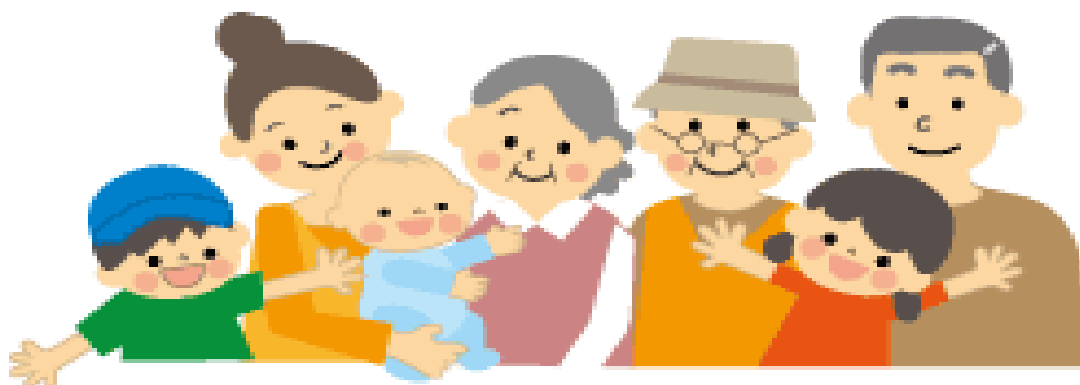


西尾市  
介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防マネジメントマニュアル



令和4年4月

西尾市 健康福祉部 長寿課

# 目次

1	事業内容	P1
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
3	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	
4	実施主体（実施担当者）	P2
5	介護予防ケアマネジメントの実施の手順	
6	介護予防ケアマネジメントの類型における様式について	P4
7	介護予防ケアマネジメントの留意事項	P7
8	請求までの流れ	P11

資料	西尾市地域支援事業について	
	西尾市地域支援事業の構図	(別表1)
	介護予防・生活支援サービス事業	(別表2)
	一般介護予防事業	(別表3)
	総合事業サービス組み合わせ表	(別表4)

様式	相談受付シート	(表1)
(HP参照)	基本チェックリスト	(表2)
	興味・関心チェックシート	(様式4)
	利用者基本情報	(様式5)
	介護予防サービス支援計画書	(様式6)
	介護予防支援経過記録	(様式7)
	介護予防・生活支援サービス支援計画表	(様式8)
	介護予防サービス支援計画書	(様式9)

平成29年3月作成

平成30年3月修正

平成31年3月修正

令和3年3月修正

令和4年3月修正

## 1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

## 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、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防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来のケアマネジメントのプロセスに基づくものです。このため、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標達成できるよう、介護予防・日常生活サービス事業（以下「サービス事業」という）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

## 3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の類型とします。

類型	① ケアマネジメントA （原則的な介護予防マネジメント）	② ケアマネジメントB （簡略化した介護予防ケアマネジメント）	③ ケアマネジメントC （初回のみ介護予防ケアマネジメント）
内容	サービス事業指定を受けた事業所のサービスを利用する場合。 その他地域包括支援センターが必要と判断した時。	①又は③以外のケースでケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合等）	事業実施主体が主に評価を行っているサービスで実施事業所が効果やその評価を行う事業。ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（*必要に応じその状況把握を実施）
ケアマネ	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
対象事業	現行相当サービス（訪問・通所） 元気アップリハビリ教室	緩和型訪問サービスA 緩和型通所サービスA （ミニデイサービス）	ころばん教室 かむかむ訪問・栄養訪問 いきいきサービス

