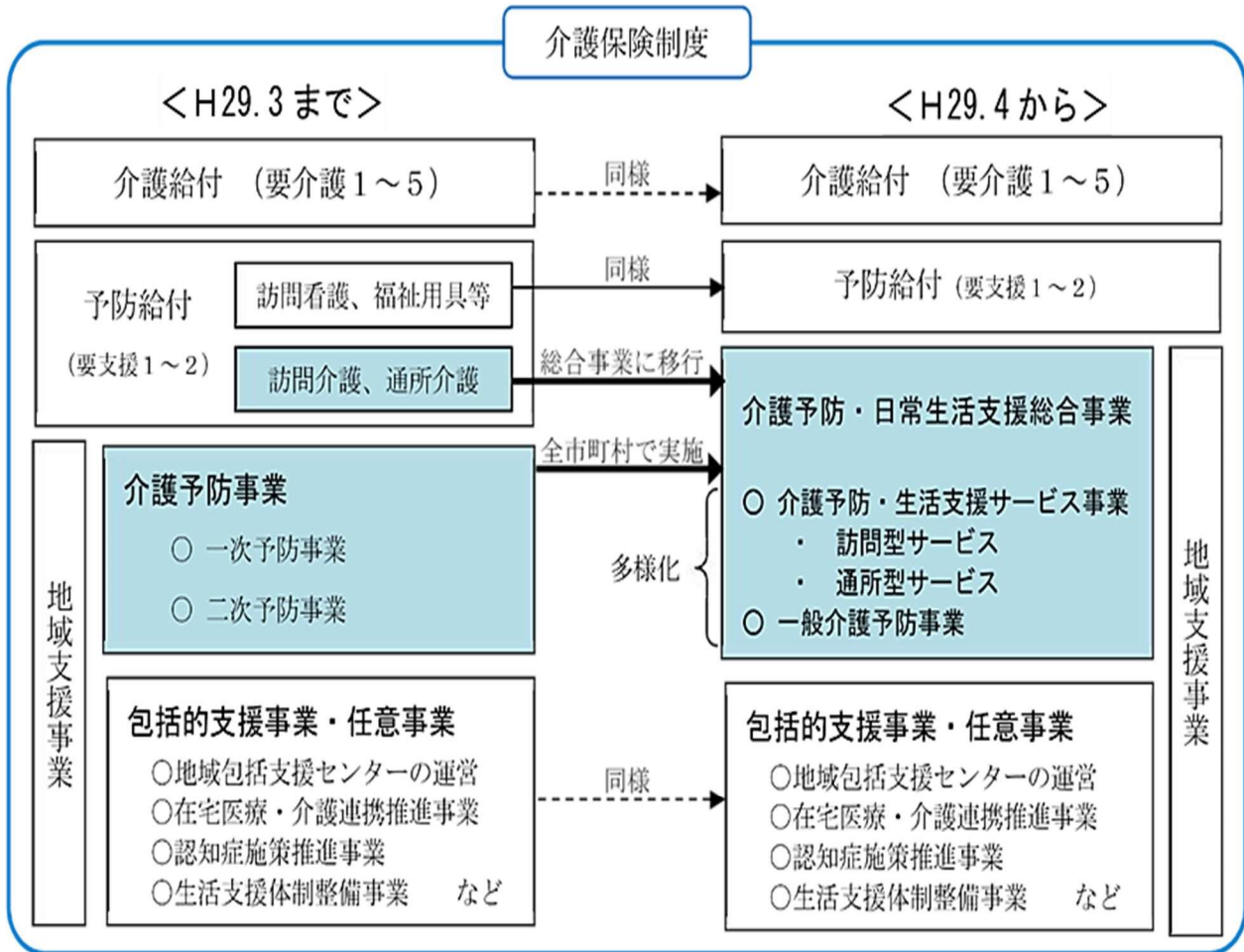


## 第2章 介護予防の事業とサービス

### (1) 介護予防に関する事業とサービスの概要



尼崎市では、平成29年4月から総合事業を実施しました。

要介護者に対する介護給付は、全国一律の制度として変更なく継続されており、平成29年4月以降もこれまでと同様の制度です。

要支援者の訪問看護や訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの医療系のサービスや福祉用具貸与などについても、これまでと変わらず予防給付のサービスとして継続します。要支援者の訪問介護、通所介護（介護予防訪問介護、介護予防通所介護）については、市町村が地域の実情に応じて実施する地域支援事業として、介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス、通所型サービス）へ移行しています。

