

【檀原市総合事業】よくある質問

令和6年2月現在

分類	質問	回答
全般	1単位当たりの単価について、総合事業の地域区分の取扱いについてはどうなりますか。	総合事業の地域区分については、その事業所の所在地に関わらず、檀原市の地域区分の取扱いとなります。よって、訪問型サービスであれば10.21円、通所型サービスであれば10.14円となります。
全般	「檀原市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」の内容は、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業所へ情報提供されるのでしょうか。	請求の審査のために、地域包括支援センターへ情報提供します。
全般	運営規程に定めのある「その他の費用」を変更する場合の手続きはどうすればよいでしょうか。	その他の費用については運営規程等に定めることとされていることから、檀原市第一号事業所の指定等に関する規則（平成27年4月1日規則第28号）第5条第8号に基づき変更申請をしてください。
全般	同時に2ヶ所の事業所を併用することは可能でしょうか。	介護給付と同様に2ヶ所の事業所を併用することは可能です。
全般	サービス担当者会議をした際、プランに変更がなければ、出席者に配ったプランに「参加者一同の同意有り」と記入すれば、後日利用者印の入ったプランを配布しなおす必要はないと考えてよいでしょうか。	お見込みの通り。プランに変更がなければ、サービス担当者会議の際のもので差し支えありません。ただし、ケアプランの内容に変更が生じた場合は、速やかに配布しなおしてください。
全般	モニタリングの回数は、はじめから終了までの期間で1回でいいのですか。	モニタリングについてはサービスの提供の期間が終了するまでに、「少なくとも1回」としており、その利用者の状態の変化があった場合等、必要に応じて判断していただきたいです。なお、サービスの提供の期間とはケアプランに位置づけられたサービスの期間のことであり、総合事業対象者の有効期間ではないことに注意してください。
全般	評価表についてケアプランで半年評価、プランの見直しが必要とされていますが7ヶ月で利用が終わった場合に6ヶ月と1ヶ月の2枚必要でしょうか。	総合事業としては評価表は2枚作成してもらうことが望ましいです。
全般	住所地特例の方がサービスを利用する場合、サービス提供事業所が檀原市の指定を受ける必要はありますか。	住所地特例の被保険者に対するサービスに関しては、施設所在地の市町村が実施するサービスの提供を受けることになります。よって、檀原市ではなく施設所在地の市町村の指定を受ける必要があります。
全般	住所地特例の方の担当の地域包括支援センターは住んでおられる地域になるのでしょうか。	お見込みの通り。住所地特例の被保険者に対する介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントは、施設所在地の市町村の地域包括支援センターが担当することになります。
全般	住民票が檀原市のままで他市で生活されている方が、居住地自治体の総合事業を利用することはできますか。	総合事業は地域支援事業のため、居住地自治体のサービスを受けることになります。居住地自治体に住民票を移してください。DV等、住民票を移せない特段の事情がある場合は、ご相談ください。
全般	事業対象者の方が要支援になった場合、またその逆の場合に居宅の届出を提出する必要はありますか。	提出してください。
全般	給付制限がかかっている方は、介護予防ケアマネジメントに対しても給付制限がかかるのでしょうか。	総合事業は介護予防ケアマネジメントも含め給付制限はかかりません。

分類	質問	回答
全般	事業対象者が認定の申請をして、非該当になった場合、いつから非該当になりますか。	介護認定審査会により、非該当の認定結果が出た日から「非該当」となります。よって、事業対象者の有効期限はその前日です。例えば、事業対象者有効期間が前年5/1～4/30、介護認定申請日が3/15、介護認定審査会実施日が4/16の方の場合であれば、もし介護認定が該当となれば、有効期間は3/15～、非該当となれば、事業対象者の有効期間は～4/15となり、4/16以降は認定なしとなります。
