

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、
総合事業）ケアマネジャー向けマニュアル

1 このマニュアルの目的

介護保険法にある自立支援の理念を足利市（以下、市）と介護予防ケアマネジメント立案者とで共有したうえで、総合事業の事業等を活用しながら自立に資するケアマネジメントの推進を図ることを目的に作成しました。

2 総合事業とは

総合事業は介護保険制度の1つの事業です。市の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支えあい体制づくりを推進するものです。これにより、要支援者等に対し効果的かつ効率的に支援を行うことができるようになることを目指しています。

総合事業には、65歳以上のすべての高齢者を対象とする「一般介護予防事業」と、要支援認定者及び事業対象者を対象とする「介護予防・生活支援サービス事業（以下、サービス事業）」とがあります（別紙1参照）。

足利市における一般介護予防事業は、「生き生き元気のつどい」や「元気アップ教室」があり、介護予防・生活支援サービス事業には、訪問型サービス、通所型サービスがあります。

3 本マニュアルの対象

総合事業対象者、要支援1・2認定者

4 総合事業の利用の流れ

利用の流れは、別紙2のとおりです。

一般介護予防事業を利用したい場合は、事業ごとに窓口が異なりますので、一度、元気高齢課地域支援担当にお問い合わせください。

介護予防・生活支援サービス事業利用申請の窓口は、元気高齢課介護認定サービス担当となっています。

相談を受けたら、高齢者本人の主訴や意向を聞き、要介護・要支援認定が必要かを見極め、要介護認定の申請を勧めるか、事業対象者として基本チェックリスト実施するかを判断します。

基本チェックリストの実施を勧めると判断された場合は、原則本人に基本チェックリストを記載してもらい、即日に判定し、事業対象者と印字した新しい介護保険証を発行します。チェックリスト該当の基準については、別紙3を参照し

てください。

サービスを利用する場合は、介護予防と同じ流れ（介護予防ケアマネジメントのもと、サービス提供）になります。

5 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・生活支援サービス事業の一つで、①要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）、②悪化をできる限り防ぎ、地域で自分らしく生活していくことを支援するためのものです。

今は「できない」ことでも、できる能力はあるのか、意欲がない結果「できない」のか、機会がなく「していないだけ」なのか、今は痛みがあるなど理由があり、「できない」のかなど、本人の能力と改善への見立てをし、サービスに依存しないように、できないことをサポートしながら、「それまでの当たり前」に近づけるようになるために必要なことを考え、行動変容への動機づけへの支援をしていきます。

6 足利市の介護予防ケアマネジメントの指針（進むべき方向性）

1) 利用者本人や家族の意向を的確に把握する

利用者の心身の状況や改善の可能性、その置かれている環境について情報収集をし、利用者や家族、近隣等を含めた支援者とその情報を共有し、可能な限り地域で自立した日常生活を営むことができるように配慮して、ケアマネジメントを行う。

2) 専門的視点からサービスを検討する

できることを増やしていくことや悪化を防ぐことが目標であり、利用するサービスは、状態に応じて支援メニューが変わること（終結するサービスも考えられること）を利用者にあらかじめ知ってもらう。

3) 自ら実現可能な目標設定を行う

自立に向けた行動変容がなされるために、自らがより具体的で実現可能な目標（諦めていたやりたいことを再びできる生活が送れること等）が設定できるよう支援し、適切な保健・医療・福祉サービスが、包括的かつ効果的に提供されるように配慮する。

4) 本人の活動や参加の意欲を引き出す

地域で何らかの役割を果たすことで、利用者自身の介護予防と地域づくりにつながる視点を持ち、目標が達成され、総合事業利用終了しても自ら介護予防を継続できるように、配慮する。