			くつろぎサロン
プロセス	<p>アセスメント</p> <p>⇒ケアプラン原案作成</p> <p>⇒サービス担当者会議</p> <p>⇒利用者への説明・同意</p> <p>⇒ケアプランの確定・交付</p> <p>【利用者・サービス提供者】</p> <p>⇒サービス利用開始</p> <p>⇒モニタリング【給付管理】</p> <p>(3か月に1回以上訪問)</p>	<p>アセスメント</p> <p>⇒ケアプラン原案作成</p> <p>(⇒サービス担当者会議)</p> <p>⇒利用者への説明・同意</p> <p>⇒ケアプランの確定・交付</p> <p>【利用者・サービス提供者】</p> <p>⇒サービス利用開始</p> <p>⇒(モニタリング)</p> <p>(6か月を目安に実施)</p>	<p>アセスメント</p> <p>⇒ケアマネジメント結果案作成</p> <p>⇒利用者へ説明・同意</p> <p>⇒利用するサービス提供者等への説明・送付</p> <p>⇒サービス利用開始</p>

( ) 内は、必要に応じて実施

初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。

#### 4 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する地区の担当包括支援センターにおいて、実施する。

#### 5 介護予防ケアマネジメント 実施の手順

##### (1) 介護予防ケアマネジメント対象要件の確認

- 介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援であること又は事業対象者として市町村に登録されることが必要です。

##### (2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

- 地域包括支援センターの運営規程等を説明し、利用者の同意を得る。(契約)
- 市へ介護予防ケアマネジメント依頼届出の提出

##### (3) アセスメント（課題分析）

- 利用者の自宅に訪問して本人(家族含む)との面接による聴き取り等を通じて行う。
- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標を設定する。
- プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

#### (4) ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- 目標の設定
  - ・生活の目標については、心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、「生活の質の向上」を目指すものであること。
  - ・利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現とすること。
  - ・計画的に定めた実施機関の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすること。
- 利用するサービス内容の選択
  - ・利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
  - ・利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
- 実施期間、モニタリングの実施間隔等
  - ・利用者によく相談しながら設定しケアプラン全体を作成する。
  - ・利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

#### (5) サービス担当者会議 ※ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く

- ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。
- ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要である。

#### (6) 利用者への説明・同意

#### (7) ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し同意を得る。
- 本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。
- ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、地域包括支援センターから送付する。

#### (8) サービス利用開始



**(9) モニタリング（給付管理）※ケアマネジメントBの一部・ケアマネジメントCを除く**

○ケアマネジメントA

- ・介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。
- ・利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ・訪問での面接を実施しない月は、可能な限り、利用者の通所先を訪問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の連絡を実施する。

○ケアマネジメントB

- ・利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。

**(10) 評価 ※ケアマネジメントCを除く**

- ケアマネジメントA、Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

**【ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施】**

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

**6 ケアマネジメントの類型における様式について**

ケアマネジメントA及びBについては介護予防支援と同様の様式を使用します

**1. ケアプランA・B 必要書類（※市への提出は原則不要）**

提出時	書類名
初回時	基本チェックリスト（包括が受付した場合のみ） 相談受付シート（包括が受付した場合のみ） 利用者基本情報（様式5） 介護予防サービス支援計画書（様式6） 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式7）

	興味関心チェックシート（様式4）
評価時	介護予防支援サービス評価表（様式8）
更新時（プランの見直し）	基本チェックリスト 利用者基本情報（様式5）必要に応じて追記 介護予防サービス支援計画書（様式6） 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式7） 興味関心チェックシート（様式4）

## 2. ケアマネジメントCについて

### （1）様式

市独自の様式を使用します。ケアマネジメントCは市直営または委託サービスとして実施していますので、提出先が長寿課となります。

内容	提出書類	提出先
初回	基本チェックリスト 事業利用申請書 利用者基本情報（様式5に本人の同意のサイン入ったもの） 介護予防生活支援サービス支援計画書（様式9） （興味関心チェックシート（様式4）提出不要）	長寿課 地域支援 事業担当
評価	介護予防支援サービス評価表（様式8） 基本チェックリスト	
更新（プランの見直し）	基本チェックリスト 利用者基本情報（様式5） 介護予防サービス支援計画書（様式9）	

### （2）事業対象者について

サービス	利用状態	提出書類	提出先
事業対象者として利用するサービスすべて	新規	・申請書 ・基本チェックリスト ・介護予防ケアマネジメント届出書（黄）	長寿課 認定担当
	更新	・基本チェックリスト	

