

- 掲載内容や使用方法、手帳のサイズ、あるいは手帳の形式ではなくファイル形式にするなど、地域の関係者によって適切なツールを検討し、合意の上、使用することが望ましい。
- 内容を充実させる場合、例えば、市が掲げる地域包括ケアシステム構築のための基本方針や総合事業のメニューの掲載を行ったり、ボランティアポイント手帳と兼ねることも考えられる。逆に持ち歩き等を考慮すれば、ケアプランのエッセンスをわかりやすくA4サイズ1枚程度にまとめ、随時、確認できるようにすることも効果はあると考えられる。
- なお、平成26年度中に介護予防手帳（仮称）の標準例を参考にお示しする予定である。

※ 事業対象者には対象者であることを証明する何らかの証の交付が必要と考えられるが、これを手帳で代替することも考えられる。基本的にはお薬手帳程度のコンパクトな手帳が望ましい。

（その他）

- このほか、サービス担当者会議に本人・家族が出席し、専門職の助言を受けられる体制も、セルフマネジメントの推進となりうる。
- なお、地域住民には積極的に生活や健康をセルフマネジメントするとともに、資源が有限であることを認識し、市町村の政策を理解することも求められ、市町村は、地域住民の努力が財政上もたらす効果等を示すことも重要である。

2 好事例等から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(概要)

- 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。
- 特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。
さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的である。
具体的には、①通所型サービスCや訪問型サービスCを組み合わせる、又は②地域リハビリテーション活動支援事業による生活環境のアセスメントと他の通所型サービスや一般介護予防事業を組み合わせる、などが考えられる。
- 以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましい。

イ 課題分析

- 課題分析の目的は、本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。
- 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を予防することにもつながる。
- 状態を把握する際には、
「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか(申請のきっかけ)」、
「なぜ、要支援状態になったのだろうか」、
「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」、
「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」、
というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取ることが重要である。

- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、「どこに問題があるのだろう」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な情報を把握する。下表に、課題分析標準項目の中で、特に要支援者等について把握が必要な項目を例示する。

表 11 要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

- 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。
- また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「（できれば）してみたい・参加してみたい」ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることができるからである。
- しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目

標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要である。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましい。

- また、課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業（第6の2 一般介護予防事業を参照）を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられる。

ロ ケアプラン

- ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
 - ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
 - ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
 - ・「いつ頃までに」（期限）を考慮し、計画を作成することが望ましい。
- また、ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）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、次のステップアップの場である様々な通所の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である。
- 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議の場等を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望ましい。
- 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、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要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められる。以下に、支援課題別状態から想定される対応方法とケアプランの在り方、モデル事例を例示する。

表 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方 (例)

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
<p>①健康管理の支援が必要な者</p>	<p>・ 高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・ 飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・ 健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようにする。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>80歳 男性のAさん 要支援1→1 元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。保健注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでた。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず 旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧めた。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加するようになった。</p>

<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <p>(1) まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。</p> <p>もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。</p> <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を实践できるようにする。</p>	<p>90歳 Cさん男性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</p> <p>元々デパートへ行くことが楽しんでいたDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないというところで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ポランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を</p>	<p>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指</p>

	<p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者</p>	<p>実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p><u>84歳 女性のFさん 要支援2→2</u></p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
<p>④閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<p>・病院から退院してまもない者</p> <p>・孤独感や生活の意欲が低下している者</p> <p>・うつや認知機能などが低下している者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧めめる。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のし</p>	<p><u>82歳 Gさん男性 要支援2→1</u></p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加する</p>

<p>⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もしることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>たい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④ 通所参加後は、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まず、送迎による外出支援を行うつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>こととした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっていく。</p> <p>80歳 Hさん女性 要支援2→2</p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが始めたところから、閉じこもりがちになった。体操が好きとこのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行う、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>① 家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>② リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境の調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジャーが実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 <p>② 訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。</p>	<p>83歳 Iさん男性 要支援2→2</p> <p>山師の仕事を引き退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛に なっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが 良好だったため、在宅での運動の指導から徐々に再度 通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p>

		<p>(1) 通院援助</p> <p>(2) 介護軽減に向けた環境調整</p> <p>(3) 排泄などのADLの介護支援</p> <p>③併せて通所型サービスを組み合わせ、</p> <p>(1) 家族の休息</p> <p>(2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめる、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>98歳 Jさん女性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事も低下、臥床がちの生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	--	--	--

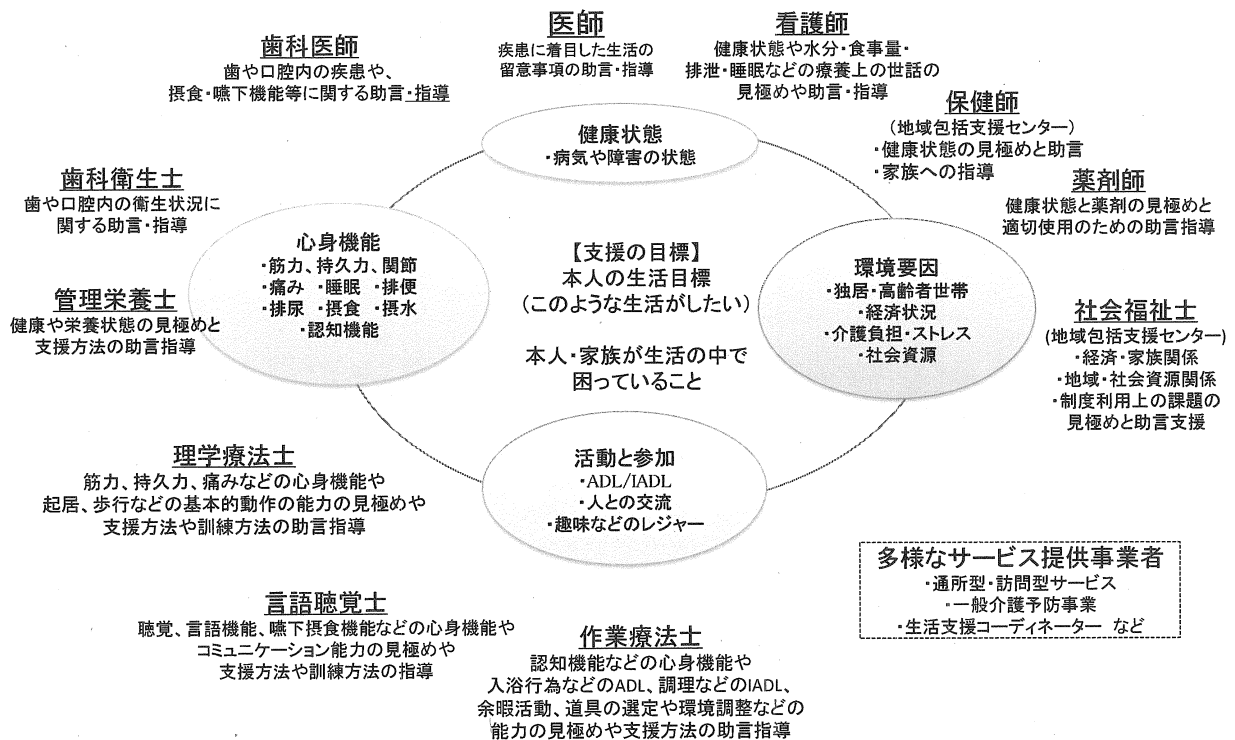
ハ モニタリング

- モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことである。
- モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、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、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ことが望まれる。

(2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

- サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じて下図のリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。

図 サービス担当者会議で求められるリハビリテーション専門職等の発言内容



対象者の生活目標を達成するために、なぜうまくできないのか、困っているかの要因を分析する際に、様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性について意見を参考とすることで、生活の目標を阻害している要因を特定することができる。また、自立に向けた具体的解決策についても提案していただくことで、効果的自立支援が実施できる。

- サービス担当者会議では、

- ① 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どの様な支援が必要

か」をまず考えた上で、図のリハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討する。

- ② 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケースの年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案を説明する。
 - ③ その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることになるが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮する。
 - ④ また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、
 - ・ 要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、
 - ・ リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、
 - ・ 的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができる。
- 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができる。
- サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職等から、
- ① 終了後も継続して取り組むとよい体操
 - ② 疾患からみた心身機能の特徴と関わり方
 - ③ 生活行為の仕方や考えられるリスク
- などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効である。
- また、このような個別の事例を通じたサービス提供事業者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り組まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取組みが推進されることにつながるものである。

第6 総合事業の制度的な枠組み

1 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の概要

- サービス事業については、①直接実施や②委託だけではなく、③指定事業者によるサービス提供や、④NPO等住民主体の支援実施者に対する補助（助成）といった様々な実施方法があることから、以下においてその実施方法及び留意事項について整理する。
- また、サービス事業の実施に当たっては、事業の適切かつ効率的な実施の観点から、市町村において、サービスの種類ごとに、支援等を提供する事業者等が遵守すべき基準やサービス単価、利用者負担（利用料）を定める必要があることから、併せてその考え方を整理する。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法

（多様な方法による事業の実施）

- 従来予防給付から市町村実施の地域支援事業（総合事業）に移行するサービス事業については、そのサービス提供量が多いことや、委託契約の締結等市町村の事務負担の軽減等を考慮し、市町村による直接実施や委託だけではなく、現行の給付と同様、指定事業者制度及び国保連合会の審査支払の枠組み（市町村長があらかじめ指定した事業者からサービス提供を受けた場合にその提供に要した費用について、市町村が要支援者等に対して第1号事業支給費を支給することとし、それを指定事業者が代理受領する枠組み）が新たに設けられている（法第115条の45の3）。

※ 指定事業者制度の概要については、(3) 指定事業者制度を参照。

- また、市町村において、住民主体の支援をその自主性・自発性といった性格を損なうことなく効果的に総合事業の中で実施することができるよう、市町村が訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスを提供する者に対して補助（助成）する方法も可能とする。

<サービス事業の実施方法>

実施方法	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接利用者に対して支援等を実施するもの。	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	介護サービス事業者やNPO・民間企業に、要支援者等に対する支援等の提供を委託する。	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）	現行の給付と同様、市町村長が指定した事業者が要支援者等にサービスを提供した場合に、その要した費用について居宅要支援被保険者等に対して第1号事業支給費を支給する。	既存の介護サービス事業者が行う現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス

④ N P O やボランティア等への補助（補助金（助成金）の支給）	地域において活動している N P O やボランティア等に対して、要支援者に対するサービス提供などを条件として、その立ち上げ経費や活動に要する費用に対して補助（助成）する。	地域で活動しているボランティア等による生活支援や通いの場
-----------------------------------	---	------------------------------

【参考】インフォーマルサービスのネットワーク化、情報提供

- ・ 地域において、既にボランティアや N P O が自立して生活支援等サービスを提供している場合など、総合事業とは別にサービスが提供されるケースも想定される。
- ・ 一方、地域包括支援センターやその委託を受けた居宅介護支援事業所が、介護予防ケアマネジメントを行うに当たっては、インフォーマルサービスをケアプランに位置づけていくことも重要であることから、地域にどのような生活支援等サービスが利用可能かなどの情報が整理して提供されていることが望ましい。
- ・ そのため、市町村や地域包括支援センターは、情報公表制度や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等の活用により、このようなインフォーマルサービスについて広くネットワーク化を図り、情報提供に努めていくことが望ましい。

（法令上の留意事項）

① 指定事業者によるサービス提供

（3）指定事業者制度を参照。

② 委託による実施

- ・ サービス事業の委託に当たっては、市町村が「厚生労働省令で定める基準に適合する者」に委託しなければならない（「厚生労働省令で定める基準」の詳細は（4）サービスの基準参照）。
 - ・ 事業の実施に当たっては、第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イからニまでに規定する「厚生労働省令で定める基準に従って」実施する必要がある（他の実施方法においても同様。）。
 - ・ 委託の場合には、市町村は受託者より実績報告を受けて、委託料を支払うこととなる。その際、サービス利用者的人数、利用者の氏名、被保険者番号、要支援者・事業対象者の別、提供したサービスの内容等※を報告する必要がある。
- ※ 実績報告の内容については、そのサービス内容に応じて、市町村が定める。

③ 補助（助成）による実施

- ・ 住民主体の支援の場合には、補助（助成）の方法で事業実施することが通常考えられるが、当該補助（助成）の対象や額等については、立ち上げ支援や、活動場所の借り上げ費用、間接経費（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、様々な経費を、市町村がその裁量により対象とすることも可能とする。運営費の一部を補助するものであるが、例えば年定額での補助といったことも考えられる。

なお、施設整備の費用、直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の

募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等は対象とすることはできない。

- ・ サービスを提供するのは補助（助成）を受けた事業者となるが、総合事業の実施に当たっては、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イからニまでに規定する「厚生労働省令で定める基準に従って」実施する必要があることから、補助金（助成金）の交付条件等として当該基準を遵守するよう定める必要がある。
- ・ 補助による場合にも、適切にサービスが実施されたかについて、実績の報告を求めることとなる。その際、どのような報告を求めるかについては、その補助の方法やサービス内容によって異なることから、市町村が定める。

（総合事業の事業・対象者ごとの実施方法）

- 総合事業の実施に当たっては、訪問型サービス、通所型サービス及びその他の生活支援サービス（以下「訪問型サービス等」という。）と介護予防ケアマネジメントについてはその実施方法が異なる（表 12）。
 - 訪問型サービス等については、表 12 のとおりその具体的なサービス内容に応じて、直接実施、委託による実施、指定事業者によるサービス提供及び補助といった実施方法がありうる。
 - 一方、介護予防ケアマネジメントについては原則地域包括支援センターが実施するものであることなどから、市町村が直接実施するか、包括的支援事業を受託し地域包括支援センターを設置している法人に委託するかのいずれかの実施方法によることとなる（表 12 参照）。
- ※ また、介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの設置者に対して委託することとするが、その場合にあっても、現行の予防給付（介護予防支援）と同様、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に一部委託することが可能である（法第 115 条の 47 第 5 項及び第 6 項）。
- ※ 委託契約においては、予防給付の場合と同様、一件当たりの介護予防ケアマネジメントごとの単価設定を行い、適切な介護予防ケアマネジメントにつなげていくことが望ましい（単価は予防給付における単価以下で設定）。

<表 12：総合事業の事業・対象者ごとの実施方法>

総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

	要支援者					サービス事業対象者			
	給付	事業				事業			
	指定事業者	直接実施	委託	指定事業者	補助	直接実施	委託	指定事業者	補助
訪問型サービス	【現行】 指定介護予防サービス事業者 (第41条)	市町村 (※1)	厚生労働省令に規定する基準に適合する者 (第115条の47)	指定事業者 (第115条の45の5)	省令で規定	市町村 (※1)	厚生労働省令に規定する基準に適合する者 (第115条の47)	指定事業者 (第115条の45の5)	省令で規定
通所型サービス									
その他の生活支援サービス									
介護予防ケアマネジメント	指定介護予防支援事業者 ※地域包括支援センター設置者が申請 (第115条の22)	地域包括支援センター (第115条の46第1項) センター設置者が申請 (第115条の47第4項)	- (※2)	-	-	地域包括支援センター (第115条の46第1項) (第115条の47第1項)	-	-	-

