令和２年度の介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の予定について

令和２年２月２１日（金）
令和２年２月２５日（火）
角田市市民福祉部健康長寿課

介護保険法
（目的）
第１条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、**これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、**国民の共同連帯の理念**に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。
（介護保険）
第２条　介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。
２　前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。**
３　第１項の保険給付は、**被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、**適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
４　第１項の保険給付の内容及び水準は、**被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。**

1　総合事業の目的について

介護予防・生活支援サービス事業の目的（第1号訪問事業、第1号通所事業）

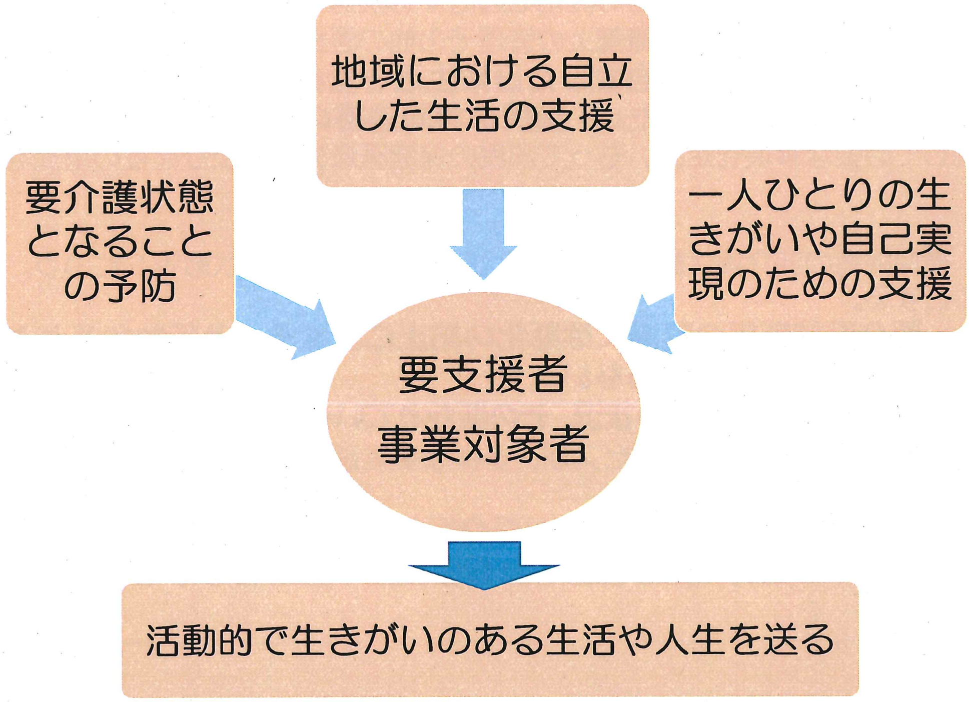
要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるように支援することを目的として実施する。

＜角田市が目指す介護予防・日常生活支援総合事業＞

介護予防相当サービス等から段階的に一般介護予防事業などへ移行できるような支援を行い、**高齢者が役割や生きがいを持っていきいきと生活する。**

1　総合事業の目的について

介護予防・生活支援サービス事業（第1号訪問事業、第1号通所事業）の目的



2　角田市の高齢者の状態像と課題

＜第7期介護予防・日常生活圏域ニーズ調査及び在宅介護実態調査より＞

○外出の頻度等
　一般高齢者も含め、ほとんど外出しない方が1割弱で、外出を控えている主な理由として、足腰などの痛みが60.6%、**交通手段がない**が17.4%、**トイレの心配**（失禁など）が16.1%、外での楽しみがないが13.6%となっている。
　また、誰かと食事をする機会がほとんどない方もおり、**閉じこもり傾向**の方がいる。

○生活機能評価
　一般高齢者であっても「閉じこもり予防」「認知症予防」「うつ」「転倒」のリスク者が相当数いる。

○在宅で生活を続けるために必要だと思うこと
　「健康状態や身体の機能を維持・向上させること」と回答した方が55.4%（前回49.7%）と健康への関心が高まっている。

＜要介護認定基本調査項目より＞

○洗身：要支援１・２で介助されていない方が47.4%
　⇒介護予防通所介護相当サービスとのすみわけ、介護従事者の負担軽減から通所型サービスAでは入浴介助を提供しない。