全般	他市が保険者である住所地特例の事業対象者の方の保険証に有効期間等が入っていません。いつから有効で、一定期間後に再度チェックリストを行う必要はありますか。	事業対象者の有効期間の設定は市町村により異なります。今回の保険者である他市に確認したところ、事業対象者に期間設定をしていないとのことで、開始日は認定年月日とのことでした。ただし、住所地特例の事業対象者の方についても橿原市のルールでサービスを使うことになるので、1年後に再度チェックリストを受けていただく必要が有ります。
訪問	訪問型サービスで、月曜は生活援助、木曜は身体介護の様な利用は可能でしょうか。	適切な介護予防ケアマネジメントの結果、ケアプランに位置づけられたものであれば可能です。
訪問	訪問型サービスで、買い物同行は可能でしょうか。	日用品の買い物を自分で行うことにより、運動器の機能向上、閉じこもり予防、認知症予防に資すると判断される場合に限り可能です。公共交通機関等の移動に関する費用については全てが利用者負担です。利用に関しては、まず、地域包括支援センターにご相談ください。
訪問	ホームページに掲載されている「訪問型サービス従事者等研修基準（生活援助に限る）」における研修修了の確認はどのように取られるのですか。また、「教える人」の資格は何かありますか。	研修を受講した者は、その研修内容をレポートにまとめて各事業所で保管してください。レポートの内容は簡単なものでかまいませんが、カリキュラムも含めて確認いたします。また、「教える人」については、研修の内容を勘案し適切な者であれば資格は問いません。
訪問	生活援助は総合45分ということですが、それ以上を希望された場合、保険外のサービスに切り替えることはできますか。	45分というのは算定基準の下限を示したものであり、45分以上となった場合についても、訪問型サービスとしてケアプランに位置づけられた範囲であれば、時間数が45分以上となることをもって実費対応とすることはできません。ただし、訪問型サービスとして位置づけられた範囲を超えて行われるものについて、実費対応とすることを妨げるものではありません。
訪問	生活援助について、週3回の利用は可能でしょうか。	ケアマネジャーが利用者の心身の状況、その置かれている環境等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えています。ご質問の利用者については事前に地域包括支援センターと相談してください。地域包括支援センターからの相談により個別に判断いたします。なお、要支援1の利用者の場合、週3回は算定できません。
訪問	訪問型Cの利用に回数制限はありますか。	利用回数に制限はありません。ただし、訪問型Cおよび通所型Cは事前に市担当課および地域包括支援センターによる判定会議が必要です。
通所	4時間以上の通所型サービスAで指定を受けた場合、入浴は対応してよいでしょうか。	4時間以上の通所型サービスAであっても入浴の対応は可能です。
通所	4時間以上の指定の場合、4時間以上何時間までなのでしょう。また、4時間未満の場合は何時間から4時間未満なのでしょう。	4時間以上については通常6時間から8時間を想定しています。また、4時間未満について、下限は通常3時間を想定しています。利用者の身心の状態や、ケアプランでの位置付け等によっては2時間程度といった利用も想定できます。
通所	4時間は半日デイ、一日デイのどちらになるのでしょうか。	一日のデイは基本的に6～8時間を想定しており、特段の事情がある場合は例外的に4～5時間も認められます。なお、一日デイとしての4時間はあくまで例外であり、機械的にプランに組み込むのが常態化するのとは望ましくありません。

分類	質問	回答
通所	例えば、10人定員のデイサービスだとして、午前・午後（4時間未満利用）の延べ人数が定員を超えたとしても、提供時間内が定員を超えていなければ算定してよいでしょうか。	お見込みの通り。ただし、県の指定と一体的に実施する場合、総合事業の利用者も県の指定の利用者数に含まれますので、県に確認してください。
通所	送迎について、通所型サービスCには送迎に関して減算がありませんが、通所型サービスAには送迎の減算はありますか。	通所型サービスAにおいても送迎の減算は考えておりません。
通所	総合事業の定員は介護給付の定員に含まれますか。	定員の考え方について、原則は介護給付と総合事業は別と考えます。ただし、同一時間内の同一場所で一体的に提供される場合については介護給付の定員に含まれます。詳しくは県に確認してください。
