



令和6年度の介護予防・ 日常生活支援総合事業について

健康医療部 長寿介護課

1. 相談票について
2. 事業対象者について
3. 指定事業所によるサービスの報酬について



1.相談票について

- 介護予防・生活支援サービス事業を初めて利用する方に関して、提出いただいていた相談票を令和6年4月から提出不要とします。
- 介護予防ケアプランの質を向上するため、生活課題アセスメントシート(仮)を作成中です。



2.事業対象者について

①利用可能なサービスの変更

	事業対象者	要支援者
通所型サービスC（リハトレ）	○	○
訪問型サービスC（栄養）	○	○
通所型サービスB（コミデイ）	× ※1 ※2	○
栄養改善型配食	× ※1 ※2	○
通所介護相当サービス	× ※2	○
訪問介護相当サービス	× ※2	○
訪問型サービスA	× ※2	○
訪問型サービスB	× ※2	○

※1「通所Cまたは訪問C」の「利用中または利用後（有効期間内）」は事業対象者でも利用可能



2.事業対象者について

①利用可能なサービスの変更

※2

事業対象者が要介護認定申請を行い、暫定プランによりサービスを利用する場合は利用可能。認定結果が非該当だった場合に認定日の前日までは事業対象者として取り扱います。

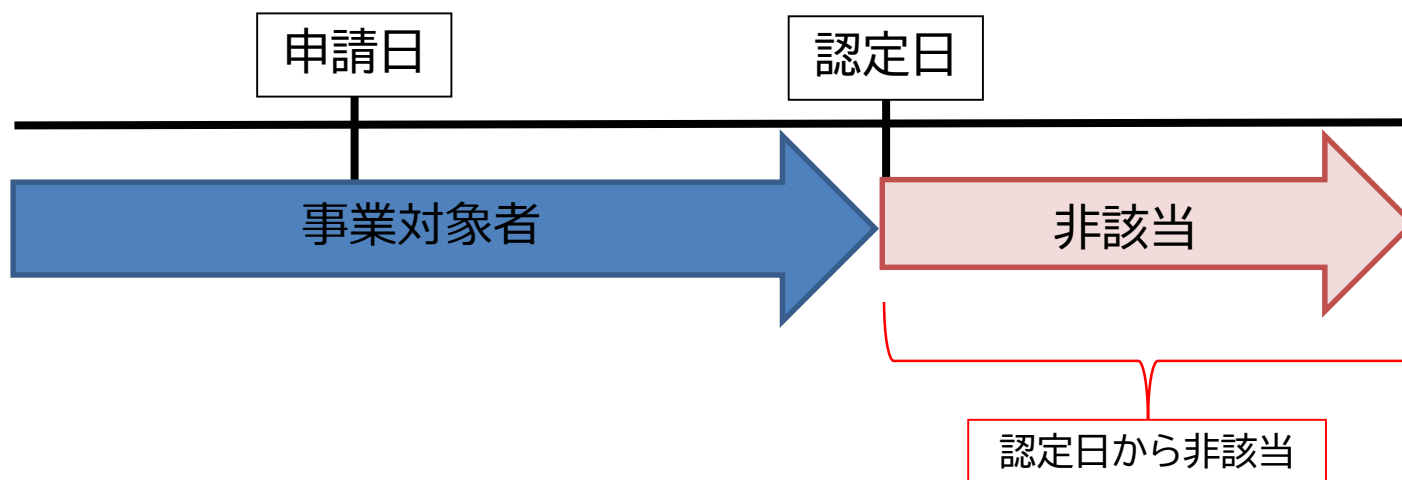
ただし、福祉用具貸与や訪問看護などの給付サービスも併せて利用した場合、通所型サービスC事業所などに市から利用料を支払えない場合がありますので、認定結果が出るまでは給付サービスを原則として利用しないようお願いします。（参考資料有）



②有効期間の設定

- 令和6年4月1日から事業対象者の有効期間を12か月とします。
- 事業対象者が要介護認定申請を行い、非該当の結果が出た場合。
→事業対象者の決定は取り消されますが、申請日に遡っての取り消しではなく、認定日から取り消しとします。