3　介護予防・生活支援サービス事業多様なサービス創出の趣旨

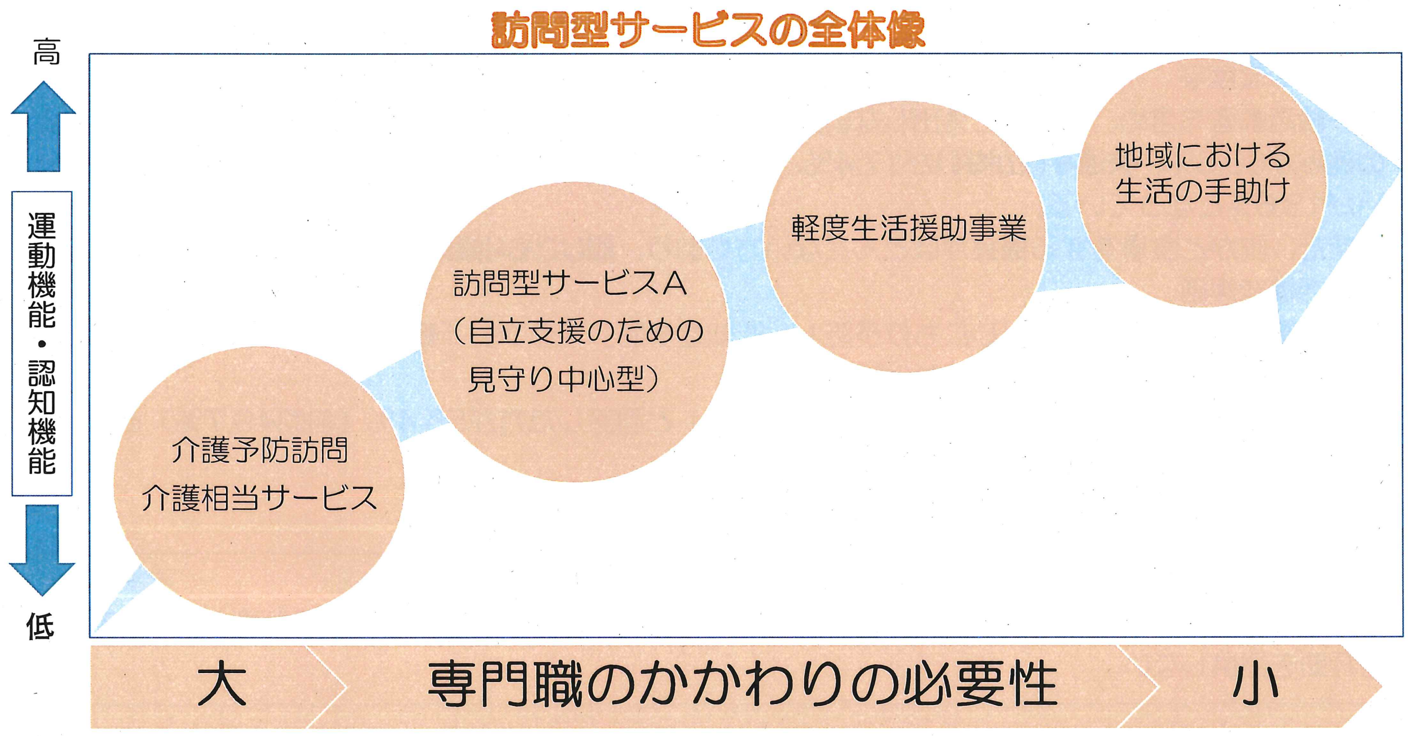
第1号訪問事業
○事業の目的に沿った事業の充実を図り、**高齢者が役割や生きがいをもっていきいきと生活する。**
○人材不足を考慮し、サービスの類型に応じてすみ分けを図る。
- 介護予防訪問介護相当サービス（身体介護中心）⇒訪問介護員
- 訪問型サービスA（自立支援のための見守り援助中心）
  ⇒サービス内容を限定することで介護従事者の負担軽減を図る。

