⑤★	住所地特例対象者を連絡 住所地特例対象者の内容に異動があった場合に、保険者市町村が「受給者異動連絡票情報」を国保連合会へ送付。 ※従来送付している「受給者異動連絡票情報」に住所地特例項目を設定して送付。

サービス 提供月翌 月	10日 まで	⑥ ★	事業費を請求	事業者は国保連合会へ請求明細書を提出して、事業費を請求する。住所地特例対象者分は住所地特例欄に記載する。
		⑦ ★	給付管理票を提出	施設所在市町村の地域包括支援センターは国保連合会へ給付管理票を提出する。 ※給付管理の審査を行う場合は給付管理票の提出が必要。行わない場合は提出不要。
		⑧ ★	事業費（介護予防ケアマネジメント費）を請求	施設所在市町村の地域包括支援センターは国保連合会へ請求明細書を提出して、事業費を請求する。 <b>住所地特例対象者分は住所地特例欄に記載する。</b> ※介護予防ケアマネジメント費の審査支払を国保連合会に委託しない場合は請求は不要。
	⑨	審査	国保連合会は審査を行う。	
サービス 提供月 翌々月	20日 まで	⑩	事業費を請求	国保連合会は保険者市町村へ事業費及び審査支払手数料を請求する。
	25日 まで	⑪	事業費を支払	保険者市町村は国保連合会へ事業費及び審査支払手数料を支払う。
	月末まで	⑫	事業費を支払	国保連合会は事業費を支払う。

# ケアマネジメント サービス種類コードと単価

区分		サービス種類コード	単価(月)	サービス利用パターン例	
事業対象者	介護予防ケアマネジメント費(プランA)	AF	430単位	事業(訪問介護)のみ	
				事業(通所介護)のみ	
				事業(訪問介護と通所介護)	
要支援1 ・要支援2	介護予防支援費	46	430単位	給付のみ	
				給付と	事業(訪問介護)
	事業(通所介護)				
	介護予防ケアマネジメント費(プランA)	AF	430単位	事業(訪問介護と通所介護)のみ	

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				
46	2111	介護予防支援	イ 介護予防支援費 430 単位	430	1月につき
46	4001	介護予防支援初回加算	ロ 初回加算 300 単位加算	300	
46	6131	介護予防支援小規模多機能連携加算	ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位加算	300	

⇒介護予防ケアマネジメント費の場合は種類を「46」ではなく、「AF」にして請求する。

# ケアマネジメント 区分支給限度額について

利用者区分	サービス利用パターン例		ケアマネジメント代	支給限度額
事業対象者	事業(訪問介護)のみ		介護予防ケアマネジメント費	5,003単位
	事業(通所介護)のみ			
	事業(訪問介護と通所介護)			
要支援1	給付のみ		介護予防支援費	5,003単位
	給付+	事業(訪問介護)		
		事業(通所介護)		
事業(訪問介護と通所介護)		介護予防ケアマネジメント費		
要支援2	給付のみ		介護予防支援費	10,473単位
	給付+	事業(訪問介護)		
		事業(通所介護)		
事業(訪問介護と通所介護)		介護予防ケアマネジメント費		

## ケアマネジメント初回加算の取扱い

- 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、下記①②の場合に算定できる。

### 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、介護予防ケアマネジメントを実施する場合)

### ②要介護認定から要支援認定になる場合、あるいはサービス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

※総合事業移行前に予防給付を受けていた者が、要支援の認定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、総合事業開始月に初回加算の算定を行うことはできない。

# 初回加算が算定できない場合・・・

- 要支援者が認定の更新をして、総合事業のサービスを利用した場合
- 要支援者が事業対象者となった場合（又はその逆の場合）
- 予防給付のサービスを使うことになり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（又はその逆の場合）

# 訪問・通所 サービス種類コード等について

※平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護・介護予防通所介護の指定を受けている事業所を総合事業の指定を受けたものとして事業所移動連絡表情報が国保連に送付される。(事業所番号は、変更なし(新たな事業所番号が交付されることはない))

No	サービス種類コード	サービス種類名	内容
1	<u>A1</u>	介護予防訪問介護相当サービス (≒訪問型サービス(みなし))	総合事業のみなし指定を受けた事業者が請求するサービス種類 ※
2	<u>A5</u>	介護予防通所介護相当サービス (≒通所型サービス(みなし))	

