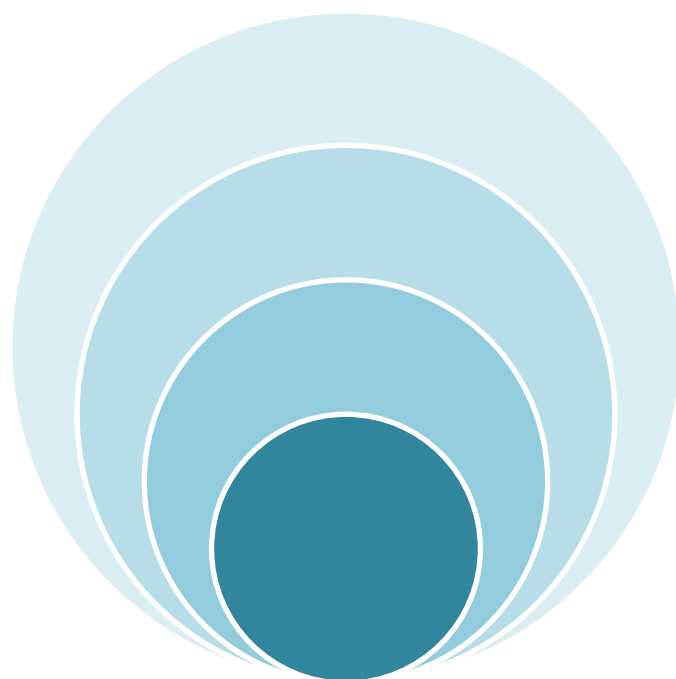


秦野市
介護予防・日常生活支援総合事業
総合マニュアル



令和3年4月改定版

はじめに

この介護予防・日常生活支援総合事業総合マニュアルは、介護予防・生活支援サービス事業の取り扱いについて記載しています。

事業を実施するにあたっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて、サービスを総合的かつ効率的に提供するように努めてください。

また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行ってください。

秦野市における自立支援の定義

高齢者に関わる様々な職種が統一的な方向性のもとにサービスを提供するため、秦野市高齢者ケア会議において秦野市における自立支援を次のとおり定義しています。

【秦野市における自立支援】

自分の持っている生きる力を

最大限に活かせるように支援すること

1 「生きる力」とは

身体的機能に限定されず、生き方(暮らし方)・周囲とのかかわり方・意欲なども含まれる。

2 「最大限に活かせるように」とは

介護保険法の理念に基づき、その人らしさを見つけながら、生きることを支えていくこと。本人の目指す「自立」と専門職の判断する「自立」の認識の隔たりが生じた場合には、その状態を本人に伝え、専門職は支援の方向性を統一する。

令和2年1月 秦野市高齢者ケア会議

目次

I 秦野市の介護予防・日常生活支援総合事業

1 概要	5
2 サービス体系	5

II 訪問型サービス

予防給付型訪問サービス（現行相当）	6
1 サービスの基準	6
基準緩和型訪問サービス（サービスA）	7
1 サービスの基準	7
2 加算	8
3 訪問A【委託】の利用の流れ	9
4 請求・報告	10
5 利用に関する留意事項	10
住民主体型訪問サービス（サービスB）	13
1 サービスの基準	13
2 利用手続き	14
3 補助の申請	16
4 利用に関する留意事項	16
短期集中予防訪問サービス（サービスC）	17
1 サービスの基準	17
2 利用手続き	18
3 利用に関する留意事項	18
訪問型移動支援サービス（サービスD）	20
1 サービスの基準	20
2 利用手続き	20
3 利用に関する留意事項	21
訪問型サービスの請求コード表	22

Ⅲ 通所型サービス

予防給付型通所サービス（現行相当）	24
1 サービスの基準	24
基準緩和型通所サービス（サービスA）	25
1 サービスの基準	25
2 加算	26
3 請求・報告	32
4 利用に関する留意事項	33
住民主体型通所サービス（サービスB）	34
1 サービスの基準	34
2 利用手続き	35
3 補助の申請	36
4 利用に関する留意事項	37
短期集中予防通所サービス（サービスC）	38
1 サービスの基準	38
2 利用手続き	39
3 請求・報告	41
4 利用に関する留意事項	41
通所型サービスの請求コード表	42

Ⅳ 介護予防ケアマネジメント

目的	51
類型	51
実施主体	51
報酬単位	51
利用開始までの手続き	52
1 基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届の取扱	52
2 介護保険サービス利用時の流れ	52
3 サービス利用までの流れ	53

4	介護予防ケアマネジメント依頼届及び基本チェックリスト提出時確認事項	54
	例月処理	55
	留意事項	55
V	事業者の指定	
	指定・更新申請	56
	提出書類・申請様式	57
	その他届出（変更・加算）	57
	留意事項	59
VI	過誤申立	
	過誤申立の手続きについて	60
	過誤申立予定表	60
	再請求について	61
VII	Q & A ※随時更新	
1	暫定利用の取扱	63
2	住所地特例及び住民票が居住地にない場合の取扱	66
3	単価の考え方	69
	(1) 地域単価	69
	(2) 1回単価と日割単価	69
4	生活保護受給者が利用した場合の取扱	70
5	サービスの併用	71
	(1) 総合事業の併用	71
	(2) 給付サービスと総合事業の併用	72

I 秦野市の介護予防・日常生活支援総合事業概要

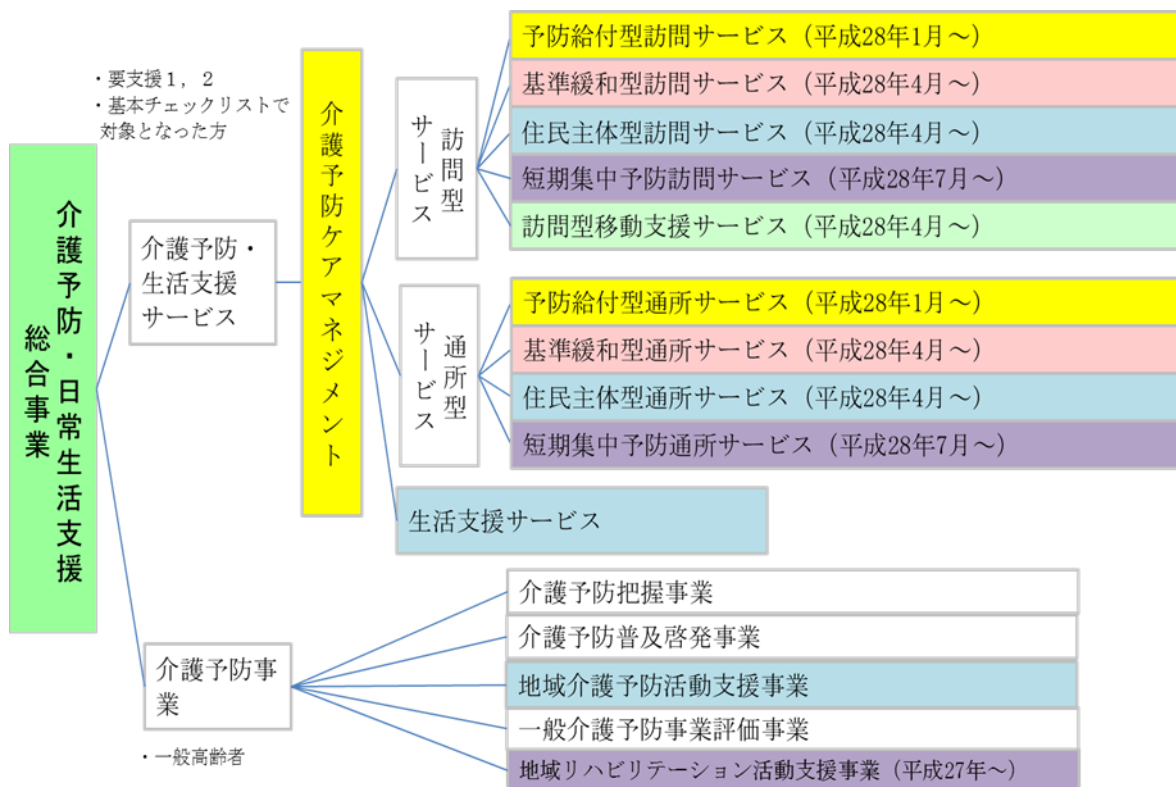
1 概要

秦野市では、要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様で柔軟な生活支援のある地域づくりをできるだけ早期にすすめるため、平成28年1月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」）を開始しました。

総合事業のうち、要支援認定者等を対象とした介護予防・生活支援サービス事業については、利用者、地域高齢者支援センター、介護保険等のサービス事業者、住民ボランティア団体など、多くの方々の御理解と御協力のもと、国基準の現行相当サービスのほか、基準緩和型サービス、住民主体型サービス、短期集中予防サービス、訪問型移動支援サービスなど多様なサービスを実施しています。

また、65歳以上のすべての高齢者を対象とした一般介護予防事業については、リハビリ専門職等と連携するなど、さまざまな健康増進・介護予防事業を実施しています。

2 サービス体系



II 訪問型サービス

予防給付型訪問サービス（現行相当）

1 サービスの基準

内容	日常生活動作に支援が必要な人の居宅を訪問して、入浴介助などの身体介助や、調理、洗濯、掃除などの生活援助を行う。
対象者	次の要件を満たす人 (1) 要支援認定者又は事業対象者 (2) 身体介護が必要な場合に、地域ケア会議でこのサービスの利用が適当であると認められた人
実施方法	指定
サービス提供者	秦野市の指定を受けた介護保険サービス事業者
基準	国の基準に基づく従来の介護予防訪問介護と同じ
利用回数	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1) 週1回もしくは週2回 (2) 週1回必要ない場合は、1回単価を用いる。
利用者負担	<ul style="list-style-type: none">・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割。・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。・保険料滞納者に対する給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、当面適用しない。
報酬単位	請求コード表のとおり
請求コード	A2 ※市ホームページにCSVファイルがあります。ダウンロードして貴社の請求システムに取り込んでください。
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

基準緩和型訪問サービス（サービスA）

1 サービスの基準

内容		<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助などの身体介助を行わないサービス。 ・食事や掃除等の日常生活動作に支援が必要な人の居宅を訪問して、調理、洗濯、掃除などの生活援助を行う。
対象者		要支援認定者又は事業対象者
実施方法		指定・委託
サービス提供者		(1) 秦野市の指定を受けた介護保険サービス事業者 (2) 秦野市と委託契約を締結した事業者（シルバー人材センター）
基準	人員	管理者 常勤・専従1人以上 （支障がない限り、他の業務、同一敷地内の他事業所の職務に従事可）
		訪問事業責任者 1人以上 【資格要件】 介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者
		従事者 常勤換算1人以上 【資格要件】 市の認定ヘルパー研修修了者、介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者
	運営基準	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ個別サービス計画の作成 ・必要に応じモニタリングの実施、報告 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者、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
利用回数		介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1) 週1回もしくは週2回 (2) 週1回必要ない場合は、1回単価を用いる。
利用者負担		<ul style="list-style-type: none"> ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割。 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・保険料滞納者に対する給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合

	事業の趣旨から、当面適用しない。
報酬単位	請求コード表のとおり
請求コード	A 2 ※市ホームページからCSVファイルを取り込んでください。
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

2 加算

(1) 初回加算

- ア 当該指定事業所において、新規に介護予防ケアマネジメント計画を作成した利用者に対して算定します。
- イ 利用者が過去2月間（暦月）に、当該指定事業所からサービスの提供を受けていない場合に算定します。
- ウ 訪問事業責任者がサービス担当者会議に出席し、利用者宅へ訪問介護員に同行した場合に請求が可能です。

指定	200 単位／月
委託	2,000 円／月

(2) 介護職員処遇改善加算

- ア 介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市に届け出た指定事業所が、利用者に対しサービスを提供した場合に算定します。
- イ 処遇改善加算の内容は、別途通知「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照ください。

指定	(Ⅰ) 単位	所定単位数の 137／1000 加算
	(Ⅱ) 単位	所定単位数の 100／1000 加算
	(Ⅲ) 単位	所定単位数の 55／1000 加算
	(Ⅳ) 単位	(Ⅲ)で算定した単位数の 90%加算
	(Ⅴ) 単位	(Ⅲ)で算定した単位数の 80%加算
委託	算定なし	

(3) 介護職員等特定処遇加算

- ア 現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定しており、職場環境要件について「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、及び「やりがい・働きがいの

醸成」の区分ごとに1以上の取組を行い、賃上げ以外の処遇改善の取組の見える化を行っている場合に算定します。

指定	(Ⅰ) 単位	所定単位数の 63/1000 加算
	(Ⅱ) 単位	所定単位数の 42/1000 加算
委託	算定なし	

(4) 生活機能向上連携加算（予防給付型のみ）

基準、単位は、介護予防訪問介護と同じ。

訪問型独自サービス生活機能向上加算(Ⅰ)	100 単位/月
訪問型独自サービス生活機能向上加算(Ⅱ)	200 単位/月

3 訪問 A【委託】の利用の流れ

- (1) 地域高齢者支援センターは、介護予防ケアマネジメント計画を作成し、利用日数、必要な支援内容を決定する。
- (2) 地域高齢者支援センターは、介護予防ケアマネジメント計画を、シルバー人材センター及び市へ提出する。
- (3) 訪問事業責任者は、利用者の状況と利用者の課題を把握し、サービス担当者会議に出席する。必要に応じて訪問介護計画を作成する。
- (4) 訪問事業責任者は、訪問開始の前に利用者宅を訪問し、生活支援の内容と訪問日について確認し、利用者の同意を得る。
- (5) 訪問介護員が訪問した際には、提供した生活支援の内容と時間を記録し、記載内容を利用者が確認する。
- (6) 訪問サービスを実施する。訪問介護員は、利用者に事故などの有事が生じたときは、速やかに管理者に連絡し、管理者は対応する。
- (7) 訪問介護員は、訪問時に利用者の様子を確認し、変化があった場合は、地域高齢者支援センターへ報告する。
- (8) 訪問事業責任者は、訪問した翌月に、訪問した状況について、基準緩和型訪問・通所サービス利用状況報告書に記入し、地域高齢者支援センターへ F A X 等で報告する。
- (9) 訪問事業責任者は、月ごとに事業実施報告書と従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表を作成し、翌月 10 日までに請求書とともに本市へ提出する。
- (10) 本市は、報告書の内容を確認し、適法な請求書を受領した日から 30 日以内に委託料を事業者へ支払う。

4 請求・報告

(1) 請求

指定事業者は、国保連をとおして請求してください。

(2) 報告

事業者は、訪問した翌月に、訪問した状況について、「基準緩和型訪問・通所サービス利用状況報告書」に記入し、地域高齢者支援センターにファクス等で報告してください。

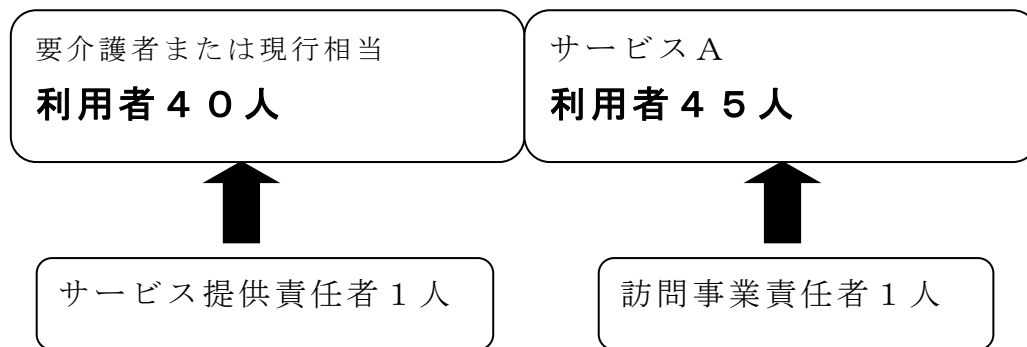
5 利用に関する留意事項

(1) 予防給付型と基準緩和型を一体的に行う場合の人員基準

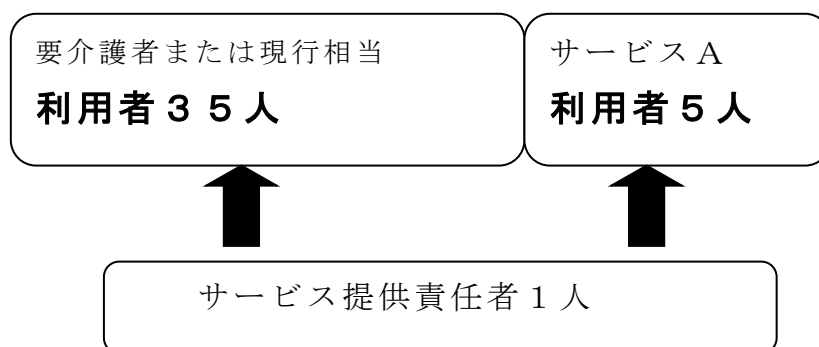
予防給付型の緩和はありません。以前の介護予防訪問介護の基準を満たす必要があります。

