

介護予防・日常生活支援総合事業における

介護予防ケアマネジメントマニュアル Q&A

令和7年12月

四日市市

I. 介護予防・日常生活支援総合事業について

1 総合事業の対象者について

(1) 事業対象者について

① 基本チェックリストの実施について

- Q1 基本チェックリストの聞き取り場所と聞き取り相手について 6
- Q2 要介護認定の更新申請と基本チェックリストの同時申請について 6
- Q3 事業対象者の転入者に対する基本チェックリストの実施について 6

② 事業対象者 1・2 への移行について

- Q4 事業対象者の新規認定申請の取り扱いについて 7
- Q5 要介護認定の更新申請と基本チェックリストの同時申請について 7
- Q6 事業対象者の新規要介護認定申請の取り扱いについて 7
- Q7 事業対象者 1・2 が新規要介護認定申請非該当になった場合の取り扱い 7

2 訪問型・通所型サービスについて

(1) 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

- Q8 相当サービスか基準緩和サービスかの選択 8

(2) 基準緩和訪問型サービス A・基準緩和通所型サービス A

① 基準緩和訪問型サービス A

- Q9 同一世帯の複数人の訪問型サービス A 利用について 8
- Q10 訪問型サービス A と住宅改修の先行利用について 8

② 基準緩和通所型サービス A

- Q11 基準緩和サービス A の実費利用について 10

(3) 住民主体訪問型サービス B・住民主体通所型サービス B

- Q12 団体登録申請と生活支援体制づくりの同時申請について 11
- Q13 訪問型サービスでの服薬支援について 11
- Q14 サービス B 利用者が予防給付を利用した場合の担当者会議について 11
- Q15 同居家族が居る利用者に対するサービスの実施について 11

(4) 短期集中予防訪問型サービス C・短期集中予防通所型サービス C

3 サービス A およびサービス B の対象者弾力化について

(1) 四日市市の運用について

Q16 四日市市の対象者の弾力化についての運用	12
Q17 継続利用要介護者のサービス利用可否の判断について	12
Q18 サービス A およびサービス B と介護給付との併用	12
Q19 継続的利用の期間について	12

(2) サービス A やサービス B を利用する要介護者のケアマネジメントについて

Q20 サービス A やサービス B を利用している要介護者のケアマネジメント	13
Q21 サービス A やサービス B のみを利用している要介護者のケアマネジメント	13
Q22 要介護者の新規利用について	13
Q23 対象者弾力化の運用開始前に利用をお断りした要介護者の扱いについて	13

Ⅱ. 介護予防ケアマネジメントについて

1 ケアマネジメントの類型について

(1) ケアマネジメントの基本方針

Q24 ケアマネジメント C の運用について	14
Q25 介護予防ケアマネジメントと居宅介護支援費の逓減制について	14
Q26 事業対象者が新規認定申請した場合の暫定プランについて	14
Q27 重要事項説明書等への押印省略について	15
Q28 要支援者が総合事業と福祉用具等を併用する場合	15

(2) ケアマネジメント費の請求について

Q29 相当サービスと居宅療養を併用している場合のケアマネジメント請求	15
Q30 基準緩和型と居宅療養を併用している場合のケアマネジメント請求	15
Q31 サービス切り替え月のケアマネジメント請求について	16
Q32 プランを見直した場合のケアマネジメント C の取り扱い	16
Q33 月途中で CM 変更となった場合の介護報酬の取り扱いについて	16

2 ケアマネジメントの初回加算について

Q34 併用から単独利用になった際のケアマネジメント初回加算の請求	17
Q35 2 回目以降のケアマネジメント C 請求時の初回加算について	17
Q36 サービスの利用を再開した場合の初回加算の算定について	17
Q37 ケアマネジメントの初回加算と国保連請求時の初回加算	18
Q38 委託を受けていた居宅が指定介護予防支援事業所として	

ケアマネジメントをおこなう場合	18
3 ケアマネジメント業務の委託について	
(1)ケアマネジメント業務の委託	
Q39 三者間の契約(利用者-包括、利用者-居宅)における流れについて	18
(2)委託連携加算について	
Q40 委託先の居宅介護支援事業所を変更した場合の取り扱い	19
Q41 委託元の地域包括支援センターが変わった場合の取り扱い	19
Q42 担当 CM が別の居宅介護支援事業所に移籍した場合	20
Q43 対象者が市外転出した場合の取り扱い	20
Q44 在宅介護支援センターと連携を行った場合	21
Q45 初期相談を居宅介護支援事業所が受けた場合	21
Q46 委託している対象者が認定変更になった際の取り扱い	21
Q47 委託契約解除となった対象者が再契約を行った場合の取り扱い	22
Q48 契約解除を行わずサービス解除を行った場合の取り扱い	22
Q49 予防支援から介護予防ケアマネジメントへの移行にかかる 加算対象について	23
Q50 前2月利用のないサービス B にかかる加算について	23
Q51 委託連携加算の再加算について(要介護認定の有効期間切れ)	23
(3)機能改善・社会参加促進加算の対象者について	
Q52 2クール目の利用者について	24
Q53 給付管理を伴わない予防給付について	24
Q54 2回目のサービス C 利用者について	24
Q55 サービス C 利用前後でサービス種類に変更がない場合について①	24
Q56 サービス C 利用前後でサービス種類に変更がない場合について②	25
Q57 社会参加活動について	25

Ⅲ. 介護予防・生活支援サービスの利用に係る留意事項

1 月途中でのサービス変更について

Q58 月途中でのサービス A から介護給付への切り替え	26
Q59 月途中でのサービス A から相当サービスへの切り替え	26

Q60 予防給付に切り替えた場合のケアマネジメント費の請求	26
-------------------------------	----

2 市外に所在のサービス事業所を利用する場合の取り扱いについて

Q61 住所地特例者の基準緩和型・住民主体型の利用	27
Q62 住所地特例者の相当サービスの利用	27
Q63 住所地特例者ではない対象者の基準緩和型・住民主体型の利用	27
Q64 住所地特例者ではない対象者の相当サービスの利用	28

3 住所地特例者に対する基本チェックリストの実施について

Q65 住所地特例者へのチェックリストの実施について	28
Q66 他市町村に住民票がある方に対する基本チェックリストの実施について	28
Q67 住所地特例者に対する総合事業の運用	29

IV. その他

Q68 四日市市内の転居により生じる包括支援センターの変更について	30
Q69 施設のお試し利用中の方に対するサービスの提供	30
Q70 介護保険料の滞納者の総合事業の利用	30
Q71 医療リハビリ利用者の介護認定取得について	31
Q72 医療でのリハビリと基準緩和型サービスとの併用について	31

I. 介護予防・日常生活支援総合事業について

1 総合事業の対象者について

(1) 事業対象者について

① 基本チェックリストの実施について

Q1 基本チェックリストの聞き取り場所と聞き取り相手について

基本チェックリストの聞き取りは、自宅で行うのか、事業所で行ってもよいのか。また、本人のみの聞き取りでよいのか、家族も含めて聞き取りを行う必要があるのか。

A1 基本チェックリストを実施する場所は問いませんが、必ず本人と面談の上で行う必要があります。また、家族等への聞き取りは必須ではありませんが、必要に応じて補完のために家族等の普段から本人をよく把握している人に聞き取りを行うことはあり得ます(原則は電話などでの聞き取りは不可。ただし、感染症等の影響等で本人が訪問ではなく、WEBでの面談を希望する場合は要相談)。

Q2 基本チェックリストと介護認定の同時申請について

基本チェックリストと要介護認定の同時申請を介護保険課に申告したら、事業対象者の登録を行い、総合事業を実施し、改善できないようであれば認定申請してほしいと言われた。同時申請を行うことはできないのか。

