

## 桐生市における介護予防・日常生活支援総合事業について

### 《介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の構成》

資料2の1ページを参照。

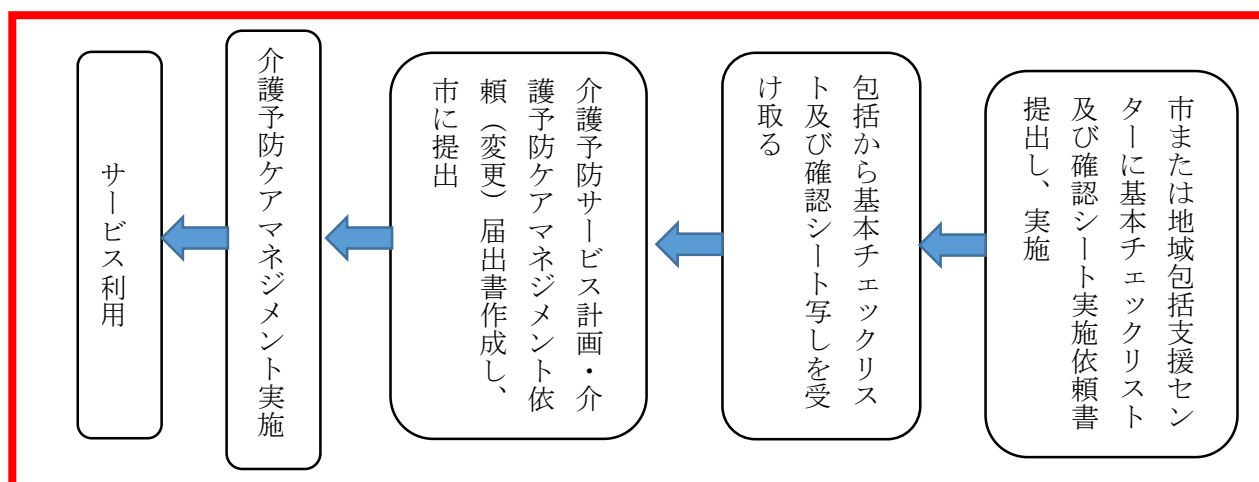
### 《介護予防・日常生活支援総合事業》

- 1 事業の開始日 平成28年4月1日（基本チェックリスト開始）
- 2 対象者（介護保険法施行規則第140条の62の4）
  - （1）居宅要支援者（要支援認定を受けた要支援者であって、居宅において支援を受ける者）
  - （2）基本チェックリストの基準に該当した第1号被保険者  
⇒「基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書」の提出により、市または地域包括支援センター職員が基本チェックリストを実施し、該当となった者
- 3 予防給付から総合事業への移行時期について  
更新者の認定有効期間の満了する翌月初日のサービス利用が平成28年5月以降になる者から総合事業へ移行する。  
（資料2の2ページのとおり）
- 4 介護予防・生活支援サービスについて  
介護予防訪問介護 ⇒ 介護予防訪問介護相当サービス  
介護予防通所介護 ⇒ 介護予防通所介護相当サービス  
※現行移行。

### 《介護予防・日常生活支援総合事業導入後のサービス利用の流れ》

※資料2の3ページ「桐生市の介護予防・日常生活支援総合事業の流れ」参照

- 1 介護予防・生活支援サービス希望者への対応  
希望者から希望するサービスや希望者の心身の状況を聞き取る。
- 2 状況別の介護予防・生活支援サービス利用の流れ
  - （1）・新規で介護予防・生活支援サービスを利用する。  
・認定申請したが非該当、介護予防・生活支援サービスのみを利用する。



- ①市または地域包括支援センターに「基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書」を提出する。
- ②市または地域包括支援センターが「基本チェックリスト」を実施し、該当項目について「確認シート」を実施した結果、「事業対象者」に決定。
- ③包括から基本チェックリスト及び確認シートの写しを受け取る。
- ④「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」を作成し、市に提出。
- ⑤「アセスメントシート」を実施し、介護予防サービス計画を作成する。