No	サービス種類コード	ベースとなる 予防給付	算定構造	単位数	地域単価	サービスコード	帳票類に出力するサービスコード 名称	利用者負担	利用者負担割合 ・利用者負担額	支給限度額管理対象/対象外
1	<u>A1</u>	介護予防訪問介護	国が規定		国が規定 (桐生市:1 単位10円)	国が規定		定率	予防給付と同様(H27.8 月より負担割合証に応じる)	国が規定
2	<u>A5</u>	介護予防通所介護								

# 訪問型サービス(みなし)サービスコード表(案)

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
A1	訪問型サービスI	事業対象者・要支援1・要支援2(週1回程度)	1,168	1月につき
A1	訪問型サービスI・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	818	
A1	訪問型サービスI・同一	1,168単位	1,051	
A1	訪問型サービスI・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	736	
A1	訪問型サービスI日割	事業対象者・要支援1・要支援2(週1回程度)	38	1日につき
A1	訪問型サービスI日割・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	27	
A1	訪問型サービスI・日割・同一	38単位	34	
A1	訪問型サービスI・日割・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	24	
A1	訪問型サービスII	事業対象者・要支援1・要支援2(週2回程度)	2,335	1月につき
A1	訪問型サービスII・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	1,635	
A1	訪問型サービスII・同一	2,335単位	2,102	
A1	訪問型サービスII・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	1,472	
A1	訪問型サービスII日割	事業対象者・要支援1・要支援2(週2回程度)	77	1日につき
A1	訪問型サービスII日割・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	54	
A1	訪問型サービスII・日割・同一	77単位	69	
A1	訪問型サービスII・日割・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	49	
A1	訪問型サービスIII	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	3,704	1月につき
A1	訪問型サービスIII・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	2,593	
A1	訪問型サービスIII・同一	3,704単位	3,334	
A1	訪問型サービスIII・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	2,334	
A1	訪問型サービスIII日割	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	122	1日につき
A1	訪問型サービスIII日割・初任	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	85	
A1	訪問型サービスIII・日割・同一	122単位	110	
A1	訪問型サービスIII・日割・初任・同一	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供者を配置している場合×70%	77	
A1	訪問型サービス特別地域加算	特別地域加算	所定単位数の15%加算	1月につき
A1	訪問型サービス特別地域加算日割	特別地域加算	所定単位数の15%加算	1日につき
A1	訪問型サービス小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の10%加算	1月につき
A1	訪問型サービス小規模事業所加算日割	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の10%加算	1日につき
A1	訪問型サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%加算	1月につき
A1	訪問型サービス中山間地域等提供加算日割	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%加算	1日につき
A1	訪問型サービス初回加算	初回加算	200単位加算	1月につき
A1	訪問型サービス生活機能向上加算	生活機能向上連携加算	100単位加算	200
A1	訪問型サービス処遇改善加算I	介護職員処遇改善加算	100	
A1	訪問型サービス処遇改善加算II	(1)介護職員処遇改善加算(I)	所定単位数の55/1000 加算	
A1	訪問型サービス処遇改善加算III	(2)介護職員処遇改善加算(II)	所定単位数の45/1000 加算	
A1	訪問型サービス処遇改善加算IV	(3)介護職員処遇改善加算(III)	(2)で算定した単位数の90% 加算	
A1	訪問型サービス処遇改善加算IV	(4)介護職員処遇改善加算(IV)	(2)で算定した単位数の80% 加算	

⇒総合事業の場合は種類を「61」ではなく、「A1」にして請求する。濃い色の部分は契約期間が1月に満たない場合(日割り計算用サービスコード)

