

第1章 介護予防の基本的な考え方

1. 介護保険制度における介護予防の位置づけ

(1) 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態となることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合にも、介護サービスを利用して能力維持向上に努めると明文化されています。

《介護保険制度の基本理念》

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分に配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(保険者)

第三条 市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする。

2 市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、特別会計を設けなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(2) 介護保険制度における介護予防とは

介護予防は、次の2つのポイントに集約されます。

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと
- ② 要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。

②では、生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防を図るものです。

(3) 介護予防のポイント

① 高齢者の主体性を引き出す工夫

介護予防の実践にあたっては、何よりも高齢者の主体的な取り組みが不可欠で、それがなければ、十分な効果が期待できません。「なぜ、今、その取り組みが必要なのか」を明確に、高齢者が理解しやすい言葉や視覚で伝わるよう工夫を行うことが必要です。

尼崎市では、市内の医療・介護の専門職が集まり専門知識を出し合い、介護予防・重度化防止ハンドブック「いつまでも心と体も健康に」を作成しており、市ホームページからダウンロード可能です。

介護予防の具体的な取り組みや体験記などを掲載しています。

冊子の内容をわかりやすく説明した動画も掲載しています。冊子は尼崎市包括支援担当・各包括C・南北保健福祉センターなどで配布しています。



尼崎市地域ケア会議代表者会議

② 改善・維持・悪化の可能性を見極める視点と洞察力

高齢者が「できない」と話すことに対し、その理由は意欲が持てないからか、習慣がないからか、今は痛みがあるからなのか、確認していくことが大切です。要望に沿ったサービス提供を行うだけでは、要介護状態の進行を防止できないだけでなく、サービスの依存も生み出していく場合があります。

「高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、「できない」部分をサポートしながら、「できるようになる」ために必要なことを考え、高齢者の行動変容に繋がる動機づけへの支援を常に考えることが必要です。

そのためには、現病歴や既往歴の理解、健康管理の方法、家庭・地域内の環境、利用者の生活状況や生活史、趣味や関心ごと、性格、価値観、経済面…と様々な情報をキャッチし、整理しながらアセスメントを行っていく技量が求められます。

③ 固定観念にとらわれない発想

虚弱な高齢者に対して、単に支えられる側として支援を受けるのみでなく、支える側に回れるよう支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出すよう支援することが大切です。加齢に伴う心身機能の低下を「もう歳だから」と安易に諦めるのではなく、固定観念にとらわれない発想で、多くの方の社会参加を促進できる方法を考えることが求められます。

④ 効果的な介護予防には地域づくりも重要

介護予防の効果を発揮するためには、単に個々人に対する支援に留まらず、包括 C や地域の核となる関係団体や医療・介護福祉の関係機関、民間の諸団体などが協働できる社会環境の整備も重要です。地域において、介護予防に資する自主的な活動を広め、介護予防に向けた取り組みが積極的に実施される地域社会の構築を目指し、地域社会全体で生活環境等の整備や地域ケア体制づくりなどに取り組むことが重要です。

「自立（気付き）支援型地域ケア会議」

ケアマネジャーの皆様から事例提供を受け、包括 C 主催で多職種による自立（気付き）支援型地域ケア会議を開催しています。

高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護サービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討しています。多職種が参加し、それぞれの専門的視点からのアセスメントや支援策の提案を行います。

参加職種

薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・リハビリテーション専門職・主任ケアマネジャー・生活支援コーディネーター等