※1 直接実施の場合も、給付と同様のサービスを提供する場合には、指定事業者制度に基づき実施することを想定。

※2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託による実施を想定。

(訪問型サービス・通所型サービスにおける内容に応じた事業実施の方法)

- 総合事業の実施に当たっては、以下のとおり、多様化するサービス内容に応じて、実施方法を整理する（詳細は、表 13 を参照）。
 - ・ ①介護サービス事業者の従業者による現行の訪問介護、通所介護に相当するサービスについては、総合事業の指定を受けた事業者（以下「指定事業者」という。）によるサービス提供により、給付管理等も行いつつ、事業を効率的かつ効果的に実施する。
 - ・ ②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）のうち、指定事業者制度を活用して行われるものについては、①と同様、給付管理を行う。一方、例えば要支援者等の参加人数に応じて支払うサービスについては、委託や補助により実施する。
 - ・ ③住民主体の生活援助、通いの場（訪問型サービスB、通所型サービスB）については、指定事業者によるサービス提供や委託になじまないケースも多いと考えられることから、補助（助成）により支援を行っていく。
 - ・ ④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービスについては、従来の2次予防事業と同様、市町村の直接実施や委託による実施を行うことが想定される。

<表 13：訪問型サービスや通所型サービスの内容ごとの実施方法>

(例)		直接 実施	委託	指定事業者による サービス提供	補助
介護予防・生活支援サービス事業	①現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス	－※	－※	○	－
	②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス（訪問型・通所型サービスA）	△	○	○	△
	③ボランティアなどによる生活支援、通いの場（訪問型・通所型サービスB）	△	△	－	○
	④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（従来の2次予防事業に相当）（訪問型・通所型サービスC）			－	－
一般介護予防事業	○	○	/		○
介護予防に資する住民主体の通いの場づくり					○

※ 市町村が実施する場合も、原則第1号事業支給費の支給により実施する。

(注) △は、一般的なケースとしては考えていないが、このような形式をとることも可能。

(3) 指定事業者制度

(指定事業者制度の概要)

- 市町村の事務負担の軽減等のため、予防給付と同様、要支援者等が、市町村長が指定した事業者によるサービスを利用した場合に、当該サービスに要した費用について、第1号事業支給費を支給することにより、総合事業の実施とみなす規定が新たに法第115条の45の3に定められ、さらに、第115条の45の5から第115条の45の9までにおいて、指定や更新、取消等その手続として必要な事項が定められている。
- 指定事業者の指定に当たっては、「厚生労働省令で定める基準」に従って適正に事業を実施することができないと認められるときは指定してはならないとされている（法第115条の45の5第2項）。この「厚生労働省令」においては、国が示す標準的な基準（従来の予防給付による基準）を規定する予定のほか、市町村が当該標準的な基準とは異なった基準を定めることができる旨を規定する予定であり、市町村においてサービスの種類や内容に応じて定めるものである（「厚生労働省令で定める基準」の詳細は、(4) サービスの基準を参照）。

※ 指定事業者についても、総合事業を実施するに当たっては、国で定める「必ず遵守すべき基準」として以下の4つの基準を遵守する必要があることから、市町村においてはこれらの基準を必ず指定事業者の指定に係る基準として規定する（(4) サービスの基準を参照）。

- ▶ 事故発生時の対応
- ▶ 従事者又は従事者であった者による秘密保持
- ▶ 従事者の清潔保持と健康管理の管理
- ▶ 廃止・休止の届出と便宜の提供

○ また、指定事業者に対して支払う第1号事業支給費の額については、「厚生労働省令で定めるところにより算定する額」とされているが、この額については、厚生労働省令において、予防給付の介護予防訪問介護等に相当するサービスの額を定め、これを上限として市町村が定めると規定するほか、これらのサービスの額や利用者負担については、食事代等の実費相当の費用を事業の対象費用から除くことや、介護給付の利用者負担割合（原則1割。一定以上所得者は2割）等を勘案して利用者負担を定める（特に現行の介護予防訪問介護等に相当するサービスの場合）ことを規定することを予定している。

※ 第1号事業支給費の支給に当たっては、現行の給付と同様、指定事業者に対して国保連合会経由で支払いすることができる旨規定されている。（（10）審査支払の国保連合会の活用を参照）

（市町村の裁量による指定・指定拒否）

○ 給付に係る事業者の指定においては、基準について遵守してサービスを提供できる者と認められる場合にあつては原則指定することと取り扱われている。しかし、総合事業は、市町村が地域の実情に応じて要支援者等に対する多様な支援の形を作っていくものであり、また、委託等による事業実施の一類型として指定の仕組みが位置づけられるものであることなどから、市町村の指定について裁量が認められる幅は広いことを想定している。市町村はその事業者の指定申請に対しては、公正な手続等に留意しつつ、例えば、公募等により、既存のサービスの量の兼ね合いを踏まえつつ、市町村による介護保険の運営において適切と認められる事業者に限って指定し、又は要綱に規定された計画量を超える場合などは指定を行わないなどの取扱いも考えられる。

（指定の有効期間）

- また、その指定の有効期間について、現行の予防給付では一律6年と定められている。総合事業においては、市町村が地域の実情に応じ事業を柔軟に実施できるよう、その指定の有効期間については、「厚生労働省令」において市町村が定めるものと規定することを予定している。
- 市町村において指定の有効期間を定めるに当たっては、必ずしも6年を前提としたものではなく、それより長くも短くも定めることも可能であることから、市町村において地域の実情に応じてその期間を検討し、定める。

（他市町村における指定事業者の指定）

○ 予防給付においては、他市町村に所在する事業所についても利用することが可能となっており、総合事業においても、市町村境に所在する事業所など他市町村の被保険者が利用する場合が生じると考えられる。

- 施行時の経過措置において、予防給付の指定事業所として介護予防訪問介護等を行っている事業者については、法施行時に、全ての市町村において総合事業の指定事業者の指定をみなすこととしていることから、原則どの市町村においてもそのサービスを利用することは可能となる（第7 市町村の円滑な事業への移行・実施に向けた取り組みを参照）。
- 一方、平成27年4月以降に指定された事業者については、当該経過措置の対象とならず、また、平成30年4月※以降はみなし指定の事業者についても、それぞれの市町村に更新申請が必要になる（例えば、当該事業所のサービスを利用する要支援者等に他市町村の被保険者がいる場合には、当該他市町村にも更新申請を行う必要がある。）。

※ みなし指定の有効期間は、原則一律平成27年4月から3年間とすることを予定しているが、平成27年3月末までに市町村がこれと異なる期間を定める場合もあり、その場合には当該市町村が定める有効期間までとなる（第7の1（3）総合事業のみなし指定を参照）。

保険者である市町村は、他の市町村に所在する事業者のサービスを利用する被保険者の便の観点から、当該事業所の指定について配慮することが適当である。また、事業所も、所在市町村以外の市町村の利用者がいる場合は、当該他の市町村への指定申請の手続きを行うことが適当である。

- 「他市町村（市町村A）」が自らの市町村内に所在しない指定事業者の基準を定める際には、例えば、当該基準については所在する市町村（市町村B）の基準による旨を規定することにより、市町村Bに所在し、当該市町村Bから指定がある事業所について申請があった場合には、審査の過程を簡略化することも考えられる※。
- また、みなし指定の指定の有効期間についても、当該経過措置により、他市町村の事業者に対しての指定をみなしているものについては、有効期間を長くすること等も考えられる（法の施行日の前に定めることが必要）。

（指定事業者に対する指導・監督）

- 市町村においては、以下のように、都道府県等による給付の指定事業者の指導・監督において不適切な事例が見つかった場合に、都道府県と連携して指導・監督を行うなど、効率的に適切な総合事業の実施に努める。
- 既存の介護サービス事業者については、引き続き、要介護者及び要支援者双方にサービス提供を行うことが想定されることから、訪問介護事業者や通所介護事業者に対して指定し、その指導・監督を行う都道府県が関与することが適当である。そのため、都道府県においては、その指導・監督において、不正請求や運営基準違反等が判明した場合には、その勧告命令や指定の取消を行うとともに、必要な情報を市町村に提供し、共同で指導・監督を行うなど、市町村に配慮した指導・監督を行うことが望ましい。

- また、それ以外の事業者に対する指導・監督においては、そのサービス内容等に
 応じた形で実施されることが望ましい。例えば、地域包括支援センターがケア
 マネジメントによりそのサービスの提供状況について一定程度把握していること
 から、そこを端緒として必要な指導・監督を行っていくことも考えられる。

(その他)

- 事業を廃止又は休止しようとする指定介護予防サービス事業者は、その廃止又
 は休止の1カ月前までにその旨を都道府県知事に届け出なければならない旨規定
 されている(法第115条の5)。
- 総合事業の指定においても、利用者保護の観点から、市町村において同様の規
 定を設け、届け出があった場合には必要に応じて利用者の受け入れ先の調整など
 を行うことが望ましい。

【参考】総合事業への指定事業者制度の導入

- 給付から事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。
 国が介護保険法に基づきガイドライン(指針)を定め、円滑な移行を支援。
- 市町村の総合事業の実施方法として、事業者への委託等のほか、予防給付と同様の指定事業者制を導入
 - ・指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減
 - ・施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者(訪問介護・通所介護)を、市町村の総合事業の
 指定事業者とみなす経過措置を講じ、事務負担を軽減するとともに、円滑な移行を図る
 - ・審査及び支払についても、現在の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進

<介護予防給付の仕組み>

- ・指定介護予防事業者
 (都道府県が指定)
- ・介護報酬(全国一律)
- ・国保連に審査・支払いを委託

円滑な移行
 (訪問介護・通所介護)

<新しい総合事業の仕組み>

①指定事業者による方法(給付の仕組みと同様)

- ・指定事業者(市町村が指定)
- ・単価は市町村が独自に設定
- ・国保連に審査・支払いの委託が可能

②その他の方法

(必要な方への専門的なサービス提供等)

- ・ケアマネジメントを通じて、専門的なサービスを必要とする方に対し
 ては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
- ・専門的なサービスの利用と併せて、市町村を中心とした支え合い
 の体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様な
 サービスの提供を推進
- ・国としては、専門的なサービスについてふさわしい単価設定を行う
 ことなど市町村の取組を支援

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村に
 による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定
 (利用者1人当たりに要する費用が、国が定める上
 限単価を上回らないように設定)

(4) サービスの基準

(総合事業によるサービスに対する基準)

- 総合事業によるサービスに関する基準については、それぞれのサービス内容に
 応じて、以下のような考え方に基づいて、市町村において定める。

- なお、法令上、総合事業によるサービスに対する基準については、①サービスの
 実施に当たって必ず遵守すべき基準(法第115条の45第1項第1号イからニ

まで)、②委託する際に受託者が適合すべき基準（法第115条の47第4項）及び③指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準（法第115条の45の5第2項）が規定されており、市町村はこれらの基準は遵守する必要がある。

<表 14 : サービスの基準のイメージ (例) >

訪問型サービス(第1号訪問事業)の基準			
	現行の訪問介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
訪問事業の基準	人員 ・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 ※2 【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。 ※2 一部非常勤職員も可能。	・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修了者又は一定の研修受講者】 ・訪問事業責任者(仮称) 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。	・従事者 必要数
	設備 ・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品		・事業の運営に必要な広さを有する区画 ・必要な設備・備品
	運営 ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (現行の基準と同様)	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

※ 赤字・下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たった参考例。

通所型サービス(第1号通所事業)の基準

	現行の通所介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
通所型サービスの基準	人員 ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 (生活相談員・介護職員の1以上は常勤) ・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 ※ 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。	・従事者 必要数
	設備 ・食堂・機能訓練室 (3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品	・サービスを提供するために必要な場所 (3㎡×利用定員以上) ・必要な設備・備品	・サービスを提供するために必要な場所 ・必要な設備・備品
	運営 ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (現行の基準と同様)	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

※ 赤字・下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たった参考例。

① 現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス

- ①のサービスに係る指定事業者の指定に当たっては、国が示す介護予防訪問介護等に相当するサービスについての基準によることも可能とする予定である。

改正法附則第 13 条の経過措置に基づき総合事業の指定を受けたとみなされる事業者に対しては、国が省令で定めた基準・単価を勘案して市町村が定める。

② 緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）

- ・ 緩和した基準によるサービスの実施に当たっては、指定事業者によるサービス提供と、委託によるものが想定される。

（指定事業者によるサービス提供）

- ・ 指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準はサービス内容に応じ市町村が定める。
- ・ 具体的に考えられる基準の例については、訪問型サービス、通所型サービスについて、参考として、それぞれ表14のとおり示す。
 - ※ 指定事業者についても、総合事業を実施するに当たっては、国で定める「必ず遵守すべき基準」として以下の4つの基準を遵守する必要があることから、市町村においてはこれらの基準を必ず指定事業者の指定に係る基準として規定する（（4）サービスの基準を参照）。
 - 事故発生時の対応
 - 従事者又は従事者であった者による秘密保持
 - 従事者の清潔保持と健康管理の管理
 - 廃止・休止の届出と便宜の提供

（委託による実施：受託者が適合すべき基準）

- ・ 市町村が委託により実施するに当たって、市町村から委託を受けた受託者が適合すべき基準（「厚生労働省令で定める基準」）は、以下のとおり規定することを予定している。
 - 訪問型サービス、通所型サービス及びその他の生活支援サービスは、サービスの実施に当たって、国で定める「必ず遵守すべき基準」に基づき、総合事業を実施できること
 - 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）を行う者は、地域包括支援センターの設置者であること（指定居宅介護支援事業者への一部委託も可能）
- ・ 「必ず遵守すべき基準」の具体的な項目については、以下を規定することを検討している。
 - 事故発生時の対応
 - 従事者又は従事者であった者の秘密保持
 - 従業者の清潔保持と健康の管理
 - 廃止・休止の届出と便宜の提供（ケアマネジメントのみ）地域包括支援センターでの実施（指定居宅介護支援事業者への一部委託も可能）

③ 住民主体による支援（訪問型サービスB、通所型サービスB）

- ・ ボランティアによる支援については、その自主性等にかんがみ、主に補助（助成）によることを想定している。その基準においても、同様にその自主性を尊重しつつ設定することが望ましく、最低限の基準としては、「必ず遵守すべき基準」※に基づき実施することを想定している（表14）。

※ 「必ず遵守すべき基準」の具体的な項目については、前述のとおり。

- ・ サービスの提供主体は補助（助成）を受ける事業者となるが、総合事業の実施に当たっては、「必ず遵守すべき基準」に基づいて実施することが必要であることから、補助金（助成金）の交付条件等として当該基準を遵守するよう定める必要がある。