第1号通所事業
○事業の目的に沿った事業の充実を図り、**高齢者が役割や生きがいをもっていきいきと生活する。**
○人材不足を考慮し、サービスの類型に応じてすみ分けを図る。
- 介護予防通所介護相当サービス⇒明確な目標を持ちサービスを提供。
- 短期集中予防サービス⇒３～６ケ月の短期間で行い、その後通所型サービスAなどに移行することで社会参加の場の確保を図る。
- 通所型サービスA⇒入浴介助無し、日常生活動作訓練中心、短時間利用で利用率の向上を図る。

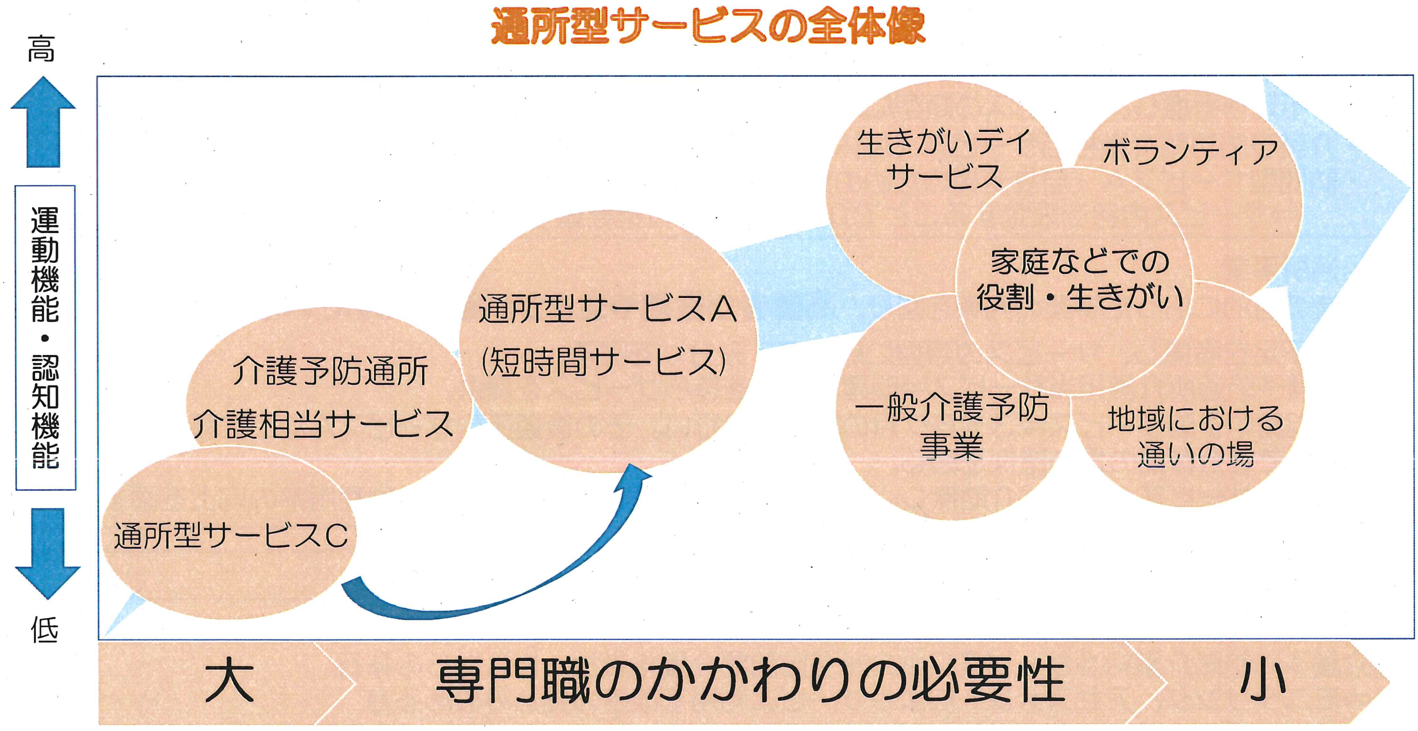
訪問型サービスA及び通所型サービスAの実施に係る留意事項（提供関係）

①新規利用⇒初回相談、アセスメントによりサービス利用で改善の見込みのある方。
②介護予防訪問介護相当サービス又は介護予防訪問介護相当サービスからの移行
　⇒モニタリング、アセスメントによりサービス利用で改善の見込みのある方