※基本チェックリスト実施日から1年後の月末までにモニタリング実施

### (3) サービスC提出書類

サービス	利用 状態	提出書類	提出先	備考
①一色いきいきサービス ②幡豆いきいきサービス	新規	申請書 基本チェックリスト 利用者基本情報 ケアプラン	①一色社協 ②幡豆社協	長寿課の状差し経 由で送付可能
	更新	基本チェックリスト 利用者基本情報 ケアプラン		
くつろぎサロン	新規	申請書 基本チェックリスト 利用者基本情報 ケアプラン	仁医会	長寿課の状差し経 由で送付可能
	更新	基本チェックリスト 利用者基本情報 ケアプラン		
ころばん教室 かむかむ訪問 栄養訪問	新規	申請書 基本チェックリスト 利用者基本情報 ケアプラン	長寿課 (地域支援 事業担当)	

### 【介護予防ケアマネジメントの届け出のタイミング】

届出のタイミング	介護予防サービス 計画作成・ケアマ ネジメント依頼届	理由
介護給付利用→予防給付利用 (要介護→要支援)	必要	計画作成を居宅介護支援事 業所から地域包括支援セン ターへ変更するため
介護給付利用→サービス事業のみ利用 (要介護→要支援・事業対象者)	必要	計画作成を居宅介護支援事 業所から地域包括支援セン ターへ変更するため
予防給付→サービス事業のみ利用 (要支援→要支援)	※不要	計画作成は地域包括支援セ ンターで変更がないため
要支援者→事業対象者 (認定更新せず)	必要	要支援から事業対象者とし て登録するため
地域包括支援センターから居宅介護支援事業 所へケアマネジメントを委託した場合	必要	委託先の居宅介護支援事業 所を登録するため



## 【介護予防ケアマネジメントの有効期限について】

未認定者 ⇒ 事業対象者（新規）	基本チェックリスト実施日から更新まで
要支援認定者 （要介護認定者）⇒ 事業対象者（更新） 事業対象者	要支援認定等の有効期限終了日の次の日から更新まで
事業対象者 ⇒ 要支援（介護）認定者	要支援（介護）認定日の前日まで

## 7 介護予防ケアマネジメントの留意事項

### （1）利用サービスによるケアプランの種類

- ・ 予防給付のみ必要な人 ⇒ 「介護予防サービス計画」
- ・ 予防給付と総合事業が必要な人 ⇒ 「介護予防サービス計画」
- ・ 総合事業のみ必要な人 ⇒ 「介護予防ケアマネジメント」

### （2）要介護認定を申請し、介護予防・生活支援サービスを暫定利用する場合

- 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事業のサービスを利用できる。
- 認定結果が「要介護1以上」となった場合は、介護給付によるサービスの利用開始までは、総合事業による介護予防・生活支援サービスの利用を継続できる。

※ 要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡を取り、給付管理を行う。

- 要介護認定のいわゆる暫定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・生活支援サービスの利用は利用できない。

### （3）介護予防・生活支援サービスの併用の可否（別表4 総合事業サービス組み合わせ表）

サービスを併用する場合は、1回あたりの単価とサービスコードを使用して下さい。

#### (4) 現行相当サービス利用回数と単位数

(訪問サービス)

介護度	利用回数等	単位数／月
要支援1・2	1回／週の利用程度	1,176 単位／月
要支援2	2回／週の利用程度	2,349 単位／月
要支援2	2回／週を超える利用	3,727 単位／月

(通所サービス)

介護度	利用回数等	単位数／月
要支援1・2	1回／週の利用程度	1,672 単位／月
要支援2	2回／週の利用程度	3,428 単位／月

令和4年4月から、事業対象者は現行相当訪問サービス・通所サービスの対象とします。事業対象者で現在相当サービスを利用中の場合の移行期間は令和4年6月までの3カ月間です。

#### (5) 緩和サービス利用回数と報酬額

(訪問サービス)

