

【 目 次 】

I 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

- 1 介護予防・日常生活総合事業の趣旨（一部変更あり）
- 2 北名古屋市の介護予防・日常生活総合事業の概要（一部変更あり）
- 3 介護予防・日常生活総合事業のサービス利用の流れ（一部変更あり）

II 一般介護予防事業

- 1 事業の目的と方向性
- 2 65歳以上の方が参加できる事業・内容
- 3 ボランティアの育成等

III リハビリテーション専門職訪問事業

- 1 事業の目的と方向性
- 2 対象者（一部変更あり）
- 3 事業提供者
- 4 内容
- 5 利用者負担
- 6 利用の流れ
- 7 介護予防ケアマネジメント

IV 住民主体訪問サービスねこのて（新規）（現在、準備中です。ホームページ等でお知らせします。）

- 1 事業の目的
- 2 対象者
- 3 事業提供者
- 4 内容
- 5 利用者負担
- 6 利用の流れ

V 市民主体型訪問サービス（一部変更あり）

- 1 事業の目的
- 2 対象者
- 3 事業提供者
- 4 内容
- 5 利用者負担
- 6 利用の流れ

VI 基準緩和サービス・予防相当サービス

- 1 訪問型サービス
- 2 通所型サービス

VII 介護予防ケアマネジメント

- 1 概要（追加あり）（参考：北名古屋市ケアマネジメントに関する基本方針）
- 2 介護予防ケアマネジメントの類型
- 3 ケアマネジメントの流れ

4 介護予防・日常生活総合事業以外の市のサービス

5 その他のサービス

Ⅷ 継続利用要介護者の利用可能サービス（追加あり）

Ⅸ 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

1 相談及びチェックリストの実施等について

2 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届出書の提出

3 費用の請求

4 その他

※ 各種様式は、北名古屋市レインボーネットのトップページの総合事業のページに掲示していますので参考にしてください。

<https://ptl.ijj-renrakucho.jp/rainbownet/kitanagoya/sougou/>

## I 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

### 1 介護予防・日常生活総合事業（以下総合事業）の趣旨

●市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す。

●要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している者が多い。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。

●単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築が必要である。

●高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、医療、介護専門職の方々が、専門性を発揮し、高齢や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせて、市が中心となり地域をデザインする必要があります。総合事業の充実、高齢者自身が適切に活動を選択できるようにすることです。高齢者が元気づちから、地域社会や、医療、介護専門職とつながり、そのつながりのもとで、社会活動を続け、介護が必要になっても、自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指します。

●ボランティア活動との連携など、地域の人材活用が重要であり、高齢者の社会参加の機会を増やすことが介護予防につながります。できる限り多くの高齢者が支え手になることで、より良い地域づくりにつながる。市町村は地域のNPOやボランティア、地縁組織等の活動を支援し、総合事業と一体的に企画実施することが望ましい。

●地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなるよう生活支援体制整備事業と連動し、地域づくり、高齢者の活動の場の創出、地域課題の解決に取り組む。総合事業と介護サービスを一連のものとし、地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくりが必要であり、高齢者の地域生活の選択肢を増やすことが必要。

#### 北名古屋市の生活支援体制整備事業

※北名古屋市では、生活支援体制整備事業を、北名古屋市社会福祉協議会及び、各圏域の地域包括支援センターに委託しています。

※社会福祉協議会及び、各圏域の地域包括支援センターには、地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）が配置されています。

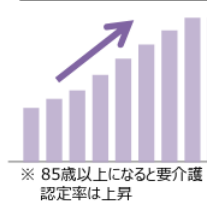
地域の企業や、団体とつながりを持ち、地域の住民が主体となって話し合う場を作り、地域のニーズの把握、社会資源の創出など、高齢者の活動の選択肢を増やすなどの取り組みを行っています。総合事業や介護サービスに限らない活動の選択肢を広げています。

## 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）①

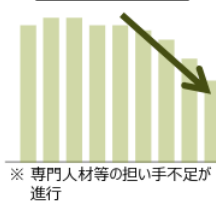
### 総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