3　介護予防・生活支援サービス事業多様なサービス創出の趣旨



3　介護予防・生活支援サービス事業多様なサービス創出の趣旨



4　訪問型サービスについて

サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	自立支援訪問型サービスA
サービス内容	訪問介護員による入浴、排せつ、食事等の身体介護及び生活援助	自立生活支援のための見守り中心型 ①「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」に掲げる身体介護のうち1-6「**自立生活支援のための見守り的援助**」及び ②「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」に掲げる**生活援助**
対象者	【事業対象者・要支援１・２】 ケアマネジメントで、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース	【事業対象者・要支援１・２】 ○自立支援のための見守り中心型の**サービス利用で改善の見込みのある方** ○**直接的な身体介護の必要がない方**
利用回数	週１回～２回	週１回～２回（１回あたり１時間未満）
基本報酬	週1回程度　１，１７２単位 週２回程度　２，３４２単位	週1回程度　１，０５５単位 週２回程度　２，１０８単位
加算減算	国基準	初回加算 同一建物減算
利用者負担額	１割（一定以上所得者は２割又は３割）	１割（一定以上所得者は２割又は３割）
実施方法	事業者指定	事業者指定

サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	自立支援訪問型サービスA
ケアマネジメント	ケアマネジメントＡ（ケアプランを作成、モニタリングを実施）	ケアマネジメントＡ（ケアプランを作成、モニタリングを実施）
個別サービス計画	作成	作成
限度額管理	限度額管理の対象(事業対象者は目安)	限度額管理の対象(事業対象者は目安)
請求方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払
サービス種類コード	A2	A3
人員基準	・管理者※１　　常勤・専従１以上 ・訪問介護員等　　常勤換算2.5以上 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者：　常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に１人以上 【資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、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 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	・管理者※　専従１以上 ・従事者　　必要数 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は生活援助従事者研修修了者】 ・訪問事業責任者：従事者のうち必要数 【資格要件：従事者に同じ】 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能 ※自立支援・重度化防止のための見守り的援助（身体介護）を行う場合の従事者は介護福祉士又は介護職員初任者研修等修了者

4　訪問型サービスについて

＜自立支援訪問型サービスAの留意事項＞

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成１２年３月１７日老計第１０号）等**旧介護予防訪問介護等のサービス内容の範囲内**で、利用者の状態に応じてサービスを提供するもの。

（１）生活援助
身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為である。）

掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理・被服の補修、一般的な調理、配下膳、

買い物・薬の受け取り

4　訪問型サービスについて

＜自立支援訪問型サービスAの留意事項＞

（２）1-6　**自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助**（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）～抜粋～

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
○ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらう又は思い出してもらうよう援助
○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
○上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置づけられたもの。

5　通所型サービスについて

サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	短時間通所型サービスA
サービス内容	・入浴、排せつ、食事等の介護等の日常生活上の支援及び機能訓練 ・専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニング	・運動を中心とした機能訓練等（介護予防に資する運動、骨盤底筋運動など） ・日常生活動作訓練 ・原則入浴なし ・送迎あり **・目標を明確にする** 例）サービス利用以外での外出の頻度が増える。 例）卒業も視野に入れ、卒業後は傾聴ボランティアなど担い手となる方が出てくることを目指す
対象者	【事業対象者・要支援１・２】 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とケアマネジメントで認められるケース	【事業対象者・要支援１・２】４時間未満の**サービス利用で改善の見込みのある方** <具体的な状態像> ・下肢筋力の低下などによる足腰の痛みなどで外出を控えている方 ・トイレの心配（失禁）などで外出を控えている方
利用回数	週１～2回	週１～2回　２時間以上４時間未満
基本報酬	週1回程度　１，６５５単位 週2回程度　３，３９３単位	週1回程度　１，３８７単位 週2回程度　２，７７４単位

5　通所型サービスについて

サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	短時間通所型サービスA
加算減算	国基準	・運動器機能向上加算 ・口腔機能向上加算 ・サービス提供体制強化加算 **・自立支援促進加算（角田市独自）**
利用者負担額	１割。（一定以上所得者は２割又は３割）	１割。（一定以上所得者は２割又は３割）
実施方法	事業者指定	事業者指定
ケアマネジメント	ケアマネジメントA（ケアプランを作成、モニタリングを実施）	ケアマネジメントA（ケアプランを作成、モニタリングを実施）
個別サービス計画	作成	作成
限度額管理	限度額管理の対象(事業対象者は目安)	限度額管理の対象(事業対象者は目安)
請求方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払
サービス種類コード	A6	A7