ア 一体型で行う責任者の配置例

<例①>利用者85人の事業所

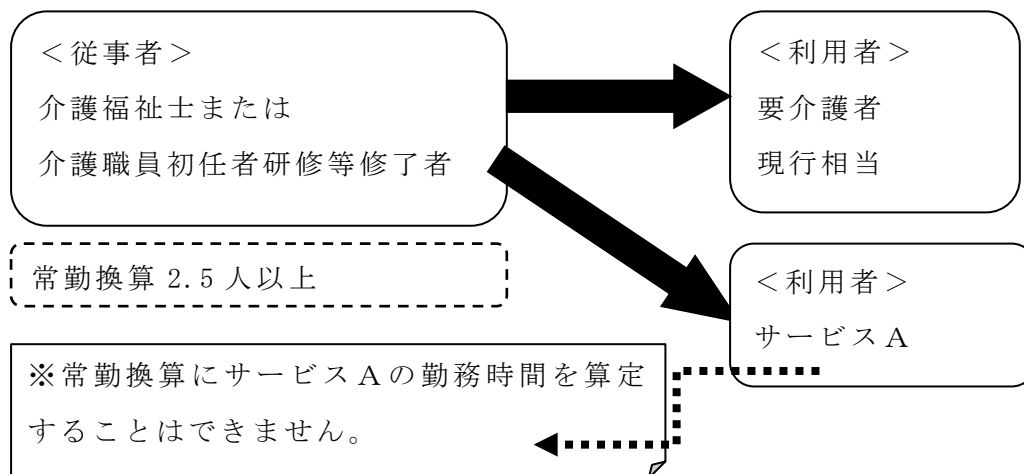


<例②>利用者40人の事業所

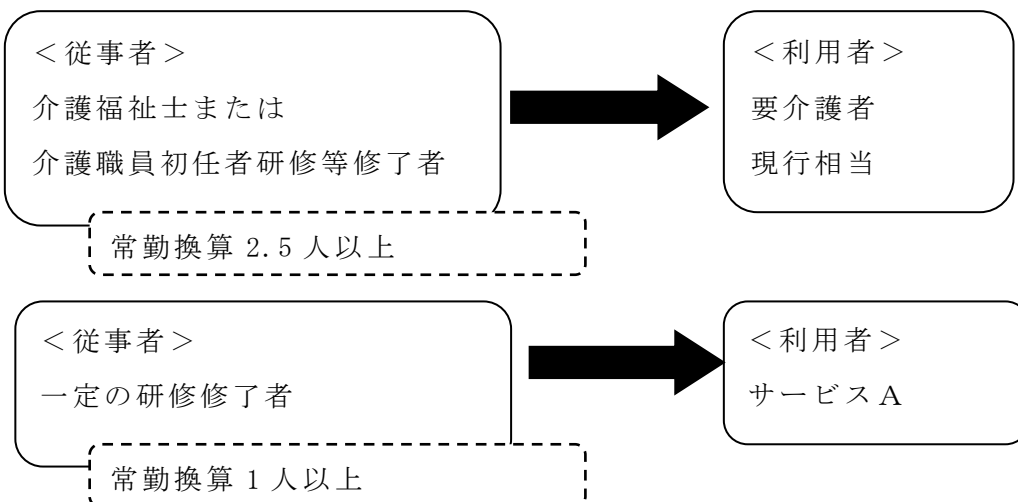


イ 一体型で行う訪問介護員の配置例

(ア) 訪問介護員がサービスAの従事者を兼務する場合



(イ) 訪問介護員がサービスAの従事者を別途配置する場合



(2) 介護保険で実施できる生活支援の内容

生活支援は、利用者本人が単身の者又は同居の家族が障害等により家事を行うことが困難である者に対して、日常的に行われる家事の範囲内で、次に掲げるものとする。

掃除	利用者の居室内やトイレ、卓上の清掃、ごみ出し等
洗濯	洗濯、洗濯物干し、洗濯物の取り入れと収納、アイロンがけ等
ベッドメイク	シーツ、布団カバーの交換等
衣類の整理・被服の補修	夏・冬物の入れ替え、ボタン付け、破れの補修等
調理	一般的な調理、配膳及び後片付けのみ
買物	日常品の買物、薬の受け取り等

介護保険で算定できない事項は次のとおり。

家族が行うことが適当である行為	利用者以外の家族等に係る調理、買物及び掃除等
日常生活の営みに支障がない行為	ペットの世話、草むしり、花木の水やり、落ち葉掃き等
日常の家事を超える範囲	大掃除、家具の移動、窓のガラス拭き、床のワックスがけ、園芸、正月等のための特別な調理等
その他	来客の対応、無資格者がサービス提供をした場合、利用者が不在のときにサービス提供をした場合、利用者がサービス利用を拒否した場合等

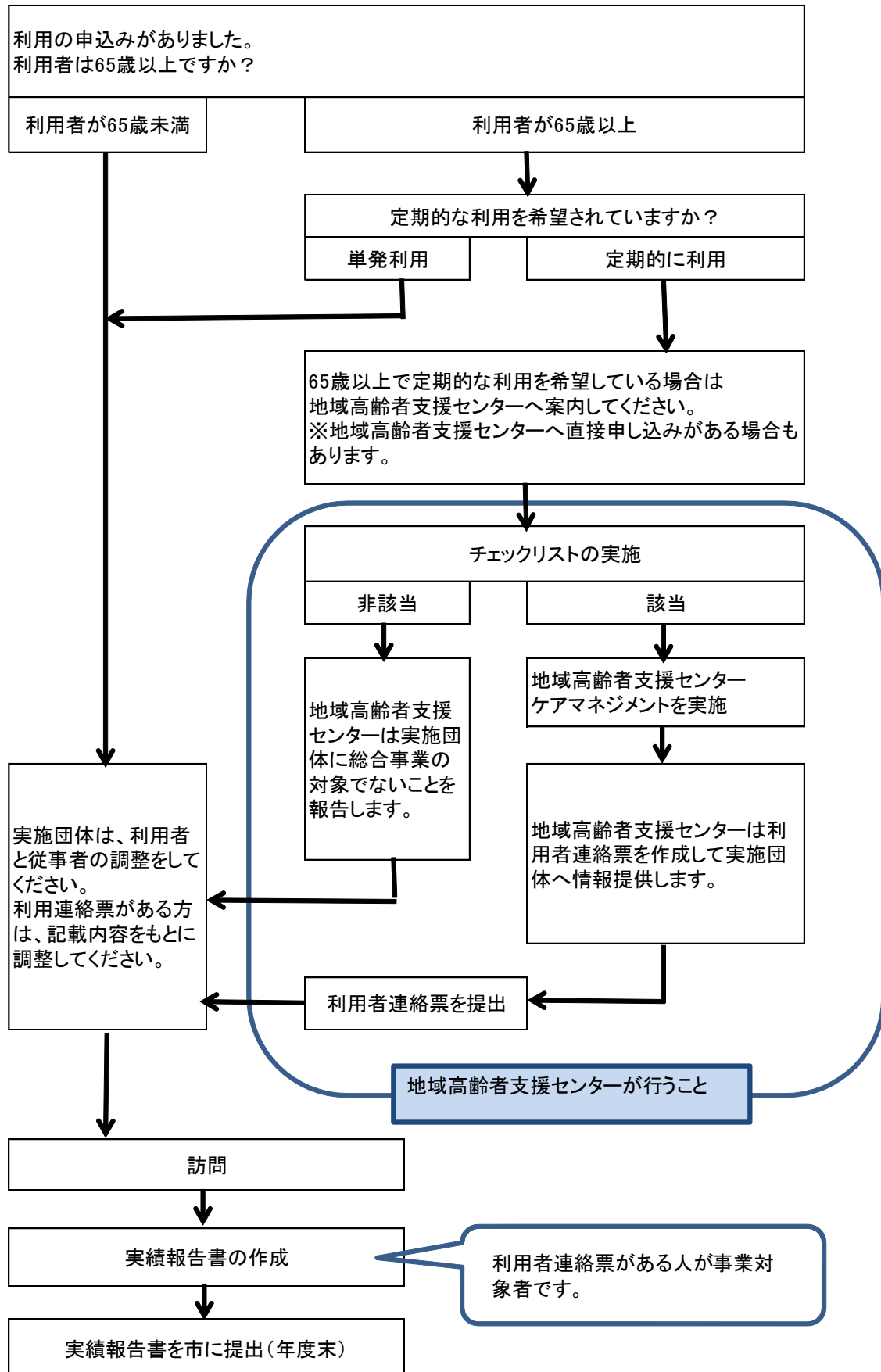
住民主体型訪問サービス（サービスB）

1 サービスの基準

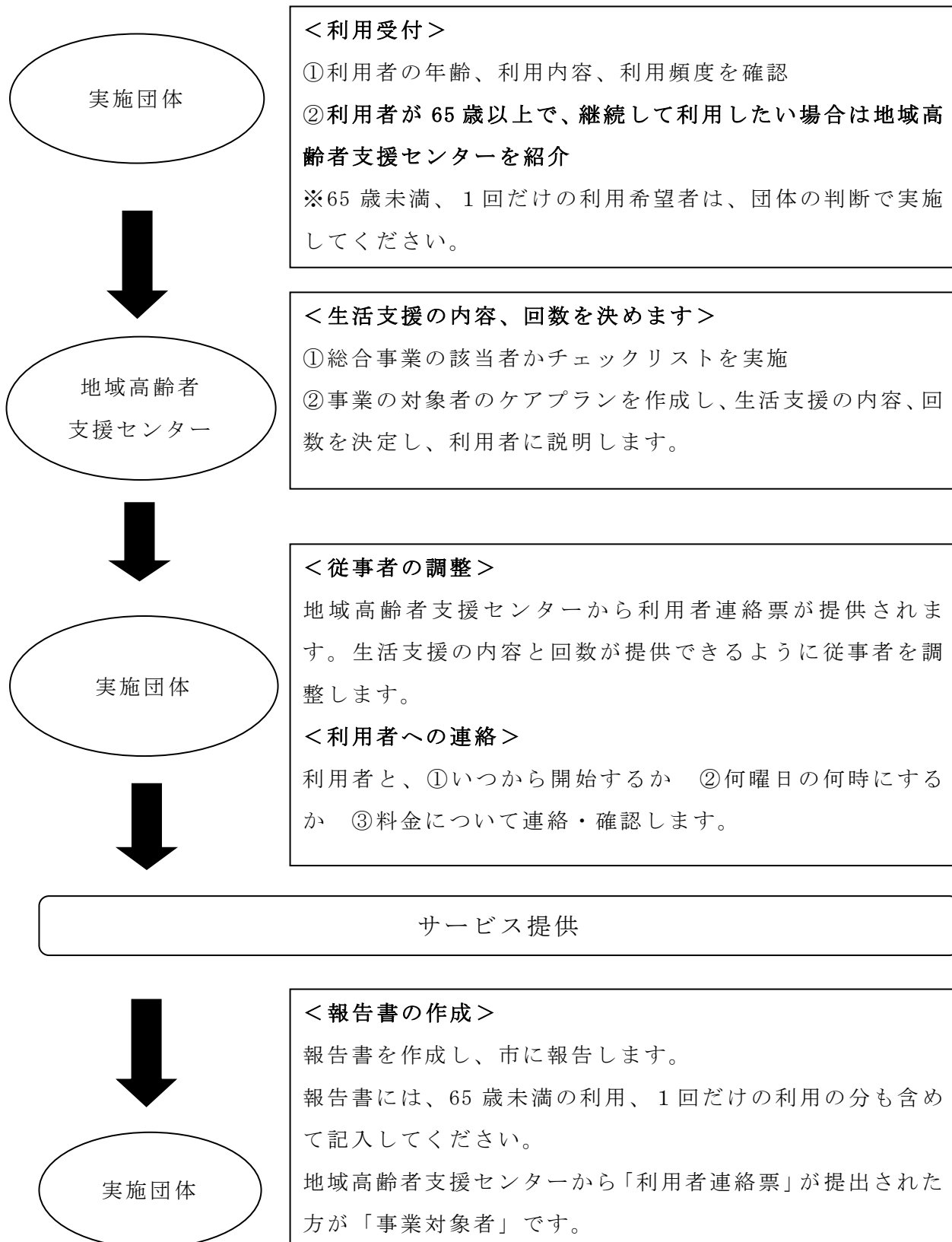
内容	秦野市独自の基準による訪問サービス。元気な高齢者、要支援認定者及び要支援相当の人を対象に、住民ボランティア団体等が運営するサービス。
対象者	(1) 要支援認定者、事業対象者（おおむね半数以上） (2) 元気高齢者
サービス提供者の要件	(1) 構成員が5人以上であり、かつ、構成員の半数以上が市内に在住し、在勤し、又は在学していること。 (2) 主な活動拠点が市内であること。 (3) 利用者宅へ生活支援の定期的な訪問が可能であること。 (4) 生活支援利用者の半数以上が介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する要支援認定者又は事業対象者であること。 (5) 生活支援を行う人は、市の指定する研修を受けること
サービス提供団体	(1) ほっとワークつるまき（秦野市鶴巻地区社会福祉協議会） (2) シルバー人材センター家事援助グループ
実施方法	補助
補助額（年額）	1団体当たり 上限12万円
利用回数	生活支援の内容及び訪問する支援の回数は、地域高齢者支援センターが作成するケアプランに沿って行う。
サービス提供時間	サービスを提供する住民主体団体が決定する。
利用者負担	サービスを提供する住民主体団体が決定する。
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントC

2 利用手続き

(1) 実施フロー図



(2) 住民主体型訪問サービスの実施手順



3 補助の申請

- (1) 補助の申請は、年度を通じて随時受け付けています。
- (2) 活動内容がサービスBに合致するか(介護予防活動支援補助金が適当か又は補助対象外か)といった御相談は、市へ直接いただくよう御案内をお願いします。
- (3) 申請書類の記入方法、補助対象経費等の問い合わせも市へお願いします。

4 利用に関する留意事項

- (1) ケアプラン以外の内容を利用者から求められた場合は、提供側の住民主体団体が対応を決定します。
- (2) 利用限度額設定はありません。利用限度額設定のあるサービスと組み合わせる利用することが可能です。

短期集中予防訪問サービス（サービスC）

1 サービスの基準

(1) おいしく食べよう歯っぴー訪問

内容	<p>秦野市独自の基準による訪問サービス。</p> <p>口腔機能の低下や栄養不足などの「食べる」ことに関する課題に対して、栄養及び口腔に係わる専門職が早期に介入し課題の改善や活動量の増加を図る。</p> <p>【栄養】調理の工夫・飲み込みやすい・食べやすい調理法、食生活の改善相談など</p> <p>【口腔】口のまわりや舌の筋力維持・向上、唾液腺マッサージ、口の体操の指導など</p>
対象者	要支援認定者、事業対象者のうち栄養改善又は口腔機能の向上に関する基本チェックリスト項目該当者
サービス提供者	管理栄養士、歯科医、歯科衛生士、言語聴覚士
実施方法	委嘱又は直接実施
利用回数	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数
提供日・時間	月・火・水・木・金 10:00～15:00（要相談） 1回30分～1時間程度
利用者負担	無料
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

(2) 元気をサポート！おうちリハ訪問

内容	<p>秦野市独自の基準による訪問サービス。</p> <p>運動、栄養、口腔等にリスクを抱える高齢者に対して、リハビリテーション専門職が生活の場における初期アセスメント及びモニタリングを実施する。</p> <p>生活状況の把握（状態評価）・対象者の予後予測・環境調整・運動指導・必要なサービスの選択に関する情報提供など</p>
対象者	要支援認定者、事業対象者及び訪問による専門職の指導を受けることで、生活機能の向上が見込め自立した生活が営める者

サービス提供者	理学療法士、作業療法士
実施方法	委嘱
利用回数	2回を限度とする。最長6か月までに2回目の訪問を実施するものとする。
提供日・時間	月・火・水・木・金 10:00～15:00（要相談） 1回30分～1時間程度
利用者負担	無料
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