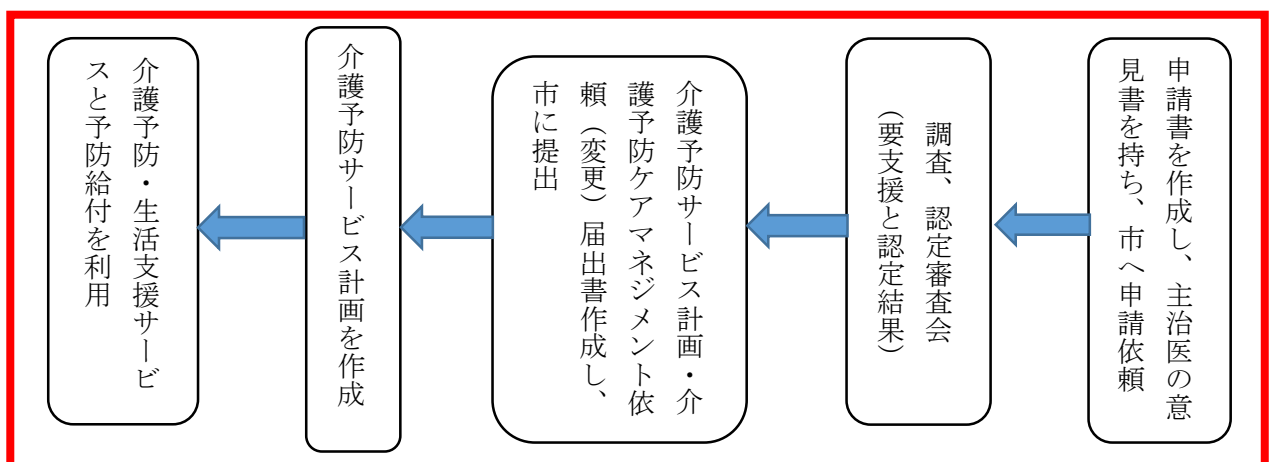
(2)・要支援者が、予防給付（住宅改修、福祉用具貸与、通所リハビリテーション等）のみを利用する。

- ・要支援者が、介護予防・生活支援サービスと予防給付を利用する。

\*この場合は、従来の流れとなる。

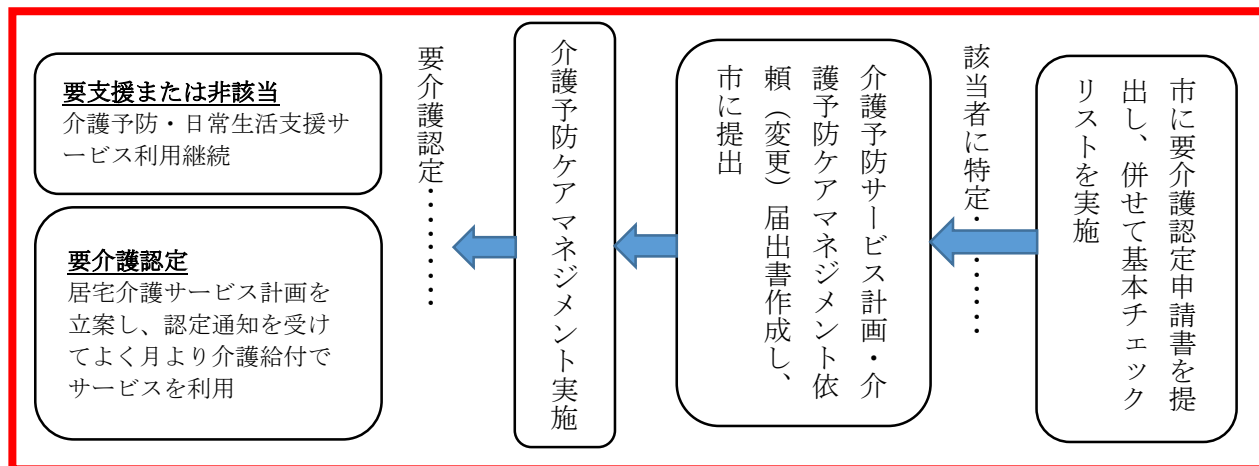
(3)・新規で予防給付のみを利用する。

- ・新規で介護予防・生活支援サービスと予防給付を利用する。



- ①認定申請書作成し、主治医意見書を併せ市または地域包括支援センターへ申請する。
- ②認定調査後に認定審査会を経て、要支援者と認定。
- ③「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」を作成し、市に提出。
- ④必要に応じて「認定調査結果」「主治医意見書」を元に「アセスメントシート」を実施し、状況に応じた介護予防サービス計画を作成し、サービスを利用する。

