

# 総合事業 Q&A 目次

介護保険申請について	1
基本チェックリストについて	3
届出書について	4
サービス利用について	6
加算について	7
介護保険の請求について	8
日割り計算について	12
ケアマネジメントについて	14
通所介護サービスについて	18

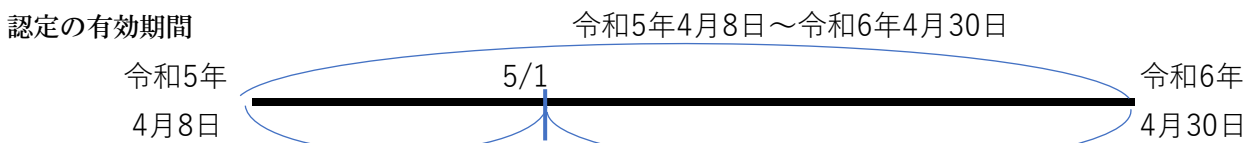
## 総合事業利用に関するQ&A(令和5年4月版)

### 《介護保険申請について》

Q1: 事業対象者の人が福祉用具などサービスが必要になり、介護保険の申請をする場合は月の途中で申請をしてもいいのか?

A: 各月の1日付で申請をすることが望ましい。

※要チェック 令和4年4月8日付けで区分変更し、介護認定が要支援1で1年間出た場合



要介護状態区分等

事業対象者

要支援1

居宅サービス  
区分支給限度基準額

令和5年4月8日～  
令和5年4月30日

令和5年5月1日～令和6年4月30日

※事業対象者の人が月の途中で区分変更をし、認定の結果、要支援1の場合は区分変更をした月は事業対象者としての扱いとなる。例えば4/8に区分変更し要支援1と認定されると、4月の間は事業対象者で5月より要支援1の扱いとなる。

理由としては、要支援1より事業対象者の方が重い為。(要支援1→事業対象者→要支援2→介護1)ただし、申請した月は事業対象者だが、介護予防サービス(福祉用具、ショートステイなど)の利用は可能。

Q2: 要支援・要介護認定の更新の結果が出た後に、転倒等で状態が悪化した場合、区分変更の申請はいつから可能か?

A: 原則、更新後の認定有効期間(各月1日)から申請可能。

※例えば、要支援2(令和5年10月1日から令和6年9月30日まで)の認定を受けた方が、8月1日に更新の申請を行い、8月中に要支援1(令和5年10月1日から令和6年9月30日)の認定を受けた場合、区分変更の申請は「令和5年10月1日」に申請可能。(新しい認定後、転倒などで状態が悪化したとしても、令和5年9月30日までは区分変更の申請ができない。)

理由としては、更新の結果をシステム上に登録した後に削除することができないため。

Q3: 要支援・要介護認定の認定調査後に、転倒等で状態が悪化した場合、再調査は可能か？

A: できない。

※ 例えば、要支援2（令和5年5月1日から令和6年4月30日まで）の認定を受けた方が、令和4年3月1日に更新の申請を行い、3月10日に認定調査が終了し、3月13日に転倒し状態が悪化した。しかし、認定調査は終了している為、状態が悪化しても再調査はできない。

Q4: 事業対象者の認定期間後の更新として介護認定をしたい場合は、介護保険の更新と一緒に2か月前からしても良いのか？

A: 介護認定は新規申請になる。

その為、事業対象者の認定期間内に介護保険の申請をすると介護認定が出ると申請日から新しい介護度になる。

事業対象者の認定期間後の更新として介護認定をしたい場合は、認定期間終了日の次の日付で申請をする必要がある。

例)事業対象者認定期間 令和5年4月1日～令和6年3月31日

令和5年4月1日から介護認定を受けサービスを利用したい場合は、令和5年4月1日に介護保険の申請をする。

※令和5年4月1日から事業対象者を希望する場合は、令和5年2月1日からチェックリストの提出は可能。

Q5: チェックリストによる事業対象者としての申請と介護保険の同時申請は可能か？  
介護保険の認定結果が要介護1が出た場合はどうすればいいのか？

A: チェックリストで事業対象者と介護保険の同時申請は可能。その場合、認定が出るまでは事業対象者として取り扱い、認定日以降は介護保険の結果に応じた認定で対応する。

※同時申請は可能だが、原則どちらかの申請のみにすることが望ましい。

Q6: 他市で事業対象者としてサービスを利用していた。稲沢市に引っ越し後も事業対象者として同じサービスを利用することができるのか?