# 通所型サービス(みなし)サービスコード表(案)

サービスコード	項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定単位	
A5	1111	通所型サービス1	イ 通所型サービス(みなし)	事業対象者・要支援1		1,647単位	1,647	1月につき	
A5	1112	通所型サービス1日割				54単位	54	1日につき	
A5	1121	通所型サービス2		事業対象者・要支援2		3,377単位	3,377	1月につき	
A5	1122	通所型サービス2日割				111単位	111	1日につき	
A5	8110	通所型サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算			所定単位数の 5% 加算		1月につき	
A5	8111	通所型サービス中山間地域等加算日割				所定単位数の 5% 加算		1日につき	
A5	6109	通所型サービス若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者受入加算			240 単位加算	240	1月につき	
A5	6105	通所型サービス同一建物減算1	事業所と同一の建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(みなし)を行う場合	事業対象者・要支援1		376単位減算	-376		
A5	6106	通所型サービス同一建物減算2		事業対象者・要支援2		752単位減算	-752		
A5	5010	通所型生活向上グループ活動加算	ロ 生活機能向上グループ活動加算			100単位加算	100		
A5	5002	通所型サービス運動器機能向上加算	ハ 運動器機能向上加算			225単位加算	225		
A5	5003	通所型サービス栄養改善加算	ニ 栄養改善加算			150単位加算	150		
A5	5004	通所型サービス口腔機能向上加算	ホ 口腔機能向上加算			150単位加算	150		
A5	5006	通所型複数サービス実施加算 I 1	ヘ 選択的サービス複数実施加算 (I)	(1) 選択的サービス複数実施加算 (I)					
A5	5007	通所型複数サービス実施加算 I 2		運動器機能向上及び栄養改善		480単位加算	480		
A5	5008	通所型複数サービス実施加算 I 3		運動器機能向上及び口腔機能向上		480単位加算	480		
A5	5009	通所型複数サービス実施加算 II		栄養改善及び口腔機能向上		480単位加算	480		
A5	5005	通所型サービス事業所評価加算	ト 事業所評価加算			700単位加算	700		
A5	5107	通所型サービス提供体制強化加算 I 1 1	チ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算 (I)イ	事業対象者・要支援1	120単位加算	120		
A5	6108	通所型サービス提供体制強化加算 I 1 2		(1) サービス提供体制強化加算 (I)イ	事業対象者・要支援2	72単位加算	72		
A5	6101	通所型サービス提供体制強化加算 I 2 1		(1) サービス提供体制強化加算 (I)ロ	事業対象者・要支援1	144単位加算	144		
A5	6102	通所型サービス提供体制強化加算 I 2 2		(1) サービス提供体制強化加算 (I)ロ	事業対象者・要支援2	48単位加算	48		
A5	6103	通所型サービス提供体制強化加算 II 1		(1) サービス提供体制強化加算 (I)ハ	事業対象者・要支援1	96単位加算	96		
A5	6104	通所型サービス提供体制強化加算 II 2		(1) サービス提供体制強化加算 (I)ハ	事業対象者・要支援2	24単位加算	24		
A5	6110	通所型サービス処遇改善加算 I	リ 介護職員処遇改善加算	(1) 介護職員処遇改善加算 (I)		所定単位数の40/1000 加算			
A5	6111	通所型サービス処遇改善加算 II		(2) 介護職員処遇改善加算 (II)		所定単位数の22/1000 加算			
A5	6113	通所型サービス処遇改善加算 III		(3) 介護職員処遇改善加算 (III)		(2) で算定した単位数の 90% 加算			
A5	6115	通所型サービス処遇改善加算 IV		(4) 介護職員処遇改善加算 (IV)		(2) で算定した単位数の 80% 加算			
定員超過の場合									
サービスコード	種類	項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定単位
A5	8001	通所型サービス1・定超	イ 通所型サービス(みなし)	事業対象者・要支援1		1,647単位	定員超過の場合 × 70%	1,153	1月につき
A5	8002	通所型サービス1日割・定超				54単位		38	1日につき
A5	8011	通所型サービス2・定超		事業対象者・要支援2		3,377単位		2,364	1月につき
A5	8012	通所型サービス2日割・定超				111単位		78	1日につき
看護・介護職員が欠員の場合									
サービスコード	種類	項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定単位
A5	9001	通所型サービス1・人欠	イ 通所型サービス(みなし)	事業対象者・要支援1		1,647単位	看護・介護職員が 欠員の場合 × 70%	1,153	1月につき
A5	9002	通所型サービス1日割・人欠				54単位		38	1日につき
A5	9011	通所型サービス2・人欠		事業対象者・要支援2		3,377単位		2,364	1月につき
A5	9012	通所型サービス2日割・人欠				111単位		78	1日につき

⇒総合事業の場合は種類を「65」ではなく、「A5」にして請求する。濃い色の部分は契約期間が1月に満たない場合(日割り計算用サービスコード)

