

介護予防・日常生活総合事業 (新しい総合事業) の理解を深めるために

概 要

桑名市保健福祉部 介護・高齢福祉課
中央地域包括支援センター



本物力こそ桑名力

1. 介護予防・生活支援サービス事業

(以下、サービス事業という)

2. サービス事業対象者の流れ

3. 介護予防ケアマネジメント

【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

＜現行＞

介護保険制度

＜見直し後＞

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 21%
2号保険料 29%

【財源構成】

国 39.5%
都道府県 19.75%
市町村 19.75%
1号保険料 21%

地域支援事業

地域支援事業

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
○二次予防事業
○一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合
は、上記の他、生活支援サービスを含む
要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援
業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1～2、それ以外の者)
○介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス(配食等)
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
○一般介護予防事業

包括的支援事業
○地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
○**在宅医療・介護連携の推進**
○**認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
○**生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業
○介護給付費適正化事業
○家族介護支援事業
○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で
実施

多
様
化

充
実

1. 地域支援事業の充実

介護保険制度の改正

社会保障・税一体改革の一環として、介護保険制度改革に基づき、平成27年度より消費税増収分を活用した「地域支援事業」の充実



平成27年度より、介護予防給付の一部のサービスが地域支援事業へ移行することに伴い、新しい「**介護予防・日常生活支援総合事業**」を地域支援事業の一類型として開始する。



平成27年度より、これまでの地域包括支援センターの運営に「地域ケア会議の充実」を位置付けたほか、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」及び「生活支援体制整備事業」に取り組む。



具体的には、**介護予防・生活支援サービス事業**のうち、
① 訪問型サービス
② 通所型サービス
③ 介護予防ケアマネジメント
及び一般介護予防事業 を開始。



具体的には、
地域包括支援センターの機能強化
在宅医療・介護連携支援センターの設置
認知症ケアパスの作成および更新
認知症初期集中支援チームの設置
認知症地域支援推進員の配置
地域支援コーディネーターの配置



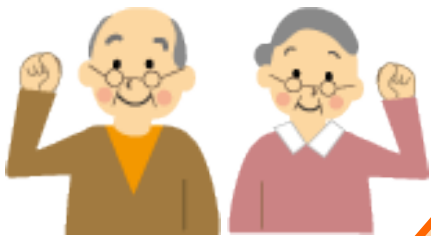
- 「介護予防に資するサービス」及び「在宅生活の限界を高めるサービス」の提供体制の整備を行うことにより「地域包括ケアシステム」の構築をめざす。
- 消費税増収分による社会保障の充実を市の取り組みを通して「見える化」する。



「地域包括ケアシステム」の基本理念

高齢者の尊厳保持・自立支援

(介護保険法第1条)



セルフマネジメント(「養生」)

健康の保持増進

(介護保険法第4条第1項)

能力の維持向上

介護予防に資するサービスの提供

(介護保険法第2条第2項及び第5条第3項)

在宅生活の限界点を高めるサービスの提供

(介護保険法第2条第4項及び第5条第3項)

