

資料 2

給付管理について

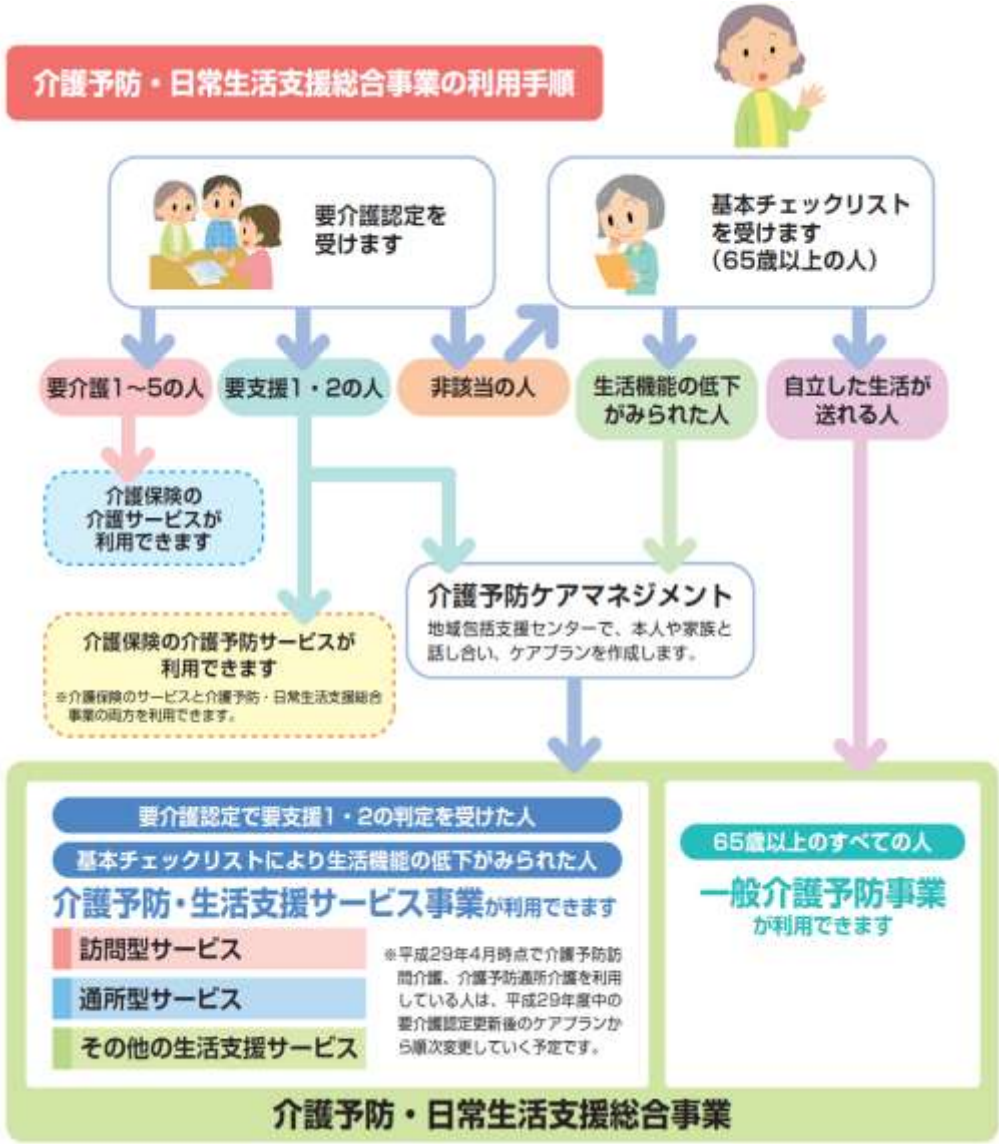
尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業 事業所説明会資料

介護保険事業担当課 給付担当

お問い合わせ : 06-6489-6322・6350

介護報酬の請求・過誤 : 06-6489-6350
居宅の届出、サービス計画 : 06-6489-6322

総合事業を利用するには（認定申請の流れ）

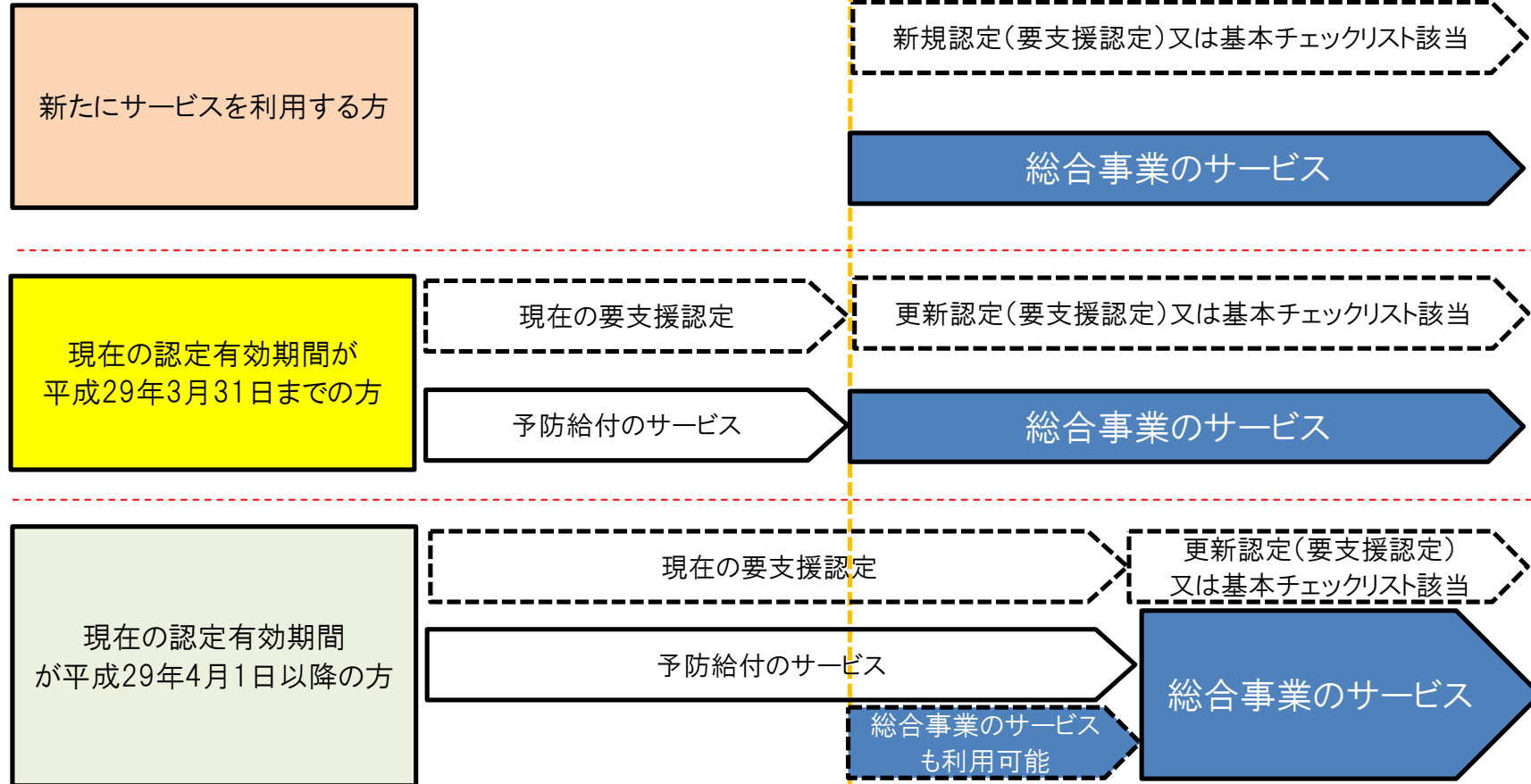


- 1 サービスが必要な場合は、要介護認定を受けてください
(健康体操などに参加したい場合は、要介護認定は必要ありません)
- 2 要支援1・2の認定を受けた場合は、介護予防ケアマネジメントを受けて、必要なサービスを利用します
- 3 非該当(自立)の判定を受けた場合でも、事業の利用が必要な場合は、基本チェックリストを受けます
- 4 基本チェックリストを受けた結果、生活機能の低下等がみられた場合は、介護予防ケアマネジメントで必要と判断された事業が利用できます

※要支援にならないよう、地域のサロンや健康体操などの、通い型の活動への参加を基本とします。

移行年度(平成29年度)における介護予防・生活支援サービス事業の対象者

平成29年4月1日



総合事業で利用できるサービスの種類 【訪問型サービス】

訪問型サービス(介護予防・生活支援サービス事業)



