



介護予防・日常生活支援総合事業への移行について

平成28年1月19日
住民福祉部長寿介護課

◇はじめに

総合事業とは「全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を、市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化」することをいいます。

田原本町では、平成 28 年 2 月より総合事業に移行することになりました。

移行当初は、現行の訪問・通所介護と同一の基準（指定・報酬・加算等）現行の訪問介護・通所介護相当サービス（みなし）の実施となります。

◇移行の背景

田原本町の総人口は平成 27 年 4 月現在、32,567 人であり、65 歳人口は 9,121 人で高齢化率は 28.0%です。平成 37 年には、総人口 32,098 人、65 歳以上人口は 9,764 人で、高齢化率 30.4%になると予測されます。また、単身世帯や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が増加することが見込まれます。

三菱UFJリサーチ&コンサルティングの研修資料より

人口減少社会、担い手不足の中で、増大する地域のニーズに応える方法として…

- ①活動的生活の継続による介護予防の強化
- ②専門職以外の生活支援の担い手の確保

総合事業におけるサービスの全体戦略について、基本方針が固まるまでは各サービス類型を拙速に設定せず、まずはみなし指定のみで移行するのが望ましい。

◇総合事業指定事業者の決定

平成 27 年 4 月 1 日時点で、全国の事業所が総合事業の「みなし指定事業所」となっていますので、手続きは不要です。平成 27 年 4 月 1 日以降に新規指定となった事業所は、みなし指定となりませんので、田原本町の指定申請が必要となります。

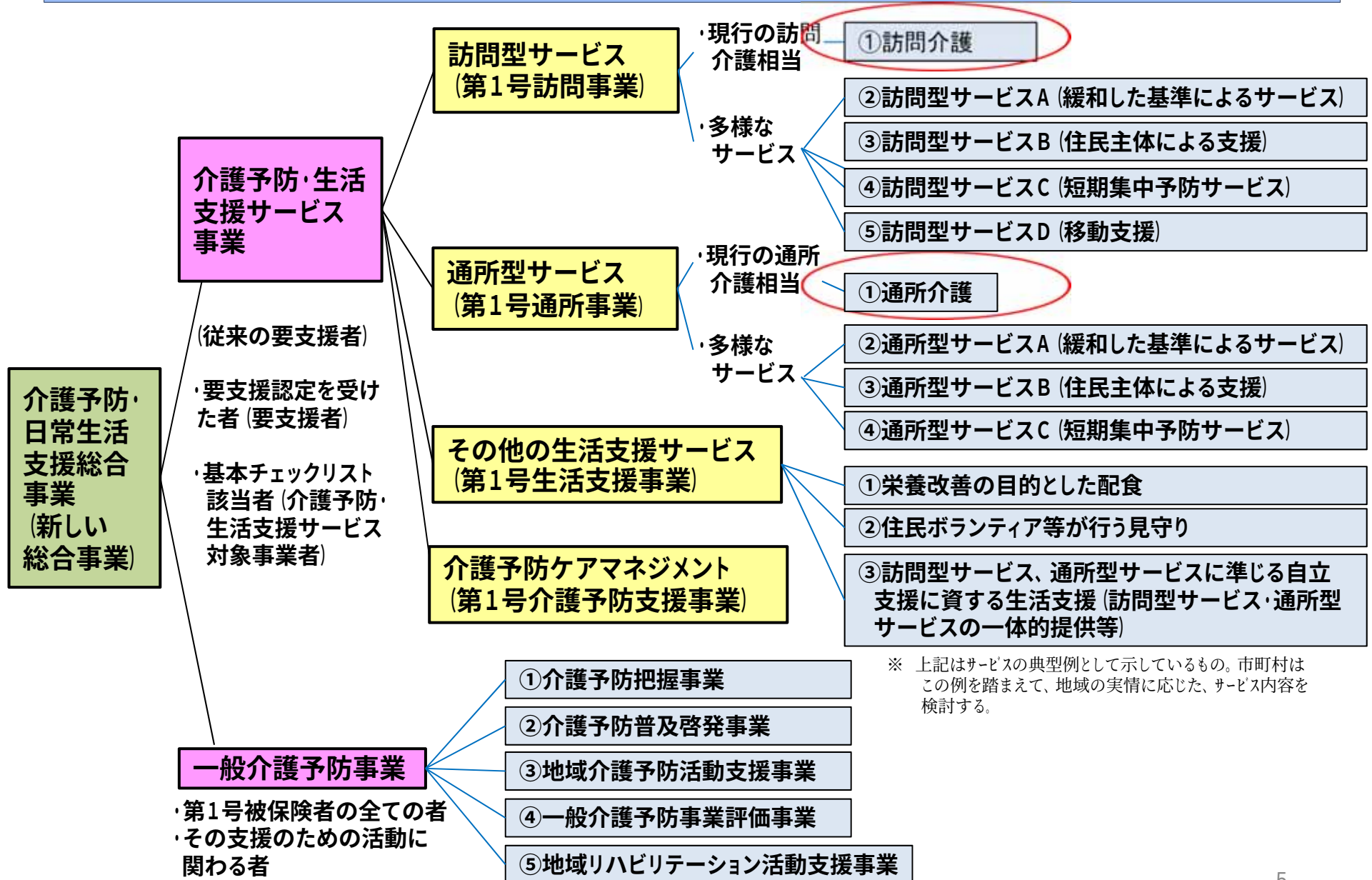
みなし指定の有効期間【平成 27 年 4 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日】