一般高齢者

要支援者

要介護者

在宅サービス

施設サービス

身近な地域での 多様な資源の「見える化」・創出

『介護予防・日常生活支援
総合事業』
『生活支援体制整備事業』



多職種協働による ケアマネジメントの充実

『地域ケア会議』
『在宅医療・介護
連携推進事業』
『認知症総合支援事業』

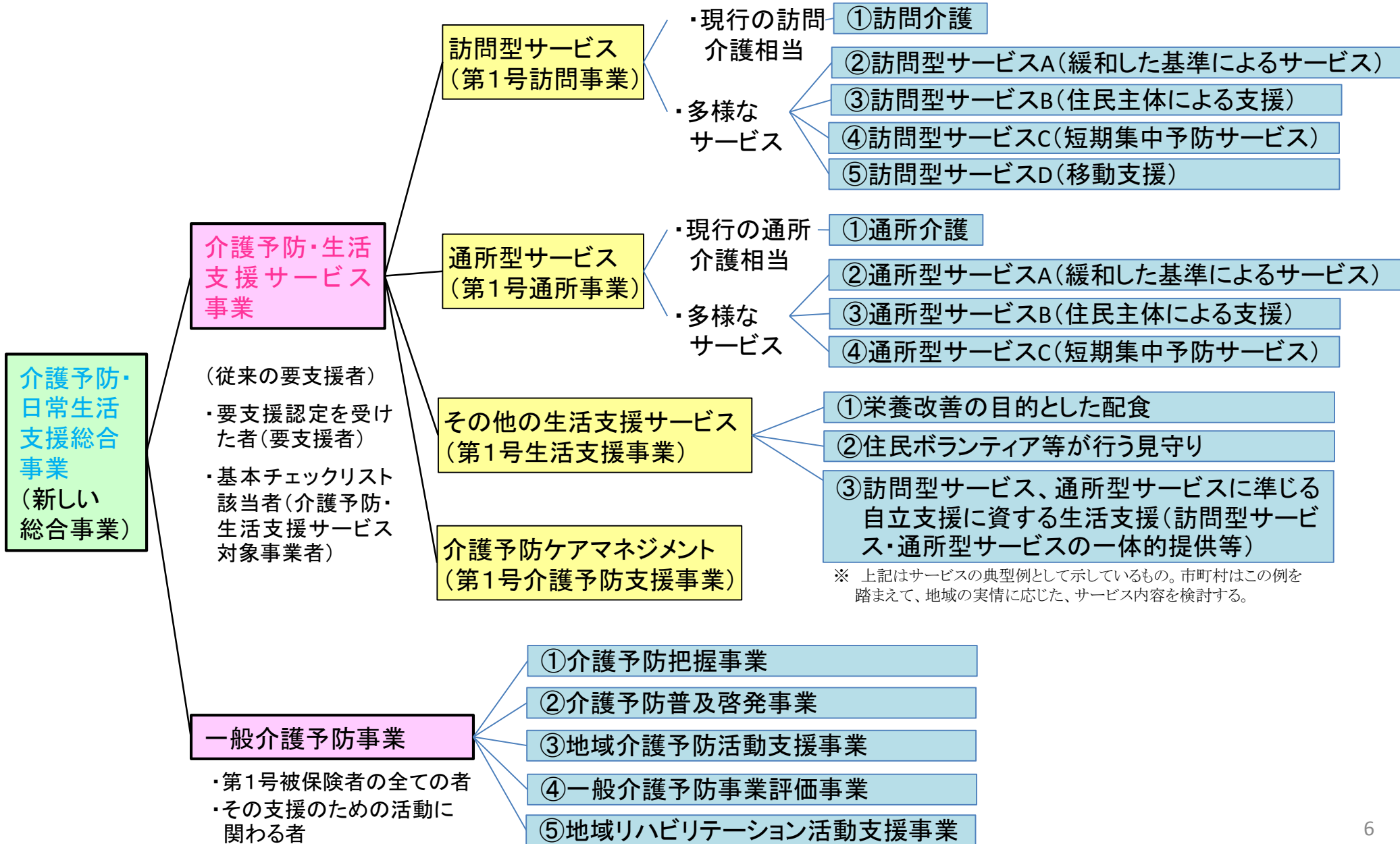


施設機能の地域展開

『新しい在宅サービス』



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

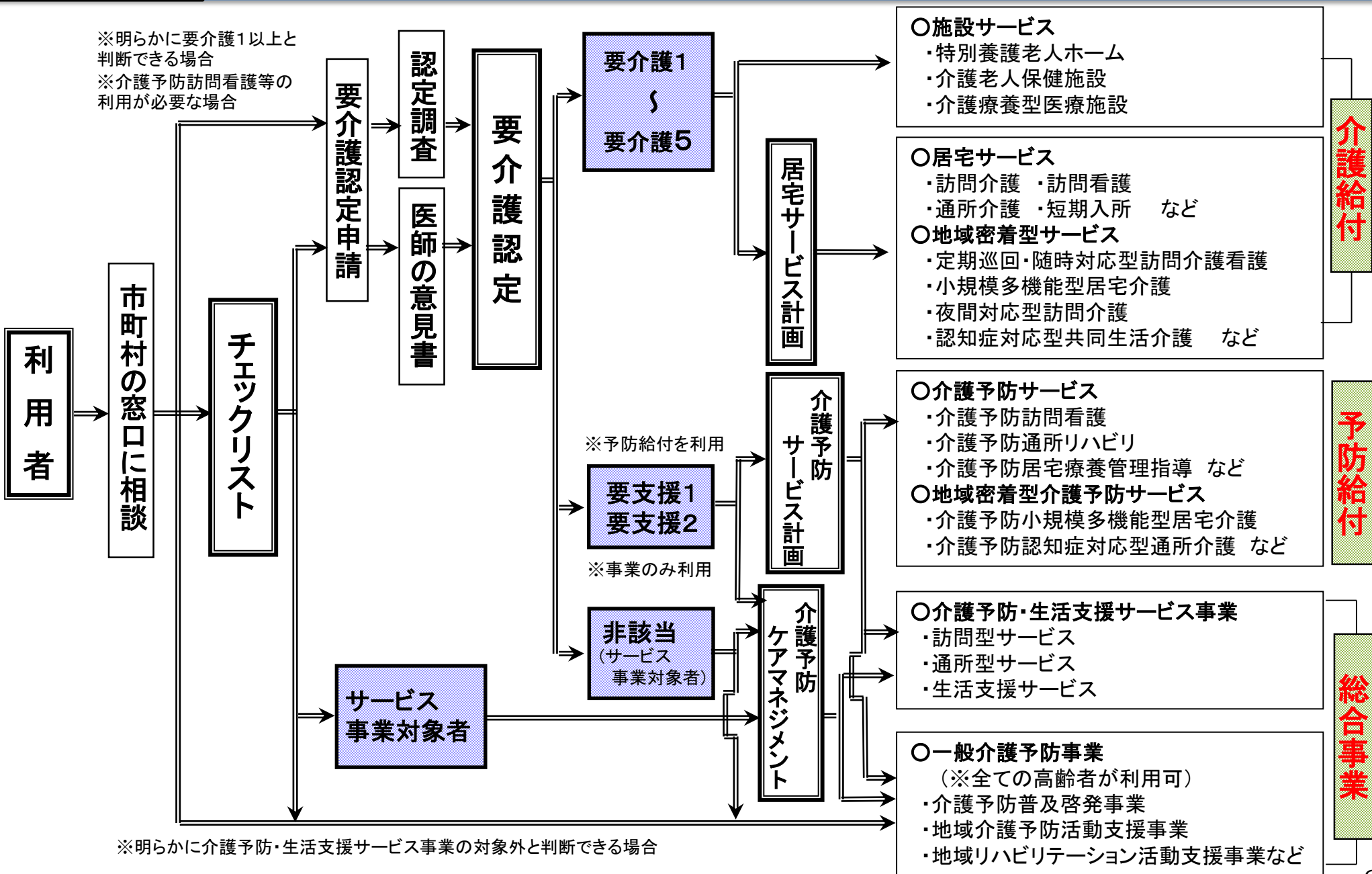


※ 上記はサービスの典型例として示しているもの。市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

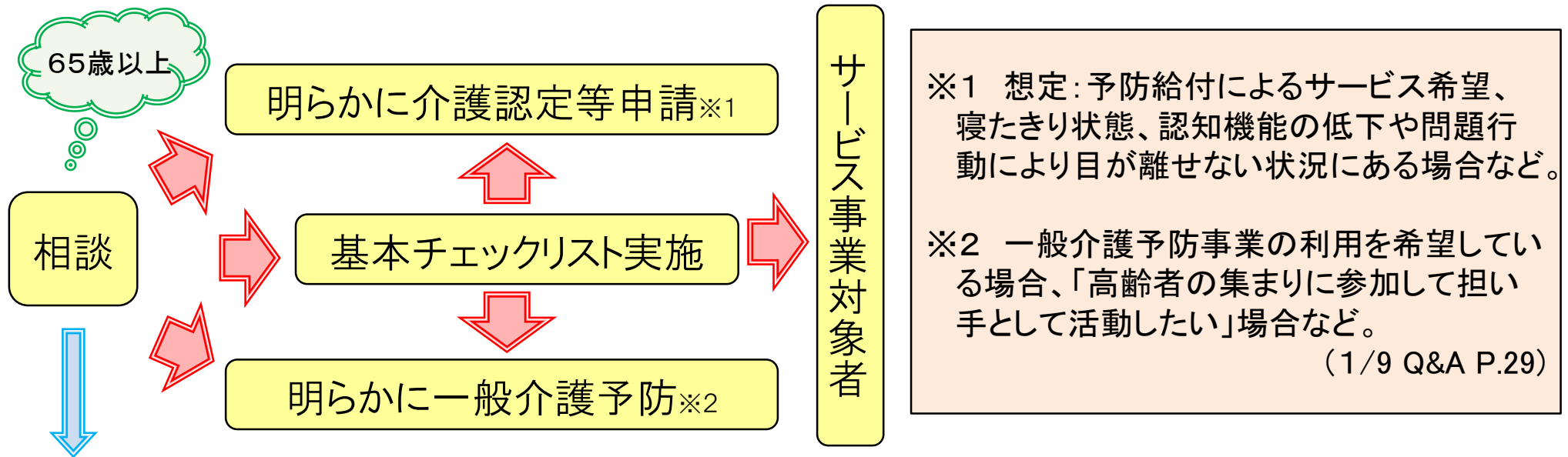
介護予防・生活支援サービス事業の構成

国の示すサービス種類	市の事業名(案)	事業概要(案)
訪問介護	訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の介護予防訪問介護と同様 ・ 現行のサービスを提供する事業所みなし指定（3年間） ・ 利用者負担：1割
訪問型サービスB (住民主体による支援)	えぷろんサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 掃除、洗濯、買い物等の日常生活支援 ・ シルバー人材センターに委託 ・ 利用者負担：3割＋実費
	おいしく食べよう訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問による「食事相談」、「献立相談」、「体重測定」等の提供 ・ 食生活改善推進協議会に委託 ・ 利用者負担：3割＋実費
訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	栄養いきいき訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理栄養士による訪問栄養食事指導を提供 ・ 三重県栄養士会地域活動協議会桑名支部に委託 ・ 利用者負担：1割