名 称	サービス内容	提 供 者	利 用 区 分
専 門 型 訪 問 サービス	身体介護・生活援助 ※認知症がある人や身体介護が必要な人などに対する専門的サービス	訪問介護員	週1回程度 週2回程度 週2回超 (要支援2のみ)
標 準 型 訪 問 サービス	生活援助(全般) ※上記に該当しない比較的軽度な要支援者に対する生活援助全般(老計第10号に規定する生活援助)	生活支援サポーター ※ただし、訪問介護員によるサービス提供も可 ※シルバー人材センターによる生活支援サポーターの人材派遣制度の活用も可	週1回程度 週2回程度 週2回超 (要支援2のみ)

以下は、指定事業所によるサービスではなく、近隣による支え合いとしての住民主体の活動です。

訪 問 型 支 え 合 い 活 動	生活援助(一部) ※老計第10号に規定する生活援助の一部 生活支援(軽易なもの) ※老計第10号の範囲外の支援	生活支援サポーター等 ※住民等による助け合い	適宜
----------------------	--	---------------------------	----

総合事業で利用できるサービス【通所型サービス】

通所型サービス(介護予防・生活支援サービス事業)



通所型サービスについては、利用者の個々の身体状況等に応じて、必要なサービスを選択できるよう、入浴と送迎を選択制(加算)とします。

また、要支援2の利用者についても、必要性に応じて、利用頻度が選べるよう、新たに週1回程度の区分を設けています。

【サービス名称:介護予防型通所サービス】

対象となる方	サービス区分		費用
事業対象者 (基本チェックリスト)	週1回未満	基本サービス	1,077単位/月
		送迎加算	160単位/月
		入浴加算	80単位/月
要支援1	週1回程度	基本サービス	1,347単位/月
		送迎加算	200単位/月
		入浴加算	100単位/月
要支援2	週1回程度	基本サービス	1,661単位/月
		送迎加算	245単位/月
		入浴加算	120単位/月
	週2回程度	基本サービス	2,757単位/月
		送迎加算	410単位/月
		入浴加算	210単位/月

■基本サービスと送迎、入浴の全てを利用される場合は、これまでと同じ費用になります。

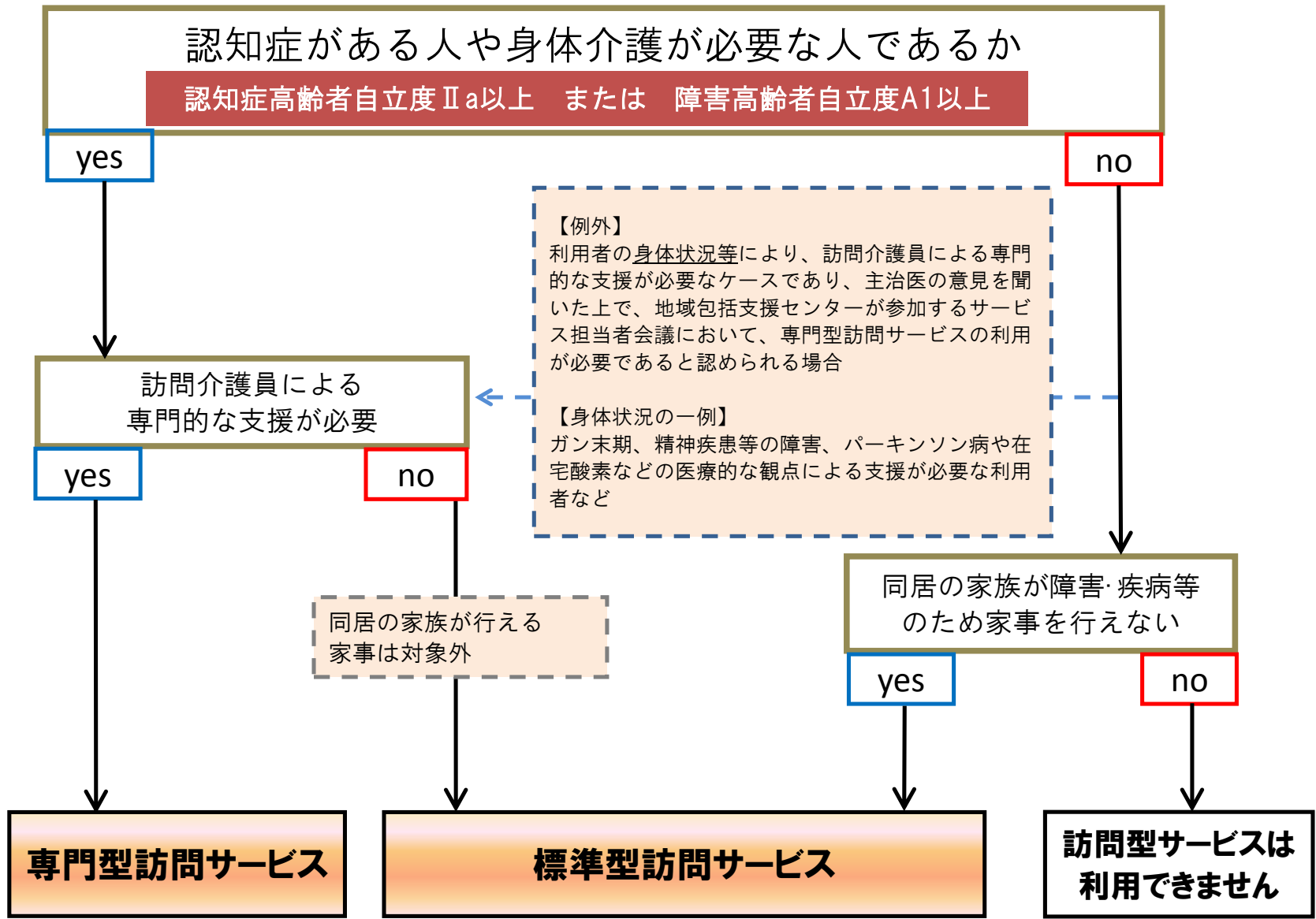
■1単位あたり10.45円であり、単位数に10.45円を乗じた額の1割または2割が利用者負担額です。

※1単位あたりの費用額は、3年に一度見直されるため、今後変更となる可能性があります。

(参考:サービスの内容)

サービス区分	サービス内容
基本サービス	通所介護施設における日常生活上の支援や生活行為向上のための支援
送迎加算	通所介護施設と自宅間の送迎サービス
入浴加算	清潔保持等のための入浴サービス

訪問型サービスの選択基準等【フロー】 【要支援1・2】



総合事業の給付管理について①

○ 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

1 様式の変更について

従来の「居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書」については、総合事業を実施します29年4月以降に対応するため、「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」(以下「届出書」という。)を兼用できるように様式を変更(次ページ参照)します。

(今後、本市HPに公開予定)

2 新たに届出書の提出が必要となる場合

(1) 新たにサービス利用する方は、届出書の提出が必要となります。

総合事業の実施に伴い、新たに基本チェックリストの実施により事業対象者となる方が、「標準型訪問サービス」又は「通所型サービス」を利用する場合は、事業対象者としての「届出書」の提出が必要です。

(2) 認定更新時等に、**要介護者から要支援者又は事業対象者に変更となる方が、「標準型訪問サービス」又は「通所型サービス」を利用する場合は、実施者が居宅介護支援事業者から地域包括支援センターに変更となるため、従来と同様に「届出書」の提出が必要です。**

(3) 認定更新時等に**要支援者から事業対象者に移行する方が、「標準型訪問サービス」又は「通所型サービス」を利用する場合は、事業対象者としての「届出書」の再提出が必要となります。**

総合事業の給付管理について②

○届出書の提出について

区 分	認定（更新）申請等		届出書の提出	給付管理事業者	
	前	後		前	後
要介護者	要介護	→ 要支援	再提出が必要	居宅介護支援事業者	→ 地域包括支援センター
	要介護	→ 事業対象者	再提出が必要	居宅介護支援事業者	→ 地域包括支援センター
要支援者	要支援	→ 要介護	再提出が必要	地域包括支援センター	→ 居宅介護支援事業者
	要支援	→ 事業対象者	再提出が必要	地域包括支援センター	→ 地域包括支援センター
事業対象者	事業対象者	→ 要介護	再提出が必要	地域包括支援センター	→ 居宅介護支援事業者
	事業対象者	→ 要支援	再提出が必要	地域包括支援センター	→ 地域包括支援センター

○利用するサービスとケアマネジメントの関係について

区 分	利用するサービス	ケアマネジメントの種類	サービスコード種類
要支援1 要支援2	総合事業サービスのみ	介護予防ケアマネジメント	AF
	予防給付 + 総合事業サービス	介護予防支援	46
	予防給付のみ	介護予防支援	46
事業対象者	総合事業サービスのみ※	介護予防ケアマネジメント	AF

※ 「事業対象者」は総合事業サービスのみ利用可能

※ 総合事業サービスは、訪問型サービス及び通所型サービスをいう。

総合事業サービスと予防給付のサービスを併せて利用する要支援者が、予防給付のサービス利用を停止した場合は、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに移行することとなりますが、この場合は、要支援者であることには変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、「届出書」の再提出は不要です。