A: 事業対象者の認定は市町村同士で引き継ぎをすることができない。  
稲沢市に住所を変更後、改めてチェックリストを行い事業対象者と認定されればサービスを利用する事ができる。

Q7: 2号被保険者は総合事業の利用ができるのか? 事業対象者になれるのか?

A: 2号被保険者についても、要支援者のサービス利用は、1号被保険者と同様であり、総合事業サービスを受けることは可能。  
しかし2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービス利用の前提となるため、チェックリストによる判定は行わず、要支援認定を受ける必要がある。

## 《基本チェックリストについて》

Q1: 事業対象者の基本チェックリストは誰が行うのか?

A: 初回の場合：市役所又は包括が行う。  
更新の場合：包括、委託の場合は居宅が行う。

※委託先の居宅が行った場合は、市指定の基本チェックリストのコピーを担当の包括に提出をする。

Q2: 事業対象者の更新の為の基本チェックリストは、介護保険と同様に2か月前から行ってもいいか?

A: 2か月前から行ってよい。ただし、事業対象者の介護保険証は更新の当月に利用者に郵送される。

※例として、令和5年3月31日で事業対象者の認定が終了する為、2月に基本チェックリストを行い市役所に提出しても、介護保険証の発行は4月1日以降になる。

※委託先の居宅が行った場合は、市指定の基本チェックリストのコピーを担当の包括に提出をする。

《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)届出書について》

Q1: 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)届出書の提出はどのような時にするのか。

A: 以下の場合が想定される。

- ①新規で要支援1、要支援2、事業対象者の認定が下り、サービスの利用をする場合。
- ②要支援1又は要支援2の認定期間が終了し、次月から事業対象者としてサービスを利用する場合。
- ③事業対象者の認定期間が終了し、要支援1又は要支援2としてサービスを利用する場合。
- ④入院やサービスの利用を中止し、再度サービスの再開をする場合に、前回のサービスから1年以上利用しない期間がある場合。
- ⑤委託先事業所を変更した場合。

Q2: 介護保険の認定結果が出る前に暫定でサービスを利用した。  
例えば令和5年4月5日から暫定で介護サービスを利用した。令和5年4月15日に要支援2で認定が下りた。認定結果が出る前からサービスを利用した場合に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書(変更)届出書はいつまでに提出すればいいのか?

A: 介護保険の認定日から14日以内に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書(変更)届出書を提出する。  
介護保険の認定日から14日を過ぎた場合は、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書(変更)届出書と介護予防サービス・支援計画書を一緒に提出することになる。

Q3: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援1になった場合は、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)届出書はいつ提出すればいいのか?

A: 新規申請をした次月(1日付け)で提出する。

※例えば、令和5年4月8日に新規申請をした場合は、5月1日付けで提出する。

Q4: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援2になった場合は、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)届出書はいつ提出すればいいのか?

A: 新規申請をした日付で提出する。

## 《サービスの利用について》

Q1: 事業対象者として認定された方が、訪問型サービスを週3回利用、又は通所型サービスを週2回利用できる場合は、どのような時か？

A: 原則、事業対象者は週2回までの訪問サービス利用・週1回の通所サービス利用となる。適切なアセスメントにより、サービス担当者会議で判断されケアプランに位置づけられれば利用可能。

以下の場合が想定される。

- ①退院後、一時的に通所型・訪問型独自サービスを増やす必要がある場合。
- ②在宅で生活していたが、体調を崩した為に、一時的に通所型・訪問型独自サービスを増やす必要がある場合。
- ③認知症などある為に、閉じこもりがちでサービスに繋がりたいが、医療機関にすぐに受診ができない為、介護保険の申請ができない場合。

※上記以外の理由で、利用する必要がある場合は、その都度市と相談し検討する。  
ケアプランの期間は6ヵ月までとなる。

Q2: 事業対象者として通所型独自サービスを週2回利用していたが、月の途中で介護保険の新規申請を行い、認定の結果、要支援1と認定された。この場合、当月は週2回利用し、次月から週1回にすればいいのか？

A: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援1になった場合は、認定が出た次の月以降から認定に合った利用回数に変更する。

