

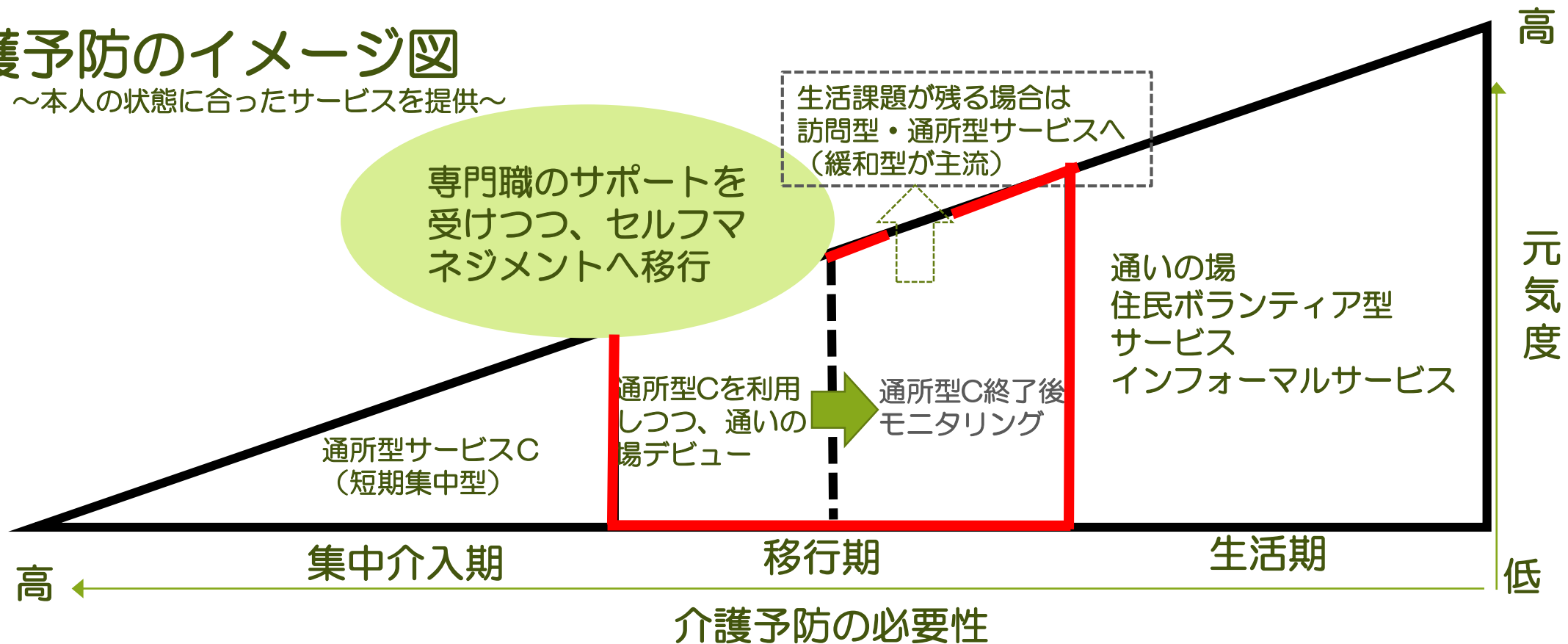
# 目次

- ①くすのき広域連合の現状とこれからの総合事業
- ②相談からサービス導入まで
- ③通所型サービスCについて
- ④その他のサービスについて



# 介護予防のイメージ図

～本人の状態に合ったサービスを提供～



- ・ 通所サービスC終了後、円滑に生活期に移行するためには、サービス利用中から終了後の生活イメージを持ち、地域の通いの場などにつないでいく。
- ・ サービス終了後のモニタリングをケアプランに位置づけることで専門職の介入の機会を確保し、改善状況の確認や新たな課題の早期発見につなげる。

# 多様なサービスの促進

## 【現在の課題】

- 各サービスの状態像を示していない
- 緩和型の状態に該当する方でも相当サービスを利用している
- 緩和型サービスと相当サービスの差がイメージしにくい



令和3年4月  
より

# くすのき広域連合介護予防・生活支援サービス

対象者		要支援認定者または65歳以上で基本チェックリストの判定により事業対象に該当した人 ※介護予防ケアマネジメントに基づき、ニーズ及び状態像に応じた適切なサービスを選択	
サービスの種類		サービスの内容	標準的な状態など
訪問型	訪問介護相当サービス	従前の訪問介護と同様 訪問介護員による身体介護、生活援助 を提供	身体介護を要する人、 3要件・その他精神疾患により、専門 職による中長期的なサポートが必要 な人
	訪問型サービスA (緩和型)	掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提 供するサービス ※身体介護は含まれない	介護予防訪問介護相当サービス以外 で日常的に家事援助が必要な人
	訪問型サービスB (住民ボランティア型)	家事や見守り等、ボランティアによる 生活援助 ※身体介護は含まれない	地域の助け合いによる生活援助によ り介護予防が図れる人