○ 届出書の提出について

届出書の提出についての表は、要介護区分に応じて、認定（更新）申請等の際の届出書の提出について整理し、記載しております。

区分は、要介護者、要支援者及び事業対象者に分けております。

認定（更新）申請等の際、要介護認定の結果、前後で認定結果が異なる場合に届け出が必要となります。

届け出と同時に、給付管理者も前後で異なることにご注意願います。

事業対象者から要支援に区分が変更となった者については、給付管理事業者が地域包括支援センターから地域包括支援センターになりますので、給付管理事業者が同じですが、事業

対象者と要支援の者を別途管理している尼崎市のシステム管理上、届け出が必要となることにご注意ください。

○ 利用するサービスとケアマネジメントの関係について

サービスコードの種類は、介護予防ケアマネジメントがAF、予防給付が46です。

要支援者、事業対象者の区別なく、総合事業サービスである訪問型サービス及び通所型サービスのみを利用している場合は、介護予防ケアマネジメントとして分類し、コードはAFとなることにご注意願います。

総合事業の給付管理について③

○ 利用するサービスと給付管理票及びケアマネジメント費の整理について

次の表は、要支援者と事業対象者の区分に応じて、利用するサービスに対応して給付管理票の提出の要・不要、及び給付管理票に記載するサービスを一覧にしています。

- ① 予防給付に関する給付管理票提出の要・不要、及び給付管理票に記載するサービスは従来どおりです。
- ② 総合事業に関する給付管理票の提出の要・不要、及び給付管理票に記載するサービスを新たに整理する必要がある、整理したのが次ページ記載の一覧です。
ご注意) 総合事業の限度額管理の対象になりますのは、**※3記載の専門型訪問サービス、標準型訪問サービス及び通所型サービス**です。
- ③ 今までの予防給付に分類されていた訪問サービスと通所サービスが総合事業に移行しました。移行しましたが、限度額管理は、従前同様に必要となります。
- ④ 総合事業で、限度額管理が不要となりますのは、**※4記載の訪問型支え合い活動のみ**となります。
- ⑤ 確認になりますが、従来どおり予防給付で、限度額管理が不要となりますのは、**※2記載の介護予防居宅療養管理指導**です。

限度額管理で対象外となっても、介護予防プランの中でサービスを把握することは、利用者の状況を確認するために必要であることをご理解いただき、適正なプラン作成に取り組まれるようお願いいたします。

○利用するサービスと給付管理票、ケアマネジメント費の整理一覧

利用者	利用するサービス				給付管理票の提出	給付管理票に記載するサービス				ケアマネジメント費の種類 (サービスコード)
	予防給付		総合事業			予防給付		総合事業		
	限度額管理対象(※1)	限度額管理対象外(※2)	限度額管理対象(※3)	限度額管理対象外(※4)		限度額管理対象	限度額管理対象外	限度額管理対象	限度額管理対象外	
要支援者	○	-	-	-	必要	○	-	-	-	介護予防支援費(46)
	○	○	-	-	必要	○	-	-	-	介護予防支援費(46)
	○	-	○	-	必要	○	-	○	-	介護予防支援費(46)
	○	-	-	○	必要	○	-	-	-	介護予防支援費(46)
	○	○	○	-	必要	○	-	○	-	介護予防支援費(46)
	○	○	-	○	必要	○	-	-	-	介護予防支援費(46)
	○	-	○	○	必要	○	-	○	-	介護予防支援費(46)
	○	○	○	○	必要	○	-	○	-	介護予防支援費(46)
	-	○	-	-	不要	-	-	-	-	-
	-	○	○	-	必要	-	-	○	-	介護予防ケアマネジメント費(AF)
	-	○	○	○	必要	-	-	○	-	介護予防ケアマネジメント費(AF)
	-	-	○	-	必要	-	-	○	-	介護予防ケアマネジメント費(AF)
	-	-	○	○	必要	-	-	○	-	介護予防ケアマネジメント費(AF)
事業対象者	-	-	○	-	必要	-	-	○	-	介護予防ケアマネジメント費(AF)
	-	-	-	○	不要	-	-	-	-	-

※1 限度額管理対象(予防給付)

介護予防訪問入浴介護
介護予防訪問リハビリテーション
介護予防福祉用具貸与
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防短期入所療養介護
介護予防認知症対応型共同生活介護

介護予防訪問看護
介護予防通所リハビリテーション
介護予防認知症対応型通所介護
介護予防短期入所生活介護

※3 限度額管理対象(総合事業)

専門型訪問サービス
標準型訪問サービス
通所型サービス

※2 限度額管理対象外(予防給付)

介護予防居宅療養管理指導

※4 限度額管理対象外(総合事業)

訪問型支え合い活動

○ サービスの併用とケアプランの自己作成

サービスの併用について

○ 訪問型サービスと通所型サービスの併用

1か月の中で、訪問型サービスと通所型サービスを併用することはできません。

○ 訪問型サービスどうしの併用

1か月の中で、複数の事業所の訪問型サービスを併用することはできません。

1か月の中で、専門型訪問サービスと標準型訪問サービスを併用することはできません。

○ 通所型サービスどうしの併用

1か月の中で、複数の事業所の通所型サービスを併用することはできません。

1か月の中で、予防給付の通所リハビリと通所型サービスを併用することはできません。

1か月当たりの区分支給限度額

○事業対象者 : 5,003単位

○要支援1の方 : 5,003単位

○要支援2の方 : 10,473単位

同じサービスを異なる事業所に依頼し、利用することはできません。

介護予防ケアマネジメントの自己作成について

○ 総合事業におけるケアプランの自己作成(セルフケアプラン)について

国のガイドラインでは、

「総合事業では、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要であるが、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが適当である。」

とされています。

本市においても、総合事業のサービス利用に当たっては、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを基本としますので、

総合事業においては、自己作成(セルフケアプラン)の対応を不可とします。

(参考)事業対象者の介護保険被保険者証の記載

○基本チェックリストの実施による「事業対象者」が、総合事業サービスを利用する場合に、届出書を介護保険事業担当課に提出すると、

- ・「事業対象者」
- ・「基本チェックリスト実施年月日」
- ・介護予防ケアマネジメントを担当する「地域包括支援センター名」

が記載された介護保険被保険者証が発行されます。

介護保険被保険者証		(一)		(二)		
被 保 険 者	番 号	要介護状態区分等 事業対象者		給付制限		
	住 所	認定年月日	平成〇年〇月〇日			
	フリガナ	認定の有効期間	区分支給限度基準額		〇〇地域包括支援センター 届出年月日 平成〇年〇月〇日	
	氏 名	住宅サービス等	相当あたり	単位		
	生年月日	(うち種類)	サービスの種類	種類支給限度基準額		
交付年月日	意見及び	認定審査会の		介護保険施設等		
保険者番号 並びに 保険者の名称 及び印	サービスの					種類
2 8 2 0 2 0	種類の指定	事業対象者は、基本 チェックリスト実施年月日 が記載されます。		種類 名称 種類 名称		
兵庫県 尼崎 市 印	種類					内容 期間 開始年月日 終了年月日 開始年月日 終了年月日

○ 暫定プラン(サービス計画)の策定の考え方

○ 暫定サービス計画の取扱いについて

- ・ 従来の予防給付と同様に、総合事業においても、要介護(要支援)認定申請後、認定結果が出るまでの間は、要介護度が不明なため、正式なサービス計画を作成することはできません。
- ・ しかし、申請時点から適切かつ円滑なサービス利用を可能とするため、本市の総合事業においても、要介護度を仮置きした暫定的な内容のサービス計画を作成しておくことによりサービス利用が可能です。(当該計画は、申請時点まで遡及することができます。)
- ・ 介護サービス計画については居宅介護支援事業者が、介護予防サービス計画については地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センターが作成することとなるため、暫定的な内容のサービス計画と認定結果が異なる場合があります。
- ・ 円滑な支援がなされるように、暫定期間中に居宅介護支援事業者及び地域包括支援センターが相互に連携し、認定結果に相当する届出書を提出していただくこととなります。

次のページに記載している暫定プラン策定の考え方は、給付対象となる暫定期間中のサービスと区分決定後の給付対象となるサービスを記載しております。

まず、対象を次の4区分に分け、それぞれの場合について整理しております。

1 4つの区分

- ① 非該当者 ② 事業対象者 ③ 要支援1・2 ④ 要介護(1～5)

2 暫定プランの考え方

- ① 非該当者(新たにチェックリストの対象者となりますので、**暫定プランの適用はありません。**)

ア 非該当者が、チェックリストを受けた結果、事業対象者となった場合

総合事業サービスを利用することができます。

イ 非該当者が、チェックリストを受けた結果、事業対象者に該当しなかった場合

一般予防サービスを利用することができます。

※ **非該当者とは、要介護認定を受けた結果、非該当となった者をいいます。**

- ② 事業対象者(継続にあたっては新たにチェックリストを受けていただくこととなりますので、**暫定プランの適用はありません。**)