介護度	利用回数等	報酬額
事業対象者 要支援1・2	1回／週の利用程度	週1回の報酬額
要支援2	2回／週の利用程度	週2回の報酬額

(通所サービス) 緩和型通所、ミニデイサービス

介護度	利用回数等	報酬額
事業対象者 要支援1・2	1回／週の利用程度	週1回利用の報酬額
要支援2	2回／週の利用程度	週2回利用の報酬額

令和4年4月から、利用回数が変更になります。緩和サービスは事業対象者・要支援1が週1回、要支援2が週1～2回です。現在利用中の場合の移行期間は令和4年6月までの3カ月間です。

(6) 個人情報保護について

介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないように、必要な措置を講じる。

支給限度額基準単位

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費等の区分	区分支給限度基準単位
事業対象者	訪問介護のみ	介護予防ケアマネジメント費	5,032 単位
	通所介護のみ		
	通所介護と訪問介護		
要支援 1	予防給付のみ	介護予防支援費	5,032 単位
	予防給付と		
	通所介護と訪問介護のみ		
要支援 2	予防給付のみ	介護予防支援費	10,531 単位
	予防給付と		
	通所介護と訪問介護のみ		

報酬（単価、加算）支払い

(1) 単価及び加算

類型	利用サービス	利用者	報酬 (サービス提供開始月)
ケアマネジメント A	現行相当サービス 元気アップリハビリ教室	要支援・要介護認定者 事業対象者	438 単位 + 初回加算 300 単位
ケアマネジメント B	緩和型訪問サービス A 緩和型通所サービス A (ミニデイサービス)	要支援認定者 事業対象者	329 単位 + 初回加算 300 単位
ケアマネジメント C	ころばん教室 かむかむ訪問 栄養訪問 いきいきサービス くつろぎサロン		203 単位 (初回のみ算定)

初回加算

現行の指定介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア) 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

イ) 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定期間の満了の翌日からサービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定はできません。

(2) 委託連携加算 300 単位/月

(3) 元気加算 1,000 単位/月

【対象事業所】

緩和型通所サービス (A型) (いきいきサービス・くつろぎサロンを除く)

【内 容】

緩和型通所サービスの利用者が当該サービスの利用に頼らずとも地域の通いの場 (一般介護予防事業、地域のサロン、趣味活動の場など) に継続的 (週1回以上が目安) に参加することにより、住み慣れた地域で生きがいを持った生活が送れると認められ、サービス利用を満了した場合に、最後のサービス利用月に算定すること。(期間の定めなし) 算定に当たっては市に「元気加算の算定届出書」を提出する。書式は別紙参照。

元気加算の給付率は10割とする。(利用者の自己負担は発生しない。)

## ○サービス事業のみ利用した場合のケアマネジメント費の例

(サービス提供開始の翌月から3か月を1クールとしたときの考え方)

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (※1以上) (※1)
			報 酬	基本報酬 +初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型○ 通所型○ サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報 酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント	その他 (委託・補助) の サービス	サービス担当者 会議	△ (必要時実施)	×	×	×	
		モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)	
		報 酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	
初回のみ のケアマネジメント	作成なし ケアマネ ジメント 結果の 通知	その他 (委託・補助) の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報 酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
		一般介護 予防-民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報 酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、結付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬: 予防給付の単価を踏まえた単価を設定