A2 原則は同時申請を行うことはできません。ただし、予防給付又は相当サービスを利用する必要がある場合、予防給付又は相当サービスを利用するまでに、早急にサービスA・B・Cで対応する必要がある場合(閉じこもりがひどく、入浴サービスのある相当サービス利用させたいが、要介護認定までに通所型サービスAを利用させたいなど)同時申請が認められるため、同時となる理由を高齢福祉課及び介護保険課に伝えた上で申請を行う必要があります。¹

Q3 事業対象者の転入者に対する基本チェックリストの実施について

他市で基本チェックリストを実施し事業対象者となり、サービスを利用していた方が四日市市に転入してきた場合、再度基本チェックリストを実施しなければならないのか？他市から事業対象者の資格を引き継ぐことができるのか。

A3 国の総合事業 Q&A によると、「転居した場合はサービス事業をできるだけ切れ目なく迅速に利用できる体制とすることが望ましいと考えられ、他市での基本チェックリストの結果をもって、本市でのサービス事業対象者とする事を妨げるものではなく、市町村の実情に応じて適切に判断していただきたい」と記載があります。

¹ 四日市市役所『介護予防ケアマネジメントマニュアル Ver.3』p.14

四日市市では、サービス事業をできるだけ切れ目なく迅速に利用できるようにするため、他市の包括から基本チェックリストの情報等を引き継いでいる場合、その結果を基にして基本チェックリストを作成して頂いてかまいません。一方で、情報を十分に引き継いでおらず、他市に照会をかけてもなお、情報を得られない場合は、四日市市で再度基本チェックリストを実施してください。

②事業対象者 1・2 への移行について

Q4 認定更新非該当者の事業対象者 1・2 への切り替えについて

要支援 1 の認定を持つ対象者が更新申請を行い非該当となった。その後、認定が切れる前に基本チェックリストを実施し、事業対象者 1 に切り替えを行うことはできるのか。

A4 認定の申請を行い非該当となった対象者については、システム上で事業対象者 1・2 の登録を行うことができないため、切り替えを行うことはできません。

なお、認定の期間終了後に新規で事業対象者の登録を行うことは可能です。²

Q5 要介護認定の更新申請と基本チェックリストの同時申請について

要介護認定の更新申請を行いたいが、非該当になる可能性が高い。この時、基本チェックリストを提出し、事業対象者 1・2 の切り替えとの同時申請を行うことはできるのか。

A5 制度上認定の更新申請と基本チェックリストの同時申請は想定されていないため、同時申請を行うことはできません。本人の状態及びサービスの状況を踏まえた上で、どちらか一方を選択する必要があります。

Q6 事業対象者の新規要介護認定申請の取り扱いについて

事業対象者もしくは、事業対象者 1・2 の利用者が、要介護認定の申請を行った際、扱いは「新規」か「更新」のどちらなのか。

A6 「新規」の扱いとなります。

Q7 事業対象者 1・2 が新規要介護認定申請非該当になった場合の取り扱い

事業対象者 1・2 の方が要介護認定の新規申請を行った場合に非該当になってしまった時、事業対象者 1・2 の資格は継続するのか。

A7 事業対象者 1・2 の方が要介護認定の新規申請をして非該当になった場合、継続して事業対象者 1・2 の資格を持ちます。

² 四日市市役所『介護予防ケアマネジメントマニュアル Ver.3』p.14-15

2 訪問型・通所型サービスについて

(1) 介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス

Q8 相当サービスか基準緩和サービスかの選択

利用している相当サービスの内容が、基準緩和サービスでも対応可能な場合、専門的介護が不要と判断し、基準緩和サービスを勧めた方がよいのか。

また、基準緩和サービスを利用している人でも、認知症がある場合などには専門的介護が必要と判断し、相当サービスを勧めた方がよいのか。

A8 相当サービスを必要とする利用者の例として、入浴介助を必要としている、認知症で専門職のフォローが望ましいケースなどが考えられますが、あくまでも例であり、機械的に判断するものではありません。

したがって、利用者のニーズが満たされる場合には、基準緩和サービスや住民主体サービスなどへの移行も検討をしていただきたいと考えていますが、本人が希望する場合は無理に基準緩和サービスなどに移行する必要はなく、従来どおり相当サービスを利用しても差し支えありません。

(2) 基準緩和訪問型サービス A・基準緩和通所型サービス A

① 基準緩和訪問型サービス A

Q9 同一世帯の複数人の訪問型サービス A 利用について

訪問型サービス A において、原則週 1 回の利用であるが、事業対象者の夫が生活援助の屋内掃除で週 1 回利用している場合に、要支援の妻も買い物支援で週 1 回サービスを利用することはできるか。

A9 基準緩和訪問型サービスについては原則として週 1 回のサービス提供となります。

問の場合は、介護保険の考え方をういた時、同一世帯内であってもそれぞれの利用者に入るサービスが別種のものであるため、サービスを導入する理由があれば同一世帯に対して週 2 回サービスが入ることも可能です。

Q10 訪問型サービス A と住宅改修の先行利用について

要介護認定の申請と基本チェックリストの同時申請中において、訪問型サービス A と住宅改修の事前申請は併用を行うことはできるのか。

A10 基本チェックリストと認定の申請を同時に行った場合、認定の結果が出るまでは事業対象者としてシルバーに請求を行い、要支援認定が出た後は要支援として請求を行うことになります。

しかし介護認定としては要支援認定の場合は申請日に遡って要支援認定となるので、要支援認定を持ちながら事業対象者として総合事業のサービスを受けることになります。

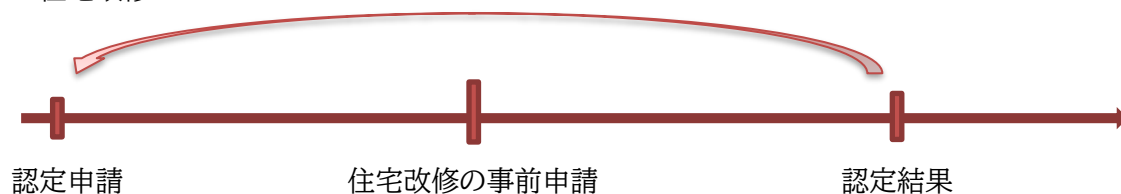
訪問型サービス A の利用のみならば、ケースバイケースの運用が可能です。が、介護予防給付である住宅改修が入ってしまうと、あくまでも介護保険制度に基づいた運用をしなければならぬため、訪問型サービス A の運用が不可になります。

したがって、本来ならば請求保留とする事業所が多い所ですが、訪問型サービス A を実施しているシルバー人材センターは請求保留を認めないため、同時申請中での訪問型サービス A と住宅改修の事前申請は併用できないとの結論となります。

