

埼玉県老人福祉施設協議会会員 様
(通所介護事業を実施する会員様)

埼玉県福祉部地域包括ケア課長
(公印省略)

埼玉県「高齢者元気力アップ応援事業所」認証事業への御参加について (依頼)

介護保険制度の円滑な運営につきましては、日頃より格別な御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

介護保険サービスでは、利用者のおよそ3人に1人が通所介護を利用しています。比較的軽度者の利用も多く、高齢化が進展する中、高齢者の自立支援・重度化防止を促進するにあたっては、通所介護の担う役割はますます重要となっています。

こうしたことから、埼玉県では、通所介護事業所における自立支援・重度化防止の取組と利用者の要介護度の維持・改善の状況を評価し、一定の基準を満たした事業所を「高齢者元気力アップ応援事業所」として認証する事業を実施することといたしました。

参加申込書等につきましては、先日、各事業所様あて御案内しているところですが、申込が12月26日(水)までとなっており、たびたびの御連絡で恐縮ですが、当事業への参加につき、お早めに御検討いただきますよう改めてお願い申し上げます。

なお、既にお申し込みをいただいている事業所様におかれましては、再度の御連絡となったことを御容赦ください。

記

1 事業の概要

通所介護事業所の取組と利用者の要介護度の維持・改善の状況を評価し、一定の基準を満たした事業所を認証します。また、改善割合の高い事業所等を表彰します。

詳細は別添のパンフレット及び実施要綱等を御覧ください。

2 参加申込

参加申込書により、平成30年12月26日(水)までに、電子メール又はファックスで地域包括ケア課までお申し込みください。

3 事業の効果等

- ・ 事業への参加によって、各事業所の取組への社会的評価の機会となり、働く方のモチベーション向上につながるものと考えられます。
- ・ 認証事業所は、記者発表等のほか、県ホームページへの掲載やチラシ等を作成し、市町村やケアマネジャー等に配布するなど、県民・利用者への周知を図ります。
- ・ 通所介護に関するプロジェクトを実施している埼玉県立大学と連携した研修会に優先申込等できます。

■問い合わせ・申込先■ 地域包括ケア課 総務・介護保険担当 野口

電子メール a3250-09@pref.saitama.lg.jp

ファックス：048-830-4781 電話：048-830-3255

埼玉県『高齢者元気力アップ応援事業所』認証事業

高齢化が進展する中、自立支援・重度化防止のための質の高い介護サービスの促進が求められています。

介護保険サービスにおいては、およそ3人に1人が通所介護を利用しています。

そこで、埼玉県では、通所介護事業所の自立支援・重度化防止の取組と利用者の要介護度の維持・改善の状況进行评估し、優良な事業所を「高齢者元気力アップ応援事業所」として認証等する事業を、新たに実施することとしました。

認証を通じて、自立支援・重度化防止に向けたサービスが促進されるとともに、利用者のサービス選択に資することを期待しています。

趣旨を御理解いただき、多くの事業所の御参加をお待ちしております。

事業の概要

■ 対象 ■

指定通所介護事業所・指定認知症対応型通所介護事業所・指定地域密着型通所介護事業所

■ 参加基準 ■

評価期間中に以下の全ての基準を満たし、介護サービスを通じ利用者の自立支援等に取り組む

評価期間中に以下のいずれかの加算を算定（予定含む）

- ・個別機能訓練加算
- ・生活機能向上連携加算
- ・ADL維持等加算（届含む）

利用者の自立・重度化防止への努力を評価、奨励する取組を実施
（例）努力賞などの授与
連絡帳による評価

県指定のいずれかの研修を受講（過去に受講も可）

- ・キックオフ研修会
- ・認知症に関する研修
- ・埼玉県立大学の研修

■ 評価方法 ■

評価期間中の利用者（要支援者除く）の要介護度の維持・改善割合を評価

※要介護度の維持・改善割合 = 要介護度が維持・改善した者 ÷ 要介護認定を更新した者

介護レセプトにより
県が一括算出

■ 認証・表彰 ■

認証

要介護度の維持・改善割合が別に定める基準を上回る事業所を「高齢者元気力アップ応援事業」として認証

表彰

要介護度の改善割合が高い、効果的・ユニークな取組等の事業所を表彰等

認証事業所等には県から認証書等を交付し、県のホームページやチラシ等で広く県民に広報

■ 期間 ■

評価期間：平成31年(2019年)1月から平成31年(2019年)12月まで

認証期間：平成32年(2020年)4月から平成33年(2021年)3月まで

■ 効果等 ■

介護事業者 にとって

- ・事業所の状況を把握する機会となり、新たな取組や見直しにつながる
- ・社会的に評価されることが、職員のモチベーションの向上につながる
- ・認証事業所として利用者には選ばれる