(4)・新規申請で、認定結果が出ないまま介護予防・生活支援サービスを利用する。  
(要介護認定申請等と併せて基本チェックリストを実施する。)



- ①介護認定申請と並行し、基本チェックリストを実施。
- ②基本チェックリストで該当になったら、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を作成し、市に提出。
- ③介護予防ケアマネジメントを実施し、要介護認定結果が出るまで介護予防・生活支援サービスを利用する。
- ④認定結果が要支援または非該当ならば、そのまま介護予防・生活支援サービスを利用する。
- ⑤認定結果が要介護ならば、必要に応じて「認定調査結果」「主治医意見書」を元に居宅サービス計画を立案し、認定通知を受け、居宅サービス計画作成依頼届出書を介護管理給付係に提出し、介護給付でサービスを受ける。

基本チェックリストの結果が「事業対象者」の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービスを利用することができる。

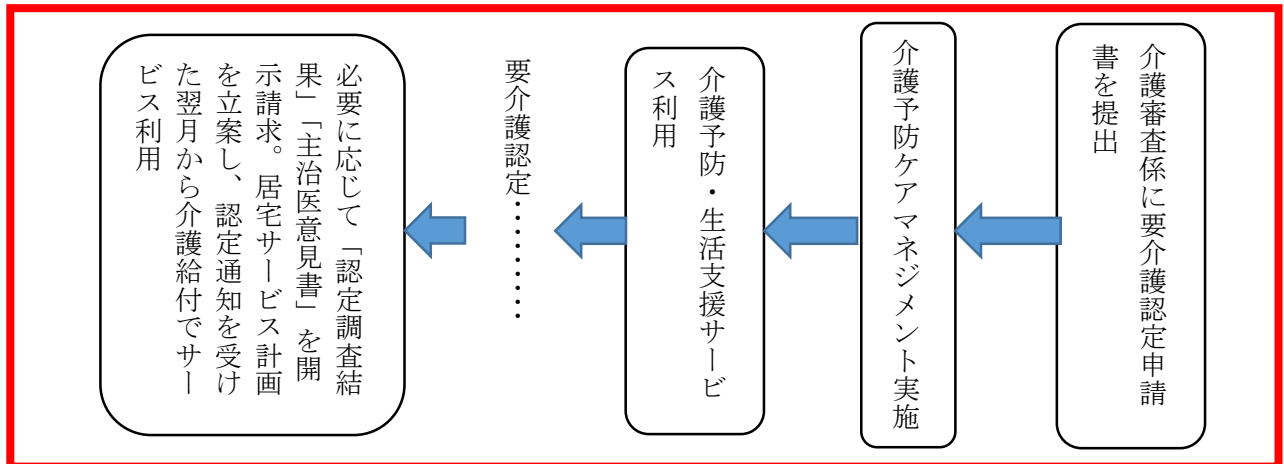


その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合・・・

介護給付サービスの利用を開始するまでの間、介護予防・生活支援サービスによるサービスの利用を継続することができる。

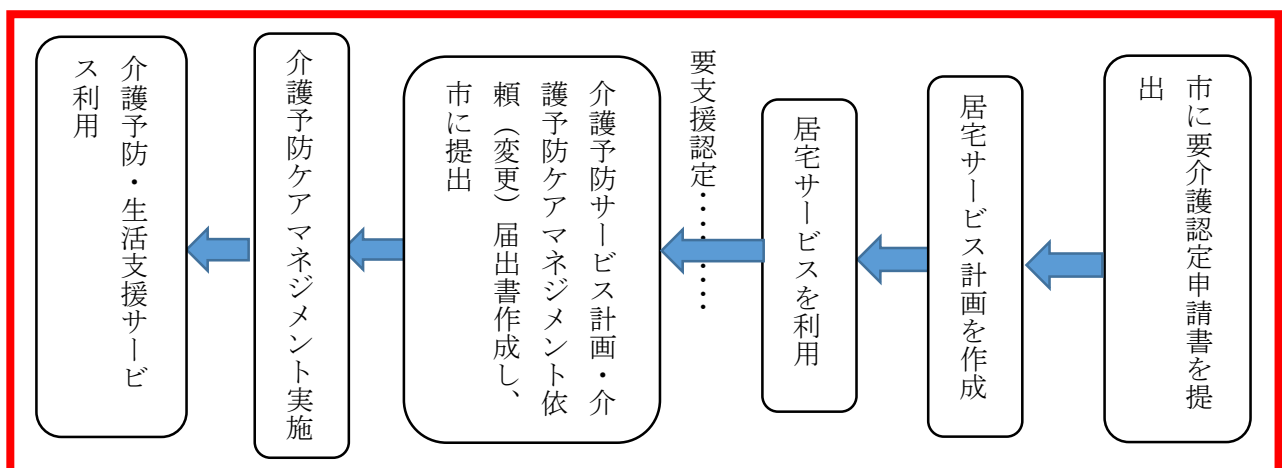
なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して介護予防・生活支援サービス事業を利用することはできない。

