鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 ケアマネジメントの流れ

		y y a f t y t i a piun o	
業務の流れ	地域包括支援センター 井	旨定居宅介護支援事業所	サービス提供事業所
1. 相談	○相談の目的と希望するサービ	スを聞き取る。	
	○総合事業(目的・内容・手続き	き等)、要介護認定等の申請、一般	
	介護予防事業の説明を行う。		
2.利用申込の	○要介護認定がある場合		
受付	要介護認定→居宅介護支援事業	業所が担当する。	
	・要支援認定→包括支援センタ	ー又は委託の居宅介護支援事業所	
	が担当する。		
	○要介護認定がない場合		
	・原則として、要介護認定申請	につなぐ <u>。</u>	
	その際、相談者が要支援者に	相当する者であり、迅速な総合事	
	業の利用につなぐ必要がある	場合は、基本チェックリストによ	
	る総合事業対象者の判定につ	なぐ。ただし、対象者となった後	
	も要介護認定申請が可能であ	ることも説明する。	
	○要介護認定の申請をする時に	「介護予防サービス・介護予防ケ	
	アマネジメント依頼書(変更)届出書」 の提出をする。	
	○第2号被保険者は、要介護認定	定等申請を行う。	
3. 契約の締結		○委託契約書にて地域包括支	○介護予防サービス
		援センターと契約締結する。	の契約に追加して、
		【必要書類】	介護予防・日常生活
		・介護予防サービス・支援計画	支援総合事業の契
		作成委託契約書	約も締結する。
		・新予防給付ケアマネジメント	○事業所の機能や特
		業務の受託に係る誓約書	色をわかりやすく
		・新予防給付ケアマネジメント	説明すること
		業務の委託意向申出書	
	※現委託契約を締結している居	・新予防給付ケアマネジメント	
	宅介護支援事業者と包括支援も	業務従事(予定者)一覧	
	ンターは、介護予防ケアマネシ	・介護支援専門員証の写し	
	メント委託のための業務委託契	※初回契約で1年毎に更新さ	
	約を「平成29年4月1日」で	れる。マネジメント担当者の追	
	締結することとなる。	加時は、業務従事者一覧と介護	
		支援専門員証を提出する。	
	○利用者と契約を締結する。	○利用者と契約を締結する。	
	【必要書類】	【必要書類】	
	・介護予防支援及び介護予防マ	・介護予防支援及び介護予防マ	
	ネジメント契約書	ネジメント契約書	
	・重要事項説明書	• 重要事項説明書	
	・個人情報に関する同意書	・個人情報に関する同意書	
	(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)	(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)	
	○要介護認定結果判明後にサー	ー ビスを利用する場合は、認定結果確	認後に契約を締結する。

業務の流れ	地域包括支援センター	指定居宅介護支援事業所	サービス提供事業所	
4. 要介護認定	○要介護認定1~5の場合		○サービス提供前に	
結果の確認	指定居宅介護支援事業所が担当	必ず介護保険被保険		
	を行う。		者証の確認をする。	
	○要介護認定が非該当の場合			
	包括支援センターが対応する。	一般介護予防事業の案内など。		
	○要支援認定1・2の場合			
	包括支援センター又は居宅介護	(支援事業者 (委託) が担当する。		
	通常通りのケアマネジメントを	行う。		
	【要介護認定とサービス利用】			
	○要介護認定1~5の利用者が介	·護保険サービスを利用する場合		
	介護保険被保険者証に「要介護	賃1~5」の記載を確認。		
	○要支援認定1・2の利用者が	「介護予防サービス」を利用する		
	場合			
	介護保険被保険者証に「要支援	(1・2) の記載があるか確認。		
	○要支援認定1・2の利用者が			
	介護予防・日常生活支援総合事			
	介護保険被保険者証に「要支援			
	○要支援認定1・2の利用者が			
	総合事業」のみ利用 する場合			
	・介護保険被保険者証に 「要支援			
	介護保険認定申請より先に迅速	をに鹿屋市介護予防・日常生活支		
	援総合事業を利用する場合は、	鹿屋市で 名簿登録後、介護保険		
	被保険者証が発行されるので、	被保険証に 「事業対象者」 と記		
	載があるか確認。	載があるか確認。		
	・平成29年3月までの間に、現	在の鹿屋市高齢者自立支援事業		
	又は、鹿屋市高齢者筋力向上ト	・レーニング事業を利用している		
	利用者は、チェックリスト対象	者となり届出を行った者は、		
	鹿屋市で名簿登録後、介護保険	放保険者証が発行されるので、		
	被保険者証に 「事業対象者」 と	記載があるか確認。		
5.アセスメン	○利用者宅を訪問しアセスメント	・を実施する。	○本人、家族の意向な	
トの実施	・認定調査票および主治医意見書	い情報開示を行う。	どを含めたアセス	
	・利用者基本情報の作成、修正、	追加を行う。	メントを行う。	
	・チェックリストの実施。 チェッ	ックリストは、基本的に本人に記 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		
	入 してもらう。本人への聞き取			
	・興味・関心シートの作成・活用	きする。		
	・利用者の意向、家族の意向など	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		
	する。			
	・サービスの選択の根拠を確認。			
	・ICFからみた介護予防のアセ	スメントの視点で確認する。		
	・サービス種類の説明、利用料金	等の説明を行う。		

	カ・日常生活文抜総合事業 ク 	, · · · , , , , , , , , , , , , , , , ,)
業務の流れ	包括支援センター	居宅介護支援事業所	サービス提供事業所
6. 支援計画書	○介護予防サービス・支援計画書		○支援計画書を基に個
の原案作成	・介護予防支援、ケアマネジメントAは、サブセンター又は居宅		別援助計画書を作成す
	介護支援事業所が作成。		る。
	・ <u>ケアマネジメントA・B、基</u> 幹	² 型包括支援センターが作成。	
	○介護予防ケアマネジメントは、	包括支援センターが実施、又は	
	介護予防ケアマネジメントの-	一部を指定居宅介護支援事業所	
	に委託し、当該事業所の介護す	て援専門員によって実施できる。	
	○ケアプラン作成の際には、本人	・家族と①本人のしたい生活(生	
	活目標) のイメージを共有し、	②生活の目標が達成されるため	
	には「維持・改善すべき課題」	(目標) の解決を図ることが大	
	切であること、③目標が達成さ	れたら、生活機能を維持し、さ	
	らに高めていくために、次のス	テップの場である様々な通う場	
	や社会参加の場に通うことが	大切であることを説明しておく	
	ことが重要となる。		
	・「維持・改善すべき課題」別の	代表的な状態分類として、	
	①健康管理の支援が必要な者、	②体力の改善に向けた支援が必	
	要な者、③ADLやIADLの)改善に向けた支援が必要な者、	
	④閉じこもりに対する支援が必	公要な者、⑤家族等の介護者への	
	負担軽減が必要な者		
	 ○本人のステップアップとなる場	易となる社会資源がない場合は、	
	地域ケア会議の場等活用して	生活支援コーディネーターや市	
	町村等に情報提供することが多	望ましい。	
6 - 1	○介護予防サービス・支援計画書	に、予防給付(介護保険サービ	
予防給付を利	ス)を位置づけ計画を作成する) ₀	
用			
6-2	○介護予防サービス・支援計画書	に、予防給付(介護保険サービ	
予防給付と介	 ス)と介護予防・生活支援サー	・ビス事業、一般介護予防事業を	
護予防·生活支	盛り込んだ計画を作成する。		
援サービス事			
業の併用			
6-3	○介護予防サービス・支援計画書	 トトに、介護予防・生活支援サービ	
介護予防・生活	ス事業、一般介護予防事業を位		
支援サービス			
事業を利用			
7,20,14/14			

業務の流れ	包括支援センター	居宅介護支援事業者	サービス提供事業者
7. サービス担	○サービス担当者会議は、一事	- 5例について、初回、ケアプランの	○各専門職の視点か
当者会議	目標が達成する時期ごとに関	ら、アセスメントで	
	○会議開催時には、ケアマネジ	不足している視点、	
	家族構成などの基本情報、	新たな維持・改善す	
	持・改善すべき課題とそれに	べき課題の有無・内	
	の説明をする。		容、効果的な支援方
	○会議開催前には、「○○さん	の自立を支援するためには、どの	法など助言する。
	ような支援が必要か」をまず	○介護予防サービス・	
	ームをどのように構成するか	検討する。	支援計画書を具体的
	○サービス提供事業者だけでな	く必要に応じて、リハビリテーシ	に確認し、サービス
	ョン専門職等の参加を依頼し	、対象者の有する能力はどの程度	利用回数や内容等を
	あるのか、改善できるのかと	いう見通し、効果的な支援方法を	決定 する。
	入手し、自立支援の視点に立	こったケアマネジメントを目指す。	○サービス提供の変更
			や請求について、事
			前説明をすること。
8. 介護予防サ	○介護予防サービス・支援計画	i書の内容を、利用者、家族に説明	○同意を得た介護予防
ービス・支援計	し同意を得る。(計画書に同 意	意を得た日付、署名、捺印が必要。)	サービス・支援計画
画書の説明・同			書に基づいて、個別
意			援助計画書を作成。
			○個別援助計画書の説
			明をし同意を得る。
9. 介護予防サ	○同意を得た介護予防サービス	支援計画書を、その場で参加者	○介護予防サービス・
ービス・支援計	に 交付 する。交付した旨を紹	経過記録に記載する。	支援計画書(写)を
画書の交付	○介護予防サービス・支援計画	『書(原本)を保管する。利用者も	保管する。
	保管する。		○個別援助計画書の交
	○サービス提供事業所から個別	川援助計画書を受取る。	<u>付</u> をする。
10.サービス	○各サービス提供事業所からの	の連絡をもとにサービス提供票を	○サービス提供票を確
提供票の交付	作成する。		認する。
	○サービス提供票を事業者に達	性付する。	
11.サービス		及びサービス提供事業所にサービ	○介護予防サービス・
の利用	ス利用状況を確認・調整する) ₀	支援計画書に基づい
			て作成した個別援助
			計画書に沿ってサー
			ビスの提供をする。
			必要に応じて個別サ
			ービス計画を見直
			す。

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 ケアマネジメントの流れ

業務の流れ	包括支援センター		居宅介護支援事業者	サービス提供事業者
11.サービス	○要介護1~5の者	介護サ	ービス(在宅系サービス、施設・原	居住系サービス等)
の利用	○要支援1・2の者	介護予防サービス(訪問看護、福祉用具等) 介護予防・生活支援サービス事業(訪問・通所サービス等) ・国の基準による訪問型サービス・通所型サービス(相当サービス) ・鹿屋市高齢者自立支援生活支援事業(訪問型サービスA) ・鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業(通所型サービスC) ・一般介護予防事業(サロン・ぴんぴん元気教室)		
	○認定非該当の者	一般介	護予防事業(サロン・ぴんぴん元気	気教室)
12.給付管理				
12-1 介護予防サー ビスの利用	○毎月10日までに国 請求を行う。 (介護予防支援費)	保連に	○毎月5日までに包括支援センターに実績報告を行う。・サービス提供票(実績入り)・業務委託報告書・委託対象者名簿	○実績を報告する。
12-2 介護予防サー ビスと総合事 業の併用	○毎月10日までに国 請求を行う。 (介護予防支援)	保連に	○翌月5日までに包括支援センターに実績報告を行う。 ・サービス提供票(実績入り)・業務委託報告書・委託対象者名簿 ・事業対象者名簿	○実績を報告する。
12-3 介護予防・生活 支援サービス 事業(通所型サ ービスC)	○翌月の10日までに に請求する。 (ケアマネジメントA			○実績を報告する。・利用者負担を利用者から徴収する。・利用者負担を除いたサービス単価を委託料として請求する。
12-4 介護予防・生活 支援サービス 事業(訪問型サ ービスA)	○翌月の10日までにに請求する。・サービス提供票(実施・実績報告書・事業対象者名簿(ケアマネジメントB)	責入り)		○実績を報告する。・利用者負担を利用者から徴収する。・利用者負担を除いたサービス単価を委託料として請求する。
※注意		に請求の	 1日から一斉に請求の仕方が変わ 0仕方が変わるので、毎月の更新申 よど工夫が必要。	_