平成 30 年 3 月 31 日以降は田原本町の指定の更新が必要になります。（更新は 6 年毎）

現行の介護サービス（みなしとは）

- ・サービスの基準（人員、設備、運営）は国が省令で定めた基準（現行の基準と同様）
単価は訪問介護、通所介護とも算定単位が 1 月あたりの包括単位とします。
また、加算についても現行と同様です。
- ・「認知症対応型通所介護」「小規模多機能型」の訪問、通所は移行しません。

介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成



◇サービス提供・支給限度額

- ・みなし事業の対象者は要支援認定者です。基本チェックリスト該当者は多様なサービス（基準緩和）の利用となります。
- ・40～64歳までの第2号被保険者の方が総合事業を利用する場合は必ず要支援認定が必要になります。
- ・利用限度額について、要支援認定の方が総合事業を利用する場合は、現在、適用され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管理します。利用者負担の割合は、予防給付と同様、1割負担（一定以上所得者は2割）となります。

●予防給付を併用する場合（予防給付と総合事業を一体的に管理）

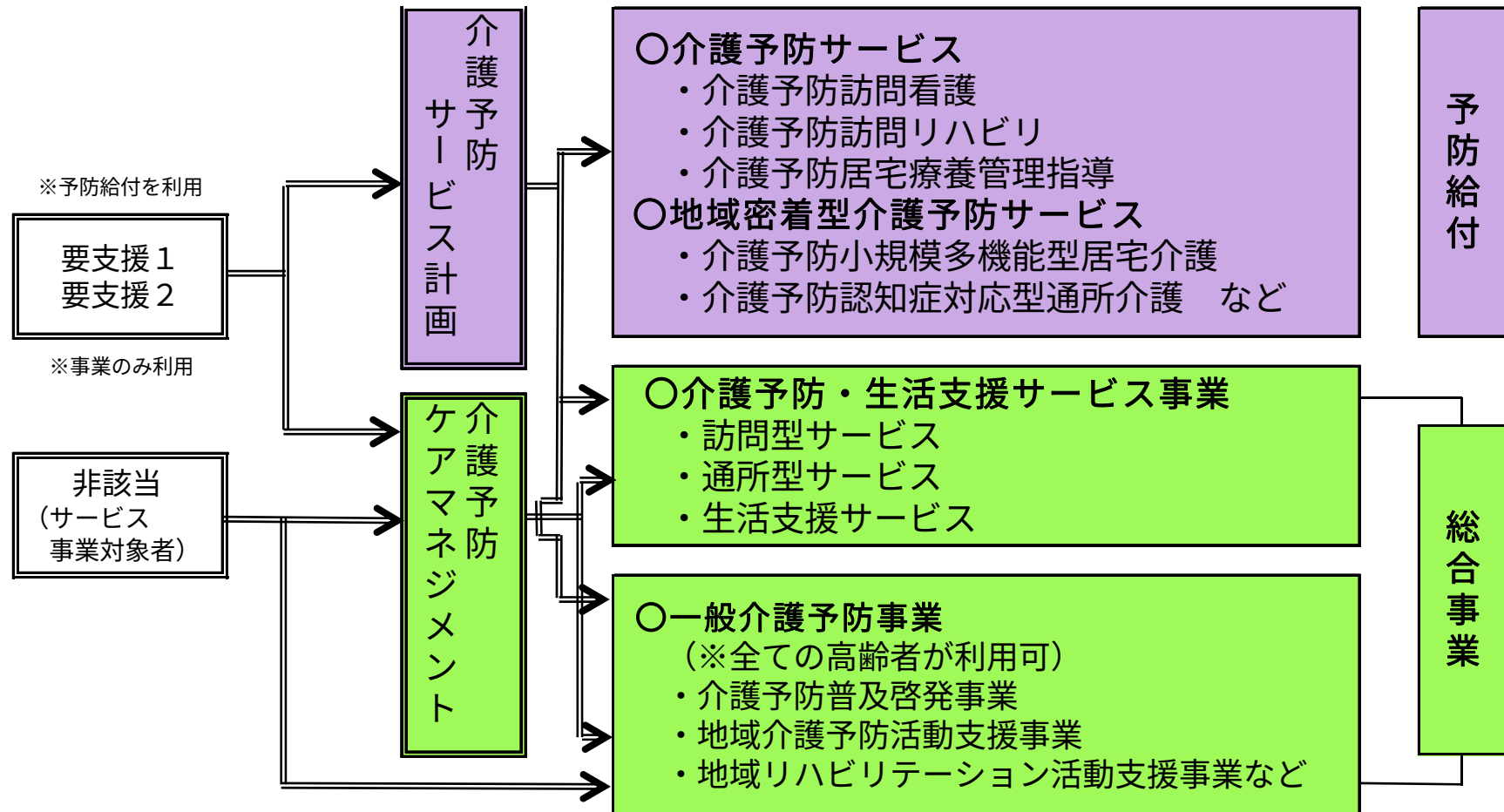
$$\boxed{\text{予防給付}} + \boxed{\text{総合事業}} \leq \text{区分支給限度額}$$

●総合事業のみ利用の場合

予防給付の要支援1（5,003）単位/月の限度額とする。

- ・事業対象者（基本チェックリスト該当者）の場合も予防給付の要支援1の支給限度額になる予定

介護サービスの利用の手続き



◇介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防ケアマネジメントは利用者の状態や基本チェックリストの結果や本人の希望するサービスなどを踏まえて、3 パターンがあります。

①原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

主に、訪問型・通所型サービスにおいて指定事業所のサービスを利用するケースや、訪問型C、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用するケース。今の介護予防支援に相当するもの。

②簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

①や③以外。サービス担当者会議やモニタリングを、適宜、省略することができる。

③初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントの結果、主に補助に相当するようなサービスや配食などのその他の生活支援サービス、又は、一般介護予防事業につなげるケース。基本的に利用開始時のみ

介護予防支援は指定事業者制度に基づき、国保連を通じて報酬が支払われるが、介護予防マネジメントは、市町村から直接委託料が支払われるものである

	(○:実施 △:必要に応じて実施 -:不要)		
	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

現行の様式

- ①予防給付を併用する方の分
- ②総合事業移行前の方の請求分

訪問型サービス・通所型サービスのみの利用の方の分

現行予防給付を併用する方 総合事業移行前の方の請求分 訪問型サービス・通所型サービスのみの利用の方

いずれも使用可

介護予防サービス計画作成委託料請求書

平成 年 月 日

田原本町社会福祉協議会
会 長 竹村 良樹 殿

法人名 _____

代表者 _____ 印

住 所 _____

事業所名 _____

管 理 者 _____

住 所 _____

事業所番号 _____

「介護予防サービス計画作成委託契約書」に基づき、別紙1の平成 年 月分委託料を下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

介護予防ケアマネジメント事業委託料請求書

平成 年 月 日

田原本町社会福祉協議会
会 長 竹村 良樹 殿

法人名 _____

代表者 _____ 印

住 所 _____

事業所名 _____

管 理 者 _____

住 所 _____

事業所番号 _____

「介護予防サービス計画作成委託契約書」に基づき、別紙1の平成 年 月分委託料を下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