事例対象者

事業対象者・要支援者・要介護者（1 又は 2）の比較的軽度な状態の人で、かつ会議での助言・提案を伝えたときに、一定の理解が可能な人。



検討事例の例

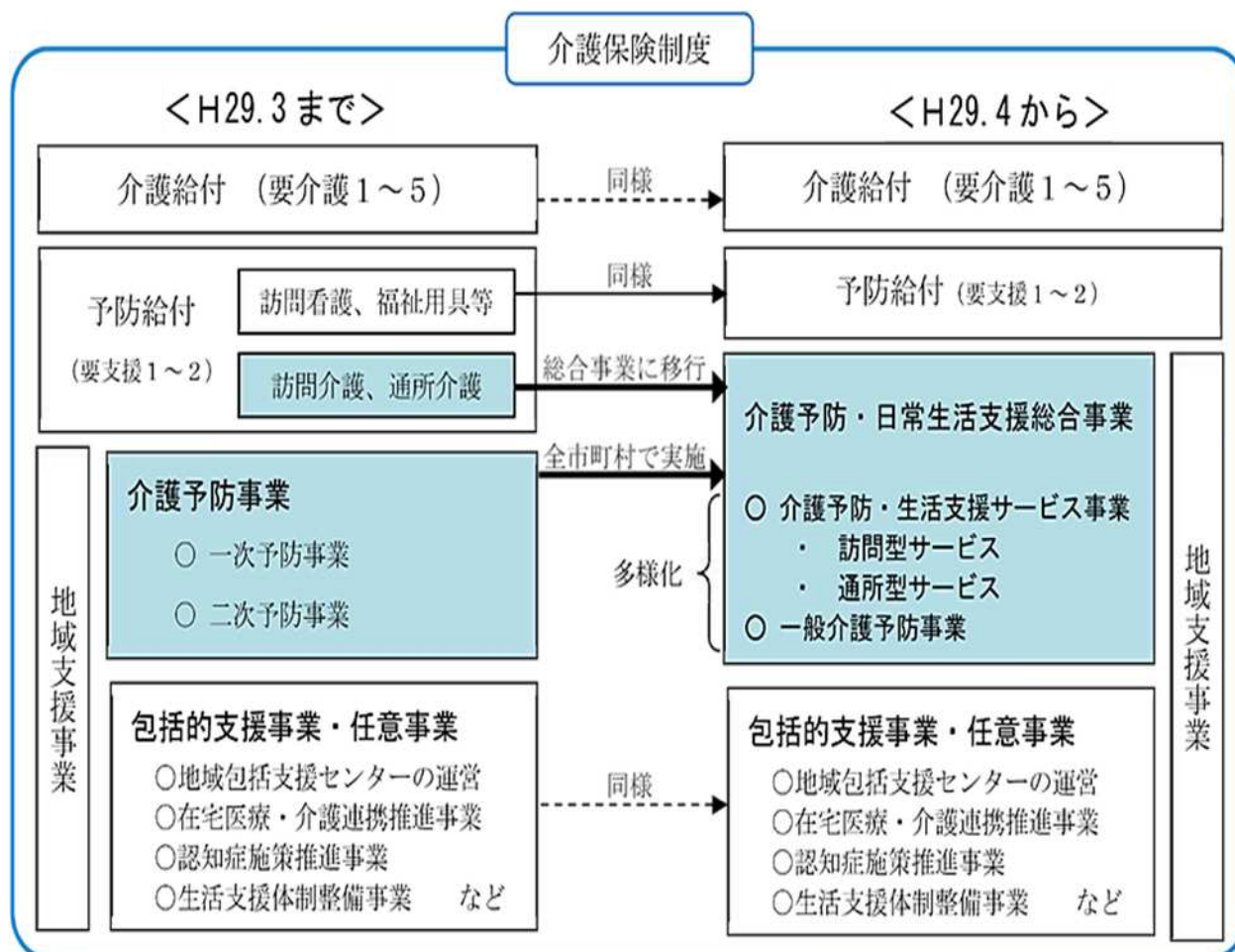
- ・意欲のある対象者であり、もっと提案できる情報がほしい。
- ・痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向がある。
- ・新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない。できることはないか。
- ・身体機能が回復してきたため、社会参加をもっと活性化させたい。
- ・長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けており、新たなアセスメント視点はないか。
- ・助言者の専門職に教えてほしいことがある（薬、食事、口腔、リハビリ、社会資源等）

高齢者の生活の質を高めるケアマネジメントのためには、ケアマネジャーが広く高齢者の支援に係る多職種の視点や考え方に気付くこと、また多職種もケアマネジャーをはじめとする他の多職種の視点に気付くこと、自立（気付き）支援型ケア会議は参加者の気づきや地域課題も目的の一つとしています。詳しくは尼崎市ホームページを確認ください。（事例提供者向けマニュアル等もダウンロードが可能です）

掲載ページ⇒トップページ > 市政情報 > みんなで考える尼崎の未来 > 審議会・協議会・意見交換会 > 地域ケア会議 もしくは ID 検索

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ています。

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ています。

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、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