<住宅改修の事前申請と訪問型サービス A の先行利用を行う場合>



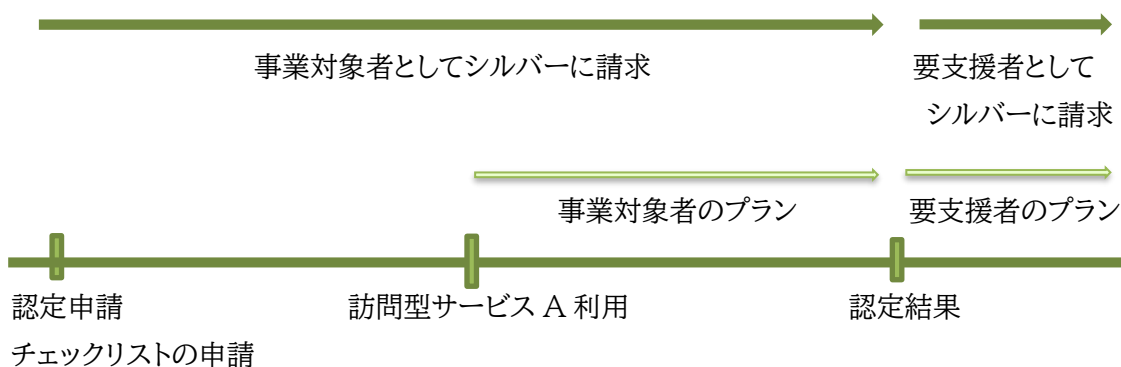
<住宅改修>



○認定の結果が確定した後に申請日に遡って要支援認定となるため、住宅改修の事前申請をした時点でも要支援認定を持っていることになる。

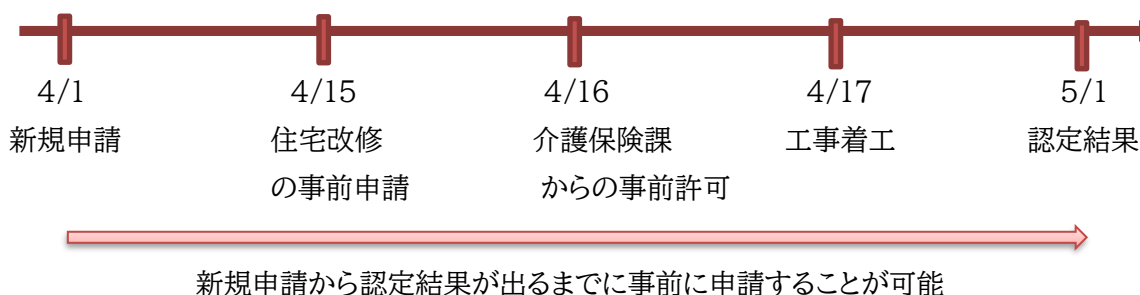
⇒この考え方があるため、住宅改修は事前申請が可能

<訪問型サービス A>



<住宅改修について>

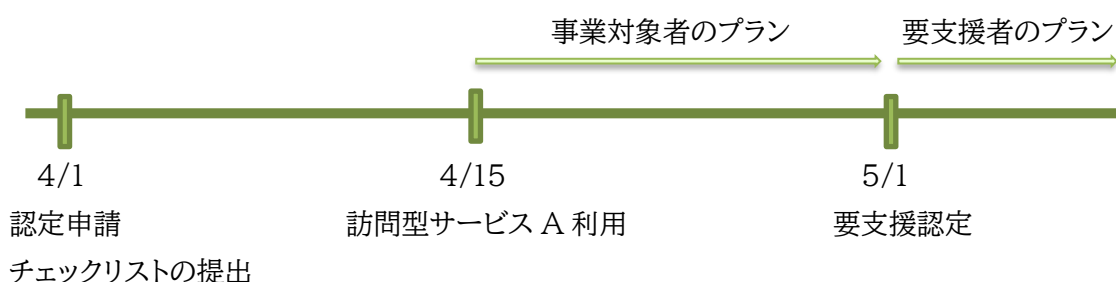
住宅改修は、事前申請を出した後に改修工事を行い、完了後に補助金を支出します。認定の新規申請を行ってから、結果が出る前に事前申請を行うことが出来ますが、もし認定が出なければ自費となります。ただし、認定の新規申請を出す前に事前申請を行うことはできません。もちろん、認定の結果が出た後に事前申請を出すことも可能です。



<訪問型サービス A について>

認定の申請後に、結果が出る前に先行してサービスを使う場合、一般的には結果が出るまで事業所への請求を止め、結果が出た後に認定に基づいた請求を行います。

しかし、訪問型サービス A を実施している四日市市シルバー人材センターは、要支援認定者へのサービスはヘルパーの有資格者が行い、事業対象者は無資格者が行うという運用をしており、チェックリストと申請の同時申請で結果が出た後、遡りを行うと運用に反する可能性があることから、請求を保留することを由としておらず、認定結果が出るまで待ち、遡って請求する運用を行わないと決めています。(令和元年 5 月 28 日会談)



②基準緩和通所型サービス A

Q11 基準緩和サービス A の実費利用について

要介護の方が自費でも良いので利用したいとの希望があった場合受け入れを行ってもよいのか。また、要介護判定が出た方など、実費で受け入れる対象者が発生した場合、受け入れ体制、人員配置等で制限はあるのか。

A11 利用者が自費であることを納得しており、事業所側が受け入れ可能である場合、利用することは可能です(※ただし、事業所が市に報告する実績報告に含むことはできません)。また、受け入れ態勢については特に制限は設けていません。

(3)住民主体訪問型サービス B・住民主体通所型サービス B

Q12団体登録申請と生活支援体制づくりの同時申請について

サービス B の申請と同時に生活支援体制づくり事業の申請を行いたい。同一年度での申請は可能か。

A12 制度設計上、本来ならば、生活支援体制づくり事業の補助金で体制を整えてから住民主体サービスの登録を行うべきですが、団体の準備状況及び地域の実情を加味し、同時申請は可能です。その際、開設時初期経費の扱いとしては、体制づくり事業で購入しきれなかったもの、または実施して新たに必要と判断された物品を購入することができます。

Q13訪問型サービスでの服薬支援について

サービス B のゴミ出し等のサービス提供の際に、服薬できているかの確認もお願いできないか。具体的には、お薬カレンダーに張ってある薬の内、服薬できていない日の薬を処分し、飲めていない分の報告をお願いしたい。

A13 服薬の確認については、身体介護に部類されるため現状では訪問型のサービス内での実施はできません。服薬の確認は、それ単体では、サービス B の提供範囲外であり、また、サービス B に不随して行うことは認められません。

Q14予防給付の利用者がサービス B を利用した場合の担当者会議について

予防給付を利用中の利用者が住民主体サービスを併用して利用することができるか。その時は、改めてサービス担当者会議は必要か。

A14 予防給付に加えて住民主体サービスを利用することは可能です。ケアプラン等を変更する場合は、サービス担当者会議の開催は必要です。ただし、住民主体サービス実施団体の参加は任意とします。

また、相当サービスに加えて住民主体サービスを利用する場合においても同様の運用です。

Q15同居家族が居る利用者に対するサービスの実施について

同居する家族がおり、事業対象者の資格を持つ者が住民主体サービスの訪問型を利用することはできるのか。

A15 住民主体サービスの訪問型については、利用者に同居の家族がいたとしても利用して頂くことが可能です。ただし、同居の家族に対するサービスは実施できない事に留意して下さい。

なお、基準緩和訪問型サービス A 及び相当サービスについては原則、同居の家族がいる方に対してサービスを提供する場合、市に理由書を提出していただく必要があります。基準緩和訪問型サービスの場合は高齢福祉課、相当サービスの場合は介護保険課まで問い合わせください。

3 サービス A およびサービス B の対象者弾力化について

(1) 四日市市の運用について

Q16 四日市市の対象者弾力化についての運用

サービス A やサービス B の対象者弾力化について、四日市市ではどのような運用か。

A16 令和 3 年 4 月 1 日より、サービス B の対象者については、要支援者および事業対象者に加えて、介護給付を受ける前からサービス B を継続的に利用していた要介護者も対象者としていましたが、令和6年4月1日より、サービス A の対象者についても同様の運用となりました。

Q17 継続利用要介護者のサービス利用可否の判断について

要介護認定に切り替わる前から継続的に利用している要介護者については、必ずサービス A やサービス B を利用することができるのか。

A17 サービス A 事業所およびサービス B 団体において、利用の可否について判断してもらうことになるため、必ずしもすべての対象者の方が利用できるという訳ではありません。