ア 要介護認定で非該当となり、チェックリストで事業対象者となった場合

総合事業サービスを利用することができます。

イ 要介護認定で非該当となり、チェックリストでも事業対象者とならなかった場合

一般予防サービスを利用することができます。

ウ 事業対象者が、要介護(支援)認定で要支援(1又は2)に該当した場合

暫定プラン期間中の総合事業サービス、予防給付サービスのいずれも、給付対象となります。

区分決定後も、総合事業サービス、介護給付サービスのいずれも、給付対象となります。

エ 事業対象者が、要介護(支援)認定で要介護(1～5)に該当した場合

暫定プラン期間中の総合事業サービス、介護給付サービスの**※いずれかが給付対象**となります。

区分決定後は、介護給付サービスが給付対象となります。

③ 要支援1・2の者

A 予防給付サービスのみを単独で利用している者

- ア 要介護(支援)認定で要支援1・2に該当した場合
暫定プラン期間中の予防給付サービスが給付対象となります。
- イ 要介護(支援)認定で非該当となった場合
暫定プラン期間中の予防給付サービスは給付対象外となります。
非該当者として、新たにチェックリストの対象者となります。

B 予防給付サービスと総合事業サービスを併用している者

- ア 要介護(支援)認定で要支援1・2に該当した場合
暫定プラン期間中の総合事業サービス、予防給付サービスのいずれも、給付対象となります。
- イ 要介護(支援)認定で非該当となった場合
暫定プラン期間中の予防給付サービスは給付対象外となります。
非該当者として、新たにチェックリストの対象者となります。

C 総合事業サービスのみを利用している者

- ア 要介護(支援)認定で要支援1・2に該当した場合
暫定プラン期間中の総合事業サービスが給付対象となります。
- イ 要介護(支援)認定で非該当となった場合
暫定プラン期間中の総合事業サービスは給付対象外となります。
非該当者として、新たにチェックリストの対象者となります。

A B C(共通)

- ウ 要介護(支援)認定で要介護1～5に該当した場合
暫定プラン期間中の総合事業サービス、介護給付サービスの**※いずれかが給付対象**となります。
区分決定後は、介護給付サービスが給付対象となります。

④ 要介護1～5の者

- ア 要介護(支援)認定で要介護1～5に該当した場合
暫定プラン期間中の介護給付サービスが給付対象となります。
- イ 要介護(支援)認定で要支援1・2に該当した場合
暫定プラン期間中の総合事業サービス、予防給付サービスのいずれも、給付対象となります。
- ウ 要介護(支援)認定で非該当となった場合
暫定プラン期間中の介護給付サービスは給付対象外となります。
非該当者として、新たにチェックリストの対象者となります。

※ いずれかが給付対象となる場合について

国は、要介護認定結果によって、要支援・事業対象者が要介護者となった場合に、暫定期間中のサービスが全額自己負担となることを避けるため、**介護給付の利用を開始するまでの間は、サービス事業によるサービスの利用のいずれかを継続することを可能**としています。

《参考》

総合事業ガイドラインQ&A(H27.3.31)

問4 の事例を参照のこと。

暫定プラン（サービス計画）の策定の考え方

前回認定区分	要介護(支援)認定		チェックリスト		給付対象となる暫定プラン 期間中のサービス	区分決定後の給付対象 となるサービス
① ※非該当者	非該当		ア 対象		—	総合事業サービス
			イ 対象外		—	一般予防サービス
② 事業対象者	非該当		ア 対象		—	総合事業サービス
			イ 対象外		—	一般予防サービス
	ウ 要支援				総合事業サービス 予防給付	総合事業サービス 予防給付
	エ 要介護				総合事業サービス、介護給付の いずれかを選択	介護給付
③ 要支援1・2	A 予防給付単独		ア 要支援		予防給付	予防給付
			イ 非該当		—	①非該当者へ
	B 総合事業併用		ア 要支援		総合事業サービス 予防給付	総合事業サービス 予防給付
			イ 非該当		—	①非該当者へ
	C 総合事業単独		ア 要支援		総合事業サービス	総合事業サービス
			イ 非該当		—	①非該当者へ
A B C	ウ 要介護				総合事業サービス、介護給付の いずれかを選択	介護給付
④ 要介護1・5	ア 要介護				介護給付	介護給付
	イ 要支援				総合事業サービス 予防給付	総合事業サービス 予防給付
	ウ 非該当				—	①非該当者へ

※ 非該当者とは、要介護認定を受けた結果、非該当となった者をいいます。

移行年度(平成29年度)における介護予防・生活支援サービス事業の対象者に係る請求区分

平成29年4月1日

【給付費請求コードの区分】

新たにサービスを利用する方

新規認定『要支援認定』

予防給付(訪問看護、通所リハ等)

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

新規認定『非該当』⇒基本チェックリスト該当

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

現在の認定有効期間が平成29年3月31日までの方

現在の要支援認定

更新認定『要支援認定』

予防給付

予防給付(訪問看護、通所リハ等)

予防訪問介護サービス(61)

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

予防通所介護サービス(65)

更新認定『非該当』⇒基本チェックリスト該当

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

現在の認定有効期間の終了日が平成29年4月1日以降の方

現在の要支援認定

更新認定『要支援認定』

予防給付

予防給付(訪問看護、通所リハ等)

予防訪問介護サービス(61)

予防給付、総合事業サービスのいずれかを選択利用可能ですので、予防給付を選択した場合は、予防訪問介護サービス(61)、予防通所介護サービス(65)、総合事業を選択した場合は、訪問型サービスA2、通所型サービスA6となります。

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

予防通所介護サービス(65)

更新認定『非該当』⇒基本チェックリスト該当

総合事業サービス(訪問型サービスA2、通所型サービスA6)

介護予防ケアマネジメント費及び介護予防支援費の請求・支払等について

事業種別	実施方法	請求	支払	「代理受領委任状」の取得
介護 予防 ケア マネジ メント	包括直接実施	包括⇒尼崎市⇒国保連	国保連⇒包括	不要
	包括から県内居宅介護支援事業所へ委託	県内居宅介護支援事業所⇒包括⇒尼崎市⇒国保連	国保連⇒包括・県内居宅介護支援事業所	必要
	包括から県外居宅介護支援事業所へ委託	県外居宅介護支援事業所⇒包括⇒尼崎市⇒国保連	国保連⇒包括⇒県外居宅介護支援事業所	不要
	尼崎市から他市町村包括に委託	他市町村包括⇒尼崎市	尼崎市⇒他市町村包括	不要
介護 予防 支援	包括直接実施	包括⇒国保連	国保連⇒包括	不要
	包括から県内居宅介護支援事業所へ委託	県内居宅介護支援事業所⇒包括⇒国保連	国保連⇒包括・県内居宅介護支援事業所	必要
	包括から県外居宅介護支援事業所へ委託	県外居宅介護支援事業所⇒包括⇒国保連	国保連⇒包括⇒県外居宅介護支援事業所	不要
	尼崎市から他市町村包括に登録	他市町村包括⇒国保連	国保連⇒他市町村包括	不要

* 住所地特例者も同様の取扱いとなります。

* 尼崎市のような要支援認定の更新時から順次、総合事業のサービスに移行する市町村においては認定更新までは予防給付(総合事業のサービス利用することも可能です)、認定更新以降は当該市町村の実施する総合事業のサービスを利用します。

サービスコード表・サービスコードマスタ

- ①A1、A2、A6のサービスコード表をホームページに公開しています。
- ②A2、A6のサービスコードマスタをホームページに公開します。
- ③A1(訪問型サービス・みなし)については国保中央会提供のサービスコードマスタを使用してください。

事業所所在地・種類コード別単価(尼崎市総合事業)

区分	市内事業所	市外事業所
A1	国が定める単位数×尼崎市の地域区分単価	国が定める単位数×事業所所在地の地域区分単価
A2・A6	尼崎市の単価 (尼崎市が定める単位数 × 尼崎市の地域区分単価)	

* サービスコードA1(訪問型のみなし指定事業者)については、事業所所在地における地域区分の単価が適用になります(介護予防訪問介護と同じ考え方)。

* サービスコードA2(みなし指定事業者を除いた訪問型指定事業者)・A6(全ての通所型指定事業者)については、利用者の住民登録地の尼崎市の地域区分単価が適用になります。

*** 尼崎市は5級地です。**

訪問介護・予防 10.70 円

通所介護・予防 10.45 円

平成29年4月以降のケアプラン作成料

区分	予防給付	総合事業(第1号事業)	
	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	
対象者	○認定有効開始日が H29年3月31日以前の『要支援者』 ○認定有効開始日が H29年4月1日以降の『要支援者』で、 かつ、提供月に「限度額管理対象の 予防給付」の利用がある『要支援者』	○認定有効開始日が H29年4月1日以降の『要支援者』で、 かつ、提供月に「第1号事業のみ」を 利用する『要支援者』	○『事業対象者』
対象サービス種別	予防給付(訪問看護、通所リハ等) 予防給付 + 第1号事業	第1号事業 ・訪問型サービス ・通所型サービス	
名称	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	
種別コード	46	費用コード (介護予防ケアマネジメントAF)	
作成内容	現行と同様	現行と同様	
実施機関	介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 居宅介護支援事業所に委託可能 (現行と同様)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所に委託可能 (現行と同様)	地域包括 支援センター
区分支給 限度基準額	要支援1 5,003単位	要支援2 10,473単位	事業対象者 5,003単位
報酬	現行と同様(基本単位430単位、初回加算300単位、小規模多機能連携加算300単位)※		