2 利用手続き

(1) 対象者への説明

地域高齢者支援センターは、サービス提供内容について説明してください。

(2) 申し込み

利用申込書兼同意書及び介護予防ケアマネジメント・介護予防サービス計画実態把握記録様式を市へ提出してください。

(3) 訪問調整

市は、サービス提供者へ訪問を依頼します。サービス提供者と地域高齢者支援センターで訪問の日程調整を行ってください。

(4) 訪問

地域高齢者支援センターとサービス提供者は、利用者宅へ訪問します。

(5) 報告及び評価

サービス提供者は、報告書を地域高齢者支援センター及び市に提出してください。地域高齢者支援センターは、個別プラン検討型地域ケア会議において、対象者の状況を報告してください。

3 利用に関する留意事項

(1) 短期集中予防訪問サービス（訪問C）は、予防給付型訪問サービス、基準緩和型訪問サービスとの併用はできません。

(2) 「元気をサポート！おうちリハ訪問」は、訪問看護と訪問リハビリテーションとは異なり、サービス提供にあたって、医師の指示（指示書）を受けることは必須ではありません。

- (3) 地域高齢者支援センター及びサービス提供者は、短期集中予防訪問サービス（訪問C）終了後、利用者が自宅におけるセルフマネジメントとしての介護予防、健康増進の取組を継続させること、地域における「通いの場」をはじめとした地域資源の活用その他適切な医療・介護サービス等につなげるように努めてください。

訪問型移動支援サービス（サービスD）

1 サービスの基準

内容	秦野市独自の基準による移動支援サービス。住民主体型通所サービス利用者を実施場所まで送迎する。
対象者	住民主体型通所サービス利用者のうち、原則、要支援認定者及び要支援相当の人で、介護予防ケアマネジメントの結果、送迎が必要と判断された人
サービス提供者の要件	(1) 福祉有償運送登録事業者 (2) 通所介護を運営する社会福祉法人等
実施方法	補助
補助額（年額）	(1) 送迎コーディネーター人件費 104,000円 × 1週間当たりの事業実施日数 (2) 通信運搬費 1台当たり 51,000円 × 実施日に同時稼働する台数 (3) 消耗品費 1台当たり 12,000円 × 週当たりの延べ稼働台数 (4) 車両任意保険料 1台当たり 上限 394,000円 × (稼働日 / 365日)
利用回数・サービス提供時間	(1) 住民主体型通所サービス実施日の指定送迎時間のみ (2) 送迎場所も指定場所に限定
送迎車両	実施主体の所有車両又は公用車
サービス提供者の業務内容	(1) 住民主体型通所サービス実施日に、自宅近くの集合場所と実施場所までの間の送迎を行う。 (2) 送迎業務のほか、送迎スケジュールの作成、送迎対象者との連絡調整、送迎記録の作成、従事者の秘密保持、事故発生時の対応を行う。
利用者負担	無料
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントC ※通所型サービスBと一体で実施してください。

2 利用手続き

訪問型移動支援サービスは、住民主体型通所サービスの送迎に限定したサー

バスです。利用手続きは、住民主体型通所サービスの項を参照ください。

3 利用に関する留意事項

- (1) あらかじめ指定した日、時間、場所以外での乗降はできません。
- (2) 送迎の対象者は、住民主体型通所サービス利用者のうち、原則として、要支援認定者及び要支援相当の人で、介護予防ケアマネジメントの結果、送迎が必要と判断された人のみです。
- (3) 事業者と市とで、前年度中に、翌年度の事業内容（日数、台数、コース、乗車予定者等）について協議します。
- (4) 補助は、事業者から年度当初に申請を受け、5月頃、年額を一括交付しています（年度末精算）。

訪問型サービスの請求コード表

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						
A2	1111	訪問型独自サービスI	イ 訪問型サービス費(独自)(I)	事業対象者、要支援1・2(週1回程度)		1,176	1月につき
A2	2111	訪問型独自サービスI日割		事業対象者、要支援1・2(週1回程度)		39	1日につき
A2	1211	訪問型独自サービスII	ロ 訪問型サービス費(独自)(II)	事業対象者、要支援1・2(週2回程度)		2,349	1月につき
A2	2211	訪問型独自サービスII日割		事業対象者、要支援1・2(週2回程度)		77	1日につき
A2	1321	訪問型独自サービスIII	ハ 訪問型サービス費(独自)(III)	事業対象者、要支援2(週2回を超える程度)		3,727	1月につき
A2	2321	訪問型独自サービスIII日割		事業対象者、要支援2(週2回を超える程度)		123	1日につき
A2	2411	訪問型独自サービスIV	ニ 訪問型サービス費(独自)(IV)	事業対象者、要支援1・2(週1回程度)		268	1回につき
A2	2511	訪問型独自サービスV	ホ 訪問型サービス費(独自)(V)	事業対象者、要支援1・2(週2回程度)		272	1回につき
A2	6001	訪問型独自サービス同一建物減算	事業所と同一建物の利用事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% 減算		1月につき
A2	8000	訪問型独自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
A2	8001	訪問型独自サービス特別地域加算日割			所定単位数の15% 加算		1日につき
A2	8002	訪問型独自サービス特別地域加算回数			所定単位数の15% 加算		1回につき
A2	8100	訪問型独自サービス小規模事業所加算	中山間地域等における規模事業所加算		所定単位数の10% 加算		1月につき
A2	8101	訪問型独自サービス小規模事業所加算日割			所定単位数の10% 加算		1日につき
A2	8102	訪問型独自サービス小規模事業所加算回数			所定単位数の10% 加算		1回につき
A2	8110	訪問型独自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
A2	8111	訪問型独自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
A2	8112	訪問型独自サービス中山間地域等加算回数			所定単位数の5% 加算		1回につき
A2	4001	訪問型独自サービス初回加算	チ 初回加算		200単位加算	200	1月につき
A2	4002	訪問型独自サービス生活機能向上加算(II)	リ 生活機能向上運搬加算		200単位加算	200	
A2	4003	訪問型独自サービス生活機能向上加算(I)	ヌ 介護職員処遇改善加算		100単位加算	100	
A2	6269	訪問型独自サービス処遇改善加算I			(1)介護職員処遇改善加算(I)		
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算II			(2)介護職員処遇改善加算(II)		
A2	6271	訪問型独自サービス処遇改善加算III			(3)介護職員処遇改善加算(III)		
A2	6273	訪問型独自サービス処遇改善加算IV			(4)介護職員処遇改善加算(IV)		
A2	6275	訪問型独自サービス処遇改善加算V			(5)介護職員処遇改善加算(V)		
A2	6278	訪問型独自サービス処遇改善特定加算I	ル 介護職員等特定処遇加算		(1)介護職員等特定処遇改善加算(I)		
A2	6279	訪問型独自サービス処遇改善特定加算II			(2)介護職員等特定処遇改善加算(II)		
A2	8310	訪問型独自サービス令和3年9月30日までの上乗せ分	新型コロナウイルス感染症への対応		所定単位数の1/1000加算		

秦野市基準緩和型訪問サービス(独自)サービスコード表【A2】※令和3年4月利用分～適用 (秦野市が指定した基準緩和型訪問サービス指定事業者が使用します。)

サービスコード 種類	サービス内容略称	算定項目		合成単位数	算定単位
		イ 訪問型サービス費 (独自)(I)	ロ 訪問型サービス費 (独自)(II)		
A2	1121 訪問型独自サービスⅠ/2	事業対象者、要支援1・2 (週1回程度)		953	1月につき
A2	2121 訪問型独自サービスⅠ/2日割	事業対象者、要支援1・2 (週1回程度)		31	1日につき
A2	1221 訪問型独自サービスⅡ/2	事業対象者、要支援1・2 (週2回程度)		1,903	1月につき
A2	2221 訪問型独自サービスⅡ/2日割	事業対象者、要支援1・2 (週2回程度)		63	1日につき
A2	2421 訪問型独自サービスⅣ/2	事業対象者、要支援1・2 (週1回程度) ※1月の中で全部で4回まで		217	1回につき
A2	2521 訪問型独自サービスⅤ/2	事業対象者、要支援1・2 (週2回程度) ※1月の中で全部で5回から8回まで		220	1回につき
A2	6001 訪問型独自サービス同一建物減算	事業所と同一建物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			
A2	4011 訪問型独自サービス初回加算/2	初回加算	200単位加算	200	
A2	6269 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ		(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)		
A2	6270 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)		
A2	6271 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		
A2	6273 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)		1月につき
A2	6275 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅴ		(5)介護職員処遇改善加算(Ⅴ)		
A2	6278 訪問型独自サービス処遇改善特定加算Ⅰ		(1)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)		
A2	6279 訪問型独自サービス処遇改善特定加算Ⅱ		(2)介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		
A2	8310 訪問型独自サービス9月30日までの上乗せ分	新型コロナウイルス感染症への対応	所定単位数の1/1000加算		

Ⅲ 通所型サービス

予防給付型通所サービス（現行相当）

1 サービスの基準

内容	通所介護施設において、運動機能が低下したり家に閉じこもりがちな人を対象に、入浴など身体介助を伴うサービスのほか、レクリエーション、機能訓練などを行う。
対象者	次の要件を満たす人 (1) 要支援認定者又は事業対象者 (2) 入浴などの身体介助が必要な人 (3) 生活相談員又は看護職員によるケアが必要な人 (4) 市と全包括による地域ケア会議でこのサービスの利用が適当であると認められた人
実施方法	指定
サービス提供者	秦野市の指定を受けた介護保険サービス事業者
基準	国の基準に基づく以前の介護予防通所介護と同じ
利用回数	介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1) 週1回もしくは週2回 (2) 週1回必要ない場合は、1回単価を用いる。
利用者負担	<ul style="list-style-type: none"> ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割。 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。 ・保険料滞納者に対する給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、当面適用しない。
報酬単位	請求コード表のとおり
請求コード	A 6 ※市ホームページからCSVファイルをダウンロードして、貴社の請求システムに取り込んでください。
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

基準緩和型通所サービス（サービスA）

1 サービスの基準

内容		<ul style="list-style-type: none"> ・運動機能が低下したり、家に閉じこもりがちな人を対象に、通所介護施設において、生活機能の向上のための機能訓練を行う。 ・入浴介助などの身体介助は行わない
対象者		要支援認定者又は事業対象者
実施方法		指定
サービス提供者		秦野市の指定を受けた介護保険サービス事業者
基準	人員	管理者 常勤1人以上 （支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所の職務に従事可）
		介護職員 ～15人まで専従1人以上、15人～利用者1人に専従0.1人以上
	設備基準 <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に必要な場所 （2.7㎡×利用定員以上 ※単独実施の場合） ・消火設備その他 ・必要なその他の設備備品 	
	運営基準 <ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔保持・健康状態の管理 ・従事者等の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 	
利用回数		介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数 (1) 週1回もしくは週2回 (2) 週1回必要ない場合は、1回単価を用いる。
利用者負担		<ul style="list-style-type: none"> ・原則1割、第1号被保険者のうち、一定以上の所得がある人は2割または3割。 ・給付における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護（介護予防）サービス費相当事業等を実施。

利用者負担	・保険料滞納者に対する給付制限と同様の措置については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、当面適用しない。
報酬単位	請求コード表のとおり
請求コード	A 7 ※市ホームページからCSVファイルをダウンロードして、貴社の請求システムに取り込んでください。
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

2 加算（概要）

(1) 運動器機能向上加算

人員	専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師（以下「理学療法士等」という。）を1名以上配置して行うこと。
計画	利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等が運動器機能向上計画を作成していること。
記録	利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、理学療法士等が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。
評価	利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価すること。
定員等	運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。
単位	225 単位／月

(2) 栄養改善加算

人員	管理栄養士を1名以上配置していること。
計画	利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が、利用者ごとの摂食、嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
記録	利用者ごとの栄養ケア計画に従い、管理栄養士が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

評価	利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価すること。
定員等	運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。
単位	200 単位／月

(3) 口腔機能向上加算

人員	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置していること。
計画	利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員が、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
記録	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。
評価	利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
(Ⅱ)の場合	LIFE を用いて厚生労働省に情報を提出していること。また、サービスの質の向上を図るため、LIFE への提出情報及びフィードバック情報を活用していること。
定員等	運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに、人員基準に定められた職種、員数の職員を配置し、定員超過及び人員欠如による減算をしていないこと。
単位	(Ⅰ)150 単位／月、(Ⅱ)160 単位／月

(4) 選択的サービス複数実施加算

イ	利用者が基準緩和型通所サービスの提供を受ける日に、必ずいずれか（運動器、栄養又は口腔）の選択的サービスを実施していること。
ロ	1月につき、いずれかの選択的サービスを2回以上実施していること。
ハ	(Ⅰ)は選択的サービスのうち2種類、(Ⅱ)は3種類実施した場合に算定。
単位	(Ⅰ)300 単位／月、(Ⅱ)350 単位／月

(5) 生活機能向上グループ活動加算

イ	従事者が、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した通所型サービス計画を作成していること。
ロ	通所型サービス計画の作成及び実施において、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていること。
ハ	利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを1週につき1回以上行っていること。
単位	100 単位／月

(6) 若年性認知症利用者受入加算

イ	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を決め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。
単位	240 単位／月

(7) 生活機能向上連携加算

(Ⅰ)の場合	外部のリハビリテーション事業所等のリハビリテーション専門職や医師の助言に基づき、当該事業所の機能訓練指導員等が共同して個別機能訓練計画等の作成をすること。
(Ⅱ)の場合	外部のリハビリテーション事業所等のリハビリテーション専門職や医師が訪問し、当該事業所の機能訓練指導員等と共同して個別機能訓練計画等の作成をすること。
単位	(Ⅰ)100 単位／月、(Ⅱ)200 単位／月 (運動機能向上加算を算定している場合は 100 単位／月)

(8) 口腔・栄養スクリーニング加算

イ	サービス利用者に対し、利用開始時および利用中6か月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、情報を介護予防ケアマネジメントの実施者に提供すること。
ロ	口腔スクリーニングと栄養スクリーニングは原則として一体的に実施するものだが、基準に従い一方のみを行った場合は、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。

単位	(Ⅰ)20 単位／回、(Ⅱ)5 単位／回 ※それぞれ 6 か月に 1 回を限度とする。
----	---

(9) サービス提供体制強化加算

(Ⅰ)	当該指定基準緩和型通所サービスの従事者（一体型で実施する場合は介護職員。以下「従事者」）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 70 以上であること。または勤続年数 10 年以上の介護福祉士の占める割合が 100 分の 25 以上であること。	
(Ⅱ)	当該指定基準緩和型通所サービスの従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 50 以上であること。	
(Ⅲ)	当該指定基準緩和型通所サービスの従事者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 40 以上であること。または利用者にサービスを直接提供する職員の総数のうち、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 100 分の 30 以上であること。	
単位	(Ⅰ)	・週 1 回利用 88 単位／月 ・週 2 回利用 176 単位／月
	(Ⅱ)	・週 1 回利用 72 単位／月 ・週 2 回利用 144 単位／月
	(Ⅲ)	・週 1 回利用 24 単位／月 ・週 2 回利用 48 単位／月

(10) 処遇改善加算

イ	当該指定基準緩和型通所サービスの従事者（一体型で実施する場合は介護職員。以下「従事者」）の賃金（退職手当を除く）の改善に要する費用の見込額が従事者処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること。
ロ	事業所等において、イの賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の従事者の処遇改善の計画等を記載した従事者処遇改善計画書を作成し、すべての職員に周知し、市長に届け出ていること。
ハ	従事者処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。ただし、経営の悪化等により事業の継続が困難な場合、当該事業の継続を図るために従事者の賃金水準（本加算による賃金改善分を除く）を見直すことはやむを得ないが、その内容について市長に届け出ること。

ニ	事業所等において、事業年度ごとに従事者の処遇改善に関する実績を市長に報告すること。	
ホ	算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。	
ヘ	事業所等において、労働保険料の納付が適正に行われていること。	
ト	キャリアパス要件	
	I	a 従事者の任用の際における職位又は職務内容等に応じた任用等の要件及び賃金体系について（従事者の賃金に関するものを含む）を定めていること。
		a の内容について就業規則等の明確な根拠規定を書面で整備し、すべての従事者に周知していること。
	II	b 従事者の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。
		b について、すべての従事者に周知していること。
	III	c 従事者の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けること。
c の要件について書面をもって作成し、すべての従事者に周知していること。		
チ	届出に係る計画の期間中に実施する処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く）をすべての職員に周知していること。（職場環境等要件）	
単位	(I)	基本サービス費（月額報酬単位）の5.9%に相当する単位数 ・週1回利用 78単位/月 ・週2回利用 159単位/月
	(II)	基本サービス費（月額報酬単位）の4.3%に相当する単位数 ・週1回利用 57単位/月 ・週2回利用 116単位/月
	(III)	基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数 ・週1回利用 30単位/月 ・週2回利用 62単位/月
	(IV)	基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の90%に相当する単位数