介護度が上がったことにより、人力的な問題等により対応が難しいことも想定されます。

Q18 サービス A およびサービス B と介護給付の併用について

要介護者がサービス A やサービス B を利用すると、介護給付を受けられなくなるのか。

A18 以前の制度では、サービス A およびサービス B か介護給付のいずれかを選択する必要がありましたが、弾力化の対象者（介護給付を受ける前からサービス A やサービス B を利用している方）は両方のサービスを同時に受けられることになりました。

なお、基準緩和訪問型サービス A と訪問介護等の同種のサービスにおける併用は出来ませんのでご注意ください。

Q19 継続的利用の期間について

運用に定められている「介護給付を受ける前から住民主体サービスを継続的に利用していた」とは、具体的にどれだけの期間の利用を指すのか。

A19 過去に一度でも要支援者、事業対象者、事業対象者1・2として住民主体サービスを利用していたことが確認できれば継続的利用として認めます。ただし、市として確認できるのは過去 5 年以内に限られるため、5 年以内の利用が必要となります

(2)サービス A やサービス B を利用する要介護者のケアマネジメントについて

Q20 サービス A やサービス B を利用している要介護者のケアマネジメント

介護給付を受けながらサービス A やサービス B を利用する方の場合、居宅介護支援事業所がケアプランを作成するのか、地域包括支援センターが作成しなければならないのか。

A20 介護給付を利用しているため、居宅介護支援事業所のケアマネジャーがケアマネジメントを行うことになります。要介護者のサービス A やサービス B 継続的利用の意向とアセスメント結果に基づき、ケアプランの原案にサービス A やサービス B の位置づけを行ってください。

Q21 サービス A やサービス B のみを利用している要介護者のケアマネジメント

介護給付を受けていない利用者の場合、ケアマネジメントはどこが行うのか。

A21 介護給付を受けていない利用者については、原則、地域包括支援センターがケアマネジメントを行います。

Q22 要介護者の新規利用について

これまで利用したことがない要介護者(新規利用の要介護者)は対象として認められないのか。

A22 あくまでも要介護認定となる前から継続的にサービスを利用していた要介護者が対象として認められるため、これまで利用したことがない要介護者については対象として認められません。

Q23 対象者弾力化の運用開始前に利用をお断りした要介護者の扱いについて

要支援、事業対象者のいずれかの認定区分を持ち利用していた方で、対象者弾力化の運用開始前に要介護認定に切り替わったことを理由に受け入れを中止した例がある。このような利用者が再度利用した場合、対象として認められるのか。

A23 利用中止の時期があつたとしても、過去 5 年以内に利用があれば継続的利用と認められます。

Ⅱ. 介護予防ケアマネジメントについて

1 ケアマネジメントの種類

(1) ケアマネジメントの基本方針

Q24 ケアマネジメント C の運用について

ケアマネジメント C は初回のみのケアマネジメントとあるが、本人等からの連絡がない場合は、その後のケアマネジメントをしなくても良いのか。

A24 原則として、ケアマネジメント C は初回のみのケアマネジメントであり、その後はいわゆる利用者本人のセルフマネジメントとなります。

ケアマネジメント C を実施する場合、利用者は住民主体サービスのみを利用していると考えられますが、その後、状態の変化がないとは限らず、住民主体サービスの提供事業所から相談が入ることが考えられます。その際は、あらためてケアマネジメントを実施、あるいは内容の変更をする等、必要に応じて関係機関に繋ぐことが求められます。

Q25 介護予防ケアマネジメントと居宅介護支援費の通減制について

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託した場合、介護予防支援と同様に居宅介護支援費の通減制の対象となるのか。

A25 居宅介護支援費については、介護予防支援受託者数を 3 分の 1 とした件数を含み、CM (常勤換算) 1 人あたり利用者数が 45 件を超えた場合、超過部分に対し通減制が適用されることとなっています。

一方で、国の Q&A では「総合事業における介護予防ケアマネジメントについては報酬の通減制度は設けられていない。居宅介護支援事業所への委託に際しては、介護予防ケアマネジメントの適正な実施が確保されるよう市町村において適切に判断されたい」³とあり、本市においても介護予防ケアマネジメントの件数は通減制の対象としません。ただし、各事業所において介護支援専門員の業務量を考慮した上で、可能な範囲の受託をお願いします。

Q26 事業対象者が新規認定申請した場合の暫定プランについて

事業対象者の資格を持ち、ケアマネジメント B により基準緩和サービスのみを利用していた人について、相当サービスあるいは介護給付サービスを利用するために要介護認定を申請し、かつ先行してサービスを利用する場合、ケアプランについては、暫定プランを作成する必要があるのか。

³ 総合事業 Q&A 第 6「総合事業の制度的な枠組み」(平成 27 年 3 月 31 日)

A26 原則、要介護認定を申請し、結果が出る前に先行してサービスを利用する場合、暫定プランの作成が必要になるため、上記の場合、暫定プランの作成は必要となります。

Q27 重要事項説明書等への押印省略について

地域包括支援センターが利用者と利用契約を締結する際、契約書を取り交わすだけでなく、個人情報の取り扱いや重要事項の説明を行う場合、契約書や説明書に関する利用者本人の押印について省略することは可能か。

A27 相手方の自署で署名欄に名前が書いてある場合は利用者本人の押印について省略することが可能です。これは契約書だけでなく、重要事項説明書や個人情報取り扱い同意書についても同様の扱いとなります。なお、取り交わす相手方が、署名がある場合は押印が不要になるということを認識できる表記がなされた様式であることが求められます。（例、署名押印欄に「申請者が自署しない場合は、記名押印してください」と記載する）

Q28 要支援者が総合事業と福祉用具等を併用する場合

要支援認定を持ち、基準緩和型サービスを利用していた対象者について、ケアマネジメント B が適用されると思うが、対象者が福祉用具の購入や住宅改修を利用したいとの申し出があった際にはケアプランは変更しないといけないのか。

A28 福祉用具購入または住宅改修の利用にあたり、ケアマネジメントを変更する必要はありません。また、令和 7 年 6 月よりケアマネジメント B におけるケアプランの作成は任意としているので、この場合にケアプラン等の変更は必須ではありません。

(2) ケアマネジメント費の請求について

Q29 相当サービスと居宅療養を併用している場合のケアマネジメント請求

総合事業のデイとヘルパーを利用しておりケアマネジメント A の請求を行っていた対象者が居宅療養管理指導を利用し始めた場合、ケアマネジメント A で請求を行うのか、介護予防支援で請求を行うのか。

A29 居宅療養管理指導等については、給付管理の必要がないため、総合事業との併用については介護予防ケアマネジメント(A・B・C)に位置付けて請求することができますが、他の予防給付を併用する場合は介護予防支援で請求をしていただくことになります。

Q30 基準緩和型サービス A と居宅療養を併用している場合のケアマネジメント請求

要支援認定を持ち、基準緩和型サービス A を利用中の対象者が、居宅療養管理指導を利用し始めた場合、ケアマネジメント B で請求を行うのか、予防給付で請求を行うのか。

A30 居宅療養管理指導の他、福祉用具の購入や住宅改修を利用している場合、サービス費については支給されますが給付管理の必要はありません。

給付管理の必要性がない居宅療養管理指導等での居宅介護支援費の請求は出来ないため、今回の場合については、ケアマネジメント B での請求を行うことになります。

Q31 サービス切り替え月のケアマネジメント請求について

基準緩和型サービス A と住民主体型サービス B を併用していた対象者が、ある月から基準緩和型サービス A を終了し、住民主体型サービス B のみの利用にした場合、切り替えた月においてマネジメント料の請求が出来るのか。