※ 居宅介護支援事業所に支払われる原案作成委託料の割合は80.68%です。(現行と同様)

※ 利用者負担は、1割又は2割です。(現行と同様)

尼崎市は5級地であり、地域単価は10.7円

要支援認定者(要支援1、要支援2)

⇒ 予防給付による介護予防支援

- ① 予防給付のサービスのみを利用(例:介護予防通所リハビリテーション)
- ② 予防給付と第1号事業のサービスの利用(例:介護予防訪問看護と通所型サービス)
- ③ 予防給付と第1号事業のサービスの利用(例:介護予防福祉用具貸与と訪問型地域支え合い活動)
- ④ 予防給付と一般介護予防事業の利用(例:介護予防福祉用具貸与といいき百歳体操)

要支援認定者(要支援1、要支援2)

⇒ 第1号事業による介護予防ケアマネジメント

- ① 第1号事業のサービスのみを利用(例:通所型サービス)
- ② 第1号事業と一般介護予防事業の利用(例:訪問型サービスといいき百歳体操)

事業対象者

⇒ 第1号事業による介護予防ケアマネジメント

- ① 第1号事業のサービスのみを利用(例:訪問型サービス)
- ② 第1号事業と一般介護予防事業の利用(例:通所型サービスとふれあいサロン)

地域区分と単価

サービス種類コード	地域区分	地域単価	内 容
A1	事業所所在地の地域区分	事業所所在地の地域区分単価	事業所の所在地を担当する地域区分及び単価を設定する。
A2	尼崎市の地域区分(5級地)	10.7円	①事業所を指定した市町村の所在地に相当する地域区分及び単価又は②10円を設定する。尼崎市の場合は、①(左記参照)とする。
A6		10.45円	
AF		10.7円	

※住所地特例者の場合は、サービスを提供する施設所在地の市町村の地域区分を設定する。

※4つの例示の事業所の指定は、すべて尼崎市による指定を受けているものとして考える。

例1) 尼崎市に所在するみなし指定を受けた専門型訪問サービス事業者が、
尼崎市の被保険者にサービス提供する場合
⇒ サービス種類コードは**A1**、地域区分単価は、10.7円

例2) B市に所在するみなし指定を受けた専門型訪問サービス事業者が、
尼崎市の被保険者にサービス提供する場合
⇒ サービス種類コードは**A1**、地域区分単価は、B市の単価

例3) 尼崎市に所在するみなし指定を受けていない専門型訪問サービス事業者が、
尼崎市の被保険者にサービス提供する場合
⇒ サービス種類コードは**A2**、地域区分単価は、10.7円

例4) B市に所在するみなし指定を受けていない専門型訪問サービス事業者が、
尼崎市の被保険者にサービス提供する場合
⇒ サービス種類コードは**A2**、地域区分単価は、10.7円 ※B市所在の事業者も10.7円となる。

サービス種類コード

事業所所在地	事業所指定	尼崎市の被保険者へのサービス提供	B市の被保険者へのサービス提供	B市の施設に居住する尼崎市の住所地特例者へのサービス提供	尼崎市の施設に居住するB市の住所地特例者へのサービス提供
尼崎市	尼崎市の指定を受けている場合	尼崎市のサービスコードにより請求	-	-	尼崎市のサービスコードにより請求
	B市の指定を受けている場合	-	B市のサービスコードにより請求	B市のサービスコードにより請求	-
B市	尼崎市の指定を受けている場合	尼崎市のサービスコードにより請求	-	-	尼崎市のサービスコードにより請求
	B市の指定を受けている場合	-	B市のサービスコードにより請求	B市のサービスコードにより請求	-

※ 他市町村(表のB市)の総合事業のサービスコード等は、他市町村へ問い合わせください。

公費の取り扱い

サービス 種類コード	12(生活保護)	25(中国残留)	81(原爆助成)	58(障害者施策利用)
A1	○	○	○	○
A2	○	○	○	○
A6	○	○	○	

※ ○印は、請求が可能な公費

取下げ依頼書の提出

介護給付費取下げ依頼書(過誤申立書)の様式を変更する予定です。

* 書類作成のご注意 : 被保険者番号の若い順、かつ、対象年月の古い順から記入していくよう
お願いします。

* 提出日のご注意 : 通常過誤は15日、同月過誤は25日まで(当日が閉庁日の場合はその
前日の開庁日)となっていますが、取下げ件数が50件を超える場合は、できる
だけ締切の2週間前には、提出してください。

請求関連の事務手続き 日割の算定方法

(平成28.3.31 厚生労働省事務連絡抜粋)

- 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。
- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
 - ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。
- ※サービス算定対象期間: 月の途中で開始した場合は、起算日から月末までの期間とする。
月の途中で終了した場合は、月初から起算日までの期間とする。

介護予防・日常生活支援総合事業の対象事由と起算日

区分	月途中の事由	起算日※2
開始	・区分変更(要支援Ⅰ⇄要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日
	・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	・利用者との契約開始	契約日
	・介護予防訪問介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、専門型訪問サービス、標準型訪問サービスの場合)	契約解除日の翌日
	・介護予防通所介護の契約解除(月額報酬対象サービスが、通所型サービスの場合)	
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1)	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・生保単独から生保併用への変更 (65歳になって被保険者資格を取得した場合)	資格取得日

区分	月途中の事由	起算日※2
終了	・区分変更(要支援Ⅰ⇄要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日
	・区分変更(事業対象者→要介護)	契約解除日
	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始	(廃止・満了日) (開始日)
	・利用者との契約解除	契約解除日
	・介護予防訪問介護の契約開始(月額報酬対象サービスが、専門型訪問サービス、標準型訪問サービスの場合)	サービス提供日の前日
	・介護予防通所介護の契約開始(月額報酬対象サービスが、通所型サービスの場合)	
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1)	入居日の前日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1)	サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

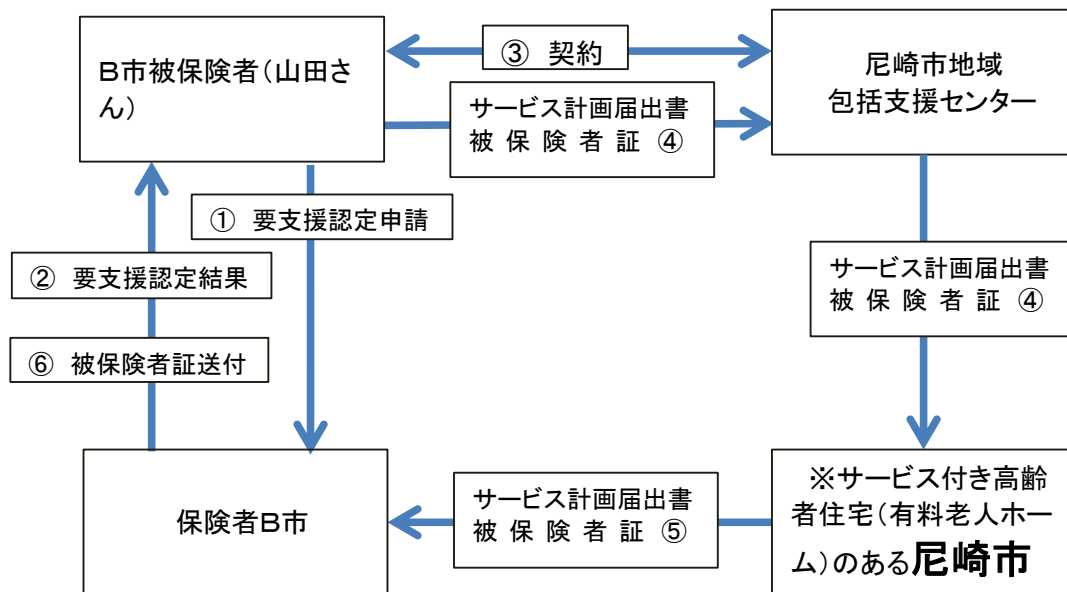
※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

本市総合事業の対象とする専門型訪問サービス、標準型訪問サービス及び通所型サービスは、介護予防訪問介護、介護予防通所介護と異なり、月途中での利用者との契約開始については、契約日から日割りで算定します。また、月途中での利用者との契約解除については、契約解除日まで日割で算定します。