サービスの種類		サービスの内容	標準的な状態など
通所型	通所介護相当サービス	従来の通所介護と同様 中長期的な生活機能向上のための専門職による機能訓練等	3要件・その他精神疾患により専門職の関りが必要な状態で、中長期的なサポートが必要な人
	通所型サービスA (緩和型)	通いの場等一般介護予防事業へのつなぎとして体操、レクリエーションを通じ、社会参加を促進	介護予防通所介護相当サービス又は通所型サービスCの対象とならない人
	通所型サービスB (住民ボランティア型)	ボランティア等の運営による交流や介護予防を目的とした取組み	地域住民の助け合いの場で、主体的な参加により介護予防が図れる人
	通所型サービスC (短期集中型)	生活機能を改善するために運動プログラム等を短期集中的に提供するサービス	介護予防通所介護相当サービスの対象以外で医師から運動制限のない人

相当サービスの状態像に該当する場合であっても、ケアプランに相当サービスが妥当な理由を記載し、理由書を提出



## 多様なサービスの促進

### 【今後の流れ】

- 令和3年4月から各サービスのサービス内容や状態像を示す
- 新規利用者は、サービス内容や状態像を参考にサービス選定
- 継続利用者は、ケアプラン見直し時期に合わせて、サービス内容や状態像を参考にサービスを選定



## 理由書等の提出

- 相当サービスの利用の必要性があるとアセスメントした場合は、**相当サービス利用理由書の提出**が必須
- 理由書を地域包括支援センターに提出し、新介護予防ケアマネジメント検討会議の対象となるケースなのか判断をします
- 理由書を提出する時期や提出方法等の詳細につきましては、「地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所向け 説明会」をご覧ください