Q3: 事業対象者として訪問型独自サービスを週2回利用していたが、月の途中で介護保険の新規申請を行い、認定の結果、要支援2と認定された。この場合、月の途中から週3回に増やすことはできるのか？

A: 要支援2になれば支給限度額が変更する為、利用は可能であるが、日割り計算が必要。

Q4: 通所サービスの利用日を固定せず行きたい曜日に利用することは可能か?  
(例えば毎週月曜日ではなく、○月は○日と○日と○日と○日にする)

A: アセスメントを行い自立支援に向けて曜日を決めずに利用することは可能。  
例えば、本人が引きこもりがちで外に出てもらう為の動機づけとして好きなことであれば外出ができる場合など  
ただし、定期的にアセスメントし、利用方法の検討が必要となる。

## 《加算について》

Q1: 事業対象者のプランから要支援のプランに移行した場合、居宅・各サービス事業者は初回加算・委託連携加算の算定ができるか?

A: 継続して利用する場合には初回加算・委託連携加算は算定できない。

Q2: 過去2か月間以上サービスが提供されていない、かつ介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合に、初回加算・委託連携加算を算定できるのか?

加算を算定するために必要な書類は何か?

また、サービス担当者会議は必要か?

A: 初回と同様の手順【アセスメント→介護予防サービス・支援計画表(原案)】の作成→サービス担当者会議の開催→「介護予防サービス・支援計画表」の交付→サービスの提供】を行うことで、初回加算が算定できるが、委託連携加算は算定できない。

※委託連携加算は、委託する際、当該利用者に係る必要な情報を、当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護事業所における介護予防サービス計画の作成などに協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき、1回を限度として加算ができる。

利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画表の書類が必要。

サービス担当者会議を行う必要がある。



Q3: 市内で転居し、住所を変更した場合、介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の初回加算・委託連携加算が算定できるのか?

A: 市内で転居し、担当の包括が変更した場合には、初回加算・委託連携加算は算定できる。

※委託をしている事業所が同じでも、担当の地域包括支援センターが変更となった場合は、転居先でアセスメントを行い、初回と同様の手順を踏むことで、初回加算・委託連携加算が算定できる。

Q4: サービス事業所より〇〇加算の追加があった場合は計画書は変更する必要があるのか?

A: 計画作成者(包括・居宅)とサービス事業所の双方ともアセスメントを行い必要となれば計画書に追加する。

## 《介護保険の請求について》

Q1: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援1になった場合は、介護予防請求をどのようにすればいいのか?

A・通所型独自サービス1で週1回利用した場合、サービスコードが同じである為、包括報酬請求をする。

・訪問型独自サービスⅠ・Ⅱを利用した場合も、サービスコードが同じである為、包括報酬請求をする。

・新規申請をした当月は事業対象者で包括報酬請求し、次月からは要支援1で包括報酬請求をする。

※ 例えば、令和5年4月8日に区分変更をした場合、4月は事業対象者で包括報酬請求し、5月からは要支援1で包括報酬請求をする。

例1) 通所型独自サービス2で週2回利用していた方が、要支援1の結果が出た場合は、認定が出た次の月から通所型独自サービス1で、週1回の利用に変更する必要がある。

例2) 訪問型独自サービスⅢで週3回利用していた方が、要支援1の結果が出た場合は、認定が出た次の月から訪問型独自サービスⅠ・Ⅱで週1回か週2回に変更する必要がある。

※通所型も訪問型も利用できるサービスコードが違う為、日割計算が必要。

Q2: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援2になった場合は通所型独自サービスの介護予防請求はどのようにすればいいのか?

A: 通所型独自サービス1で週1回利用した場合は、新規申請の前日までと新規申請後ともサービスの利用があった場合は、日割り計算をする。

※例えば、令和5年4月8日に新規申請をした場合、4月1日から4月7日までの期間に通所型独自サービスの利用があった。

その場合、4月1日から4月7日までの日割り計算(通所型独自サービスⅠ日割)を行う。

4月8日から4月30日までは日割り計算(通所型独自サービス/22日割)を行う。

通所型独自サービスⅡで週2回利用していた場合は、サービスコードを変更しない為、包括報酬請求をする。

Q3: 月の途中で新規申請を行い、事業対象者から要支援2になった場合は訪問型独自サービスの介護予防請求はどのようにすればいいのか?