利用者 にとって

- ・認証が事業所選びの参考になる
- ・介護サービスの質の向上につながる
- ・実績のあるサービスを受けてADLの維持・向上等につながる

「高齢者元気力アップ応援事業所」認証事業
キックオフ研修会

参加事業者の今後の取組に役立つよう「キックオフ研修会」を開催します。
研修会は、通所介護に関するプロジェクト「通所介護における生活行為の向上を視点とした
マネジメントに関する研究」を行っている埼玉県立大学と連携し実施します。
通所介護をめぐる最新の状況や知見を今後の取組に活かせるよう、ぜひ御参加ください。

- ◇日 時◇ 平成31年(2019年) 1月18日(金) 10:00~12:00
- ◆場 所◆ 埼玉県県民健康センター 大会議室(さいたま市)
- ◇内 容◇ 講演「今、デイサービスに求められること(仮題)」
(講師) 埼玉県立大学大学院/研究開発センター
川越 雅弘 教授
- ◆参加方法◆ 当事業の参加申込と同時に『参加申込書』により申し込む
(定員を超えた場合は抽選となります)

参加事業所は、
今後、県立大学が
行う研修に優先
申込できます

参加方法

参加を希望される事業所は『参加申込書』に必要事項を記入し、埼玉県地域包括ケア課に
電子メール又はファックスにより送付してください。
なお、参加申込書等の電子データは県ホームページで入手できます。

参加申込締切：平成30年(2018年)12月26日(水)

認証の
流れ

STEP1 参加申込書の提出

実施要綱等で参加基準、欠格条項を確認の上、
『参加申込書』に必要事項を記入し提出する。

STEP2 参加基準の達成

参加基準を未達成の場合は、評価期間(1月から
12月)中に基準を達成するよう手続きを進める。

STEP3 サービスの提供

評価期間中に、各事業所の特徴を活かしたサービス
を通じ利用者の状態の維持・改善に取り組む。

STEP4 基準確認票の提出

評価期間終了後に『基準確認票』を提出する。

維持・改善の割合は県がレセプトから一括算出するので、各事業所の事務はありません

STEP5 認証事業所の決定

認証の対象事業所に「高齢者元気力アップ応援事業
所」の認証書等が交付される。

■参加申込・お問い合わせ先■

埼玉県 福祉部 地域包括ケア課(総務・介護保険担当)

電子メール a3250-09@pref.saitama.lg.jp

FAX番号：048(830)4781 / 電話：048(830)3255

※事業の詳細は県ホームページで確認できます。

<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/youkaigodojikaizen/ninshou.html>

県ホームページQRコード



埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業実施要綱

(趣旨)

第1条 通所介護事業所における取組と利用者の要介護度の維持・改善の状況の評価することで、自立支援・重度化防止に向けたサービスの促進と利用者自身の取組の機運を高めることを目的とする。

(事業の内容)

第2条 県は、自立支援・重度化防止に取り組む通所介護事業所について、評価期間（毎年1月から12月の間。以下、同じ。）の利用者の要介護度の維持・改善の状況の評価し、優良な事業所を認証する。

2 認証する事業所のうち、特に優秀と認められる事業所については表彰するものとする。

(対象事業所)

第3条 事業の対象事業所は、介護保険法（平成9年12月17日法律第123123号）に基づき指定を受けた指定通所介護事業所、指定認知症対応型通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所であって次の基準の全てを満たす県内の事業所とする。

(1) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生労働省告示19号）及び指定地域密着型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126号）に定める以下のいずれかの加算を算定すること

ア 個別機能訓練加算を評価期間中に3月以上算定していること

イ 生活機能向上連携加算を評価期間中に3月以上算定していること

ウ ADL維持等加算を評価期間中に算定していること、又はADL維持加算（申出）の有無の届出を指定権者に行い、評価期間の属する年の翌年度にADL維持等加算の算定が可能とされること

(2) 利用者の自立・重度化防止に向けた努力を評価、奨励する取組を行っていること

(3) 別に定める県指定の研修のいずれかを評価期間中に受講するか、過去に受講していること

(参加の方法)

第4条 事業への参加を希望する事業所ごとに、参加申込書（様式1）を県に提出するものとする。

(欠格条項)

第5条 前条の規定にかかわらず、次に掲げる事項に該当する者（事業者又は事業所を言う。以下同じ）は、事業に参加することができない。

(1) 過去1年間に法令に抵触し、又は不適正な運営を行った者

(2) 過去5年間に不正請求や事件（虐待など）により行政処分又は刑事処分を受けた者

(3) 労働基準監督署からの是正勧告を受け、速やかに対応しなかった者

(4) 指定効力停止以上の行政処分を受けた者

(5) 社会保険・労働保険料に未納がある者

(6) 公序良俗に反する事業を行った者

(事業所の取組の促進)