別紙1

委託料請求兼明細書

平成 年 月の請求分は次のとおりです。

日

事業所名

事業所番号

	被保険者番号	氏名	初回・2回目以降・その他	金額	備考(区分変更・翌月請求等)
1			初回・2回目以降・その他		
2			初回・2回目以降・その他		
3			初回・2回目以降・その他		
4			初回・2回目以降・その他		
5			初回・2回目以降・その他		
6			初回・2回目以降・その他		
7			初回・2回目以降・その他		
8			初回・2回目以降・その他		
9			初回・2回目以降・その他		
10			初回・2回目以降・その他		
11			初回・2回目以降・その他		
12			初回・2回目以降・その他		
13			初回・2回目以降・その他		
14			初回・2回目以降・その他		
15			初回・2回目以降・その他		
16			初回・2回目以降・その他		
17			初回・2回目以降・その他		
18			初回・2回目以降・その他		
19			初回・2回目以降・その他		
20			初回・2回目以降・その他		
小計	初回作成分	名×6,707円			円
	2回目以降分	名×3,951円			円
	その他	名			円
合 計		名			円

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					
A1	1111	訪問型サービスⅠ	イ 訪問型サービス費(みなし) (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	1113	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責任者を配置している場合×70%	818	
A1	1114	訪問型サービスⅠ・同一				
A1	1115	訪問型サービスⅠ・初任・同一		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 ×90%	1,051	
A1	2111	訪問型サービスⅠ日割		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 ×70%	736	1日につき
A1	2113	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責任者を配置している場合×70%	38	
A1	2114	訪問型サービスⅠ日割・同一			27	
A1	2115	訪問型サービスⅠ日割・初任・同一		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 ×90%	34	
A1	1211	訪問型サービスⅡ	ロ 訪問型サービス費(みなし) (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	1213	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責任者を配置している場合×70%	1,635	
A1	1214	訪問型サービスⅡ・同一				
A1	1215	訪問型サービスⅡ・初任・同一		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 ×90%	2,102	
A1	2211	訪問型サービスⅡ日割		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×70%	1,472	1日につき
A1	2213	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責任者を配置している場合×70%	77	
A1	2214	訪問型サービスⅡ日割・同一			54	
A1	2215	訪問型サービスⅡ日割・初任・同一		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 ×90%	69	
A1	1321	訪問型サービスⅢ	ハ 訪問型サービス費(みなし) (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	1323	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責任者を配置している場合×70%	2,593	
A1	1324	訪問型サービスⅢ・同一				
A1	1325	訪問型サービスⅢ・初任・同一		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 ×90%	3,334	
A1	2321	訪問型サービスⅢ日割		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×70%	2,334	1日につき
A1	2323	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責任者を配置している場合×70%	122	
A1	2324	訪問型サービスⅢ日割・同一			85	
A1	2325	訪問型サービスⅢ日割・初任・同一		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 ×90%	110	
A1	8000	訪問型サービス特別地域加算	特別地域加算			1月につき
A1	8001	訪問型サービス特別地域加算日割	中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位数の 15%加算	1日につき
A1	8100	訪問型サービス小規模事業所加算			所定単位数の 10%加算	1月につき
A1	8101	訪問型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
A1	8110	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	8111	訪問型サービス中山間地域等提供加算日割			所定単位数の 5%加算	1日につき
A1	4001	訪問型サービス初回加算	チ 初回加算		200単位加算	1月につき
A1	4002	訪問型サービス生活機能向上加算	リ 生活機能向上連携加算		100単位加算	
A1	6270	訪問型サービス処遇改善加算Ⅰ	ヌ 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86/1000 加算	
A1	6271	訪問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48/1000 加算	
A1	6273	訪問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	
A1	6275	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	