④ 保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（訪問型サービスC、通所型サービスC）

- ・ 当該サービスも、市町村の地域の実情や考え方に応じて、実施されるものであり、その基準等についても市町村において独自に定める。国で定める「必ず遵守すべき基準」は、市町村がそれぞれに定める基準に含めて実施する。
- ・ 市町村の直接実施や委託による実施を行うことが想定される。委託による実施における基準については、前述のとおり。また、直接実施においても同様であり、総合事業として実施するためには、上述の「必ず遵守すべき基準」を満たすことが必要となる。

○ なお、総合事業によるサービス提供に当たって、個人情報の保護という観点から、総合事業を実施する場合には、「従事者又は従事者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置が講じられていること」とされている。そのため、市町村においては、当該基準を遵守するために、事業者等に対する委託契約や指定における基準、補助の条件として、当該基準を遵守することを定めることとなる。

○ 予防給付においては、「従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない」とされているが、当該規定は、指定介護予防サービス事業者に対して遵守すべき基準として課せられているものであり、従業者が個人情報を漏洩した場合も、あくまでも事業者の指定が取り消されるだけであり、その従業者に対して罰則等が課せられるものではない。

この点、予防給付も総合事業も同様であり、サービスを提供する事業者等は、サービスに従事する者との契約により、個人情報が漏洩しないよう担保するものである。

(5) 給付と一体的に実施する場合における給付の基準緩和

○ 総合事業を実施するに当たっては、引き続き介護サービス事業者が、要支援者等と要介護者とを一体的にサービスを提供することも想定されることから、以下のような要介護者に対する介護給付の基準について、要支援者等に対する総合事業を同じ場所で実施する場合の基準緩和策を設けることを予定している。

(検討の方向性)

- 従業者の専従義務について、総合事業を実施する場合に緩和する
- プログラム等を分けるなど、要介護者への処遇に影響を与えないことを前提に、要支援者等については総合事業の基準による人員配置等を可能とする

訪問型サービスと訪問介護を一体的に実施する場合の介護給付の基準

	現行の訪問介護相当のサービス (現行の基準と同様)と一体的に実施	緩和した基準によるサービスと一体的に実施	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)と一体的に実施
人員	<p>○要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1以上※2 【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】</p> <p>※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。 ※2 一部非常勤職員も可能。</p> <p>【例】利用者が要介護者40人、要支援者80人の場合 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 3人以上</p>	<p>○訪問介護員等は要支援者と要介護者を合わせた数。サービス提供責任者は要介護者数で介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数(波線部分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1以上※2、※3 【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】</p> <p>※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。 ※2 一部非常勤職員も可能。 ※3 要介護者の処遇に影響がないよう配慮。</p> <p>【例】利用者が要介護者40人、要支援者80人の場合 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 1人以上+必要数(市町村の判断)</p>	<p>○基準の緩和はない。</p> <p>※他のサービスと同様、管理者は支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 また、最低基準を下回らない範囲で職員が活動に関与することは可能。</p>
設備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画	・必要な設備・備品	
運営	・個別サービス計画の作成 ・衛生管理等	・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等	

(注)介護給付における事業者による廃止・休止の届出と便宜の提供については、介護保険法第74条第5項に規定。

<参考>

	現行の訪問介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
人員	<p>○要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に対して1人以上※2 【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】</p> <p>※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。 ※2 一部非常勤職員も可能。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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一定の研修受講者】 ・訪問事業責任者(仮称) 従事者のうち必要数 【資格要件:従事者に同じ】 <p>※ 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。</p>	<p>・従事者 必要数</p>
設備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品		・事業の運営に必要な広さを有する区画 ・必要な設備・備品
運営	・個別サービス計画の作成 ・提供拒否の禁止 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 等 (現行の基準と同様)	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

(注) 訪問型サービスを訪問介護以外の介護サービス(小規模多機能、特養等)と同一敷地内で行う場合は、支障がない場合(入所者の処遇に影響が無い場合に)、管理者(施設長)及び最低基準を下回らない範囲で、訪問型サービスの従事者との兼務が可能

通所型サービスと通所介護を一体的に実施する場合の介護給付の基準

	現行の通所介護相当のサービス (現行の基準と同様)と一体的に実施	緩和した基準によるサービスと一体的に実施	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)と一体的に実施
人員	<p>○現行と同様、従事者が専従要件を満たしているとみなし、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす(波線部分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 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。 【例】利用者が要介護者20人、要支援者10人の場合 一介護職員 4人以上</p>	<p>○従事者が専従要件を満たしているとみなし、要介護者数に占めて介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数(波線部分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 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。 【例】利用者が要介護者20人、要支援者10人の場合 一介護職員 2人以上+必要数(市町村の判断)</p>	<p>○基準の緩和はない。</p> <p>※他のサービスと同様、管理者は管理上支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 また、最低基準を下回らない範囲で職員が活動に関与することは可能。</p>
設備	○現行と同様、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす		
運営	・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品	・提供拒否の禁止 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等	
備考		○必ずしも場所を分ける必要はないが、プログラム内容は区分するなど、要介護者の処遇に影響がないよう配慮。	○要介護者の処遇に影響がない範囲で、事業所のスペースを活用することはできる。

(注)介護給付における事業者による廃止・休止の届出と便宜の提供については、介護保険法第74条第5項に規定。

<参考>

	現行の通所介護相当のサービス (現行の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
人員	<p>○現行と同様、従事者が専従要件を満たしているとみなし、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす(波線部分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ~15人 専従1以上 15人~ 利用者1人に専従0.2以上 <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 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。</p>	<p>○従事者が専従要件を満たしているとみなし(波線部分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※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。</p>	<p>・従事者 必要数</p>
設備	○現行と同様、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす	○現行と同様、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす	・サービスを提供するために必要な場所 ・必要な設備・備品
運営	・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

(注) 通所型サービスを通所介護以外の介護サービス(小規模多機能、特養等の空きスペースの活用等)において、支障がない場合(入所者の処遇に影響が無い場合に)、管理者(施設長)及び最低基準を下回らない範囲で、通所型サービスの従事者との兼務が可能

(6) 単価等

(総合事業によるサービスの内容)

- 総合事業は、市町村が要支援者に対して、
 - ①現行の訪問介護、通所介護に相当するサービス
 - ②緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）
 - ③住民主体による支援（訪問型サービスB、通所型サービスB）
 - ④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（従来の2次予防事業に相当）（訪問型サービスC、通所型サービスC）などの多様な主体による多様なサービスの提供を可能とするものであり、そのサービス内容に応じた単価設定が基本であるが、それぞれの単価の設定について考え方を整理する。

(現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス)

- 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。
- 第1号事業支給費の額（サービス単価）については、厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を上限として、個別の額（サービス単価）を定めることとする予定である。
 - ※ 国が定める上限は、単位で規定。
- 市町村は、サービス単価を設定するに当たって、訪問介護員等による専門的サービスであること、設定する人員基準、運営基準等の内容等を勘案し、地域の実情に応じつつ、国が定める額（予防給付と同じ額）を上限としつつ、ふさわしい単価を定めることが望ましい。
- 単価は、月当たりの包括単価とする場合の他、利用1回ごとの出来高で定めることができるが、この場合、月の合計額が包括単価以下となるようにする。
- 加算については、地域の実情に応じて、市町村が定めることが可能であるが、総合事業の効率的な実施の観点から、市町村は、加算を定めた結果、国が定める単価の上限額を超過することがないようにする。ただし、国が定めている加算については、その範囲において単価の上限額を超過することができる。
- また、限度額管理外とする加算については、国において定められている加算（中山間地域の小規模事業所に対する加算や特別地域加算、処遇改善加算等）のみ、その範囲内で定めることができるものとする。

(緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）：指定事業者によるサービス提供によるもの)

- 要支援者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）により、事業を実施する。
- 第1号事業支給費の額（サービス単価）については厚生労働省令により、市町村において、国が定める額（予防給付の単価）を下回る額を個別の額（サービス

単価)として定めることとする予定であり、市町村は、サービス内容や時間、基準等を踏まえ定める。

- 単価は、月当たりの包括単価、利用1回ごとの出来高のいずれも可能である。

(その他の訪問型サービス・通所型サービス)

- 上記以外のものについては、委託の場合の単価設定、あるいは補助における補助単価の設定ということになる。
- 委託の場合の単価については、必ずしも市町村において要支援者個人に対する個別のサービス単価を設定するものではないことが多いと考えられるため、指定事業者の場合に国が定める上限単価と厳密に比較することになじまないが、事業の実施に当たって、市町村は、利用者一人当たりには要する費用が国が定める上限単価を上回らないよう事業を計画して実施する(参加者が予定より少なかった等により、結果的に利用者一人当たりには要する費用が国が定める上限単価を上回ることは生じうる)。
- ただし、保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスについては、医療・保健の専門職が関与するものであることから、この限りではない※。

※ ただし、そのような保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスは、事業の効果的かつ効率的な実施という観点から、3～6ヶ月等の期間を限定して実施されるべきものである。

- また、補助(助成)の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。

(その他の生活支援サービス)

- 単価は、サービス内容等に応じて、市町村が定めるものとする。
- また、補助(助成)の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。

(介護予防ケアマネジメント)

- 介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものとされていることから、前述のとおり、サービス単価を設定することは必ずしも生じないが、介護予防ケアマネジメントは要支援者等の個人に対する個別のサービスであることから、委託に当たっては、1件当たりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じて、予防給付の報酬単価以下の単価を市町村が定める。

(1単位当たりの単価設定)

- 給付においては、1単位10円を基本としつつ、事業所の所在する市町村の地域区分や各サービスの人件費割合に応じて、各サービスごとに、10円から11.40円までの間で、1単位当たりの単価が設定されている。
- 総合事業については、市町村において、訪問型サービスについては介護給付の

訪問介護の単価、通所型サービスについては介護給付の通所介護の単価を設定する（例えば、3級地ではそれぞれ11.05円、10.68円）。しかし、介護予防訪問介護等に相当するサービス以外の訪問型サービス及び通所型サービスについては、市町村の判断により、10円の単価を用いることもできるものとする。

- 一方、その他の生活支援サービスについては、市町村が、そのサービスの内容に応じて設定することができる。そのため、例えば、3級地の市町村においては、1単位当たりの単価を10円、10.68円、10.83円、11.05円から選択することができる。

<単位当たり単価>

		1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合		20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
人件費割合	70%	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	55%	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	45%	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円

人件費割合70%のサービス	訪問介護 ／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
人件費割合55%のサービス	訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護／短期入所生活介護
人件費割合45%のサービス	通所介護 ／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型特定施設入居者生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(7) 利用者負担（利用料）

（基本的な考え方）

- 総合事業移行後のサービスは、多様化したものとなることから、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービスの利用者負担については、市町村が、サービス内容や時間、基準等を踏まえつつ定める。

住民主体の支援等、事業への補助の形式で実施されるものは、自主的に実施されるものであることから、当該支援の提供主体が定めることも考えられる。

（現行の介護予防訪問介護等に相当するサービス）

- 現行の介護予防訪問介護等に相当するサービスについては、介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2割※）等を勘案し、市町村が定める。ただし、その下限は当該給付の利用者負担割合とする。

※ 介護予防支援は利用者負担なし。

（留意事項）

- 指定事業者による提供されるサービスについては、上記取扱いを踏まえ、予防給付と同様、高額介護サービス費相当の事業の対象とする。それ以外のサービスについては、利用料の設定に当たり、適宜低所得者の配慮を行うことが適当である。
- 生活保護の介護扶助については、今回の介護保険法の改正に併せて、生活保護法の改正が行われ、引き続き、総合事業の利用者負担に対しても支給されることとされている。
- 「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」（平成12年老発474号）に基づき、
 - ① 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業
 - ② 社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度、
 - ③ 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置事業
 - ④ 中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減措置事業が行われているが、今般の改正に伴い、当該通知を改正し、予防給付と同様、総合事業により実施しているサービス（具体的なサービスの範囲は追ってお示しする）について、対象とすることとする。

(8) 給付管理

イ 給付管理の実施

（給付管理の実施）

- 現行の給付では、介護予防サービス等に係る費用について、要支援1から要介護5までのそれぞれの介護の必要の程度に応じて、それぞれサービス費の支給を受けることができる限度（支給限度額）が規定されている（法第55条第1項等）。
- 要支援者が、総合事業を利用する場合には、引き続き給付に残されたサービス

を利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースが想定されることなどから、予防給付の支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況なども勘案してケアプランを作成することが適当である。

- 一方で事業対象者については、指定事業者のサービスを利用する場合にのみ、原則給付管理を行う。

（給付管理を行う際の目安）

- 給付管理の上限額の設定については、市町村が事業の実施要綱等において定めるべきものであるが、以下の点に留意すべきである。
 - ・ 事業対象者につき、給付管理を行う際は、予防給付の要支援1の限度額を目安として行う。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作成することが適当であり、利用者の状態※によっては、予防給付の要支援1の限度額を超えることも可能である。
- ※ 例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながると思われるようなケース等

□ 給付管理の対象等

（対象となるサービス）

- 給付管理の対象となるサービスについては、主に指定事業者によるサービスを想定している。

ハ 国保連合会の活用

（国保連合会の積極的な活用）

- 予防給付においては、市町村から介護報酬の請求に対する審査・支払の委託を受けた国保連合会が、地域包括支援センターが作成する給付管理票を事業者からの介護報酬の請求に突合させることにより、その支給限度額を管理している。
- 総合事業における給付管理についても、引き続き、国保連合会が実施することが可能な枠組みとしていることから、市町村ではその積極的な活用を検討する。
- なお、国保連合会に給付管理を委託するに当たっては、市町村において以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 市町村ごとに定める単価及びその限度額については、単位で定めること
 - ・ 給付管理票やその作成等について、全国统一の様式やルールによること
 - ・ 給付管理の対象とするサービスに関する審査支払を国保連合会に委託すること
 - ・ 給付管理の対象とするサービスか否かをあらかじめ分けて、国保連合会に審査支払を依頼すること
 - ・ 市町村のサービスごとの単価を設定し、国保連合会に登録すること
 - ・ 審査・支払のため、受給者台帳や事業者台帳を登録すること

(給付と事業を利用している場合における国保連合会の活用)

- 現行の予防給付においては、地域包括支援センターが作成する給付管理票を事業者からの介護報酬の請求に突合させることにより、その支給限度額を管理しているところ。
- 給付とサービス事業を併せて利用している要支援者に対する支給限度額の審査について、地域包括支援センターが当該要支援者の介護予防支援として行うこととされており、その際給付と事業を併せたケアマネジメントを行うこととされている。
- そのため、給付管理においても、地域包括支援センターが、サービス事業で利用しているサービスも含めて、一括した給付管理票を作成し、国保連合会に送付することとし、当該給付管理票に基づき、国保連合会において限度額を審査することとなる。

(9) 高額介護サービス費相当事業等

(高額介護サービス費相当事業及びその対象サービス)

- 市町村は、総合事業によるサービス利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、高額介護サービス費に相当する事業を実施する。
- その対象となるサービスについては、指定事業者によるサービス提供を行うものとする。