#### 85歳以上人口の増加

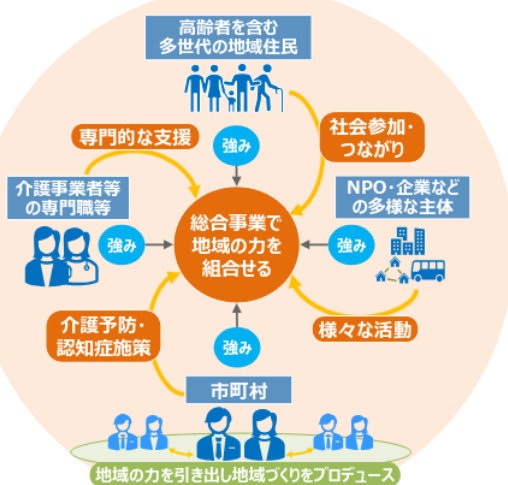


#### 現役世代の減少



地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々

#### 地域共生社会の実現

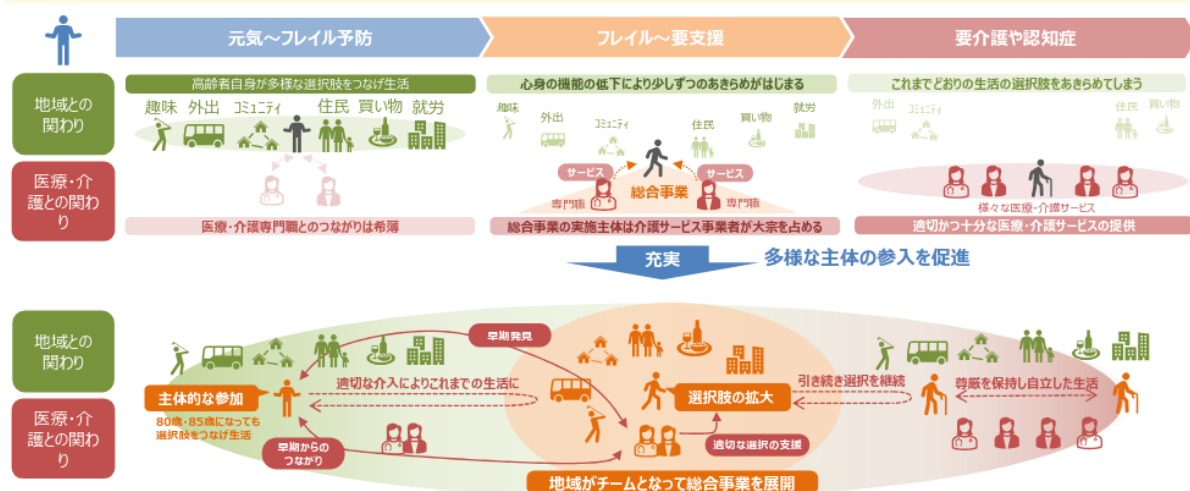


6

## 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要）②

### 高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気づちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

7

総合事業の充実のための対応の方向性

| 現状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 対応の方向性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>■ 総合事業のサービス提供主体は、<b>介護保険サービス事業者が主体</b></p> <p>① 個々の高齢者の経験・価値観・意欲に応じた地域での日常生活と密接に関わるサービスをデザインしにくい</p> <p>①' <u>要介護や認知症となると、地域とのつながりから離れてしまう</u></p> <p>② 事業規模が小さく採算性の観点から、地域の産業や他分野の活動が総合事業のマーケットに入ることが難しい</p> <p>③ <u>多様な主体によるサービスが地域住民に選ばれない</u></p> <p>④ 2025年以降、現役世代は減少し担い手の確保が困難となる一方で、<u>85歳以上高齢者は増加</u></p> | <p>■ 地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から<b>多様な主体の参画を促進</b></p> <p>① 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるための<b>アクセス機会と選択肢の拡大</b></p> <p>①' <u>要介護や認知症となっても総合事業を選択できる枠組みの充実</u></p> <p>② 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための<b>方策の拡充</b></p> <p>③ 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った<b>介護予防ケアマネジメントの手法の展開</b></p> <p>④ 総合事業と介護サービスを一連のものとし、<b>地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり</b></p> |