介護予防訪問リハビリテーション

介護予防通所リハビリテーション

介護予防短期入所療養介護

介護予防福祉用具貸与

介護予防訪問看護

介護予防居宅療養管理指導

介護予防短期入所生活介護

介護予防特定施設入所者生活介護

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

介護予防認知症対応型共同生活介護

○介護予防住宅改修

○介護予防支援

●**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

専門型訪問サービス

標準型訪問サービス

訪問型支え合い活動

○通所型サービス

介護予防型通所サービス

○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

○ 体験型スポーツクラブ教室 など

(2) 介護予防・生活支援サービス事業

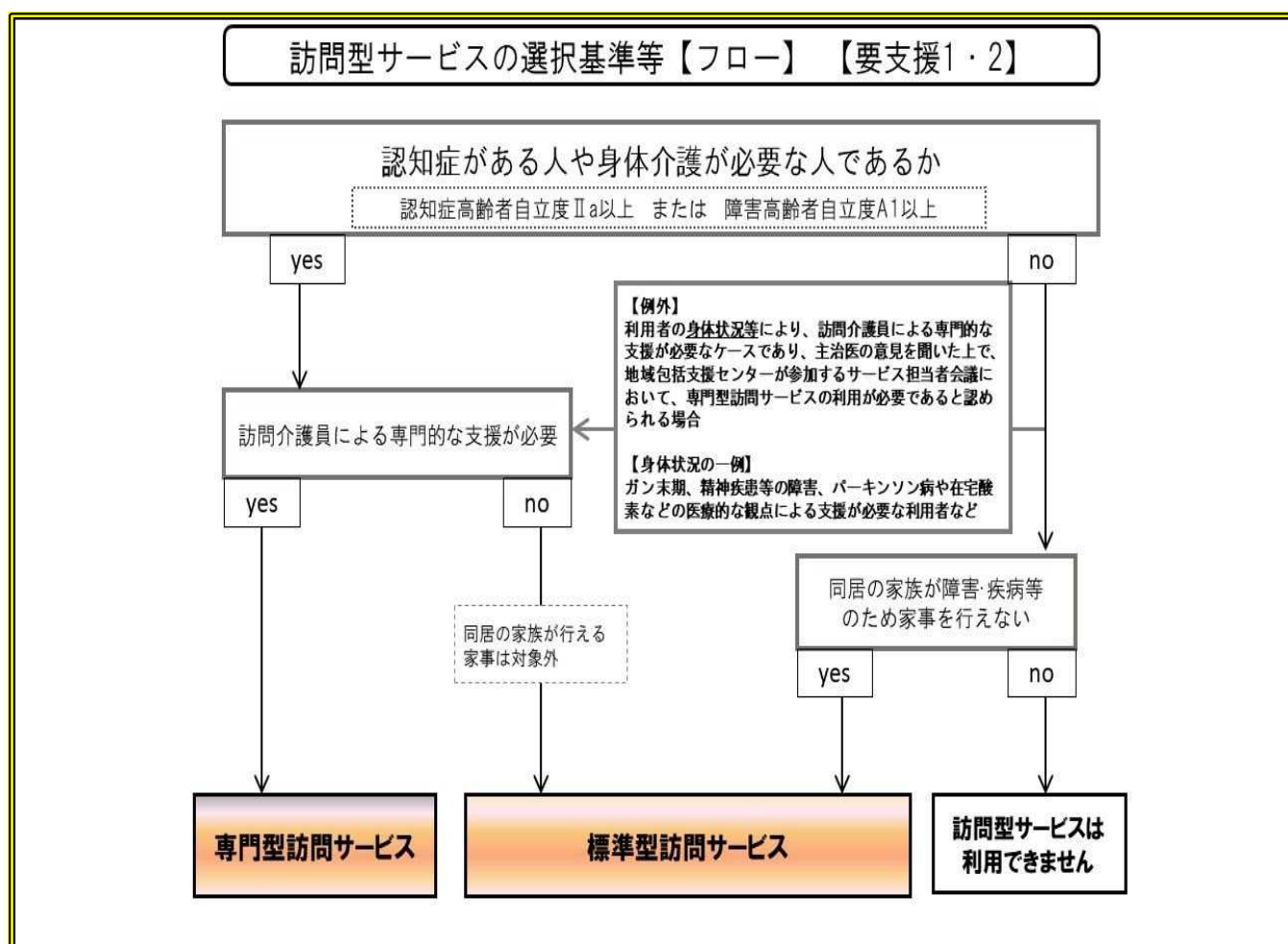
●訪問型サービス

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。



① 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Ⅱa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、包括C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Ⅱa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確認します。

② 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Ⅱa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 検索

③ 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



●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終了し、住民主体の活動に移行することも目標とします。

例外的に専門型訪問サービスを導入する場合に包括 C 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包括 C 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。

(包括 C がサービス担当者会議で確認する事項)

- 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。

(3) 一般介護予防事業

① いきいき百歳体操

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主体となり運営する、だれでも気軽に立ち寄ることができ、DVD の映像にあわせて週 1 回行う体操・交流の場です。