● 予防給付 ※要支援者のみ

全国一律の制度

○介護予防サービス	
介護予防訪問入浴介護	介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション	介護予防居宅療養管理指導
介護予防通所リハビリテーション	介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護	介護予防特定施設入所者生活介護
介護予防福祉用具貸与	特定介護予防福祉用具販売
○地域密着型介護予防サービス	○介護予防住宅改修
介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防小規模多機能型居宅介護	○介護予防支援
介護予防認知症対応型共同生活介護	

● 介護予防・生活支援サービス事業 ※要支援者・事業対象者

市町村ごとの地域支援事業として実施

○訪問型サービス	○通所型サービス
専門型訪問サービス	介護予防型通所サービス
標準型訪問サービス	
訪問型支え合い活動	○介護予防ケアマネジメント

● 一般介護予防事業

65歳以上の方を対象に、健康づくり・介護予防事業を実施しています。

すべての高齢者が対象で、介護（予防）給付やサービス事業との併用が可能です。

- |                   |
|-------------------|
| ◎ いきいき百歳体操        |
| ◎ いきいき100万歩運動     |
| ◎ 高齢者ふれあいサロン      |
| ◎ おいしく食べよう健口教室 など |

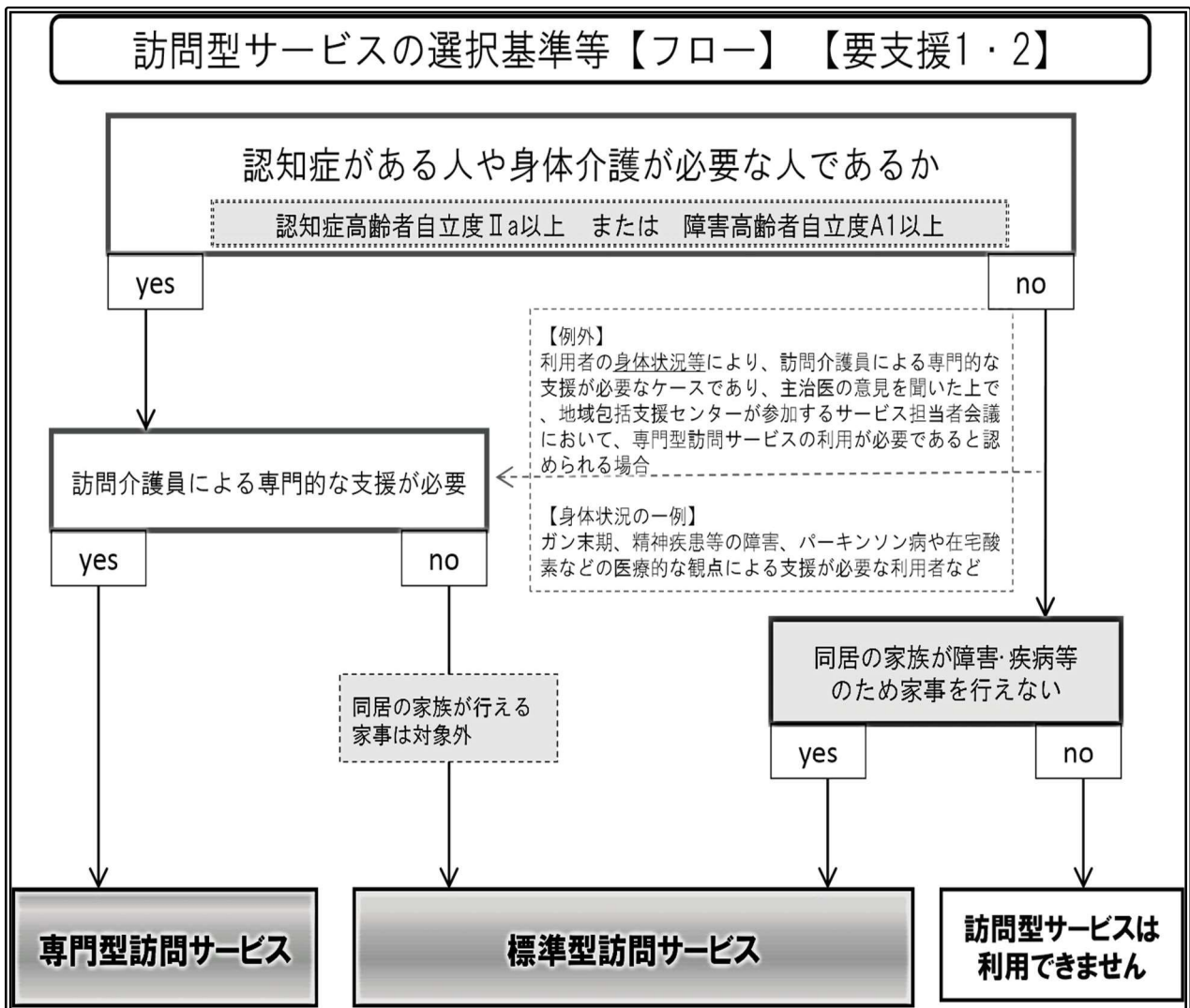
(2) 介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