包括支援センター サービス提供事業所 業務の流れ 居宅介護支援事業所 13.区分支給 ○事業対象者は、5003単位。例外的に10473単位まで可能。 ○要支援1の者は、5003単位、要支援2の者は、10473単位 限度額 開始月 2月目 3月目 4月目 ケアマネジメ ケアマネジメントA 基本報酬 基本報酬 基本報酬 基本報酬 ント費 430単位 4 3 0 単位 430単位 430単位 (訪問介護・通所介護 相当サービス) 初回加算 300単位 ケアマネジメントA 基本報酬 基本報酬 基本報酬 基本報酬 (通所型サービスC) 430単位 4 3 0 単位 4 3 0 単位 4 3 0 単位 初回加算 300単位 ケアマネジメントB 基本報酬 基本報酬 (訪問型サービスA) 4 2 0 単位 X \times 420単位 初回加算 300単位 14. モニタリ ○サービス利用状況 ング 開 3 4 ○ケアマネジメントAは、少なく 等の確認し評価を行 月 ともサービス提供を開始する月 う。 始 月 月 の翌月から起算して3月に1回 月 目 目 目 及びサービスの評価期間が終了 ケアマ \bigcirc \bigcirc \bigcirc ネジメ する月並びに利用者の状況に著 しい変化があったときは、利用者 ント<u>A</u> の居宅を訪問し面接をする。利用 (相当 者の居宅を訪問しない月は特段 サービ の事情がない限り、サービス事業 ス) 所を訪問しての面接や電話等に ケアマ \bigcirc \bigcirc \bigcirc より利用者と接触し、モニタリン ネジメ グを実施する。状況の変化があっ ントA た場合は、必ず利用者宅を訪問し (通所 て面接を行う。(サービス提供事 <u>型 サ</u> ー 業者からコメントがある場合は ビスC) 参考とする。) ケアマ \triangle ○ケアマネジメントBは、間隔を ネジメ 必 あけて必要に応じてモニタリン ントB 要 グ時期を設定し、評価及びケアプ (訪問 時 ランの変更等を行う。 型 サ ー ビスA)

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 ケアマネジメントの流れ

14. モニタリ ○支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の ング ないか確認し、次の支援計画に結び付けていく。			
ング ないか確認し、次の支援計画に結び付けていく	適否、新たな目標が		
	ないか確認し、次の支援計画に結び付けていく。		
○目標が達成された場合は、次のステップのために、住民主体や一般	介護予防事業などの		
通いの場を見学するなどスムーズな移行に配慮する。			
○新たな課題が見つかった場合、あるいは、目標達成が困難な場合は	、計画を組み直すこ		
とになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビ	リテーション専門職		
等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求する。			
15. 評価 ○評価期間終了月は、計画の達成状況、介護予防サービス・支援計画 認する。	書の内容について確		
15-1地域ケ ケアマネジメントA 高齢者筋力向上トレーニング事業 (通所型サー			
ア会議 ○ケアマネジメントAの高齢者筋力向上トレーニング事業(通所型サ	•		
ス利用終了後6か月間において、予防給付サービス及び鹿屋市介護			
事業(訪問型サービスA、通所型サービスC)の利用がないか確認			
○上記利用がない場合は、「鹿屋市高齢者筋力向上トレーニング事業	(通所型サービスで)		
成功報酬請求書」を市長(鹿屋市役所高齢福祉課)に提出する。	の担目が押りようね		
	○請求書の提出後、その内容を地域ケア個別会議等で審査し、請求書の提出受理日から起		
算して30日以内に成功報酬の支払いとなる。	- 昇しく30日以内に成功報酬の支払いとなる。 - ○成功報酬請求書提出後、鹿屋市役所高齢福祉課で未納の有無について確認し、対象者と		
して、鹿屋市役所高齢福祉課が包括支援センターへ連絡。	「(唯祕し、刈豕有と		
○地域ケア会議の窓口は、基幹型地域包括支援センター。			
〇利用者3,000円、事業者12,000円、ケアマネジメント事業	紫老3		
の利用者も、もももれ、事業者(2,000円、ケケベヤングンド事業			
※詳細については、地域ケア個別会議資料を参照。			
16.継続 ○有効期間終了者等の書類を確 ○認定有効期間終了者 ○業務の	流れ4へ戻る。		
認する。 等の書類を包括支援セ			
○委託契約利用者等の書類を確 ンターへ提出する。			
認する。 ○包括支援センターが			
○業務の流れ4へ戻る 確認した書類を受取る。			
○業務の流れ4へ戻る。			
17.終了 ○ケアマネジメントに係る必要 ○委託契約利用者のケ			
書類を保管する。(5年保存) アマネジメントに係る			
書類を包括支援センタ			
一へ返却する。			

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 ケアマネジメントの流れ

【支援終了時の保管書類】

- ① 契約書・重要事項説明書・個人情報に関する同意書
- ② 介護保険証の写し
- ③ 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント被保険者証の写し
- ④ 利用者基本台帳
- ⑤ チェックリスト
- ⑥ 興味・関心シート
- ⑦ 認定調査票及び主治医意見書
- ⑧ 介護予防サービス・支援計画書
- ⑨ 支援経過記録
- ⑩ サービス担当者会議の要点(経過記録に記載している場合は不要)
- ⑪ 評価票
- ② 通所型サービスCモニタリングシート
- ③ サービス事業所個別援助計画書・評価票・報告書
- ⑭ 住宅改修関係書類
- ⑤ 福祉用具購入関係書類
- ⑯ その他 (例外給付申請書類等、退院サマリー、処方箋等)

鹿屋市地域包括支援センター

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防訪問介護・通所介護サービス相当サービス

業務の流れ	・口吊生品又族総合事業
71424 0.21	
1. 利用申込の	○包括支援センター、居宅介護支援事業者(委託)から、サービス利用調整の連絡 よぶいる
受付	を受ける。
2. 契約の締結	○要介護認定申請中にサービスを利用する場合は、利用前に契約を行う。
	○要介護認定結果判明後、サービス利用意向がある場合に契約を行う。
	○要介護認定有効期間中にサービス意向がある場合に契約を行う。
3.要介護認定	○鹿屋市役所高齢福祉課で発行される「介護予防ケアマネジメント被保険者証」で
結果	対象者であることを確認する。
4. アセスメン	○介護予防訪問介護・通所介護サービスを提供する前に、アセスメントを行う。ア
トの実施	セスメント様式は従来通りでよい。
5. 個別サービ	○介護予防サービス・支援計画書の原案に沿って、個別サービス・支援計画を作成
ス・支援計画の	する。 回数やサービス内容など具体的に決定する。
作成	○利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義を説明し、生
	活機能が低下していることを認識してもらえるよう支援したり、改善や自立への
	意欲を引き出し、 共同で具体的な目標を定めていく ことが大切。
6. サービス担	○基本的にサービス担当者会議に出席する。参加できない場合は、文書等により情
当者会議の出席	報を提供する。
	○全てのサービス提供事業者が目標を共有する。
	○介護予防サービス・支援計画の原案について、各々の専門的な意見を述べ、具体
	的にどのような支援(利用頻度や内容等)をしていくか決定する。
7. 個別サービ	○回数やサービス内容を具体的に記載した個別サービス・支援計画を、利用者又は
ス・支援計画書	家族にわかりやすく説明 をする。
の説明・同意	○サービス利用回数やサービス内容など説明し、サービス回数変更時等の利用の仕
	方や請求についても説明し同意を得る。
	○個別サービス・支援計画の内容等に承諾を得た時は、計画書に「同意日、署名、
	捺印」をもらう。
8. 個別サービ	○内容等に同意を得た個別サービス・支援計画を利用者又は家族に交付する。
ス・支援計画書	サービス提供事業者と利用者又は家族のそれぞれが1部ずつ保管する。
の交付	
9. サービス提	○サービス担当者会議で共有した介護予防サービス・支援計画に基づいたサービス
供票の受け取り	提供票を、包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)から受取り、内容
	を確認する。計画作成担当者が作成した個別サービス・支援計画と相違がないか
	再度確認する。
10. サービス	○個別サービス・支援計画に基づき、サービス(事業)を提供する。
(事業)の実施	○効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個
	別サービス・支援計画を見直す。
	ガチ - ロイ・ 大阪印画で元世 7 o

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防訪問介護・通所介護サービス相当サービス

業務の流れ			
1 0-1	サービス		
サービス (事業)		訪問介護	通所介護
提供の種類	サービス	訪問介護員による身体介護、生	通所介護と同様のサービス
	内容	活援助	生活機能の向上のための機能訓
			練
	対象者	▶ 既にサービスを利用して	▶ 既にサービスを利用してお
		いるケースで、サービスの	り、サービス利用の継続が必
		利用の継続が必要なケー	要なケース
		ス	▶ 「多様なサービス」の利用が
		▶ 以下のような訪問介護員	難しいケース
		によるサービスが必要な	▶ 集中的に生活機能の向上の
		ケース	トレーニングを行うことで
		(例)	改善・維持が見込まれるケー
		・認知機能の低下により日常生	ス
		活に支障がある症状・行動を伴	
		う者	
		・退院直後で状態が変化しやす	
		く、専門的サービスが特に必要	
		な者等	
	サービス	状態等を踏まえながら、多様な	サービスの利用を促進していくこ
	提供の考	とが重要。	
	え方		
11. モニタリン	○サービス		 いて事業所でモニタリングする。
グ・評価・報告			介護支援事業者 (委託) に報告する。
12. 実績確認	○包括支援・	センター又は居宅介護支援事業者	(委託) に実績報告をする。
	様式は今まで通りでよい。		
13. 請求	○翌月の1	0までに、国保連に実績報告をす	る。
	※総合事業項	専用のサービスコード(A1・A	2 ・ A 5 ・ A 6) 請求を行う。
14. 継続・終了	○包括支援・	センター又は居宅介護支援事業者	(委託) のケアマネジャーへ、事業
	所のモニ	タリング等の結果を報告する。具	体的には、個別サービス・支援計画
	の見直し	やサービスの必要性、妥当性、サ [、]	ービス利用の本人の状態(改善・維
	持・悪化)	等の評価を行う。	
	○事業所は、	これらの評価を受けて、継続の	場合は、「4.アセスメントの実施」
	の手順へ	冥る。終了の場合は、書類を整理	し、5年間保存する。

鹿屋市地域包括支援センター

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問介護サービスA

業務の流れ	手順
1. 利用申込の	○包括支援センター、居宅介護支援事業者(委託)から、サービス利用調整の連絡
受付	を受ける。
2. 契約の締結	○要介護認定申請中にサービスを利用する場合は、利用前に契約を行う。
20,0	○要介護認定結果判明後、サービス利用意向がある場合に契約を行う。
	○要介護認定有効期間中にサービス意向がある場合に契約を行う。
3.要介護認定	○鹿屋市役所高齢福祉課で発行される「介護予防ケアマネジメント被保険者証」で
結果	対象者であることを確認する。
4. アセスメン	○介護予防訪問介護・通所介護サービスを提供する前に、アセスメントを行う。ア
トの実施	セスメント様式は従来通りでよい。
5. 個別サービ	○介護予防サービス・支援計画書の原案に沿って、個別サービス・支援計画を作成
ス・支援計画の	する。 回数やサービス内容など具体的に決定する。
作成	○利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義を説明し、生
	活機能が低下していることを認識してもらえるよう支援したり、改善や自立への意
	欲を引き出し、 共同で具体的な目標を定めていく ことが大切。
6. サービス担	○基本的にサービス担当者会議に出席する。参加できない場合は、文書等により情
当者会議の出席	報を提供する。
	○全てのサービス提供事業者が目標を共有する。
	○介護予防サービス・支援計画の原案について、各々の専門的な意見を述べ、具体
	的にどのような支援(利用頻度や内容等)をしていくか決定する。
7. 個別サービ	○回数やサービス内容を具体的に記載した個別サービス・支援計画を、利用者又は
ス・支援計画書	家族にわかりやすく説明 をする。
の説明・同意	○サービス利用回数やサービス内容など説明し、サービス回数変更時等の利用の仕
	方や請求についても説明し同意を得る。
	○個別サービス・支援計画の内容等に承諾を得た時は、計画書に「同意日、署名、
	捺印」をもらう。
8. 個別サービ	○内容等に同意を得た個別サービス・支援計画を利用者又は家族に交付する。
ス・支援計画書	│ サービス提供事業者と利用者又は家族のそれぞれが 1 部ずつ保管する。 │
の交付	
9. サービス提	サービス担当者会議で共有した介護予防サービス・支援計画に基づいたサービス提
供票の受け取り	供票を、包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)から受取り、内容を確
	認する。計画作成担当者が作成した個別サービス・支援計画と相違がないか再度確
	認する。
10. サービス	○個別サービス・支援計画に基づき、サービス(事業)を提供する。
(事業) の実施	○効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個
	別サービス・支援計画を見直す

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問介護サービスA

	「日常生活又抜総合事業」の同介護サービスA		
業務の流れ	手順		
1 0-1	サービス種別	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)	
サービス(事業)	提供時間	1回当たり45分間 を限度とする。	
提供の種類	提供回数	原則、週1回 とする。	
	サービス内容	○身体介護(排泄・食事介助・清拭・入浴等)を行わない	
		訪問サービス(買い物代行、調理、洗濯、掃除)の提供	
		○訪問介護員等以外の従事者(市が指定する研修の修了者)	
		によるサービス提供	
	対象者	・要支援認定を受けている者	
		・原則、要介護認定申請を行う者	
		・市内に住所を有する65歳以上の者であって基本チエッ	
		クリスト該当者	
	サービス提供の	状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサ	
	考え方	ービス」の利用を促進する。	
11. モニタリン	○サービス(事業)の実施後、その効果について事業所でモニタリングする。		
グ・評価・報告	○その結果を地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)に報告する。		
12. 実績確認	○包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)に実績報告をする。		
13. 請求	○翌月の10日まて	でに、鹿屋市に実績報告をする。	
	▶ 基本報酬		
	1回当たりの単	延価は、1,200円(利用者負担込み)	
	1回当たりの利	川用者負担は、200円	
14.継続・終了	○包括支援センター	-又は居宅介護支援事業者(委託)のケアマネジャーは、事業	
		、等の結果を受け、サービスの効果を行う。具体的には、介護	
		計画の見直しやサービスの必要性、妥当性、サービス利用の	
		維持・悪化)等の評価を行う。	
		の評価を受けて、継続の場合は、「4.アセスメントの実施」	
	の手順へ戻る。		
	│○終了の場合は、書	詩類を整理し、5年間保存する。	