(5)・更新申請で認定有効期間満了日までに認定結果が出ずに、訪問介護と通所介護のみを利用する。(認定結果が要支援から要介護になった)



- ①介護認定申請と並行し、介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ②要介護認定の結果が出るまで、介護予防・生活支援サービスを受ける。
- ③認定結果が要支援ではなく、「要介護」になったため、認定通知を受けて居宅サービス計画作成依頼届出書を介護管理給付係に提出し、必要に応じて「認定調査結果」「主治医意見書」を開示請求し、居宅サービス計画（サービス計画の作成開始日は当月1日付で作成）を立案する。
- ④介護給付でサービスを受ける。

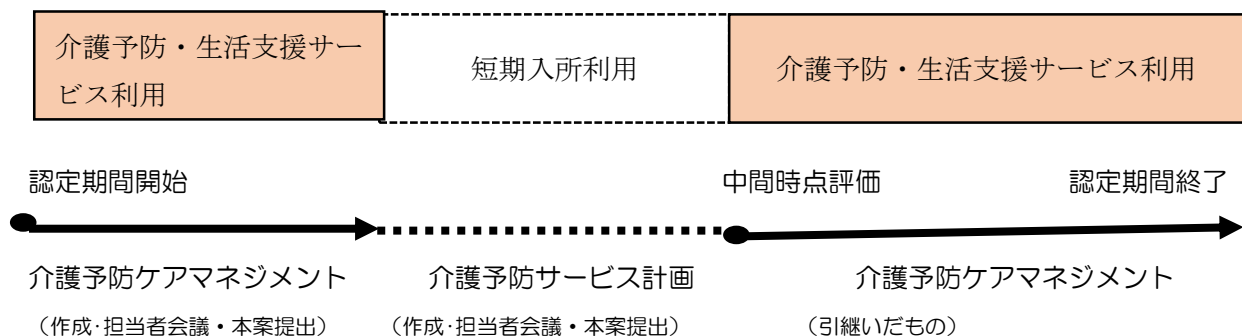
(6)・更新申請で認定有効期間の満了日までに結果がでずに、訪問介護と通所介護のみを利用する。(認定結果が要介護から要支援になった)



- ①介護審査係へ要介護認定申請書を提出し、居宅サービス計画を作成し居宅サービスを受ける。
- ②認定結果が要介護ではなく、「要支援」になたため、市に「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」を提出し、介護予防ケアマネジメントを実施。
- ③必要に応じて、「認定調査結果」「主治医意見書」「アセスメントシート」を元に介護予防ケアマネジメントを実施し、介護予防・生活支援サービスを利用。
- ⑤地域包括支援センターへ、介護予防ケアマネジメント費を請求。