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、みなさんと一緒に参加することができます。

開催日時や開催場所等については、担当課に確認ください。

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 ヶ月以上継続できること。
- ②地域にお住まいの高齢者の方であれば、誰でも受け入れができること。
- ③会場・イス・テレビ・DVD デッキ・血圧計を準備できること。
- ④参加されるみなさんで運営ができること。



② いきいき 100 万歩運動

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 万歩を限度に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るものです。

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、5000 万歩を達成すると市長表彰を行っています。

登録方法や登録先等については、担当課にご確認ください。



② 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主体となり運営する、だれでも気軽に立ち寄ることができる交流の場です。

定期的を開催することで、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防止を図ることができます。

開催日時や開催場所等については、担当課にご確認ください。

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。

④ 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付きの「定期講座」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。

⑤ 体験型スポーツクラブ教室

地域資源を活用した自発的な介護予防・フレイル対策の実践に向けた支援として、武庫健康ふれあい体育館で、スポーツジムで実施されているプログラム(ヨガやエアロビ、歩き方講座等)を体験できる事業を実施しています。(全10回/3か月、年4回実施)

ジムのトレーナーによる健康づくりのアドバイスが貰えたり、フレイル講話の受講ができたり、自分一人でもできる運動を紹介してもらえたりすることに加え、新しい仲間づくりもできます。

また、修了者には、市指定のスポーツジム利用料の割引特典があります。(月4,000円、最大3か月)

詳細は、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

1001958

検索



⑥ 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 **検索**

- 生涯学習プラザ 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

広い年代を対象とした身近な学びの情報を含むフリーペーパーです。
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 (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 (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ポイント

ふれあいサロンなどの住民主体の取り組みは「地域にお住まいの方が協力して、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、