鹿屋市地域包括支援センター

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス C

業務の流れ	り・日吊生品又復総合事業
1. 利用申込の	○包括支援センター、居宅介護支援事業者(委託)から、サービス利用調整の連絡
受付	を受ける。
2. 契約の締結	○要介護認定申請中にサービスを利用する場合は、利用前に契約を行う。
	○要介護認定結果判明後、サービス利用意向がある場合に契約を行う。
	○要介護認定有効期間中にサービス意向がある場合に契約を行う。
3.要介護認定	○鹿屋市役所高齢福祉課で発行される「介護予防ケアマネジメント被保険者証」で
結果	対象者であることを確認する。
4. アセスメン	○介護予防訪問介護・通所介護サービスを提供する前に、アセスメントを行う。ア
トの実施	セスメント様式は従来通りでよい。
5. 個別サービ	○介護予防サービス・支援計画書の原案に沿って、個別サービス・支援計画を作成
ス・支援計画の	する。 回数やサービス内容など具体的に決定する。
作成	○計画作成担当者は、利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防
	の意義を説明し、生活機能が低下していることを認識してもらえるよう支援した
	り、改善や自立への意欲を引き出し、 共同で具体的な目標を定めていく ことが大
	切。
6. サービス担	○基本的にサービス担当者会議に出席する。参加できない場合は、文書等により情
当者会議の出席	報を提供する。
	○全てのサービス提供事業者が目標を共有する。
	○介護予防サービス・支援計画の原案について、各々の専門的な意見を述べ、具体
	的にどのような支援(利用頻度や内容等)をしていくか決定する。
7. 個別サービ	○回数やサービス内容を具体的に記載した個別サービス・支援計画を、利用者又は
ス・支援計画書	家族にわかりやすく説明 をする。
の説明・同意	○サービス利用回数やサービス内容など説明し、サービス回数変更時等の利用の仕
	方や請求についても説明し同意を得る。
	○個別サービス・支援計画の内容等に承諾を得た時は、計画書に「同意日、署名、
	捺印」をもらう。
8. 個別サービ	○内容等に同意を得た個別サービス・支援計画を利用者又は家族に交付する。
ス・支援計画書	サービス提供事業者と利用者又は家族のそれぞれが1部ずつ保管する。
の交付	
9. サービス提	○サービス担当者会議で共有した介護予防サービス・支援計画に基づいたサービス
供票の受け取り	提供票を、包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)から受取り、内容
	を確認する。計画作成担当者が作成した個別サービス・支援計画と相違がないか
	再度確認する。

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス C

<u>業務の流れ</u>	手順		
10. サービス (事	○個別サービス・支援計画に基づき、サービス(事業)を提供する。		
業)の実施	○効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での		
	個別サービス・支援計画を見直す		
1 0-1	サービス種別	通所型サービスC(短期集中予防サービス)	
サービス (事業)	提供時間	1回当たり90分、送迎時間は含まない。	
提供の種類	提供回数	原則、週2回。利用者1人に対して30回を限度とし、	
	[] [] [] []	提供期間は6か月を限度とする。(※改めてサービスを受け	
		る場合は、直前のサービス提供終了後、原則として6か月以	
		上経過した後でなければ利用できない。)	
	 サービス内容	生活機能を改善するための運動機能向上や栄養改善等のプ	
		ログラムを実施する。(下記プログラム全て実施。)	
		→ 他職種共同による個別サービス計画の作成	
		→ 高齢者向けトレーニング機器	
		▶ 運動機能評価及び生活習慣評価	
		→ 運動習慣を定着させるための学習指導	
		▶ 低栄養状態の予防や改善を図るための栄養指導	
		(最低1回)	
		□	
		(最低1回)	
		利用者の居宅と事業実施施設との間の送迎	
	 対象者	・要支援認定を受けている者	
	7,3,3,1	・原則、要介護認定申請を行う者	
		※迅速に対応する必要がある者で、市内に住所を有する65	
		歳以上の者であって基本チェックリスト該当者	
	サービス提供の	ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等	
	 考え方	※3~6か月の短期間で実施する。	
11. モニタリン	○サービス(事業)) の実施後、その効果について事業所でモニタリングする。	
グ・評価・報告	○その結果を地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)に報告する。		
11-1. 地域ケア	※詳細は別紙参照		
個別会議の開催			
12. 実績確認	○包括支援センタ	一又は居宅介護支援事業者(委託)に実績報告をする。	
	様式は従来通りで	よい。	
	I		

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスC

業務の流れ	手順
13. 請求	○翌月の10日までに、鹿屋市(国保連)に実績報告をする。
	※ただし、総合事業専用のサービスコードで請求を行う。
	▶ 基本報酬
	1回当たりの単価は、3,300円(利用者負担込み)
	1回当たりの利用者負担は、300円
	▶ 成功報酬
	事業所12,000円、利用者3,000円、ケアマネ事業所3,000円
14. 継続・終了	○包括支援センター又は居宅介護支援事業者(委託)のケアマネジャーは、事業所
	らのモニタリング等の結果を受け、サービスの効果を行う。具体的には、介護予防
	サービス・支援計画の見直しやサービスの必要性、妥当性、サービス利用の本人の
	状態(改善・維持・悪化)等の評価を行う。
	○事業所は、これらの評価を受けて、継続の場合は、「4. アセスメントの実施」の
	手順へ戻る。
	○終了の場合は、書類を整理し、5年間保存する。

鹿屋市地域包括支援センター

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業における地域ケア個別会議

ケアマネジメントA/高齢者筋力向上トレーニング事業(通所型サービスC) 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開要支援状態からの 自立の促進や重度化予防の促進を図るために地域ケア個別会議を開催する。

主催	鹿屋市地域包括支援センター				
種別	①地域ケア個別会議	②地域ケア個別会議			
目的	通所型サービスCの卒業目標の設定	成功報酬の審査			
時期	サービス担当者会議と同日	成功報酬申請書提出後 30日以内の報酬支払に間に合わせる。			
内容	目標達成後、より自立に向けた次の ステップへ移ることができることを前提 に介護予防ケアマネジメントを作成し、 会議において生活目標を設定する。	サービス未利用の確認。 現状を担当ケアマネージャーから確認。 成功報酬請求の妥当性について審査。			
参加者	本人・家族・理学療法士若しくは作業療法士・計画作成者(包括)・包括職員・ 鹿屋市・ ※1 栄養士・ ※2 歯科衛生士等	本人・家族・理学療法士若しくは作業療法士・計画作成者(包括)・包括職員・ 鹿屋市・ ※1 栄養士・ ※2 歯科衛生士等			
役割	計画作成者(包括):契約、サービスプラン作成担当者会議開催、坦会記録、経過記録(モニタリング)、評価包括支援センター:地域ケア個別会議の開催、司会、ケア会議録	計画作成者(包括):卒業後の状況確認 ※3通所型サービスCモニタリングシー ト作成 鹿屋市:成功報酬請求書申請を包括に連 絡、未納の確認 包括支援センター:地域ケア個別会議の 開催、司会、ケア会議録			

サービス受付 + 介護保険申請 6か月経過 成功報酬請求書 提出 30日以内に 成功報酬金支 払い



ケアプラン・個別サービス 計画に基づき筋力向上ト レーニン グを受ける。

卒業

卒業後6カ月間介護サービス 等を利用することなく、目標 に沿って自立した在宅生活を 継続する。



担当者会議(包括):サービス計画の確認

地域ケア個別会議①:サービス利用後の目標等の設定

成功報酬申請後、 生活状況を確認し ※3を作成 地域ケア個別会議②: ※3をもとにサービス 未利用・未納がないか 等、成功報酬の妥当性 を審査

◇※1・※2 計画書に位置づけがある場合又は、必要と判断した場合は地域ケア個別会議に出席する。

◇※3 計画作成者が対象者と面談し、通所型サービスCモニタリングシートを作成する。

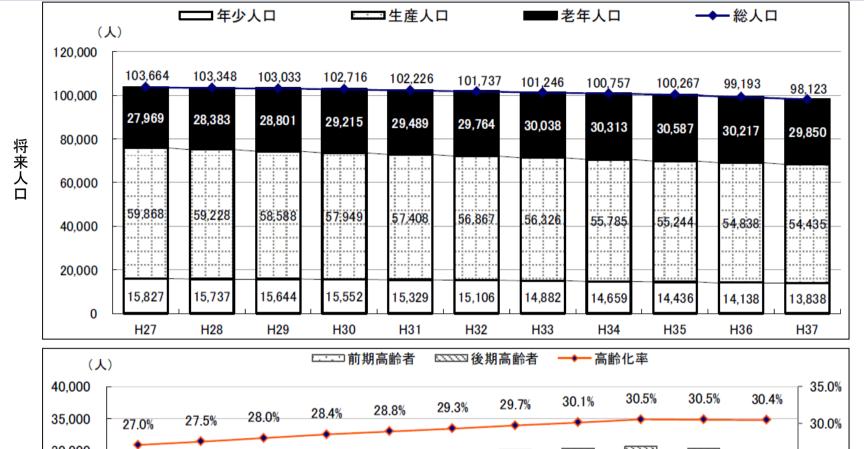
通所型サービスC モニタリングシート										
記録日	平成	年	月	日	計	画作成者:				
利用者					生年月日	M·T·S	年	月	日生(歳)
目標										
目標に 沿った自 主訓練等 の状況										
健康										
活動状況										
社会参加										
その他										

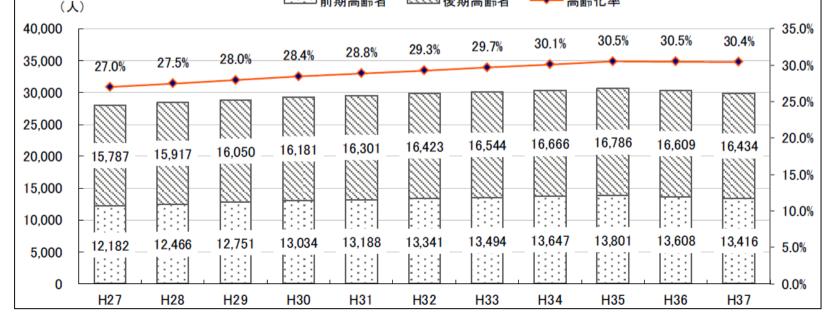
鹿屋市

介護予防・日常生活支援総合事業について

平成28年12月 高齢福祉課 1 鹿屋市の状況(将来推計)

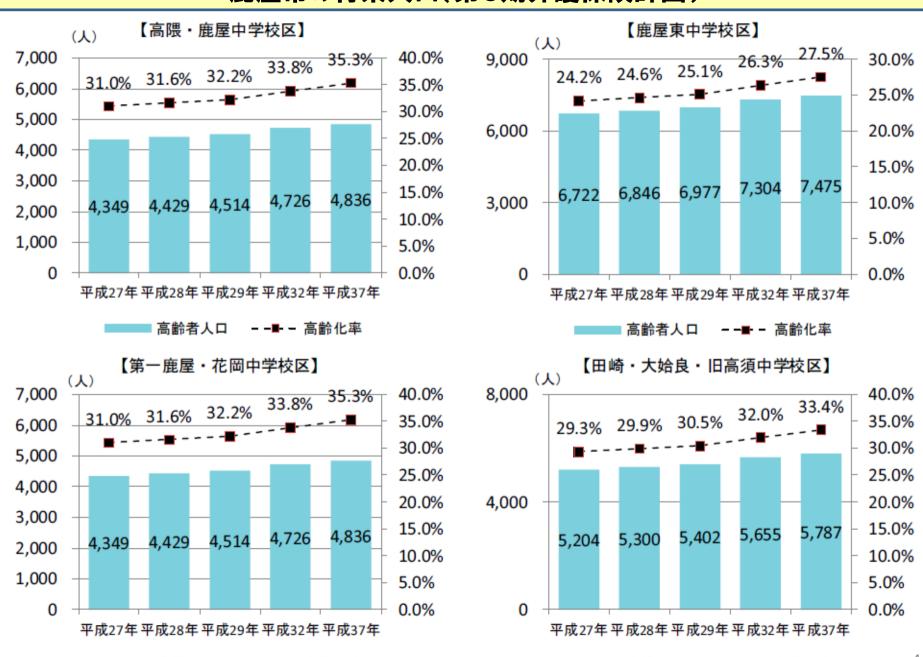
鹿屋市の将来人口(第6期介護保険計画)





将来高齢者数

鹿屋市の将来人口(第6期介護保険計画)