第6条 参加申込書を提出した事業所（以下、参加事業所という。）は介護サービスを通じて、利用者の自立支援・重度化防止に取り組むものとする。

(参加基準の状況)

第7条 参加事業所は、評価期間終了後、毎年度、県が指定する期日までに参加基準確認票（様式2）を県に提出するものとする。

(評価の方法)

第8条 県は、評価期間終了後に参加事業所が第3条の基準を満たしていることを確認する。

2 前項により基準を満たすことが確認された参加事業所ごとに、以下の算定式により評価期間中における利用者の要介護度の維持・改善の割合を算出する。

評価期間中における利用者の要介護度の維持・改善の割合

=維持・改善者の人数÷更新者の人数

- (1) 上記表中の維持・改善者とは、下記(2)に定める更新者のうち要介護認定の更新結果が、更新前の要介護度と変わらない者及び改善(軽度変更)した者とする。
 - (2) 上記表中の更新者とは、当該事業所を3か月以上連続して利用している利用者(評価期間開始前からの利用も含み、かつ評価期間中に1日以上利用している者)のうち、評価期間中に要介護認定の更新申請(区分変更も含む、以下同じ。)をし、更新結果が評価期間の各月の介護給付費請求書等に反映された者(評価期間の最終月にあつては翌月の請求書等に反映された者)とする。
 - (3) 上記(1)及び(2)で定める維持・改善者及び更新者については、更新前の要介護度が要支援の者及び更新前の要介護度が要介護度5であつて更新結果が変わらない者は除く。
- 3 前項の維持・改善者、更新者の人数及び利用者の要介護度の維持・改善の割合については、事業所が介護報酬の審査・支払いのために埼玉県国民健康保険団体連合会に提出した介護給付費請求書等に基づき、県が算出する。

(認証)

第9条 県は、前条により算出した結果が別に定める基準を満たす事業所を「高齢者元気力アップ応援事業所」として認証するものとする。

2 認証の有効期間は、評価期間の翌年の4月から1年間とする。

3 認証事業所には、県から認証書等を交付する。

(表彰)

第10条 県は、前条により認証した事業所(以下、認証事業所という。)のうち、更新者のうちの要介護度が改善した者の割合が高いなど顕著な実績をあげた事業所を表彰する。

2 前項の表彰の基準等については別に定める。

(認証事業所の広報等)

第11条 県は、介護保険サービスを通じた自立・重度化防止の取組の機運を高めるため、認証事業所等の協力を得て、広く県民に情報を提供する。

(認証等の取消)

第12条 県は、事業者又は認証事業所等が次に掲げる各号のいずれかに該当する場合には、認証及び表彰を取り消すことができる。

(1) 第5条の欠格条項に該当するとき。

(2) 提出された書類等に虚偽の記載があつたことが判明したとき。

(3) その他、認証の継続が適切でないと判断されるとき。

(定めのない事項)

第13条 この要綱に定めのない事項については、その都度、別に定める。

附則 この要綱は、平成30年11月1日から施行する。

埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業

参加申込書

法人名	
代表者名	
住所	
電話番号	

埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業に参加したいので、以下のとおり参加申込書を提出します。

なお、当事業所及び運営する法人は、埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業実施要綱第5条に定める欠格条項には該当しません。

1 事業所名等			
通所介護事業所名			
所在地	〒		
事業所番号			
担当者名	役職等	氏名	
連絡先	電話番号	()	
	FAX番号	()	
	電子メール	@	
2 事業所の利用状況 (選択肢から該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください)			
事業所規模	<input type="checkbox"/> 通常規模型 <input type="checkbox"/> 大規模型 (I・II) <input type="checkbox"/> 地域密着型		
一月あたりの利用者数 (平成30年10月の状況)	利用定員	人	実人数
			人
			延人数
			人
3 参加基準の達成状況 (選択肢から該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください)			
(1) 加算の状況 (平成30年10月の状況)	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 算定有 <input type="checkbox"/> 算定予定 (年 月)	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 算定有 <input type="checkbox"/> 算定予定 (年 月)	
	ADL維持等加算	<input type="checkbox"/> 算定有 (30年度) <input type="checkbox"/> 加算(申出)の有無の届出有 (31年度加算対象) <input type="checkbox"/> 加算(申出)の有無の届出予定 (32年度加算対象)	
(2) 利用者の自立に向けた努力を評価、奨励する取組 (今後、実施予定も含む。)			
(取組の概要を簡潔に記載ください。別紙等を添付でも可)			