住所地特例

B市被保険者である山田さんは、尼崎市内にあるサービス付き高齢者住宅で生活しています。この住宅は、住所地特例対象施設です。

- 1 要支援認定
住所地特例対象者の要支援認定については、被保険者(対象者)を管轄する保険者(B市)が行います。
- 2 事業対象者に該当するか否かの判定
住所地特例対象者に対する事業対象者か否かの判定(チェックリストの実施)は、当該被保険者(対象者)が居住する区域を管轄する尼崎市の地域包括支援センターが行います。
※尼崎市では、要支援認定を受けた結果、非該当者となった方にチェックリストを実施することになります。
- 3 尼崎市が対象とする総合事業(介護保険法第115条の45第1項第1号イ、ロに規定する事業)
(イ) 専門型訪問サービス、標準型訪問サービス(ロ)介護予防型通所サービス
住所地特例対象者に対する総合事業については、山田さんが住んでいるサービス付き高齢者住宅のある尼崎市が実施します。
- 4 総合事業サービスを利用するための手続
サービスを利用するためには、居宅(介護予防)サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼(変更)届出書(以下「サービス計画届出書」という。)の提出が必要です。



- ① 山田さんは、保険者B市に対して要支援認定申請を行います。
- ② 保険者B市は、要支援の認定後、その結果野通知書とともに被保険者証を山田さんに送付します。
- ③ 山田さんは、山田さんの住む地域を管轄する尼崎市の地域包括支援センターと介護予防支援の契約をします。
- ④ 山田さんご自身又は委任を受けた地域包括支援センターの職員が「サービス計画届出書」に必ず「被保険者証」を添付して、山田さんの住む尼崎市に届け出ることにより、介護予防支援の対象となるサービスの利用が可能となります。
- ※ 尼崎市が対象とする総合事業サービスを位置付ける場合は、尼崎市の指定を受けている事業所であることが必要です。
- ⑤ 尼崎市は、山田さんの「サービス計画届出書」及び「被保険者証」を山田さんの保険者であるB市に送付します。
- ⑥ 保険者B市は、必要事項を記載した被保険者証を山田さんに送付します。

【注意事項】

尼崎市で総合事業を受けるためには、要支援認定又はチェックリストによる事業対象者に該当していることが必要です。

事業対象者の該当の有無を実施(基本チェックリストの実施)するためには、要支援認定の結果、非該当となっていることが条件となりますのでご注意ください。

**尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業費
単位数サービスコード表
(平成29年4月版)**

- ① 要支援者については、平成29年4月1日以降、現在の要支援認定有効期間が終了するまでは、既に利用している介護予防訪問介護、介護予防通所介護を利用することができますので、従来のサービスコードをそのまま利用します。
移行期間(平成29年4月1日から平成30年3月31日まで)は、予防給付の方と総合事業の方が混在しますのでご注意ください。
- ② 要介護認定の更新又は区分変更により新たに要支援認定された場合は、総合事業の訪問型サービス、通所型サービスを利用することになりますので、総合事業のサービスコードを利用することになります。
- ③ 総合事業については、市町村によってサービスコード、基準等が異なります。
- ④ 尼崎市内の事業者が他市町村の被保険者(住所地特例対象者を除く。)に対してサービスを提供する場合は、当該市町村の基準等により、当該市町村の設定するサービスコードを使用します。
- ⑤ 尼崎市外の事業者が尼崎市の被保険者(住所者特例対象者を除く。)に対してサービスを提供する場合は、尼崎市の基準等により、尼崎市のサービスコードを使用します。

訪問型サービス

A1 専門型訪問サービス(みなし)

訪問型サービス(みなし)

平成27年3月31日までに介護予防訪問介護の指定を受けていた事業者が、引き続き、総合事業の専門型訪問サービスを実施する場合は、平成30年3月31日までは、総合事業の専門型訪問サービスを実施する「指定事業者」とみなします。

A1のコードは、当該みなし事業者が使用します。

A2 訪問型サービス(独自)

みなし指定以外の事業所で平成29年4月1日以降に専門型訪問サービス又は標準型訪問サービスの指定を受けた事業所はA2のコードを使用します。

通所型サービス

A6 通所型サービス

総合事業の通所型サービスは、尼崎市の独自基準で定めたものです。

みなしの指定事業者、新規の指定事業者にかかわらず、通所型サービスを実施する場合は、すべての事業者がA6のコードを使用します。

ただし、住所地特例対象者は除きます。

介護予防ケアマネジメント

AF 介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の者及び事業対象者が総合事業サービスを利用する場合は、介護予防ケアマネジメントに基づく介護予防ケアプランになりますので、「介護予防ケアマネジメントサービスコード」の費用コードを適用します。

AFのコードは介護予防ケアマネジメント各種に共通です。

訪問型サービス(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							
A1	1111	訪問型独自サービスⅠ	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅰ	要支援1・2 (週1回程度) 1,168 単位		1,168	1月 につき	
A1	1113	訪問型独自サービス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	訪問型独自サービスⅠ・同一				事業所と同一建物の利用者また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	1115	訪問型独自サービスⅠ・初任・同一			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		
A1	1211	訪問型独自サービスⅡ	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅱ	要支援1・2 (週2回程度) 2,335 単位		2,335		
A1	1213	訪問型独自サービス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	訪問型独自サービスⅡ・同一				事業所と同一建物の利用者また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	1215	訪問型独自サービスⅡ・初任・同一			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		
A1	1321	訪問型独自サービスⅢ	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅲ	要支援2(週2 回超) 3,704 単位		3,704		
A1	1323	訪問型独自サービス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	訪問型独自サービスⅢ・同一				事業所と同一建物の利用者また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	1325	訪問型独自サービスⅢ・初任・同一			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		
A1	4001	訪問型独自サービス初回加算	初回加算		200 単位加算	200		
A1	4002	訪問型独自サービス生活機能向上加算	生活機能向上加算		100 単位加算	100		
A1	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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48/1000 加算			
A1	6273	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	(2)で算定した単位数の90% 加算			
A1	6275	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	(2)で算定した単位数の80% 加算			

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用サービスコード)

A1	2111	訪問型独自サービスⅠ・日割	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅰ	要支援1・2 (週1回程度)		38	1日 につき	
A1	2113	訪問型独自サービスⅠ・初任・同一日割			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%	27		
A1	2114	訪問型独自サービスⅠ・同一・日割				事業所と同一建物の利用者また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	2115	訪問型独自サービスⅠ・初任・同一・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%	24		
A1	2211	訪問型独自サービスⅡ・日割	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅱ	要支援1・2 (週2回程度)		77		
A1	2213	訪問型独自サービスⅡ・初任・同一・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%	54		
A1	2214	訪問型独自サービスⅡ・同一・日割				事業所と同一建物の利用者また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	2215	訪問型独自サービスⅡ・初任・同一・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%	49		
A1	2321	訪問型独自サービスⅢ・日割	訪問型 サービ ス費(み なし)Ⅲ	要支援2(週2 回超)		122		
A1	2323	訪問型独自サービスⅢ・初任・同一・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%	85		
A1	2324	訪問型独自サービスⅢ・同一・日割				事業所と同一建物の利用者また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	2325	訪問型独自サービスⅢ・初任・同一・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%	77		

専門型訪問サービスコード表

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						
A2	1111	訪問型独自サービス専門型Ⅰ	専門型 訪問 サービス 費Ⅰ	要支援1・2 (週1回程度) 1,168 単位		1,168	1月 につき
A2	1113	訪問型独自サービス専門型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	
A2	1114	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・同一			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	1115	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・初任・同一			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	
A2	1211	訪問型独自サービス専門型Ⅱ	専門型 訪問 サービス 費Ⅱ	要支援1・2 (週2回程度) 2,335 単位		2,335	
A2	1213	訪問型独自サービス専門型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	
A2	1214	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・同一			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	1215	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・初任・同一			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	
A2	1321	訪問型独自サービス専門型Ⅲ	専門型 訪問 サービス 費Ⅲ	要支援2(週2 回超) 3,704 単位		3,704	
A2	1323	訪問型独自サービス専門型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	
A2	1324	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・同一			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	1325	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・初任・同一			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	
A2	4001	訪問型独自サービス初回加算	初回加算		200 単位加算	200	
A2	4002	訪問型独自サービス生活機能向上加算	生活機能向上加算		100 単位加算	100	
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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		
A2	6271	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	所定単位数の48/1000 加算		
A2	6273	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	(2)で算定した単位数の90% 加算		
A2	6275	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	(2)で算定した単位数の80% 加算		

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用サービスコード)

A2	2111	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・日割	専門型 訪問 サービス 費Ⅰ	要支援1・2 (週1回程度)		38	1日 につき
A2	2113	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・初任・同一日割			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%	27	
A2	2114	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・同一・日割			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	2115	訪問型独自サービス専門型Ⅰ・初任・同一・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%	24	
A2	2211	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・日割	専門型 訪問 サービス 費Ⅱ	要支援1・2 (週2回程度)		77	
A2	2213	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・初任・同一・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%	54	
A2	2214	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・同一・日割			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	2215	訪問型独自サービス専門型Ⅱ・初任・同一・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%	49	
A2	2321	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・日割	専門型 訪問 サービス 費Ⅲ	要支援2(週2 回超)		122	
A2	2323	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・初任・同一・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%	85	
A2	2324	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・同一・日割			事業所と同一建物の利用者また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	
A2	2325	訪問型独自サービス専門型Ⅲ・初任・同一・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%	77	