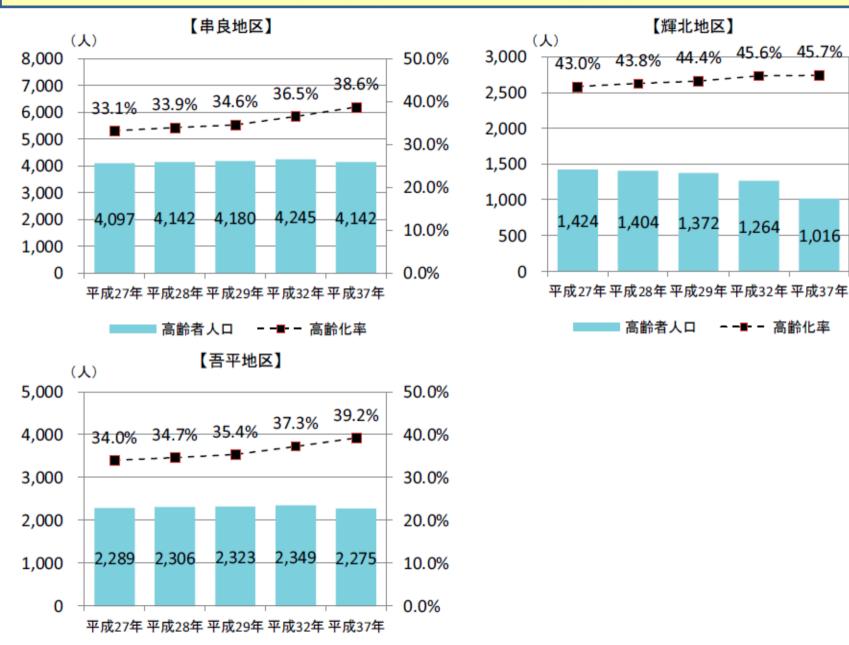
高齢者人口

--■-- 高齢化率

高齢者人口

--■- - 高齢化率

鹿屋市の将来人口(第6期介護保険計画)



高齢者人口

----- 高齢化率

50.0%

40.0%

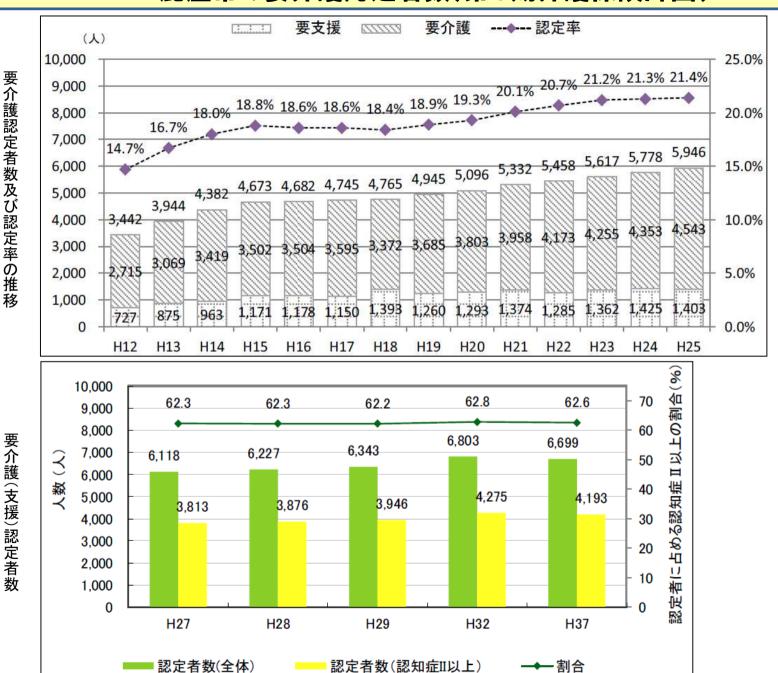
30.0%

20.0%

10.0%

0.0%

鹿屋市の要介護認定者数(第6期介護保険計画)



2 介護予防・日常生活支援総合事業について

なぜ介護保険制度が見直されたのか

介護保険を取り巻く現状

75歳以上高齢者の急増

- ・2010年に15,787人(15.3%)
- ⇒ 2025年に16,434人(16.8%)

介護人材の不足

- 生産年齢人口の減少 2010年に59,868人(57.8%)
 - ⇒ 2025年に54,435人(55..5%)

保険料の高騰

- •第5期 5,990円
 - ⇒ 第6期 6,040円
 - ⇒ 2025年 8,165円 (全国平均見込み。)

対象者は増加。 担い手は不足。 お金はかかる。

在宅生活を続けたいというニーズの高まり⇔地域包括ケアの充実

必要な取組

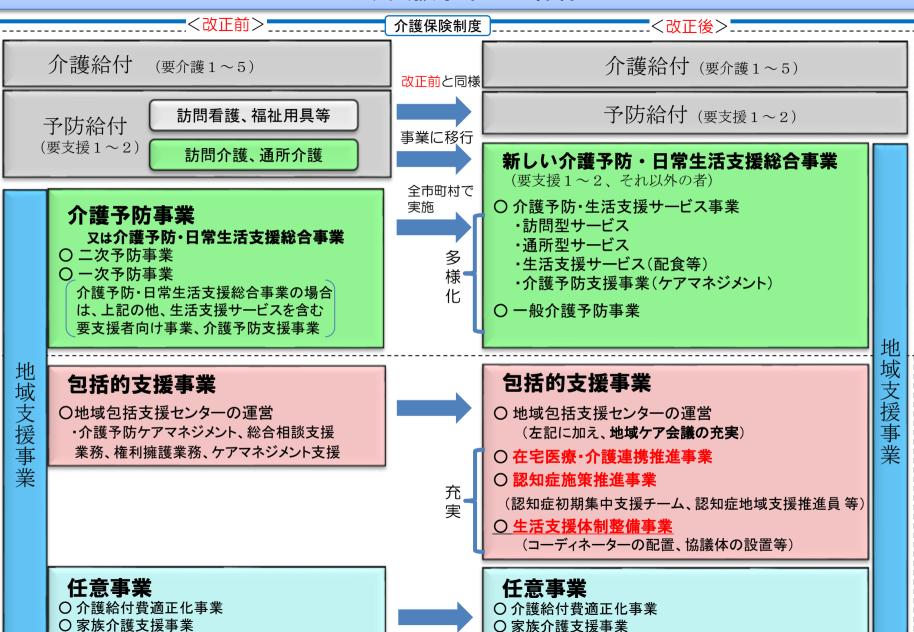
- 1 要介護状態とさせない取組
- 2 重度化させない取組
- 3 サービスの創出・効率化への取組
- 4 在宅生活維持への取組

新総合事業

- 地域ケア会議
- 生活支援体制整備事業
 - 認知症施策推進事業
- 在宅医療•介護連携推進事業

- ・多様な主体によるサービスの創出
- ・高齢者の役割づくりによる自立支援
- ・自立支援型ケアマネジメント推進、地域 課題の抽出、解決、地域ネットワークの 構築
- 資源開発、ネットワーク構築
- ・ニーズと取組のマッチング
- ・初期集中支援チームによる早期支援
- •サポートワーカー等による相談や支援者連携
- ・医療と介護の一体的提供体制づくり
- ・専門職の連携支援

地域支援事業の全体像



〇その他の事業

〇その他の事業

予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 〇予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が<u>地域の実情に応じた取組</u>ができる介護保険制度の<u>地域支</u>援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 〇既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。

予防給付 地域支援事業 (全国一律の基 既存の訪問介護事業所による身体介護・ 生活援助の訪問介護 移行 NPO、民間事業者等による掃除・洗濯 訪問介護 等の生活支援サービス 住民ボランティアによるゴミ出し等の生活 支援サービス 既存の通所介護事業所による機能訓練 等の通所介護 移行 NPO、民間事業者等によるミニディサービス 通所介護 コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場 リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等関 与する教室

専門的なサービスを必要とする人には専門的サービスの提供

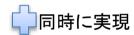
(専門サービスにふさわしい単価)

・多様な担い手による多様なサービス (多様な単価、住民主体による低廉な 単価の設定、単価が低い場合には 利用料も低減)

- 支援する側とされる側という画ー的 な関係性ではなく、サービスを利用 しながら地域とのつながりを維持で きる。
- ・能力に応じた柔軟な支援により、 介護サービスからの自立意欲が向上

サービスの充実

・多様なニーズに対 するサービスの拡 がりにより、在宅生 活の安心確保



費用の効率化

- ・住民主体のサービ ス利用の拡充
- ・認定に至らない 高齢者の増加
- 重度化予防の推進

介護予防・生活支援の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

鹿屋市の総合事業への考え方について

【 基本理念 】 地域で支えあう健<u>やかで心のかようまちづくり</u>

基本方針

高齢者の尊厳の保持と自立の支援という介護保険法の理念の下、地域の人材、資源との連携などによる多様な主体を活用したサービスを充実させることにより、介護予防や地域支えあい活動を推進し、在宅生活の安心を確保する。事業実施にあたっては、鹿屋市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画に基づき、市民、事業者、地域包括支援センター及び社会福祉協議会等関係機関との連携を図る。

事業構築の視点

- 1 介護予防や閉じこもり予防を進め、高齢者の健康寿命の延伸を図る。
- 2 要支援者の多様なニーズに対応する。
- 3 高齢者の社会参加等、地域人材の活用を進める。
- 4 自助・互助を重視し、地域の多様な主体による活動の創造を働きかける。
- 5 効率的な費用配分により、介護保険制度の安定的・継続的な運営を図る。

総合事業への移行について

鹿屋市の総合事業への移行時期は平成29年4月1日

〇既に給付サービスを利用している者は継続し、新規または認定更新時に、それぞれ訪問型サービス及び通所型サービス に移行。平成30年度当初からはすべての者が総合事業に移行。

現行の介護予防訪問介護、介護予防通所介護と同じサービスを総合事業においても実施する。

〇総合事業においても指定基準、報酬・加算等も含めて現行の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護と同一の基準による訪問サービス、通所型サービスを実施する。

新たなサービスとして、現行の介護予防訪問介護の基準を緩和したサービスを実施する。

- 〇現行の介護予防訪問介護の基準を緩和したサービス(緩和類型サービス)を新たに設ける。
- 〇緩和類型サービスに係る基準(人員配置基準、施設基準、運営基準)及び報酬・加算等は別途示す。
- ○緩和類型の従事者は、市が実施する研修を修了していることを要件とする。
- →市が実施する研修の詳細は別途示すが、事故発生時の対応、清潔の保持、個人情報の保護に係る内容は必須事項として 盛り込む。
- ※当面はシルバー人材センターへの委託事業として実施する。

住民向け及び事業所向け説明会は順次開催する。

○開催の圏域及び回数等については、今後検討する。

3 サービス類型について(案)

訪問型サービスの類型

基準	現行の訪問介護相当		多様なサー	ゼス	
サービス 種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービス D (移動支援)
サービス 内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動と して行う生活援助等	保健師等による居宅での 相談指導等	移送前後の生活 支援
対象者と サービス 提供の考 え方	o既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース o以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支 障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門 的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサー ビスの利用を促進していくことが重要	o状態等を踏まえながら、住民 様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース※3~6か月の短期間で行う	訪問型サービスB に準じる。
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の 最低限の基準	内容に応じた 独自の基準	
サ ー ビス 提供者 (例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)	14

通所型サービスの類型 基準 現行の通所介護相当 多様なサービス

サービス 種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサー ビス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サ ー ビス 内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動な ど、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運 動器の機能向上や栄養改善 等のプログラム
対象者と サービス 提供の考 え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニング を行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービス の利用を促進していくことが重要	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多 様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた 支援が必要なケース 等※3~6か月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の 最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス 提供者 (例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村) 15

現行の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護相当のサービスについて

事業所指定基準、報酬・加算は旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同一。

- 〇厚生労働省令に規定のあった旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同一の内容を総合事業のサービスとして 規定する。したがって、事業所の指定基準、報酬・加算等も旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同一となる。
- ○請求方法も国保連経由で変更なし。ただし、サービスコードは総合事業専用のものが用意されることに留意。

事業所指定については「みなし指定の制度」を活用。既存事業所は新規指定申請不要。

- 〇みなし指定とは、平成27年3月31日で有効な指定を持つ指定介護予防訪問介護事業所及び指定介護予防通所介護事業所に対し、総合事業における旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同一の内容のサービスを提供する事業所として、全国の市町村が平成27年4月1日に指定したとみなすもの。(医療確保推進法附則第13条)
- ○これらの事業所にあっては指定手続きが済んでいるので、新規の指定申請手続きは不要。 なお、みなし指定による指定の有効期間は、平成27年4月1日~平成30年3月31日。

【みなし指定の留意点】

H27.4.1以降の新規指定介護予防訪問介護事業所等には、みなし指定の効力は適用されない。

- OH27.3.31時点において有効な介護予防訪問介護等の指定を有していない事業所(≒H27.4.1以降の新規指定事業所)には、みなし指定の効力は及ばない。
- これに該当する事業所が総合事業を実施する場合には、総合事業のサービス事業所として新規指定を受ける必要がある。