※ なお、基本的には要支援1・2の者については個人で上限額に到達し、高額介護予防サービス費の対象となることは想定されず、夫が要介護で、妻が要支援であるなどの世帯合算の場合のみ該当になると考えられる。

(高額医療合算介護予防サービス費相当の事業の実施)

- 例えば、当該事業により利用者負担を軽減した後においても、なお残る負担額と医療保険の自己負担額を合算した額が年間上限を超えた場合に、高額医療合算介護予防サービス費と同様に、事業により利用者負担を軽減することも想定され、市町村はそのような軽減に配慮した事業を行うことが適当である。

(調整の方法)

- 例えば、給付と事業の双方を受けている利用者世帯がある場合は、法律に基づく高額介護予防サービス費等の調整後に、その自己負担額が月額上限を超える場合に、事業の運用の中で、事業の利用料を償還することを想定している。
- 具体的な額等のルールは現在の高額介護予防サービス費等を踏まえて、以下の例のとおり実施することとする。

<参考>

	夫 (78歳・要介護2)	妻 (75歳・要支援2)
介護保険	月 800 単位のサービス (約 0.8 万円) (福祉用具)	月 2,000 単位のサービス (約 2 万円) (通所介護+訪問介護→総合事業)
医療保険	年 9 万円	年 8 万円

※ それぞれ、高額介護予防サービス費の上限額 24,600 円、高額医療合算介護予防サービス費の上限額 310,000 円の場合。

○従来の予防給付

・高額介護予防サービス費 (月単位)

(上限額との差) $8,000 \text{円} + 20,000 \text{円} - 24,600 \text{円} = 3,400 \text{円}$

(サービス費の額) $3,400 \text{円} \times (20,000 \text{円} \div 28,000 \text{円}) = \text{約 } 2,428 \text{円}$ の支給

※他に高額介護サービス費より 972 円支給

(月の自己負担額) 夫 : 7,028 円、妻 : 17,572 円

世帯における給付の利用額を合算して高額サービス費等を算定

高額サービス費等の対象となったものから、対応する額を算定するため按分

・高額医療合算介護予防サービス費 (年単位)

(利用額) $24,600 \text{円} \times 12 \text{月} (295,200 \text{円}) + 90,000 \text{円} + 80,000 \text{円} = 465,200 \text{円}$

(上限額との差) $465,200 \text{円} - 310,000 \text{円} = 155,200 \text{円}$

(サービス費の額) $155,200 \text{円} \times (17,572 \text{円} \times 12 \text{月} \div 465,200 \text{円})$

= 約 70,348 円の支給

※他に高額医療合算介護サービス費より約 28,137 円、医療保険より約 56715 円支給

○総合事業による事業案

・高額介護予防サービス費相当の事業 (月単位)

①高額介護サービス費の支給

(上限額との差=サービス費の額) $8,000 \text{円} - 24,600 \text{円} < 0 \text{円}$ 高額介護サービス費の対象外

②高額介護予防サービス費相当の事業による支給

(上限額との差=事業の支給額) $8,000 \text{円} + 20,000 \text{円} - 24,600 \text{円} = 3,400 \text{円}$ の支給 (事業)

(月の自己負担額) 夫 : 8,000 円、妻 : 16,600 円

まず、給付の高額サービス費の支給を算定

その後高額サービス費相当の事業による支給を算定

・高額医療合算介護予防サービス費相当の事業 (年単位)

①高額医療合算介護サービス費等の支給

(利用額) $8,000 \text{円} \times 12 \text{月} (96,000 \text{円}) + 90,000 \text{円} + 80,000 \text{円} = 266,000 \text{円}$

(上限額との差) $266,000 \text{円} - 310,000 \text{円} < 0 \text{円}$ 高額医療合算サービス費の対象外

②高額医療合算介護予防サービス費相当の事業による支給

(利用額) $24,600 \text{円} \times 12 \text{月} (295,200 \text{円}) + 90,000 \text{円} + 80,000 \text{円} = 465,200 \text{円}$

(事業の支給額) $465,200 \text{円} - 310,000 \text{円} = 155,200 \text{円}$ の支給 (事業)

(年の自己負担額) 夫 : 96,000 円、妻 : 44,000 円、医療 : 170,000 円

まず、給付の高額サービス費の支給を算定

その後高額サービス費相当の事業による支給を算定

(10) 審査支払の国保連合会の活用

(予防給付における国保連合会の活用)

- 介護保険の給付（特定福祉用具販売、住宅改修等を除く。）において、市町村が、指定事業者からの請求に対する審査支払を行う（法第41条第9項）が、市町村の事務負担軽減の観点から、当該審査支払は国保連合会に委託でき（法第41条第10項）、實際上給付の審査支払いのほとんどが国保連により行われている。

(国保連合会で審査支払が可能な事項)

- 総合事業においても、市町村の審査支払に関する事務が軽減できるよう、現行の給付と同様、国保連合会の審査支払を活用することができるように規定を設けている（法第115条の45の3）。
- 国保連合会システムにおいては、事業者に対してその人数にかかわらず包括的に支払うこととなっているものや複数の月にまたがった支払いによるものは対応できないことから、給付と同様、①利用者ごとの②利用状況に応じて※支払われる費用の支払決定に係る審査及び支払のみ国保連合会の業務として市町村の委託を受けることとなっており、総合事業においては、指定事業者によるサービスの場合に活用可能である。
※ 1回のサービスごとに報酬が定められているか、月ごとに包括的に報酬が定められているもの
- なお、国保連合会において給付管理の審査を行う場合には、給付管理票を作成する必要がある。

(国保連合会委託において必要な手続)

- 国保連合会に審査支払を委託する場合は、市町村は以下の事務を行う必要がある。

(下線が新たに必要な手続)

- ・ 市町村によるサービスごとの価格の設定・国保連への登録
- ・ 指定事業者の登録（変更届の登録等）※
 - 市町村台帳の作成・都道府県台帳への登録
 - 都道府県台帳による付番・市町村台帳への送付
 - 都道府県台帳から国保連合会への登録
- ・ 事業対象者の登録（異動届の登録等）
- ・ 審査支払手数料の支払
- ・ 給付管理票の提出

(11) サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担

- チェックリストと介護予防ケアマネジメントによりサービスを利用できる時期と、要支援認定又は要介護認定の時期がずれる場合におけるサービスに要した費用の支払は、表15のように整理する。

(留意事項)

- 介護予防ケアマネジメントに関する費用の支払：
要介護等認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防ケアマネジメントの介護報酬が支払われることになり(国保連合会支払)、要支援認定を受けていない事業対象者(申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者)又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が、市町村から支払われることになる。
- サービス事業に関する費用の支払：
要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。
- 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

<表 15：要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係>

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

(12) その他の制度における総合事業の取扱いについて(関係部局と調整中)

① 生活保護法における介護扶助

(総合事業における介護扶助の給付について)

- 今般の改正に伴い、生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。)における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、

利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

② 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

○ 原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、今般の総合事業の実施に伴う助成範囲については、現在、関係部局において検討中である。

③ 障害給付における介護優先について

○ 障害者に係る自立支援給付については、介護保険において自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定がある。今般の法改正により、当該規定に事業を追加したが、その具体的な介護と障害の適用関係については追って周知するため、ご留意いただきたい。

2 一般介護予防事業

(1) 基本的な考え方

○ 一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、要介護状態等となることの予防など介護予防を推進することを目的とする。

(2) 事業の実施

(地域の実情に応じた効果的かつ効率的な介護予防の取組の推進)

○ 一般介護予防事業は、基本的な考え方を踏まえて、次のような内容の事業の実施が想定されるが、それぞれの地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防に資する事業が積極的に展開されることが期待される。

○ なお、市町村においては、それぞれの地域でどのような介護予防に資する活動がどのように実施されているのか、適宜その把握に努めるとともに、事業の実施に当たっては、地域住民の介護予防に関する理解を深め、地域において育成されたボランティアや地域活動組織を要支援者・要介護者の支援のために積極的に活用するなど、サービス事業との有機的な連携に努めることが必要である。

<事業内容>

① 介護予防に資する体操などを行う住民主体の通いの場を充実するために、介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や、介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援を行う。(介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業)

- ② 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。(地域リハビリテーション活動支援事業)
 - ③ 地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防に資する活動へつなげる。(介護予防把握事業)
- ①及び②の事業について、現在具体的に取り組んでいる市町村における好事例は以下のとおりである。

＜介護予防に資する体操などを行う住民運営の通いの場を充実する例＞

大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

- 住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
- 介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

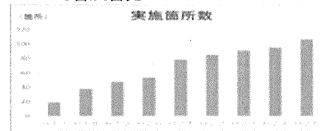
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	3	カ所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

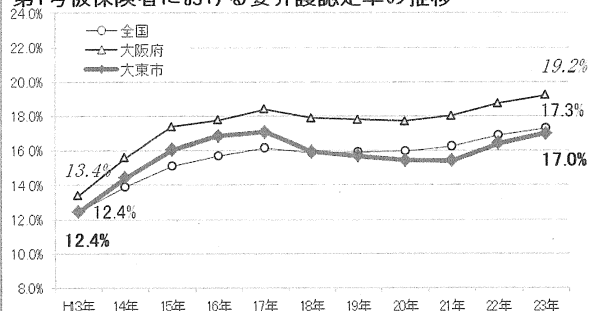
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

- 住民自らが「取り組みたい」と思えるように支援することで、行政にやらされているという感覚ではなく、自分たちの活動として主体性を持ち、工夫を凝らしながら様々な取組が行われるようになる。
- 実施主体は住民であることを常に意識し、住民が困っていることをどうすれば取り組み、解決することができるのか、共に考え解決方法を見出し、住民が継続して実施できるよう支援していく。
- また、住民自身が体操会場の取組を報告する機会を設けることで、活動への自信が高まり、活動意欲が向上することで、継続的な取組につながる。

[参考] 住民主体の「いきいき百歳体操」による介護予防の取り組み

【高知県高知市の取組事例】

高知市（人口 34 万人）には、住民が誰でも参加でき週 1 回以上行われている体操会場が 310 会場あり、高齢者人口の約 1 割、要支援認定者の約 2 割が参加している。

（取組の経緯）

- 平成 14 年に市の高齢者保健福祉計画の見直しを検討する中で、認定率の著しい伸び、新規認定者の 7 割が要支援や要介護 1 であることが分かり、介護予防の推進を重点課題として位置づけた。
- 要支援や要介護 1 の方の主な疾患は、高血圧症や整形疾患であることが分かった。認定に至る背景には筋力・体力の低下（廃用症候群）があると考え、米国国立老化研究所が作成した「高齢者のための運動の手引き」を参考に、保健所の医師、理学療法士が中心となって虚弱高齢者でも実施できる「いきいき百歳体操（以下、体操）」を開発した。
- 体操の効果を検証するために、非認定者から要介護認定者までを含む高齢者に対してモデル事業を実施し、下肢筋力や歩行スピードの改善を確認した。
- モデル事業終了 1 年後に追跡調査を行った結果、近隣に体操会場があり体操を継続できていた者の介護度は維持・改善されていたが、継続できていなかった者は改善しておらず、半数は悪化していた。高齢者の身近な場所に継続して参加できる体操会場が必要であると考えられた。

（地域展開に向けた普及啓発）

- 体操をできるだけ多くの場所で行われるようにするためには、行政職員がその場に行かなくても地域のボランティアなどが主体となって継続される仕組みづくりが必要と考えた。
- 行政主導で立ち上げたものを途中から住民主体に変えることは経験的に困難であると感じ、行政側からお願いして開始してもらうのではなく、地域住民側からやりたいと言ってきてもらえるまで待つことを基本戦略とした。
- 普及啓発では、保健師が中心となり、老人クラブや民生委員、町内会等様々な地区組織に働きかけて体操の効果を徹底的に伝えた。（平成 18 年度における健康講座の実績：541 回）
- 効果を伝える際は、数値や映像（96 歳の杖を付いて歩いていた女性が、3 ヶ月後に小走りに走れるようになった）を用いて住民がやりたいと思えるよう効果をわかりやすく伝える工夫を行った。
- やがて、住民から「やりたい」という声があがるようになった。

（行政による活動支援）

- 支援開始の条件
 - ・ 体操を行う場所・椅子・テレビ・ビデオデッキ等を準備すること
 - ・ 週 1～2 回実施し、最低 3 ヶ月は継続すること

- ・ 地域の誰でもが参加可能であること
- 支援方法
 - ・ 理学療法士や保健師による最初4回の技術支援
 - ・ 体操のビデオ、重りの無料貸し出し
 - ・ 3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に状況確認のためフォロー
- 住民主体の活動をサポートする体制づくり
 - ・ 住民ボランティア「いきいき百歳サポーター」の育成
 - ・ いきいき百歳大交流大会の開催
 - ・ お世話役・サポーター交流会の実施

(まちづくりへの発展)

- 運営は住民（地域の民生委員、児童委員、町内会役員、いきいき百歳サポーター、地域住民の有志等）主体。そのおかげで、高齢者の身近な場所での開催が可能となるとともに、介護予防だけでなくまちづくり活動へと広がる。
- 体操の場に通うことで、高齢者が互いに知り合い、支え合うようになる。また、情報交換の場にもなり、高齢者同士のつながりが強化されている。
- 体操会場が、健康講座や交通安全・振り込め詐欺等の啓発など高齢者に情報を伝える場として活用されている。
- 既存の地区組織（町内会、老人クラブ、自主防災組織等）の活性化につながっている。

(住民組織の発展)

- 実施会場間の交流と継続実施の動機づけのために平成16年から毎年行っている「いきいき百歳大交流大会」は、平成18年に市民を含めた実行委員会を結成。平成24年には住民だけで組織する実行委員会となり会場探しから資金獲得、当日の企画や運営まで全てを住民が担っている。
- 会場数の増加や継続実施に伴い、お世話役・サポーターの高齢化や会場運営の負担感などが課題となった。課題を解決すべく、住民自身が情報交換をし、皆で体操会場を支えようと平成23年に11人のお世話役が発起人となりNPO法人「いきいき百歳応援団」を設立。
- 体操会場情報満載の「いきいき百歳新聞」の発行、お世話役研修会の実施や困りごと相談、体操会場への支援、他の自治体で実施している体操会場との交流などを行っている。