## 《介護予防・生活支援サービスの開始に伴い、注意が必要な事例》

1) 要支援者が介護予防・生活支援サービスを利用し、介護予防短期入所生活介護を利用する。



- (1) 市に「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」を提出。
- (2) 介護予防ケアマネジメントを実施。介護予防・生活支援サービスを受け、プラン作成料は、介護予防ケアマネジメント費で請求。
- (3) 介護予防短期入所生活介護を利用する前に、介護予防サービス計画を立案し、担当者会議を開催。サービス利用が終了した翌月には、状態に大きな変化がなければ、当初に立案した介護予防ケアマネジメントに引継ぐことを、本人・家族・サービス事業者等と確認し、合意をもらったうえで本案を提出。その内容については、「サービス担当者会議の要点」に明記。  
予防給付のサービスを受け、プラン作成料は介護予防支援費で請求。
- (4) 介護予防短期入所生活介護の利用を終了した翌月からは、当初に立案した介護ケアマネジメントにより介護予防・生活支援サービスを受け、プラン作成料は介護予防マネジメント費で請求。

2) 要支援の人で、介護予防訪問介護、介護予防訪問看護を利用している。入院等不測の事態のため、結果的に介護予防訪問看護の利用がなかった月の取扱いについて

介護予防サービス計画に、訪問看護が位置づけられており、不測の事態により予防給付にかかるサービスの利用がなかった場合は、介護予防サービス計画のまま、サービス利用ができる。プラン作成料は、介護予防ケアマネジメント費で請求。

3) 事業対象者が市外のサービス事業者の利用を希望する

桐生市の利用者が市外の事業者を利用する場合は、介護予防・生活支援サービスでサービスを利用する。

## 《介護予防ケアマネジメントの実施について》

### 1 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、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、利用者（※1）自らの選択に基づき、サービス（※2）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。

※1 要支援者及び基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当した者  
（事業対象者）

※2 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等

●利用者の状態や希望するサービスを踏まえ、以下のような種類の介護予防ケアマネジメントが行われる。

- ・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）
- ・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）
- ・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）

### 2 基本的な考え方

●介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても、状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、**高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるように支援するもの。**

●高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果的に介護予防に繋がるという視点からも、利用者の困りごとに対し、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に繋がるよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である。

●ケアマネジメントの中で、高齢者自身が目標をたて、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後はより自立へ向けたステップに移っていく。