みなし指定の有効期間終了前に指定の更新申請が必要

〇みなし指定は、総合事業サービス事業所としての新規指定の手続きを「手続き済み」とみなすもの。したがって、指定の有効期間終了前には 更新の手続きが必要。

訪問型・通所型サービスの基準及び単価について

訪問型サービスの基準

サ ー ビス 種類	総合事業において実施される 現行の介護予防訪問介護相当のサービス	訪問型サービス A (緩和した基準によるサービス)
サービス 内容	○訪問介護員による身体介護、生活援助	○身体介護(排泄・食事介助、清拭・入浴等)を行わない 訪問サービス(買物代行、調理、洗濯、清掃)の提供 ○訪問介護員等以外の従事者(市が指定する研修の修了者) によるサービス提供 →有資格者は、中重度者へのケア等にシフト
対象者と サービス提 供の考え方	○要支援1・2及びチェックリスト該当者 ※身体介護が必要なケース	○要支援1・2及びチェックリスト該当者 ※身体介護が不要なケース
実施方法	事業者指定	委託
人員基準	①管理者 常勤・専従1人以上 ②訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 (介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者) ③サービス提供責任者 常勤の訪問介護職員等のうち、 利用者40人に1人以上(一部非常勤可)。ただし、常 勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、 サービス提供責任者の業務に主として従事する者が1 人以上配置されている等の事業所は、利用者50人に1 人以上 (介護福祉士、実務研修修了者、3年以上介護等の業 務に従事した介護職員初任者研修等修了者)	①管理者 専従1人以上 ②従事者 必要数 (介護福祉士、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修、市が指定する研修の修了者) ③サービス提供責任者 利用者40人に1人以上。従事者との兼務も可。 (サービス計画作成等の事務手順について市が実施する研修の修了者)
設備基準	(現行の介護予防訪問介護と同様)	(現行の介護予防訪問介護と同様)
運営基準	(現行の介護予防訪問介護と同様)	(現行の介護予防訪問介護と同様) 17

訪問型・通所型サービスの基準及び単価について

訪問型サービスの単価

サ ー ビス 種類	総合事業において実施される 現行の介護予防訪問介護相当のサービス	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
単価		○有資格者(訪問介護員等)と無資格者との賃金水準の差、業務内容の差等に着目し、単価を設定1,200円/45分※利用者負担 200円(生活援助活動事業と同額)※受託事業者が徴収加算①初回加算 2,000円





訪問型・通所型サービスの基準及び単価について

通配刑サービスの郷更

週 月	川空り一口人の枕安	
サ ー ビス 種類	総合事業において実施される 現行の介護予防通所介護相当のサービス	通所型サービス C (短期集中予防サービス)
サービス 内容	○現行の介護予防通所介護と同様のサービス	○ケアプランに基づく個別プログラムの作成 ○健康チェック、トレーニング前後のストレッチ等 ○機器を使用した筋力向上トレーニング ○運動習慣定着のための学習指導 ○栄養改善・口腔機能向上指導(最低1回) ○送迎
対象者と サービス提 供の考え方	○要支援1・2及びチェックリスト該当者 ※入浴、排泄、食事等の介助が必要なケース	○要支援1・2及びチェックリスト該当者
実施方法	事業者指定	委託
人員基準	①管理者 常勤・専従1人以上 ②生活相談員等 専従1人以上 ③看護職員 専従1人以上 (定員10人以下の場合は、看護職員又は介護職員いずれか1人以上) ④介護職員 15人以下専従1人以上 15人超 利用者1人につき専従0.2人以上 (生活相談員・介護職員の1以上は常勤)	○理学療法士又は作業療法士 1人以上

設備基準

運営基準

⑤機能訓練指導員 1人以上

①食堂及び機能訓練室(3 m²×利用定員以上) ②静養室·相談室·事務室

③消火設備その他の非常災害に必要な設備 ④必要なその他の設備・備品

○介護予防通所リハビリテーション、介護予防通所介護の運 動器の機能向上を高齢者向けトレーニング機器を使用し て提供している施設

(現行の高齢者筋力向上トレーニング事業実施要綱、委託仕 (現行の介護予防訪問介護と同様) 様書 等に基づく)

訪問型・通所型サービスの基準及び単価について

通所型サービスの概要

サ ー ビス 種類	総合事業において実施される 現行の介護予防通所介護相当のサービス	通所型サービス C (短期集中予防サービス)
単価		 ○1回当たり3,300円(利用者負担込み) ※利用者負担 1回当たり300円 ○成功報酬(6か月間、介護予防事業等の利用がない場合) 事業所 12,000円 利用者 3,000円 ケアマネ事業所 3,000円





ケアマネジメント費と区分支給限度額について

利用者区分	# -	-ビス利用パターン例	ケアマネジ・メント費	支給限度額		
	事業(訪問型サー	ご ス)のみ				
事業対象者	事業(通所型サー	ご ス)のみ	 介護予防ケアマネジメント費 	5,003単位 例外的に10,473単位まで		
	事業(訪問・通所型	世サービス)のみ				
	給付のみ					
要支援1	給付+	事業(訪問型サービス) 事業(通所型サービス)	介護予防支援費	5, 003単位		
	事業(訪問・通所型	L 世サービス)のみ	介護予防ケアマネジメント費			
	給付のみ					
			, 			
要支援2		事業(訪問型サービス)	厂设 予 例又拨复	10, 473単位		
	1.0.1	 事業(通所型サービス) 				
	事業(訪問・通所型	世サービス)のみ	介護予防ケアマネジメント費			

介護予防ケアマネジメントの類型とサービスについて

ケアマネシ [*] メント フ [°] ロセス	利用するサービス	報酬区分	サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヵ月後)
	総合事業通所、訪問介護サービス	基本報酬	430単位	430単位	430単位	430単位
ケアマネシ・メントA	(現行相当)	初回加算	300単位			
	総合事業通所型 サービスC	初回加算を 算定する場合	730単位			
		基本報酬	420単位	×	×	420単位
ケアマネジメントB	総合事業訪問型 サービスA	初回加算	300単位			
		初回加算を 算定する場合	720単位			
ケアマネジメントC	現段階でサービスはなし	基本報酬	420単位	×	×	×

[※]このほか、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算300単位を設ける。

サービス事業のみの利用の場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方:介護保険最新情報から抜粋)

ケアマネシ メント プロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目 (翌々月)	4月目 (3ヵ月後)
			サービス担当者会議	0	×	×	×
		指定事業所	モニタリング等	·-(% 1)	○(※1)	○(※1)	○(面接による) (※1)
ケアマネジメントA		のサービス	報酬	基本報酬 +初回加算(※ 2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		計明刊の	サービス担当者会議	0	×	×	0
		訪問型C• 通所型C	モニタリング等	J	0	0	0
	作成あり	サービス	報酬	基本報酬 +初回加算(※ 2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		7 0 11	サービス担当者会議	△ (必要時実施)	×	×	×
ケアマネジメントB		その他 (委託・補助)	モニタリング等	Ţ	×	×	△ (必要時実施)
		のサービス	報酬	(基本報酬一X-Y)+初 回加算(※3)	基本報酬一X一Y	基本報酬一X一Y	基本報酬一X-Y
		その他	サービス担当者会議	×	×	×	×
		ての他 (委託・補助)	モニタリング等	J	×	×	×
	作成なし	のサービス	報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価(※4)	×	×	×
ケアマネジメントC	ケアマネシブメント	一般介護	サービス担当者会議	×	×	×	×
	結果の通知	予防•民間	モニタリング等	_	×	×	×
		事業のみ	報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価(※4)			

- ※1 指定事業所のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要
- ※2 基本報酬・予防給付の単価を踏まえた単価を設定
- ※3 X:サービス担当者会議実施分相当単価、Y:モニタリング実施分相当単位
- ※4 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

4 総合事業への移行に関する留意点

総合事業における事業所指定について

総合事業に係る事業所指定は鹿屋市が行う。H29.4~H30.3の間は、事業所指定が3種類存在。

- ○総合事業における事業所の指定権者は鹿屋市。新規指定申請、更新申請、変更届、加算届等の届出は鹿屋市に対して行う。
- 〇H29.4からH30.3までは、介護給付、介護予防給付、総合事業の3種類が並存することになるので、事業所の指定も3種類が存在する。 そのため、例えば指定内容が変更になった際の変更届については、介護保険給付と介護予防給付に係る変更届は鹿児島県、総合 事業にかかる変更届は鹿屋市に届け出ることになる。総合事業に係る各種届出の様式等は別途示す。

提供するサー	ービス	加入男儿韦丰加塔花	指定権者 (指定申請等提出先)
	訪問介護	指定訪問介護事業所の指定	鹿児島県
介護給付	通所介護	指定通所介護事業所の指定	鹿児島県
	(地域密着型通所介護)	(指定地域密着型通所介護事業所の指定)	(鹿屋市)
予防給付	介護予防訪問(通所)介護	指定介護予防訪問(通所)介護の指定	鹿児島県
総合事業	旧来の介護予防訪問(通所)介護相当のサービス	総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定	鹿屋市

総合事業における事業所指定について

総合事業に係る事業所指定は、鹿屋市の被保険者及び鹿屋市に住民票のある住所地特例者のみに効力を有する。

〇総合事業の指定権者は鹿屋市であり、総合事業に係る事業所指定は鹿屋市の被保険者及び鹿屋市に住民票のある住所地特例者 のみに適用される。(地域密着型サービスにおける指定と類似の考え方)

鹿屋市以外の事業対象者にも総合事業のサービスを提供している場合、鹿屋市への届出だけでは足りない。

- 〇鹿屋市に所在する事業所が、鹿屋市以外の事業対象者(鹿屋市に居住する住所地特例者を除く)に対して総合事業によるサービス を提供する場合には、それぞれの市町村から事業所指定を受ける必要があり、変更届や指定更新申請も同様に鹿屋市のほかそれ ぞれの市町村に届け出る必要がある。
- ※「みなし指定」は、条件を満たす事業所に対して全国の市町村においてH27.4.1に指定行為が行われたとみなすもので、総合事業の 新規指定に相当する指定の効果しかない。
- 〇総合事業に限ってみれば、同じ総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定であっても、サービスを提供する利用者の保険者の数だけ指定が存在することとなって、それぞれの指定に対して変更届や指定更新申請の届け出が必要となる。

サービスを提供する利用者の保険者	必要な事業所指定
鹿屋市	鹿屋市による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定
A市	A市による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定
B市	B市による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定
C市	C市による総合事業の訪問型(通所型)サービス事業所の指定

※左図の例では、鹿屋市のほか3 市 町村の利用者に対して サービスを提供しているので、同 じサービス内容であっても、4つ の事業所指定が必要。

総合事業における報酬の請求について

現行の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護と同一の基準によるサービスは、請求も従来と同じ。

- 〇厚生労働省令に規定のあった旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護と同一の内容を総合事業のサービスとして規定することから、請求方法も同じとなる。したがって費用の1割(2割)を利用者から徴収し、報酬分を国保連経由とすることに変わりはない。
- ○ただし、サービスコードは総合事業専用のものが用意される。具体的なサービスコードは別途示す。
- ※サービスコード表及びCSVファイルは市ホームページに掲載予定。

緩和類型サービスは、事業所指定(国保連経由)に限定されない。

- ○訪問型サービスA及び通所型サービスCは委託により実施することとし、利用者負担を利用者から徴収し、これを除いたサービス単価を委託料として鹿屋市が支払うこととなる。
- 〇緩和類型サービスごとの具体的な要件(委託契約における仕様等)は、それぞれ鹿屋市が定める。

利用者との契約について

総合事業によるサービスの提供には、利用者との契約が必要。

- ○総合事業によるサービス提供にあたっては、利用者との契約が必要となる。
 - ※現在の介護予防訪問(通所)介護の提供に係る契約は「介護予防訪問(通所)介護の提供」に関する事項だから、総合事業には適用されない。
- ○事業所における総合事業移行に係る準備事項であるので、遺漏のない対応をお願いしたい。

(総合事業に係る契約締結を円滑に行うための例)

- ◆利用者との契約内容に総合事業に係るサービス提供も含まれていれば良いので、契約書の中に総合事業移行後に効力が発生する契約書の読み替え規定を盛り込む方法。
- ◆文面案を参考として次ページに例示するが、契約書文面との整合が必要であって文面案をそのまま用いることが出来ないことがあること。利用者に対する読み替え規定の説明を省略させるものではないこと等に留意されたい。

【その他:参考】

○地域包括支援センターから介護予防支援に係る再委託を受けている場合においても、同様に介護予防ケアマネジメントへ の読み替えが必要になる場合がある。

介護予防支援	介護予防給付のみ又は介護予防給付と総合事業を組み合わせた予防プランの作成 ※介護予防訪問(通所)介護は総合事業に移行するので介護予防給付には含まれない。
介護予防ケアマネジメント	介護予防給付を含まず、総合事業のみの予防プラン作成

利用者との契約について(参考:読み替え規定の例示)

介護予防訪問介護 → 総合事業において実施される現行の介護予防訪問介護相当のサービス

(介護予防・日常生活支援総合事業実施の際の読み替え)

