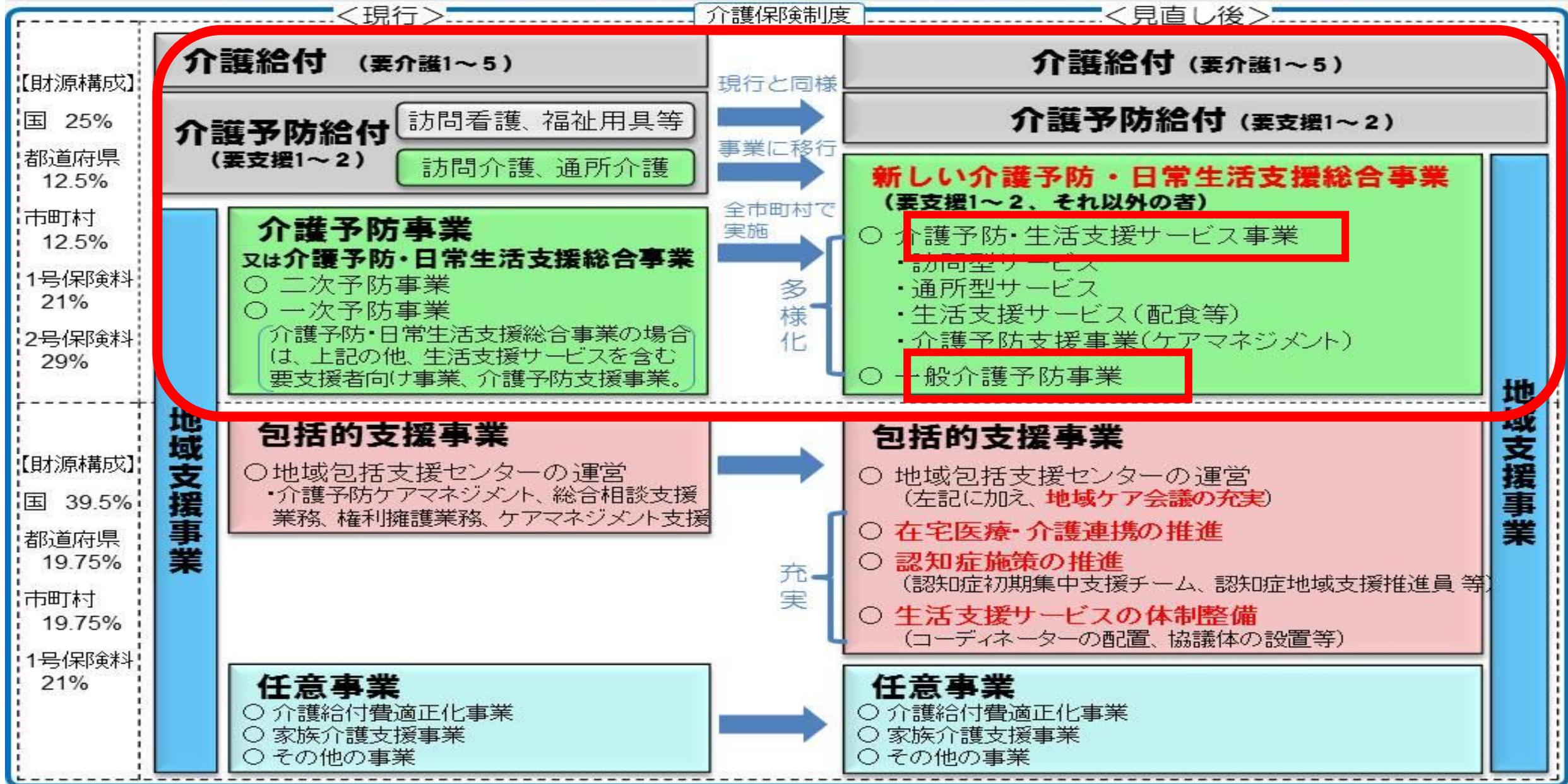


- 介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成
- 総合事業への移行スケジュール
- 桐生市の介護予防・日常生活支援総合事業
- 桐生市における総合事業導入後の介護サービスの利用の流れ
- 基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書
- 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書
- 介護予防ケアマネジメント
- 介護予防ケアマネジメントの類型

