

## 蟹江町第一号通所介護事業「通所型サービス」の基準

| 類型           | 現行サービス相当  | A(基準緩和型)   | B(住民主体型)  |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
|--------------|---|--|---|-----|----------|-----|----------|---|--|------|-----|----------|-----|----------|-------------|
| 事業主体         | 指定通所介護事業所   | 指定通所介護事業所  | 各事業所、団体等に委託                                     |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| サービス対象者      | 要支援認定   | 要支援認定<br>基本チェックリスト該当者  | 要支援認定<br>基本チェックリスト該当者<br>(一般高齢者も利用可能)           |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 介護予防ケアマネジメント | ケアマネジメントA(従来と同様)  | ケアマネジメントA(従来と同様)   | ケアマネジメントC(初回のみ)のケアマネジメント、モニタリング実施)              |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 提供するサービス内容   | 送迎、レクリエーション、入浴、機能訓練、レスパイト等<br>(現行の介護予防通所介護サービスと同様)  | 送迎、レクリエーション、入浴、機能訓練、レスパイト等<br>(緩和した基準により介護予防通所介護サービスを提供)   | 高齢者の交流の場及び介護予防、認知症予防に関すること<br>運動機能向上は積極的に実施すること |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| サービス提供の頻度    | ケアプランに基づき決定(週1~2回を想定)   | ケアプランに基づき決定(週1~2回を想定)  | 月1回以上の頻度<br>週1回以上が望ましい                          |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 事業所の指定/委託    | 事業所指定   | 事業所指定/委託   | 委託 助成   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| サービスを提供する場所  | 現行の介護予防通所介護事業所  | 現行の介護予防通所介護事業所/委託事業所   | 委託事業所、住民組織等が設置する場所                              |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 設備基準等        | ①食堂・機能訓練(3㎡×定員利用)<br>②静養室、相談室、事務室<br>③消化設備その他非常災害に必要な設備<br>④必要なその他の設備・備品  | ①食堂・機能訓練(2.5㎡×定員利用)<br>②静養室、相談室、事務室<br>③消化設備その他非常災害に必要な設備<br>④必要なその他の設備・備品<br>●一体型<br>*必ずしも場所を分ける必要はないが、プログラム内容を区分するなど、要介護者の処遇に影響がないように配慮する。 | 運営に必要な設備  |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 人員基準等        | ①管理者 常勤・専従1以上<br>②生活相談員 専従1以上<br>③看護職員 専従1以上<br>④介護職員 ~15人 専従1以上<br>15人~ 利用者1人に専従0.2以上<br>⑤機能訓練指導員 1以上  | ①管理者 専従1以上<br>②従事者 ~15人 専従1以上<br>15人~ 利用者1人に必要数<br>●一体型<br>*左記「介護予防通所事業」人員基準を満たすことに加え、通所型サービスA利用者の数に応じ必要な数                                   | 必要数の従事者   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 従事者の雇用形態     | 賃金労働者   | 賃金労働者  | ボランティア、コミュニティサービス提供者<br>(有償ボランティア)              |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 基本報酬額        | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額報酬</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回</td> <td>月1,647単位</td> </tr> <tr> <td>週2回</td> <td>月3,377単位</td> </tr> </tbody> </table> |  | 月額報酬  | 週1回 | 月1,647単位 | 週2回 | 月3,377単位 | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>月額報酬</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>週1回</td> <td>月1,317単位</td> </tr> <tr> <td>週2回</td> <td>月2,701単位</td> </tr> </tbody> </table> |  | 月額報酬 | 週1回 | 月1,317単位 | 週2回 | 月2,701単位 | 補助金 事業委託の検討 |
|              | 月額報酬  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 週1回          | 月1,647単位  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 週2回          | 月3,377単位  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
|              | 月額報酬  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 週1回          | 月1,317単位  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 週2回          | 月2,701単位  |  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 利用者負担        | 現行の介護予防通所介護事業所介護予防通所介護相当<br>1割、一定の所得以上のかたは2割  | 加算体系についても現行の8割<br>1割、一定の所得以上のかたは2割   | 利用料<br>無料若しくは実費負担                               |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 請求方法         | 国保連経由   | 国保連経由  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |
| 限度額管理の有無     | 検討中   | 検討中  |   |     |          |     |          |   |  |      |     |          |     |          |             |