サービス名称	専門型訪問サービス		標準型訪問サービス	
サービス提供者	訪問介護員		訪問介護員 生活支援サポーター	
区分	週1回程度	要支援1・2	週1回程度	事業対象者 要支援1・2
	週2回程度		週2回程度	
	週2回超	要支援2のみ	週2回超	要支援2のみ
サービス内容	身体介護 生活援助		生活援助	

※1か月の中で、複数の事業所の訪問型サービスを併用することはできません。

※1か月の中で、専門型訪問サービスと標準型訪問サービスを併用することはできません。



## ○専門型訪問サービス

認知症のため専門的な対応が必要である、或いは身体介護を行う必要がある場合は、専門型訪問サービスを提供します。

原則、要支援認定者であり、要支援認定における主治医意見書または認定調査票において、認知症高齢者自立度Ⅱ a 以上、または障害高齢者自立度 A1 以上の人に対して、専門的な対応が必要であるとケアマネジメントにより判断された場合に提供することができます。指定事業所より国が定めた研修を修了した訪問介護員がサービス提供を行います。

例外として、上記の認定情報に該当しない場合でも利用者の身体状況等により、訪問介護員による専門的な支援が必要な場合は、主治医の意見を聞いた上で、地域包括支援センターが参加するサービス担当者会議において、専門型訪問サービスの利用が必要であると認められれば、専門型訪問サービスの利用が可能になることがあります。

【身体状況の一例】ガン末期、精神疾患等の障害、パーキンソン病や在宅酸素などの医療的な観点による支援が必要な利用者など。また、要支援認定有効期間の間に要支援度の状態区分変更の認定申請をするほどの心身状態の変化はないものの、何らかの変化があり認知症高齢者自立度Ⅱ a 以上、または障害高齢者自立度 A1 以上と判断される状態になった場合も前記と同様の手続きを経て専門型訪問サービスを利用することができます。

専門型訪問サービスを利用する場合は確認を行った認知症高齢者自立度及び障害高齢者自立度の内容を記載し、専門的な支援が必要となる利用者の状態像と具体的な支援内容を計画書に記載します。また、サービス提供事業者より、利用者の状態、サービス提供状況等について毎月報告を受け、サービス内容の変更が必要ないかどうか確認します。

## ○標準型訪問サービス

専門型訪問サービスを受ける状態に至らない、いわゆる心身に軽度な障害がある状態の要支援者に対して、日常生活上必要な掃除・洗濯・買い物・調理等の生活援助を提供します。併せて、認知症高齢者自立度Ⅱ a 以上、または障害高齢者自立度 A1 以上の方であっても、身体介護や専門的援助が必要でない場合は標準型訪問サービスの利用となります。

計画作成者はサービス提供事業者より、利用者の状態、サービス提供状況等について毎月報告を受け、サービス内容の変更が必要ないかどうか確認します。

サービスは市が指定した訪問介護事業所より提供されますが、国が定めた研修を修了した訪問介護員だけでなく、地域活動の担い手である生活支援サポーターも標準型訪問サービスを提供します。

生活支援サポーターとは

介護福祉士などの資格を持っていなくても、標準型訪問サービス及び訪問型支え合い活動に従事し、支援が必要な方に対して、掃除・洗濯などの軽易な生活援助サービスを提供することができます。全課程 13 時間の研修(研修費用は無料)を受けることで、生活支援サポーターになることができます。

研修の内容や日程については尼崎市ホームページをご覧ください。

掲載ページ⇒トップページ >くらし・手続き >高齢者支援 >介護保険制度のしくみ >尼崎市介護予防・日常生活支援総合事業 もしくは ID 検索

1004120

検索

○訪問型支え合い活動

「訪問型支え合い活動」は、指定事業所によるサービスではなく、住民主体の活動です。身近な地域の中で困りごとを抱えた高齢者等に対して、地域住民等が主体となって、ごみ捨て・買い物などの日常生活の援助や、電球交換・庭木の手入れなどの困りごと等に対して、“ちょっとした手助け”を行います。