5　通所型サービスについて

サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	短時間通所型サービスA
人員基準	①管理者：常勤・専従１以上 ②生活相談員：　専従１以上 ③看護職員：　専従１以上 ④介護職員 ～１５人　専従１以上 １５人～　利用者一人に専従0.2以上 ⑤機能訓練指導員：　１以上 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	・管理者※ 専従1以上 ・従事者～15人専従1以上 15人～ 利用者1人に必要数 ・機能訓練指導員：　１以上 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。

・自立支援促進加算（角田市独自）（Ⅰ）500単位/月　通いの場などに参加する場合
（Ⅱ）350単位/月　家庭などで役割や生きがいをもって生活する場合

①短時間通所型サービスAの利用者が当該サービス及び介護予防通所介護相当サービスの利用に頼らずとも地域の通いの場（一般介護予防事業、地域のサロン、趣味活動の場、ボランティアなど）に継続的に参加することにより、**役割や生きがいを持ち、住みなれた地域で自分らしい生活が送ることができると認められ**、サービスの利用を終了した場合に、ケアマネジメントA終了に係るサービス担当者会議を経て最後のサービス利用日の属する月に加算する。ただし、本加算の対象となった利用者については、本加算を算定した月から１年間について、本加算の対象としない。給付率は１０割とする。

6　介護サービス事業所と一体的に行う場合の留意点

<訪問介護と介護予防訪問介護相当サービス及び自立支援訪問型サービスAを一体的に行う場合の考え方>

（１）特定事業所加算の算定要件について
訪問介護員等の割合は、指定訪問介護事業所の訪問介護員等の状況に基づき算定することとしており、自立支援訪問型サービスAに従事する時間は含まない。また、重度介護者等対応要件の利用者割合は、指定訪問介護の利用者数に基づき算定することとしており、介護予防訪問介護相当サービス及び自立支援訪問型サービスAの利用者は含まない。

<通所介護と介護予防通所介護相当サービス及び短時間通所型サービスAを一体的に行う場合の考え方>

（１）専従要件や加配職員を求めている加算の算定要件について
算定要件として専従の職員配置を求めている加算である「中重度ケア体制加算」、「個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）」と「認知症加算」については、人員基準の取扱いと同様、通所介護の職員が通所介護と一体的に提供される介護予防通所介護相当サービス及び短時間通所型サービスAに従事したとしても、当該職員は専従要件を通所介護で満たしているものとして取り扱うこととする。
※個別機能訓練加算（Ⅰ）の算定においては、「常勤」の機能訓練指導員がサービス提供時間帯を通じて専従することが要件であるが、常勤要件についても、それぞれのサービス提供に支障がない範囲において同様の取扱いとする。
※また、算定要件として職員の加配を求めている加算である「中重度ケア体制加算」と「認知症加算」については、認知症高齢者や重度要介護者に在宅生活の継続に資するサービスを提供して事業所を評価する加算であることから、短時間通所型サービスAの職員の勤務時間は、加配職員として常勤換算員数を算出する際の勤務時間に含めることはできない。

6　介護サービス事業所と一体的に行う場合の留意点

＜通所介護と介護予防通所介護相当サービス及び短時間通所型サービスAを一体的に行う場合の考え方＞

（２）サービス提供体制強化加算の算定について
　通所介護におけるサービス提供体制強化加算にあっては、常勤換算方法により介護福祉士が50%以上配置されること等が要件とされている。職員の割合については、
　・介護予防通所介護相当サービスの職員は含める（通所介護と介護予防通所介護相当サービスの双方において算定可能）。
　・短時間通所型サービスAの職員は含めない。

（３）利用定員について
　①通所介護と介護予防通所介護相当サービスについては、通所介護の対象となる利用者（要介護者）と介護予防通所介護相当サービスの対象となる利用者（要支援者等）との合算で、利用定員を定める。
　②上記①とは別に短時間通所型サービスAについては、当該サービスの利用者（要支援者等）で利用定員を定める。

（４）食堂及び機能訓練室の合計した面積について
　それぞれの利用者の処遇に支障がないことを前提にサービス提供する必要があるため、食堂及び機能訓練室の合計した面積は、事業所全体の利用定員×３㎡以上