A31 サービスを切り替えた月においてもケアマネジメントの請求を行うことはできます。したがって、上記の場合は切り替えた月においてケアマネジメント C の請求が可能です。

Q32 ケアプランを作成しなおした場合のケアマネジメント C の取り扱い

対象者は要支援認定を持ち、住民主体サービス B を利用しており、ケアマネジメント C で請求を行っていた。その後、事業対象者 1・2 に切り替えを行い、認定区分が切り替わったため CM が再度プランを作成した場合、ケアマネジメント C の請求を行うことができるのか。

A32 ケアマネジメント C は原則、初回のみのケアマネジメントとなり、頻回に見直しを行うことは想定されていません。しかし、対象者の状況に応じ、適正にプラン等の見直しを行った場合においてはケアマネジメント費を請求していただくことが可能です。

Q33 月途中で CM 変更となった場合の介護報酬の取り扱いについて

月途中で地域包括支援センターの CM から居宅介護支援事業所の CM に変更となった場合、CM の居宅介護支援の介護報酬について、どちらの事業所が請求をすることができるか。

A33 基本的に月末に担当していた CM が居宅介護支援の介護報酬を請求することができます。ただし、居宅届を提出した上でサービスを利用している必要があります。

(例)10 月 15 日まで事業対象者 2 として A 包括支援センターの CM が担当、10 月 16 日付で居宅の変更届を提出し、B 居宅介護支援事業所の CM が担当を引き継いだ。その後 10 月 20 日にサービスを利用した。

⇒この場合、B 居宅介護支援事業所の CM が請求することができます。

2 ケアマネジメントの初回加算について

Q34 併用から単独利用になった際のケアマネジメント初回加算の請求

要支援認定の対象者は相当サービスと住民主体サービス B を併用しており、ケアマネジメント A で請求を行っていた。その後相当サービスを終了させ、住民主体サービスのみの利用となり、ケアマネジメント C での請求を行った場合、初回加算を請求することはできるのか。

A34 初回加算とは、「新規に介護予防サービス計画を作成する場合に、算定される」⁴と規定されています。ここで言う新規とは、対象者について過去 2 月以上、介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援を実施しておらず、ケアマネジメント費又は介護予防支援費が算定されていない場合にケアプラン等を作成した場合を指します。⁵

上記の場合、併用時にプランを作成し、ケアマネジメント A でケアマネジメント費の請求をしてから 2 月期間が空いていなければ初回加算を算定することはできません。ただし、2 月以上空白があった上で、新しくプラン等を作成しケアマネジメント C で請求を行った場合、初回加算を算定することができます。

Q35 2 回目以降のケアマネジメント C 請求時の初回加算について

住民主体型サービスのみを利用している対象者について、認定の切り替わり等の適正な理由でプラン等を見直し、二回目のケアマネジメント C の請求をした場合、請求時に初回加算を算定することはできるのか。

A35 一回目のケアマネジメント C の請求から 2 月以上期間が空いていれば初回加算を算定することができます。

Q36 サービスの利用を再開した場合の初回加算の算定について

基準緩和型サービス A を利用していた対象者が 2 月以上の期間サービスの利用を中止した。その後、利用を再開した場合、初回加算を改めて算定することは可能か。

A36 基準緩和型サービス A の利用を再開した際に再度ケアマネジメントを行った場合は初回加算の算定は可能です。したがって、利用中止前と同じケアマネジメントでサービスを再開しただけであれば、初回加算の算定はできません。

⁴ 平成 18 年「老計発第 0317001 号」

⁵ 『介護予防ケアマネジメントマニュアル Ver3』P.22

Q37 ケアマネジメントの初回加算と国保連請求時の初回加算

基準緩和訪問型サービス A 利用者が、シルバー人材センターの相当サービスの利用に切れ目なく移行する場合、事業所(シルバー人材センター)は国保連請求時に初回加算を算定可能か。

A37 上記の場合、A34 上段と同様の考え方により介護予防ケアマネジメントにおける初回加算の請求は出来ません。一方で相当サービス利用開始時にシルバー人材センターは初回加算(事業所加算)を算定することは可能です。

Q38 委託を受けていた居宅が指定介護予防支援事業所としてケアマネジメントをおこなう場合

包括から委託を受けて実施していたが、指定介護予防支援事業所として直接ケアマネジメントをおこなう場合、初回加算の算定は可能か。また、その反対はどうか。

A38 委託先の居宅介護支援事業所が介護予防支援事業所の指定をとり、引き続き当該利用者のケアマネジメントをおこなう場合、前 2 月の間に当該事業所が担当していない場合は、初回加算の算定ができます。なお委託連携加算の算定はできません。

反対に指定介護予防支援事業所から委託先の居宅介護支援事業所へ変更となった場合、前 2 月の間に当該居宅介護支援事業所が担当していない場合は、初回加算の算定ができます。なお、委託連携加算は算定できます(委託を開始した日の属する月に限り、1事業所あたり、利用者1人につき1回を限度として)。

3 ケアマネジメント業務の委託について

(1)ケアマネジメント業務の委託

Q39 三者間の契約(利用者-包括、利用者-居宅)における流れについて

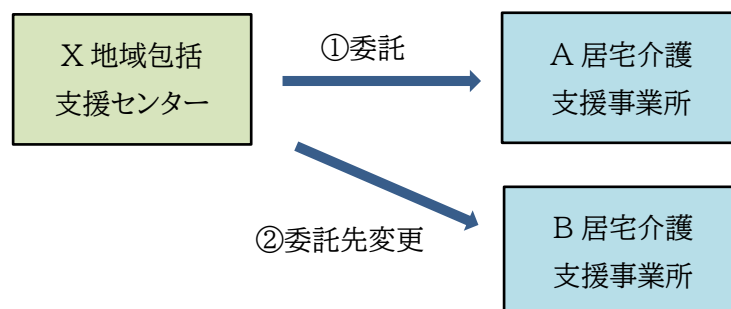
介護予防ケアマネジメントと介護予防支援を行き来することが想定される利用者との契約の流れや提出書類、被保険者証の変更の有無など流れを教えてください。

A39 三者契約または2種類の二者契約(利用者-包括、利用者-居宅)が必要となります。その上で介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行(逆も同様)する場合、「居宅介護(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書」を提出してください。被保険者証はその際に、地域包括支援センター名または居宅介護支援事業所名が記載されたものを都度発行します。

(2) 委託連携加算について

Q40 委託先の居宅介護支援事業所を変更した場合の取り扱い

X 地域包括支援センターから、A 居宅介護支援事業所に委託をし、利用者に関する情報連携を行い、加算を算定した。その後、A 居宅介護支援事業所から B 居宅介護支援事業所に委託先を変更した場合、B 居宅介護支援事業所は加算を行うことができるのか。

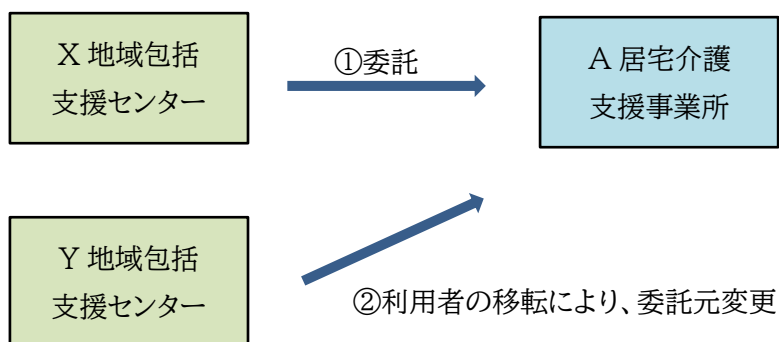


A40 B 居宅介護支援事業所に委託先を変更した際に、利用者に関する情報連携を行った場合、委託を開始した月において、B 居宅介護支援事業所は加算を行うことが可能です。