田原本町通所型サービス(みなし) サービスコード表									
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								
A5	1111	通所型サービス1	イ 通所型サービス費(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Ⅰ1	ヘ 選択的サ ビス複数実 施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)		運動器機能向上及び栄養改善	480単位加算	480	
A5	5007	通所型複数サービス実施加算Ⅰ2				運動器機能向上及び口腔機能向上	480単位加算	480	
A5	5008	通所型複数サービス実施加算Ⅰ3				栄養改善及び口腔機能向上	480単位加算	480	
A5	5009	通所型複数サービス実施加算Ⅱ		(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)		運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	700単位加算	700	
A5	5005	通所型サービス事業所評価加算	ト 事業所評価加算				120単位加算	120	
A5	6107	通所型サービス提供体制強化加算Ⅰ11	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	72単位加算	72		
A5	6108	通所型サービス提供体制強化加算Ⅰ12			事業対象者・要支援2	144単位加算	144		
A5	6101	通所型サービス提供体制強化加算Ⅰ21		(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)ロ	事業対象者・要支援1	48単位加算	48		
A5	6102	通所型サービス提供体制強化加算Ⅰ22			事業対象者・要支援2	96単位加算	96		
A5	6103	通所型サービス提供体制強化加算Ⅱ1		(1) サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)ハ	事業対象者・要支援1	24単位加算	24		
A5	6104	通所型サービス提供体制強化加算Ⅱ2			事業対象者・要支援2	48単位加算	48		
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		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								
A5	8001	通所型サービス1・定超	イ 通所型サービス費(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		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								
A5	9001	通所型サービス1・人欠	イ 通所型サービス費(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	

田原本町介護予防ケアマネジメントサービスコード表											
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										
A F	2111	介護予防ケアマネジメント	イ 介護予防ケアマネジメント費		要支援1・2	430単位	430	1月につき			
A F	4001	介護予防ケア初回加算	ロ 初回加算			300単位	300				
A F	6131	介護予防ケア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	300				

現行の様式

介護予防サービス計画作成依頼 (変更) 届出書														
														区 分
														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					男・女				
					年 月 日									
介護予防サービス計画作成依頼 (変更) する介護予防支援事業者														
介護予防支援事業所名					介護予防支援事業所の所在地					〒 636-0247				
田原本町地域包括支援センター					田原本町阪手336-1					電話番号 0744 (34) -2104				
介護予防支援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を受託する場合のみ記入してください。														
居宅介護支援事業所名					居宅介護支援事業所の所在地					〒				
					電話番号 ()									
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等														
※変更する場合のみ記入してください。														
変更年月日 (平成 年 月 日付)														
田 原 本 町 長 様														
上記の介護予防支援事業所に介護予防サービス計画作成依頼をすることを届け出します。														
平成 年 月 日														
住 所 奈良県磯城郡田原本町														
被保険者					電話番号 ()									
氏 名					◎									
保険者確認欄 ☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所番号														
2 9 0 2 0 0 0 0 2 1														
田原本町役場長寿介護課へ提出して下さい。														
2 介護予防サービス計画作成依頼する介護予防支援事業所又は介護支援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、必ず田原本町役場長寿介護課に届け出て下さい。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。														
お問い合わせ先 田原本町役場 長寿介護課														
電話 (0744) 34-2101(直通)														
電話 (0744) 32-2901(代表)														

介護予防・日常生活支援総合事業用

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

保 険 者 氏 名										被 保 険 者 番 号									
フリガナ																			
										生 年 月 日					性 別				
										大・昭					男・女				
										年 月 日									
介護予防サービス計画作成依頼 (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依頼 (変更) する地域包括支援センター																			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名										介護予防事業所の所在地 〒 地域包括支援センターの所在地									
										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。																			
居宅介護支援事業名										居宅介護支援事業所の所在地 〒									
										電話番号 ()									
介護予防支援事業所もしくは、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																			
※変更する場合のみ記入してください。																			
変更年月日 (平成 年 月 日付)																			
田原本町長 様																			
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作成または、介護予防ケアマネジメントを依頼することを届出します。																			
平成 年 月 日																			
住所																			
被保険者										電話番号 ()									
氏 名																			
確認欄 ☐ 被保険者証資格 ☐ 届出の重複 ☐ 介護予防支援事業者事業所 (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、速やかに田原本町へ提出してください。
2. 介護予防サービス計画作成もしくは、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 (地域包括支援センター) または介護予防支援も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、必ず田原本町へ届け出て下さい。
- 届け出でない場合、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. 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所の市町村の窓口へ提出してください。

総合事業開始後の認定有効期間

申請区分等		現行		改正案	
		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援→今回要介護	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要支援	6か月	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要介護	12か月	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

厚生労働省の参考資料・様式について