通所	榎原市第一号事業の人員、設備及び運営並びに第一号事業に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱（平成27年12月14日告示第285号）第37条（人員に関する基準）において、看護職員がサービスを提供するのに必要と認められる数とありますが、どういう意味でしょうか。	国の基準に準じますので、安全に運営できるようであれば看護職員を配置する必要はありません。ただし、看護師等との連携体制をとってもらい、安心・安全に事業を運営できるようにしていただくことが望ましいです。
通所	通所型Cには「リハビリテーション職員配置加算」などの加算はないのですか。	通所型サービスCに関しては、「リハビリテーション職員配置加算」や「運動器機能向上加算」を含め、加算を設定しておりません。
通所	別途利用者負担として、送迎に係る費用を徴収してよいでしょうか。	送迎代という名目をもって、別途利用者負担を徴収することは出来ません。
通所	別途利用者負担として、入浴に係る費用を徴収してよいでしょうか。	入浴代という名目をもって、別途利用者負担を徴収することは出来ません。
通所	4時間以上の通所型サービスAと4時間未満の通所型サービスAの併用は可能でしょうか。	適切な介護予防ケアマネジメントの結果、ケアプランに位置づけられたものであれば可能です。
通所	レク中心の4時間未満の通所型サービスAと入浴中心の4時間未満の通所型サービスAの併用は可能か。	適切な介護予防ケアマネジメントの結果、ケアプランに位置づけられたものであれば可能です。
通所	総合事業において、体調不良その他の理由により通所型サービスAを休まれた場合に違う曜日に振替を行うことは可能でしょうか。	休みの分の振替を行うことが妥当である場合に限り認められます。妥当性の判断についてはサービス提供事業所とケアマネジャーが適切に連携を行うことが望ましいです。なお、振替が妥当となる場合は、体調不良等により休みとなった分について振替を行うことで利用者の状態悪化を防ぐことが期待されるなどの介護予防に資する場合は考えられます。ただし、振替えることによってケアプランに位置付けられた頻度を超える週が発生した場合においては、当初位置付けられた単位数で請求を行ってください。
通所	デイサービス利用中の施術や医療機関受診、買い物は可能でしょうか。	実費サービス等を除いたデイサービスの利用時間がケアプランの通り適切に提供されている必要があります。
通所	週1回デイを利用している方が急遽キャンセルとなりました。デイの利用は必要なので、翌週に振り替えてもよいでしょうか。	ケアマネジャーが必要と判断するのであれば、振り替えてください。ただし、振り替えた週が2回となった場合も請求は週1回で上げてください。
通所	運動器機能向上訓練計画等に関する質問です。運動器機能向上加算や口腔機能向上加算は現行の基準に準ずるのであれば、加算をつける場合には各加算に応じた訓練計画書の作成が現行と同様に必要ということでよいでしょうか。	お見込みの通り。
通所	運動器機能向上加算を算定する場合、個別計画の指定様式はありますか。また、体力測定の数値などの記録は必須ですか。	個別計画について、市が指定する様式や必須項目はありません。算定において、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること、進捗状況を定期的に評価していることが要件となりますので、事業所の判断で必要な内容を記録してください。

分類	質問	回答
通所	運動器機能向上加算について、専門職が毎回サービス提供する必要はありますか。	専門職は計画や評価に関わることになっていますが、毎回サービスを提供する必要はありません。ただし、一度も本人の状態を確認していない場合は不可とします。
通所	運動器機能向上加算を算定するには、機能訓練指導員を何時間配置しないとイケませんか。	総合事業に関しては、評価等ができるように訓練の時間帯はなるべく機能訓練指導員を配置していただきたいとお伝えしています。