なお、初回加算においては、初回加算を算定してから二月以上期間が空いていなければ加算することはできませんが、委託連携加算においては、二月以上期間が空いていなくとも加算することが可能です。しかし、新しい居宅との情報連携を要します。

Q41 委託元の地域包括支援センターが変わった場合の取り扱い

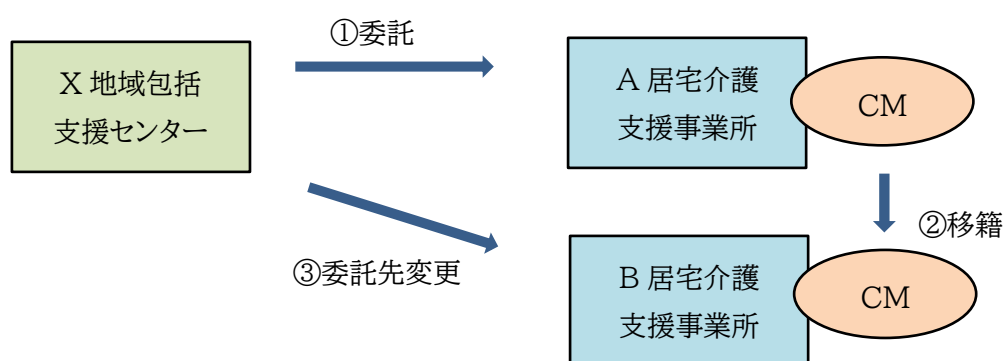
X 地域に住む利用者について、X 地域包括支援センターから、A 居宅介護支援事業所に委託をし、情報連携を行い、加算を算定した。その後利用者が Y 地域に引っ越したため、担当包括が Y 地域包括支援センターに変更となった。この時、委託連携加算を加算することはできるのか。



A41 X地域包括支援センターとの委託契約時に委託連携加算を加算していたとしても、Y地域包括支援センターに委託元が変更された際に利用者に関する情報連携を行った場合、委託を開始した月において、A 居宅介護支援事業所は加算を行うことが可能です。

Q42 担当 CM が別の居宅介護支援事業所に移籍した場合

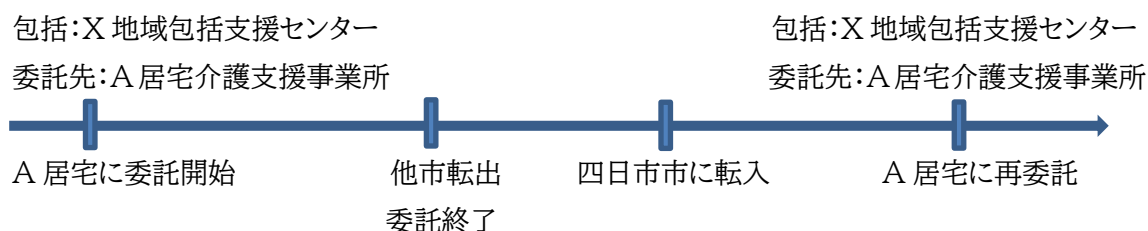
X 地域包括支援センターから、A 居宅介護支援事業所に委託をし、情報連携を行い、加算を算定した。その後、A 居宅介護支援事業所で利用者を担当していた CM が、B 居宅介護支援事業所に移籍をすることになった。移籍後も、B 居宅介護支援事業所にて利用者を継続して担当することになった時、委託連携加算を加算することができるのか。



A42 利用者の CM が同一であったとしても、包括が委託をし、情報連携を行う居宅介護支援事業所が変更されていれば委託連携加算を加算することが可能です。なお、同じ事業所内で利用者を担当する CM が変わったとしても、居宅介護支援事業所が変更されていないため加算を算定することはできません。

Q43 対象者が市外転出した場合の取り扱い

X 地域包括支援センターから、A 居宅介護支援事業所に委託をし、情報連携を行い、加算を算定したが、利用者は他市に転出を行い、利用者と居宅介護支援事業所との契約は終了した。その後、再度四日市市に転入し、X 地域包括支援センターが担当を受け持ち、A 居宅介護支援事業所に委託をし、情報連携を行った場合、再度委託連携加算を算定することはできるのか。



A43 委託連携加算は、初回加算と違い、何カ月以上空いていれば再度算定できるという考え方ではないため、1人の利用者について、包括支援センターと居宅介護支援事業所が2回以上委託連携加算を加算することはできません。したがって、この場合、一度他市へ転出をしていたとしても、再度委託連携加算を加算することはできません。

なお、上記において、包括もしくは居宅のどちらかが、以前と異なっている場合については、委託連携加算を加算することができます。

Q44 在宅介護支援センターと連携を行った場合

在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所が情報連携を行った時、委託連携加算を加算することはできるのか。

A44 委託連携加算については、介護予防支援事業所が利用者に提供する介護予防支援(ケアマネジメント)を居宅介護支援事業所に委託する際に加算することができます。したがって、在宅介護支援センターと情報連携を行った場合には加算することはできません。

Q45 初期相談を居宅介護支援事業所が受けた場合

利用者からの初期相談を最初に居宅介護支援事業所受けた場合において、委託連携加算を加算することはできるのか。

A45 委託連携加算については、利用者に係る必要な情報を包括支援センターから居宅介護支援事業所に提供し、介護予防サービス計画(ケアプラン)の作成等に協力した場合に加算を行うことができます。

したがって、初期相談を居宅介護支援事業所が受けたとしても、その後包括支援センターに利用者を繋いだ上で、包括から居宅に委託を行い、利用者に係る必要な情報を包括から共有し、居宅がケアプラン等を作る協力をした場合は加算を行うことが可能です。

一方で、包括支援センターに利用者を繋いだ上で、包括から居宅に委託を行ったとしても、包括から居宅に対して情報の連携がされなかった場合は加算を行うことはできません。

Q46 委託している対象者が認定変更になった際の取り扱い

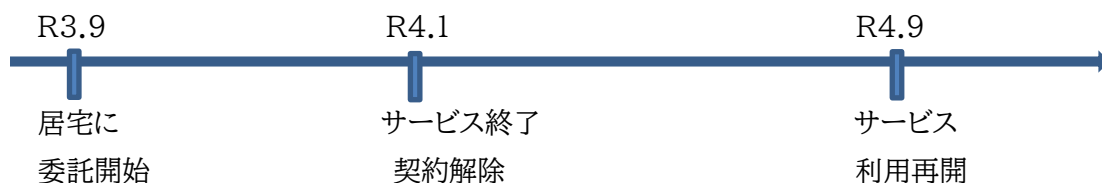
包括支援センターから居宅介護支援事業所に対して、委託を行っている利用者について、委託を開始した際には、事業対象者の資格を持っていたが、その後、認定申請を行い、要支援認定を取得した。この際、委託連携加算を加算することはできるのか。



A46 この場合、包括支援センターと居宅介護支援事業所が委託を開始した時点で、利用者が事業対象者であるか要支援認定であるかに関わらず、情報連携が行われていれば、委託連携加算を加算することが可能です。また、委託連携加算を加算できるのは、「当該委託を開始した日の属する月に限り」とあるため、委託を開始した際に、加算を算定しなかった場合、その後要支援認定の結果が出たタイミングで加算することはできません。

Q47 委託契約解除となった対象者が再契約を行った場合の取り扱い

令和 3 年 9 月より、対象者のサービス利用に伴い地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託を開始、令和 4 年 1 月に対象者がサービス利用を止めたため、委託契約は解除となった。その後、同年 9 月より、サービス利用を再開することになったため、同じ居宅と再契約した。この場合、9 月のケアプラン料請求時に委託連携加算を加算することが可能か。