A: 訪問型独自サービスⅠ・Ⅱを利用した場合、新規申請前と後のサービスコードが同じならば包括報酬請求で請求する。  
区分変更前と後で利用回数が違い、サービスコードが違う場合はそれぞれ日割り請求をする。

※例えば令和4年4月8日に新規申請をした場合、4月1日から4月7日までの期間に訪問型独自サービスを週1回利用し新規申請後訪問型独自サービスを週2回利用した。

その場合、4月1日から4月7日までの日割り計算(訪問型独自サービスⅠ日割)を行う。

4月8日から4月30日は日割り計算(訪問型独自サービスⅡ日割)を行う。

Q4: 65歳になり介護保険の利用を生活保護の介護扶助から第1号被保険者に変更する場合の介護請求はどのようにしたらいいか?

A: 月の途中で生活保護から第1号被保険者になった場合は、誕生日の2日前までは生活保護の介護扶助で請求し、誕生日の前日からは介護保険での給付になる。その為、どちらの請求も日割での請求となる。

Q5: 65歳になり介護保険の利用を生活保護の介護扶助から第1号被保険者に月の途中で変更する場合、介護予防給付費・介護予防ケアマネジメント費はどのように請求すればいいのか？

A: 生活保護の介護扶助と介護請求どちらも請求ができる。

Q6: 通所型独自サービス/22や通所型独自サービス/22日割などのサービスコードを使用した際には、加算(減算)について「/〇〇」のコードを選択する必要があるのか？

A: 「/22」の場合など「/〇〇」のサービスコードを選択した場合は、加算(減算)については「/〇〇」コードを選択する。

Q7: 介護保険負担割合証はコピーして地域包括支援センターに提出する必要があるのか？

A: 利用者の負担割合がわかればよい。  
そのため、介護保険負担割合証のコピーの提出でも、口頭で負担割合の報告でも可能。

Q8: 介護給付(住宅改修、特定福祉用具購入)を利用した場合の取り扱いについて

A: 総合事業のサービスを利用している要支援者が、介護予防給付の住宅改修または、特定福祉用具の購入を利用した場合は、介護予防ケアマネジメント費で請求する。

Q9: 自然災害等の影響で、事業所を休業した場合の介護予防請求をどのようにすればいいのか?

**1 :休業のため計画した利用回数等のサービスが提供できなかった場合**

A: 事業所を休業し、利用者に対して計画に基づく適切なサービス提供ができなかった場合、当該利用者については日割計算を行うこととする。

例) 休業期間 2月15日～2月16日(2日間)で、2月15日利用予定だった人 → 日割計算

日	14	15	16	17	18	19
休業期間		←→				
サービス提供予定日		●				

(月の総日数)                      (休業期間)                      (日割として算定する日数)  
 28日                      -                      2日                      =                      26日

**2 : 休業期間があるが、休業等の影響を受けなかった場合**

A: 休業日に利用の計画がなく、休業の影響を受けず、計画に基づく適切なサービス提供がされた利用者については、日割り計算を行う必要はない。

例) 休業期間 2月15日～2月16日(2日間)で、2月14日利用予定だった人 → 月額報酬

日	14	15	16	17	18	19
休業期間		←→				
サービス提供予定日	●					

**3 : 休業期間があるが、振替を行い休業等の影響を受けなかった場合**

A: 休業等の影響を受けてサービス提供を実施できなかった分について、振替でサービスを利用したこと等により休業の影響を受けず、計画に基づく適切なサービス提供がされた利用者については、日割り計算を行う必要はない。

例) 休業期間 2月15日～2月16日(2日間)で、2月16日利用予定だったが、  
17日に振替で利用した人 → 月額報酬

日	14	15	16	17	18	19
休業期間		←→				
サービス提供予定日			○	●		



Q10: サービス(通所・訪問)の利用を週1回利用していたが月途中で週2回に変更になった。  
その場合の国保連の請求はどうしたらいいのか?

A: 計画書の変更箇所を見え消し等で回数等を変更(増減)した場合は、国保連へは変更した回数で請求することが出来る。  
事業所には提供票を渡す。本人、家族には金額の変更を説明し同意を得ること。

## 《日割り計算について》

Q1: 通所型サービス、訪問型サービスの月途中の利用開始にあたり、日割り計算を始める日付はいつからか?