通所	事業所が本人の同意を得て口腔機能向上加算を算定していますが、ケアマネジャーとしては加算は必要ないと判断しており、プランには反映されていません。このような場合でも加算は算定できるのでしょうか。	サービスの実施に際しては、個別にアセスメントを実施した結果、課題がある方に対し個別で計画を作成し、経過を記録していく必要があります。また、加算を算定するためには、プランへの記載、サービス担当者会議（少なくとも担当者間での情報共有をした記録）、本人署名が必要です。
請求	入浴介助として身体介護型を算定している場合であって、訪問時に利用者の体調が悪く、入浴を行わなかった場合に、身体介護型を算定することは可能でしょうか。	実際に入浴介助を行っていない場合は算定することはできません。ただし、入浴に代わり清拭を行う等、身体介護を行っているのであれば身体介護型を算定することは可能です。ただし、ケアマネジャーにその旨の報告をする必要があります。
請求	どのような場合に初回加算（訪問型サービス）を算定できますか。	利用者が過去2月間に、当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定できます。算定にはサービス提供責任者がサービスを提供又は同行している必要がありますので、その内容を経過記録等に記録してください。また、同一月内で複数の事業所が算定することも可能です。
請求	初回加算（訪問型サービス）について、サービス責任者が行った・同行したとの記録を、どこに記載すればよいですか。	記録の確認が可能であるならば、様式は問いません。
請求	支援が一度中止となった利用者が、その数ヶ月後、再び利用するとなった場合、初回加算（訪問型サービス）を算定することは可能でしょうか。	初回加算は、利用者が過去2月間に、当該第一号訪問事業所によるサービスの提供を受けていない場合に算定可能です。
請求	介護予防ケアマネジメントA・Bにおいて、初回加算と委託連携加算を同時に算定することは可能でしょうか。	要件を満たしているのであれば、同時に算定することは可能です。考え方は予防給付に従います。
請求	4時間以上で指定を受けた場合、4時間未満で入浴して帰った場合の単位数はどうなりますか。	通所型サービスAの指定に関しては、4時間以上と4時間未満とで指定区分を分けておりません。ご質問の例の場合、4時間未満の単位+半日入浴加算の単位となります。なお、当日の利用者の身心の状態から、実際の提供時間が計画上の予定時間よりもやむを得ず短くなった場合には計画上の単位数を算定して差し支えありませんが、大きく短縮した場合には実際の提供時間に応じた単位数を算定してください。
請求	コロナにより、途中で1日利用を半日利用に変更することになり、プランを変更しました。この月はどのように請求すればよいでしょうか。	通所型・全日×利用回数+通所型・半日×利用回数（入浴している場合は、半日入浴加算を追加してください。）コロナ以外の場合も同様です。
請求	週1回程度又は週2回程度の考え方について、例えば、週1回の半日型の通所型サービスと全日型の通所型サービスと利用した場合は、それぞれ週1回程度の通所型サービスを算定することとなるのでしょうか。	週の利用頻度については、利用者を基準に訪問型サービス又は通所型サービスを何回使っているかを考えます。質問の例によれば、利用者は通所型サービスを週2回使っていることになるため、通所型・半日・週2コード×利用回数と通所型・全日・週2コード×利用回数を算定することとなります。なお、訪問型サービスについても生活援助と身体介護を各週1回使う場合は、生活援助型×利用回数と身体介護型・週2コード×利用回数をそれぞれ算定します。

分類	質問	回答
請求	通所型サービス（全日）を週2回、訪問型サービス（生活援助）を週1回利用していた方が、コロナでデイが休業になった際に、デイ利用分を、清潔の保持を目的に訪問型サービス（身体介護）週2回利用にプランを変更しました。この月はどのように請求すればよいでしょうか。	<p>請求は下記の通りお願いします。</p> <p>【通所型サービス】 全日・週2コード×利用回数+処遇・週2コード</p> <p>【訪問型サービス】</p> <p>◎デイの利用がある期間 →生活援助型×利用回数</p> <p>◎プラン変更後</p> <p><生活援助と身体介護の事業所が同じ場合> →生活援助型×利用回数+身体介護型・週3コード×利用回数+処遇・週3コード</p> <p><生活援助と身体介護の事業所が違う場合></p> <p>生活援助の事業所 →生活援助型×利用回数+処遇・週1コード</p> <p>身体介護の事業所 →身体介護型・週3コード×利用回数+処遇・週2コード</p> <p>※介護職員処遇改善加算に関して、途中で回数の変更があった場合には、高い方の区分で請求してください。上記の考え方については、コロナ以外の場合も同様です。</p>