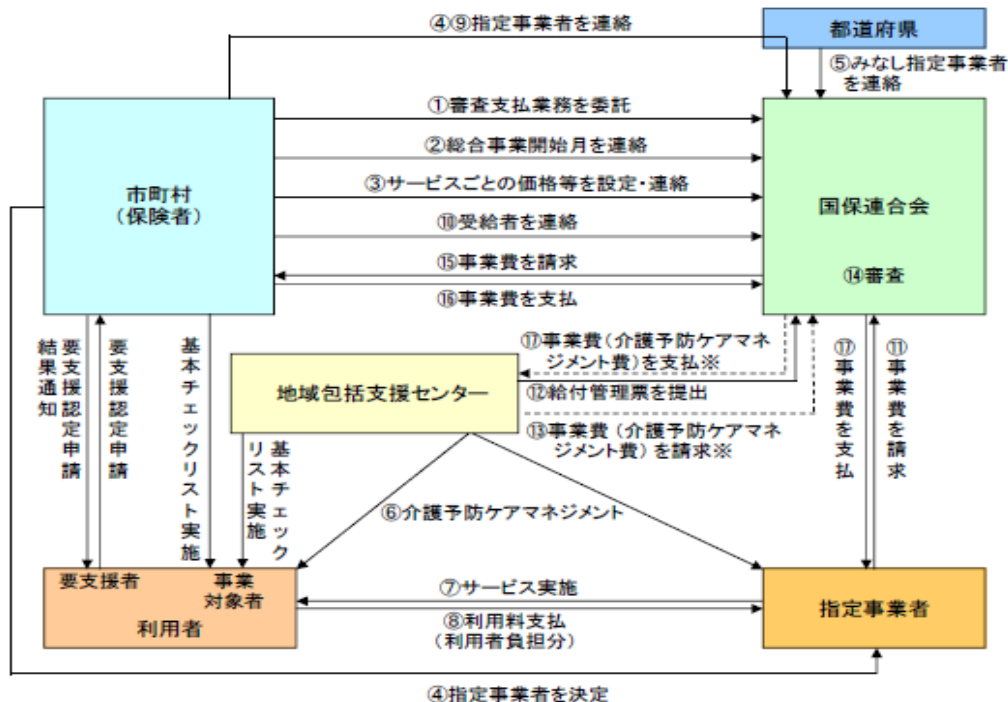
(※3) X: サービス担当者会議実施分相当単位, Y: モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

## 8 請求までの流れ

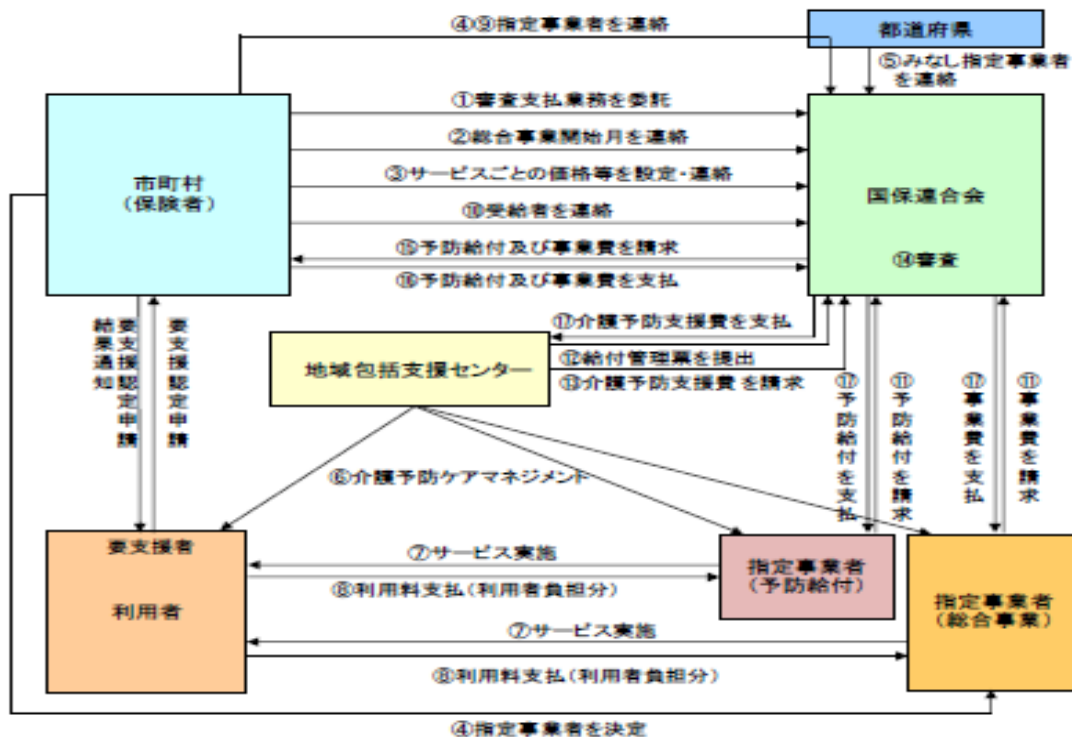
### (1) 請求から支払いについて

#### ①利用者が事業のみを利用する場合



※⑬、⑰の事業のみを利用する利用者の介護予防ケアマネジメント費は地域包括支援センターの委託料とともに市町村が支払うのが基本であり、国保連合会を経由した支払は例外。  
 なお、支払を行う可能性がある、要支援認定を受け、事業のみを利用する場合も国保連合会は介護予防ケアマネジメント費と給付管理票との突合審査は行わないことに留意。