高齢者一人一人の  
介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



総合事業により創出される  
価値の再確認

- ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・地域の産業の活性化（＝地域づくり）
- ・地域で必要となる支援の提供体制の確保

8

地域共生社会の実現

総合事業の充実のための具体的な方策

- 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるための**アクセス機会と選択肢の拡大**

  - **高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方**
    - ➡ 現行のガイドラインで例示するサービスAとサービスBは“誰が実施主体か”で分類（交付金との関係あり）
    - ➡ 予防給付時代のサービス類型を踏襲、一般介護予防事業や他の施策による活動と類似する活動もある
    - ➡ “サービスのコンセプト”を軸とする分類も検討
      - 例）・高齢者が担い手となって活動（就労的活動含む）できるサービス ・高齢者の生活支援を行うサービス
    - ➡ 訪問と通所、一般介護予防事業、保険外サービスなどを組み合わせたサービス・活動モデルを例示
    - ➡ 高齢者の生活と深く関わる移動・外出支援のための住民活動の普及
  - **継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充（認知症施策や就労促進にも寄与）**
    - ➡ 要介護や認知症となっても地域とのつながりを持ちながら自立した日常生活をおくることのできるよう対象を拡大
    - ➡ 現行の利用対象サービスをサービスAに拡大するとともに、サービスBの補助金ルールを見直し
- 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための**方策の拡充**

  - **市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示**
    - ➡ 支援パッケージを活用し、総合事業の基本的な考え方やポイントを提示
    - ➡ 新たな地域づくりの戦略を公表し、具体的なイメージを提示
    - ➡ ガイドライン等で総合事業の運営・報酬モデルを提示
  - **地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築**
    - ➡ 国や都道府県に生活支援体制整備事業プラットフォームを構築し、民間や産業との接続を促進
    - ➡ 生活支援体制整備事業の活性化を図るため、民間や産業と地域住民をつなげる活動を評価
    - ➡ 商業施設等も参画しやすくなるための取組み（事業が行われる居るの採光のあり方）を検討
- 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った**介護予防ケアマネジメントの手法の展開**

  - **高齢者や家族に多様なサービスを選んでもらうための介護予防ケアマネジメント**
    - ➡ 多様なサービスの利用対象者モデルを提示
    - ➡ 多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデルを提示
    - ➡ 高齢者を社会参加につなげた場合や、孤立する高齢者を地域の生活支援につなげた場合の加算の例示（推奨）
    - ➡ 地域のリハ職と連携して介護予防ケアマネジメントを行った場合の加算の例示（推奨）
    - ➡ 介護予防ケアマネジメントの様式例に従前相当サービスを選択した場合の理由を記載する欄を追加
- 地域で必要となる支援を継続的に提供するための**体制づくり**

  - **総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくり**
    - ➡ 評価指標に、専門人材により専門性を発揮し、必要な支援を提供するための体制を確保する視点を導入

インセンティブ交付金や伴走的支援等を通じて、市町村を支援

9

参照：厚生労働省ホームページ

ホーム＞政策について＞分野別の政策一覧＞福祉・介護＞介護・高齢者福祉  
＞介護予防・日常生活支援総合事業＞総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）

PDF：介護予防・日常生活支援総合事業について（令和7年8月更新）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001531681.pdf>