訪問型サービス(独自) 標準型訪問サービスコード表

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					
A2	1121	訪問型独自サービス標準型Ⅰ/2	標準型訪問サービス費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)	934	1月 につき
A2	1124	訪問型独自サービス標準型Ⅰ/2・同一		934 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	
A2	1221	訪問型独自サービス標準型Ⅱ/2	標準型訪問サービス費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)	1,868	
A2	1224	訪問型独自サービス標準型Ⅱ/2・同一		1,868 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	
A2	1331	訪問型独自サービス標準型Ⅲ/2	標準型訪問サービス費Ⅲ	要支援2(週2回超)	2,963	
A2	1334	訪問型独自サービス標準型Ⅲ/2・同一		2,963 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	
A2	4011	訪問型独自サービス初回加算/2	初回加算 160 単位加算(専門型訪問サービス単位×0.8)		160	
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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	
A2	6271	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 所定単位数の48/1000 加算	
A2	6273	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 (2)で算定した単位数の 90% 加算	
A2	6275	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 (2)で算定した単位数の 80% 加算	

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用サービスコード)

A2	2121	訪問型独自サービス標準型Ⅰ/2	標準型訪問サービス費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)	31	1日 につき
A2	2124	訪問型独自サービス標準型Ⅰ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	28	
A2	2221	訪問型独自サービス標準型Ⅱ/2	標準型訪問サービス費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)	61	
A2	2224	訪問型独自サービス標準型Ⅱ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	55	
A2	2331	訪問型独自サービス標準型Ⅲ/2	標準型訪問サービス費Ⅲ	要支援2(週2回超)	97	
A2	2334	訪問型独自サービス標準型Ⅲ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	87	

訪問型サービス(独自)標準訪問介護員派遣(平成29年度)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(H29年度訪問介護員派遣 経過措置期間)			合成 単位数	算定 単位
種類	項目						
A2	1131	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)		1,168	1月 につき
A2	1134	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2・同一		1,168 単位	事業所と同一建物の利用者また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	
A2	1231	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)		2,335	
A2	1234	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2・同一		2,335 単位	事業所と同一建物の利用者また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	
A2	1341	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅲ	要支援2(週2回超)		3,704	
A2	1344	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2・同一		3,704 単位	事業所と同一建物の利用者また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	
A2	4021	訪問型独自サービス初回加算/2	初回加算 160 単位加算(専門型訪問サービス単位×0.8)			160	
A2	6370	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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		
A2	6371	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 所定単位数の48/1000 加算		
A2	6373	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 (2)で算定した単位数の 90% 加算		
A2	6375	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 (2)で算定した単位数の 80% 加算		

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用サービスコード)

A2	2131	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)		38	1日 につき
A2	2134	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅰ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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	
A2	2231	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)		77	
A2	2234	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅱ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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	
A2	2341	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅲ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)		122	
A2	2344	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅲ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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	

訪問型サービス(独自)標準訪問介護員派遣(平成30年度)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(H30年度訪問介護員派遣 経過措置期間)			合成 単位数	算定 単位
種類	項目		標準型 訪問 サービス 費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)			
A2	1131	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)		1,051	1月 につき
A2	1134	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2・同一		1,051 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	946	
A2	1231	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)		2,101	1月 につき
A2	1234	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2・同一		2,101 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	1,891	
A2	1341	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅲ	要支援2(週2回超)		3,333	1月 につき
A2	1344	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2・同一		3,333 単位	事業所と同一建物の利用者また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%	3,000	
A2	4021	訪問型独自サービス初回加算/2	初回加算	160 単位加算(専門型訪問サービス単位×0.8)		160	1月 につき
A2	6370	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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		
A2	6371	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	所定単位数の48/1000 加算		
A2	6373	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	(2)で算定した単位数の 90% 加算		
A2	6375	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	(2)で算定した単位数の 80% 加算		

契約期間が1月に満たない場合(日割計算用サービスコード)

A2	2131	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅰ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅰ	事業対象者・要支援 1・2(週1回程度)		35	1日 につき
A2	2134	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅰ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	32		
A2	2231	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅱ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅱ	事業対象者・要支援 1・2(週2回程度)		69	
A2	2234	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅱ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	62		
A2	2341	訪問型独自サービス標準型(訪問介護員派遣)Ⅲ/2	標準型 訪問 サービス 費Ⅲ	要支援2(週2回超)		110	
A2	2344	訪問型独自サービス標準型訪問介護員派遣)Ⅲ/2・同一		事業所と同一建物の利用者また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%	99		

* 国の報酬改定が予定されている平成30年度には、本市の利用状況等を勘案し報酬等について、本市が独自の見直しを行う予定です。

介護予防型通所サービス(独自)サービスコード表(平成29年4月1日～)

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				
A6	1011	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I	送迎、入浴なし	1,077 単位	1,077 1月につき
A6	1012	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I 日割	送迎、入浴なし	35 単位	35 1日につき
A6	1021	通所型独自サービス(送迎あり) I /2	送迎のみあり (送迎加算160単位)	1,237 単位	1,237 1月につき
A6	1022	通所型独自サービス(送迎あり) I /2日割	送迎のみあり (送迎加算160単位)	41 単位	41 1日につき
A6	1031	通所型独自サービス(入浴あり) I /3	入浴のみあり (入浴加算80単位)	1,157 単位	1,157 1月につき
A6	1032	通所型独自サービス(入浴あり) I /3日割	入浴のみあり (入浴加算80単位)	38 単位	38 1日につき
A6	1041	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算240単位)	1,317 単位	1,317 1月につき
A6	1042	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4日割	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算240単位)	43 単位	43 1日につき
A6	1211	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II	送迎、入浴なし	1,347 単位	1,347 1月につき
A6	1212	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II 日割	送迎、入浴なし	44 単位	44 1日につき
A6	1221	通所型独自サービス(送迎あり) II /2	送迎のみあり (送迎加算200単位)	1,547 単位	1,547 1月につき
A6	1222	通所型独自サービス(送迎あり) II /2日割	送迎のみあり (送迎加算200単位)	51 単位	51 1日につき
A6	1231	通所型独自サービス(入浴あり) II /3	入浴のみあり (入浴加算100単位)	1,447 単位	1,447 1月につき
A6	1232	通所型独自サービス(入浴あり) II /3日割	入浴のみあり (入浴加算100単位)	48 単位	48 1日につき
A6	1241	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算300単位)	1,647 単位	1,647 1月につき
A6	1242	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4日割	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算300単位)	54 単位	54 1日につき
A6	1311	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III	送迎、入浴なし	1,661 単位	1,661 1月につき
A6	1312	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III 日割	送迎、入浴なし	55 単位	55 1日につき
A6	1321	通所型独自サービス(送迎あり) III /2	送迎のみあり (送迎加算245単位)	1,906 単位	1,906 1月につき
A6	1322	通所型独自サービス(送迎あり) III /2日割	送迎のみあり (送迎加算245単位)	63 単位	63 1日につき
A6	1331	通所型独自サービス(入浴あり) III /3	入浴のみあり (入浴加算120単位)	1,781 単位	1,781 1月につき
A6	1332	通所型独自サービス(入浴あり) III /3日割	入浴のみあり (入浴加算120単位)	59 単位	59 1日につき
A6	1341	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算365単位)	2,026 単位	2,026 1月につき
A6	1342	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4日割	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算365単位)	67 単位	67 1日につき
A6	1411	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV	送迎、入浴なし	2,757 単位	2,757 1月につき
A6	1412	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV 日割	送迎、入浴なし	91 単位	91 1日につき
A6	1421	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2	送迎のみあり (送迎加算410単位)	3,167 単位	3,167 1月につき
A6	1422	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2日割	送迎のみあり (送迎加算410単位)	104 単位	104 1日につき
A6	1431	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3	入浴のみあり (入浴加算210単位)	2,967 単位	2,967 1月につき
A6	1432	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3日割	入浴のみあり (入浴加算210単位)	98 単位	98 1日につき
A6	1441	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算620単位)	3,377 単位	3,377 1月につき
A6	1442	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4日割	送迎、入浴あり (送迎、入浴加算620単位)	111 単位	111 1日につき

通所型サービス費(独自)

事業対象者
(週1回未満)

要支援1
(週1回程度)

要支援2
(週1回程度)

要支援2
(週2回程度)