請求	途中で事業所を変更した場合、月額に加算はどちらの事業所で算定しますか。	加算を算定する基準を満たしていれば、両事業所とも算定できます。
請求	途中で要支援から要介護になった場合、同一事業所で要支援と要介護の両方で口腔機能向上加算を算定できますか。	要支援と要介護のそれぞれで異なる個別計画が策定されており、プランにも必要性の記載があれば算定することは可能です。
請求	区変で途中で要介護になった場合、介護職員処遇改善加算とベースアップ加算はどのように算定したらよいでしょうか。	支援のサービスのうちは月額加算、介護のサービスは回数に対して割合を掛けて算定してください。
請求	市内の利用者が、市外の住所地特例施設に途中で入所した場合、その月の請求はどちらのケアマネジャーが行えばよいでしょうか。	月末のケアマネジャーが請求を上げてください。
請求	事業対象者が途中で要介護となった場合、その月の請求はどちらのケアマネジャーが行えばよいでしょうか。	月末のケアマネジャーが請求を上げてください。要介護の場合は委託連携加算を算定できません。
請求	途中で利用回数を週1回から週2回に変更した場合、どのように請求すればよいでしょうか。	プラン変更前までは週1回、変更後は週2回のコード、介護職員処遇改善加算は週2回コードで請求してください。
請求	コロナの陽性者が出たことにより、急遽午前中でデイサービスを閉めることになりました。この日の請求はどのようにすればよいでしょうか。	突発的に短時間のサービスになった場合は、プラン通りの報酬区分で算定してください。その後、継続的に短時間でサービスを提供する場合は、利用者の同意・プランの変更をしてください。コロナが理由の場合は、利用者の状態が変わったわけではないので、サービス担当者会議は不要としても差し支えありません。
請求	半日デイの利用者が途中で体調不良のため救急搬送となり、結果2時間45分の利用となりましたが、半日で請求してもよいでしょうか。	記録にその旨記載のうえ、請求することは可能です。

分類	質問	回答
請求	週2回利用の方が体調不良などでキャンセルとなり、週1回になった週があります。どのように請求すればよいでしょうか。	基本的には、プランに記載されている回数のコードで請求してください。 ただし、プランと異なる利用回数の週しかない月は、実績に基づいた回数で請求してください。
請求	選択的サービス複数実施加算の算定について、週2回デイサービスを利用している方が週2回のうち1回休んだ場合、算定は可能でしょうか。	週1回どちらかのサービスを実施しており、どちらかのサービスを月2回以上実施している場合は算定可能です。
請求	プランは通所型サービスと生活援助・定額ですが、通所型サービスをキャンセルされ、生活援助・定額のみ利用となりました。ケアマネジメントAとBどちらで請求すればよいでしょうか。	ケアマネジメントAの要件を満たしているのであれば、ケアマネジメントAで請求してください。ただし、同じ状況が2月以上続くのであれば、モニタリングに基づくプラン変更が必要です。
請求	サービスコード表が取り込めません。	サービスコードのCSVファイルについては、市の介護保険システムで移出しているものです。各事業所で使用されているシステムによってはCSVファイルのレイアウト等が異なることが想定されます。システムの対応は各事業所で使用されているシステムの会社に連絡してください。
請求	事業所で過誤があった場合、ケアマネジャーはどうすればよいでしょうか。	負担割合の誤りであれば、給付管理票の総単位数は変わらないため、事業所が正しく再請求するのみです。請求漏れなどで総単位数が変わる場合は、ケアマネジャーに給付管理票を作り直してもらう必要がありますが、ケアマネジメントの過誤は必要はありません。
請求	訪問Cの請求が返戻になりました。どうしたらよいですか。	過去に「上限管理外」で上げるべきところを「上限管理内」で上げていたために請求が通らなかった事例があります。「上限管理外」で請求しても返戻になっている場合は、国保連合会に直接お問い合わせください。