標準型訪問型サービスを定期的にご利用するほどではなく、“ちょっとした手助け”で自立した生活を送ることができる場合、地域の中で支える活動を行っている団体からの支援を受けることによって、困りごとの解決を図ることを目的としています。随時的・単発的な活動を基本としますが、介護予防ケアマネジメントにも位置付け、計画書に明記します。

補助事業の利用対象者は、尼崎市の被保険者であって①要支援認定者・事業対象者②要介護認定者③65歳以上の虚弱な高齢者です。活動団体によって、活動エリア、支援内容・料金が異なります。

※訪問型支え合い活動を運営する活動団体に対して活動費の一部を補助する事業を行っています。

活動団体や詳しい事業の内容については尼崎市ホームページをご覧ください。

掲載ページ⇒トップページ >くらし・手続き >高齢者支援 >住まい・日常生活支援 >訪問型支え合い活動

補助事業 もしくは ID 検索

尼崎市訪問型支え合い活動事業 実施団体								
(令和3年7月1日現在)								
No.	団体名	代表者	支援者数	活動エリア	支援内容・利用料		連絡先	連絡受付時間
					内容	利用料		
1	阪神シルバーネットワーク	磯田 洋一	10人	立花地区(全域) ・ 園田地区(全域)	買物 ごみ捨て 掃除 洗濯 電球交換 家具の移動 大掃除 代読・代筆 庭木の手入れ 部屋の修繕	500円 (1時間以内)	阪神シルバーネットワーク事務所 尼崎市塚口本町1-4-27 06-6421-4405	月～日曜日 10時～17時
2	特定非営利法人 イーライフサポートセンター	金本 芳昭	8人	中央地区(全域) ・ 小田地区(全域) ・ 大庄地区(全域) ・ 立花地区(全域) ・ 武庫地区(全域) ・ 園田地区(全域)	買物 ごみ捨て 掃除 洗濯 電球交換 家具の移動 大掃除 代読・代筆 庭木の手入れ 部屋の修繕	500円 (1時間以内)	特定非営利法人 イーライフサポートセンター 尼崎市南武庫之荘7-17-4 06-6480-7305	月～日曜日 10時～17時
3	ちょっと困り事 支え合いの会	田中 行雄	64人	園田地区 (園田北小学校区)	買物 ごみ捨て 掃除 洗濯 電球交換 家具の移動 大掃除 庭木の手入れ	250円 (30分ごと)	ちょっと困り事 支え合いの会 事務局(猪名寺会館) 尼崎市猪名寺1-27-7 080-9306-3596	月・木曜日 10時～15時  (活動) 月～土曜日(祝祭日除く)
4	時友団地れいわ会	堀江 弘子	5人	武庫地区 (時友団地連合単協圏域)	ごみ捨て 掃除 その他生活支援	0円	時友団地れいわ会 事務局 06-6432-5089	月～金曜日 9時～17時 (留守電の場合、メッセージを 入れてください。)
5	まごころサポート	福田 惇	6人	武庫地区	買物 ごみ捨て 掃除 洗濯 電球交換 家具の移動 大掃除 代筆・代読 庭木の手入れ	500円 (1時間以内)	まごころ薬局 尼崎市武庫之荘6-24-11 セビーヌ武庫之荘1番館106 090-8529-6443	月～金曜日 10時～17時

・通所型サービス

サービス名称	介護予防型通所サービス	
区分	事業対象者	週1回未満
	要支援1	週1回程度
	要支援2	週1回程度
		週2回程度

※1 か月の中で、複数の事業所の通所型サービスを併用することはできません。

※1 か月の中で、予防給付の通所リハビリと通所型サービスを併用することはできません。

○通所型サービス

通所型サービスについては利用者の個々の身体状況等に応じて、入浴サービスが選択制となっています。要支援2の利用者については、必要性に応じて利用頻度が選べるよう、新たに週1回の区分を設けています。

入浴サービスを利用する場合は、入浴の目的を定め、介護予防通所サービス計画書に明記した上で、基本サービスと同様に月額報酬で費用を請求することになります。

通所型サービスを利用する際も、地域でのつながりを重視し、住民主体の体操や集い等への参加にも繋げることが大切です。モニタリングにより通所型サービスを卒業し、住民主体の活動に移行することも目標とします。