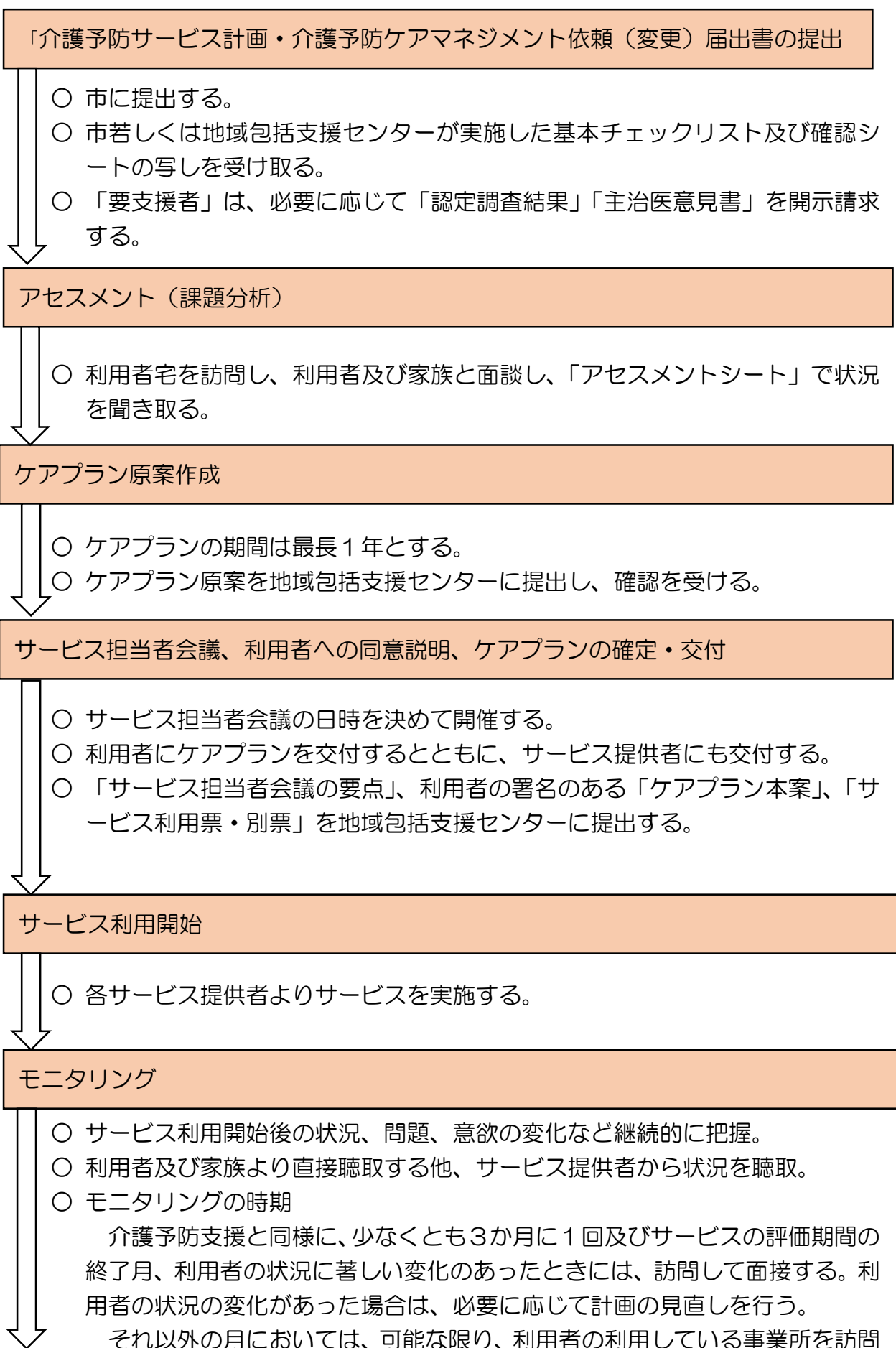
●介護予防は終わりのない取り組みであり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのため、事業の利用だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援に繋げる必要がある。

### 3 介護予防ケアマネジメントの実施主体

●対象者が居住する住所地を担当する地域包括支援センターにおいて実施。

●地域包括支援センターが、業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員により実施することもできる。

#### 4 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）の実施手順



する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者と連絡をとる。

- モニタリングの記録を「モニタリング評価表」（※桐生市様式）に記載する。

### 中間評価

- 6か月を超えない期間で評価する。
- 評価の視点
  - ① ケアプラン自体の評価
    - ・ 根拠のあるケアプランであったか
    - ・ ケアプランが有効に作用したか
  - ② サービスの評価
    - ・ ケアプランに沿ったサービス提供がされていたか
  - ③ 利用者の評価
    - ・ 生活機能の向上が図れたか
    - ・ 目標とする生活にどれだけ近づいたか
- 評価結果は、「モニタリング評価表」に記録し、地域包括支援センターに提出する。
- 地域包括支援センターが確認のサインをしたものの写しを受け取る。

### 期間終了評価

- ケアプラン期間終了時、プランの目標が達成されたかを評価し、サービス量やサービス内容を含めて今後の方針を検討する。
- 中間評価にある評価の視点を参考とする。
- 評価結果は、「モニタリング評価表」に記録し、地域包括支援センターに提出する。
- 地域包括支援センターが確認のサインをしたものの写しを受け取る。

### 《区分支給限度額》

認定区分	要支援認定者		事業対象者
	要支援1	要支援2	
支給限度額	5,003 単位	10,473 単位	5,003 単位
備考	予防給付と組み合わせて利用可。		総合事業のみ利用