# 介護予防訪問介護相当サービス 単位・対象者

単位は現行制度と同じです。

サービス名称	単位	桐生市の対象
訪問型サービス費 (みなし)(Ⅰ)	1月につき1,168単位 1日につき38単位	事業対象者・要支援1・2 週1回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者
訪問型サービス費 (みなし)(Ⅱ)	1月につき2,335単位 1日につき77単位	要支援1・2 週2回程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者
訪問型サービス費 (みなし)(Ⅲ)	1月につき3,704単位 1日につき122単位	要支援2 週2回を越える程度の訪問型サービス(みなし)が必要とされた者

※各種加算・減算(初回加算、生活機能向上連携加算、介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅳ、サ責減算、同一建物減算など)は給付と同一。

※事業対象者は、原則週1回。ただし、退院時などの緊急性の高い場合等はこの限りではない。

# 介護予防通所介護相当サービス 単位・対象者

単位は現行制度と同じです。

サービス名称	単位	桐生市の対象
通所型サービス費 (みなし)	1月につき1,647単位 1日につき54単位	事業対象者・要支援1
通所型サービス費 (みなし)	1月につき3,377単位 1日につき111単位	要支援2

※各種加算・減算(生活機能向上グループ活動加算、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、選択的サービス複数実施加算、事業所評価加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、定員超減算、職員減減算、若年性認知症利用者受入加算、同一建物減算など)は給付と同一。

※事業対象者は、原則週1回。ただし、退院時などの緊急性の高い場合等はこの限りではない。

# 総合事業での請求開始時期

訪問・通所を利用の方は5月の国保連合会への請求(4月サービス利用分)より、総合事業での請求をお願いします。

サービス	4月請求(3月サービス分)	5月以降～(4月サービス分以降～)
訪問・通所	予防給付(様式)で請求	総合事業(様式)で請求

要支援 認定 更新者	4月1日更新者 (28.3.31有効期間 終了)	5月1日更新者 (28.4.30有効期間 終了)	6月1日更新者 (28.5.31有効期間 終了)	7月1日更新者 (28.6.30有効期間 終了)	8月1日更新者 (28.7.31有効期間 終了)
更新の 手続き 時期	28. 2月～	28. 3月～	28. 4月～	28. 5月～	28. 6月～
申請 方法	従来どおりの 認定申請	▼市役所・地域包括支援センターにおいて、基本チェックリストを活用した事業対象者の振り分けが開始 ▼従来どおりの認定申請を行う場合もあり			

※4月更新の訪問・通所のみ利用の要支援者は、従来どおりの認定更新をしていただきます。5月更新の要支援者から、基本チェックリストによる特定が始まります。

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・要支援認定者)  
 ～事業対象者が介護保険を申請し、認定結果が「非該当または要支援」となった場合～

利用サービス	認定結果		非該当者(事業対象者)	要支援認定者
	費用請求区分			
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		全額自己負担	
給付と総合事業を併用	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	総合事業(現行相当サービス)費		<b>総合事業</b>	<b>総合事業</b>
	ケアマネジメント費		<b>総合事業</b>	予防給付
総合事業のみ	総合事業(現行相当サービス)費		<b>総合事業</b>	<b>総合事業</b>
	ケアマネジメント費			

注1) 上記は、それぞれの指定(委託)を受けていることが前提。  
 注2) 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(要介護認定者)  
 ～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	認定結果		申請日に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業対象者として取り扱う場合
	費用請求区分			
給付のみ	給付サービス費		介護給付	
	ケアマネジメント費			
給付と総合事業を併用	給付サービス費		介護給付	
	総合事業(現行相当サービス)費			
	ケアマネジメント費			
総合事業のみ	総合事業(現行相当サービス)費		介護給付	総合事業
	ケアマネジメント費			



※現行相当サービス(介護報酬基準相当)のみ、「介護給付」または「総合事業」のいずれかを選択できる。  
 ※上記のいずれの場合もアセスメントからサービス担当者会議等適切なケアマネジメントを全て行っていることが前提。

## <留意事項>

- ・総合事業は、平成29年3月末まで、市町村ごとに事業実施の猶予を認めることとしていることから、住所地特例対象者においては、保険者市町村と施設所在市町村で、受けることができるサービスが異なることがある。

その場合においては、住所地特例対象者が円滑にサービスを利用することができるよう下表のとおり施設所在市町村の状況に合わせて、住所地特例対象者はサービスを利用できることとする。