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



訪問介護・通所介護のみを利用している人の総合事業への移行スケジュール

更新申請またはチェックリストをして、引き続き要支援(事業対象者)の認定を受けた場合



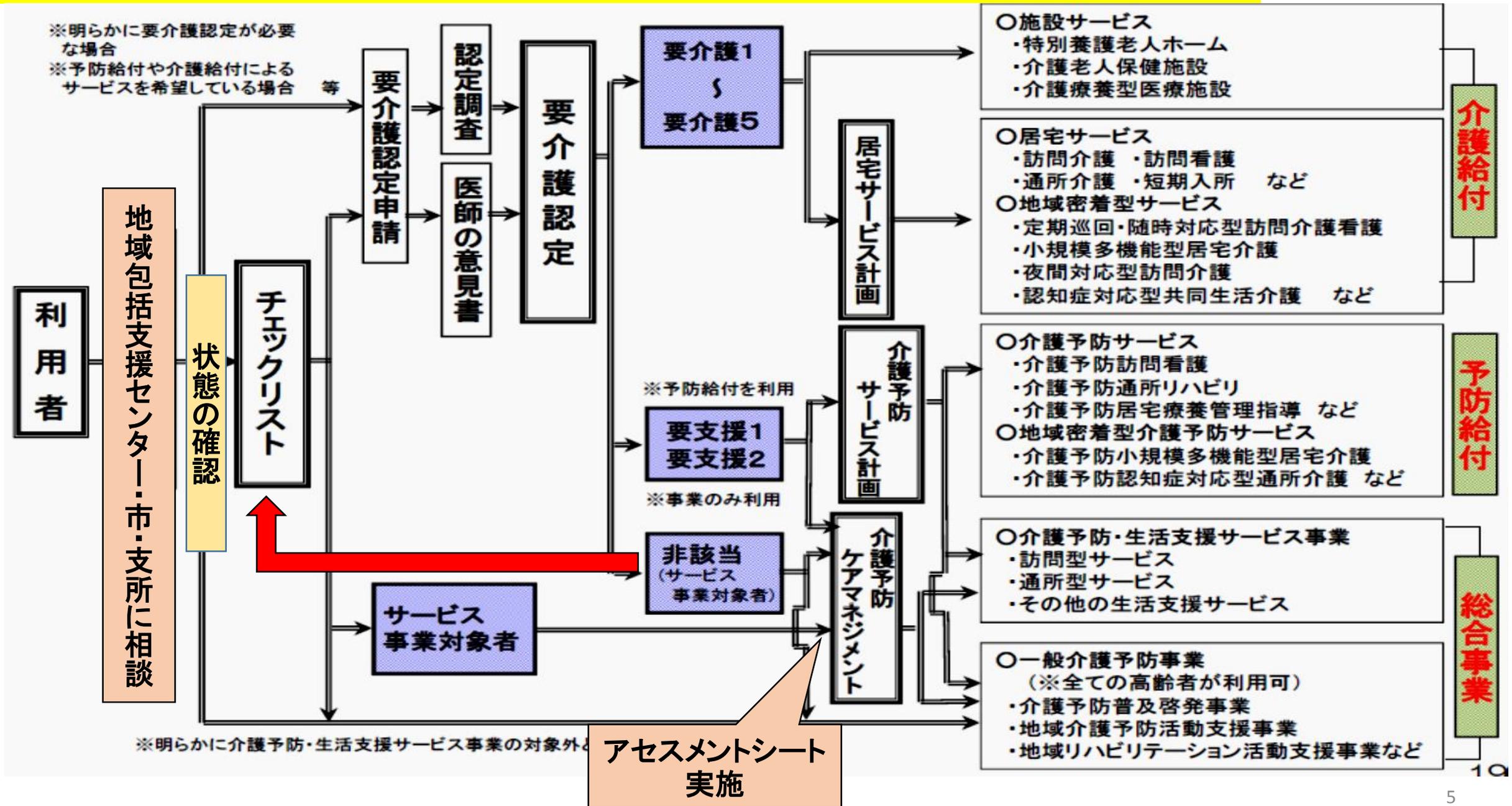
桐生市の介護予防・日常生活支援総合事業

● 現行のサービスを移行

基準	現行の訪問介護相当	現行の通所介護相当
サービス種別	訪問介護	通所介護
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	通所介護と同様サービス 生活機能向上のための機能訓練
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○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なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)・認知機能低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者等 ※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 	<ul style="list-style-type: none"> ○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで、改善・維持が見込まれるケース ※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。
実施方法	事業者指定	
基準	予防給付の基準を基本	
サービス提供者(例)	訪問介護員(介護予防訪問介護事業者)	介護予防通所介護事業者の従事者