※認定日の前日までが事業対象者ということです。



2.事業対象者について

③補足事項(1)

- 令和6年4月以前から事業対象者の方は有効期間を令和7年3月31日までとします。

→新たな有効期間を記載した被保険者証と案内文を送付します。
(4月予定)

→令和6年4月以前に事業対象者と決定されている方のみ、令和7年3月31日までは全てのサービスの利用が可能です。

→ケアマネジャーの皆様は有効期間以降も継続してサービスが必要な場合は要介護認定申請を行ってください。



2.事業対象者について

③補足事項(2)

事業対象者アセスメントシート

記入日	年 月 日 ()		
フリガナ			
本人氏名	男・女	年 月 日生 (歳)	
住所	茨木市	電話	
利用するサービス (○をつける)	通所型サービスC	訪問型サービスC	

A 下記疾患の該当有無(該当する場合☑をつける)

<input type="checkbox"/> 精神疾患	<input type="checkbox"/> がん末期	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 認知症
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

※1つでも該当の場合、介護申請を検討

B 健康状態

かかりつけ医の有無	あり	なし	医療機関名	
これまでにかかった病気				
1 この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか	はい	いいえ		
2 かかりつけの医師等から、運動を含む日常生活を制限されていますか	はい	いいえ		
3 この6か月以内に心臓発作または脳血管障害を起こしましたか	はい	いいえ		
4 重い高血圧(180/110以上)がありますか	はい	いいえ		わからない
5 糖尿病で目が見えにくかったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか	はい	いいえ		わからない
6 この1年間で心電図に異常があるといわれましたか	はい	いいえ		わからない
7 家事や買物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか	はい	いいえ		わからない
8 この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか	はい	いいえ		わからない
1~8のうち1つでも「はい」「わからない」に該当の場合、かかりつけ医への医学的注意事項の確認について	あり	なし		

C サービスC利用目標(取り戻したい元の生活、または、望む暮らし)

--

D 担当者

<input type="checkbox"/> ①地域包括支援センター(直)	地域包括支援センター名
<input type="checkbox"/> ②地域包括支援センター(委託)	担当者名
(該当するものに☑をつける)	居宅介護支援事業所名(左記②に該当の場合)
	担当者名

茨木市独自様式

- 事業対象者の届出には事業対象者アセスメントシートの**提出が必要**。

→利用者が通所C/訪問Cを利用できる状態像の方が包括・ケアマネジャーは確認。

→市は事業対象者の決定の判断資料に用いる。



3.指定事業所によるサービスの報酬について

①訪問介護相当サービス

- 単位数を国の定める基準を参照し、変更します。
- 回数払いの単位数を統一します。
- 高齢者虐待防止未実施減算、同一建物減算2・3、口腔連携強化加算を追加します。

※「介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」(令和3年厚生労働省告示第七十二号)の一部改正を参照してください。



3.指定事業所によるサービスの報酬について

②通所介護相当サービス

- 単位数を国の定める基準を参照し、変更します。
- 高齢者虐待防止未実施減算、業務継続計画未実施減算、同一建物減算3、送迎減算、一体的サービス提供加算を追加します。
- 運動器機能向上可算、複数サービス実施加算、事業所評価加算、生活機能向上連携加算Ⅱ2を廃止します。

※「介護保険法施行規則第四百十条の六十三の二第一項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準」(令和3年厚生労働省告示第七十二号)の一部改正を参照してください。



3.指定事業所によるサービスの報酬について

③訪問型サービスA

- 基本報酬の単位を訪問介護(生活援助中心型45分以上)を参照し、**220単位**に変更します。
- 従事者の報酬の増額に資するための**訪問型サービスAベースアップ加算**を新設します。サービス提供1回ごとに基本報酬と合わせて5単位を算定できます。



重要

「視聴後アンケート」について

今後のより良い運営に活かすため、「視聴後アンケート」の回答に、ご協力よろしく申し上げます。(〃切R6.4.30)



茨木市 健康医療部 長寿介護課