		・週1回利用 27単位/月 ・週2回利用 56単位/月
	(V)	基本サービス費（月額報酬単位）の2.3%に相当する単位数の80%に相当する単位数 ・週1回利用 24単位/月 ・週2回利用 50単位/月

(11) 介護職員等特定処遇改善加算

イ	現行の処遇改善加算Ⅰ～Ⅲを算定している	
ロ	「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」、及び「やりがい・働きがいの醸成」の区分ごとに1以上の取組を行うこと。	
ハ	賃上げ以外の処遇改善の取組の見える化を行っていること	
単位	(Ⅰ)	基本サービス費（月額報酬単位）の1.2%に相当する単位数 ・週1回利用 16単位/月 ・週2回利用 32単位/月
	(Ⅱ)	基本サービス費（月額報酬単位）の1.0%に相当する単位数 ・週1回利用 13単位/月 ・週2回利用 27単位/月

※ 予防給付型通所サービスの加算の算定基準等と異なる箇所を着色表示しています。

※ 加算を算定する際は、国が定める基準や解釈通知等の内容を理解し、その内容に沿った加算サービスの提供等を実施してください。

(11) 加算に関する留意事項

ア 運動器機能向上加算の評価・報告

基準緩和型通所サービス指定事業者は、サービス提供開始時、サービス提供1か月ごとに、市が定める統一した評価項目を測定し、評価を行って

ください。

評価の内容は、地域高齢者支援センターに報告し、アセスメントに活かすものとします。

イ 評価指標

評価指標	評価項目	測定マニュアル等
筋力	握力（右）	運動器の機能向上マニュアル (厚生労働省 平成 21 年 3 月改訂版)
	握力（左）	
バランス能力	開眼片足立ち（右） 開眼片足立ち（左）	
歩行能力	5 m 歩行時間（最大）	
基礎データ	身長	自己申告又は計測
	体重	計測
	血圧	自己計測も可

ウ 事業所から地域高齢者支援センターへの報告

(ア) サービス開始時

- a 通所介護計画
- b 運動器機能向上計画
- c 基礎データ（身長、体重、血圧）
- d 統一評価項目（握力、5 m 歩行、開眼片足立ち）の測定結果

(イ) 毎月

- a 利用日
- b 短期目標の達成度
- c 客観的な運動器機能の状況

(ウ) 3 か月毎

- a 統一評価項目の測定結果
- b 長期目標の達成度と運動器機能の状況の事後アセスメント結果

3 請求・報告

(1) 請求

事業者は、国保連をとおして請求してください。

(2) 報告

事業者は、サービス提供した翌月に、提供実績を「基準緩和型訪問・通所

サービス利用状況報告書」に記入し、地域高齢者支援センターにファクス等で報告してください。

4 利用に関する留意事項

(1) 送迎がない場合の請求

送迎なしコードは、事業所が提供するサービスに送迎がない場合と、事業所と同一の建物に居住するもの又は同一建物から利用する者にサービスを提供する場合に使用します。

送迎体制があるサービスで、本人の都合により送迎を利用しない場合でも、送迎ありのコードを使用してください。

住民主体型通所サービス（サービスB）

1 サービスの基準

内容	家に閉じこもりがちな人を対象に、レクリエーション、介護予防体操、会食（ボランティアが作る食事または配食サービス）などを行う。
対象者	(1) 要支援認定者、事業対象者（おおむね半数以上） (2) 元気高齢者
サービス提供者の要件	(1) 構成員が5人以上であり、かつ、構成員の半数以上が市内に在住し、在勤し、又は在学していること。 (2) 主な活動拠点が市内であること。 (3) 週におおむね1回以上、かつ、1回当たりおおむね5時間以上の事業を行うこと。 (4) 事業利用者の半数以上が介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する要支援認定者又は事業対象者であること。
サービス提供団体	住民ボランティア団体 (1) 広畑ふれあいプラザいきがい型デイサービス月曜班・水曜班・木曜班・金曜班 (2) 保健福祉センターいきがい型デイサービス月曜班・水曜班 (3) 特定非営利活動法人野の花ネットワーク
実施方法	補助
補助額（年額）	1団体当たり 上限8万円
利用回数	週1回 いずれかのグループに所属。
サービス提供時間	おおむね5時間（午前10時から午後3時）
利用者負担	昼食代など実費のみ
送迎	停留所方式（定員あり） 訪問型サービスDにより実施 要支援1、2及び事業対象者のみ （ただし、訪問型サービスD開始（平成28年4月）以前から送迎を利用している場合は一般高齢者も利用可能）
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントC

2 利用手続き

(1) 利用希望者の受付

- ・地域高齢者支援センターは、基本チェックリストを実施して、総合事業の対象者か、一般高齢者か判断してください。
- ・利用者に、1日体験（※）について説明し、各事業日程から、体験日を決めてください。

※1日体験とは、昼食込みで丸一日参加するもので、サービス利用の前に必ず参加をお願いしています。昼食等の準備のため、申込みが必要です。

(2) 1日体験の申込み

地域高齢者支援センターは、「住民主体型通所サービス新規登録者連絡票」を記載して、広畑ふれあいプラザの場合はプラザに、それ以外は高齢介護課及び各ボランティア団体にFAXまたは郵送してください。

(3) 1日体験の調整

- ・ボランティア団体は、受入れ可能人数（各団体に決める）や、利用者の要件等を確認し、受入れの可否を決め、地域高齢者支援センターに回答してください。

(4) 送迎の申込み

地域高齢者支援センターは、要支援1、2及び事業対象者についてのみ、ケアマネジメントの結果送迎が必要と判断した場合は、「住民主体型通所サービス新規登録者連絡票」を移動支援事業者にFAXしてください。

- ・広畑ふれあいプラザいきがい型デイサービス

地域	移動支援事業者	電話	FAX
大根・鶴巻地域	湘南老人ホーム	76-7580	76-7588
大根・鶴巻地域以外	野の花ネットワーク	80-0877	80-0878

- ・保健福祉センターいきがい型デイサービス

移動支援事業者	電話	FAX
万年青	71-5628	71-5583

- ・野の花カフェ

移動支援事業者	電話	FAX
野の花ネットワーク	80-0877	80-0878

(5) 送迎の調整

- ・移動支援事業者は、「住民主体型通所サービス新規登録者連絡票」を受理

後、対応の可否を決定し、地域高齢者支援センターにFAXしてください。

- ・対応できる場合は、利用者に直接連絡をとり、乗降場所や送迎時間の調整を行ってください。

(6) ケアマネジメント・実態把握調査

- ・地域高齢者支援センターは、1日体験後、要支援1, 2及び事業対象者についてケアマネジメントを行い、「介護予防ケアマネジメント・介護予防サービス計画」(以下「ケアプラン」)を作成してください。一般高齢者の場合は実態把握調査を行い、「実態把握記録様式」を作成してください。
- ・ケアプラン又は実態把握記録様式は、ボランティア団体及び移動支援事業者へ提供しますので、必ず本人同意をいただいでください。
- ・なお、1日体験見学後、サービス利用を希望されない場合は、実態把握調査として報告してください。

(7) 利用開始

(8) 市への届出

- ・利用者が新しく事業対象者になる場合は、市高齢介護課(介護保険担当)に、被保険者証を添えて、「基本チェックリスト」、「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届出書」を提出してください。
- ・利用者が要支援者または事業対象者の場合はケアプランを、一般高齢者の場合は実態把握記録様式を、市高齢介護課(高齢者支援担当)に提出してください。
- ・同意を得たケアプラン又は実態把握記録様式は、市高齢介護課(高齢者支援担当)に提出してください。市から、ボランティア及び移動支援事業者へ提供します。

(9) 利用中の各種連絡

- ・利用開始後、利用者からの連絡(長期欠席、サービスや送迎に関する相談、退会など)は、いつ、どこに(ボランティア団体、地域高齢者支援センター、移動支援事業者)入るか分かりません。どこで受けても、関係各所で情報を共有し、円滑かつ確実に対応できるようにしたいと思います。
- ・ボランティア団体、地域高齢者支援センター、移動支援事業者が相互に連絡をとるようにしてください。1か所で受けた情報は、他の2か所にFAXで送信してください(行き違いを避けるため、電話ではなくFAXをお勧めします)。

3 補助の申請

- (1) 補助の申請は、年度を通じて随時受け付けています。

- (2) 活動内容がサービスBに合致するか(介護予防活動支援補助金が適当か又は補助対象外か)といった御相談は、市へ直接いただくよう御案内をお願いします。
- (3) 申請書類の記入方法、補助対象経費等の問い合わせも市へお願いします。

4 利用に関する留意事項

- (1) 利用限度額設定はありません。利用限度額設定のあるサービスと組み合わせ利用することが可能です。
- (2) ケアマネジメントCにより利用を開始し、サービスを継続する場合は、『基本チェックリストを1年に1回を基準に実施』いただくこととしております。

要支援者及び事業対象者で、利用しているサービスが通所Bのみの方について、年1回基本チェックリストを実施していただきます。

訪問調査の結果、ケアプランに変更(例:送迎の追加)がある場合は、市高齢介護課(高齢者支援担当)にケアプランを提出してください。

この請求は、ケアマネジメント費です。

ケアプランに変更がない場合は、高齢者支援担当に基本チェックリストを提出してください。この場合の請求は実態把握調査費となります。

短期集中予防通所サービス（サービスC）

1 サービスの基準

内容	<p>秦野市独自の基準による通所サービス。要支援者及び事業対象者を対象に、3～6か月の短期間に、運動・栄養・口腔等の要素を組み合わせたプログラムを集中的に提供する。利用者が生活機能を向上させ介護保険を「卒業」することを旨とする。</p>					
対象者	要支援認定者又は事業対象者					
実施方法	委託					
委託基準	<p>(1) 法人格を有し、サービスを円滑に実施することが可能な人員、設備及び運営体制を有すること。</p> <p>(2) 委託契約時点において、通所介護等に係る指定居宅サービス事業者の指定又は指定地域密着型サービス事業者の指定又は秦野市通所型サービス事業者の指定を受けていること。</p> <p>(3) (2)に該当しない場合は、高齢者の特性を熟知した医師やスポーツインストラクター等の資格を有し、類似した業務の実績があること。</p> <p>(4) 国税又は地方税の滞納がないこと。</p> <p>(5) 秦野市の指名停止期間中でないこと。</p> <p>(6) その他関係法令等に違反していないこと。</p>					
委託料	<p>1人・1月につき</p> <table border="1"> <tr> <td>週1回の利用者</td> <td>17,171円</td> </tr> <tr> <td>週2回の利用者</td> <td>35,205円</td> </tr> </table>		週1回の利用者	17,171円	週2回の利用者	35,205円
週1回の利用者	17,171円					
週2回の利用者	35,205円					
サービス提供者	秦野市と委託契約を締結した事業者					
従事者の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 秦野市と委託契約を締結した事業者（別紙、事業者一覧表のとおり） ・ サービス従事者は、サービス内容に応じた専門職（理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、看護師等） 					
利用回数	<p>介護予防ケアマネジメント計画に基づく回数</p> <p>週1回もしくは週2回</p>					

利用者負担	無料
ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA

2 利用手続き

(1) 利用希望者の受付

- ・地域高齢者支援センターは、利用希望者に基本チェックリストを実施し、総合事業の対象者であることを確認してください。
- ・短期集中予防通所サービスは、原則として3か月間集中して機能訓練等を行い介護保険制度からの卒業を目指すコースであることを説明し、事業者の特色あるメニューから、ニーズと必要性を判断して、御案内ください。
- ・利用は月初からになります。月途中からの利用はできません。
- ・地域高齢者支援センターは、ケアマネジメントAにより利用手続きを行ってください。

(2) 申込み

地域高齢者支援センターは、事業者を利用の申込みをし、サービス担当者会議の日程調整を行ってください。必要に応じ、「通所型サービスC連絡票」を使用してください（様式は任意です）。

(3) サービス担当者会議

地域高齢者支援センターは、利用者、（必要に応じ家族）、事業者とサービス担当者会議を開催し、ケアプランを作成してください。ケアプランは、利用開始月の月末までに、市へ提出してください。

利用者と事業者との契約は必須ではありません（利用者は、市と事業者との契約に基づくサービスを利用するもの）。

(4) 送迎の調整

事業者により、送迎サービスを実施していますので、ケアマネジメントの結果必要と判断した場合は、事業者と調整してください。

(5) 利用の休止、変更等

利用者の心身の変化等により、途中で利用を停止したり、利用回数を変更する場合等は、事業者へ随時連絡してください。

(6) 評価

- ・事業者は、サービス提供開始時、サービス提供1か月後、3か月经過時点において、市が定める統一した評価項目を測定し、理学療法士等専門職により評価を行ってください。

ア 評価指標

体力測定は、厚生労働省が定める「運動器の機能向上マニュアル」（平成

21年3月改訂版。以下「マニュアル」といいます。)の<資料4：体力測定マニュアル>にしたがい行ってください。

評価指標	評価項目
筋力	握力（右）
	握力（左）
バランス能力	開眼片足立ち（右）
	開眼片足立ち（左）
複合的動作能力	Time up & go test
歩行能力	5 m歩行時間（最大）
柔軟性	長座位前屈
痛み	V A S
主観的健康観	主観的健康観スケール
基礎データ	身長（自己申告又は計測）
	体重（計測）
	血圧（自己計測も可）

イ 体力測定等の判断

体力測定の結果は、マニュアルの【特定高齢者・要支援高齢者別アウトカム指標の平均値と標準偏差】、【特定高齢者・要支援高齢者別アウトカム指標の5分類】の表を参考に評価してください。

痛みのアセスメントは、マニュアルの「7.4.アセスメント」(1)痛みのアセスメントを参考に評価してください。

ウ 評価報告様式

マニュアルの「運動器の機能向上プログラム報告書」及び「運動器の機能向上プログラム理学療法評価」のとおり。

(7) 報告

事業者は、1か月ごとに、利用者への提供実績と、評価結果を地域高齢者支援センターに報告してください。

また、3か月経過時点で、事前・事後アセスメントの結果を集計し、目標の達成、運動器の機能の変化、主観的健康観等を評価し、地域高齢者支援センターに報告してください。

(8) 地域高齢者支援センターのアセスメント

地域高齢者支援センターは、事業者の評価を受け、利用者のアセスメントを行い、卒業後の支援につないでください。

心身の改善状況等に応じてさらに3か月の延長、事業所の変更、他の多様なサービスへの移行を判断してください。なお、卒業を目指すコースのため、原則として、予防給付型通所サービスの利用へはつなげません。

3 請求・報告

- (1) 地域高齢者支援センターは、ケアマネジメントAの請求を行ってください。
- (2) 事業者は、1か月ごとに、地域高齢者支援センターに提出した提供実績、評価結果及び請求書を市に提出してください。あらかじめ、市に債権者登録をし、支払口座を指定してください。
- (3) 請求書には、利用実績として、委託料単価と人数が分かるよう明示してください（請求書の様式は任意です。）
- (4) 3か月经過時点で、地域高齢者支援センターに提出した評価内容を市へ提出してください。

4 利用に関する留意事項

- (1) プログラム提供の際に考慮する点
利用者がプログラムの内容をよく理解したうえで、主体的に参加することは、参加の意欲を高め、その後の自立した身体活動の維持のため不可欠な要素です。利用者に分かりやすい形で、プログラムの内容、進め方、効果、リスク、緊急時の対応を説明し、利用者の同意を得てください。
- (2) 短期集中予防通所サービス終了後は、「通いの場」をはじめとした地域資源について紹介してください。