## 2 北名古屋市の介護予防・日常生活総合事業の概要

|     | 名称                                  | 内容                                                     | 対象                                                    | 実施方法  |
|-----|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|
|     | 一般介護予防事業                            | 住民主体の通いの場や自立支援に資する介護予防の取り組み                            | 第1号被保険者のすべての者及びその支援のための活動に関わる者                        |       |
| 訪問型 | 訪問型短期集中予防サービス<br>(リハビリテーション専門職訪問事業) | リハビリテーション専門職が訪問し、目標を達成するための取り組みを指導する。                  | 要支援1・要支援2・事業対象者のうち、サービスの提供が必要と認められたもの<br>(対象要件あり)     | 委託    |
| 訪問型 | 住民主体訪問サービス<br>ねこのて                  | 市に登録したボランティア団体等が、自立を目指した相談・指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活支援を行う。 | 要支援1・要支援2・事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの提供が必要と認められたもの | 補助金   |
| 訪問型 | 市民主体型訪問サービス                         | 市が委託した事業所が自立を目指した相談・指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活支援を行う。        | 要支援1・要支援2・事業対象者のうち、介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの提供が必要と認められたもの | 委託    |
| 訪問型 | 予防訪問基準緩和サービス                        | 自立を目指した相談・指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活支援を行う。                  | 要支援1・要支援2<br>事業対象者                                    | 指定事業者 |
| 通所型 | 予防通所基準緩和サービス                        | 施設に通所し、自立した生活を目指し、介護予防プログラムを行う。                        | 要支援1・要支援2<br>事業対象者                                    | 指定事業者 |
| 訪問型 | 予防訪問相当サービス                          | 旧介護予防訪問介護に準ずる。                                         | 要支援1・要支援2                                             | 指定事業者 |
| 通所型 | 予防通所相当サービス                          | 旧介護予防通所介護に準ずる。                                         | 要支援1・要支援2                                             | 指定事業者 |
|     | 介護予防ケアマネジメント                        | 総合事業によるサービス等が適切に提供できるようマネジメントを行う。                      | 要支援1・要支援2<br>事業対象者                                    | 指定事業者 |

### 3 介護予防・日常生活総合事業のサービス利用の流れ

#### (1) 相談・基本チェックリストの実施

- ア 被保険者が、地域包括支援センター又は、居宅介護支援事業所に相談
- イ 相談者から相談の目的や、本人が希望する生活状況（活動）について、基本チェックリストを活用し聴き取る。
- ウ 基本チェックリストは、原則本人が記入する。ただし、やむを得ない事情がある場合には、家族を仲介して、自宅等で本人が基本チェックリストを実施する対応も可とする。
- エ 基本チェックリストの結果と、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、利用すべきサービスの区分の振り分けを行う。
- オ 利用すべきサービスも含め、フレイル予防の取り組み、一般介護予防事業、サービス事業、要介護認定の申請について、説明を行う。
- カ 総合事業の説明の際には、自立支援や重度化予防に向けた事業であること、本人が目標を立て、その達成に向けて取り組むことなども説明する。
- キ リハビリテーション専門職のアドバイスにより、弱りの改善や、生活面での工夫を行うことで、自立した生活や、本人が希望する生活状況（活動）に近づく可能性があるとは判断した場合は、リハビリテーション専門職訪問事業の利用を勧める。（福祉用具の利用の併用は可能だが、介護保険における訪問型サービス（市民主体型サービス、住民主体訪問サービスを除く）、通所型サービスを利用の場合、また、医療保険におけるリハビリテーションを実施の場合は併用して利用できない）
- ク 明らかに要介護認定が必要な場合や介護予防給付（訪問看護、福祉用具等）又は、介護給付によるサービス等を希望している場合は、要介護認定申請を案内する。
- ケ 第2号被保険者については、要介護認定を案内する。

#### (2) 事業対象者の判定・被保険者証等の交付

- ア 基本チェックリストの判定を行い、該当した場合は事業対象者となる。
- イ 事業対象者は、基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市に提出し、事業対象者と記載された被保険者証及び負担割合証の交付を受ける。
- ウ 基本チェックリストの結果、非該当の場合については、フレイル予防の取り組み、一般介護予防事業の利用、その他本人に合う活動につなげる。