#### ② 利用者が予防給付と事業を利用する場合



介護予防ケアマネジメント費は国保連合会から支払われるため、サービス提供月の翌月 10 日までに専用ソフトに入力した請求情報を地域包括支援センターから国保連合会へ提出します。ただし、委託先介護支援事業所への原案作成委託料の支払い（共同処理）は独自システムにより行います。

## (2) 請求の考え方

要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

## (3) 単価及びサービスコード（コード表はHPを参照）

### ○サービスコード

サービス種類	事業所種類	サービスコード
訪問型サービス	介護予防訪問介護の指定を受けた事業者が請求するサービス種類（独自）	A2
	市町村が独自の内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。（独自/定率）	A3
通所型サービス	介護予防通所介護の指定を受けた事業者（独自）	A6
	市町村が独自の内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。（独自/定率）	A7
	市町村が独自の内容を規定するサービス種類。利用者負担は定額。（独自/定額）	A8

# 資料

## 西尾市地域支援事業について

地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」（別表1）は「総合事業」と呼び、65歳以上のすべての方の介護予防と自立した日常生活の支援を目的とした事業です。「介護予防・生活支援サービス事業」（別表2）と「一般介護予防事業」（別表3）の2つからなります。

長寿課では、自立支援と重症化予防の観点から、専門職の提案や意見を取り入れケアマネジメントに活かせるように多職種協働カンファレンスを開催しています。専門職、地域包括支援センター、居宅ケアマネジャー、介護保険事業所等、介護保険に関わる方は積極的に参加してください。（日程等はケア倶楽部に掲載）

