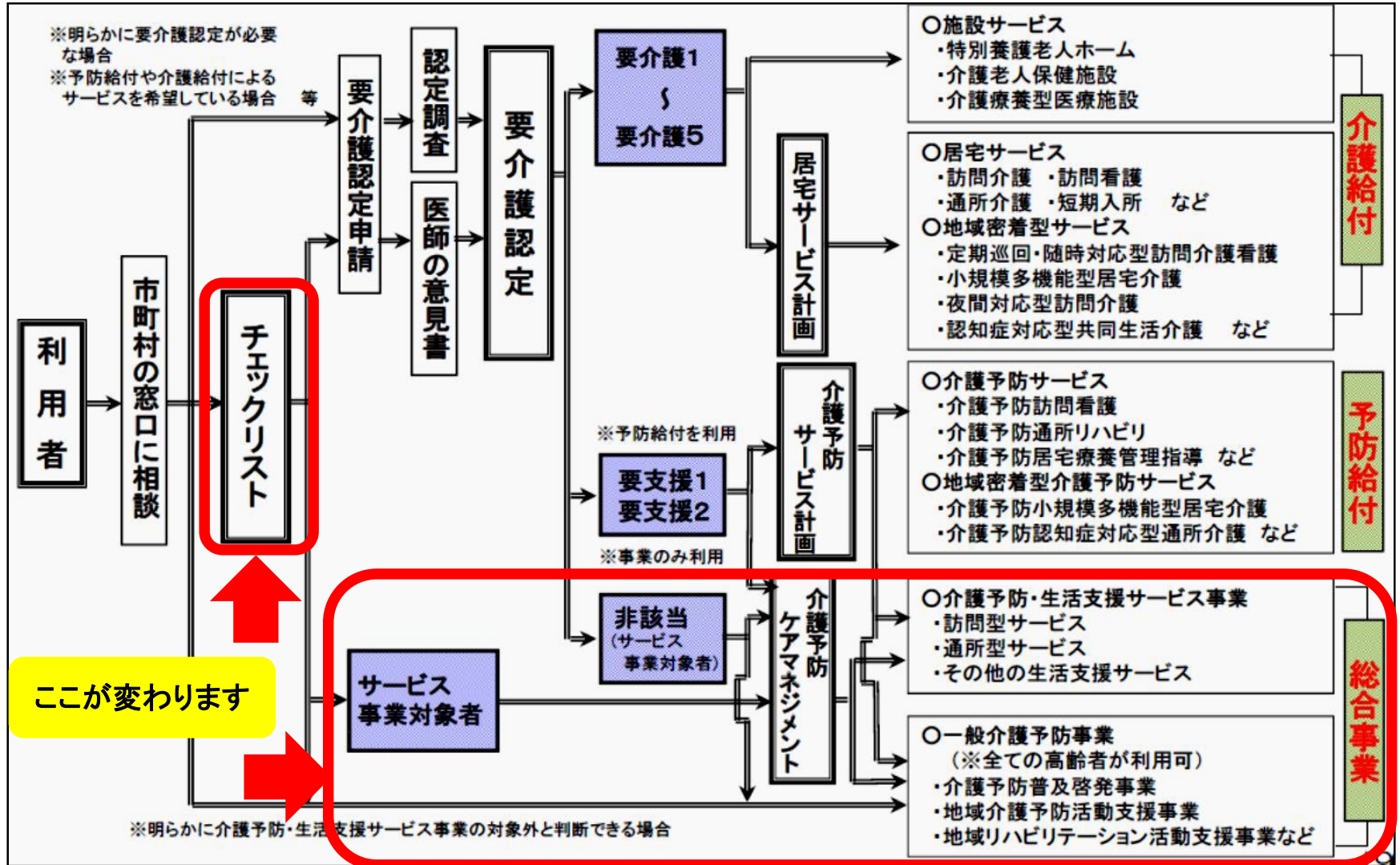


# 介護予防・日常生活支援総合事業 説明会

平成29年3月6日  
ながめ余興場  
みどり市保健福祉部介護高齢課

# 介護予防・日常生活支援総合事業の 概要

# 総合事業実施後の手続き



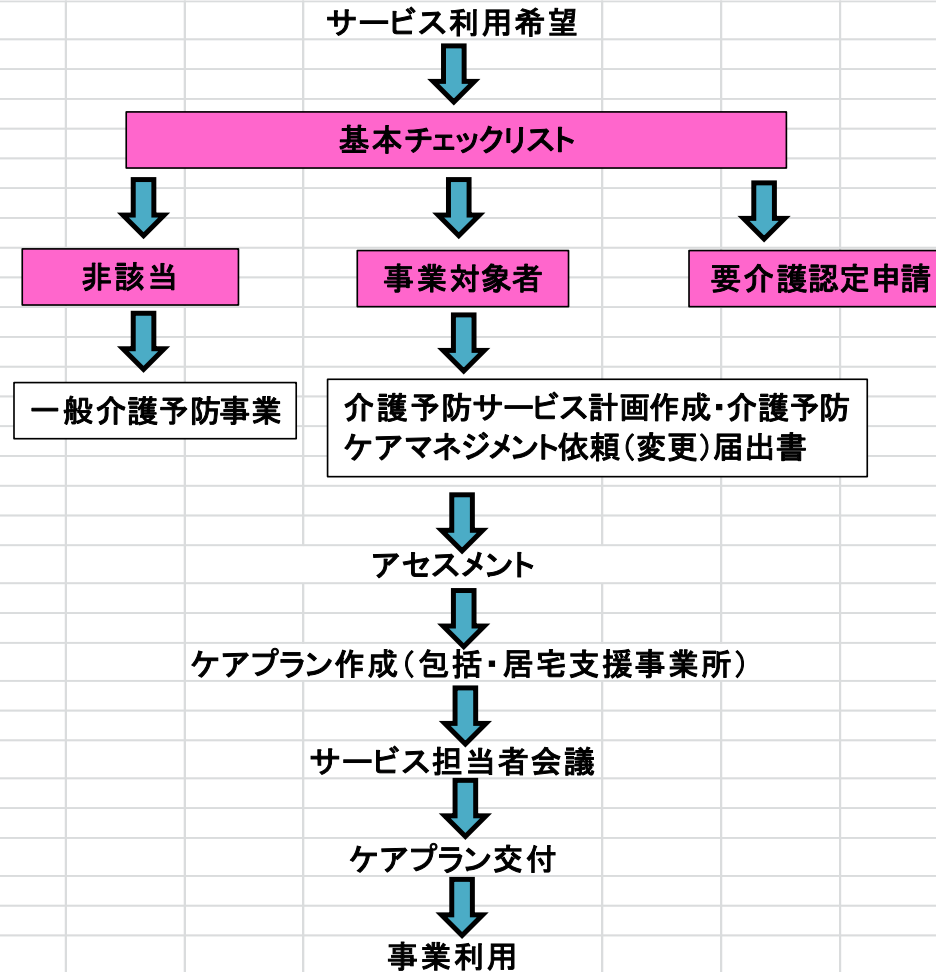
# 総合事業対象者

- ①平成29年4月以降に新規の相談で、基本チェックリストにより事業対象者と判定された方
- ②要介護（要支援）認定の更新をしないで、有効期間終了前に基本チェックリストにおいて事業対象者と判定された方
- ③要介護認定等の申請を行った結果、非該当と認定され基本チェックリストにおいて事業対象者と判定された方

# 事業対象者の有効期間

- 基本チェックリスト実施日から**2年間**
- 事業対象者が終了となるのは、要支援もしくは要介護に移行したとき＝要介護認定申請日の前日

# 相談の流れ



# 事業対象者に該当する基準

No.	質 問	回 答		事業対象者に該当する基準		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ			
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	運動機能の低下 3項目以上に該当		
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	0. はい	1. いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ			
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	低栄養状態	複数の項目に支障 10項目以上に該当	
12	身長 cm・体重 kg ※BMIが18.5未満ですか	1. はい	0. いいえ	2項目に該当		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	口腔機能の低下 2項目以上に該当		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ			
15	口の渴きが気になりますか	1. はい	0. いいえ			
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	閉じこもり		No.16に該当
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ			
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	1. はい	0. いいえ	認知機能の低下 1項目以上に該当		
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	0. はい	1. いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ			
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	うつ病の可能性 2項目以上に該当		
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	1. はい	0. いいえ			
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ			
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ			
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ			

# 基本チェックリストの実施

## (1) 実施場所

介護高齢課

各地域包括支援センター

訪問先

## (2) 実施者

市職員及び地域包括支援センター職員



# 相談からサービス利用まで

## ①相談

窓口(介護高齢課、各地域包括支援センター)に相談。

## ②聞き取り

相談の目的、本人の状況及び希望するサービスを聞き取る。

## ③事業の説明

- ・サービス事業によるサービスのみ利用する場合は基本チェックリストを実施し、該当すれば事業対象者として迅速なサービスの利用が可能であること。
- ・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でも必要な時は要介護認定申請が可能であること。
- ・総合事業は要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業であること。
- ・被保険者本人が目標を立て、その達成に向けてのサービスを利用しながら一定期間取り組み、目標達成後はより自立へ向けたステップへ移っていくこと。