5) 自助・互助から検討する

利用者の可能性を摘まない。また、「どんなサービスが使えるか」から検討しない。

6) 状態の変化に応じ、サービス内容は、適宜見直す

適切な時期に適切なサービスが受けられるように、利用者に適宜見直し、サービスの変更がありうることを予め説明しておく。

簡易プラン別紙4・評価表別紙5・アセスメント自己チェックシート別紙6も参照ください。

7 サービスの種類

足利市の訪問型サービス及び通所型サービスは、以下のとおりです。一般介護予防事業や地域にある資源と組み合わせながら、包括的に支援をお願いします。

1) 訪問型サービス

種別	相当サービス	緩和した基準によるサービス		短期集中サービス
		訪問介護事業者による生活支援	シルバー人材センターによる生活支援	
主なサービス	訪問介護事業者による身体介護・生活支援	訪問介護事業者による生活支援	シルバー人材センターによる生活支援	リハビリ専門職による、生活機能改善に向けた指導
想定される対象者	訪問介護員ではないと、支援できない方。	短時間の支援が必要な方。 例：ゴミ捨て場まで歩けるが、ふらつきがあり、ゴミを持って歩けず、ヘルパーの支援が必要。	専門家でも行える支援を必要としている方。 例：調理は出来るが、硬い野菜が切れない、また重い鍋を持てず支援が必要。	集団での指導が困難で、リハビリ専門職の集中的介入で機能が改善し、社会参加が見込まれる方。 例：心不全後、肺炎後で出来なくなった家事が出来る様になりたい。
ケアマネジメントの類型	基本型	簡易型	簡易型	簡易型

2) 通所型サービス

種別	相当サービス	緩和した基準によるサービス				短期集中サービス
		生き生き元気教室型	スポーツ施設等型	認知症予防型	閉じこもり予防型	
主なサービス	生活機能向上に向けた指導	介護予防の学習と運動		調理や介護予防の学習	運動と生活リズム改善	リハビリ専門職による生活機能改善に向けた指導
想定される対象者	既にサービス利用しており、利用継続が必要な方。緩和サービスの利用が難しい方。	短時間トレーニングで機能向上が見込まれる方。 例：ストレッチや簡単な筋トレで機能改善をしたい方。	短時間トレーニングで機能向上が見込まれる方。 例1：運動が好きな方。 例2：物理療法等で痛みを軽減をしながら運動が必要な方。	意欲低下や軽い認知症状がある方 例：以前好きだった調理をする気力が減ってきた方。	日中の活動が低下し、生活リズムが崩れている方。 例：日中うとうとしていることが多い方。	家庭や社会参加の為、生活行為の改善が必要な方。 例：脳梗塞後、一人で受診できることを目標としている方
ケアマネジメントの類型	基本型	簡易型	簡易型	簡易型	簡易型	簡易型

8 介護予防ケアマネジメントの類型

利用するサービスによって、ケアマネジメントの類型が異なります。ご注意ください。

○：実施、△：必要時、－：不要

類型	利用サービス		開始月	3か月後	6か月後	9か月後	12か月後	24か月後 (認定更新月)
基本型 基本単位：438 単位 初回加算：300 単位 (委託連携加算：300 単位)	相当サービス	サービス担当者会議	○	－	－	－	○	○
		モニタリング	－	○	○	○	○	○
		評価票作成	－	－	－	－	○	○
		加算	初回 (委託連携)	－	－	－	－	－
簡易型 基本単位：322 単位 初回加算：300 単位 (委託連携加算：300 単位)	基準緩和サービス 短期集中サービス	サービス担当者会議	○	－	短期集中〔○〕	短期集中〔○〕	△	○
		モニタリング (要支援)	－	○	○	○	○	○
		(事業対象者)	－	－	－	－	○	○
		評価票作成	－	－	短期集中〔○〕	短期集中〔○〕	○	○
		加算	初回 (委託連携)	－	－	－	－	－
地域型 基本単位：101 単位	住民主体サービス 一般介護予防事業	サービス担当者会議	－					
		モニタリング						
		評価票作成						
		加算						

1 プランの有効期間について

利用者の認定有効期間に合わせて、原則最長2年（短期集中除く）。認定有効期間が2年未満の場合は、残りの期間に準じてプラン立案し、認定期間期間終了（更新月）の対応は、表の「24か月後」の列と同様とする。また、利用者の状態が変わった際は、適宜プラン変更を実施。

2 基本型・簡易型のモニタリングについて

双方とも原則、開始月の翌月から起算し3か月に1回自宅に訪問面接。1/月状況確認(事業所での面接及び利用者との連絡等)して記録に残す。

なお、簡易型の事業対象者に限り、1年に1回以上自宅に訪問面接とし、その間は、利用者や家族等と相談し、事業所等と連携の上必要時応じて実施することとする。

3 委託連携加算について

個々のケアプランについて、委託時に居宅介護支援事業所との情報連携等を行った時に発生。

4 初回加算について

初回加算がつくものは、次のとおり。

①新規

②要介護→要支援又は総合事業利用（介護予防ケアマネジメントの類型のみ変更の場合、発生しない）

5 地域型プランについて

基本情報の裏面を利用してプランを作成し、利用者を適当地域にある通いの場等につなげることが目的。つなげる際は、利用が途切れたら代表者から連絡がもらえるような体制も作り、プランにその旨を記載する。