	保険者市町村 の状況	施設所在市町村 の状況	住所地特例対象者が 利用できるサービス
パターン1	給付	給付	給付
パターン2	給付	総合事業	総合事業
パターン3	総合事業	給付	給付
パターン4	総合事業	総合事業	総合事業

桐生市が  
保険者の  
場合

なお、表のパターン2の場合は、国保連合会から、総合事業を実施していない保険者市町村に対して、総合事業費の請求が行われることになるが、国保連合会に対して支払を行えるように適切に措置すること。また、パターン3の場合は、国保連合会から、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を終了している保険者市町村に対して、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の請求が行われる場合があるが、パターン2と同様に、国保連合会に対して支払を行えるように適切に措置すること。

●事例1 事業のみを利用している**事業対象者**が、認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランにて事業と給付サービスの利用を開始した後、**要支援**になった場合

	内容(例)	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成28年4月15日に事業対象者として特定。		総合事業 訪問型サービス、 通所型サービス	総合事業のサービス利用分は、総合事業で請求
要支援認定申請中	平成28年5月1日に要支援認定申請を行う。	申請日		
申請中	認定申請日より介護予防支援の暫定プランにて給付サービス利用開始。	利用日	総合事業＋給付サービス	給付サービス利用分及び介護予防ケアマネジメントは給付で請求
要支援1・2	平成28年6月1日に要支援1・2の認定結果が出る。 ※認定期間 H28.5.1～	認定日	例： 訪問型サービス ＋福祉用具貸与	

●事例2 事業のみを利用している**事業対象者**が、認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランにて事業と給付サービスの利用を開始した後、非該当になった場合

	内容(例)	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成28年4月15日に事業対象者として特定。		総合事業 訪問型サービス、 通所型サービス	<u>総合事業のサービス利用分及び介護予防ケアマネジメント</u> は、総合事業で請求  給付サービス利用分は、 <b>全額自己負担</b>
要支援認定申請中	平成28年5月1日に要支援認定申請を行う。	申請日		
申請中	認定申請日より介護予防支援の暫定プランにて給付サービス利用開始。	利用日	総合事業＋給付サービス	
非該当⇒事業対象者	平成28年6月1日に非該当の認定結果が出て、基本チェックリストを実施し、事業対象者と特定。	結果日	例： 訪問型サービス＋福祉用具貸与	

●事例3 事業のみを利用している**事業対象者**が、**要介護認定**を受けた場合

	内容(例)	基準日	利用サービス	請求方法
事業対象者	平成28年4月15日に事業対象者として特定。		総合事業 訪問型サービス、 通所型サービス	事業対象者として扱うため、総合事業で請求 <b>※利用日前日まで</b>
要介護等認定申請	平成28年5月1日に要介護等認定申請を行う。	申請日		
要介護1～5	平成28年6月1日に要介護1～5の認定結果が出る。 ※認定期間 H28.5.1～ ※しかし、 <u>6月中に給付サービスは利用しなかった。</u>	認定日		
要介護1～5	平成28年7月1日から給付サービスを利用開始。	利用日	給付サービス 例：訪問看護等	給付で請求

## 厚生労働省Q&A(平成27年3月31日版)

### 問4

基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)

要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

① 要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。

② 事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

# 別紙様式等

# 基本チェックリスト

記入日:平成 年 月 日

氏名	生年 月日	( 歳)	被保険者番号
住所	電話番号		-

以下の質問にお答えください。該当するロヘノを記入してください。

No.	質問	回答		項目点数	該当
		はい	はいえ		
1	1人で外出していますか	0.はい	1.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.はいえ	/5	<input type="checkbox"/>
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.はいえ		<input type="checkbox"/>
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.はいえ		<input type="checkbox"/>
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.はいえ		<input type="checkbox"/>
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.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.はいえ	/5	<input type="checkbox"/>
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.はいえ		<input type="checkbox"/>
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.はいえ		<input type="checkbox"/>
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
12	現在の身長 <input type="text"/> cm ・ 現在の体重 <input type="text"/> kg *BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m):18.5未満が該当	BMI <input type="text"/>		/2	<input type="checkbox"/>
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.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
14	お茶や汁物などでむせることがありますか	1.はい	0.はいえ	/3	<input type="checkbox"/>
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.はいえ		<input type="checkbox"/>
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.はいえ	/2	<input type="checkbox"/>
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1.はい	0.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
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.はいえ	/3	<input type="checkbox"/>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.はいえ		<input type="checkbox"/>
合 計 (No.1~20)		( )		/20	<input type="checkbox"/>
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.はいえ	( )	<input type="checkbox"/>
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.はいえ	/5	<input type="checkbox"/>
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.はいえ		<input type="checkbox"/>
24	(ここ2週間)人の力になれないと思う	1.はい	0.はいえ		<input type="checkbox"/>
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.はいえ		<input type="checkbox"/>