<介護予防の取組へのリハビリテーション専門職等を関与させる例>

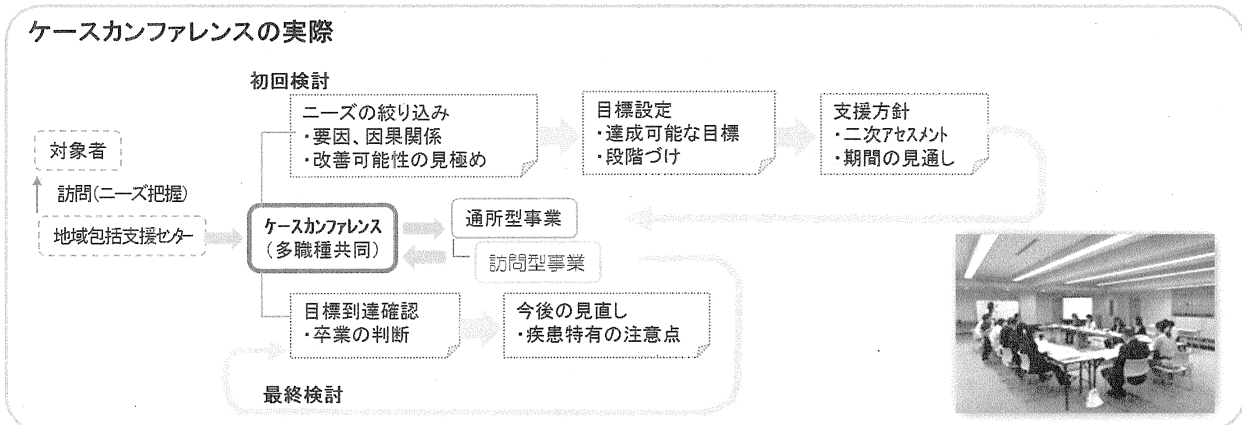
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割：難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成：保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数：3時間程度（1件10～15分程度 × 15～16件）

ケースカンファレンスの実際



- 地域ケア会議やサービス担当者会議にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①日常生活に支障のある生活行為の要因、②疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通し、③要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法、等について検討しやすくなり、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上につながる。
- 住民運営の通いの場にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①身体障害や関節痛があっても継続的に参加することの出来る運動法の指導、②認知症の方への対応方法等を世話役に指導、③定期的な体力測定、等について実施し、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開することができる。
- 通所や訪問にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①日常生活に支障のある生活行為を改善するための効果的な運動プログラムの提案、②介護職等への助言、等を実施し、通所や訪問における自立支援に資する取組を促すことができる。

(3) 介護予防の取組に関する事業評価

- 地域の実情に応じた効果的かつ効率的な介護予防の取組を推進する観点から、市町村は、定期的に介護予防の取組状況等に関する評価（以下「事業評価」という。）を実施するものとする。事業評価においては、体操などを行う住民運営の通いの場の充実状況や介護予防に関するボランティアの育成状況及び新規認定者の状況等について地域別の時系列評価を行うとともに、人口規模や高齢化率等

の状況が同程度の市町村との比較評価を行う。

- 市町村は、事業評価の結果について、積極的に地域住民と情報共有し、地域住民の介護予防に対する理解を深めることに努めるとともに、地域住民からの意見も踏まえ、適宜、事業の内容を見直すなど、地域の実情に応じた住民主体の介護予防活動を展開するために不断の取組を図るものとする。

(4) 実施に当たっての留意事項

- 一般介護予防事業の実施に当たっては、地域の医師会、歯科医師会等の協力を得るとともに、保健、精神保健福祉等の関係課部局、保健所、医療機関等の関係機関と十分に調整を図るものとする。
- 介護予防・生活支援総合事業の実施を猶予する市町村においても、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進することが重要であることから、従来的一次予防事業に重点的に取り組むこと。
- これらの市町村においても、早期に介護予防を機能強化する必要があることから、平成27年4月をもって、従来的一次予防事業の1メニューとして地域リハビリテーション活動支援事業を実施することが可能である。

3 地域支援事業の上限設定

(1) 概要

- 改正前の地域支援事業では、市町村における「介護予防事業」と「包括的支援事業・任意事業」のそれぞれの費用について介護給付費見込額の2%を上限とし、更に地域支援事業全体で介護給付費見込額の3%を上限としていた。
- 介護予防訪問介護等を総合事業に移行した後においても、介護予防訪問介護等の移行分をまかなえるよう地域支援事業の上限を見直しつつ、事業の効果的かつ効率的な実施の観点から引き続き上限を設定する。
- 具体的には、地域支援事業の上限については、以下の二つの区分で上限管理を行う。なお、地域支援事業全体の上限は設定しない。
 - ① 総合事業
 - ② 包括的支援事業・任意事業
 - ・基本事業分（包括的支援事業（うち総合相談、権利擁護、包括的継続的ケアマネジメント支援）・任意事業）
 - ・重点事業分（包括的支援事業（うち在宅医療・介護連携推進、認知症総合支援、地域ケア会議（包括的継続的ケアマネジメント支援の充実）、生活支援体制整備））

(2) 総合事業の上限管理

（基本的な考え方）

- 予防給付から総合事業に移行するサービスに要する費用がまかなえるように、従前の費用実績を勘案した上限を設定する。具体的には、以下の計算式を基本と

する。

総合事業の上限

$$\begin{aligned} &= \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】} \\ &\times \text{【②当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び】} \end{aligned}$$

【平成 27 年度から平成 29 年度まで】

総合事業の上限

$$\begin{aligned} &= \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】} \\ &\times \text{【②当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び】} \\ &- \text{当該年度の予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）の総額} \end{aligned}$$

注 1 計算式の①部分について

○総合事業への移行前年度の費用とし、それぞれの市町村の「実績額（見込値）」とする。

○介護予防支援（ケアマネジメント）については、平成 30 年度以降は改めて、平成 29 年度までの実績を踏まえ設定する。

○保険者において、以下の計算式を基本とした上限を選択可能とし、予防給付全体での費用効率化の取組を評価する。

（選択可能な計算式）

総合事業の上限

$$\begin{aligned} &= \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付全体＋介護予防事業）の総額】} \\ &\times \text{【②当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び】} \\ &- \text{当該市町村の当該年度の予防給付の総額} \end{aligned}$$

注 2 計算式の②部分について

○総合事業への移行後は、年度ごとに 75 歳以上高齢者の伸び率を乗じて上限管理をしていくこととする。当該伸び率については、年度ごとに変動があるため、平均値として直近 3 か年平均の伸び率等を用いる。

注 3 平成 27 年度から平成 29 年度までについては、費用の伸びが②を上回った場合に、事業開始の前年度の費用額に 10% を乗じた額（平成 27 年度又は平成 28 年度事業開始の市町村は以下の額）の範囲内で、個別判断を不要とし、翌年度以降は①をその実績額におきかえる。

・平成 27 年度から事業を開始する市町村

平成 27 年度：前年度の費用の実績 \times 10% (= a)

平成 28 年度：(a) \times 直近 3 か年平均の 75 歳以上高齢者の伸び率 (= b)

平成 29 年度：(b) \times 直近 3 か年平均の 75 歳以上高齢者の伸び率

- ・平成 28 年度から事業を開始する市町村
平成 28 年度：前年度の費用の実績×10% (= c)
平成 29 年度：(c) ×直近 3 力年平均の 75 歳以上高齢者数の伸び率

(個別判断)

- 市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合について、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

<事前の判断>

- ・ 当該年度の見込額が明らかに上限を超える場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

【例】

- ・ 介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合
- ・ 前年度の個別判断で上限を引き上げており、その影響が当該年度以降も継続すると見込まれる場合（計算式の①を前年度の上限の引き上げを踏まえた額におきかえる）

<事後の個別判断>

- ・ 事業実施後、結果として上限を超えた場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

【例】

- ・ 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合
- ・ 多様なサービスへの移行促進を図る等費用の効率化に向け政策努力したが、結果として上限以上となった場合で、その後住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合
- ・ 総合事業開始当初、総合事業への移行に伴うやむを得ない事情により、費用の伸び率が高くなった場合

4 定期的な評価・検証

- 総合事業を効率的に実施していくためには、個々の事業評価と併せて、市町村による総合事業の結果等の評価・検証と次期計画期間への取組の反映が重要である。
- 総合事業の評価は、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標といった評価指標で評価することが考えられる。

評価結果については、以降の当該市町村におけるサービス基盤の整備の方針、総

合事業の制度設計や運営方針の見直し等につなげ、また、地域包括支援センターをはじめとする関係者間で共有することで、ケアマネジメントやサービスの質の向上、介護予防・自立支援の取り組みの強化、地域の支え合い体制の強化につなげていく。

- また、評価の実施に当たっては、関係者間での議論が重要であることから、市町村において開催している介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等において議論することが重要である。

5 その他

(1) 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

イ 概要

(住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施)

- 住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問介護等を総合事業に移行すること等を踏まえ、住所地特例対象者がより円滑にサービスを受けることができるよう、当該者が居住する施設が所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）が行うものとしている（法第115条の45第1項）。
- ただし、任意事業については、転居前の市町村（以下「保険者市町村」という。）も行うことができる仕組みになっており、事業の内容（例えば、給付費適正化事業など）によっては、引き続き、保険者市町村が行うことを想定している。

(市町村間の財政調整)

- 住所地特例対象者は、引き続き保険者市町村の被保険者として、保険料も保険者市町村に納めていることから、当該者に対する地域支援事業の費用は、本来保険者市町村が負担することが適当である。
- そのため、市町村間の財政調整の観点から、当該費用については、政令により算定される額を保険者市町村が施設所在市町村に対して負担するものとしている（法第124条の3）。

※ 上記の保険者市町村による費用負担は、保険者市町村による地域支援事業の費用として整理し、他の地域支援事業と合わせた地域支援事業全体にかかった費用について、国や県の負担、地域支援事業費支援交付金（支払基金から交付される第2号被保険者の負担分）が支給される。

ロ 財政調整の方法

(財政調整の対象となるサービス)

- 総合事業で実施される指定事業所によるサービス等は、なるべく実額に近い形での負担の調整を行うことが望ましい。
- そのため、政令において、総合事業に要する費用のうち、①施設所在市町村の指定した指定事業者による提供サービスと、②介護予防ケアマネジメントに要した費用額（総合事業により支出する分）を、保険者市町村が施設所在市町村に対して支払う旨規定する。
- それ以外のサービスに要する費用については、費用が小さい一方、その調整のために市町村において一定の事務が必要となること等を踏まえ、市町村間における財政調整は行わない。

(財政調整の方法)

- 指定事業者に対する費用の支払は、国保連合会経由で行うことを原則とする。その際、上記財政調整に関する市町村の事務負担の軽減という観点から、その費用の支払については、国保連合会は保険者市町村に対して請求することとする。
- そのため、①のケースはこの過程で財政調整は行われることとなる。
- また、②介護予防ケアマネジメントに要した費用については、国保連合会経由による支払ではなく、施設所在市町村が介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターに支払うこととなる。
- その際、指定事業者に対する費用の支払とは異なる仕組みが必要となるため、保険者市町村からの報告に基づき、年1回、国保連合会で全国の市町村と一括して財政調整することができる仕組みを設けることとしている※。市町村においては、費用の請求を行うか否かにかかわらず、国保連合会と委託契約を締結し、財政調整を円滑に実施することが必要となる。
※ 毎年1月から12月までを単位として、年明け以降に、市町村からの報告に基づき、財政調整を行う予定。

ハ 住所地特例対象者における必要な事務手続

- 住所地特例対象者についての市町村間の財政調整は、以下のとおり行うものとする。

(事業の対象となる者の特定)

- 事業の対象となる者の特定のため、要支援者・事業対象者について、それぞれ市町村においては以下の手続が必要となる。

(要支援者)

- ・ 施設所在市町村（B市）の窓口相談⇒介護保険給付を希望
(施設所在市町村に相談があった場合は、保険者市町村（A市）に認定申請することを説明)
- ・ 利用者が保険者市町村（A市）に認定申請
- ・ A市が要支援認定ないし認定非該当
- ・ A市はいずれの場合も国保連合会に受給者台帳を登録する
※ 要介護認定のときには、以下の事務フローは生じない。
- ・ A市は、B市に連絡（システム管理は必要とせず、名簿で管理可）し、
B市が対象者を把握

(事業対象者)

- ・ B市の窓口相談⇒総合事業のサービスを希望
(施設所在市町村が把握(必ずしもシステム管理は必要とせず、名簿で管理可))
- ・ B市が基本チェックリストにて該当か否かを確認
- ・ 該当した者については、B市がA市に連絡
- ・ A市町村から国保連合会に受給者台帳を登録

(サービスの提供)

- B市の地域包括支援センターが、要支援者・事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施
- ケアマネジメントに基づき、B市の指定する事業者等がサービスを提供※
※ 委託事業者や補助による事業者がサービスを提供する場合（介護予防ケアマネジメントを除く。）には、以下の手続はない。

(事業者による費用の請求)

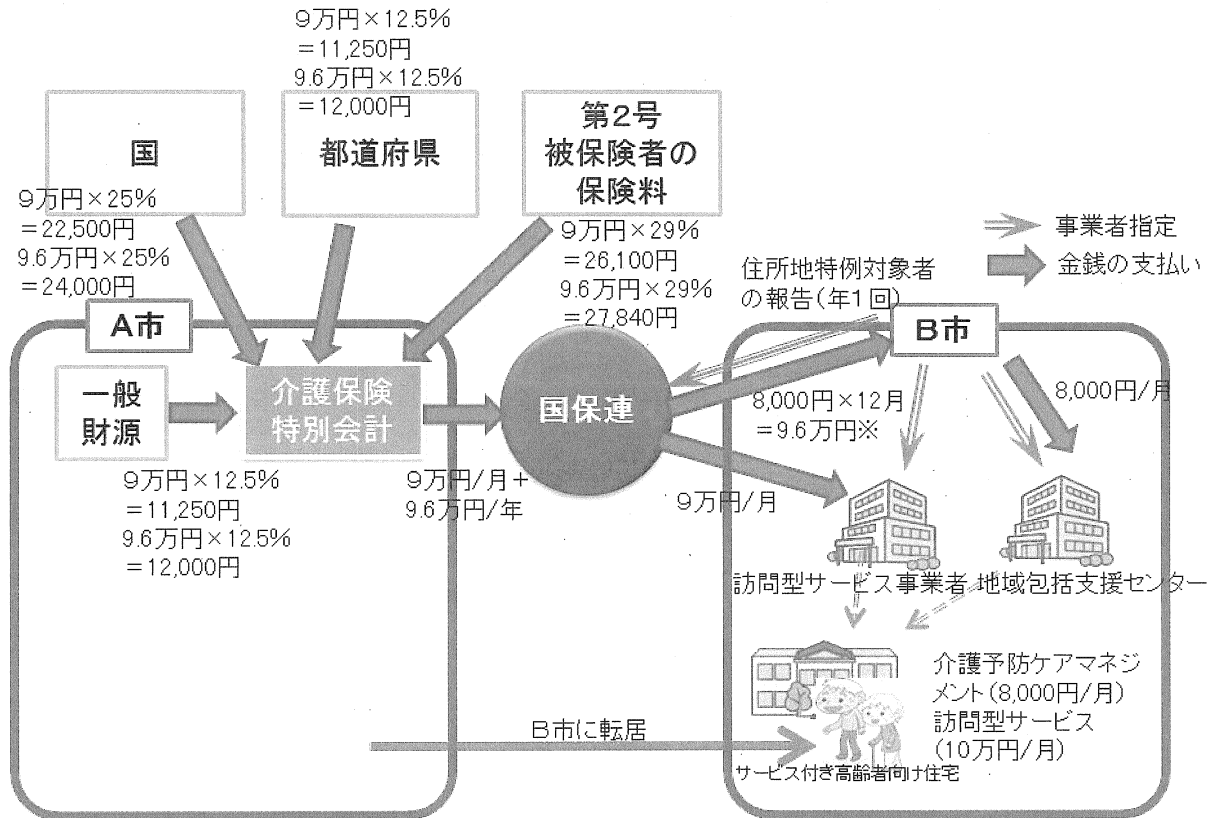
- B市の指定事業者が、国保連合会を通じて、A市に対して第1号事業支給費を請求する。それにより、A市も、B市に対して地域支援事業の財政調整も行ったことになる。
- 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センターがB市に要した費用を請求する。