	お口いきいき訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科衛生士による訪問口腔ケアを提供 ・ 三重県歯科衛生士会桑名支部に委託 ・ 利用者負担：1割
訪問型サービスD (移動支援)	「通いの場」応援隊	<ul style="list-style-type: none"> ・ シルバーサロン等の利用者の自宅とサロン間の移送 ・ サロン等を運営する住民による支援に介護支援ボランティア制度を適用
通所介護	通所介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の介護予防通所介護と同様 ・ 現行のサービスを提供する事業所みなし指定（3年間） ・ 利用者負担：1割
通所型サービスB (住民主体による支援)	シルバーサロン	<ul style="list-style-type: none"> ・ 茶話会などの地域住民が相互に交流する機会を提供 ・ 「宅老所」「ふれあいサロン」「まめじゃ会」に助成 ・ 利用者負担：実費
	健康・ケア教室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護専門職等が通所による運動、栄養、口腔、認知等に関する介護予防教室を開催 ・ 既存のサービスを提供する指定事業所等に助成 ・ 利用者負担：実費
通所型サービスC (短期集中予防サービス)	くらしいきいき教室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護専門職が送迎を伴う通所による機能回復訓練等と訪問による生活環境調整等とを組み合わせ提供 ・ 通所介護、認知症対応通所介護等を提供する事業所を対象として公募により指定 ・ 利用者負担：1割又は2割

【参考】介護サービスの利用の手続き



2. サービス事業の流れ（ガイドラインP. 55～56）



- 被保険者から、相談の目的、希望するサービスを聴き取る。
- 窓口担当者は、サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行う。
(特にサービス事業は、その目的や内容、メニュー、手続等について、十分説明を行う。)

○ 総合事業の説明

- ① サービス事業によるサービスのみ利用する場合、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービス利用が可能であること。
- ② 事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること。

	質問項目	
1	バスや電車で一人で外出していますか	生活
2	日用品の買物をしていますか	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	運動
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	
8	15分間位続けて歩いていますか	
9	この1年間に転んだことがありますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	栄養
12	身長（cm） 体重（kg） * BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	
15	口の渇きが気になりますか	

	質問項目	
16	週に1回以上は外出していますか	閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	認知
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	
20	今日が何月何日か、わからない時がありますか	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	うつ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

(1) 基本チェックリストの活用・実施 (ガイドラインP.60～64)