- 第●条 利用者の保険者である鹿屋市が介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)を実施する場合においては、本契約に「介護予防訪問介護」とあるのは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成26年法律第83号)第5条による改正前の法における介護予防訪問介護に相当するサービスとして、総合事業において実施される訪問型サービス(次項において「介護予防訪問介護相当サービス」という。)」と読み替えるものとする。
- 2 当事業所が介護予防訪問介護相当サービスに係る法第115条の45の3第1項の指定を鹿屋市から受けていない場合は、前項の読み替えは行わない。

介護予防通所介護 → 総合事業において実施される現行の介護予防通所介護相当のサービス

(介護予防・日常生活支援総合事業実施の際の読み替え)

- 第●条 利用者の保険者である鹿屋市が介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)を実施する場合においては、本契約に「介護予防通所介護」とあるのは、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律(平成26年法律第83号)第5条による改正前の法における介護予防通所介護に相当するサービスとして、総合事業において実施される通所型サービス(次項において「介護予防通所介護相当サービス」という。)」と読み替えるものとする。
- 2 当事業所が介護予防通所介護相当サービスに係る法第115条の45の3第1項の指定を鹿屋市から受けていない場合は、前項の読み替えは行わない。
- ○契約書文面との整合が必要であって文書案をそのまま用いることが出来ないことがある。
- ○利用者に対する読み替え規定の説明を省略させるものではない。
- 〇これは文面案の例示であって、この文面案により生じた損害等を鹿屋市が負担するものではない。

5 サービス利用の流れ

サービス利用の流れ

周知

○総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被 保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

- ○被保険者からの相談を受けた場合、原則として要介護認定申請につなぐ。その際、相談者が要支援者に相当する者であり、 迅速な総合事業の利用につなぐ必要がある場合は、基本チェックリストによる総合事業対象者の判定につなぐ。ただし、対象者となった後も要介護認定申請が可能であることを説明すること。
 - ※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。



② 基本チェックリストの活用・実施

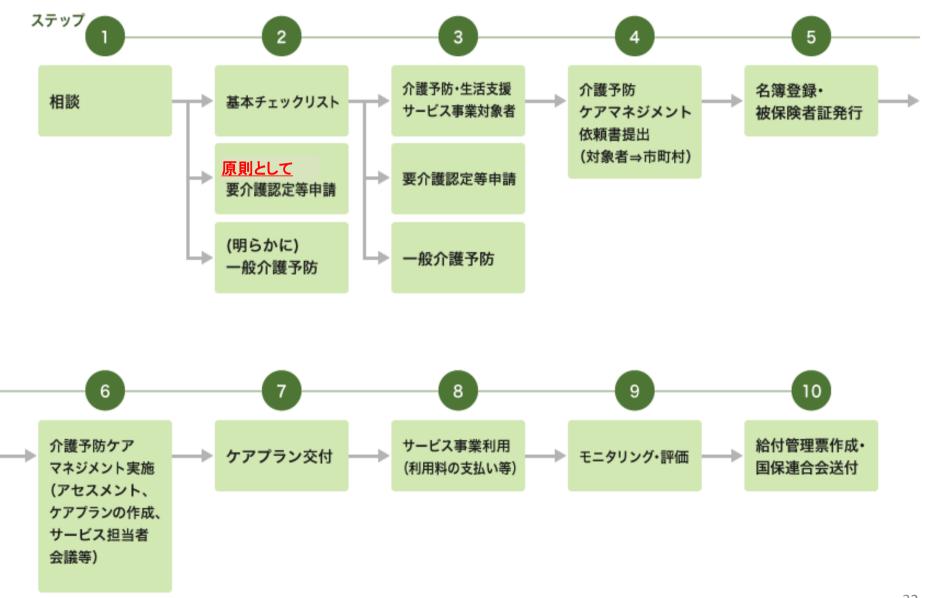
〇窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、 サービス事業及び給付)の振り分けを実施。



③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 〇利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的か つ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- ○地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- ○介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・移行等を踏まえ、3パターンに分けて行う。
 - ①ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)
 - ②ケアマネジメントB(簡略化した介護予防ケアマネジメント)
 - ③ケアマネジメントC(初回のみの介護予防ケアマネジメント) ※現時点で該当するサービスはなし。

サービス利用までの流れ(介護予防ケアマネジメント)





非該当 地域包括支援センター サ 介護予防• 等がケアプランを作成 (介護予防ケアマネジメント)

基準

ビス事業対象者

生活支援

審查·判定

認定非該当

要支援1

2

要介護1

5

介護予防・生活支援サービス 事業のみを利用する場合、介 護予防ケアマネジメントとして プランを作成。

介護予防・生活支援サービス 事業と介護予防サービスを併 用する場合、介護予防サービ ス計画としてプランを作成。

地域包括支援センター 等がケアプランを作成 (介護予防支援事業)

> (在宅系サービス、施設・居住 を利用できます。

-般介護予防事業 (サロン・ぴんぴん元気教 を利用できます。

介護予防・生活支 援サービス事業 (訪問・通所サービス等) を利用できます。

介護予防サービス (訪問看護、福祉用具貸与 を利用できます。

介護サービス

系サービス等)

新規

基本チェック

リストによる判定

要支援

·要介護認定

の申請

(地域包括支援センタ

-が実施)

相談窓口(地域包括支援センター職員が対応)

(原則)

居宅介護支援事業所等 がケアプランを作成 (居宅介護支援事業)

33

基本チェックリスト様式例

氏名	V.	住 所			生年月日			
希望す	るサービス内容		1.5			. W.		
No.		質問項目						
1	バスや電車で1	人で外出して	ていますか			0. はい	1. いいえ	
2	日用品の買い物	をしています	すか			0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入	れをしている	ますか			0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ね	ていますか	778			0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相	談にのってし	ハますか			0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや	壁をつたわり	らずに昇っていま	すか		0. はい	1. いいえ	
7	椅子に座った状	態から何もつ	つかまらずに立ち	上がってい	ますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて	歩いています	すか			0.はい	1. いいえ	
9	この1年間に転	んだことがる	ありますか			1.はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不	安は大きいて	ですか			1. はい	0. いいえ	
11	6ヶ月間で2~	3kg以上の	体重減少がありま	したか		1. はい	0. いいえ	
12	身長	cm 体重	kg	(BMI	=0) (注)		
13	半年前に比べて	固いものが1	食べにくくなりま	したか		1.はい	0. いいえ	
14	お茶や汁物等で	むせることだ	がありますか			1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気に	なりますか				1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は	外出している	ますか			0. はい	1. いいえ	
17	昨年と比べて外	出の回数が	載っていますか			1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「し	いつも同じ事	を聞く」などの物	忘れがある	と言われますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号	を調べて、	電話をかけること	をしていま	すか	0. はい	1. いいえ	
20	今日が何月何日	かわからない	い時がありますか	č.		1.はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間)	毎日の生活に	こ充実感がない			1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間)	これまで楽し	しんでやれていた	ことが楽し	めなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間)	以前は楽にて	できていたことが	今はおっく	うに感じられる	5 1.はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間)	自分が役に	立つ人間だと思え	ない		1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間)	わけもなく	疲れたような感じ	がする		1.はい	0. いいえ	

(注)BMI=体重(kg)÷身長(M)÷身長(M)が18.5未満の場合に該当とする。

事業対象者に該当する基準

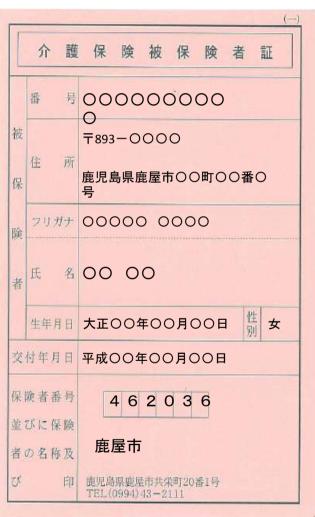
- ① No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当(複数の項目に支障)
- ② No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当(運動機能の低下)
- ③ No.11~12の2項目のすべてに該当(低栄養状態)
- ④ No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当(口腔機能の低下)
- ⑤ No.16~17の2項目のうちNo.16に該当(閉じこもり)
- ⑥ No.18~20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当(認知機能の低下)
- ⑦ No.21~25までの5項目のうち2項目以上に該当(うつ病の可能性)

【参考】

介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、従来の要支援者に該当するものであり、要支援者のほかに基本チェックリストにより事業対象者に該当した者を対象者とする理由は、訪問型サービス等について簡便に迅速なサービス利用を可能にするためであり、要支援より軽度の者まで対象にすることは想定していない

(「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&Aより H26年9月30日版)

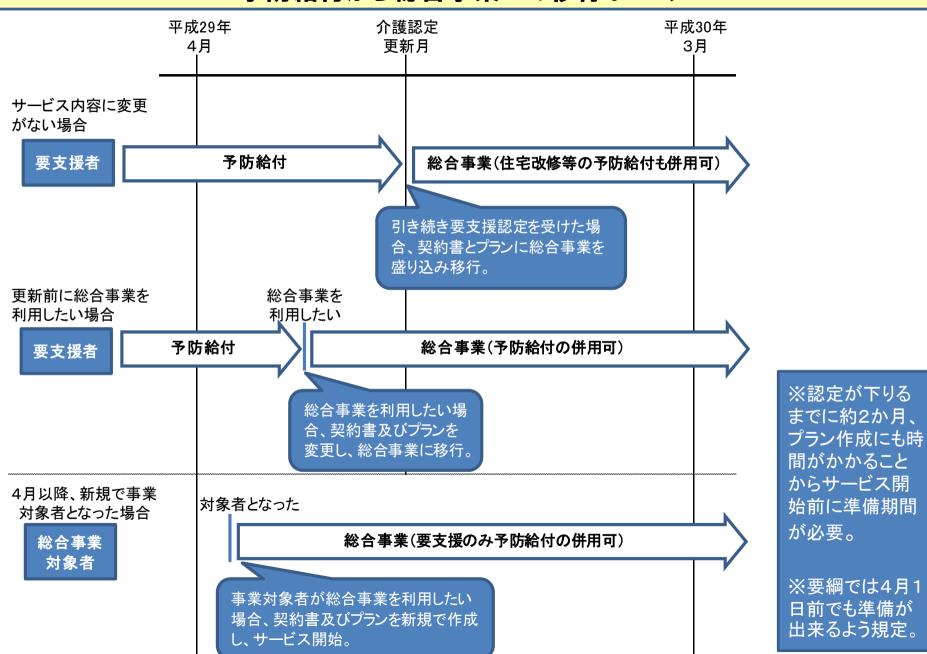
総合事業対象者の被保険者証(例)



要介護状態区分等	事業対象者	
認定年月日 (事業対象者の場合 は、基本チェックリ スト実施日)	基本チェックリスト	·実施日
認定の有効期間	有効期間	
居宅サービス等	区分支給限月 1月当たり	50,030円
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準制
即点原本人		
認定審査会の意見及び		
サービスの		
種類の指定		

		内	容	101	HH
	1			開始年月日	
給付制限				終了年月日	
			-,-	開始年月日	
				終了年月日	
	Ī			開始年月日	
				- 終了年月日	
居宅介護支持	漫事	鹿屋	市地	域包括支援	センター
業者若しくい	200000			届出年月日	4
護予防支援!	事業				
者及びその	事業			/	/
所の名称又	は地			届出年月日	
域包括支援	セン				
ターの名称				//	
				届出年月日	
	種類				
	煙湖			入所等年日	
	名称			3所外年月日	
A 20th William Lawrence	21,03			John-H.H.	
介護保険施設等			/		
	種類			入所等年月日	
		100000000000000000000000000000000000000	_/		
	名称			Witthham or	
	4300	/		进听等年月日	

予防給付から総合事業への移行イメージ



37

6 参考(資料)

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について・・・全国

平成28年7月1日調査

	介護予院	広•日堂	生活支	揺体制	在宅医织	春∙介護		認知症総合	含支援事業	
	生活支援						認知症初期集中 支援推進事業		認知症地域支援・ ケア向上事業	
	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)
平成27年度中	288	18.2%	873	55.3%	682	43.2%	285	18.0%	740	46.9%
平成28年度中	338	39.6%	326	75.9%	442	71.2%	412	44.1%	337	68.2%
うち 平成28年4月	228	32.7%	246	70.9%	287	61.4%	143	27.1%	207	60.0%
平成29年4月 (総合事業) 平成29年度中 (総合事業以外)	953	100.0%	160	86.1%	232	85.9%	432	71.5%	203	81.1%
平成30年4月	_	_	150	95.6%	137	94.6%	320	91.8%	193	93.3%
実施時期未定	0	_	70	4.4%	86	5.4%	130	8.2%	106	6.7%
合計	1,579		1,579		1,579		1,579		1,579	