\*( )内は確認後の点数

総合判定

非該当 ・ 事業対象者 ・ 要介護認定申請

# 基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書

受付 No	
-------	--

受付日	平成 年 月 日	受付場所	
担当地域包括支援センター		担当者名	

## 1 対象者

フリガナ	被保険者番号		
氏名	性別	男・女	生年月日
			T S . . . ( 歳)
住所	電話番号		—
	電話番号		—
日中連絡のつぐ人	要介護認定		要支援 1・2
	有効期間		年 月 日～ 年 月 日
現在の状況	利用サービス		TEL —
	居宅介護支援事業所		
	生活場所		自宅 ・ 施設 ( ) ・ その他 ( )
	本人の状態		入院中 ( ) 退院予定： 年 月 日

## 2 相談者

フリガナ		本人との関係	
氏名		電話番号	—
住所			
相談理由			

サービスを利用するのにあたり、基本チェックリスト及び確認シートの実施を依頼します。また、介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト、確認シート及び利用者基本情報を市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、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。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 代理人 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

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

		<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書	区分
		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書	新規・変更
被保険者氏名			
被保険者番号			
フリガナ			
生年月日		性別	
明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女	
介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者			
介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更) する地域包括支援センター			
介護予防支援事業者名		介護予防支援事業所の所在地	
地域包括支援センター名		〒 —	
事業所番号			
電話番号		(      )	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者			
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護予防支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	
		〒 —	
事業所番号			
電話番号		(      )	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合や基本チェックリスト実施日と事業開始日が異なる場合記入してください。			
		変更年月日	
		(      ) 年      月      日付)	
(あて先) 桐生市長			
上記の介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日			
住 所			
被保険者 氏名		電話番号 (      )	
被保険者資格		事業対象者入力日	
<input type="checkbox"/> 被保険者資格		/	
<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 番号			
(注意)			
1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに桐生市へ提出してください。			
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず桐生市へ届け出てください。			
届出がない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。			
3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ詠出してください。			

〇〇〇〇様（以下「利用者」という。）と〇〇〇〇（例：株式会社〇〇、社会福祉法人〇〇会等）（以下「事業者」という。）は、事業者が提供するサービスの利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及びこの契約書に従い、利用者が可能な限り居室においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

- ①第一号訪問事業【介護予防訪問介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」）
- ②第一号通所事業【介護予防通所介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）②」）

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

- 2 上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合、本契約は自動的に更新されるものとします。

（個別サービス計画の作成及び変更）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画または介護予防マネジメントプラン（以下「介護予防ケアプラン」という。）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。

- 2 事業者は、計画実施状況の把握を適正に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明の上、交付します。

（提供するサービス内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「契約書（兼重要事項説明書）」のとおりです。

- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するように申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防ケアプランの範囲内であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター等に連絡するなど必要な援助を行います。

- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

#### (利用者等の支払い)

第5条 利用者は、事業者からのサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

3 利用者が、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合、利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

#### (利用料の変更)

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができます。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。

#### (利用料の滞納)

第7条 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を2ヶ月以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヵ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター等と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

#### (利用者の解約権)

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対していつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解除できます。

- (1) 事業者が、正当な理由なく本契約を定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとしていない場合
- (2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

#### (事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

(1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

(2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

2 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の地域包括支援センター等に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

(1) 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合

(2) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

(3) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合

(4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合

(5) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合

(6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合

(7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

(8) 利用者の要介護状態区分が自立又は要介護となった場合

(9) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業員は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター等及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律第124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

#### （苦情処理）

第13条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスの苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

#### （サービス内容等の記録の作成及び保存）

第14条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。

2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業所等へ、第1項の記録の写しを交付することができるとします。