#### (3) 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所は、要支援者・事業対象者に対してアセスメントを行い、その結果に基づきケアプラン原案を作成する。

#### (4) 利用開始

要支援者・事業対象者は、ケアプランに同意したうえでサービス提供事業者との契約を締結し、介護予防・生活支援サービス、介護予防サービスを利用する。

#### (5) モニタリング・評価

#### (6) 給付管理票作成・国保連合会送付

# 介護サービス等及びフレイル予防事業の利用(窓口用)

## ★窓口で相談

年齢による弱りを感じる、介護や生活の支援が必要になったと思ったら、お住まいの地区の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所で相談しましょう。

## ★基本チェックリストを受ける

生活機能の状態を調べます。  
地域包括支援センターで受けられます。



## ★要介護認定を受ける

市役所高齢福祉課(東庁舎1階)で申請ができます。

### 認定方法

- 認定調査 調査員が本人のもとへ調査に伺います。日頃の状況をお聞かせください。
- 主治医意見書 本人の主治医に、心身の状況などについて意見書を作成してもらいます。(診断書料はかかりませんが、受診が必要です。)
- 審査・判定 認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、「介護認定審査会」で審査し、判定します。

★基本チェックリストを受けなくても利用できる

生活機能の低下がない人

生活機能の低下がある人

非該当

要支援1・2

要介護1~5

施設サービス

小規模多機能型居宅介護

・依頼届出書を提出する。

基本チェックリストを添えて、高齢福祉課に提出し、事業対象者の介護保険証を作成します。

事業対象者

リハビリテーション  
専門職訪問事業  
(短期集中訪問  
サービス)  
※契約不要

・契約

地域包括支援センターまたは  
居宅介護支援事業所と契約  
(ケアプラン作成)

・契約

居宅介護支援事業所と  
契約(ケアプラン作成)

介護予防・生活支援サービス  
(介護予防・日常生活総合事業)  
・住民主体訪問サービスねこのて  
・市民主体型訪問サービス  
・予防訪問基準緩和サービス  
・予防通所基準緩和サービス  
・予防訪問相当サービス※  
・予防通所相当サービス※  
※基準緩和が優先※要支援1・2のみ

介護予防サービス

(予防給付)  
福祉用具貸与、住宅改修、  
通所リハビリテーション、  
訪問看護、ショートステイ  
など

介護サービス(介護給付)

福祉用具貸与、住宅改修、  
通所介護サービス、  
訪問介護サービス、  
通所リハビリテーション、  
訪問看護、ショートステイなど

☆フレイル予防の取組 「フレイル」とは、加齢とともに心身の活力が低下し、要介護状態になる危険が高い状態です。

「きちんと栄養をとる」「筋力、バランス能力をつける」「活動の機会を増やす」「人とのつながりを持つ」などフレイルを予防しましょう。

### 一般介護予防事業

(介護予防・日常生活総合事業)

- ・高齢者ふれあいサロン
- ・回想法センターの事業
- ・地域包括支援センターが行う事業など

近所の通いの場、文化系・運動系の趣味活動、講座や研修などの学びの場など、今のご自身に合う活動に参加しましょう。  
家庭や地域で役割を持つことが健康につながります。  
例えば、以前行っていた家事や庭仕事、地域活動に参加するなどできることから始めましょう。



## Ⅱ 一般介護予防事業

### 1 事業の目的と方向性

高齢者が「要介護状態になる事を極力遅らせること」または「要介護状態になるのを未然に防ぐこと」はとても大切です。心身の状況や、ニーズに合った介護予防の取り組みの場面が提供できるよう誰もが参加しやすい多様な予防の場を充実し、住民同士のつながりを通じて通いの場が継続的に行われていくよう地域づくりを行っています。

### 2 65歳以上の方が参加できる事業・内容

| 事業                | 内 容                    |
|-------------------|------------------------|
| 高齢者ふれあいサロン        | 高齢者の集いの場、市内約40か所で実施    |
| 回想法センターの事業        | お話しひろば、各種懐かし教室、回想法スクール |
| 地域包括支援センターが開催する事業 | 各種セミナー等                |