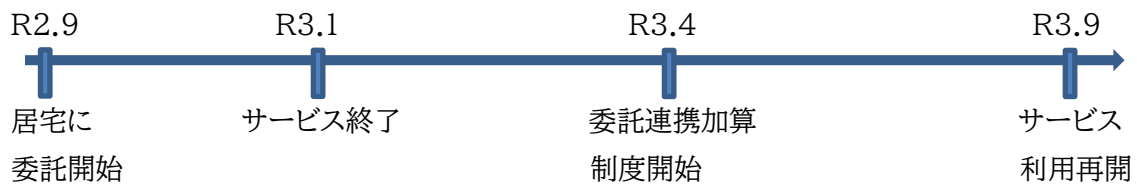


A47 令和 3 年 9 月に委託開始した際に、委託連携加算を加算しておらず、契約解除、その後令和4年 9 月に再度契約を結び、利用開始したため、令和4年 9 月時点で委託連携加算を加算することが可能です。

なお、包括と居宅が委託を結び情報連携を行った際に、1 人について 1 回限り加算可能なため、上記の場合、令和 3 年 9 月時点で加算を算定していれば、契約解除を経て、再契約を行ったとしても、同一包括と居宅の委託連携であるため、加算を算定することはできません。

Q48 契約解除を行わずサービス解除を行った場合の取り扱い

令和 2 年 9 月より、対象者のサービス利用に伴い包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託開始、令和 3 年 1 月に対象者がサービス利用を終了したが、契約の解除を行わなかった。その後、令和 3 年 9 月に再契約を行うことなくサービス再開に伴って、委託再開をした場合、9 月のケアプラン料請求時に委託連携加算を算定することが可能か。



A48 委託連携加算には「当該委託を開始した日の属する月に限り」という条件があります。したがって、請求月が委託を開始した日の属する月であることの客観的な判断ができなければなりません。

請求月が委託を開始した日の属する月であることの客観的な判断は、“委託契約を締結し、情報連携を行った月”であるかどうかを基準とします。上記の場合では、令和 3 年 9 月に委託を再開しましたが、委託契約を再締結していないため、請求を行った月が、委託を開始し情報連携を行った日の属する月であると客観的に判断ができないため、加算を算定することはできません。

Q49 予防支援から介護予防ケアマネジメントへの移行にかかる加算対象について

指定介護予防支援事業所と直接契約をしていた利用者が、地域包括支援センターの担当となり、居宅介護支援事業所（直接契約していた指定介護予防支援事業所と同一事業所）へ委託した場合（介護予防支援から介護予防ケアマネジメントへの変更等により）、初回加算や委託連携加算は算定可能か。

A49 当該利用者について、前2月以上居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターによる介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施しておらず、サービスの提供が行われていない場合は、初回加算の算定が可能。また、当該地域包括支援センターからの委託が初めての利用者については委託連携加算の算定も可能です。

Q50 前2月利用のないサービス B にかかる加算について

サービスBの利用者が前2月以上サービスBを利用しておらず、その後再度サービスBを利用するために委託先の事業所がケアマネジメントをおこなった場合は、初回加算や委託連携加算は算定可能か。

A50 初回加算については可能。委託連携加算については、「委託を開始した日の属する月に限り、1 事業所あたり、利用者 1 人につき 1 回を限度とする」ので、算定不可。

Q51 委託連携加算の再加算について（要介護認定の有効期間切れ）

過去に委託連携加算を計上したことがある利用者が、介護認定の有効期間が切れたのち、介護認定を再度新規申請した。その後、以前と同事業所に介護予防ケアマネジメントを委託することになった場合は、委託連携加算を再度加算できるか。

A51 委託連携加算については、「委託を開始した日の属する月に限り、1 事業所あたり、利用者 1 人につき 1 回を限度とする」ので、算定不可。

なお初回加算については、前2月以上居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターによる介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施しておらず、サービスの提供が行われていない場合は、算定が可能。

(3)ケアマネジメントの機能改善・社会参加促進加算の対象者について

Q52 2 クール目の利用者について

サービス C の利用は原則 1 クール(3 ヶ月)になるが、2 クール利用した方でも条件に合えば加算の対象になるか。

A52 2クール利用者についても、条件に合えば加算の対象となる。

Q53 給付管理を伴わない予防給付について

サービス C 卒業後に居宅療養管理指導を利用する場合は加算の対象になるか。

A53 対象になる。一方で、サービス C 卒業後にショートステイや福祉用具レンタル等の給付管理の必要がある予防給付を利用する場合は、地域活動につながった場合でも加算の対象外となる。

Q54 2 回目のサービス C 利用者について

異なる年度において、2 回目のサービス C 利用者であっても、条件を満たす場合は加算の請求は可能か。

A54 2回目の利用であっても、条件を満たせば加算請求は可能となる。

Q55 サービス C 利用前後でサービス種類に変更がない場合について①

サービス C 利用前から通所型サービス B や、一般介護予防事業に参加していた利用者であっても、条件を満たせば加算の対象となるか。

A55 加算の対象となる。

Q56 サービス C 利用前後でサービス種類に変更がない場合について②

サービス C 利用前から相当サービス(訪問)を利用していた方が、卒業後も相当サービス(訪問)を利用した場合は、加算の対象になるか。

A56 当加算は「機能の改善が図られ、社会参加につながったことを評価するもの」であることから、サービス C 卒業後に相当サービスを利用する場合は加算の対象外となる。

Q57 社会参加活動について

社会参加活動について、どのような活動を想定しているか。

A57 通所型サービス A・B または、一般介護予防事業やサロン・サークル活動のほか、自治会や地域の組活動への参加等、生活する地域とのかかわりを持てる活動を想定している。

Ⅲ. 介護予防・生活支援サービスの利用に係る留意事項

1 月途中でのサービス変更について

Q58 月途中でのサービス A から介護給付への切り替え

月途中で事業対象者から要介護認定に切り替わった対象者について、月の前半は基準緩和型サービス A の通所を利用して、月の後半から介護給付に切り替えることは可能か。

A58 原則としてサービスは月ごとの管理となっているが、要支援認定においても本人の状態が変化した場合に月の途中でサービスを変更することがあるかと思います。この場合、先の認定と後の認定で二つプランを作成する必要があります。事業対象者についても同様の運用で問題ありません。

Q59 月途中でのサービス A から相当サービスへの切り替え

事業対象者 1 の資格を持つ対象者について、基準緩和型サービス A の通所型を利用して、月途中で相当サービスに切り替えを行うことは可能か。また、切り替えを行った場合、ケアマネジメント費の請求はどのように行えば良いか。

A59 対象者のケアマネジメントを行う中で、必要性があるならば月途中で相当サービスに切り替えを行うことは可能です。

サービス費の請求については、切り替えを行った当月については回数当たりでの請求になります。

ケアマネジメント費の請求については上位の請求が優先となるため、切り替え当月の請求についてはケアマネジメント A の請求になります。

Q60 予防給付に切り替えた場合のケアマネジメント費の請求

令和 6 年 10 月 15 日まで事業対象者として基準緩和型サービス A を利用。10 月 16 日付で要支援認定となり、予防給付の利用を開始した。この場合、ケアマネジメントの請求は日割りで行うのか。

A60 介護給付や予防給付のケアマネジメント費の請求については月末を基準とし行うため、上記の場合、国保連への請求のみになります。

2 市外に所在するサービス事業所を利用する場合の取り扱いについて

Q61 住所地特例者の基準緩和型・住民主体型の利用

住所地特例であり他市町村が保険者である対象者について、基準緩和型サービスや住民主体型サービスの利用を希望している場合、利用することはできるのか。また請求については市外の保険者である市町村に行うのか。