通所型サービスの請求コード表

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
A6	1111	通所型独自サービス1	イ 通所型サービス費(みなし)	1,672単位	1,672 1月につき
A6	1112	通所型独自サービス1日割		55単位	55 1日につき
A6	1221	通所型独自サービス/22	要支援2(週1回程度)	1,672単位	1,672 1月につき
A6	1222	通所型独自サービス/22日割		55単位	55 1日につき
A6	1121	通所型独自サービス2	事業対象者、要支援2(週2回程度)	3,428単位	3,428 1月につき
A6	1122	通所型独自サービス2日割		113単位	113 1日につき
A6	1113	通所型独自サービス1回数	事業対象者、要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	384単位	384 1回につき
A6	1223	通所型独自サービス/22回数	要支援2 ※1月の中で全部で4回まで	384単位	384 1回につき
A6	1123	通所型独自サービス2回数	事業対象者、要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	395単位	395 1回につき
A6	6105	通所型独自サービス同一建物減算1	事業対象者、要支援1(週1回程度)	376単位減算	-376 1月につき
A6	6126	通所型独自サービス同一建物減算/22	事業所と同一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を行う場合	376単位減算	-376
A6	6106	通所型独自サービス同一建物減算2	事業対象者、要支援2(週2回程度)	752単位減算	-752
A6	5010	通所型独自生活上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
A6	5020	通所型独自生活上活向上グループ活動加算/2	ロ 生活機能向上グループ活動加算	100単位加算	100
A6	5002	通所型独自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
A6	5012	通所型独自サービス運動器機能向上加算/2	ハ 運動器機能向上加算	225単位加算	225
A6	6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	ニ 若年性認知症利用者受入加算	240単位加算	240
A6	6129	通所型独自サービス若年性認知症受入加算/2	ニ 若年性認知症利用者受入加算	240単位加算	240
A6	6116	通所型独自サービス栄養アセスメント加算	ホ 栄養アセスメント加算	50単位加算	50
A6	5003	通所型独自サービス栄養改善加算	ヘ 栄養改善加算	200単位加算	200
A6	5013	通所型独自サービス栄養改善加算/2	ヘ 栄養改善加算	200単位加算	200
A6	5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算 I	ト (1)口腔機能向上加算(I)	150単位加算	150
A6	5014	通所型独自サービス口腔機能向上加算 I/2	ト (1)口腔機能向上加算(I)	150単位加算	150
A6	5011	通所型独自サービス口腔機能向上加算 II	ト (1)口腔機能向上加算(II)	160単位加算	160
A6	5006	通所型独自複数サービス実施加算 I 1	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5016	通所型独自複数サービス実施加算 I /21	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5007	通所型独自複数サービス実施加算 I 2	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5017	通所型独自複数サービス実施加算 I /22	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5008	通所型独自複数サービス実施加算 I 3	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5018	通所型独自複数サービス実施加算 I /23	チ 選択的サービス複数実施加算 (1)選択的サービス複数実施加算(I)	480単位加算	480
A6	5009	通所型独自複数サービス実施加算 II	チ 選択的サービス複数実施加算 (2)選択的サービス複数実施加算(II)	700単位加算	700
A6	5019	通所型独自複数サービス実施加算 II /2	チ 選択的サービス複数実施加算 (2)選択的サービス複数実施加算(II)	700単位加算	700
A6	5005	通所型独自サービス事業所評価加算	リ 事業所評価加算	120単位加算	120
A6	5015	通所型独自サービス事業所評価加算/2	リ 事業所評価加算	120単位加算	120

事業種別	事業内容	事業実施期間	事業実施回数	事業実施単位数	事業実施単価	事業実施総額	事業実施回数	事業実施単位数	事業実施単価	事業実施総額
A6	6011 通所型独自サービス提供体制強化加算 I 1	又 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)	事業対象者、要支援1 (週1回程度)	88 単位加算	88	1 月につき			
A6	6022 通所型独自サービス提供体制加算 I / 22		要支援2 (週1回程度)	88 単位加算	88					
A6	6012 通所型独自サービス提供体制加算 I 2		事業対象者、要支援2 (週2回程度)	176 単位加算	176					
A6	6107 通所型独自サービス提供体制加算 II 1		(1) サービス提供体制強化加算 (II)	事業対象者、要支援1 (週1回程度)	72 単位加算	72				
A6	6128 通所型独自サービス提供体制加算 II / 22		要支援2 (週1回程度)	72 単位加算	72					
A6	6108 通所型独自サービス提供体制加算 II 2		事業対象者、要支援2 (週2回程度)	144 単位加算	144					
A6	6103 通所型独自サービス提供体制加算 III 1		(3) サービス提供体制強化加算 (III)	事業対象者、要支援1 (週1回程度)	24 単位加算	24				
A6	6124 通所型独自サービス提供体制加算 III / 22		要支援2 (週1回程度)	24 単位加算	24					
A6	6104 通所型独自サービス提供体制加算 III 2		事業対象者、要支援2 (週2回程度)	48 単位加算	48					
A6	4001 通所型独自サービス生活機能向上連携加算 I	ル 生活機能向上連携加算	(1) 生活機能向上連携加算 (I) (3月に1回を限度)	100 単位加算	100					
A6	4002 通所型独自サービス生活機能向上連携加算 II 1		(2) 生活機能向上連携加算 (II)	200 単位加算	200					
A6	4003 通所型独自サービス生活機能向上連携加算 II 2		運動器機能向上加算あり	100 単位加算	100					
A6	6200 通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算 I	ヲ 口腔・栄養スクリーニング加算	(1) 口腔・栄養スクリーニング加算 (I) (6月に1回を限度)	20 単位加算	20		1 回につき			
A6	6201 通所型独自サービス口腔栄養スクリーニング加算 II		(2) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) (6月に1回を限度)	5 単位加算	5					
A6	6311 通所型独自サービス科学的介護推進体制加算	ウ 科学的介護推進体制加算		40 単位加算	40		1 月につき			
A6	6100 通所型独自サービス処遇改善加算 I	カ 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59/1000加算						
A6	6110 通所型独自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43/1000加算						
A6	6111 通所型独自サービス処遇改善加算 III		(3) 介護職員処遇改善加算 (III)	所定単位数の23/1000加算						
A6	6113 通所型独自サービス処遇改善加算 IV		(4) 介護職員処遇改善加算 (IV)	(3)で算定した単位数の90/100加算						
A6	6115 通所型独自サービス処遇改善加算 V		(5) 介護職員処遇改善加算 (V)	(3)で算定した単位数の80/100加算						
A6	6118 通所独自サービス特定処遇改善加算 I	ヨ 介護職員等特定処遇改善加算	(1) 介護職員等特定処遇改善加算 (I)	所定単位数の12/1000加算						
A6	6119 通所独自サービス特定処遇改善加算 II		(2) 介護職員等特定処遇改善加算 (II)	所定単位数の10/1000加算						
A6	8310 通所独自サービス令和3年9月30日までの上乗せ分	新型コロナウイルス感染症への対応		所定単位数の1/1000加算						

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
A6	8001 通所型独自サービス1・定超	事業対象者、要支援1 (週1回程度)	1,170	1 月につき
A6	8002 通所型独自サービス1日割・定超	要支援2 (週1回程度)	39	1 日につき
A6	8014 通所型独自サービス/22・定超	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	1,170	1 月につき
A6	8015 通所型独自サービス/22日割・定超	事業対象者、要支援2 (週2回程度)	39	1 日につき
A6	8011 通所型独自サービス2・定超	事業対象者、要支援1 ※1月4回まで	2,400	1 月につき
A6	8012 通所型独自サービス2日割・定超	事業対象者、要支援1 ※1月4回まで	79	1 日につき
A6	8003 通所型独自サービス1回数・定超	事業対象者、要支援2 ※1月の中で全部で4回まで	269	1 回につき
A6	8016 通所型独自サービス/22回数・定超	事業対象者、要支援2 ※1月5回から8回まで	269	1 回につき
A6	8013 通所型独自サービス2回数・定超	事業対象者、要支援2 ※1月5回から8回まで	277	1 回につき

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
		イ 通所型サービス費(みなし)	事業対象者、要支援1(週1回程度)	要支援2(週1回程度)		
A6 9001	通所型独自サービス1・人次		事業対象者、要支援1(週1回程度)	1,672単位	1,170	1月につき
A6 9002	通所型独自サービス1日割・人次			55単位	39	1日につき
A6 9014	通所型独自サービス/22・人次		要支援2(週1回程度)	1,672単位	1,170	1月につき
A6 9015	通所型独自サービス/22日割・人次			55単位	39	1日につき
A6 9011	通所型独自サービス2・人次		事業対象者、要支援2(週2回程度)	3,428単位 看護・介護職員 が次員の場合 ×70/100	2,400	1月につき
A6 9012	通所型独自サービス2日割・人次			113単位	79	1日につき
A6 9003	通所型独自サービス1回数・人次		事業対象者、要支援1※1月4回まで	384単位	269	1回につき
A6 9016	通所型独自サービス/22回数・人次		要支援2※1月の中で全部で4回まで	384単位	269	1回につき
A6 9013	通所型独自サービス2回数・人次		事業対象者、要支援2※1月5回から8回まで	395単位	277	1回につき

桑野市基準緩和型通所サービス(独自/定率)サービスコード表【A7】※令和3年4月利用分～適用

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							
A7	1001	基準緩和型通所サービス1・1割	送迎あり	週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	1,317	
A7	1002	基準緩和型通所サービス1・2割				2割負担の利用者	1,317	
A7	1123	基準緩和型通所サービス1・3割				3割負担の利用者	1,317	
A7	1003	基準緩和型通所サービス2・1割		週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	2,700	
A7	1004	基準緩和型通所サービス2・2割				2割負担の利用者	2,700	
A7	1124	基準緩和型通所サービス2・3割				3割負担の利用者	2,700	1月につき
A7	1005	基準緩和型通所サービス3・1割	送迎なし	週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	941	
A7	1006	基準緩和型通所サービス3・2割				2割負担の利用者	941	
A7	1125	基準緩和型通所サービス3・3割				3割負担の利用者	941	
A7	1007	基準緩和型通所サービス4・1割		週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	1,948	
A7	1008	基準緩和型通所サービス4・2割				2割負担の利用者	1,948	
A7	1126	基準緩和型通所サービス4・3割				3割負担の利用者	1,948	
A7	1009	基準緩和型通所サービス5・1割		週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	304	
A7	1010	基準緩和型通所サービス5・2割				2割負担の利用者	304	
A7	1127	基準緩和型通所サービス5・3割				3割負担の利用者	304	
A7	1011	基準緩和型通所サービス6・1割	送迎あり	週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	312	
A7	1012	基準緩和型通所サービス6・2割				2割負担の利用者	312	
A7	1128	基準緩和型通所サービス6・3割				3割負担の利用者	312	
A7	1013	基準緩和型通所サービス7・1割		週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	217	
A7	1014	基準緩和型通所サービス7・2割				2割負担の利用者	217	
A7	1129	基準緩和型通所サービス7・3割				3割負担の利用者	217	1回につき
A7	1015	基準緩和型通所サービス8・1割	送迎なし	週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	225	
A7	1016	基準緩和型通所サービス8・2割				2割負担の利用者	225	
A7	1130	基準緩和型通所サービス8・3割				3割負担の利用者	225	
A7	1017	基準緩和型通所サービス9・1割		週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	43	
A7	1018	基準緩和型通所サービス9・2割				2割負担の利用者	43	
A7	1131	基準緩和型通所サービス9・3割				3割負担の利用者	43	
A7	1019	基準緩和型通所サービス10・1割	送迎あり	週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	89	
A7	1020	基準緩和型通所サービス10・2割				2割負担の利用者	89	
A7	1132	基準緩和型通所サービス10・3割				3割負担の利用者	89	
A7	1021	基準緩和型通所サービス11・1割		週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者	31	
A7	1022	基準緩和型通所サービス11・2割				2割負担の利用者	31	
A7	1133	基準緩和型通所サービス11・3割				3割負担の利用者	31	
A7	1023	基準緩和型通所サービス12・1割	送迎なし	週2回利用	事業対象者・要支援2	1割負担の利用者	64	
A7	1024	基準緩和型通所サービス12・2割				2割負担の利用者	64	
A7	1134	基準緩和型通所サービス12・3割				3割負担の利用者	64	

A7	1025	基準緩和型通所サービス加算(運動器・1割)	運動器機能向上加算	1割負担の利用者	225
A7	1026	基準緩和型通所サービス加算(運動器・2割)	運動器機能向上加算	2割負担の利用者	225
A7	1135	基準緩和型通所サービス加算(運動器・3割)	運動器機能向上加算	3割負担の利用者	225
A7	1027	基準緩和型通所サービス加算(栄養改善・1割)	栄養改善加算	1割負担の利用者	200
A7	1028	基準緩和型通所サービス加算(栄養改善・2割)	栄養改善加算	2割負担の利用者	200
A7	1136	基準緩和型通所サービス加算(栄養改善・3割)	栄養改善加算	3割負担の利用者	200
A7	1029	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅰ)・1割)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	1割負担の利用者	150
A7	1030	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅰ)・2割)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	2割負担の利用者	150
A7	1137	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅰ)・3割)	口腔機能向上加算(Ⅰ)	3割負担の利用者	150
A7	1203	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅱ)・1割)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	1割負担の利用者	160
A7	1204	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅱ)・2割)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	2割負担の利用者	160
A7	1205	基準緩和型通所サービス加算(口腔(Ⅱ)・3割)	口腔機能向上加算(Ⅱ)	3割負担の利用者	160
A7	1031	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅰ)・1割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 2種(運動+栄養、運動+口腔、栄養+口腔)	1割負担の利用者	300
A7	1032	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅰ)・2割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 2種(運動+栄養、運動+口腔、栄養+口腔)	2割負担の利用者	300
A7	1138	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅰ)・3割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅰ) 2種(運動+栄養、運動+口腔、栄養+口腔)	3割負担の利用者	300
A7	1033	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅱ)・1割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 3種(運動+栄養+口腔)	1割負担の利用者	350
A7	1034	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅱ)・2割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 3種(運動+栄養+口腔)	2割負担の利用者	350
A7	1139	基準緩和型通所サービス加算(選択的サービス(Ⅱ)・3割)	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) 3種(運動+栄養+口腔)	3割負担の利用者	350
A7	1035	基準緩和型通所サービス加算(生活機能・1割)	生活機能向上グループ活動加算	1割負担の利用者	100
A7	1036	基準緩和型通所サービス加算(生活機能・2割)	生活機能向上グループ活動加算	2割負担の利用者	100
A7	1140	基準緩和型通所サービス加算(生活機能・3割)	生活機能向上グループ活動加算	3割負担の利用者	100
A7	1037	基準緩和型通所サービス加算(若年性認知症・1割)	若年性認知症患者受入加算	1割負担の利用者	240
A7	1038	基準緩和型通所サービス加算(若年性認知症・2割)	若年性認知症患者受入加算	2割負担の利用者	240
A7	1141	基準緩和型通所サービス加算(若年性認知症・3割)	若年性認知症患者受入加算	3割負担の利用者	240
A7	1207	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅰ)・週1回・1割)	週1回利用	1割負担の利用者	88
A7	1208	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅰ)・週1回・2割)	週1回利用	2割負担の利用者	88
A7	1209	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅰ)・週1回・3割)	週1回利用	3割負担の利用者	88
A7	1210	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅰ)・週2回・2割)	週2回利用	1割負担の利用者	176
A7	1211	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅰ)・週2回・3割)	週2回利用	2割負担の利用者	176
A7	1039	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週1回・1割)	週1回利用	1割負担の利用者	72
A7	1040	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週1回・2割)	週1回利用	2割負担の利用者	72
A7	1142	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週1回・3割)	週1回利用	3割負担の利用者	72
A7	1041	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週2回・1割)	週2回利用	1割負担の利用者	144
A7	1042	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週2回・2割)	週2回利用	2割負担の利用者	144
A7	1143	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅱ)・週2回・3割)	週2回利用	3割負担の利用者	144
A7	1047	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週1回・1割)	週1回利用	1割負担の利用者	24
A7	1048	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週1回・2割)	週1回利用	2割負担の利用者	24
A7	1146	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週1回・3割)	週1回利用	3割負担の利用者	24
A7	1049	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週2回・1割)	週2回利用	1割負担の利用者	48
A7	1050	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週2回・2割)	週2回利用	2割負担の利用者	48
A7	1147	基準緩和型通所サービス加算(体制強化(Ⅲ)・週2回・3割)	週2回利用	3割負担の利用者	48