[※]社会保障審議会介護保険部会(第65回・平成28年9月30日実施)参考資料2から抜粋。

総合事業・包括的支援事業(社会保障充実分)の実施状況について・・・・鹿児島県

平成28年5月調査

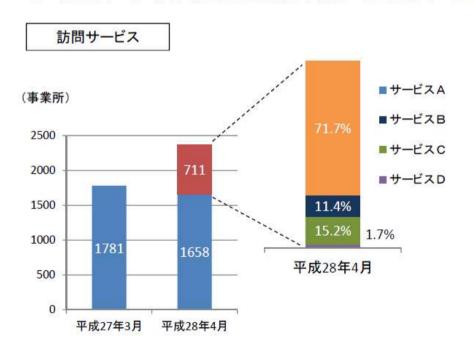
	┃ ┃ 介護予防・日常 ┃		生活支	生活支援体制		在宅医療・介護		認知症総合支援事業			
	生活支援		整備事業		連携推進事業		認知症初期集中 支援推進事業		認知症地域支援・ ケア向上事業		
	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	保険者数	実施率 (累計)	
平成27年度中	7	16.3%	16	37.2%	15	34.9%	6	14.0%	19	44.2%	
平成28年度中	11	41.9%	18	79.1%	19	79.1%	13	44.2%	10	67.4%	
うち 平成28年4月	7	32.6%	10	60.5%	4	44.2%	5	25.6%	6	58.1%	
平成29年4月 (総合事業) 平成29年度中 (総合事業以外)	25	100.0%	4	88.4%	1	81.4%	6	58.1%	3	74.4%	
平成30年4月	_	_	4	97.7%	4	90.7%	17	97.7%	10	97.7%	
実施時期未定	0	_	1	2.3%	4	9.3%	1	2.3%	1	2.3%	
合計	43		43		43		43		43		

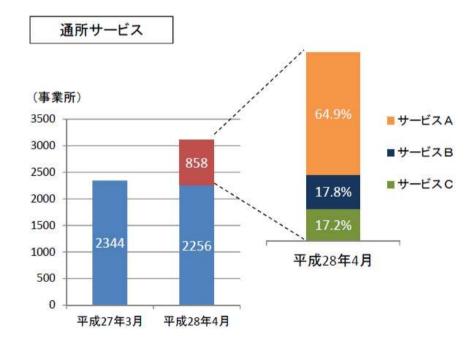
[※]平成28年度第1回現況調査(鹿児島県実施)を基に集計。

※以下は、平成27年4月に介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」と言う。)へ移行した78自治体に対し、総合事業等の実施状況 について、確認を行った結果をまとめたもの。計数については速報値。

1. サービス別事業所数推移

- 〇 総合事業の開始から1年間で、従前の介護予防訪問介護・通所介護以外の「多様なサービス」が出現。
- 「多様なサービス」の内訳を見ると、訪問・通所サービスともにサービスA(緩和した基準によるサービス)が最も多い。

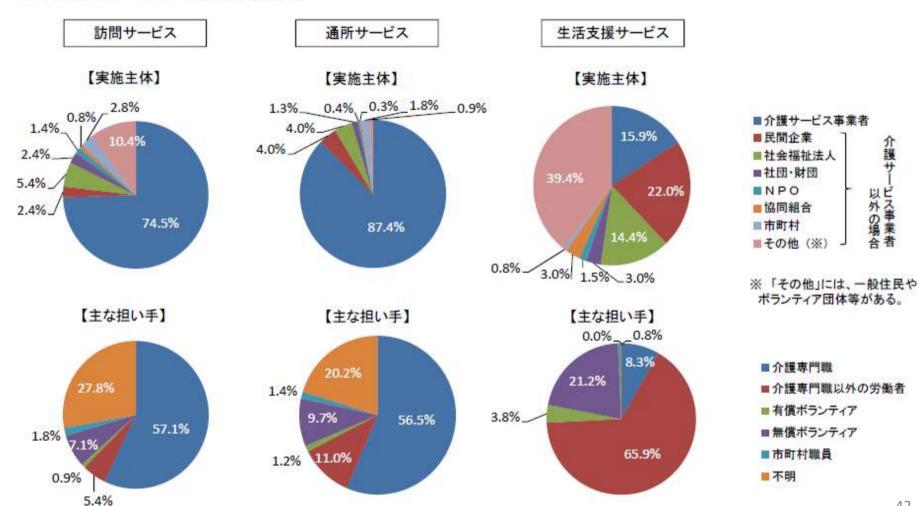




2. 「多様なサービス」の実施主体の状況

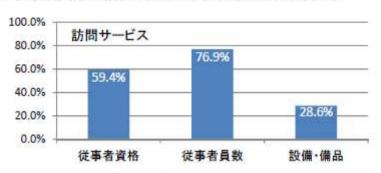
(事業者割合の状況)

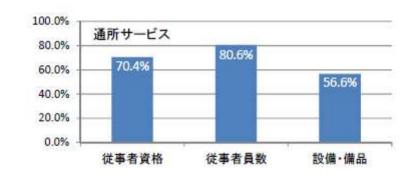
○ 多様な主体の参画が行われているが、訪問サービス・通所サービスでは、介護サービス事業者が実施主体となっているサービス、介護専門職 が担い手となっているサービスの割合が高い。



3. 緩和型サービス事業所のうち、緩和された基準が適用されているものの割合

○ 従事者員数が緩和されている事業所の割合が高い。





4. ボランティアに関する状況

(1)1自治体当たりの養成の状況(平成27年度)

○ ボランティア研修修了者数 : 22.2人 ○ 研修等実施回数 : 3.6回(研修の主な実施主体は市町村、社会福祉協議会)

(参考)主な担い手となっているボランティアに対する研修の実施状況

	実施主体	研修期間	頻度	概要
Αħ	社協(委託)	2日程度	年2回程度	一般介護予防事業におけるサポーター養成講座において実施
В市	市町村	半日	年1~2回	総合事業の内容や経験のあるボランティアによる体験発表、高齢者支援に関するグ ループワークなどを実施。
С市	主として社協(委託)	半日×5日	年1回	国の示しているガイドライン中のカリキュラム(※)に準拠して実施。
D町	社協(直接)	1日~4日 (参加者数に応じる)	年1回	総合事業開始以前から住民主体型の研修があったため、既に当該研修を受講している者に対しては、研修は行っていない。新規のボランティアに対しては国の示している ガイドライン中のカリキュラム(※)に準拠して実施。
E町	市町村	半日	年1~2回	国の示しているガイドライン中のカリキュラム(※)に準拠して実施。

[※] 介護保険制度・介護概論、高齢者の特徴と対応(高齢者や家族の心理)、介護技術、ボランティア活動の意義、緊急対応(困った時の対応)、認知症の理解(認知症サポーター研修等)、コミュニケーションの手法・訪問マナー、訪問実習オリエンテーション

(2)事故発生等の状況

- ボランティアによる事故発生件数は1件あったが、ボランティア自身の人身事故であった。
- 市町村に対し、ボランティアによるサービス導入後の苦情の増減を聞いたところ、「増加した」と回答した市町村はなかった。

- 5. 要支援者等数の推移 ※ データを把握していない市町村及び、基本チェックリストについて全高齢者へ配布している等の独自運用を行っている市町村を除く。
 - 要支援者数等の推移は、平成26年度までの要支援者の推移と比較して大差はない。

(65歳以上人口1万人当たり要支援者等数)

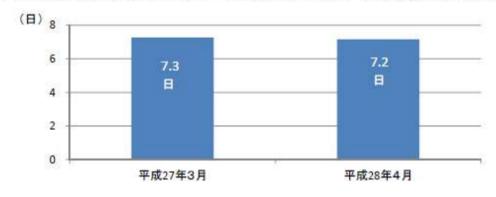


※ 要支援1・2の全国における対前年同月比は、24年3月末時点が 105.1%、25年3月末時点が109.4%、26年3月末時点が106.1%となっている。(介護保険事業状況報告)

6. サービス利用延べ日数の変化

(平成27年3月時点の介護予防訪問介護・通所介護利用者で、従前相当以外の総合事業の利用に移行した者(従前相当以外の総合事業を組み合わせて利用している者を含む。)の利用日数の変化)

○ 総合事業利用前後において、サービス利用延べ日数(一月あたり)に大きな変化は見られない。



n=175(抽出数) N=3,788(抽出率の逆数を乗じた数)

注)各自治体において単純無作為抽出法により5件(5件に満たない場合は全数)を調査した。推計値は、当該自治体の抽出率の 逆数を乗じた上で算出している。

7. 総合事業利用者の状態の変化

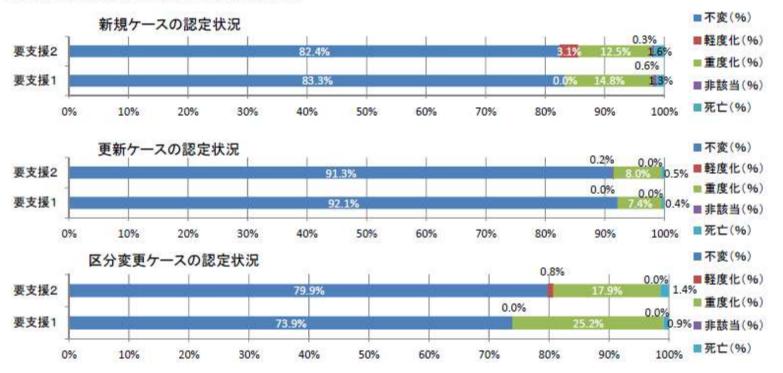
(平成27年3月時点の介護予防訪問介護・通所介護の利用者で、総合事業のうち介護予防・生活支援サービス(従前相当以外)の利用に移行した者の平成28年4月時点における状態変化)



注1)各自治体において単純無作為抽出法により50件(50件に満たない場合は全数)を調査した。推計値は、当該自治体の抽出率の逆数を乗じた上で算出している。 注2)区分変更等の時期は、利用表表の表もである。

注2)区分変更等の時期 は、利用者それぞれで異 なる。

(参考)要支援認定者の6ヶ月後認定状況



注1)介護保険総合DBにお ける集計結果(平成28年 7月15日時点)

注2)平成25年1月認定の 方の平成25年7月の状況 注3)却下等件数・転居等に よりその後の要介護度が 把握できない件数は含ま ない。

注4)区分変更の結果、要 介護度が変わらなかった 場合の「みなし更新認定」 も含む。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- *対象者には、各質問項目の主旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価するものが行ってください。
- *期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- *習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- *各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

項目 No.	質問項目	質問項目の趣旨	質問	考え方
1~5	5の質問項目は、日常生活関連動作	こついて尋ねています。		
	バスや電車で一人で外出していま すか	家族等の付き添いなしで、一人でバスや電車を利用して外出 しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところ	バスや電車がない所は?	それらに準じた公共交通機関に置き換えて回 答。
1		では、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。		
				一人で車を運転し外出している場合は「は い」。
	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているか		
		どうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねてい		食料品のみ購入の場合も含む。
		ます。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話	生協等で注文し配達してもらっている場合	注文で自宅に配達してもらっている場合は、
2		での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。	は?	「いいえ」。グループ配達箇所に取りに行く場
				合は、「はい」。
			ママサン号・移動魚屋さんが家の前まで来て	敷地から出て、必要な物を自分で購入してい
			くれる場合は?	るので「はい」。
			豆腐屋が売りに来るのをつかまえる場合は?	上記と同じ「はい」。
	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。	家族に連れて行ってもらい自分で貯金の出し	自ら窓口かキャッシュカードで出し入れして
3		銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を	入れしている場合は?	いれば「はい」。
		行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預	銀行員や郵便局員に電話で依頼し、必要額を	依頼して預貯金の出し入れしている場合は
		貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。	持ってきてもらう場合は?	「いいえ」。
	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による	友人ではないが、知り合いは含むか?	知り合いの家でも「はい」電話での交流は含
4		交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。		まない。
			家族や親せきの家のみ訪問している場合は?	家族や親せきの家のみの訪問は「いいえ」。
	家族や友人の相談にのっています	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面	相談事にのっているわけではなく、ただ会話	相談事でなく会話のみでも「はい」。
5	か	談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」としま	している場合は?	
		す。	遠方なので面談せずに電話のみの場合は?	面談せずに電話のみでの交流も「はい」。
$6 \sim 1$	0の質問項目は、運動器の機能に~	ついて尋ねています。		
	階段を手すりや壁をつたわらずに	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っているかどうかを尋ね	時々、手すりを使用している場合は?	時々であれば「はい」。
6	昇っていますか	ています。時々、手すり等を使用している程度であれば「は	手すりを使わなくても昇れるが、習慣的に手	習慣的に手すりを使っていれば「いいえ」。
		い」とします。手すり等を使わずに階段を上る能力があって	すりを使っている場合は?	