A: 通所型サービス、訪問型サービスの事業所と契約を締結した日から日割り計算を行う。

Q2: 月途中からの新規利用者の日割り計算は、契約日から利用開始までに日が空くと利用者に不利益になるのではないか?

A: 現時点では「契約日から」を日割り計算の算定基準としていることから、取扱については利用者に了承をいただきたい。

Q3: 担当国会議、契約等は利用開始月の前月に行うべきか? 利用開始の月でも最初の曜日までに担当国会議、契約等を行っていても日割り計算は発生するのか?

A: 担当国会議、契約等は利用開始月の前月に行わなければならないものではない。  
最初の利用日までに契約が行われれば日割り計算は行わなくてよい。

Q4: 日割り計算にしない場合はあるか？

A: 日割り計算は月途中からの利用開始により、1月において利用できると考えられる回数  
の利用ができない場合にその不公平感をなくすために行うものである。月途中の利用  
開始であってもその月の利用が通常通り行える場合は、日割り計算は行わなくてよい。

例) 通所サービス利用のケース。要支援2の利用者が月の始め(4日)に契約を締結したが、  
8回の利用ができた場合。

Q5: 入退院時の日割りは可能か？話し合いで決めることは可能か？

A: 原則として、入退院にかかわる日割り計算は行わない。

Q6: 事業所の判断(本人家族から日割り計算なしの同意をとった・システム上できない等)  
で日割りにしないということは可能か？

A: 月半ばでの新規利用の場合は、日割り計算を行う。事業所判断での対応はできない。

Q7: 事業所の都合(廃止)で月途中で利用を止め、新しい事業所に月途中で利用を開始  
した場合は日割りの対象になるのか？

A: 日割り計算の対象となる。それぞれ「契約解除日まで」と「契約日から」で日割り計算を  
行うものとする。

Q8: 月途中で亡くなった場合は日割り計算となるのか？

A: 亡くなると利用終了となるため、原則日割り計算の対象となる。なお、亡くなった日  
までが日割り計算の範囲となる。

## 《ケアマネジメントについて》

Q1: ケアマネジメント依頼書の日付はいつにしたらいいのか？

A:《新規の場合》

ケアマネジャーに相談した日または利用者宅に初回訪問した日どちらでも可能。

《介護認定の要介護から要支援になった場合》

更新日にする。

※例えば3月31日まで要介護1で、4月1日から要支援2の場合は4月1日にする。

Q2: 介護予防サービス・支援計画表の中のケアプラン作成日はいつにしたらいいのか？

A: サービス担当者会議の日にちにする。

Q3: 事業対象者の場合、介護予防サービス・支援計画表の【健康状態について:主治医  
の意見書、生活機能評価を踏まえた留意点】は、事業対象者の場合はどのように記  
載すればよいか？

A: 事業対象者の場合は、主治医意見書の作成をしないことから、本人を通して主治医  
から日頃言われている内容を記述するのも可。また疾病等記入するのも可。

Q4: 介護予防サービス・支援計画表の中の目標の期間はどれだけの期間で設定したらいいのか?

A: 目標の設定期間は最長1年間とする。

Q5: サービス担当者会議が開催できず照会する場合、包括にも照会が必要か?

A: 包括への照会は必要ない。本来、照会とは関係事業所から意見を聞きプランを作成するものであり、包括は委託元であるため、これに該当しない。

Q6: 更新後、包括へ提出する書類は何があるか?

A: 利用者基本情報(家族構成、緊急連絡先等変更があれば)、基本チェックリスト、介護予防支援サービス・支援計画表(コピー)、介護予防サービス・支援評価表(原本)、介護予防支援経過記録、主治医意見書・認定調査票等、介護保険被保険者証

Q7: ケアマネジャーの担当件数として包括からの委託を受けている利用者のカウントはどのようにすれば良いのか?

A: 委託を受けた介護予防支援の利用者は、受託件数に2分の1をかけた件数(0.5人)でカウントをする。  
総合事業における介護予防ケアマネジメント(事業対象者、要支援者に関わらず)の利用者は、標準担当件数の数にはカウントされない。

Q8: 委託の利用者の場合、事業対象者の介護保険証の有効期限の記載は、包括で行うのか、委託を受けている居宅が行うのか?

A: 事業対象者の有効期限は国の方針で記入することにはなっておらず、記入しなければならないというものではない。記入するのは便宜的に行うものであり、一律に記入するものを決めるということは考えていない。



Q 9 : 介護予防サービス・支援計画表の軽微な変更とはどのようなことを想定しているのか?