ケアマネジャーさんやサービス提供事業者さんからの質問で…

「買い物と調理の支援で訪問型サービスを利用されています。

これって標準型訪問サービスですよね？」



⇒訪問型サービスは、専門的な対応が必要な対象者であるか否かというところからスタートします。

判断基準のフローや説明文をもう一度、確認のうえ検討ください。

また専門型訪問サービスを利用する場合は、確認を行った認知症高齢者自立度及び障害高齢者自立度の内容、専門的な支援が必要となる利用者の状態像と具体的な支援内容を計画書に記載します。

例外的に専門型訪問サービスを導入する場合に地域包括支援センターの職員がサービス担当者会議に出席するのはなぜ？

⇒サービス担当者会議に出席する地域包括支援センター職員は、予防プランの委託元として、適切なケアマネジメントに基づいて計画作成が行われているか確認する役割があります。

- ① 本人の心身状況が訪問介護員による専門的な支援が必要な状態であるか。
- ② 聴取された主治医の医学的な意見により適切かつ具体的なサービス内容となっているか。
- ③ ①②について、サービス担当者会議で適切に協議し共有されているか、サービス担当者会議で確認を行っています。



### (3) 一般介護予防事業

#### ◎ いきいき百歳体操

地域の方が集まる身近な場所でDVDの映像にあわせて行う筋力アップの体操です。手首や足首におもり・バンドをつけ、おもりの量を調整したり、座ったまま体操をすることで、体力に差があっても、みなさんと一緒に体操ができます。

いきいき百歳体操は、週1回が基本で、その度に、地域の仲間と定期的に交流できます。

市内で活動中のグループは150以上あり、地域の福祉会館やマンションの集会所、クリニックなどの場所で自主的に体操を行っています。市の職員が定期的に体操指導や体力測定で支援を行っています。活動グループ一覧表は尼崎市のホームページに掲載しています。

#### いきいき百歳体操 実施条件

- ①週1回、5人以上で集まり、3ヶ月以上継続されること。
- ②地域にお住まいの高齢者の方であれば、誰でも参加可能であること。
- ③会場・イス・テレビ・DVD デッキ・血圧計を準備していただくこと。
- ④運営は参加されるみなさんで行っていただくこと。



#### ◎いきいき 100 万歩運動

適度な運動を継続して行えるよう、ウォーキングを推奨しています。ウォーキングの歩数を記録するための「貯筋通帳」をお渡しし、1日1万歩を限度として、ご自身の都合や体調に合わせて、その日に歩いた歩数をご自身で積み立てていただきます。

100万歩以降、所定の歩数を達成された方には、記念品を進呈し、1000万歩を達成すると市長表彰を行っています。



#### ◎高齢者ふれあいサロン

地域の福祉会館や団地の集会所等で、地域の高齢者や住民が中心となって運営する高齢者のための集いの場所で、だれでも気軽に立ち寄ってお茶を飲んだり談笑できる交流スペースです。定期的開催していただくことで、参加者間の顔の見える関係づくりや相互の見守りを促進し、高齢者のひきこもりや孤立の防止を図るとともに、体操の継続的な実施による介護予防効果に加え、多様な参加者による交流の促進や地域活動の活性化などが期待できます。

利用の事前申し込み等は不要です。実施日時や場所の一覧は市のホームページに掲載しています（ただし開催日は原則であり、臨時に休止・変更となることがあります）。

高齢者ふれあいサロンを運営する住民グループに対して活動費の一部を補助する事業を行っています。

#### ◎おいしく食べよう健口（けんこう）教室

お口を健康に保ち、バランスの良い食事をとることは、とても大切です。いつまでも自分の歯でおいしく食べて、毎日元気に過ごせるように「食事」や「お口」に関する体験学習を実施しています。公共

施設で実施する調理実習つきの「定期講座」（年18回、うち4回は男性限定）と高齢者ふれあいサロンやいきいき百歳体操グループなどの地域団体からの依頼に応じて皆さんが交流する場へ管理栄養士や歯科衛生士が出向く「出前講座」があります。

定期講座の日程や出前講座の申込は市のホームページにて確認ができます。

一般介護予防事業の詳しい内容については尼崎市ホームページをご覧ください。

掲載ページ⇒尼崎市トップページ>くらし・手続き >高齢者支援 >健康づくり・介護予防

もしくは ID 検索

◆その他の健康づくりや社会資源の情報

尼崎市ホームページから

- ▶ 障害学習プラザ ID 検索
- ▶ 地域総合センター ID 検索
- ▶ 老人福祉センター ID 検索  (尼崎市社会福祉協議会)
- ▶ 体育館 ID 検索  (尼崎市スポーツ振興事業団)