		も、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」とな		
		ります。		
			 時ヵ テーブルや捺子笑をつかんでいる場合	時々つかまっている程度であれば「けい」
7	らずに立ち上がっていますか	どうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば		Min フル・ようでいる住及であればない。
'		「はい」とします。		
	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、	時々15 分位歩く場合は?	 時々でも「はい」。
8		屋外等の場所は問いません。		※なお、屋内・屋外等の場所は問わない。
	この1年間に転んだことがありま	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。	転びそうになったことはあるが、転んではい	
9	すか		ない場合は?	※なお、「はい」の場合、転倒の時期と状況は
				確認しておく。
1 0	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に	転倒に対する不安が少しはある場合は?	少しでも転倒の不安があれば「はい」。
1 0		基づき回答してください。		
1 1 '	12の質問項目は、低栄養状態かる	どうかについて尋ねています。		
	6か月で2~3Kg以上の体重減	6か月間で2~3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋	6か月ではなく、1年位かけて体重減少して	6か月以上かかって減少している場合は「い
	少がありましたか	ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いい	いる場合は?	いえ」。
1 1		え」となります。		※なお、体重減少の原因や病状がわかれば
				確認する。
				反対に著しく体重増加があった場合もチ
				ェックしておく。
1 2	身長・体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1か月以内		
		の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。		
13~	~15の質問項目は、口腔機能につい			
		半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ね	以前から固い物が食べれない場合は?	半年以上前から固い物が食べれない場合は、
1 3	くくなりましたか	ています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態		「いいえ」。
		に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。		
1 4	お茶や汁物等でむせることがあり	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを本人		むせることがあれば、その頻度もチェック。
	ますか	の主観に基づき回答してください。		
1 5	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回		唾液が出ているか、しゃべりづらさの確認。
1 0		答してください。		
16	17の質問項目は、閉じこもりにつ		ジュトゲィップ・ウラム・とロフ切入りより	~7. M~ ~7.) \ [] \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \
1.0	週に1回以上は外出していますが	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1か月の状態を平		ごみ捨てのみは、「いいえ」。
1 6		均してください。	だまに、週1凹も外田しないこともめる場合 は?	週により外出頻度が異なる場合は、過去1か
	16年15日ミアカロの同様が達して	吹左の別 山同粉 しいごて - 人左の別 山同粉がは小傾向によっ	14:	月の状態を平均して回答する。
1 7		昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある 場合は「はい」となります。		外出しなくなった原因を把握する。
1 0 ~	いますか ~20の質問項目は認知症について			
107		本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘され	国りからけ言われないが 白公白身 爀亡れ	木人自身が自覚していても 国りから励亡や
1 Ω		本人は物点にかめると思うていても、周りの人から指摘されてることがない場合は「いいえ」となります。	や置き忘れ等自覚している場合は?	本人自身が自見していても、周りがら物志(t) を指摘されていない場合は「いいえ」。
1 0	ますか	ひここハーイホヾー勿口メポ゚V ・V ・A.」 こイホ ソ まり。	\ 匹C 心メレ∀口 克 し 、 ∀ ゚幻 勿口 「よ ・	「1日11日でないくv ハなv ·2m ロ tな 「v ·v ·ん]。
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけている	 携帯の短縮ボタンを押してのみ家族等に雪託	「いいえ」。
1 9	かけることをしていますか	かどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をか		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	~ 17 a - c e o c e a 7 14 .	^ C / ^ C / 1/2 / C の / 0		

		ける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合		
		には「いいえ」となります。		
	今日が何月何日かわからない時が	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主	新聞やカレンダーで確認し、何月何日である	自分で確認し、わかれば「いいえ」。
2 0	ありますか	観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない	かわかる場合は?	月と日の一方しかわからない場合は「はい」。
		場合には「はい」となります。		
2 1	・ ~25の質問項目は、うつについて	尋ねています。		
0.1	(ここ2週間)毎日の生活に充実	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。	21~25 はここ 2 週間の気分の変化についての	
2 1	感がない		質問	
	(ここ2週間) これまで楽しんで			
2 2	やれていたことが楽しめなくなっ			
	た			
	(ここ2週間) 以前は楽に出来て			
2 3	いたことが今ではおっくうに感じ			
	られる			
0.4	(ここ2週間) 自分が役に立つ人			
2 4	間だと思えない			
2 5	(ここ2週間) わけもなく疲れた			
∠ 5	ような感じがする			

記入日:平成 年 月 日

<u>基本チェックリスト(鹿屋市)</u>

NO.	氏 名(ふりがな)		性別		住	所	生年月日		年齢	
	()	男	鹿屋市			明治·大正	·昭和		- <u>-</u> -
			女	(電話)	_		年	月		歳

No	質問項目	数字を(つで選んでく/	ださい	問診チェ	ニック
1	バスや電車で 1 人で外出していますか	0. はい	1. いいえ			1
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ			_
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	全般		10
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ			以 上)
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ			
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		3 Q	İ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	 運	以上)	İ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	· 運動 · 器		İ
9	この 1 年間に転んだことがありますか	1. はい	O. いいえ	· 奇·		İ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			
11	6ヶ月間で2~3kg 以上の体重減少がありましたか	1. はい	O. いいえ	٠	<u>2</u> 3	İ
12	BM I () ※18.5 以上ですか (注) BM I =体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	0. はい	1. いいえ	栄養	③ (a 퍼牛)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	O. いいえ		<u>2</u> 4	İ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	□ 腔 機 能	(2以上)	İ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	能)	
16	週に 1 回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	こ 閉	16 ⑤ に 該 当	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	O. いいえ	り	当	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	0. いいえ	認	<u></u>	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	紀知	(1 以上)	İ
20	今日が何月何日か分からないことがありますか	1. はい	0. いいえ			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ			
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなく なった	1. はい	0. いいえ	_	(0	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに 感じられる	1. はい	O. いいえ	うつ	(2 以上)	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ			
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	O. いいえ			

	該当選択	左記①~⑦いずれか該当は下記へ〇印
①(全般:No.1~20)が 10 個以上		
②(運動器の機能向上:No.6~10)が3個以上		
③ (栄養改善: No.11・12) が2個とも該当		
④(口腔機能向上:No.13~15)が2個以上		
⑤ (閉じこもり: No.16) に該当		
⑥(認知:No.18~20)が1個以上		
⑦ (うつ: No.21~25) 2個以上		

介護予防・日常生活支援総合事業 通所介護相当サービスの取扱い

介護予防通所介護では、月額包括報酬(定額制)とされていましたが、鹿屋市の通所介護相当サービスにおいては、「サービス利用実績に応じた報酬設定」及び「多様なサービスとの併用」の観点から、1回当たりの単価設定による報酬も用いることとします。

1 支給区分と単位数

通所介護相当サービスの単価については、鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱により、次のとおりとなります。

支給区分	単位数				
要支援1	378単位/回				
事業対象者(週に1回程度)	1,647単位/月 ※1か月の提供回数が5回以上の場合				
要支援2	389単位/回				
事業対象者(週に2回程度)	3,377単位/月 ※1か月の提供回数が9回以上の場合				

- (例1)要支援1の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した→ 378単位×4回
- (例2) 要支援1の利用者に対し、1月に5回サービスを提供した→ 1,647単位
- (例3)要支援2の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した→ 389単位×8回
- (例4)要支援2の利用者に対し、1月に9回サービスを提供した→ 3.377単位
- (例5)要支援2の利用者で、1月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により 1月に3回の提供となった→ 389単位×3回
- 2 事業対象者のサービス提供回数変更に伴う支給区分(1週間のサービス回数)の変更 利用者の状態像の改善に伴って、当初の支給区分において想定されているよりも少ないサービ ス提供になること、又はその逆に、傷病等で利用者の状態が悪化することによって、当初の支給 区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得ますが、その場合であっ ても、月の途中での支給区分の変更は不要です。

なお、この場合であっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態は新たに設定した目標に応じた区分による介護予防サービス計画及び通所型サービス計画を定める必要があります。

(例1)事業対象者で、1週に1回の提供を想定していたが、状態の悪化に伴い1月に7回サービスを提供した→「事業対象者(週に1回程度)」として、1,647単位を算定

- (例2) 事業対象者で、1週に2回の提供を想定していたが、状態の改善に伴い1月に4回サー ビスを提供した→「事業対象者(週に2回程度)」として、389単位×4回を算定
- ※ 事業所におけるサービス提供記録には内容とともにその開始時間、終了時間は必ず記録して ください。送迎、入浴に関する報酬も基本単位に包括されていますが、実施の記録を残すよう にしてください。
- ※ 費用の算定にあたっては、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平 成18年厚生労働省告示第127号)及び指定介護予防サービスに要する費用の額に算定に関 する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第 0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号、厚生労働省老健 局計画・振興・老人保健課長連盟通知)に準ずるものとします。

3 サービスコードについて

平成27年3月31日時点で介護予防通所介護の指定を受けている事業所	A5
平成27年4月1日以降に介護予防通所介護の指定を受けた事業所	А6

4 日割り請求に係る取扱い

1月の提供回数が一定回数を超え、月額の単位数となる場合で、介護保険事務処理システム変 更に係る参考資料(確定版)平成27年3月31日厚生労働省事務連絡の資料9の月途中の事由 に該当するときは、日割り計算を行います。

5 他サービス等との関係

- (1) 利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。
 - ① 介護予防短期入所生活介護
- ② 介護予防短期入所療養介護
- ③ 介護予防特定施設入居者生活介護
- ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護
- ⑤ 介護予防認知症対応型共同生活介護 ⑥ 介護予防通所リハビリテーション

ただし、住民主体の支援である通所型サービスBなど利用者の自立支援、社会参加を促すサ ービスを、本人の状態等にあわせての利用を妨げるものではありません。併用に関しては、目 標設定や利用目的等を利用者及び家族と十分に検討してください。

(2) 包括報酬の場合、通所介護相当サービスは複数の事業所を利用することはできません。 1回当たりの単価での設定の場合は、特にそのような縛りはありませんが、単価が包括 報酬の単価を超えないようマネジメントを適確に行ってください。

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問介護相当サービスの取扱い

介護予防訪問介護では、月額包括報酬(定額制)とされていましたが、鹿屋市の訪問介護相当サービスにおいては、「サービス利用実績に応じた報酬設定」及び「多様なサービスとの併用」の観点から、1回当たりの単価設定による報酬も用いることとします。

1 支給区分と単位数

訪問介護相当サービスの単価については、鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱により、次のとおりとなります。

支給		単位数				
海C 1 同和帝	事業対象者	266単位/回				
週に1回程度	要支援1.2	1,168単位/月 ※1か月の提供回数が5回以上の場合				
選に 0 同和産	事業対象者	270単位/回				
週に2回程度	要支援1·2	2,335単位/月 ※1か月の提供回数が9回以上の場合				
油につ回いト	事業対象者	285単位/回				
週に3回以上	要支援2	3,704単位/月 ※1か月の提供回数が13回以上の場合				

- (例1) 週に1回程度の利用者に対し、1月に4回サービスを提供した→ 266単位×4回
- (例2) 週に1回程度の利用者に対し、1月に5回サービスを提供した→ 1,168単位
- (例3) 週に2回程度の利用者に対し、1月に8回サービスを提供した→ 270単位×8回
- (例4) 週に2回程度の利用者に対し、1月に9回サービスを提供した→ 2,335単位
- (例5) 週に2回程度の利用者で、1月に9回サービスを提供予定であったが、体調不良により 1月に3回の提供となった→ 270単位×3回

2 支給区分(1週間のサービス回数)

あらかじめ、地域包括支援センターによる適切なアセスメントにより作成された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地から意見等を勘案して、標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づき、各区分を位置付けてください。

利用者の状態像の改善に伴って、当初の支給区分において想定されているよりも少ないサービス提供になること、又はその逆に、傷病等で利用者の状態が悪化することによって、当初の支給区分において想定された以上に多くのサービス提供になることがあり得ますが、その場合であっても、月の途中での支給区分の変更は不要です。

なお、この場合であっては、翌月の支給区分については、利用者の新たな状態は新たに設定した目標に応じた区分による介護予防サービス計画及び訪問型サービス計画を定める必要があります。

- (例1)事業対象者で、1週に1回の提供を想定していたが、状態の悪化に伴い1月に7回サービスを提供した→「事業対象者1週に1回程度」として、1,168単位を算定
- (例2) 事業対象者で、1週に2回の提供を想定していたが、状態の改善に伴い1月に4回サービスを提供した→「事業対象者(1週に2回程度)」として、270単位×4回を算定
- ※ 訪問介護相当サービスについては、介護予防訪問介護と同様に、「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の区分を一本化します。通院等乗降介助は算定しないこととし、通院等乗降介助以外のサービスの範囲については、訪問介護と同じ扱いとします。
- ※ 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにおいて設定された生活機能向上に係る目標の達成状況に応じて必要な程度の量を訪問型サービス(訪問介護相当サービス)事業所が作成する訪問型サービス計画に位置付けることとします。
- ※ 費用の算定にあたっては、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)及び指定介護予防サービスに要する費用の額に算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連盟通知)に準ずるものとします。

3 サービスコードについて

平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護の指定を受けている事業所	Α1
平成27年4月1日息王に介護予防訪問介護の指定を受けた事業所	A2

4 日割り請求に係る取扱い

1月の提供回数が一定回数を超え、月額の単位数となる場合で、介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)(平成27年3月31日厚生労働省事務連絡)の資料9の「月途中の事由」に該当するときは、日割り計算を行います。

ただし、加算(月額)部分に対する日割り計算は行いません。

5 他サービス等との関係

- (3) 利用者が次のサービスを受けている間は算定できません。
 - ① 介護予防短期入所生活介護
- ② 介護予防短期入所療養介護
- ④ 介護予防特定施設入居者生活介護
- ④ 介護予防小規模多機能型居宅介護
- ⑤ 介護予防認知症対応型共同生活介護
- (4) 包括報酬の場合、訪問介護相当サービスは複数の事業所を利用することはできません。 1回当たりの単価の場合は、特にそのような縛りはありませんが、単価が包括報酬の単 価を超えないようマネジメントを適確に行ってください。