7　指定手続きについて

◎自立支援訪問型サービスA及び短時間通所型サービスAを実施する場合、指定申請が必要になります。

指定申請書の提出期限	事業開始月の前々月の末日まで
指定の期間	６年 ※介護予防訪問介護相当サービス又は介護予防通所介護相当サービスの指定期間の末日と同日にすることができます。
指定申請書の提出先	角田市健康長寿課介護保険係

※令和２年４月から事業実施をご希望の場合は、早めに介護保険係までご連絡ください。

＜留意事項＞

（１）登記事項等
　運営法人の登記事項に「介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業」、「介護保険法に基づく第１号訪問事業」、「介護保険法に基づく第１号通所事業」等の記載があれば変更の必要はありません。

（２）運営規定、契約書、重要事項説明書等
　事業所ごとに作成する運営規程等についても、「第１号通所事業」等の記載をしている場合、短時間通所型サービスA等の事業も含まれているため、事業名を追加する必要はありません。
　ただし、短時間通所型サービスA等の内容及び利用料その他の費用の額について、追加で記載する必要があります。

8　介護予防ケアマネジメント

＜介護予防ケアマネジメントの考え方＞

（1）適切なアセスメント**～本人の望む生活(生活の目標)を明らかにする～**

①本人の望む生活（生活の目標）と現状の生活のギャップについて収集した情報から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析する。

②課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを**本人・家族と認識を共有**し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下予防にもつながる。

③状態を把握する際のポイント**～「なぜ」を考えつつ、必要な情報をもらさず聞き取る～**

- 「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろう(申請のきっかけ）」
- 「なぜ、要支援状態になったのだろう」
- 「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」
- 「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」
- 「最も困っているのは本人なのか、家族なのか」
- 「かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）は？」
- 「本人にとってのなじみの人間関係は？

8　介護予防ケアマネジメント

＜介護予防ケアマネジメントの考え方＞

（2）ケアプラン・利用者の状況を踏まえた目標設定**～利用者本人が目標を理解することが重要～**

①**目標は、達成可能**で、しかも**本人の意欲を引き出せるよう明確**に設定される必要がある。

②設定された目標、それを達成するためのサービス利用について、**利用者が十分に理解し、納得し、目標達成のために必要なサービスを主体的に利用**する必要がある。

③手法としては、「どのように改善を図るか」、「どこで、だれがアプローチするとよいのか」、「いつ頃までに」(達成可能な期限）を考慮し、計画を作成することが望ましい。

④設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

⑤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、利用者の状況を踏まえつつ、次のステップアップとして地域の中で**生きがいや役割を持って生活できるよう**な居場所など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。

8　介護予防ケアマネジメント

＜介護予防ケアマネジメントの考え方＞

（３）モニタリング・評価

①ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、**新たな目標がないか**を確認し、次のケアプランに結びつけていく。

②順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続し、生きがいや役割を持った生活を継続できるよう、通いの場等の紹介、必要な情報提供、アドバイスを行うことが不可欠である。

（４）課題解決のためのケアプランのために～**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できる～**

アセスメントやモニタリングの結果、支援計画を経て当該サービス及び介護予防通所介護相当サービスの利用に頼らずとも**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できる**ことが見込まれる場合。

①**利用者が十分に理解し、納得した**家庭や地域の中で生きがいや役割を持って生活するための目標及び達成時期をサービス担当者会議を通してサービス提供者と共有する。

②サービスを利用し、モニタリングの結果、目標達成し**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できると認められる場合**、ケアマネジメントA終了に係るサービス担当者会議を経て、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）を作成する。

③ケアマネジメントCにおける実施後は、３～６か月後に**その後の状況把握**を行う。

8　介護予防ケアマネジメント

＜家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活するための利用例＞

通所型サービスC（ケアマネジメントA） → 通所型サービスA（ケアマネジメントA） → ボランティア・通いの場等（ケアマネジメントC）

※モニタリング⇒ケアマネジメントA終了に係るサービス担当者会議

※通いの場等については、地域性や足の確保などの課題もありますが、既存の地域資源を活用しながら、役割や生きがいを持って生活できるように支援していきましょう。

＊＊＊

＜自立支援・重度化防止に資するサービス提供のために＞

○本人ができることまで支援していませんか？

～再度ご確認お願いします～