生涯学習情報誌「あまナビ」 ID 検索  …子どもから大人までを対象とした幅広い身近な学びの情報を含めたフリーペーパーで、市内の公共施設等に設置しています。

尼崎市地域情報共有サイト「あましえあ」 ID 検索  …公営・民営を問わず、市内の地域の交流や集いの場、相談窓口、コミュニティ拠点施設、市民活動団体等の幅広い地域情報を掲載しているサイトです。

シニア元気↑(UP) パンフレットについて

高齢者等の「社会参加」を促すため、「どこでどんな活動をしているのかわからない」「活動がしたいけど、活動できる場所がわからない」といった方に向けて市内の「参加できる場所(いきいき百歳体操等)」「利用できる場所(生涯学習プラザ等)」等を紹介したパンフレットです(毎年内容を更新し、発行を予定しています)。

社会資源の情報を有効に活用し、高齢者の元気↑(UP)へつなげて、支援の幅を広げていきましょう。



住民主体の活動につなぐ際のエチケット

ふれあいサロンなどの住民主体の取り組みは「地域にお住いの方が協力して、お互いに支え合う」気持ちで、ボランティア的に行われています。利用者の方に紹介するときには、

「介護サービスのように、契約で成り立つものではなく」

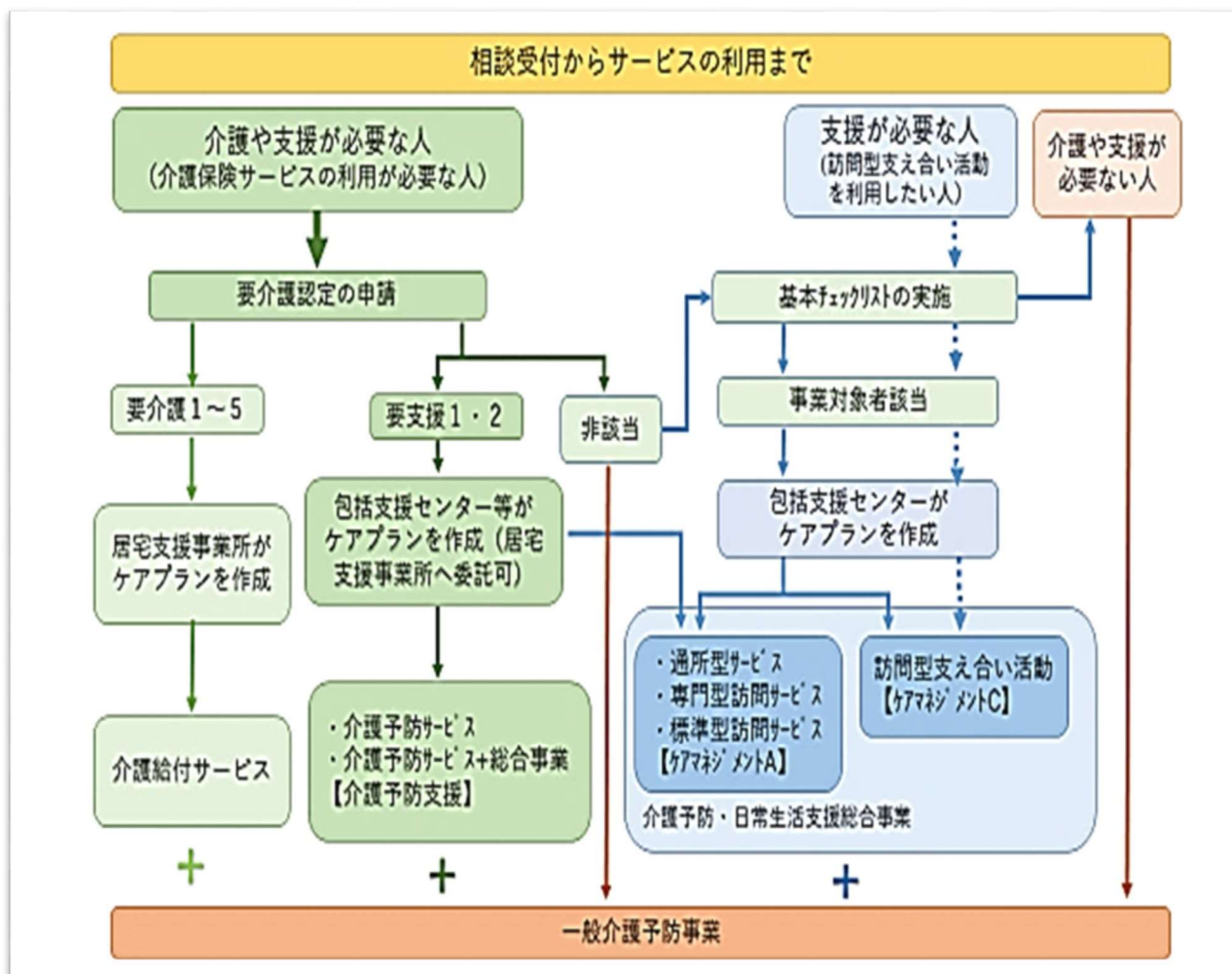
「気持ちでつながるお互いさま・おかげさまの関係である」



と理解いただき、連携していくことが大切です。



(4) 相談受付から利用までの流れ



1. 相談者が市役所や地域包括支援センター（以下、包括 C）の窓口で相談に来られた際には、相談内容を聞き取り、サービスの利用が必要な場合には、まず要介護認定申請を助言します。相談者が居宅支援事業所に来所した場合も同様に対応し、要介護認定申請を代行する、または住所地を管轄する包括 C を案内します。
2. 相談者が、介護サービスの利用の必要はないけれど、ちょっとした日常生活の支援（ごみ捨て、洗濯物の取り入れ、庭木の手入れ等）が必要で訪問型支え合い事業の利用希望があった場合、包括 C へ案内します。包括 C 職員は基本チェックリストを実施し、基本チェックリストを受けた結果、生活機能の低下等がみられ、支援が必要と判断されれば事業対象者となり、包括 C による介護予防ケアマネジメント C を受けて、訪問型支え合い事業の利用へつなぎます。（要支援認定者から、訪問型支え合い事業のみの利用希望があった場合にも包括 C による介護予防ケアマネジメント C を受けます。）
3. 相談者が、明らかに心身機能が元気で一般介護予防事業の案内でよい場合、包括 C にて、地域の活動の場や一般介護予防事業の案内をします（一般介護予防事業に参加したい場合は、要介護認定の必要はありません）。