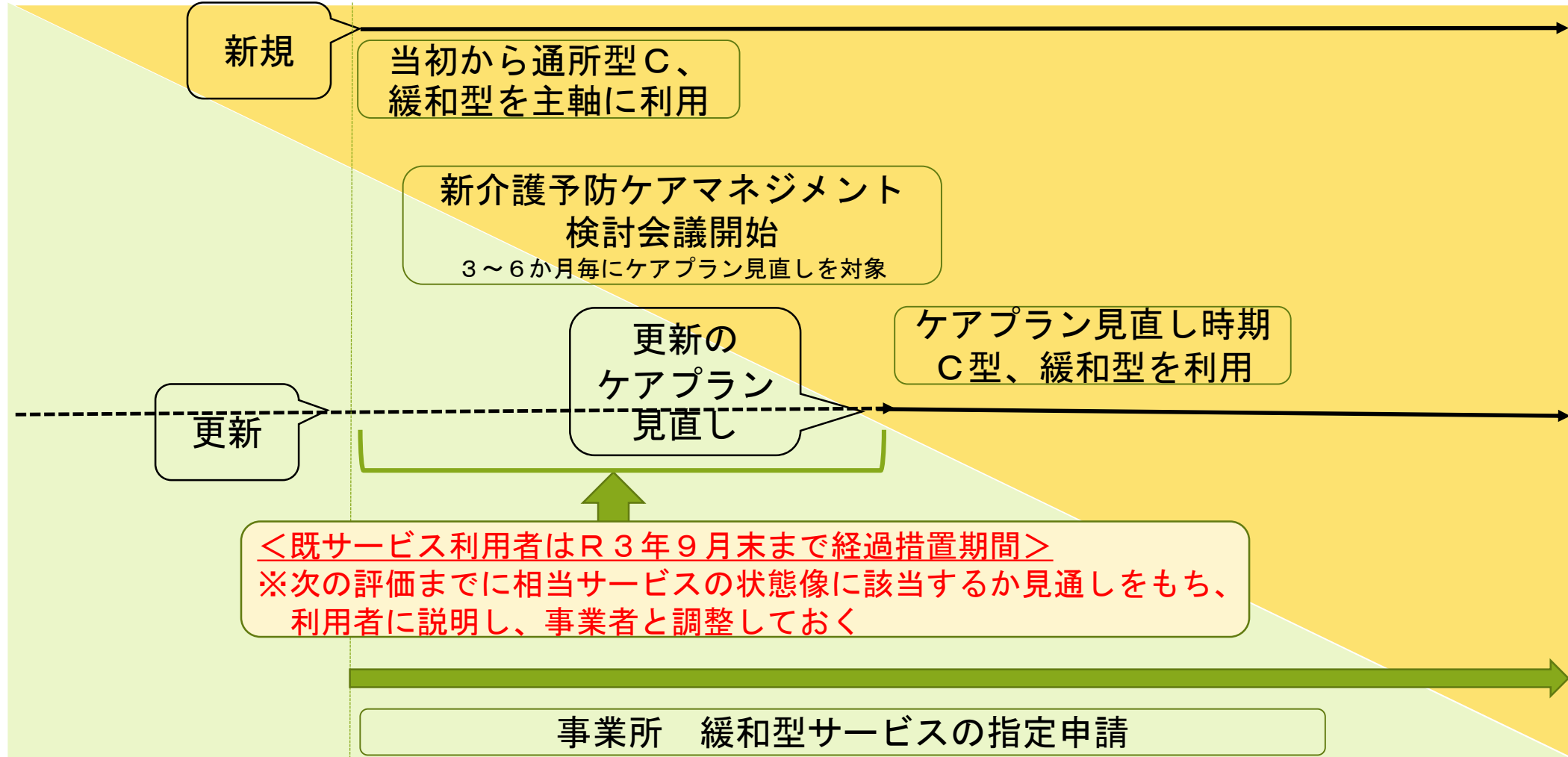


# 今後の流れ

令和2年度

令和3年  
4月

令和3年  
10月





## 今後の流れ

- 理由書等の資料提出は、継続利用者の場合、令和3年4月～9月末までを経過措置期間とし、令和3年10月ケアプラン見直しから開始
- 令和3年10月以降、相当サービスを利用するには理由書を提出
- 理由書提出し、新介護予防ケアマネジメント検討会議の対象となるケースなのか判断をします
- 新介護予防ケアマネジメント検討会議で検討するケースは、理由書等の資料提出及び担当の地域包括支援センターに専門的支援の必要性を説明してください



自立支援型地域ケア会議  
を変更

令和3年度より  
開始予定

## 新介護予防ケアマネジメント検討会議

〈目的〉 専門的かつ客観的視点で、ケアマネジメントにおけるサービス選択の検討をします。その結果を、ケアマネジャーにフィードバックすることで介護予防ケアマネジメントの質の向上や事業所の専門職の専門性の向上、高齢者の抱える問題などの地域課題の把握

〈対象者〉 新介護予防ケアマネジメント検討会議の対象となるケース

〈メンバー〉 くすのき広域連合職員、地域包括支援センター職員、府アドバイザー

〈開催頻度〉 毎月1回程度



# 新介護予防ケアマネジメント検討会議

〈提出書類〉

- ①（通所介護・訪問介護）相当サービス利用理由書
- ②利用者基本情報
- ③生活機能評価
- ④ケアプラン
- ⑤地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書及び新様式アセスメントシート（ある場合）

〈検討内容〉 提出書類及び担当包括からの説明に基づき、専門的支援の必要性について

〈検討結果〉 「専門的支援の必要性が**高い**」もしくは「専門的支援の必要性が**低い**」

**具体的なサービス種類やモニタリングの要・不要、要の場合の具体的な月**

**議論した内容**を相当サービス利用理由書に記載



# 新介護予防ケアマネジメント検討会議

検討内容を踏まえて、利用者及び事業所に説明を行い、サービス調整

例) 「専門的支援の必要性が高い」 → 訪問介護相当サービス

新ケアプランより訪問介護相当サービス利用

例) 「専門的支援の必要性が高い」 → 通所型サービスC

新プランより通所型サービスC利用

例) 「専門的支援の必要性が高い」 → 通所リハビリテーション

かかりつけ医に必要性を確認し、通所リハビリテーション利用

例) 「専門的支援の必要性が低い」 → 通所介護緩和型サービス

新プランより通所介護緩和型サービス利用

※なお、事業所が緩和型サービスの指定を受けていない場合には、緩和型サービスの指定を受けている事業所への移行を行ってください。



# 緩和型サービス指定申請及び受け入れについてのご協力

- 現在、緩和型サービスの指定を受けていない事業者は、指定申請にご協力ください。
- 現在、緩和型サービスの指定を受けておられる事業所については、緩和型サービスの利用者の積極的な受け入れに、ご協力ください。