### 3 ボランティアの育成等

通いの場を継続するためのボランティア（サロンボランティア等）の育成・支援や通いの場の立ち上げ支援を行います。

### ※ 一般介護予防事業以外の市民活動の例

|                      | 問合せ            |
|----------------------|----------------|
| 市民団体による集いの場          | 地域包括支援センター     |
| 体操クラブ                | 地域包括支援センター     |
| ラジオ体操 市内11か所         | 直接現地へ          |
| 老人クラブ                | 地域の老人クラブ・高齢福祉課 |
| 憩の家（さかえ荘、さくら荘）での自主活動 | 各施設・高齢福祉課      |
| 高齢者活動センターでの自主活動      | 各施設            |

※ 詳しい内容は、下記を参照してください。

- 高齢者福祉ガイド
- 市のホームページ 「シニア応援サイト」
- 北名古屋レインボーネット「医療介護資源マップ」
- 各地域包括支援センターへ問い合わせ
- 広報北名古屋 「ほうかつだより」

### Ⅲ リハビリテーション専門職訪問事業（短期集中予防サービス）

#### 1 事業の目的と方向性

- ・本人が有する能力を最大限に引き出す。（リエイブルメントの考え方）
- ・利用者自身が、目標を立て取り組みを行う。（セルフマネジメントできるようにする）
- ・通所系サービス利用を拒否している方、福祉用具のみを利用している方でフレイル予防が必要な方の選択肢となる。

#### 2 対象者

下記の(1)から(4)のすべてに該当し、市長が認めた者

- (1) 事業対象者・要支援1・要支援2の者
- (2) 介護保険における訪問型サービス（市民主体型訪問サービス、住民主体訪問サービスねこのてを除く）・通所型サービスを利用していない者
- (3) 医療保険におけるリハビリテーションを受けていない者
- (4) 過去にリハビリテーション専門職訪問事業を利用していない者

#### 3 事業提供者

理学療法士・作業療法士（市が事業者へ委託）

#### 4 内容

実施者が、自宅を訪問し、自立した生活が送れるようアドバイスします。※治療や施術は行いません。

- (1) 実施期間：おおむね3か月継続して訪問します。  
その後1～3か月後に確認のため訪問します。
- (2) 頻度：月2回程度（最大8回）
- (3) 訪問時間：40分～60分
- (4) 訪問日時：月～金曜日（祝日を除く）9時～17時