(介護予防ケアマネジメントに係る財政調整)

- 市町村と国保連合会間で、財政調整についての委託契約を締結する。
- 介護予防ケアマネジメントに要した費用について、B市が、要支援者等の保険者市町村及び該当する者の数を保険者市町村ごとにまとめた負担金調整依頼書を年に1回国保連合会に提出する。
- 国保連は、全国すべての市町村から受けた人数を整理して、各市町村に対して対象となる住所地特例対象者の数に単価をかけたものを負担金として支払い又は請求する。

※ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においては、居住する住所地特例対象者がサービスの利用を希望する場合には、施設所在市町村の窓口案内する。

住所地特例対象者に対する財政調整(イメージ)



二 その他

- 住所地特例対象者に対する総合事業によるサービス提供については、施設所在市町村が行うこととなるため、総合事業による介護予防ケアマネジメントについては、施設所在市町村の地域包括支援センターが行うこととなる。
- サービス事業のほか、予防給付によるサービス（介護予防訪問看護、福祉用具など）を利用する場合における要支援者に対するケアマネジメントについては、引き続き、予防給付（介護予防支援）により提供されることとなっているが、その提供する者は、総合事業によるサービスのみを利用している場合と介護予防ケアマネジメントの主体が変わることがないように、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）を行うこととなっている（法第58条）。
- しかし、予防給付による介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）については、施設所在市町村の地域包括支援センターからの請求により、国保連合会経由で保険者市町村が、給付として審査・支払を行うことになるため、給付と総合事業による請求の流れが異なることになることに留意する必要がある。

(2) 地域支援事業における財政調整

(地域支援事業交付金の仕組み)

- 地域支援事業交付金については、総合事業に要する費用の25%を、国が市町村に対して交付する。

- 従来の介護予防事業においては全ての市町村に対して一律 25%の支給を行っていたものを、予防給付を移行するに当たって、給付の調整交付金と同様の仕組みを設けている。
- そのため、25%のうちの5%部分については、第一号被保険者の年齢階級別の分布状況（第1号被保険者のうち、75歳以上の高齢者の割合）、第一号被保険者の所得の分布状況に応じて、市町村に支給するものとする。

（移行期間中の算定）

- 平成27年度から平成29年度までの総合事業の移行期間中にあつては、予防給付と総合事業が併存し、市町村ごとにその移行割合が異なることから、予防給付と総合事業に要した費用を合わせて、調整することとする（改正法附則第15条）。
- そのため、当該期間においては、給付における調整交付金において、給付と総合事業に要した費用を合わせた額の5%を調整交付金に充て、総合事業に要する費用については調整交付金の枠において調整を行う。

（3） 事故時の対応

- 現在も地域支援事業により行われる各種サービス提供時の事故については、サービス内容や実施方法等に応じ、民間事業者や団体等によるサービスは実施主体ごとに、市町村が直接実施する事業は市町村が、それぞれ事故報告の窓口設置や損害保険への加入などの対応を行い、事故発生時に必要な対応がとられている。
- 総合事業による各種サービス事業の提供に当たっても、基本的に同様の考え方に基づく運用となる。例えば、市町村が直接実施する場合等には市町村が、指定制度を活用して指定事業者がサービスを提供する場合や補助により民間事業者や団体等がサービスを提供する場合には実施主体が、保険加入等必要な対応を行うことが適当である。保険者としての市町村は、総合事業全般について、相談等必要な対応を行う体制を整えることが適当である。

〔参考〕長崎県佐々町の取組事例

町として保険（全国町村会総合賠償補償保険）に加入。

町村等が主催・共催する行事（活動）及びボランティア活動に参加する住民等第三者が死亡または身体障害（後遺障害を伴うものに限る。）若しくは入院・通院を伴う傷害を被った場合、町村等が規定する総合災害補償規程に基づき当該被災者に支払う補償費用を補填している。

（4） 苦情処理

- サービス利用に当たって苦情等が生じた時は、今の予防給付と同様、以下のとおり、サービス提供者自身の対応はもちろん、介護予防ケアマネジメントをする地域包括支援センター等や市町村、国保連合会においても、必要に応じ、相談に対応する。

・サービス事業者

日常的な苦情を受け付けるとともに、市町村・国保連合会の調査等に協力し、

指導・助言を受けた場合には必要な改善を行うとともに、市町村・国保連合会の求めに応じて改善内容を報告。

・地域包括支援センター

介護予防ケアマネジメントを行うものとして、利用者・事業者等から事情を聞き、対応を検討。必要に応じて、利用者に説明し、国保連合会への苦情申立てについての援助を行う。

・市町村

苦情の窓口・指定権者として、事業者等に対する調査・指導・助言を実施。

・国保連合会

市町村等と適宜調整しつつ、市町村で対応できない苦情等の相談を実施するとともに、申立に基づき、事業者等に対する指導・助言等を実施。

(5) 総合事業でそれぞれの者が利用できるサービスの整理例

総合事業でのサービス利用可能性(対象者別の各サービスの利用可能性)

		要介護認定者	現在の要支援者		非該当者 (一般高齢者)	備考	
			要支援認定者	事業対象者			
支援提供の手続き		ケアマネジメント	地域包括支援センター等でケアマネジメント		市等が事業を周知等。利用者を登録・管理。		
介護予防・生活支援サービス事業	通所	デイサービス	(○) (介護給付)	○	○	×	
		ミニデイサービス	×	○	○	×	
		住民主体の支援(通いの場)	(○)※1	○	○	(○)※1	※2
		保健師、リハビリ専門職等が行う短期集中予防サービス	×	○	○	×	
	訪問	訪問介護員による身体介護・生活援助	(○) (介護給付)	○	○	×	
		緩和した基準によるサービス(掃除、調理など)	×	○	○	×	
		移動支援	×	○	○	× ※3	
		住民主体の支援	×	○	○	× ※3	
	生活支援	配食	× ※4	○	○	× ※4	
		見守り	× ※4	○	○	× ※4	
一般介護予防事業		○	○	○	○	※5	

※1 要支援者等が中心となっていれば利用可能。また、一般介護予防事業で行う場合も利用可能。

※2 障害者や子どもなども加わることができる。(共生型)

※3 一般高齢者、障害者、子ども等が利用者の一部に含まれていても、要支援者等の利用に着目して、間接経費(光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等)を補助することは可能。

※4 地域支援事業の任意事業等により実施可能。

※5 一般介護予防事業(通いの場関係)には、障害者や子どもなども加わることができる。(共生型)

(注) 要介護者や非該当者も、見守り、ゴミ出し、移動支援等について、インフォーマルサービスとして行われているものは利用可能。

第7 市町村の円滑な事業への移行・実施に向けた取り組み

1 総合事業への円滑な移行

(1) 市町村における総合事業の実施の猶予

(総合事業の趣旨)

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、地域の支え合いの体制づくりを推進し、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするもの。
- 改正法において、介護予防訪問介護等に係る指定事業者について、法の施行日（平成27年4月1日）をもって、総合事業による指定事業者の指定とみなす規定を設けており、円滑に総合事業に移行することが可能である。一方で、総合事業の趣旨を実現するためには、市町村が中心となって、住民主体の支援等の多様なサービス提供体制を整備する必要がある。

(改正法の規定)

- 多様なサービスについては、新たに地域支援事業に生活支援体制整備事業を設け、充実を図ることとしている。しかし、そのサービスの充実には一定の時間がかかること、総合事業への円滑な移行のための準備期間が必要なこと等を踏まえ、平成27年4月施行とされている総合事業の実施については、市町村において条例で定める場合には、その実施を平成29年4月まで猶予することができる※2ものとしている（法附則第14条第1項）。

※1 生活支援等サービスの体制整備のための事業については、第2 市町村を中心とした生活支援等サービスの充実等を参照。

※2 年度途中の移行も可能である。

- 総合事業への移行に当たっては、市町村が、これまでの取組成果も踏まえて、できる限り早期から新しい総合事業に積極的に取り組んでいただくことが、制度改正の趣旨にかなうものである。
- 一方で、指針（ガイドライン）などにより提示される総合事業の詳細も踏まえ、受け皿の整備や地域の特性を活かした取組等のため、一定の時間をかけて準備し、総合事業を開始していただくことも選択肢である。

※ 事業実施の猶予に関する条例については、別に介護保険条例参考例として条例準則をお示しすることを予定している。なお、地域支援事業で新たに設けられた在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業等においては、平成30年3月末までその実施が猶予できるとされていることから、それぞれの実施の猶予のための条例を、例えば介護保険条例のなかで併せて規定することも可能である。ただし、生活支援体制整備事業については、総合事業の推進の観点から地域の資源開発や多様な主体のネットワーク化等を図るため、先行して取り組むことが重要であることから、例えば平成27年4月から実施するなど、できる限り早期の実施が望ましい。なお、市町村において、日常生活圏域における協議体又はその立ち上げのための準備委員会等を設置し、生活支援のニーズの把握やサービスの開発に資する検討を行っている場合には、生活支援体制整

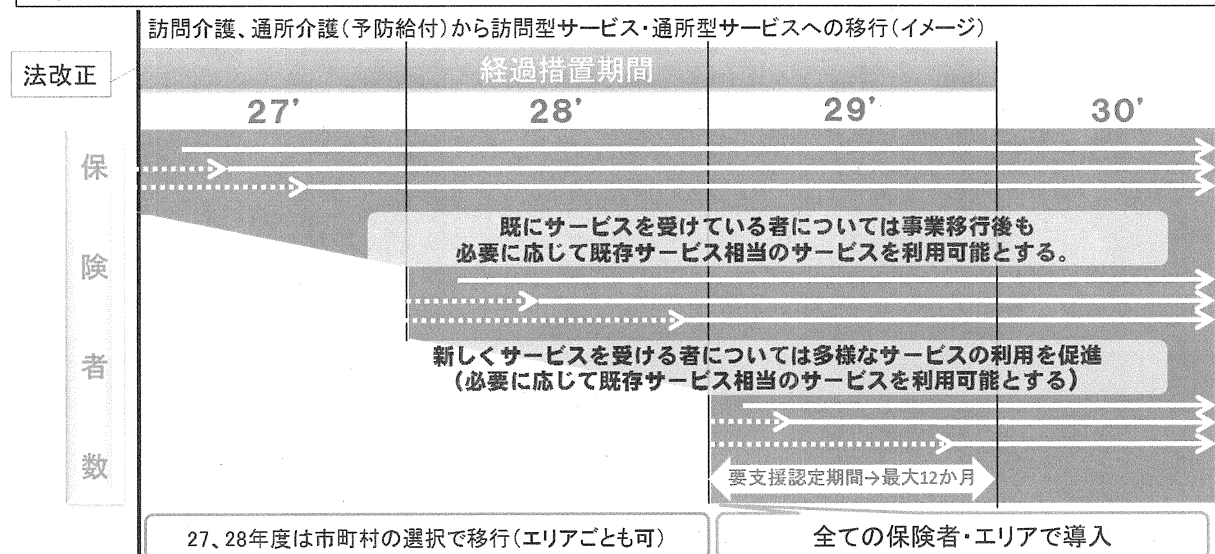
備事業を実施しているものとして差し支えないものである。

- 総合事業の実施を猶予する場合であっても、総合事業の実施猶予の規定の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当である。

<市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて>

総合事業への円滑な移行

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
- 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。
※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。
<段階的な実施例>
- ① エリアごとに予防給付を継続(【例】広域連合の市町村ごと)
- ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
- ③ 既にサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行



(2) 総合事業の多様な移行の推進

(改正法の規定)

- 改正法により、総合事業への移行においては、その円滑な移行を図るため、総合事業開始時点以降も、既に要支援認定を受けている居宅要支援被保険者について、その認定更新まで予防給付を受けられるようにされている。(要支援者の認定の有効期間は最長1年であることから、総合事業開始から1年で、すべての要支援者が総合事業に移行することとなる。)
- また、その他にも、厚生労働省令で定める者については、平成30年3月31日までであって厚生労働省令で定めるまでの間には、引き続き予防給付を受けられる規定が設けられている。

(市町村独自の工夫)

- この省令の規定を活用して、上記のほか、市町村において、多様な移行を可能とすることとしており、例えば、以下のような段階的な実施も可能とする。

<実施例>

- ① エリアごとに予防給付を継続（【例】広域連合の市町村ごと）
 - ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
 - ③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付を継続し、翌年度当初からすべての者を予防給付から総合事業に移行
- 市町村においては、総合事業の猶予とともに、こういった措置も活用しつつ、地域の受け皿の整備を進め、円滑な制度移行をしていくことが望ましい。

(3) 総合事業のみなし指定

(改正法の規定)

- 総合事業の移行に当たって、総合事業に係る規定の施行日前日である平成 27 年 3 月 31 日において、介護予防訪問介護等に係る指定介護予防サービスの事業者について、当該施行日において、総合事業による指定事業者の指定をみなす（改正法附則第 13 条）旨の規定を設け、市町村及び事業者の負担軽減を図っている。

<表 16：みなし指定の対応表>

既存の指定（平成 27 年 3 月 31 日）	附則の規定により指定を受けたものとみなされる総合事業の指定（以下「みなし指定」という。）
介護予防訪問介護に係る指定介護予防サービス事業者に係る指定	訪問型サービス（第 1 号訪問事業）に係る事業者の指定
介護予防通所介護に係る指定介護予防サービス事業者に係る指定	通所型サービス（第 1 号通所事業）に係る事業者の指定

※ なお、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、原則市町村の直接実施又は委託で行うため、みなしによる指定事業者の仕組みを活用することは想定されていない。

- なお、事業者がみなし指定を希望しない場合は、事業者が施行日の前日までに、厚生労働省令で定めるところにより別段の申出をしたときは、総合事業の指定をみなさないこととなっている（同条ただし書）。

(みなし指定の有効期間)

- みなし指定の有効期間については、第 6 期事業計画期間における経過措置として、原則平成 27 年 4 月から平成 30 年 3 月末までの 3 年間とする※が、市町村が平成 27 年 4 月までにその有効期間を定めた場合にはその定める期間とする予定である。

※ みなしによる総合事業の指定については、平成 27 年 4 月 1 日に受けたものとみなされることから、みなし指定の有効期間は、全国一律平成 27 年 4 月 1 日からとなる。