A7	1212	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅰ)・1割)	生活機能向上連携加算(Ⅰ)(3月に1回を限度とする)	1割負担の利用者	100
A7	1213	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅰ)・2割)		2割負担の利用者	100
A7	1214	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅰ)・3割)		3割負担の利用者	100
A7	1182	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)1・1割)		1割負担の利用者	200
A7	1183	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)1・2割)		2割負担の利用者	200
A7	1184	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)1・3割)		3割負担の利用者	200
A7	1185	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)2・1割)	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1割負担の利用者	200
A7	1186	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)2・2割)		2割負担の利用者	200
A7	1187	基準緩和型通所サービス加算(生活機能向上連携(Ⅱ)2・3割)	運動器機能向上加算あり	3割負担の利用者	200
A7	1215	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅰ)・1割)		1割負担の利用者	20
A7	1216	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅰ)・2割)	口腔・栄養スクリーニング(Ⅰ)(6月に1回を限度とする)	2割負担の利用者	20
A7	1217	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅰ)・3割)		3割負担の利用者	20
A7	1188	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅱ)・1割)		1割負担の利用者	5
A7	1189	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅱ)・2割)		2割負担の利用者	5
A7	1190	基準緩和型通所サービス加算(口腔栄養スクリーニング(Ⅱ)・3割)	口腔・栄養スクリーニング(Ⅱ)(6月に1回を限度とする)	3割負担の利用者	5
A7	1051	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週1回・1割)		1割負担の利用者	78
A7	1052	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週1回・2割)		2割負担の利用者	78
A7	1148	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週1回・3割)	処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の59/1000加算	3割負担の利用者	78
A7	1053	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週2回・1割)		1割負担の利用者	159
A7	1054	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週2回・2割)		2割負担の利用者	159
A7	1149	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅰ)・週2回・3割)		3割負担の利用者	159
A7	1055	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週1回・1割)		1割負担の利用者	57
A7	1056	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週1回・2割)		2割負担の利用者	57
A7	1150	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週1回・3割)	処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の43/1000	3割負担の利用者	57
A7	1057	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週2回・1割)		1割負担の利用者	116
A7	1058	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週2回・2割)		2割負担の利用者	116
A7	1151	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅱ)・週2回・3割)		3割負担の利用者	116
A7	1059	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週1回・1割)		1割負担の利用者	30
A7	1060	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週1回・2割)		2割負担の利用者	30
A7	1152	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週1回・3割)	処遇改善加算(Ⅲ) 所定単位数の23/1000加算	3割負担の利用者	30
A7	1061	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週2回・1割)		1割負担の利用者	62
A7	1062	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週2回・2割)		2割負担の利用者	62
A7	1153	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅲ)・週2回・3割)		3割負担の利用者	62
A7	1063	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週1回・1割)		1割負担の利用者	27
A7	1064	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週1回・2割)		2割負担の利用者	27
A7	1154	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週1回・3割)	処遇改善加算(Ⅳ) (Ⅲ)で算定した単位数の90/100加算	3割負担の利用者	27
A7	1065	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週2回・1割)		1割負担の利用者	56
A7	1066	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週2回・2割)		2割負担の利用者	56
A7	1155	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅳ)・週2回・3割)		3割負担の利用者	56
A7	1067	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週1回・1割)		1割負担の利用者	24
A7	1068	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週1回・2割)		2割負担の利用者	24
A7	1156	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週1回・3割)	処遇改善加算(Ⅴ) (Ⅳ)で算定した単位数80/100加算	3割負担の利用者	24
A7	1069	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週2回・1割)		1割負担の利用者	50
A7	1070	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週2回・2割)		2割負担の利用者	50
A7	1157	基準緩和型通所サービス加算(処遇改善(Ⅴ)・週2回・3割)		3割負担の利用者	50

A7	1191	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週1回・1割)	特定処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位×12/1000	週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	1割負担の利用者 2割負担の利用者	16
A7	1192	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週1回・2割)				3割負担の利用者	16
A7	1193	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週1回・3割)				1割負担の利用者	32
A7	1194	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週2回・1割)		週2回利用	事業対象者・要支援2	2割負担の利用者 3割負担の利用者	32
A7	1195	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週2回・2割)				1割負担の利用者	32
A7	1196	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅰ)・週2回・3割)				1割負担の利用者	13
A7	1197	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週1回・1割)		週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	2割負担の利用者	13
A7	1198	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週1回・2割)				3割負担の利用者	13
A7	1199	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週1回・3割)				1割負担の利用者	27
A7	1200	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週2回・1割)	特定処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×10/1000	週2回利用	事業対象者・要支援2	2割負担の利用者	27
A7	1201	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週2回・2割)				3割負担の利用者	27
A7	1202	基準緩和型通所サービス加算(特定処遇改善(Ⅱ)・週2回・3割)				1割負担の利用者	50
A7	1218	基準緩和型通所サービス加算(栄養アセスメント・1割)	栄養アセスメント加算			2割負担の利用者	50
A7	1219	基準緩和型通所サービス加算(栄養アセスメント・2割)				3割負担の利用者	50
A7	1220	基準緩和型通所サービス加算(栄養アセスメント・3割)				1割負担の利用者	40
A7	1221	基準緩和型通所サービス加算(科学的介護推進体制・1割)	科学的介護推進体制加算			2割負担の利用者	40
A7	1222	基準緩和型通所サービス加算(科学的介護推進体制・2割)				3割負担の利用者	40
A7	1223	基準緩和型通所サービス加算(科学的介護推進体制・3割)				1割負担の利用者	1
A7	1224	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅰ)・1割)	新型コロナウイルス感染症対応加算(Ⅰ)			2割負担の利用者	1
A7	1225	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅰ)・2割)				3割負担の利用者	1
A7	1226	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅰ)・3割)				1割負担の利用者	1
A7	1227	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅱ)・1割)				2割負担の利用者	2
A7	1228	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅱ)・2割)				3割負担の利用者	2
A7	1229	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅱ)・3割)				1割負担の利用者	3
A7	1230	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅲ)・1割)				2割負担の利用者	3
A7	1231	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅲ)・2割)				3割負担の利用者	3
A7	1232	基準緩和型通所サービス加算(令和3年9月30日までの上乗せ(Ⅲ)・3割)				1割負担の利用者	922
A7	1075	基準緩和型通所サービス1・定超・1割	定数超過	週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	2割負担の利用者	922
A7	1076	基準緩和型通所サービス1・定超・2割				3割負担の利用者	922
A7	1158	基準緩和型通所サービス1・定超・3割		※追加あり		1割負担の利用者	1,890
A7	1077	基準緩和型通所サービス2・定超・1割		週2回利用	事業対象者・要支援2	2割負担の利用者	1,890
A7	1078	基準緩和型通所サービス2・定超・2割				3割負担の利用者	1,890
A7	1159	基準緩和型通所サービス2・定超・3割	定数超過			1割負担の利用者	659
A7	1079	基準緩和型通所サービス3・定超・1割	包括単位	週1回利用	事業対象者・要支援1・要支援2	2割負担の利用者	659
A7	1080	基準緩和型通所サービス3・定超・2割				3割負担の利用者	659
A7	1161	基準緩和型通所サービス3・定超・3割		※追加なし		1割負担の利用者	1,364
A7	1081	基準緩和型通所サービス4・定超・1割		週2回利用	事業対象者・要支援2	2割負担の利用者	1,364
A7	1082	基準緩和型通所サービス4・定超・2割				3割負担の利用者	1,364
A7	1161	基準緩和型通所サービス4・定超・3割				1割負担の利用者	16

A7	1103	基準緩和型通所サ一ビス3・人次・1割									1割負担の利用者	659
A7	1104	基準緩和型通所サ一ビス3・人次・2割									2割負担の利用者	659
A7	1172	基準緩和型通所サ一ビス3・人次・3割									3割負担の利用者	659
A7	1105	基準緩和型通所サ一ビス4・人次・1割									1割負担の利用者	1,364
A7	1106	基準緩和型通所サ一ビス4・人次・2割									2割負担の利用者	1,364
A7	1173	基準緩和型通所サ一ビス4・人次・3割									3割負担の利用者	1,364
A7	1107	基準緩和型通所サ一ビス5・人次・1割									1割負担の利用者	213
A7	1108	基準緩和型通所サ一ビス5・人次・2割									2割負担の利用者	213
A7	1174	基準緩和型通所サ一ビス5・人次・3割									3割負担の利用者	213
A7	1109	基準緩和型通所サ一ビス6・人次・1割									1割負担の利用者	218
A7	1110	基準緩和型通所サ一ビス6・人次・2割									2割負担の利用者	218
A7	1175	基準緩和型通所サ一ビス6・人次・3割									3割負担の利用者	218
A7	1111	基準緩和型通所サ一ビス7・人次・1割									1割負担の利用者	152
A7	1112	基準緩和型通所サ一ビス7・人次・2割									2割負担の利用者	152
A7	1176	基準緩和型通所サ一ビス7・人次・3割									3割負担の利用者	152
A7	1113	基準緩和型通所サ一ビス8・人次・1割									1割負担の利用者	158
A7	1114	基準緩和型通所サ一ビス8・人次・2割									2割負担の利用者	158
A7	1177	基準緩和型通所サ一ビス8・人次・3割									3割負担の利用者	158
A7	1115	基準緩和型通所サ一ビス9・人次・1割									1割負担の利用者	30
A7	1116	基準緩和型通所サ一ビス9・人次・2割									2割負担の利用者	30
A7	1178	基準緩和型通所サ一ビス9・人次・3割									3割負担の利用者	30
A7	1117	基準緩和型通所サ一ビス10・人次・1割									1割負担の利用者	62
A7	1118	基準緩和型通所サ一ビス10・人次・2割									2割負担の利用者	62
A7	1179	基準緩和型通所サ一ビス10・人次・3割									3割負担の利用者	62
A7	1119	基準緩和型通所サ一ビス11・人次・1割									1割負担の利用者	22
A7	1120	基準緩和型通所サ一ビス11・人次・2割									2割負担の利用者	22
A7	1180	基準緩和型通所サ一ビス11・人次・3割									3割負担の利用者	22
A7	1121	基準緩和型通所サ一ビス12・人次・1割									1割負担の利用者	45
A7	1122	基準緩和型通所サ一ビス12・人次・2割									2割負担の利用者	45
A7	1181	基準緩和型通所サ一ビス12・人次・3割									3割負担の利用者	45

IV 介護予防ケアマネジメント

目的

介護予防ケアマネジメントは、地域高齢者支援センター支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援するものです。

類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、次の類型で実施します。

- 1 ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
予防給付型、基準緩和型、短期集中予防サービスを利用する場合に実施します。
- 2 ケアマネジメントC
住民主体型、訪問型移動支援サービスを利用する場合に実施します。

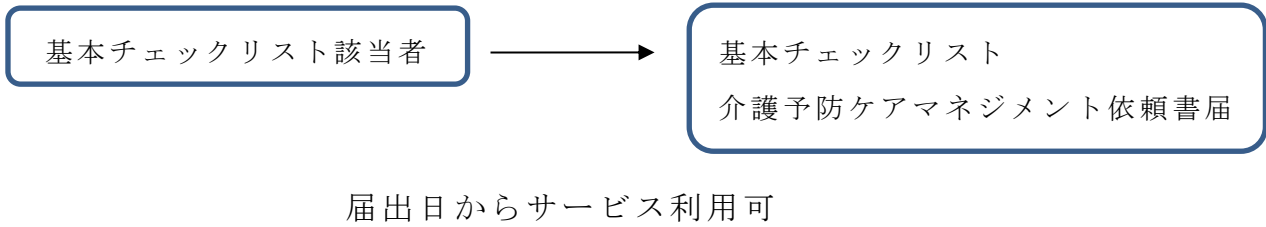
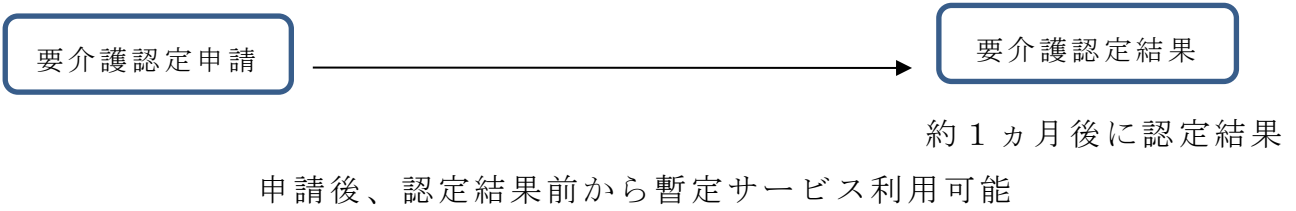
実施主体

利用者本人が居住する地域高齢者支援センター支援センターにおいて実施します。配置されている3職種その他、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができます。

報酬単位

- 1 ケアマネジメントA・Cは438単位／月、加算（初回加算、委託連携加算）は300単位です。
- 2 地域単価は、介護給付と同様に「6級地（10.42円）」です。

3 サービス利用までの流れ



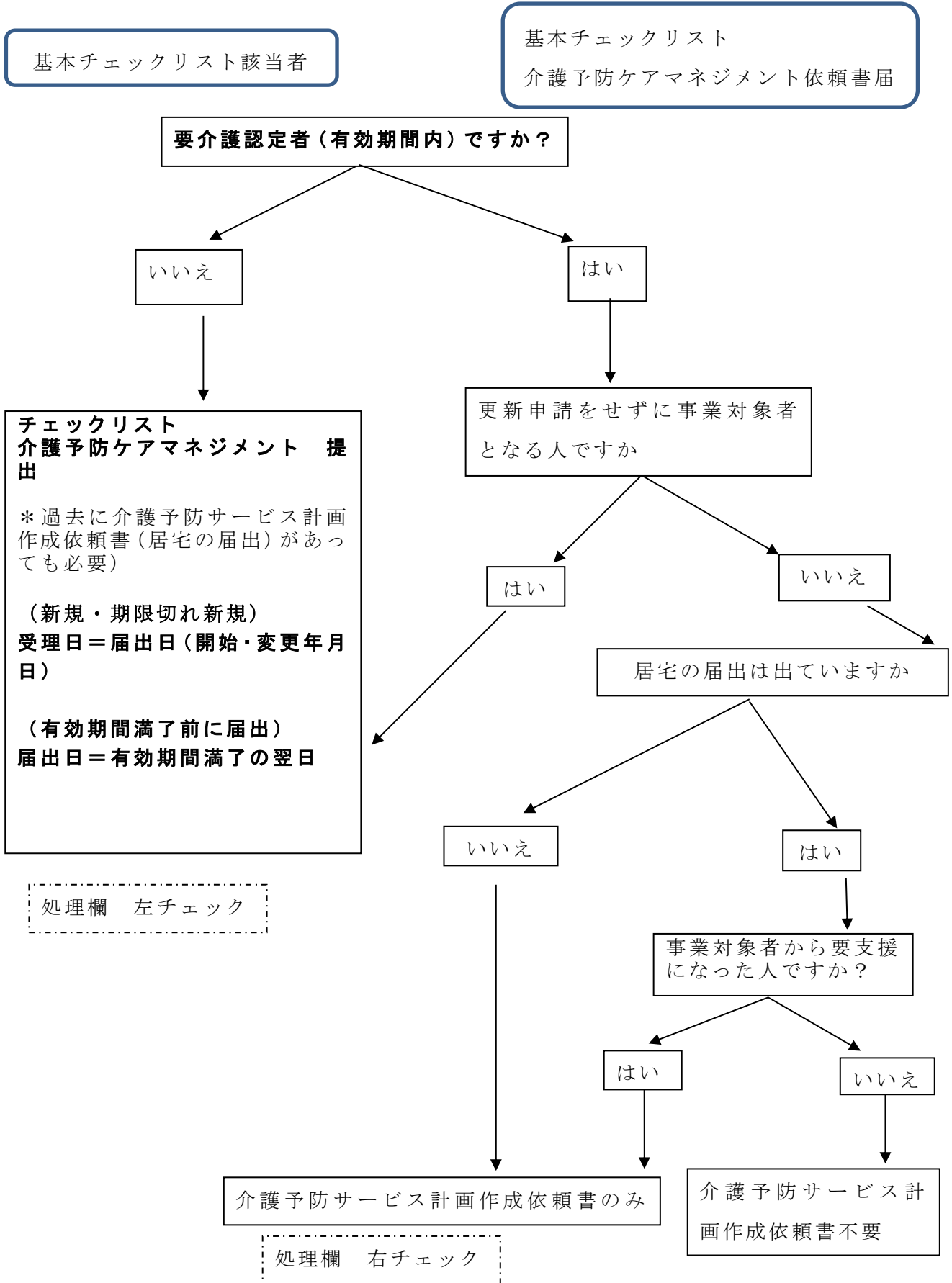
【利用可能サービス】

- 事業対象者 → 総合事業サービス（予防給付型）（基準緩和型）
- 要支援者 → 総合事業サービス（予防給付型）（基準緩和型）
- 要介護者 → 介護給付サービス