- 平成28年10月～
通所型サービスCを導入予定
専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で実施。
- 平成28年度
多様なサービスを検証
訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービス
について検証を行い、H29年度実施に向ける。

●桐生市における総合事業導入後の介護サービス利用の流れ



基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書

受付 No	
-------	--

受付日	平成 年 月 日	受付場所	
担当地域包括支援センター		担当者名	

1 対象者

フリガナ	被保険者番号		
氏名	性別	男・女	生年月日
			T S . . . (歳)
住所	電話番号		—
日中連絡のつく人	電話番号		—
	要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	有効期間
	利用サービス	TEL —	
現在の状況	居宅介護支援事業所	自宅・施設 ()・その他 ()	
	生活場所	入院中 ()	退院予定： 年 月 日
本人の状態			

2 相談者

フリガナ		本人との関係	
氏名		電話番号	—
住所		電話番号	—
相談理由			

サービスを利用するのにあたり、基本チェックリスト及び確認シートの実施を依頼します。また、介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト、確認シート及び利用者基本情報を市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに對し同意します。

氏名 _____ 印

代理人 _____ 印 本人との関係 _____

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書

		<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書	区分
		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書	新規・変更
被保険者氏名			
被保険者番号			
フリガナ			
生年月日		性別	
明・大・昭 年 月 日		男 ・ 女	
介護予防サービス計画の作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者			
介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更) する地域包括支援センター			
介護予防支援事業者名		介護予防支援事業所の所在地	
地域包括支援センター名		〒 _____	
事業所番号			
電話番号		(_____) _____	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者			
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。		居宅介護支援事業所の所在地	
〒 _____		_____	
事業所番号			
電話番号		(_____) _____	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合や基本チェックリスト実施日と事業		変更年月日	
開始日が異なる場合記入してください。		(_____ 年 _____ 月 _____ 日付)	
(あて先) 桐生市長			
上記の介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
年 月 日		住 所	
被保険者 氏名		電話番号 (_____) _____	
被保険者資格		事業対象者入力日	
<input type="checkbox"/> 被保険者資格		/	
<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 番号			
(注意)			
1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに桐生市へ提出してください。			
2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず桐生市へ届け出てください。			
届出がない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。			
3 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ詠出してください。			

介護予防ケアマネジメント

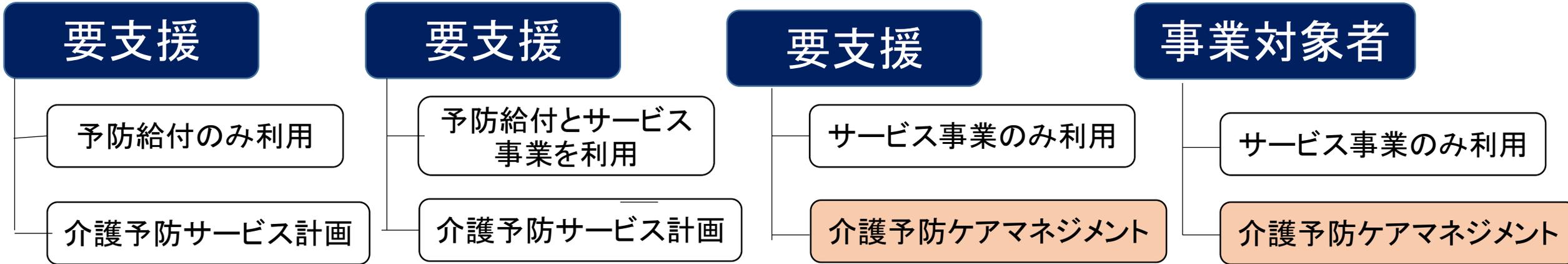
●介護予防ケアマネジメントとは

介護予防と自立支援を目的として、利用者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、サービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から必要な援助を行う。

●介護予防ケアマネジメントの実施

利用者本人の住所地を担当する地域包括支援センターが実施
(指定居宅介護支援事業所に一部委託して実施)

●介護予防サービス計画と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類型

ケアマネジメントのプロセス	①原則的な介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA)	②簡略化した介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントB)	③初回のみ介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC)
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC,通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・①または③以外のケースで、ケアマネジメントの課程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案(結果案)作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	必要時	
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付	○	○	
利用するサービス提供者等への説明送付			○
サービス利用開始			
モニタリング	○(3か月)	○(適宜)	必要時