A:軽微な変更にあたる例として、

①(利用者都合による)サービス提供の曜日・時間の変更。

② サービス提供回数(1回目まで)の変更。

※2回目以降は、担当者会議を開くこと。

③利用者の住所変更(同一地域内転居のみ)

④事業所の名称変更

⑤目標期間の延長(短期目標のみ)

※長期目標の期間延長は原則認められない(支援内容の再検討の必要性がある為)

※短期目標の内容を長期目標に従って段階的に変更する場合も軽微変更該当する。

⑥福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない変更

⑦目標もサービス内容も変わらない単なる事業所の(利用者都合以外による)変更

⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合

※もともと利用していたサービスを終了する場合は軽微変更該当しない。

(支援内容の再検討の必要性があるため)

⑨担当介護支援専門員の変更

※ただし、事業所間の連携や家族間の連携を図る観点から必要に応じ担当者会議を開催すること。

軽微な変更をした場合の手続き

①計画書の変更箇所を見え消し等で修正する。

②計画書の余白に「〇年〇月〇日 軽微変更」と記載する。

※この際、軽微変更した内容について利用者から同意を得た証として「同意日、署名」をもらうことが望ましい。

③変更内容に関わるサービス事業者に計画書を交付する。

④支援経過記録に上記内容を記録する。

※委託先事業所は軽微な変更をした場合は内容を地域包括支援センターに連絡する。

※不明な点があれば市と相談し検討する。

Q10: サービス担当者会議の記録はどこに記入すればいいのか。また、記録の内容は何を記入すればいいのか？

A: サービス担当者会議の記録は支援経過記録に記入する。  
(サービス担当者会議録へ記入しても可)

記入内容としては、サービス担当者会議への出席者、検討内容、結論などを記入する。  
(ケアマネジメントのサービス担当者会議録に準ずる)

Q11: サービス担当者会議時に、準備していく書類は何かがあるか？

A: 介護予防サービス・支援計画表の原案

※原案をサービス担当者会議に出席する人数分をコピーして持参する。

Q12: 評価表の評価日は、いつにしたらいいのか？

A: 現在進行しているサービスの介護予防サービス・支援計画表を評価した日にちを記入する。

Q13: 訪問介護事業所や通所介護事業所の月途中での事業所変更はできるか？

A: 従来予防給付と同様の扱いになるので、事業所都合の場合は月途中の事業所変更は可能。ただし、日割請求になる。

## 《通所介護サービスについて》

Q1: 事業対象者の方が週2回デイサービス利用することは可能か？

A: 原則、事業対象者は週1回の通所サービス利用となる。  
適切なアセスメントにより、サービス担当者会議で判断されケアプランに位置づけられれば利用は可能。

以下の場合が想定される。

- ①退院後、一時的に通所型・訪問型独自サービスを増やす必要がある場合。
- ②在宅で生活していたが、体調を崩した為に、一時的に通所型サービスを増やす必要がある場合。
- ③認知症などある為に、閉じこもりがちでサービスに繋がりたいが、医療機関にすぐに受診ができない為、介護保険の申請ができない場合。

※上記以外の理由で、利用する必要がある場合は、その都度市と相談し検討する。  
ケアプランの期間は6ヵ月までとなる。

Q2: 要支援1の方であっても、アセスメントの結果、週2回デイサービスの利用が必要と判断されれば、週2回の利用は可能か？

A: 要支援1の認定を受けている利用者は週2回のデイサービス利用はできない。

Q3: 要支援2で週2回のデイサービスを利用中の方が、本人の体調の都合で特定の月のみ利用回数が「週1回相当」の実績となった。このような場合は、実績に合わせて週1回分の請求となるのか？それとも計画通り週2回分の請求になるのか？

A: ケアプランで週2回程度の利用とし、本人の都合により提供回数に変更になった場合は、週2回程度の区分で請求が可能。ただし、利用者の状況等に変化がある場合には、翌月以降のケアプランの変更を検討する。

Q4: 介護予防通所サービスで、家族が送迎した場合は、減算の対象になるのか？

A: 同一建物減算を適用する。サービス担当者会議で、家族送迎か施設送迎か事前に確認し、支援経過記録に記入する。