- 要支援者・事業対象者・・・地域高齢者支援センター
- 要介護者・・・居宅介護支援事業所

4 介護予防ケアマネジメント依頼届及び基本チェックリスト提出時確認事項



例月処理

- ・ 毎月10日までに国保連に直接データを送付してください。

留意事項

1 利用限度額について

- (1) 要支援者が総合事業を利用する場合には、現在適用されている予防給付の利用限度額の範囲内で、給付と総合事業を一体的に利用できます。
- (2) 事業対象者は、予防給付の要支援1の利用限度額と同じです。
 - 要支援1・事業対象者 = 5,032単位（約5～6万円）
 - 要支援2 = 10,531単位（約10～12万円）

V 事業者の指定

指定・更新申請

新規・更新指定申請については、必要書類を調整のうえ、事業開始の日の45日前までに申請してください。

その際、内容を確認いたしますので、原則として、来庁による書類提出をお願いします。来庁に当たっては、事前に電話等による日時の調整をお願いします。

提出先	秦野市高齢介護課 高齢者支援担当（本庁舎1階）
必要書類	1 介護予防・日常生活支援総合事業指定第1号事業者指定申請書
	2 付表
	3 申請時必要事項及びその内容が分かる資料（下記参照）
	① 申請者の定款
	② 申請者の登記事項証明書又は条例等
	③ 事業所の平面図
	④ 従業者の資格者証の写し及び雇用が確認できる書類の写し
	⑤ 居室面積等一覧
	⑥ 設備備品等に係る一覧表
	⑦ 事業所の管理者及びサービス提供責任者（訪問型のみ）の経歴書
	⑧ 運営規程
	⑨ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要
	⑩ 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態
	⑪ 当該申請に係る資産の状況（直近の決算書、財産目録等）
	⑫ 誓約書
⑬ 役員名簿	
⑭ 賃貸借契約書の写し又は登記簿の謄本（登記事項証明書）	
⑮ 建築物等に係る関係法令確認書	
4 介護予防・日常生活支援総合事業費に係る体制等に関する届出書	
5 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表	
6 加算チェック表及び添付資料	
7 介護職員処遇改善加算関係書類（※該当ある場合）	
8 社会保険等への加入状況について（確認票）	

提出書類・申請様式

1 提出書類

訪問型サービス、通所サービスともに、申請時必要事項及びその内容が分かる資料は共通です。

内容が分かる資料については特に様式を指定しませんが、公的な証明が存在する事項については、その証明を添付してください（証明の原本ではなく写しの添付でも可としますが、申請時に原本を確認しますので、必ず原本を御持参ください。）。

なお、更新申請の必要書類等につきましては市ホームページを確認ください。

2 指定の申請様式

市ホームページから様式をダウンロードして使用してください。

その他届出（変更・加算）

【変更届について】

変更日から14日以内にご提出下さい。ご提出が遅れた場合は遅延理由書を任意の様式で記載していただき、併せてご提出下さい。

（提出書類等）

- ・変更届（市ホームページから様式をダウンロードして使用してください）
- ・添付書類（変更内容に関わる書類を添付下さい）

例) ・管理者の変更の添付書類

⇒管理者の経歴書・雇用契約書・資格証・勤務形態一覧表

・定員の変更の添付書類

⇒付表1・運営規程・勤務形態一覧表

※勤務体制一覧表については変更月のものをご提出下さい。訪問サービスについて、一体型で運営を行っている場合は、サービスAと訪問介護等のサービスそれぞれの勤務形態一覧表をご提出下さい。

【加算について】

1 届出が必要な加算（減算）の内容、提出方法、必要書類

- 次の内容の加算（減算）を算定しようとする場合は、事前に市への届出が必要です。（届出をしないと、サービスを提供しても報酬は支払われません。）
- 市の実地指導等の結果として加算の体制が変更となる場合においても、改めて市宛に必要な書類を提出して下さい。

内容		必要書類		備考
		届出用紙	添付書類	
新たに 加算を 算定する	1 人員欠如による減算 (減算の解消)		<ul style="list-style-type: none"> ・勤務形態一覧表 ・返信用封筒 	勤務形態一覧表は人員欠如が生じた月（解消した場合は解消した月）のもの。
	2 若年性認知症利用者受入加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・返信用封筒 	
	3 生活機能向上グループ活動加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・勤務形態一覧表 ・資格証の写し ・返信用封筒 	勤務形態一覧表は加算算定月のもの。 加算サービス提供者のみ記載。
	4 運動器機能向上加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・返信用封筒 	
	5 栄養アセスメント			
	6 栄養改善			
	7 口腔機能向上加算			
	8 選択的サービス複数実施加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・返信用封筒 	
	9 サービス提供体制強化加算	<ul style="list-style-type: none"> ・体制等に関する届出書（郵送提出の場合2部） ・体制等状況一覧表 	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・勤務形態一覧表 ・資格証の写し（※1） ・実務経験証明書（※2） ・返信用封筒 	勤務形態一覧表は算定開始の前年度の2月分。（前年度実績が6ヶ月未満の場合は届出日の前月分。） ※1：算定要件で介護福祉士の割合がある場合。 ※2：算定要件で勤続年数がある場合。
	10 生活機能向上連携加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・連携先との委託契約書の写し ・返信用封筒 	
	11 科学的介護推進体制加算		<ul style="list-style-type: none"> ・チェック表及び誓約書 ・返信用封筒 	
	12 介護職員処遇改善加算		<p>秦野市ホームページの次の場所をご確認ください。 「くらしの情報」－「健康・福祉」－「介護保険」 －「事業者向け」－「介護報酬・加算」－「介護職員 処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算」</p>	
	13 介護職員等特定処遇改善加算			
14 上記加算の取り下げ		<ul style="list-style-type: none"> ・返信用封筒 		

2 提出方法

郵送またはメールで提出をお願いします。

- 郵送提出の場合、受理した証明として「体制等に関する届出書」に収受印を押して返送しますので、2部ご用意ください。
- メール提出の場合、添付書類にある返信用封筒は不要です。

3 届出時期

算定開始月の前月15日が締切りです。(例：令和3年10月1日から加算を算定しようとする場合 → 令和3年9月15日までに届出)

4 郵送の際の留意点

- 返信用封筒は、定形封筒に切手を貼って、返信先の宛名を明記のうえ、同封してください。
- 書類は事業所の控えをとり、保管してください。
- 郵送先

〒257-8501 秦野市桜町一丁目3番2号
秦野市高齢介護課 行

5 加算届の受理書について

- 介護情報サービスかながわの掲載情報の変更は、原則処理月の翌月からですが、月末処理の場合、システム更新の関係から、翌々月以降になることがあります。

留意事項

- 1 基準緩和型サービスの指定は、随時受け付けています。ただし、供給過多の場合は、指定をしないことがあります。
- 2 基準緩和型サービスの指定を受けていない場合は、予防給付型サービスの指定を更新しない方針です。

VI 過誤申立

【介護給付費過誤申立の手続きについて】

過誤申立書を記載いただき市役所窓口または郵送にてご提出ください。（メールやFAXでは受付致しません）件数が多い場合（申し立て期間が長期になる場合等）には、別途ご相談ください。申立書に記載する際には、利用者が「要支援」か「要介護」の認定区分によって、サービスコードが異なりますので、申立事由コードを確認ください。（申立事由コードは市ホームページに掲載しております。）※平成30年5月より標準システムへの移行がされたため、介護予防ケアマネジメント費も同様の取り扱いとなります。

また、本市以外が保険者の場合は、各保険者にご相談ください。

【介護給付費過誤申立予定表】

サービス提供月	審査月 (請求月)	市が給付実績を確認 できる月 (国保連からの給付実 績送付時期)	過誤申立締切	再請求	
				①同月過誤	②通常過誤
4月まで	5月	6月5日以降	6月末日まで	7月10日	8月10日
5月まで	6月	7月5日以降	7月末日まで	8月10日	9月10日
6月まで	7月	8月5日以降	8月末日まで	9月10日	10月10日
7月まで	8月	9月5日以降	9月末日まで	10月10日	11月10日
8月まで	9月	10月5日以降	10月末日まで	11月10日	12月10日
9月まで	10月	11月5日以降	11月末日まで	12月10日	1月10日
10月まで	11月	12月5日以降	12月末日まで	1月10日	2月10日
11月まで	12月	1月5日以降	1月末日まで	2月10日	3月10日
12月まで	1月	2月5日以降	2月末日まで	3月10日	4月10日
1月まで	2月	3月5日以降	3月末日まで	4月10日	5月10日
2月まで	3月	4月5日以降	4月末日まで	5月10日	6月10日
3月まで	4月	5月5日以降	5月末日まで	6月10日	7月10日

※過誤申立締切日が休日等の場合は、その前日までとなります。

※上記は、返戻・保留等がなく、予定どおりに請求及び支払が国保連で処理され、給付実績が確定した場合であり、月遅れ請求の場合は、審査月より過誤の申立の締切日を確認してください。なお、返戻・保留等により給付実績が確定していない場合は、過誤申立することはできません。

【再請求について】

過誤申立書の提出後の再請求については、事業所の判断で行うこととなります。再請求に当たり、場合によってはリスクを伴いますが、事業所の責任において再請求を行ってください。

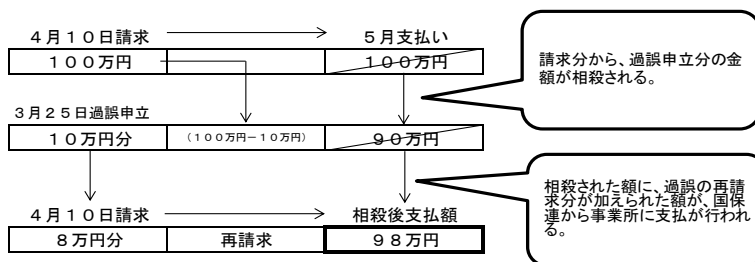
※実地指導等で返還が生じ、返還額が高額又は返還期間が長期化する場合には、保険者へご相談ください。

(① 同月過誤の場合)

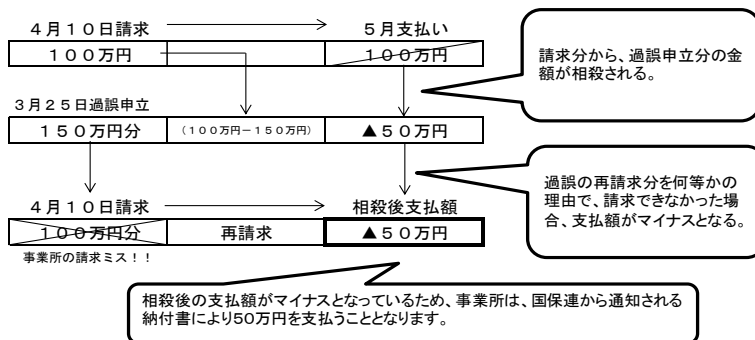
例：4月のサービス提供分について、同月過誤として再請求する場合には、7月10日までに保険者に過誤申立を行うとともに、同日までに国保連へ再請求を行う。

⇒過誤と同じ月に再請求が可能です。

ただし、過誤における相殺額が、通常の請求額を上回った場合、国保連から給付費の支払いは行われません。この場合、国保連から納付書が事業所に送付されますので、期日までに支払いをすることになります。



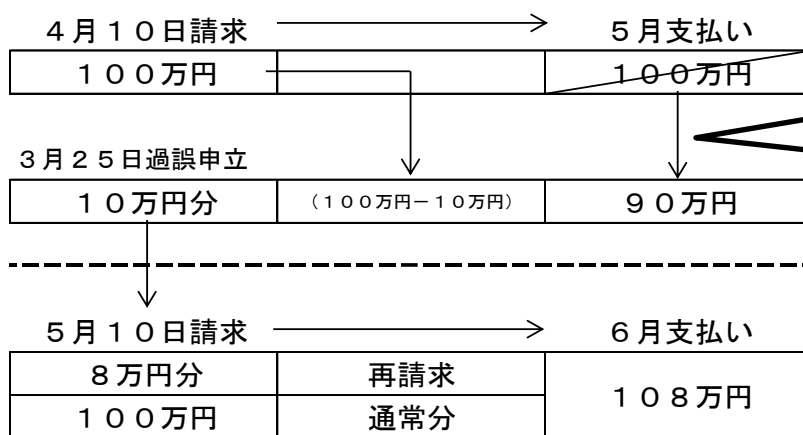
● 過誤と同時に再請求を行うが、過誤する金額が、通常の請求額を上回る場合における事業所のリスクは、次のとおりです。



(②通常過誤の場合)

例：4月のサービス提供分について、通常過誤として再請求する場合には、7月10日までに保険者に過誤申立を行うとともに、翌月の8月10日までに国保連へ再請求を行う。

⇒過誤を行った翌月に再請求を行うため、事業者は、過誤金額分がマイナスされて支払いが行われます。再請求を翌月に行うことにより、通常請求分と再請求分が合算されて、給付費が支払われることとなります。



1	暫定利用の取扱
---	---------

●要支援者が更新申請をし、有効期間満了後に要介護の結果がでた場合

有効期間満了後、認定結果が出るまでの間においてサービスAを利用していた場合、事業対象者であれば、介護給付サービス利用までの間、総合事業のサービスの利用が可能です。

【必要な手続き】

- (1) 有効期間満了前（区分変更申請前）に、基本チェックリストの実施
- (2) 有効期間満了後に認定結果が出る人がいることを高齢介護課に連絡
- (3) 基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届提出（認定申請時に高齢者支援担当にご提出下さい）
- (4) 要介護認定結果時、高齢者支援担当と地域高齢者支援センターで事業対象者期間及び居宅介護支援開始日の確認

【注意事項】

介護予防給付と総合事業を利用している人は、どちらかが自己負担になるので、有効期間満了前にサービスの調整が必要です。

●次の場合も、同様の対応が可能であるが要介護等認定申請時に再度ケアマネジメントを行っておくこと

(1) 対象者

- ・要支援者が区分変更申請をし、要介護の結果が出た場合

【注意事項】

- ・「要支援」を想定して要介護等認定申請をしたが想定外に要介護となった場合を想定しています。この場合認定申請前に基本チェックリストを実施しておいてく必要があります。
- ・「要介護」を想定した要介護等認定申請の場合は、あらかじめプランの見直しに漏れないようご注意ください。

●介護給付サービスとサービスAを一体的に提供している事業所について

介護給付サービスとサービスAを一体的に行っている事業所でサービスを受ける場合は、そのサービス内容が同一であれば、要介護認定が出た場合は介護給付サービスとして、要支援認定が出た場合はサービスAとして請求をする。
※認定ヘルパーがサービス提供していた場合や、時間帯がサービスごとで異なる場合は不可。