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						
A6	6409	通所型独自サービス若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者受入加算		240 単位加算	240	
A6	5410	通所型独自サービス生活機能向上グループ活動加算	生活機能向上グループ活動加算		100 単位加算	100	
A6	5402	通所型独自サービス運動器機能向上加算	運動器機能向上加算		225 単位加算	225	
A6	5403	通所型独自サービス栄養改善加算	栄養改善加算		150 単位加算	150	
A6	5404	通所型独自サービス口腔機能向上加算	口腔機能向上加算		150 単位加算	150	
A6	5406	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ 1	ビ選 施ス択 加複的 算数サ 実 算	選択的サービス 複数実施加算 (1)	運動器機能向上及び栄養改善	480 単位加算	480
A6	5407	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ 2			運動器機能向上及び口腔機能改善	480 単位加算	480
A6	5408	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ 3			栄養改善及び口腔機能改善	480 単位加算	480
A6	5409	通所型独自複数サービス実施加算Ⅱ		選択的サービス複 数実施加算(2)	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能改善	700 単位加算	700
A6	5405	通所型独自サービス事業評価加算	事業所評価加算		120 単位加算	120	
A6	6409	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅰ 1 1	サ 制 強ビ 化ス 加提 算供 体	サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)イ	事業対象者・要支援1・要支援2 (週2回未満)	72 単位加算	72
A6	6410	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅰ 1 2				要支援2 (週2回程度)	144 単位加算
A6	6401	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅰ 2 1		サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)ロ	事業対象者・要支援1・要支援2 (週2回未満)	48 単位加算	48
A6	6402	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅰ 2 2				要支援2 (週2回程度)	96 単位加算
A6	6405	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅱ 1		サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1・要支援2 (週2回未満)	24 単位加算	24
A6	6406	通所型独自サービス事業提供体制加算Ⅱ 2				要支援2 (週2回程度)	48 単位加算
A6	6010	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	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			
A6	6011	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22/1000 加算			
A6	6013	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) (2)で算定した単位数の90%加算			
A6	6015	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) (2)で算定した単位数の80%加算			

送迎加算は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は適用しない。

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								
A6	8011	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I	事業対象者 (週1回未満)	送迎、入浴なし	1,077 単位	定員超過の場合 ×70%	754	1月につき	
A6	8012	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I 日割		送迎、入浴なし	35 単位		25	1日につき	
A6	8021	通所型独自サービス(送迎あり) I /2		送迎のみあり	1,237 単位		866	1月につき	
A6	8022	通所型独自サービス(送迎あり) I /2日割		送迎のみあり	41 単位		29	1日につき	
A6	8031	通所型独自サービス(入浴あり) I /3		入浴のみあり	1,157 単位		810	1月につき	
A6	8032	通所型独自サービス(入浴あり) I /3日割		入浴のみあり	38 単位		27	1日につき	
A6	8041	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4		送迎、入浴あり	1,317 単位		922	1月につき	
A6	8042	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4日割		送迎、入浴あり	43 単位		30	1日につき	
A6	8211	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II		要支援1 (週1回程度)	送迎、入浴なし		1,347 単位	943	1月につき
A6	8212	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II 日割			送迎、入浴なし		44 単位	31	1日につき
A6	8221	通所型独自サービス(送迎あり) II /2			送迎のみあり		1,547 単位	1,083	1月につき
A6	8222	通所型独自サービス(送迎あり) II /2日割			送迎のみあり		51 単位	36	1日につき
A6	8231	通所型独自サービス(入浴あり) II /3			入浴のみあり		1,447 単位	1,013	1月につき
A6	8232	通所型独自サービス(入浴あり) II /3日割			入浴のみあり		48 単位	34	1日につき
A6	8241	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4			送迎、入浴あり		1,647 単位	1,153	1月につき
A6	8242	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4日割			送迎、入浴あり		54 単位	38	1日につき
A6	8311	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III	要支援2 (週1回程度)	送迎、入浴なし	1,661 単位	1,163	1月につき		
A6	8312	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III 日割		送迎、入浴なし	55 単位	39	1日につき		
A6	8321	通所型独自サービス(送迎あり) III /2		送迎のみあり	1,906 単位	1,334	1月につき		
A6	8322	通所型独自サービス(送迎あり) III /2日割		送迎のみあり	63 単位	44	1日につき		
A6	8331	通所型独自サービス(入浴あり) III /3		入浴のみあり	1,781 単位	1,247	1月につき		
A6	8332	通所型独自サービス(入浴あり) III /3日割		入浴のみあり	59 単位	41	1日につき		
A6	8341	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4		送迎、入浴あり	2,026 単位	1,418	1月につき		
A6	8342	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4日割		送迎、入浴あり	67 単位	47	1日につき		
A6	8411	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV	要支援2 (週2回程度)	送迎、入浴なし	2,757 単位	1,930	1月につき		
A6	8412	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV 日割		送迎、入浴なし	91 単位	64	1日につき		
A6	8421	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2		送迎のみあり	3,167 単位	2,217	1月につき		
A6	8422	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2日割		送迎のみあり	104 単位	73	1日につき		
A6	8431	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3		入浴のみあり	2,967 単位	2,077	1月につき		
A6	8432	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3日割		入浴のみあり	98 単位	69	1日につき		
A6	8441	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4		送迎、入浴あり	3,377 単位	2,364	1月につき		
A6	8442	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4日割		送迎、入浴あり	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								
A6	9011	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I	事業対象者 (週1回未満)	送迎、入浴なし	1,077 単位	看護・介護職員が 欠員の場合 ×70%	754	1月につき	
A6	9012	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) I 日割		送迎、入浴なし	35 単位		25	1日につき	
A6	9021	通所型独自サービス(送迎あり) I /2		送迎のみあり	1,237 単位		866	1月につき	
A6	9022	通所型独自サービス(送迎あり) I /2日割		送迎のみあり	41 単位		29	1日につき	
A6	9031	通所型独自サービス(入浴あり) I /3		入浴のみあり	1,157 単位		810	1月につき	
A6	9032	通所型独自サービス(入浴あり) I /3日割		入浴のみあり	38 単位		27	1日につき	
A6	9041	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4		送迎、入浴あり	1,317 単位		922	1月につき	
A6	9042	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) I /4日割		送迎、入浴あり	43 単位		30	1日につき	
A6	9211	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II		要支援1 (週1回程度)	送迎、入浴なし		1,347 単位	943	1月につき
A6	9212	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) II 日割			送迎、入浴なし		44 単位	31	1日につき
A6	9221	通所型独自サービス(送迎あり) II /2			送迎のみあり		1,547 単位	1,083	1月につき
A6	9222	通所型独自サービス(送迎あり) II /2日割			送迎のみあり		51 単位	36	1日につき
A6	9231	通所型独自サービス(入浴あり) II /3			入浴のみあり		1,447 単位	1,013	1月につき
A6	9232	通所型独自サービス(入浴あり) II /3日割			入浴のみあり		48 単位	34	1日につき
A6	9241	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4	送迎、入浴あり		1,647 単位	1,153	1月につき		
A6	9242	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) II /4日割	送迎、入浴あり		54 単位	38	1日につき		
A6	9311	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III	要支援2 (週1回程度)	送迎、入浴なし	1,661 単位	1,163	1月につき		
A6	9312	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) III 日割		送迎、入浴なし	55 単位	39	1日につき		
A6	9321	通所型独自サービス(送迎あり) III /2		送迎のみあり	1,906 単位	1,334	1月につき		
A6	9322	通所型独自サービス(送迎あり) III /2日割		送迎のみあり	63 単位	44	1日につき		
A6	9331	通所型独自サービス(入浴あり) III /3		入浴のみあり	1,781 単位	1,247	1月につき		
A6	9332	通所型独自サービス(入浴あり) III /3日割		入浴のみあり	59 単位	41	1日につき		
A6	9341	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4		送迎、入浴あり	2,026 単位	1,418	1月につき		
A6	9342	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) III /4日割	送迎、入浴あり	67 単位	47	1日につき			
A6	9411	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV	要支援2 (週2回程度)	送迎、入浴なし	2,757 単位	1,930	1月につき		
A6	9412	通所型独自サービス(送迎、入浴なし) IV 日割		送迎、入浴なし	91 単位	64	1日につき		
A6	9421	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2		送迎のみあり	3,167 単位	2,217	1月につき		
A6	9422	通所型独自サービス(送迎あり) IV /2日割		送迎のみあり	104 単位	73	1日につき		
A6	9431	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3		入浴のみあり	2,967 単位	2,077	1月につき		
A6	9432	通所型独自サービス(入浴あり) IV /3日割		入浴のみあり	98 単位	69	1日につき		
A6	9441	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4		送迎、入浴あり	3,377 単位	2,364	1月につき		
A6	9442	通所型独自サービス(送迎、入浴あり) IV /4日割		送迎のみあり	111 単位	78	1日につき		

介護予防ケアマネジメント サービスコード表

費用コード	ケアマネジメントの種類	単位数	委託料	備考
1001	介護予防ケアマネジメントA	430	4,601 円	
1002	介護予防ケアマネジメントA+初回加算	730	7,811 円	
1003	介護予防ケアマネジメントA+小規模多機能連携加算	730	7,811 円	
1004	介護予防ケアマネジメントA+初回加算+小規模多機能連携加算	1,030	11,021 円	

* 介護予防ケアマネジメントのサービスコードの種類は、「AF」で共通している。