4. 要支援 1・2 の認定を受け、サービス利用の希望がある場合は、包括 C または受託先の居宅支援事業所による介護予防ケアマネジメント（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A）を実施し、必要なサービス調整を行います。
5. 非該当（自立）の判定を受けた場合でも、介護予防・生活支援サービス事業の利用が必要な場合は、包括 C で基本チェックリストを受けます。基本チェックリストを受けた結果、生活機能の低下等がみられ、何らかの支援が必要と判断されれば事業対象者となります。包括 C が介護予防ケアマネジメントを実施し、必要と判断された介護予防・生活支援サービス事業等の調整を行います。

### 【事業対象者判定の流れ】

- ◆基本チェックリストは包括 C でのみ行います。本人が市役所に来られ基本チェックリストの実施を希望された場合は、管轄の包括 C を案内します。
- ◆当該包括 C の担当地区に住民票がある高齢者（他市保険者の住所地特例者を含む）が対象となります。第 2 号被保険者（40 歳～64 歳の方）は実施対象外。
  - ①被保険者証を確認します。必要に応じ、要介護認定の結果、非該当であったことを確認します。
  - ②本人と面接の上で、包括 C 職員（原則 3 職種）が基本チェックリスト（P60 参照）を行います。

#### 【事業対象者に該当する基準】

①No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	全般的な機能低下
②No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	運動機能の低下
③No.11～12 までの 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
④No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	口腔機能の低下
⑤No.16～17 までのうち No. 16 に該当	閉じこもり
⑥No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	認知機能の低下
⑦No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	うつの可能性

- ③所定様式を用い、基本チェックリストの結果を記入した原本を介護保険事業担当課に提出をします。
- ◆事業対象者の有効期間に期限はありません。心身状態に変化が生じた場合や介護サービスの利用を検討する必要がある場合には要介護認定の申請を助言します。
- ◆事業対象者の介護予防ケアマネジメントは包括 C が直接行い、居宅介護支援事業所へは委託は行いません。