指定の申請には時間がかかりますので、早めに申請をお願いします。



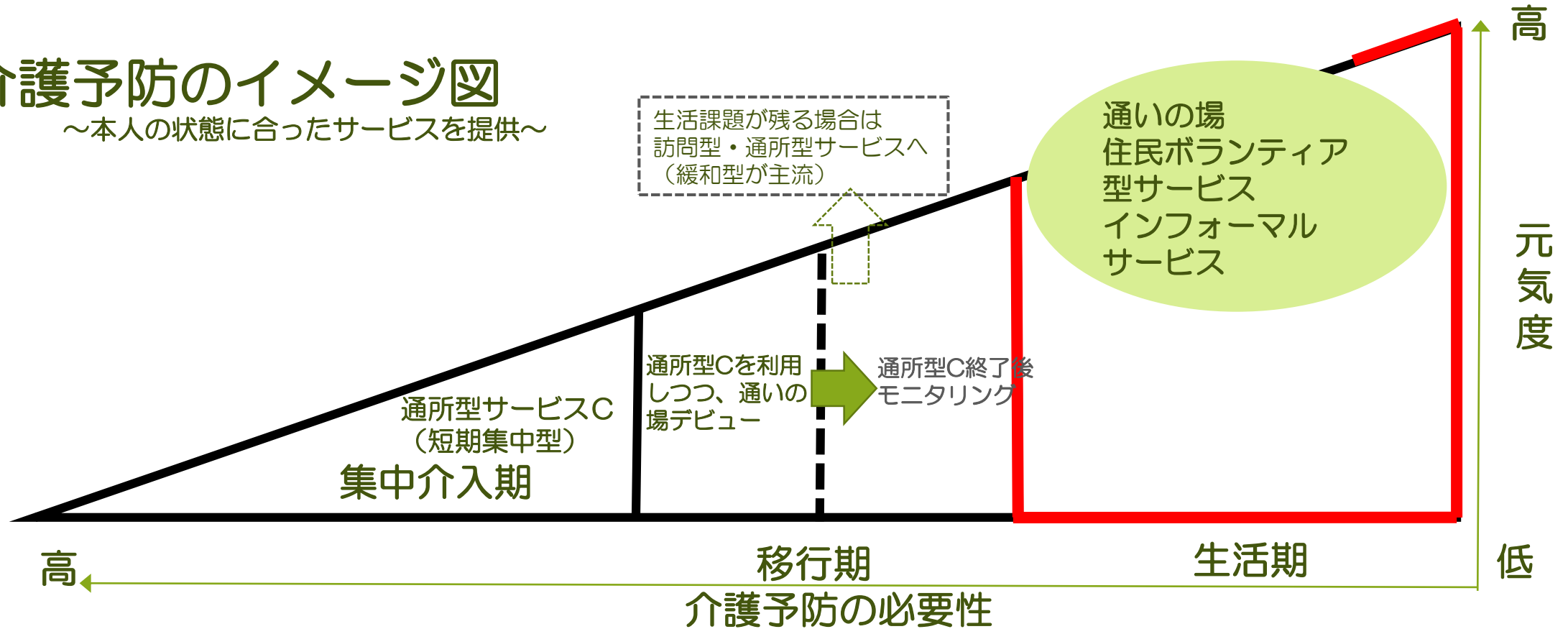
## 移行期のサービス（緩和型サービスが主流）

- 「サービスを利用し生活課題を解決、以前の自分を取り戻す」
- サービス利用前に生活課題は何なのか？その課題の要因は何なのか？その要因はどのような関わりで改善可能なのか？そのために、適切なサービスは何なのか？という丁寧なアセスメントを行う
- サービス利用中より、生活期へ移行することを念頭に置き、本人の興味・関心、能力、本人を取り巻く環境等をアセスメントする。
- 地域資源（通いの場・住民主体サービス・インフォーマルサービスなど）を把握する⇒社会資源情報サイトを活用
- サービス終了前には、包括やケアマネジャーと協同して、地域資源への移行を行う。



# 介護予防のイメージ図

～本人の状態に合ったサービスを提供～



## 住民ボランティア型（B型サービス）については、生活期の位置づけ

「できることは今まで通り自分でやってもらい、疾病や環境等から改善が難しいことに関して支援を行う」ということが重要である。**住民の助け合いを活かす。**

そのため、元々よりある助け合いの活動や**住民の「したい」**という気持ちを尊重し、心身機能の低下をしない関わり方をする。

まずは、通所型サービスCなどで**生活課題を解決**し、「以前のように自分でできるようになる」ことを優先する

## 通所型・訪問型サービスB（住民ボランティア型）

	通所型サービスB	訪問型サービスB
対象者	要支援1・2、事業対象者	要支援1・2、事業対象者
サービス内容	ボランティア等の運営による交流や介護予防を目的とした取組み	家事や見守り等、ボランティアによる生活援助
利用料	運営団体が定める ※高齢者が利用しやすい額とする	運営団体が定める ※高齢者が利用しやすい額とする
ケアマネジメント	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（検討中）	介護予防ケアマネジメントC（検討中）
補助金	（初年度立ち上げ）20万円 50万円／年 ※補助対象内経費あり	（初年度立ち上げ）10万円 12万円／年 ※補助対象内経費あり
運営団体	広域連合内に1か所あり	団体に打診予定
コーディネーター配置	サービス調整を行うコーディネーターの配置の義務付け	検討中