#### （契約外条項）

第15条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業に関する契約を締結します。上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上それぞれ1部ずつ保有します。

平成 年 月 日

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住 所

氏 名

印

本人との続柄

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事 業 者 住 所

事業者 (法人名)

代表者職・氏名

印

(立会人) 私は、(※利用者との続柄)として、この契約に立ち会いました。

住 所

氏 名

印

(家族代表) 私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住 所

氏 名

印

(桐生市例)

介護予防・日常生活支援総合事業  
第一号通所事業契約書別紙 (兼重要事項説明書) ②

あなた (利用者) に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者 (法人) の概要

事業者 (法人) の名称	
主たる事務所の所在地	〒000-0000 桐生市〇〇〇〇
代表者 (職名・氏名)	
設立年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
電話番号	

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称		
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒000-0000 桐生市〇〇〇〇	
電話番号		
指定年月日・事業所番号	平成〇〇年〇〇月〇〇日	0000000000
実施単位・利用定員	○単位	定員〇人
通常の事業の実施地域	桐生市、〇〇市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。</p>	
運営の方針	<p>事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。</p>	

#### 4. 提供するサービスの内容

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後6時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで
	延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後6時30分まで とします。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
看護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
介護職員	常勤 ○人、 非常勤 ○人
機能訓練指導員	常勤 ○人、 非常勤 ○人

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及び管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 ○○ ○○
管理責任者の氏名	管理者 ○○ ○○

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

### 【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担	
		(1割)	(2割)
事業対象者 要支援1	16,470円(1月につき)	1,647円	3,294円
事業対象者 要支援2	33,770円(1月につき)	3,377円	6,754円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
生活機能向上 グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,000円	100円	200円
運動機能向上 加算	運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合	2,250円	225円	450円
栄養改善 加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1,500円	150円	300円
口腔機能向上 加算	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,500円	150円	300円

選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合	1, 800円	480円	960円	
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ		7, 000円	700円	1, 400円	
事業所評価加算	別に厚生労働省が定める基準に適合している場合	1, 200円	120円	240円	
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) イ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者 ・要支援1	720円	72円	144円
		事業対象者 ・要支援2	1, 440円	144円	288円
		事業対象者 ・要支援1	480円	48円	96円
		事業対象者 ・要支援2	960円	96円	192円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ) ロ		事業対象者 ・要支援1	240円	24円	48円
		事業対象者 ・要支援2	480円	48円	96円
介護職員処遇改善 加算(Ⅰ) ※	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	基本サービス費に各事業加算を加えた総額に加算率 4.0%を乗じた額			
介護職員処遇改善 加算(Ⅱ) ※		基本サービス費に各事業加算を加えた総額に加算率 2.2%を乗じた額			
介護職員処遇改善 加算(Ⅲ) ※		加算Ⅱの90%			
介護職員処遇改善 加算(Ⅳ) ※		加算Ⅱの80%			

※のついた加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から違う者に対し指定通所介護を行った場合	事業対象者 ・要支援1	△3,760円	△376円	△752円
		事業対象者 ・要支援2	△7,520円	△752円	△1,504円
定員超過利用 人員基準欠如加算	利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	事業対象者 ・要支援1	所定単位の 70%を算定		
		事業対象者 ・要支援2	所定単位の 70%を算定		

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間について○○○円の
食事	食事の提供を受けた場合、1回につき○○○円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき○○○円の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など)について、費用の実費をいただきます。

(3) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、○○日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の○日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の○日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の○日(祝休日の場合は直前の平日)までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記  
の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

医療機関の名称	〇〇〇〇
氏名	〇〇〇〇
所在地	〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
利用者 の主治医	
氏名 (利用者との続柄)	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)
住所	〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	
氏名 (利用者との続柄)	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)
住所	〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援セン  
ター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇	電話番 号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
	面接場所 当事業所の相談室		

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
--------	----------------	------	--------------

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスをご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお  
願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事  
業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地
	事業者 (法人名)
	代表者職・氏名
	説明者職・氏名

印 印

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所
	氏名

印

署名代行者 (又は法定代理人)	住所
	本人との続柄
	氏名

印

立会人	住所
	氏名

印

(桐生市例)