### ケアマネジャーの皆様へ

ご本人とケアマネジャーが「目標」を一緒に考えましょう。

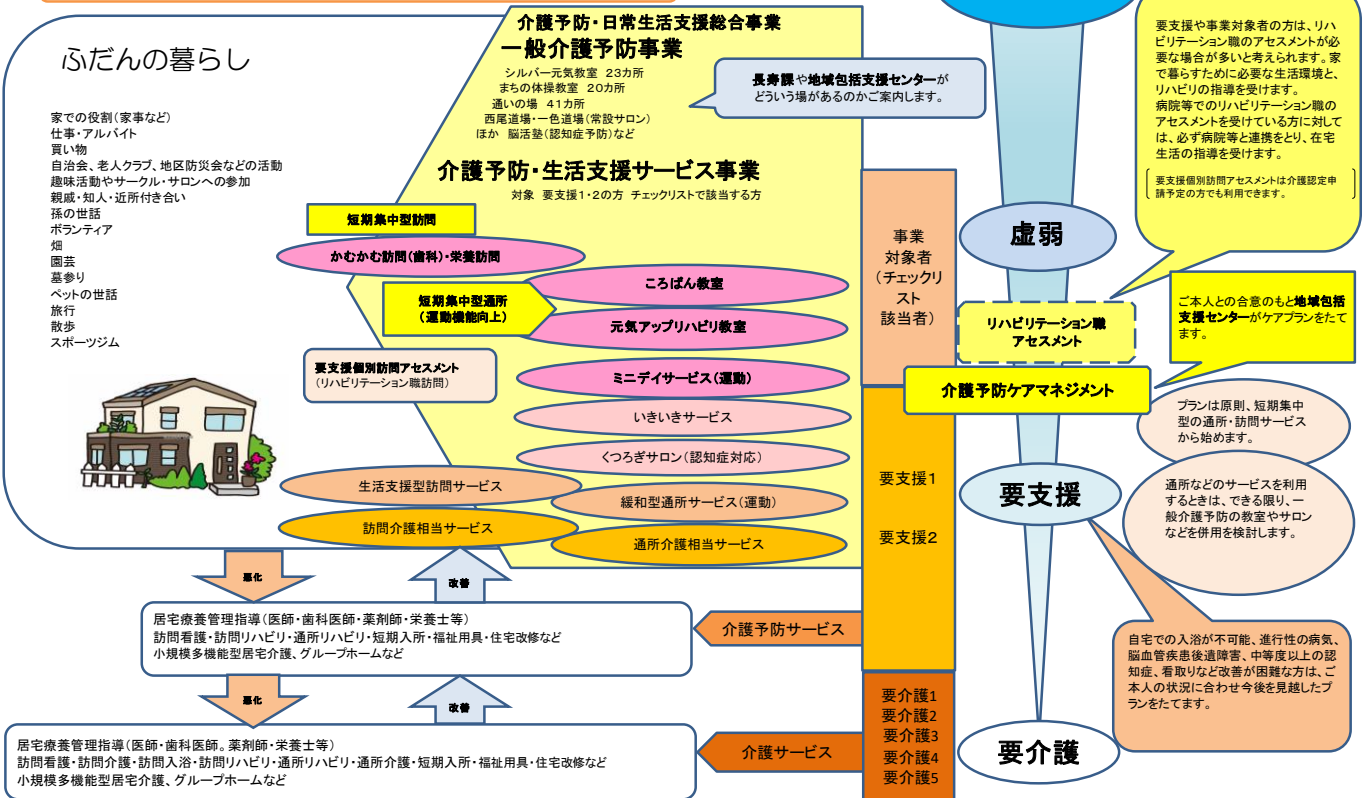
- 1 ご本人の合意が必要です。
- 2 支援者（サービス事業所や医療機関、インフォーマルサービスなど）に対してもご本人の「目標」を理解してもらう必要があります。

#### <ポイント>

- (1) 特にご本人のできていることやできそうな生活行為を減らさないようにし、その生活行為ができる環境や状態をつくるようにします。
- (2) サービス開始に当たっては、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらいます。
- (3) 自立支援はサービスの継続利用を前提に「維持」を目指すことではないことを確認します。
- (4) 目標到達状況を確認し、終結するサービス、継続するサービスをアセスメントし、ご本人と方針を決定します。



いつまでも住み慣れた家で暮らし続けたい



## 介護予防・生活支援サービス事業

## 対象 要支援・事業対象者

種 類	サービス名	内 容	費 用
訪問型 サービス	訪問介護相当 サービス	居宅を訪問して行う身体介護・日常生活の支援を行うサービス（入浴介助、おむつ交換などの身体介護を含む方への清掃や洗濯など）（事業対象者除く）	負担割合 証の負担 割合
	生活支援型 訪問サービス	居宅を訪問して行う日常生活の支援を行うサービス（身体介護を除く）清掃、洗濯など	
	かむかむ訪問 栄養訪問	歯科衛生士、管理栄養士等が居宅を訪問して、お口の機能の維持・向上、栄養指導のために個人指導するサービス	自己負担 なし
通所型 サービス	通所介護相当 サービス	通所介護施設で日常生活・生活行為向上のための支援を行うサービス（事業対象者除く）	負担割合 証の負担 割合
	緩和型通所 サービス	通所介護施設で運動を中心に実施する身体機能の維持・向上のためのサービス	
	ミニデイ サービス	接骨院等で運動を中心に実施する身体機能の維持・向上のためのサービス	
	元気アップ リハビリ教室	リハビリの専門職による身体機能の維持・向上のためのサービス （訪問2回、通所24回）	
	ころばん 教室	1回/週、体操講師・保健師等による運動器の維持、向上を目的とした送迎付サービス（約6か月）	1,000円/ 月
	いきいき サービス	閉じこもり予防や高齢者同士の交流の場として送迎、運動、レクリエーション、食事などを行うサービス	1回/週の方は 500円/月 2回/週の方は 1,000円/月
	くつろぎ サロン	認知症や物忘れなどが気になる方を対象に脳トレやレクリエーション、送迎を行うサービス	1回/週の方は 500円/月 2回/週の方は 1,000円/月