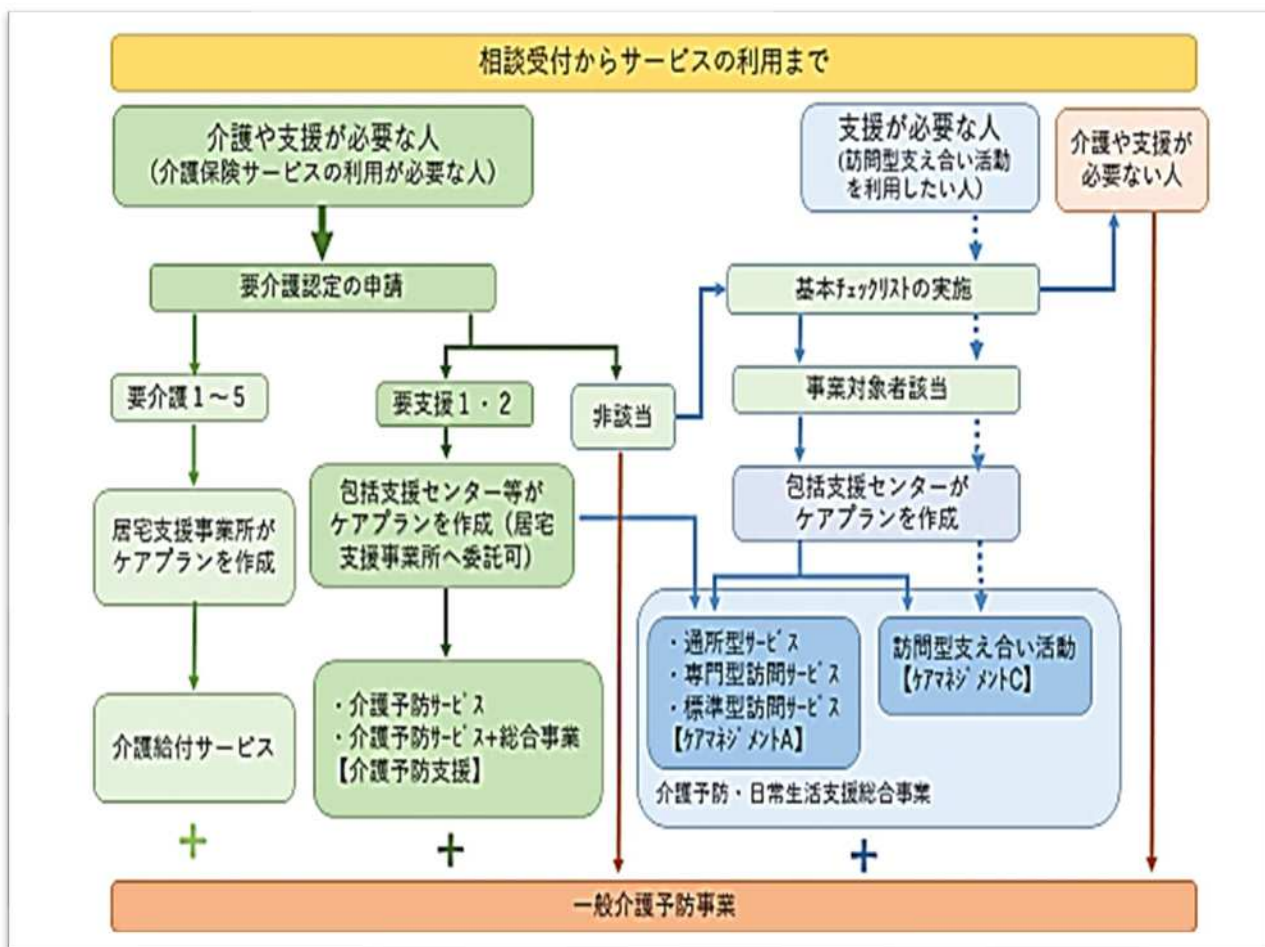
「介護サービスのよう、契約で成り立つものではなく」

「気持ちでつながるお互いさま・おかげさまの関係である」

ということを理解したうえで、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 相談者が市役所や包括C、または指定介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所の窓口相談に来られた際には、相談内容を聞き取ります。
サービスの利用が必要な場合に、居宅介護支援事業所の場合は、要介護認定申請を助言したうえで、住所地を管轄する包括Cでの申請を案内するか、代行申請を行います。
- 2 相談者が、介護サービスの利用の必要はないものの、細かな日常生活の支援（ごみ捨て、洗濯物の取り入れ、庭木の手入れ等）が必要で、訪問型支え合い活動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（3職種）は基本チェックリストを実施し、基本チェックリストの結果、生活機能の低下等が見られ、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を実施し、訪問型支え合い活動の利用へつなぎます。（要支援認定者から、訪問型支え合い活動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 相談者に心身機能の低下が見られず、一般介護予防事業のみの案内でよい場合、包括Cにて、地域の活動の場や一般介護予防事業を案内します（一般介護予防事業の利用にあたって、要介護認定を受ける必要はありません）。

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、指定介護予防支援事業所（介護予防支援のみ）・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）の認定結果であっても、介護予防・生活支援サービス事業等の利用が必要な場合は、包括 C が基本チェックリストを実施します。その結果、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。

【事業対象者の判定の流れ】

- 1 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）は実施対象外です。
- 2 被保険者証により、要介護認定申請の結果が非該当であったことを確認します。
- 3 利用者と面接のうえで、対象者の住所地を管轄する包括 C 職員（原則 3 職種）が基本チェックリスト（P. 62 参照）を実施します。

【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

4 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へ提出します。

- ◆**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の委託は行いません。**

【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、尼崎市の承認が必要であり、利用者が予め介護保険事業担当へ届出する必要があります。**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類型】

	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	・包括 C ・居宅介護支援事業所（委託） ・指定介護予防支援事業所（介護予防支援のみ）		包括 C	
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	厚生労働省の示す標準様式			簡略様式
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：認定有効期間		最大 12 か月間	な し
モニタリング	毎月（3 か月に 1 回は訪問によるモニタリング・条件が揃い文章での同意が得られた場合は、6 か月の間の 3 か月に 1 回はモニタリング訪問、別の 3 か月に 1 回はテレビ電話でのモニタリングも可能）		毎 月	な し
評価	策定時から 1 年毎・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×1/3	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 3 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 45 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》

- ① 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、使用様式等は同じで、サービスの利用状況により、「介護予防支援（64）」「介護予防ケアマネジメント（AF）」のサービスコードで請求を行います。
- ② 介護予防のケアプラン期間は、認定有効期間内（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》

- ① 実施機関は地域包括支援センター（原則3職種）です。
- ② 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：12ヶ月です。
- ③ 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します。
- ④ 最大：12か月でサービス利用終了を目指し、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阻害要因を軽減することも目標にします。
- ⑤ 総合事業サービスを利用する際は、担当者会議を開き、多職種の意見を聞きます。
- ⑥ 専門型訪問サービスを利用することは想定していません。
- ⑦ 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、包括C内（3職種）で協議し、サービスを継続して利用するかどうかを検討します。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 ○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

- ① 令和3年4月から実施しています。
- ② 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のケアマネジメントで、地域包括支援センター職員（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（簡略様式）」を用い、ケアプラン作成を行います。
- ③ 原則、モニタリングや評価を行いません。