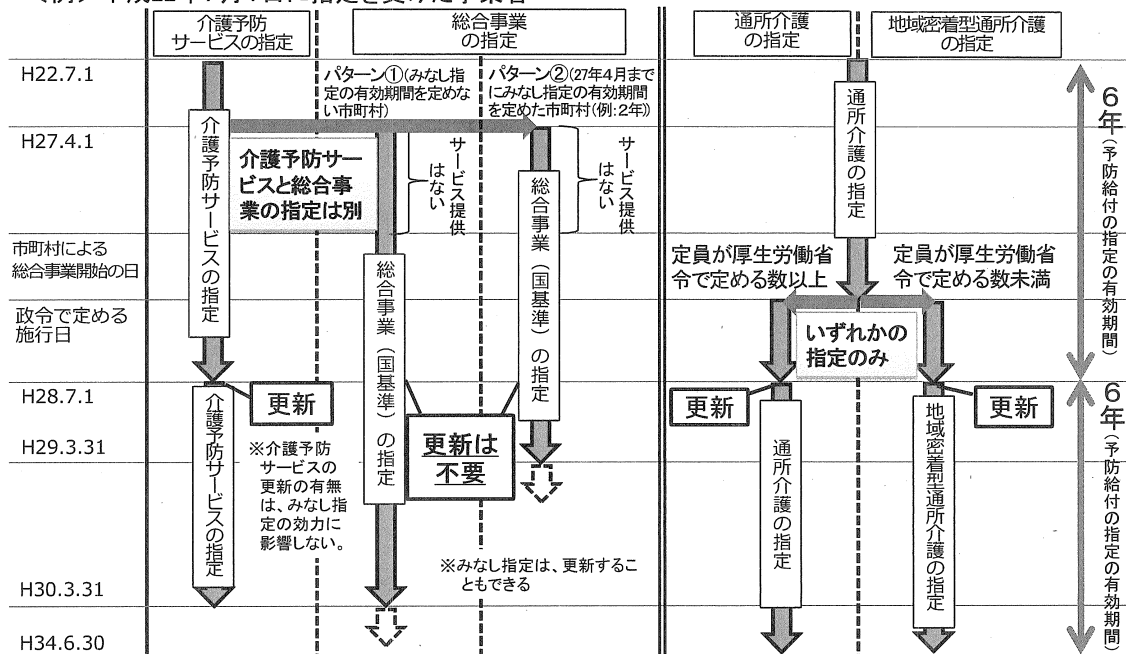
- そのため、例えば介護予防・生活支援サービスの体制整備が充実している市町村においては、例えばみなし指定の有効期間をあらかじめ 2 年と定めること等も可能である。
- なお、予防給付から総合事業への移行期間中である平成 27 年度から平成 29 年度までの間にあっては、予防給付（指定介護予防サービス事業者の指定）による指定

の効力も残るため、みなし指定について「別段の申出」しない事業者については、総合事業の指定と、予防給付による指定の2つが効力を生じる。

総合事業と地域密着型通所介護のみなし指定（現時点で検討しているもの）

- 総合事業への移行では、予防給付(介護予防サービス)と総合事業の指定が並立する。地域密着型通所介護への移行では、定員数により地域密着型通所介護か通所介護かのいずれかに移行する。
- みなし指定の有効期間は、総合事業が平成27年4月から3年間(市町村が定める場合はその期間)、地域密着型通所介護が平成28年4月までの間で政令で定める施行日から移行前の通所介護の有効期間が終了するまでとなる。

〈例〉平成22年7月1日に指定を受けた事業者



(みなし指定事業者の基準やサービス単価、利用者負担)

- みなし指定に係る事業者が提供するサービスの基準や報酬単価、利用者負担割合については、国が定めたものを勘案して市町村が定める。国が定める具体的な基準やサービス単価、利用者負担割合については予防給付によるものとほぼ同じ内容とする予定である（平成27年度介護報酬改定等の改定についても反映する）。
- みなし指定を受けた事業者について、平成30年4月（※）以降も事業を継続する場合には、市町村から総合事業の指定の更新を受ける必要がある。

※ 前述のとおり、みなし指定の有効期間を市町村独自に設定した場合には当該期間の満了日以降。

(みなし指定の効力の範囲)

- みなし指定は、現行の予防給付の指定からの円滑な移行のため、全市町村に効力が及ぶ。国の定める基準等と異なる取扱いをする場合は、影響が予想される事業者、市町村等と必要な調整が行われることが適当である。

みなし指定の有効期間が満了し、更新を行う場合は、その効力は、各市町村域の範囲内で効力が及ぶことになることから、事業所が所在している市町村（A市町村）以外の市町村（B市町村）の被保険者が利用している事業所については、A市町村の指定更新とともに、B市町村の指定更新が必要となる。

(留意事項)

- 総合事業を平成27年4月から実施しない市町村も想定されるところであるが、改

正法においては、そのような市町村においてもみなし指定の効力は生じる旨規定されている（改正法附則第14条第1項）。

※ 予防給付の介護予防訪問介護等に係る指定介護予防サービス事業者による指定については、平成27年4月以降であっても新たな指定や更新を受けることは可能である。ただし、その場合にあっては、みなし指定の対象とならない。

（4） 要介護認定に係る有効期間の延長

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」（第54回社会保障審議会介護保険部会）を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、当該事業を実施している市町村について、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12か月、上限24か月に延長し、簡素化する。
- 現行の要支援認定に係る有効期間が最大12か月であることから、市町村において新しい総合事業を実施後、基本的に1年間で利用者全員が新しい総合事業に移行する仕組みとしている。そのため、市町村全域で新しい総合事業を実施した自治体に限って、認定期間の上限を24か月にすることとしたものである。
- なお、転居の場合は、従来通り、新規申請の取扱いとなることから、転入先市町村において定める有効期間については、6か月間（月途中の申請の場合は、その月の月末までの期間＋6か月間）を基本とし、3か月間から12か月間の範囲で有効期間を設定できるものとする。

要介護認定に係る有効期間の見直しについて(案)

1. 基本的な考え方

「介護保険制度の見直しに関する意見」(第54回社会保障審議会介護保険部会)を踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するため、当該事業を実施している市町村について、更新申請時の要介護認定に係る有効期間を、一律に原則12か月、上限24か月に延長し、簡素化する。

2. 具体的内容

介護保険法施行規則(平成11年厚生労働省令第36号)に規定する有効期間について、以下の通り改正する。なお、介護予防・日常生活支援総合事業を市町村全域で実施している場合に限り、改正内容を適用することとする。

申請区分等	現行		改正案	
	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
区分変更申請	6か月	3か月～12か月	6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要支援→今回要介護	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要支援	3か月～12か月	12か月	3か月～24か月
	前回要介護→今回要介護	3か月～24か月	12か月	3か月～24か月

※運用の例

(例1) 平成27年度から市内全域で総合事業を実施する場合。

⇒平成27年度当初から改正内容を適用することとなる。

(例2) 平成27年度は市町村内のあるエリアから事業を実施し、平成28年度から全てのエリアで事業を開始した場合。

⇒平成28年度当初から改正内容を適用することとなる。

(例3) 平成27年度は市町村内の全域で事業実施の準備をするが、総合事業によるサービスの利用を希望する者のみ事業に移行し、それ以外は予防給付を継続。その後、平成28年度に事業を全域で実施し、それ以降は希望にかかわらず、認定期間が切れ、更新をする者から事業に移行する場合。

⇒平成28年度当初から改正内容を適用することとなる。

(例4) 平成29年度から市内全域で総合事業を実施する場合。

⇒平成29年度当初から改正内容を適用することとなる。

2 総合事業への移行のための準備

(市町村において必要な事務手続)

- 予防給付を総合事業に移行するために、市町村において、必要な事務手続として想定される主なものは、以下のように整理される（一般的に想定されるものを列挙したものであり、市町村ごとに手続やルール等が異なることもあるため、各市町村において十分検討が必要）。

共通項目
○介護保険事業計画について、総合事業に関する事項を記載
○給付及び事業に要する費用についての中長期的な推計を設定
○（必要に応じて）総合事業を実施するための条例を制定
○総合事業の実施方針を策定（サービス事業・一般介護予防事業）
○実施要綱を制定 （（みなし指定の有効期間）・サービス量※・事業の実施方針、多様なサービスごとの基準や報酬、利用料など、指定の有効期間、サービスの利用限度額・目安額、高額サービス費）
○基本チェックリストや介護予防ケアマネジメント等事業の具体的な実施方法など、事業の具体的な事務細則を策定
○住民・関係者への周知
▶制度改正の住民説明会
▶事業者への説明会
▶地域ケア会議の実施や各種研修による自立支援・介護予防の理念の徹底
○市町村や地域包括支援センターにおける実施体制を確保
○多様なサービスの類型化・サービス提供主体を確保
○生活支援等サービスの体制整備を推進
○総合事業に係る各種様式を作成（事業の利用申請・委託契約のひながたなど）
○国保連合会への審査支払を委託
○各種システムを改修
○移行に伴う利用者を調整
○（事業の実施を猶予する場合には）条例を制定
○みなし指定事業所の都道府県からの文書提供や引き継ぎなど

※指定のところで考え方を示すが、指定の拒否を可能とするため、記載する必要がある。

事業ごとに検討が必要な事項
○サービス事業の実施
・サービス事業の実施方針の策定
・基本チェックリストや介護予防ケアマネジメント等や事業の具体的な内容など、事業の具体的な事務細則を策定
・委託や指定事業者など、事業の実施主体を確保
・多様なサービスの類型化・実施方針を策定
・総合事業の指定事業者関係
▶サービスの基準を策定（実施要綱に記載）
▶サービス単価・利用料を策定（実施要綱に記載）

▶総合事業の指定の有効期間を規定（実施要綱に記載）
▶国保連合会への委託契約を締結
▶サービスの利用限度額・目安額の設定を策定
▶高額サービス費の仕組みを規定
▶指定事業者に対する指導・監督方針を策定
・移行措置
▶みなし指定を希望しない事業所の申出を受付し、都道府県に送付
▶上記事業所がある場合には、利用者の利用を調整
▶（事業の実施を猶予する場合には）条例の制定
▶（必要に応じて）みなし指定の有効期間を規定
▶みなし指定事業所の都道府県から文書提供や引き継ぎなどを実施
▶移行のスケジュールを策定

<例：平成27年度実施に向けた保険者（稲城市）のスケジュール案>

区分	作業内容	形式	時期
移行準備	現行サービスと介護予防・日常生活との比較検討	部内検討	5～6月
	現行介護予防ケアプランの分析（全件）		
生活支援サービスの検討	地域資源の洗い出し確認作業	部内検討＋包括センター	5～6月
	生活支援サービスの創設の働きかけ	意向調査	8月
	生活支援コーディネーター配置の検討	部内検討＋包括センター	10月
	生活支援サービスの決定（検討9月）	要綱	3月
サービス類型	サービス類型の設定と基準・単価の検討（検討11月）	部内検討	3月
事業者・被保険者への周知	事業者への新事業サービス説明等	説明会	1月
	現行予防給付対象者への制度改正通知	個別通知	1～3月
	市民啓発等パンフレット印刷	HP・広報・チラシ	1～3月
チェックリスト	チェックリスト活用サービス利用ルートの確立	庁内体制＋包括センター	3月
	チェックリスト活用相談窓口（市役所内）の整備	庁内体制＋包括センター	4月
ケアプラン	ケアプラン様式の決定	標準的な様式を採用	1月
手帳	介護予防手帳活用検討（9月）	要綱	3月
補助	補助の決定（10月）	予算	3月
事業者指定基準	事業者指定の基準	要綱	3月
	事業者指定の裁量（指定・指定拒否）	要綱	3月
	事業者指定の有効期間規定の設定	要綱	3月～

サービス提供基準	基準緩和Aサービスの基準設定（検討10月）	要綱	3月
	住民主体Bサービスの基準設定（検討10月）		
	短期集中Cサービスの基準設定（検討10月）		
	その他サービス基準設定		
サービス単価等	サービス単価の設定（サービス種別ごと検討10月）	要綱	1月
	稲城市独自加算（生活支援サービス加算検討10月）		
利用者負担（利用料）	各サービスの利用料設定（検討10月）	要綱	1月
	徴収方法の決定	要綱	1月
給付管理	支給限度額の設定（検討10月）	要綱	1月
国保連合会関連	サービス種類ごとの価格の設定（検討10月）	契約	1月
	指定事業者の登録（変更届の登録等）	登録	1月
	市町村台帳の作成・都道府県台帳への登録	登録	3月

（都道府県による事務手続、市町村への支援）

- 都道府県においても、総合事業の実施に当たっては、以下のような事務が発生することが想定されることから、留意いただきたい。なお、都道府県においては、市町村間の格差が生じないように十分な支援に努めていただくようお願いしたい。
- 市町村に対する支援に当たっては、受け皿の整備が遅れている市町村に合わせて、各市町村における事業の実施時期を遅らせるということではなく、各市町村の実情を個別に把握した上で、支援を行っていくことが重要である。

項目
○制度改正の周知・（事業者向け）説明会の実施
○移行措置
・みなし指定を希望しない事業所の申出の受付→都道府県内市町村等への周知(HP等)
・みなし指定事業者の事業所台帳を国保連合会に送付
・みなし指定に係る事業所の文書提供や引き継ぎなど

3 旧総合事業を実施している市町村の移行

（改正法の規定）

- 改正法による改正前の法第115条の45第6項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「旧総合事業」という。）を実施している市町村にあっても、平成29年3月末までの間は、総合事業の実施を猶予することが可能となっている。

- しかし、予防給付からの移行と異なり、旧総合事業からの移行においては個人単位での移行措置が規定されていないことから、市町村が総合事業に移行した時点で、旧総合事業が廃止され、全て総合事業に移行することになる。

(旧総合事業からの移行)

- 総合事業と旧総合事業に関して、市町村においては、利用者が円滑に総合事業に移行することができるよう、予防給付からの移行と同様、住民や事業の受託者などの関係者に対して、十分な期間をおいて周知していただくことや、旧総合事業の実施において、生活支援サービスや2次予防事業対象者に実施する介護予防サービスについて、総合事業で実施することを想定しているものと可能な限り同じものを提供するなど、円滑な施行に配慮する。

<旧総合事業を実施している市町村における利用者ごとの移行のパターン>

		移行前	移行後
2次予防事業対象者	訪問型	旧総合事業	新総合事業
	通所型	旧総合事業	新総合事業
要支援者① (給付のみ利用)	訪問型	給付	給付※1
	通所型	給付	給付※1
要支援者② (給付と事業を利用)	訪問型	給付	新総合事業※2
	通所型	旧総合事業	新総合事業※2
要支援者③ (事業のみ利用)	訪問型	旧総合事業	新総合事業※2
	通所型	旧総合事業	新総合事業※2