## 一般介護予防事業

対象 65歳以上（自立した生活を送ることができている方）

目的	事業名	内容
認知症予防	「脳活塾」	65歳以上の方を対象に認知症予防に取り組む教室です（既に認知症の診断があるかたは除きます）5～6か月の教室で、読み書き・計算や楽しい会話・軽い体操を行います。
健康づくり 介護予防	シルバー 元気教室	運動を中心に介護予防に取り組む教室です。血圧測定、栄養や口腔、認知症に関する講義などがあります。市内23会場で実施しています。（月2回）
	まちの体操教室	自宅から歩いて通える場所で介護予防の体操などを行う住民主体の教室です。（週1回）
	西尾市民 げんきプラザ	健康度測定、トレーニング機器を利用した運動を行う場所です。
	ふれあい広場吉良	高齢者同士の交流の場として、体操、レクリエーション、食事などを行う場所です。
	佐久島いきいき サービス	佐久島に住む高齢者を対象に、閉じこもりや要介護状態となることを予防するためのサービスです。
高齢者 通いの場	宅老所	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり、食事やレクリエーション、体操などを行う場所です。
	サロン 健康体操など	ボランティアの方々の運営により、高齢者が集まり健康体操やお茶会を通じた交流など様々な活動があります。

西尾市の総合事業の種類とサービスの組み合わせについて(令和4年4月)

別表 4

	訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援	通所介護 現行相当 デイサービス	訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	通所A 緩和型通所 <運動> デイサービス ミニデイ	通所A 緩和型通所 <閉じこもり予防> いきいきサービス	通所A 緩和型通所 <認知症対応> <つらぎサロン	通所C 短期集中 ころばん教室 元気アップ リハビリ教室	訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	総合事業外 独自事業 要支援アセスメン ト訪問事業	訪問りハ	通所りハ
訪問介護 現行相当 身体介護を含む 日常生活支援		○	△	○	○	○	○	○	○	○	○
通所介護 現行相当 デイサービス	○		○	×	×	×	×	○	○	×	×
訪問A 緩和型訪問 身体介護を除く 日常生活支援	△	○		○	○	○	○	○	○	○	○
通所A 緩和型通所 運動 デイサービス ミニデイ	○	×	○		△	△	×	○	○	×	×
通所A 緩和型通所 閉じこもり予防 いきいきサービス	○	×	○	△		△	×	○	○	×	×
通所A 緩和型通所 <認知症対応> <つらぎサロン	○	×	○	△	△		△	○	○	×	×
通所C 短期集中 ころばん教室 元気アップ リハビリ教室	○	×	○	×	×	△		○	○	×	×
訪問C 短期集中 かむかむ訪問 栄養訪問	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
総合事業外 独自事業 要支援アセスメン ト訪問事業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×
訪問りハ	○	×	○	×	×	×	×	○	×		×
通所りハ	○	×	○	×	×	×	×	○	×	×	

○併用可能 ×併用不可 △要支援2のみ併用可能

(P8を確認してください)

確認事項

- (1)事業対象者は現行相当訪問介護・通所介護の対象外。緩和型訪問・通所の週1回利用可。
- (2)要支援は、原則緩和サービスの利用が優先。
- (3)訪問・通所の利用回数の原則は要支援1は週1回、要支援2は週1～2回。  
(要支援2は現行相当訪問は2回を超える利用可)
- (4)通所介護現行相当は他の通所サービスとは併用不可。
- (5)通所C(短期集中)の終了後は通いの場やサロン、緩和型通所サービスへ移行していく。
- (6)訪問りハと通所サービスとの併用は不可。併用が必要な場合は、事前に長寿課へ要相談。
- (7)上記原則以外に利用が必要であると判断した場合、事前に長寿課へ要相談。
- (8)介護予防サービス全般と一般介護予防事業との併用は可能。