### 【自己作成（セルフケアプラン）について】

- ◆予防給付における自己作成は、市町村の承認が必要であり、利用者があらかじめ介護保険事業担当課に届出を行う必要があります。また、給付管理等の事務手続きを利用者自身が毎月行う必要があります。
- ◆総合事業のみを利用する利用者に対する介護予防ケアマネジメントは、第 1 号介護予防支援事業として、包括 C によって行われるものとされており、国のガイドラインにおいては、ケアプランの自己作成に基づく総合事業のみのサービス利用は想定されていません。本市においても、国のガイドライン同様、原則自己作成（セルフケアプラン）は想定していません。

【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの種類】

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント A		介護予防ケアマネジメント C
対象者	要支援 1・2	要支援 1・2	事業対象者	要支援 1・2 事業対象者
対象サービス	<u>介護予防給付</u> ・介護予防福祉用具貸与 ・介護予防訪問看護 ・介護予防通所リハ ・介護予防訪問リハ 等	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・通所型サービス ・訪問型サービス 専門型訪問サービス 標準型訪問サービス	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・通所型サービス ・標準型訪問サービス	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・訪問型支え合い事業
	注) 介護予防給付と介護予防・生活支援サービスを組み合わせるときは、介護予防支援を適用します。サービスの利用状況により、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で変更となることもあります。			
実施機関	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所に委託可能		地域包括支援センター	
アセスメント	実施（初回・更新・変更時）		実施（初回・変更）	初回のみ
ケアプラン様式	介護予防サービス・支援計画書			介護予防サービス・支援計画書 （簡易版）
サービス担当者会議	ケアプラン作成時・変更時			不 要
利用者への同意・説明	ケアプラン作成時・変更時			ケアプラン作成時
ケアプラン確定・交付	ケアプラン作成時・変更時 （利用者・サービス担当者への交付）			ケアプラン作成時 （利用者へのみ）
ケアプラン期間	最大 1 年間（但し、認定有効期間内）		最大 6 カ月間	な し
モニタリング	毎 月 （3 カ月に 1 回は訪問によるモニタリング）		毎 月	な し
終了評価	ケアプラン変更時・終了時		変更時・終了時	な し
委託プランの算定方法	居宅介護支援費×1/2	上限なし （通減性には含めない）※1	—	—
サービスコード	6 4	A F		

※1 居宅介護支援費の通減性について、介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含み、介護支援専門員（常勤換算）1人あたり40件を超えた場合、超過部分に対し、通減性が適用されます。介護予防ケアマネジメントは通減性には含めませんが、計画作成者の負担等を考慮する必要があります。

#### 《介護予防支援・要支援者に対する介護予防ケアマネジメントA》

介護予防支援と要支援者に対する介護予防ケアマネジメントAは、考え方や方法、使用様式等と同じで、サービスの利用状況により、「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」のサービスコードで請求を行います。

尼崎市における介護予防ケアプランの期間は最長1年（要支援認定者の場合は認定有効期間を超えない）とします。

#### 《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントA》 実施機関は包括C

- ①事業対象者の介護予防ケアマネジメントAのケアプラン期間は最大6ヵ月とする。
- ②要支援状態になることを少しでも遅らせることを目標として作成する。
- ③最大6ヵ月での卒業を目指し、利用者が要望されるサービスを利用するだけでなく、日常生活において支援が必要となっている障害要因を軽減することも目標にする。
- ④総合事業サービスを利用する際は、担当者会議を開き、多職種の意見を聞く。
- ⑤専門型訪問サービスを利用することは想定していない。
- ⑥計画の終了評価を行った結果、継続して総合事業サービスの利用が必要と判断される場合は、市(包括支援担当)と協議、サービスを継続して利用するかどうか検討する。

継続の必要がある場合には、包括Cは市（包括支援担当）へ次の書類を提出します。

○利用者基本情報 ○課題分析アセスメントシート ○基本チェックリスト ○興味関心シート ○食事状況確認シート ○サービス担当者会議録○介護予防サービス・支援計画書 ○支援経過（サービス開始以降～直近） ○評価表
---

#### 《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントC》 実施機関は包括C

尼崎市では令和3年4月から実施しています。

介護予防ケアマネジメントCは訪問型支え合い活動のみの利用の開始時に行われる初回のみでのケアマネジメントで、包括C職員（原則3職種）がアセスメントを行い、介護予防サービス・支援計画書（簡易版）を用い、ケアプラン作成を行います。原則として、モニタリングや評価は行いません。

このページは  
白紙です