サービス事業対象者に該当する基準(ガイドラインP.62)

1. NO.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
(複数の項目に支障)
2. NO.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)
3. NO.11～12の2項目のすべてに該当
(低栄養状態)
4. NO.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)
5. NO.16～17の2項目のうちNO.16に該当
(とじこもり)
6. NO.18～20までの3項目のうち1項目以上に該当
(認知機能の低下)
7. NO.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当
(うつ病の可能性)

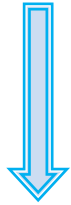
(2) 介護予防ケアマネジメント (ガイドラインP. 65~)

サービス
事業対象者



介護予防ケアマネジメント実施

適切なアセスメントの実施により、設定した目標の達成に向けて主体的に取り組めるよう、必要なサービス事業等を適切にマネジメントしていくことが必要である。(チェックリスト追加項目等によるアセスメントの実施。) 1/9Q&AP.12



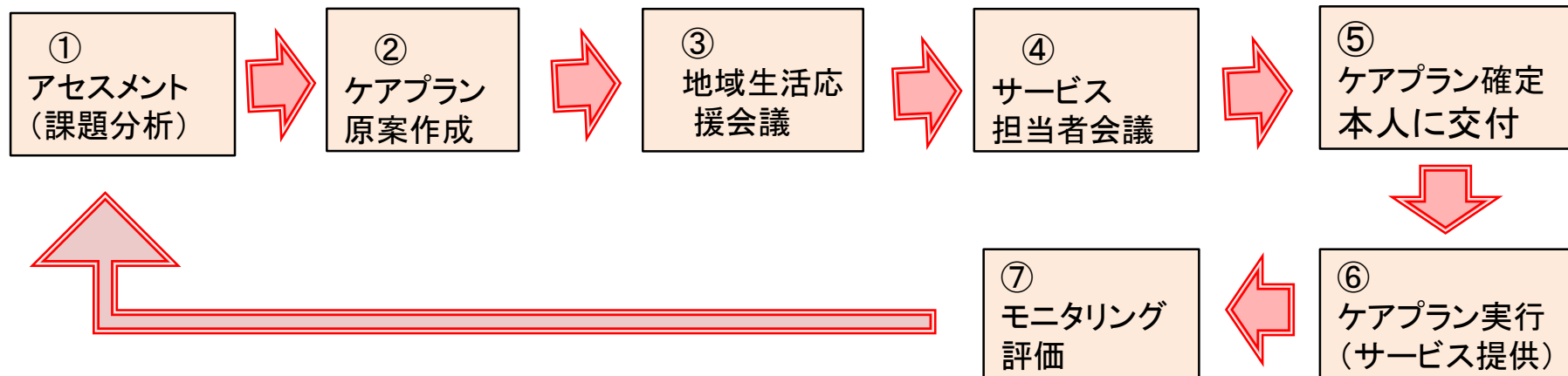
○ サービス事業の趣旨

- ①要支援状態からの自立や重症化予防の推進を図る事業であること。
 - ②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、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、達成後は次のステップに移っていくこと
- 以上を説明し、理解を得たうえで適切なサービス利用につなげていただきたい。(1/9 Q&A P.12)

- 利用者の生活上のなんらかの困りごとに対して、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資するよう、心身機能の改善だけではなく、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していくことが重要である。ガイドラインP. 66

3 介護予防ケアマネジメントの類型（ガイドラインP. 67～）

原則的なケアマネジメントのプロセス



○利用者と、目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し実施できる支援をすることが求められる。

そのためには、より身近に、わかりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ、利用者がそれらを理解して、自分の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、利用者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要である。

（ガイドラインP. 67）

3 介護予防ケアマネジメントの類型（ガイドラインP. 67～）

① ケアマネジメントA

原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス。
指定を受けた事業所のサービスを利用する場合。
通所型サービスCを利用する場合などが該当。

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプランを作成し、サービス担当者会議経て決定。モニタリングはおおむね3か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

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のプロセス。
指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合など。

アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、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)と同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプラン作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

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のプロセス。
補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービス利用につながる場合。
(必要に応じ、その後の状況把握を実施。)

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。
初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持、改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載)を利用者に説明し、理解してもらった上で住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等は行わない。