## ④基本チェックリストの説明

基本チェックリストを実施し、事業対象者となった場合には、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けること。

## ⑤基本チェックリストの実施

- ・「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、被保険者本人に記入してもらう。
- ・地域包括支援センター職員が介護予防ケアマネジメントを作成するにあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報等を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他の本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意できるか確認し、同意できる場合には、本人に記名捺印してもらう。

## ⑥事業対象者の特定

- ・チェックリストの基準に該当した場合は、事業対象者として特定する。地域包括支援センターから連絡があることを説明する。

## ⑦被保険者証の発行

市は被保険者証を発行し、事業対象者に送付する。

## ⑧介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書提出

地域包括支援センター職員は、事業対象者から介護予防サービス計画作成、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書と被保険者証を提出してもらい、市へ提出する。

## ⑨アセスメント・ケアプラン作成、サービス担当者会議、サービスのご案内

地域包括支援センター職員は、事業対象者に対してアセスメントし、結果に基づきケアプラン(案)の作成、サービス担当者会議の開催、サービスのご案内等を行う。

## ⑩ケアプラン同意

事業対象者はケアプランに同意し、契約を締結する。



サービス利用

# 事業対象者の被保険者証

介護保険被保険者証	
被 種 号	要介護状態区分等
保 住 所	認定年月日
氏 名	事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日
生年月日	認定の有効期間
交付年月日	居宅サービス等
保険者番号並びに保険者の名称及び印	介護予防ケアマネジメント
102129	1月当たり
群馬県みどり市	サービスの種類
笠懸町鹿野52番地	介護予防給付期間
みどり市	介護予防給付開始日
電話 0277-76-	介護予防給付終了日

給付制限	内 容	期 間
		開始年月日
		終了年月日
		開始年月日
		終了年月日
		開始年月日
		終了年月日
		届出年月日
		届出年月日
		届出年月日
		入所年月日
		退所年月日

- ①要介護状態区分等:事業対象者
- ②認定年月日:基本チェックリストを実施した日
- ③認定の有効期間:実施日から2年後の月の末日
- ④居宅介護支援事業者:地域包括支援センターの名称
- ⑤届出年月日:介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

# 介護予防サービス利用作成・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書(案)

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成届出書 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書		区分 新規・変更
被保険者氏名		被保険者番号
〒 生年月日 明・大・昭 年 月 日		性別 男・女
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター		
介護予防支援事業者名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
事業所番号	電話番号 ( )	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 <small>※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。</small>		
居宅介護予防支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒
事業所番号	電話番号 ( )	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 <small>※変更する場合や基本チェックリスト実施日と事業開始日が異なる場合記入してください。</small>		
		変更年月日 ( 年 月 日付)
(宛先)みどり市長  上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。  年 月 日  住 所  被保険者 氏名 印 電話番号 ( )		
保険者 確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号	<input type="checkbox"/> 事業対象者入力日
(注意) <ol style="list-style-type: none"> <li>この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかにみどり市へ提出してください。</li> <li>介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ずみどり市へ届け出てください。 届出がない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。</li> <li>住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村窓口へ提出してください。</li> </ol>		

# 要支援認定有効期間の延長

申請区分等		現行	
		原則の有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月
区分変更申請		6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援⇒今回要支援	12か月	3か月～12か月
	前回要支援⇒今回要介護	6か月	3か月～12か月
	前回要介護⇒今回要支援	6か月	3か月～12か月
	前回要介護⇒今回要介護	12か月	3か月～24か月



平成29年4月～	
原則の有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
6か月	3か月～12か月
6か月	3か月～12か月
12か月	3か月～24か月
<u>12か月</u>	3か月～ <u>24か月</u>
<u>12か月</u>	3か月～ <u>24か月</u>
12か月	3か月～24か月

# 総合事業への移行スケジュール

3月末切れ	H29. 1月	2月	3月	4月	5月	6月	~	H30. 2月	3月	4月	5月	6月
		更新 申請	予防 給付	予防給付					チェッ クリ スト	総合事業(2年間)		

4月末切れ	H29. 1月	2月	3月	4月	5月	6月	~	H30. 2月	3月	4月	5月	6月
			更新 申請	予防 給付	総合事業(2年間)							

※4月に入っ  
てからチェッ  
クリストを  
実施でも可能

5月末切れ	H29. 1月	2月	3月	4月	5月	6月	~	H30. 2月	3月	4月	5月	6月
				チェッ クリ スト	予防 給付	総合事業(2年間)						