A61 保険者が四日市市以外他市町村であっても、住所地特例者ならば四日市市内の基準緩和型サービスや住民主体型サービス含む総合事業を利用していただくことは可能です。

サービス費の請求については、市外の保険者に行うのではなく、一般の利用者と同様に四日市市に行くことになります。したがって、四日市市が保険者であり、他市町村に住む住所地特例者が総合事業を利用した場合も四日市市に請求を行うのではなく、居住地の市町村に請求を行うことになります。

Q62 住所地特例者の相当サービスの利用

住所地特例であり他市町村が保険者である対象者について、相当サービスの利用を希望している場合、利用することはできるのか。また請求については市外の保険者である市町村に行うのか。

A62 保険者が四日市市以外他市町村であっても、住所地特例者ならば四日市市内の相当サービスを利用していただくことは可能です。請求については一般の利用者と同様の取り扱いで構いません。

Q63 住所地特例者ではない対象者の基準緩和型・住民主体型の利用

住所地特例ではなく、他市町村が保険者である事業対象者について、四日市市内の基準緩和型や住民主体型のサービスを利用することはできるのか。また、支払いの請求は他市町村の保険者に行うのか。

A63 住所地特例ではなく、保険者が他市町村である場合、その保険者である他市町村と四日市市内にある基準緩和型や住民主体型のサービス事業所が委託関係等でなければ利用することはできません。両者も四日市の事業であり、令和 4 年時点で他市町村と各事業所は委託関係等ではありませんので、利用することはできません。

したがって、四日市市が保険者である事業対象者が、他市町村の基準緩和型及び住民主体型等の総合事業サービスを利用することはできません。

Q64 住所地特例者ではない対象者の相当サービスの利用

住所地特例ではなく、他市町村が保険者である要支援者について、四日市市内の相当サービスを利用することはできるのか。

A64 上記の場合、対象者の保険者である他市町村が、利用する相当サービスを提供する事業所を相当サービス事業所として登録していれば利用することは可能です。

また、四日市が保険者であり、他市町村の相当サービスを利用する場合も同様に、利用する相当サービス事業所を四日市が相当サービス事業所として登録していれば利用することは可能です。

3 住所地特例者に対する基本チェックリストの実施について

Q65 住所地特例者へのチェックリストの実施について

保険者が他市町村であり、住所地が四日市市である住所地特例者に基本チェックリストを実施する場合、どのような流れになるのか。

A65 基本チェックリストについては住所地の自治体を実施することになっているため、上記の場合は住所地の地区の在宅介護支援センターもしくは包括支援センターが基本チェックリストを実施し、3点セット(被保険者証・介護予防サービス計画書・介護予防ケアマネジメント依頼届出書)を高齢福祉課に提出します。(※四日市市の様式ではなく対象者の保険者の市町村の様式で作成する必要があります)その後、高齢福祉課から保険者の他市町村に提出し、保険者の他市町村が登録を行い、被保険者証を発行します。

Q66 他市町村に住民票がある方に対する基本チェックリストの実施について

保険者が四日市市であり、住所地が他市町村である住所地特例者に基本チェックリストを実施する場合、どのような流れになるのか。

A66 上記の場合、住所地にある他市町村の包括支援センター等が四日市市の様式で基本チェックリストを実施し、所在地の他市町村を通して高齢福祉課に提出し、登録を行い、被保険者証を発行します。

Q67 住所地特例者に対する総合事業の運用

他市町村に住所地があり、四日市市が保険者である事業対象者の資格を持つ住所地特例者について、他市町村では事業対象者の資格が2年間である場合、他市町村の運用に合わせ2年毎に更新をする必要があるのか、四日市市の運用に合わせて無期限として取り扱うのか。

A67 原則は、基本チェックリストの実施等の運用については、保険者の市町村の運用に合わせます。上記の場合、四日市市の運用に基づき、無期限となるため 2 年ごとのチェックリストの実施は必要としません。ただし、住所地の市町村から必要だと言われた場合は高齢福祉課に相談をして下さい。

IV. その他

Q68 四日市市内の転居により生じる包括支援センターの変更について

事業対象者の資格を持つ対象者について、A 地域包括支援センターの担当地区から B 包括支援センターの担当地区で転居をすることになった場合、どちらの包括が担当するのか。

A68 原則、対象者の居住地の包括支援センターが担当します。したがって、上記の場合は B 包括支援センターが引き継ぐことになります。一方で、本人の強い意志や特段の事情がある場合には前の住所地の包括支援センターが担当を継続しても構いません。

また、新しい包括支援センターが担当を引き継いだ際に、以前のプラン等を継承するのか、新しくプラン等を作成する必要があるのか等については包括支援センター同士の話し合いで決定して下さい。なお、サービス実績表については、原則月末に担当している包括支援センターが作成します。

Q69 施設のお試し利用中の方に対するサービスの提供

事業対象者 2 の資格を持つ対象者がケアハウスに入所予定であり、お試しで入所利用する予定である。その際に、ケアハウスからお試し利用中は介護保険のサービスを使うことができないと言われたが正しいか。

A69 まず、ケアハウスは在宅基準となるため介護保険のサービスを利用することは可能です。原則は、本人の現住所と体がある場所が異なる場合、介護保険のサービスを利用することができないという決まりがあります。したがって、上記の場合、使うことが出来ないというケアハウス側の主張は正しいということになります。

一方で、あくまでも入所を前提としたお試し利用であり、サービスが途切れることなく継続されることが望まれる場合、介護保険課として相談に乗ることは可能とのことです。

Q70 介護保険料の滞納者の総合事業の利用

介護保険料を滞納しており、給付制限がかかっている対象者であっても基準緩和サービスを利用することはできるのか。

A70 基準緩和型サービス A 及びサービス B、サービス C、相当サービスの利用については、給付制限の影響を受けずにサービスを利用していただくことが可能です。

Q71医療リハビリ利用者の介護認定取得について

医療でのリハビリを利用している人が、介護認定を取得した際、医療リハではなく、介護のリハビリを利用して欲しいと言われた。併用して利用することは可能であるか。

A71 原則、医療でのリハビリと介護でのリハビリは併用が禁止です。また、介護認定を持っている人が必ずしも医療でのリハビリを利用できないというわけではありませんが、原則は介護優先のため、特段の事情がなければ介護でのリハビリに切り替えることが想定されます。

(※医療リハは原則、期間を定めて行うものであり、介護認定を取得した場合、医療リハの期間が終わったら、介護リハのサービスに切り替えることが一般的です。急性期から回復期については医療で、維持期以降は介護で行うと想定されています。⁶⁾)

Q72 医療リハビリと総合事業との併用について

医療でのリハビリを利用している人が、基本チェックリストを実施し、事業対象者の資格を取った場合、医療リハビリが利用できなくなるということはないのか。

A72 原則は、介護リハビリでも対応できるので、医療リハビリから切り替えを行うという考え方です。事業対象者では介護リハビリを利用することができないため、切り替えることができません。したがって、事業対象者の資格を取得しても医療リハビリを継続することはできると考えます。(※医療リハとの総合事業のサービス併用については、性質が同じであるサービス C との併用は認められませんが、サービス A・サービス B については併用して利用することができます)

一方で、医療リハビリは急性期から回復期を、介護リハビリでは維持期以降を対応するという考え方であるため、事業対象者の資格を取得する身体状況であるなら維持期であると判断され、医療リハビリが必要ないと医師に判断される場合もあります。

⁶⁾「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」
老老発 0331 第 2 号(平成 27 年 3 月 31 日)