介護予防・日常生活支援総合事業  
第一号訪問事業契約書別紙 (兼重要事項説明書) ①

あなた (利用者) に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者 (法人) の概要

事業者 (法人) の名称	
主たる事務所の所在地	〒000 0000 桐生市〇〇〇〇
代表者 (職名・氏名)	
設立年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
電話番号	

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称		
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒000 0000 桐生市〇〇〇〇	
電話番号		
指定年月日・事業所番号	平成〇〇年〇〇月〇〇日指定	0000000000
管理者の氏名		
通常の事業の実施地域	桐生市、〇〇市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居室において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防訪問介護相当サービスを提供することを目的とします。	
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの子防のため、適切なサービスの提供に努めます。	

#### 4. 提供するサービスの内容

第一号訪問事業は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。  
 具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

①身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
②生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣服の整理など

※通院介助については、〇〇〇〇の申請が必要となります。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
	常勤 ○人、非常勤 ○人

#### 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	
--------------	--

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第一号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料 (1月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービス(みなし)Ⅰ (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス(みなし) (事業対象者・要支援1・2)	11,680円/月	1,168円	2,336円
訪問型サービス(みなし)Ⅱ (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス(みなし) (事業対象者・要支援1・2)	23,350円/月	2,335円	4,670円
訪問型サービス(みなし)Ⅲ (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(みなし) (事業対象者・要支援2)	37,040円/月	3,704円	7,408円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

## 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
初回加算	新規の利用者へのサービス提供した場合	2,000円	200円	400円
生活機能向上連携加算 (1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	1,000円	100円	200円
		86/1,000		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	48/1,000		
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※		加算Ⅱの90%		
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ※		加算Ⅱの80%		
介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ※				

※のついた加算は区分支給限度額の算定対象から除かれます。

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一敷地内減算	事業所と同一敷地内の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	所定単位数の10/100に相当する単位数を減算する
介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合		所定単位数の30/100に相当する単位数を減算する

## (2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の治療医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	〇〇〇〇
氏名	〇〇〇〇	〇〇〇〇
所在地	〇〇〇〇	〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	〇〇〇〇(〇〇〇〇)
住所	〇〇〇〇	〇〇〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
面接場所	当事業所の相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
--------	----------------	-------------------

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスをご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
  - ①医療行為及び医療補助行為
  - ②各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
  - ③他の家族の方に対するサービスの提供
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

平成 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地  
 事業者 (法人名)  
 代表者職・氏名  
 説明者職・氏名

印  
印  
印

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、同意しました。  
 また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所  
 氏名

印

署名代行者 (又は法定代理人)  
 住所  
 本人との続柄  
 氏名

印

立会人 住所  
 氏名

印

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書兼請求書

平成 年 月 日

桐生市地域包括支援センター〇〇〇〇

住所  
法人名  
(事業所名)  
代表者

印

桐生市より委託された介護予防ケアマネジメント業務について、下記のとおり報告及び請求します。

(平成 年 月分)

請求額 \_\_\_\_\_ 円

【内訳】

介護予防ケアマネジメントA \_\_\_\_\_ 4,100円× 人 = \_\_\_\_\_ 円

初回加算対象 \_\_\_\_\_ 3,000円× 人 = \_\_\_\_\_ 円

小規模多機能連携加算対象 \_\_\_\_\_ 3,000円× 人 = \_\_\_\_\_ 円

N o.	被保険者番号	氏名	住所	ケアマネジメントの タイプの類型	初回加算の 有無	小規模多機能 連携加算の有無
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼請求書

平成 年 月 日

桐生市地域包括支援センター〇〇〇〇

住 所  
法人名  
(事業所名)  
代表者  
印

桐生市より委託された介護予防支援業務について、下記のとおり報告及び請求します。  
(平成 年 月分)

請求額 \_\_\_\_\_ 円

【内訳】

介護予防サービス計画作成 4,100 円× 人 = \_\_\_\_\_ 円  
介護予防ケアマネジメント A 4,100 円× 人 = \_\_\_\_\_ 円  
初回加算 3,000 円× 人 = \_\_\_\_\_ 円  
小規模多機能連携加算 3,000 円× 人 = \_\_\_\_\_ 円

No	被保険者番号	氏 名	住 所	計画種類		初回加算 の 有・無	小規模多 機能連携 加算 有・無
				介護予防 サービス 計画	介護予防 ケアマネ ジメント		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							