※1 新総合事業に移行することも可能。

※2 本人の同意を得つつ、新総合事業に移行。暫定的に給付に移行することもあり得る。

4 その他

(1) 住所地特例対象者の総合事業への移行

- 総合事業は、平成29年3月末まで、市町村ごとに事業実施の猶予を認めることとしていることから、住所地特例対象者においては保険者市町村と、施設所在市町村で、受けることができるサービスが異なることがある。
- その場合においては、住所地特例対象者が円滑にサービスを利用することができるよう、表17のとおり施設所在市町村の状況に合わせて、住所地特例対象者はサービスを利用できることとする。

<表17：住所地特例対象者に対して提供されるサービス>

	保険者市町村	施設所在市町村	利用できるサービス
①	給付	給付	給付
②	給付	総合事業	総合事業
③	総合事業	給付	給付
④	総合事業	総合事業	総合事業

(留意事項)

- 住所地特例対象者がどこに居住するかを、市町村があらかじめ特定することができないため、平成 27 年 4 月から総合事業を実施する市町村に住所地特例対象者が居住することを想定して、保険者システムにおいては、平成 27 年 4 月に事業対象者の台帳を作成する必要がある。
- 総合事業を実施していない市町村においても、住所地特例対象者の居住する市町村において総合事業を実施している場合（上記②の場合）には、法第 124 条の 3 により、財政調整の負担が求められることとなるため、その場合に備え、保険者市町村においては予算上支出の根拠を設ける必要がある（国からの交付金等との関係では介護予防事業の費用として整理）。
- また、逆に、早期に総合事業を実施した市町村において、その区域内では既にすべて総合事業に移行して、給付としての介護予防訪問介護等がない場合にあって、住所地特例対象者が総合事業を実施していない市町村に転居した場合などについては予防給付を給付することが求められる（今後厚生労働省令で規定）。

第8 その他

1 総合事業の会計年度、会計の費目

- 市町村における介護保険事業特別会計における費目については、「介護保険特別会計の款項目節区分について」（平成11年10月5日付け厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長事務連絡）により示しているが、法改正に伴い、別添のとおり見直すことを予定している。
- 介護保険事業特別会計においては、総合事業の実施に要した費用について実施した年度の会計に計上するものであるが、指定事業者による総合事業の実施については、給付と同様、例えば、平成28年度の会計においては、平成28年4月の請求分（おおむね同年3月利用分）から平成29年3月請求分（おおむね同年2月利用分）までを対象とする。

◎訪問型サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準	現行の訪問介護相当			多様なサービス				市場(他地域支援事業の外)で提供されるサービス
	サービス種別	II 短時間サービス	III 訪問型サービスA (継続した基準によるサービス)	IV 訪問型サービスB (住民主体による支援)	V 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	VI 訪問型サービスD (移動支援)		
① サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助 (例) ・シャワー入浴の見守り ・近隣の買い物同行 ・調理の下ごしらえ	訪問介護員による60分未満の生活援助等 (例) ・シャワー入浴の見守り ・近隣の買い物同行 ・調理の下ごしらえ	生活援助等 ・整理、掃除等その一部 ・ゴミの分別やミミ出し ・買い物の買い物代行 ・調理	住民ボランティア、住民主体の自主活動として行う生活援助等 (例) ・布巾干し、階段の掃除 ・買い物代行や調理、ゴミ出し、電球の交換、洗濯等	①通所型サービスの利用者に対する、日常生活のアセスメントを主とした訪問 ②保健師等がその者の居宅を訪問して、必要な相談、指導等を実施	介護予防、生活支援サービス事業と一体的に行う移動支援 (例) ・浴室前後の生活支援 ・買い物、通院、外出時の支援等		市場(他地域支援事業の外)で提供されるサービス
② 対象となるケースとサービス提供の考え	認知機能の低下や精神・知覚覚醒に生活に支障があるような症状や行動生ずる者 ・意識が低下している者やほとんど徘徊している者などの専門的な支援が必要な者 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾病により日常生活の動作時の急切性等により、日常生活に支障がある者 ・スティーアケアが必要な者 ※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。 ※一定期間後のモニタリングに備え可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。	〇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ストで認められるケース 〇ケアマネジストで、以下のような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 (例) ・認知機能の低下や精神・知覚覚醒に生活に支障があるような症状や行動生ずる者 ・意識が低下している者やほとんど徘徊している者などの専門的な支援が必要な者 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾病により日常生活の動作時の急切性等により、日常生活に支障がある者 ・スティーアケアが必要な者 ※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。 ※一定期間後のモニタリングに備え可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。	〇球技等を楽しめるが、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 ※サービス内容は柔軟に提供可能としつつ、ケアマネジストにより、利用者の自主支援に関するサービスを提供していくことが重要	〇ケアマネジメントで、以下のような支援が必要となるケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康状態の維持・改善が必要なケース ・閉じこもりに対する支援が必要なケース ・ADLやADLの改善に向けた支援が必要なケース ※住民主体の通いの場など多様な通いの場に行方していくことが重要 ※3～6ヶ月の短期間で行う				※利用者により選択 ※ケースに応じてケアマネジストの対象
③ 事業の実施方法	事業者指定	事業者指定	事業者指定	事業者指定	事業者指定	事業者指定		
④ ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施		
⑤ 市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの出来高払い ※市町村は負担金として支払う	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの出来高払い ※市町村は負担金として支払う	同左	運営のための事業経費の一部を補助 家賃、光熱水費、年定額等	初回のケアマネジメントのみ	直接負担 利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの出来高払い		
⑥ 基準	国が示す基準を基本に市町村が規定	国が示す基準を基本に市町村が規定	地域の事情に合わせて市町村が規定	任意	任意	地域の事情に合わせて市町村が規定(サービス内容に応じて、市町村が独自に定める基準)		自由価格
⑦ 個別サービス計画	作成	作成	必要に応じて作成	任意	任意	必須		同上
⑧ 報酬等 【単価金額の目安】	国が示す単価(包括報酬)以下で市町村が設定(出来高払い) 【サービス内容と時間に応じて月ごとの合計(サービス内容と時間に応じて月ごとの出来高払い)も当該単価以下)】 【国が示す単価を踏まえた専門的サービスにふさわしい単価】	国が示す単価(包括報酬)以下で市町村が設定(出来高払い) 【サービス内容と時間に応じて月ごとの合計(サービス内容と時間に応じて月ごとの出来高払い)も当該単価以下)】 【国が示す単価を踏まえた専門的サービスにふさわしい単価】	国が示す単価(包括報酬)を下回る単価で市町村が設定(出来高払い)も当該単価以下)】 【国が示す単価を踏まえた専門的サービスにふさわしい単価】	なし	なし	なし		
⑨ 利用者負担額(利用料)	介護給付の利用者負担割合(1割、一定以上所得の利用者には2割)等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)	介護給付の利用者負担割合(1割、一定以上所得の利用者には2割)等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)	市町村が適切に設定	なし	なし	市町村が適切に設定		
⑩ 医療費管理の音楽・方法	医療費管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	医療費管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	なし	なし	なし	なし		
⑪ 事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払	事業者に直接支払	事業者に直接支払	事業者に直接支払	事業者に直接支払		
⑫ 指定されるサービス提供形態(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用されている労働者 【訪問介護員又は一定の研修受講者】 (NPO、民間事業者、協同組合等) (シルバー人材センター等による高齢者活用も)	ボランティア主体 【訪問介護員又は一定の研修受講者】	訪問介護員、看護職員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等 (市町村)	訪問介護員、看護職員、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等 (市町村)		民間事業者、 シルバー人材センター等
⑬ 備考								

◎通所型サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準	現行の通所介護相当		多様なサービス				市場(地域支援事業の外)で提供されるサービス
	I 通所介護①	II 通所介護②	III 通所型サービスA (継続した基準によるサービス)	IV 通所型サービスB (住民主体による支援)	V 通所型サービスC (短期集中予防サービス)	委託	
① サービス内容	通所介護と同様のサービス内容(生活機能向上型を除く) 「それぞれ利用者ニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供する」	生活機能向上型の通所介護(例)身体機能の向上のための機能訓練・調理や掃除、整理といった生活機能向上のためのトレーニング	高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業(例)ミニデイサービス・運動・レクリエーション活動 等	住民主体による要支援者を中心とする自主的な活動の場づくり(例)体操、運動の活動・趣味活動を通じた日中の居場所づくり・定期的な交流会、サロン・茶会 等	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、利用者の個別性に応じて、下記のプログラムを適宜的に実施 ・運動機能の機能向上 ・作業療法 ・音楽療法 ・認知症予防 ・閉じこもり予防支援 ・認知症対応型通所介護 ・うつ予防支援 ・ADL/AIDLの改善 (訪問型サービスによるホームメント訪問と組み合わせ、日常生活に支障のある生活行為を明らかにして実施)	ケアプランを作成、モニタリングを実施	事業者が定めるサービスメニュー (例) ・フィットネスクラブ ・レジャー施設 ・飲食店等のサロン ・文化教室、習古事 ・趣味の会など
② 対象者となるケースとサービス提供の考え	○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なるケース ※一定期間以上のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。 ○「多様なサービスの利用が難しいケース、不適切なケース」	○通所により専門職の指導を受けながら集中的に生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで改善・維持が図られるケース	○高齢者を対象しながら、住民主体による支援等(多様なサービスの利用を促進)を通じたサービスの利用の場も、一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援(通所型サービスBや一般介護予防事業)に移行していくことが重要	○ケアマネジメントで、以下のような支援が必要なケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康維持の維持・改善が必要なケース ・閉じこもりに対する支援が必要なケース ・ADLやAIDLの改善に向けた支援が必要なケース ※3~6ヶ月の短期間で行う	ケアプランを作成、モニタリングを実施	※利用により選択	
③ 事業の委託方法	事業者指定	事業者指定	事業者指定	委託	委託	委託	
④ ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	
⑤ 市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの一括払い ※市町村は算定額として支払う	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの一括払い ※市町村は算定額として支払う	同左	運営費補助	運営費補助	運営費補助	
⑥ 基準	予防給付の基準を基本に市町村が規定	市町村が規定	地域の実情に合わせて市町村が規定(個人情報を取扱う場合事業を行うに当たっては必ず遵守すべき基準)	任意	任意	必須	
⑦ 個別サービス計画	作成	作成	任意	任意	任意	任意	
⑧ 単価等【単価金額の目安】	・国が示す単価(包括報酬)以下で市町村が規定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下)※ 【国が示す単価を踏まえたと専門職が提供するサービスにふさわしい単価】	・国が示す単価を下回る単価で市町村が規定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下)※ 【国が示す単価を踏まえたと専門職が提供するサービスにふさわしい単価】	・国が示す単価を下回る単価で市町村が規定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下)※ 【国が示す単価を踏まえたと専門職が提供するサービスにふさわしい単価】	なし	なし	なし	
⑨ 利用者負担額(利用料)	・介護給付の利用者負担割合(1割、一定以上所得の利用者には2割) 等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)	・介護給付の利用者負担割合(1割、一定以上所得の利用者には2割) 等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)	市町村が適切に設定	市町村が適切に設定	市町村が適切に設定	市町村が適切に設定	
⑩ 限度額管理の青庫方法	限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	なし	なし	なし	
⑪ 事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払	事業者指定 事業者指定 事業者指定	事業者指定 事業者指定 事業者指定	事業者指定 事業者指定 事業者指定	事業者指定 事業者指定 事業者指定	
⑫ サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	通所介護事業者の従事者	主に雇用されている労働者+ボランティア(NPO、民間事業者、協同組合等)	ボランティア主体	ボランティア主体	ボランティア主体	
⑬ 備考	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	

⑥一般介護予防事業(関連するもの)

事業		一般介護予防事業	
サービス種別	地域介護予防活動 支援事業(通いの場開設)	地域リハビリテーション 活動支援事業	
① サービス内容	介護予防に資する住居運営の通いの場(個人活動室の活動・地域活動等)を通じて日中の居場所づくり・交流会、サロン等	リハビリテーション専門職等が、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援する	
② 対象者となるケースとサービス提供の考え方	〇主に日常生活に支障のない者であって、通いの場に行くことにより介護予防が図込まれるケース	一	(※対象者個人へのサービス提供ではない)
③ 事業の実施方法	委託/運営費補助 /その他補助や助成		直接実施/委託
④ ケアマネジメント	なし ※サービス事業のケアマネジメントによりつなげることもあり		(総合相談やサービス事業のケアマネジメントによりつなげる)
⑤ 市町村の負担方法	人数等に依りて月・年ごとの包括払い/運営のための間接経費を補助/家賃、光熱水費、年定額等		直接負担/人数等に依りて月・年ごとの包括払い
⑥ 基準	地域の実情に合わせて市町村が規定		地域の実情に合わせて市町村が規定
⑦ 個別サービス計画	なし		なし
⑧ 原価等【算価金額の目安】	なし		なし
⑨ 利用者負担額(利用料)	市町村が適切に設定・補助の場合は、サービス提供主体が設定することも可		なし
⑩ 限価管理の有無・方法	なし		なし
⑪ 事業者への支払い方法	事業者へ直接支払		事業者へ直接支払
⑫ 想定されるサービス提供者(例)	地域住民主体		リハビリテーション専門職等【理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等】 (市町村、委託事業者)
⑬ 備考	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用費負担) ※通いの場には、障害者や子どもなども加わることができる。(共生型)		

◎生活支援サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準	多様なサービス	市場で提供されるサービス
サービス種別	配食サービス	
① サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> 栄養改善を目的とする配食 栄養バランスのとれた食事の提供 治療食の提供 一人暮らし高齢者などで見守りを兼ねる配食 対面で話すことで安否の確認 他者との交流 	<ul style="list-style-type: none"> 配食 業務上での見守り、異変に気づいたときの通報
② 対象者となるケースとサービス提供の考え方	<p>※まず市場におけるサービス提供の前提として、市場では提供されないサービスを提供するもの。</p> <p>【対象となるケース】 (栄養改善を目的とする配食) ・提供がローリーが少ない、栄養の偏りが見られる。 ・認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、調理に支障あり。 (見守りを兼ねる配食) ・独居及び高齢者のみ世帯(近隣に家族等の支援者がいない)、同居家族が支援に必要な高齢者、障害者等の世帯。 ・認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、外出に支障あり。 ・閉じこもり傾向にあり、安否の確認がとりづらい。</p>	※利用者により選択
③ 事業の実施方法	事業者指定/委託/運営費補助/その他補助や助成	
④ ケアマネジメント	初回のケアマネジメントのみ	
⑤ 市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い、月・年ごとの一括払い、一部補助 ※市町村は負担金として支払う	
⑥ 基準	地域の実情に合わせて市町村が規定	
⑦ 個別サービス計画	任意	
⑧ 単価等【単価設定の目安】	市町村が適切に設定※	
⑨ 利用者負担額(利用料)	補助の場合は提供主体が設定することも可	
⑩ 限度額管理	なし	
⑪ 事業者への支払い方法	国保連経由で業者・支払/事業者への直接支払	
⑫ 想定されるサービス提供者(例)	NPO、民間事業者、協同組合、社会福祉法人等	民間事業者 (配食事業者、新聞、乳酸飲料等の配達事業者、電気、水道事業者等)
⑬ 備考	※食材料料費などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	