また「要介護」を想定した要介護等認定申請の場合は、あらかじめプランの見直しに漏れないようご注意ください。

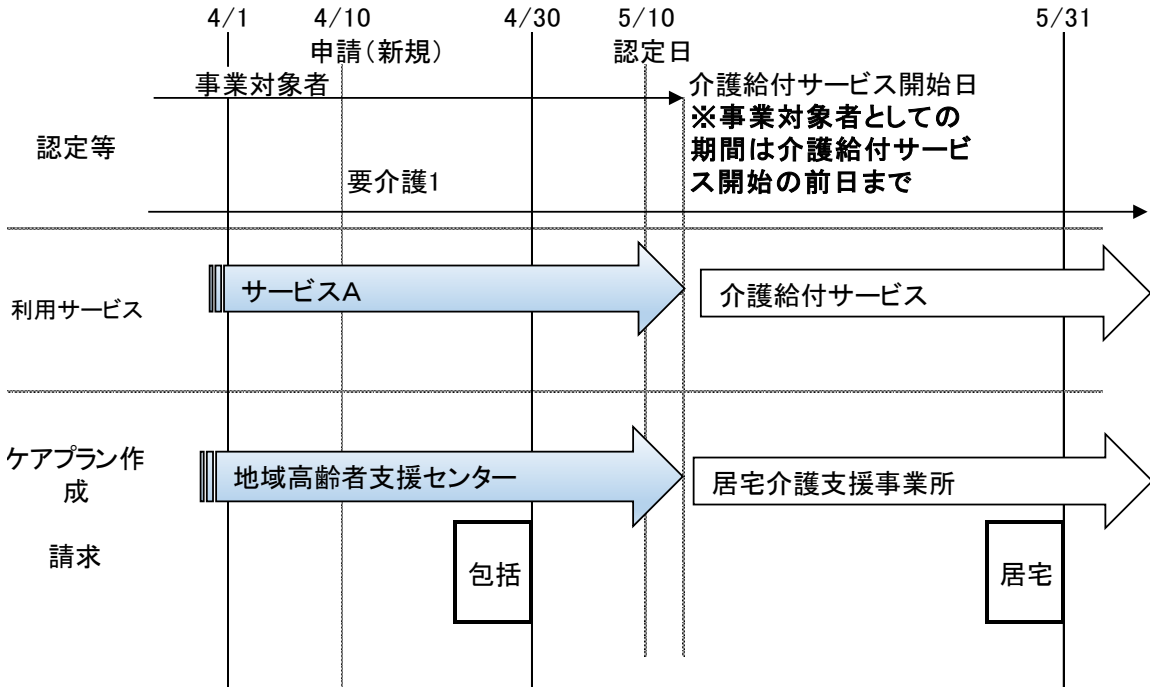
●認定有効期限について

- ・事業対象者としての期間⇒事業対象者認定日から介護給付サービス開始前日
- ・要介護者としての期間 ⇒被保険者証に記載されている期間

事業対象者及び要支援者が要介護認定を受けた場合の対応について

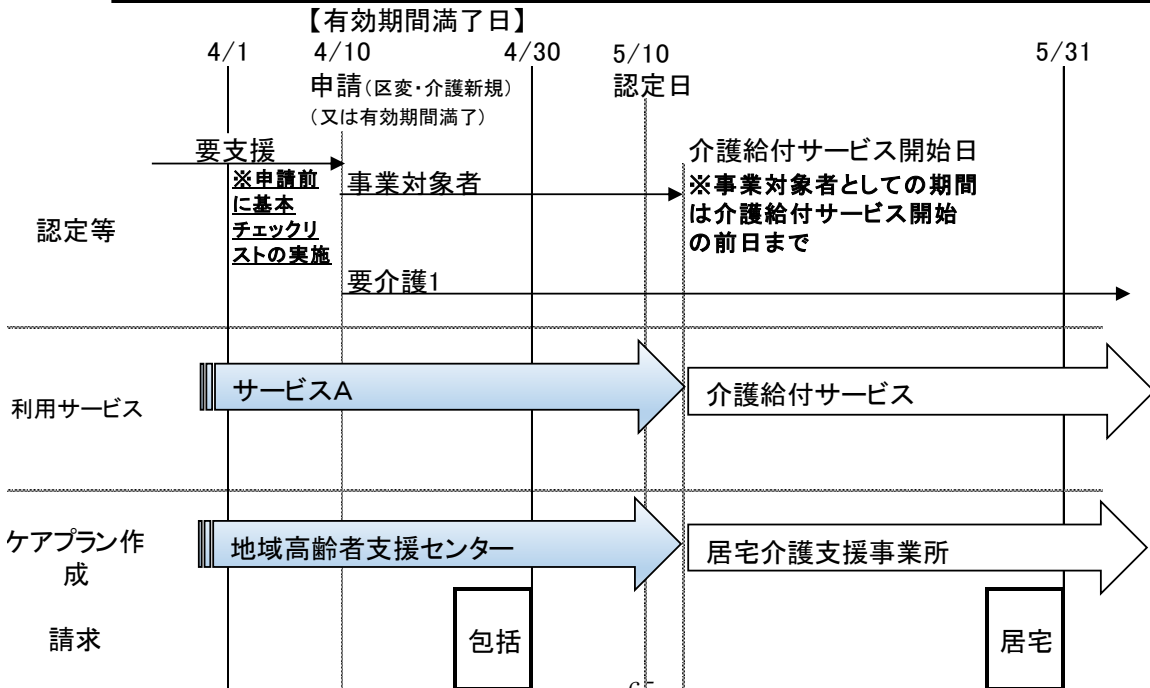
事例1) 事業対象者が認定申請し、基準緩和型サービス(サービスA)のみ利用していた場合

ポイント
介護サービスを開始するまでの間、事業対象者としてサービスの利用が可能。



事例2) ①要支援者が認定申請(要支援1の区分変更申請)
②要支援者の更新申請結果が有効期間を過ぎて結果が出た時、
基準緩和型サービス(サービスA)のみ利用していた場合
※新規認定申請の場合も同様

ポイント
申請前に基本チェックリストが必要。(ケアマネジメントの届出は認定申請と同時に提出)
申請前に事業対象者に該当することを確認していない場合は、認定申請後のサービスAは、
保険対応できない。



【住所地特例者の対応】

	サービス付高齢者住宅	特定施設
サービス	居宅サービス	特定施設入居者生活介護
ケアプラン作成	秦野市包括	特定施設ケアマネ
支払 (保険者：県内)	神奈川県保連合会委託（保険者支払） 基本報酬：438 単位 初回加算：300 単位 秦野単価	
支払 (保険者：県外)	委託契約で各包括へ支払	

【住民票を本市に移し、秦野市内の特定施設（サービス付高齢者住宅）に入居している人で居宅サービスを利用している人】

秦野市の総合事業のサービス利用が可能です。（住所地特例者）

【手続きについて】

- ・基本チェックリスト、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届、被保険者証は秦野市に提出ください。（秦野市から保険者に届出等の写しを送付します）

（総合事業未実施市町村の場合）

- ・市から保険者に、総合事業の費用（ケアマネジメント費とサービス費）が発生することを伝えます。

（総合事業実施市町村の場合）

- ・注意点はありません。

（特例）

- ・住民票他市のまま、プラン作成を居宅が再委託で受けていた人が転入になった場合⇒転居によりプラン作成は包括（秦野市）になる。
プラン作成の請求は、月末時点のケアプラン作成者。

【住民票を他市に移し、住民票地の特定施設（サービス付高齢者住宅）に入居している人で居宅サービスを利用している人】

*住民票地の総合事業のサービス利用が可能。（住所地特例者）

【他市区町村に住民票のある市内居住者 他市包括からの再委託】

（住民票を他市に残したまま、秦野市に住んでいる人の対応）

予防給付型サービスやサービスAなど独自サービスを利用する場合はサービス提供事業者が、保険者の指定を受ける必要があるため、他市保険者に相談してください。

*事業所が他市保険者から指定を受ける必要があるため、サービスAなど独自サービスの利用は困難なことが想定されます。（保険者の指示に従う）

【本市に住民票のある他市居住者 本市の包括が再委託】

（住民票を本市に残したまま、他市区町村に住んでいる人の対応）

本市では予防給付型サービスやサービスAなど独自サービスの場合、指定を受けた事業者であれば他市事業所でもサービス提供可能です。

（指定手続きについては「V 事業者の指定」を参照）

【対応の手順】

- ① ケアマネに説明をし、他市事業者の意向を確認する。
- ② 事業者が指定を受ける意向がある場合は、市にご連絡下さい。

【請求等について】

① 住所地特例

	秦野在住（他市保険者）	他市在住（秦野保険者）
みなし※H30.3.31まで	○	居住地のサービス
・基準緩和型 ・予防給付型 ・C/D	○	居住地のサービス
B	○	居住地のサービス
サービスコード	秦野市	居住地市町村
マネジメント (チェックリストの実施)	秦野市の地域高齢者支援センター	居住地包括
マネジメントの単価	秦野（10.42）	居住地基準単価
県内保険者請求	神奈川県国保連	神奈川県国保連
県外保険者請求	神奈川県国保連 (財政調整)	施設所在地国保連 (財政調整)

② 住民登録外（居住地と住民票の所在地が異なる場合。住民票がある市町村が保険者）

	秦野市在住（他市保険者）	他市在住（秦野保険者）
みなし※H30.3.31まで	○	○
・基準緩和型 ・予防給付型 ・C/D	△ 保険者判断 ※秦野市の事業所が他市の指定を受ければ可	△ 保険者判断 ※他市の事業所が秦野市の指定を受ければ可
B	×	他市へ相談ください。
サービスコード	保険者（他市）	保険者（秦野市）
マネジメント (チェックリストの実施)	他市包括から居宅（秦野市）が再委託受	秦野市包括が居宅（他市）に再委託
マネジメントの単価	保険者（他市）単価	保険者（秦野市）単価
県内保険者請求	神奈川県国保連	神奈川県国保連
県外保険者請求	(事業所) 神奈川県国保連 (包括) 他市包括が居住地国保連に請求 他市包括が再委託先に支払い	(事業所) 他市国保連 (包括) 秦野市包括が神奈川県国保連に請求 秦野市包括が再委託先に支払い

3	単価の考え方
	(1) 地域単価

秦野市に住民登録がある方の場合

サービス種別	市内事業所	市外事業所
A 1 (みなし指定 予防給付型訪問)	国が規定する単価× 秦野市の地域区分単価	国が規定する 単価× 所在地の地域 区分単価
A 2 (秦野市指定 予防給付型訪問及び基準緩和型訪問) A 6 (予防給付型通所) A 7 (基準緩和型通所)	秦野市が規定する単価×秦野市の地域区分単価	

- A 1 平成 27 年 3 月 31 日までに予防訪問介護の指定を受けていた事業者
 A 2 平成 27 年 4 月 1 日以降に秦野市の指定を受けた事業者の予防給付型訪問サービス及び、基準緩和型訪問サービス

(2) 1 回単位と日割単位

【1 回単位の考え方】

Q 1 月途中からサービス利用を開始した場合、1 回単位を利用できるか？

A 1 利用できます。

Q 2 月の途中で、入院し、1 回しかサービス利用できなかった。1 回単位を利用できるか？

A 2 1 回単位は使えません。報酬単位の考え方は、実際の利用実績に基づくのではなく、ケアプランに基づいて行います。もともと週 1 回利用の包括単位でケアプランを立てている場合は、入院や個人の都合等により、利用回数が減ったとしても、包括単位の請求になります。

Q 3 ケアプラン上、1 回単位の設定の場合、実績に応じて請求でよいか？

A 3 実績に基づく回数の請求でよいです。

Q 4 包括単位でケアプランを立てていた人が、通院のため1日利用できなかった。その振替対応が事業者都合で行えなかった場合、1回**単位**で請求することはできるか？

A 4 サービス提供はケアプランに基づいて行うことが基本となっており、1回**単位**を使用するのはケアプランが一回利用の場合のみです。しかし、包括**単位**のケアプランの場合で、事前に利用者がその日利用できない事が分かっている場合は振替対応をしていただく必要があります。

- ・振替対応が利用者の都合で利用できなかった場合⇒自己都合での休みとなるため月額報酬。
- ・振替日が事業者都合で提供できなかった場合⇒1回**単位**。

※原則1回**単位**はケアプランで定められた場合のみとなり、本来であればケアプランの変更が必要となります。しかし、振替対応ができない場合については、手続きが煩雑になる事を考慮しケアプランの変更を必要としません。

【日割単位】

Q 日割単位を使うのは、どのような場合か？

A ショートステイ利用の場合、事業対象者が月途中で要支援認定者に区分変更になった場合、総合事業利用者が月途中で生活保護受給者になった場合などは、日割単位を使用してください。

(「介護保険事務処理システム変更にかかわる参考資料(確定版)(平成30年3月30日事務連絡)」の資料9「月額包括報酬の日割り請求に係る適用」参照)

4 生活保護受給者が基準緩和型訪問サービスを利用した場合の取扱

<国保連請求の場合>

- ・地域高齢者支援センターは、当月の20日までに、サービス利用票、サービス利用票別表を作成し、生活福祉課へ提出してください。(4月利用分は4月20日まで)
→利用票などは一連の請求事務のソフトの中で作るシステムになっている。
- ・生活福祉課が「生活保護法介護券」を発行し、訪問サービス事業者へ送付します。
- ・事業者は介護券をもとに国保連へ請求してください。(翌月10日まで)

<委託の場合>

- ・地域高齢者支援センターは、別紙「サービス利用票」を作成し、当月の20日までに、生活福祉課へ提出してください。
- ・委託業者は、本人負担分を1月分まとめて翌月に、生活福祉課へ請求してください（任意の請求用紙で可）。本人には請求しません。

5	サービスの併用
	(1) 総合事業の併用

要支援者・事業対象者が利用できるサービス事業の組合せは次のとおりです。

【印の意味】

- 組合せ可（包括単位のサービスの組合せ）
- 組合せ可（1回単位で複数事業所の組合せも可）
- × 組合せ不可

	予防訪問	訪問A	訪問B	訪問C	訪問D	予防通所	通所A	通所B	通所C
予防訪問		×	○	×	×	○	○	○	○
訪問A	×	●	○	×	×	○	○	○	○
訪問B	○	○		○	×	○	○	○	○
訪問C	×	×	○		×	○	○	○	○
訪問D	×	×	×	×		×	×	○	×
予防通所	○	○	○	○	×		×	○	×
通所A	○	○	○	○	×	×	●	○	×
通所B	○	○	○	○	○	○	○		○
通所C	○	○	○	○	×	×	×	○	

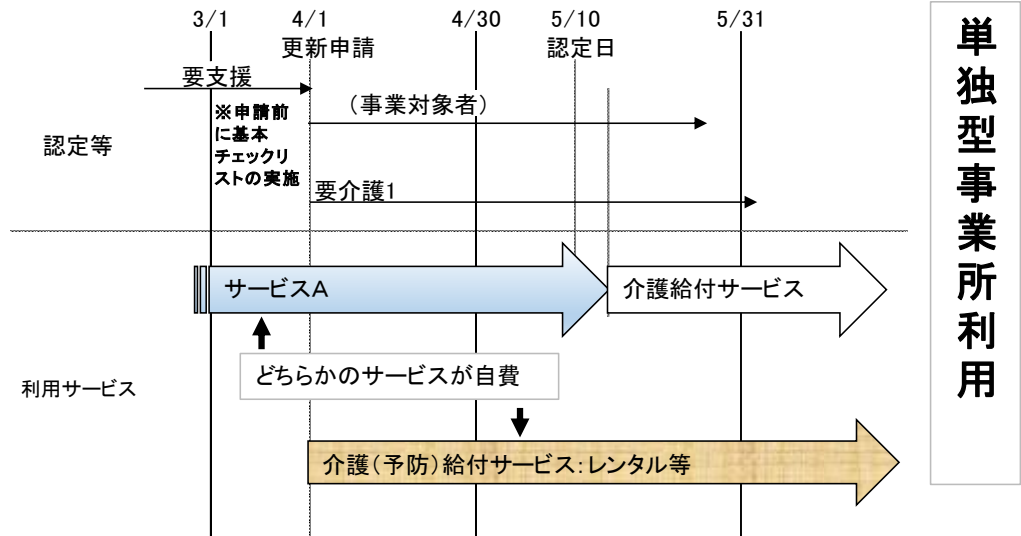
訪問型サービスDは通所型サービスBとのセット利用のみです。

また、一般介護予防事業は、どのサービス事業とも組合せできます。

(2) 給付サービスと総合事業の併用

要支援者が認定申請し、基準緩和型サービス(サービスA)と介護(予防)給付サービスを利用して場合

事例1) 単独型の事業所を利用した場合(認定ヘルパー利用)、サービスAまたは、介護(予防)給付サービスどちらかが自費となります。

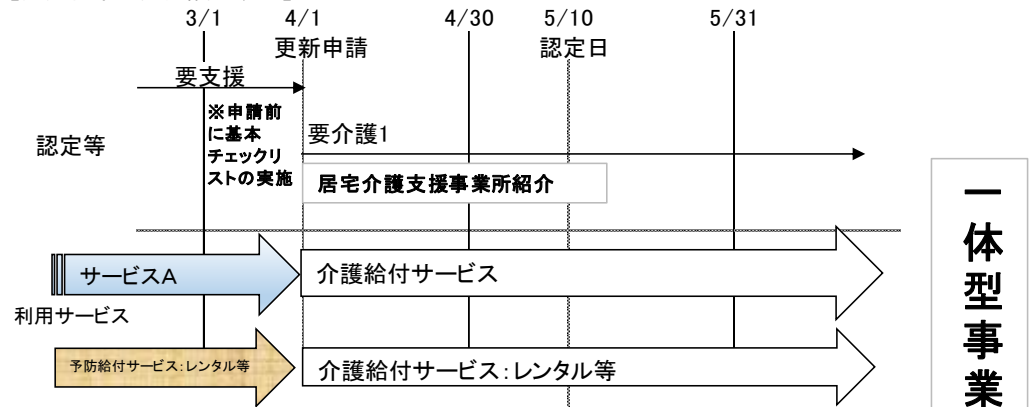


事例2) 一体型の事業所を利用した場合のサービスについて(認定ヘルパーを利用している場合やサービスごとに時間帯が異なる場合は不可)

- ・認定結果が要支援⇒サービスA
- ・認定結果が要介護⇒介護給付サービス

(ただし、どちらの結果が出ても良いように認定申請前に事前チェックリストの実施を行い、サービス利用前に居宅につなぐ必要があります。)

【認定結果が要介護の場合】



【認定結果が要支援の場合】