#### 5 利用者負担

無料

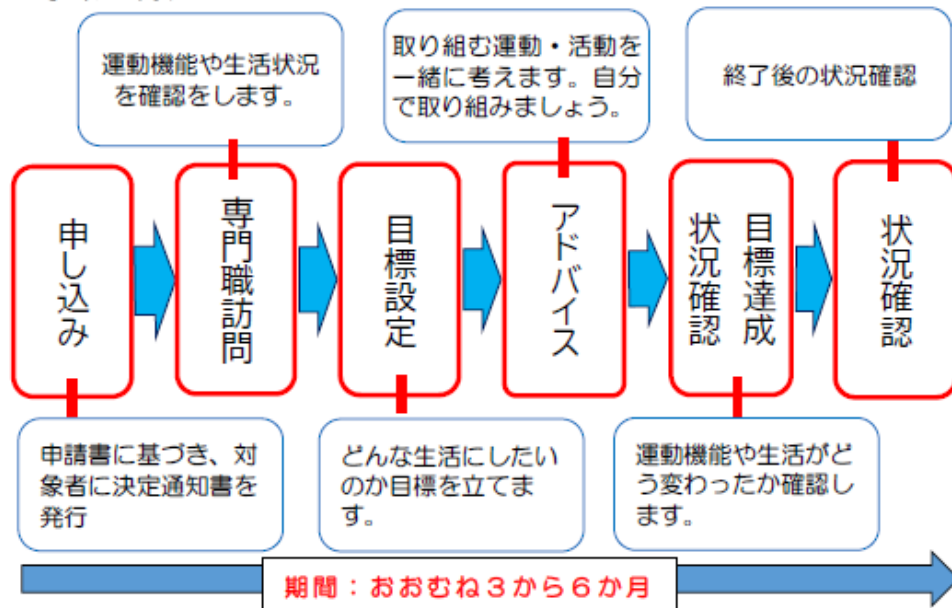
#### 6 利用の流れ

- (1) 相談受付
  - (2) 事業対象者の判定・被保険者証等の交付
  - (3) 申請書・利用者情報（基本情報可）・基本チェックリストを市に提出
  - (4) 市は利用の可否を決定し、担当する事業者を確認し、申請者に通知。
  - (5) 事業者は、地域包括支援センターやケアマネジャーと連携し、自立に向けて事業を実施する。
- ※ 地域包括支援センター、ケアマネジャーは、必要に応じ同行訪問や、介護予防サービス・支援計画書、興味関心チェックシートがあれば、情報提供してください。
- ※ 事業終了後、事業者と、地域包括支援センター、ケアマネジャーに、アンケートを実施します。

## 7 介護予防ケアマネジメント

不要 ケアプランに追記してください。

### 【事業の流れ】



## IV 住民主体訪問サービスねこのて（新規）（現在、準備中です。ホームページ等でお知らせします。）

### 1 事業の目的

総合事業対象者に対し、ボランティア団体等が掃除、洗濯、買い物等の日常生活上の支援を提供することにより、要支援状態の軽減又は介護予防を目的に、高齢者が地域において自立した日常生活が送れるよう支援する。また、ボランティア団体等に補助金を交付し、地域支え合い活動が継続できるようにする。

### 2 対象者

事業対象者・要支援1・要支援2の者のうち、介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの提供が必要と認められたもの（市民主体型訪問サービス・予防訪問基準緩和サービス・予防訪問相当サービス）

### 3 事業提供者

地域住民が主体で構成され市内に活動拠点を有する団体又は、市内において助け合いを行うための活動をしている個人が、市に実施登録を申請して認められた団体等

### 4 内容

買い物や掃除などの日常生活を支援するサービスを実施

利用回数

週1回 60分未満

### 5 利用者負担額

30分未満 100円

30分以上60分未満 200円

## 6 利用の流れ

- (1) 相談受付
- (2) 事業対象者の判定・被保険者証等の交付
- (3) 利用者は申請書を地域包括支援センター又は、介護支援専門員に提出する。
- (4) 地域包括支援センター又は、介護支援専門員は、「アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表」（以下「アセスメント表・モニタリング表」とする）を作成する。
- (5) 申請書と、アセスメント表・モニタリング表の原本を高齢福祉課に提出し、写しを実施団体等に渡す。また、アセスメント表・モニタリング表の写しを、利用者に渡す。
- (6) 高齢福祉課は利用の可否を判断し、決定通知書により利用者に通知する。
- (7) 介護予防ケアマネジメントとモニタリング

ア ケアマネジャーがいる場合（他の総合事業又は、予防給付のサービスを併用する場合）

- ・ケアマネジャーがケアプランに追記し、それぞれのケアマネジメントプロセスに従いモニタリングを行う。

イ ケアマネジャーがいない場合（他の総合事業または、予防給付のサービスを利用しない場合）

- ・地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント C（初回のみ）を行う。
- ・介護予防ケアマネジメント C は、アセスメント表・モニタリング表を利用する。
- ・モニタリングを6か月ごとに行い、アセスメント表・モニタリング表を作成し、高齢福祉課に提出する。

ウ サービス内容に変更が生じた場合

ケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーが、ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援センターが利用変更届出書とアセスメント表・モニタリング表の原本を高齢福祉課に提出し、写しを実施団体等に渡す。また、アセスメント表・モニタリング表の写しを、利用者に渡す。

- (8) 報告及び請求

実施団体等は利用者からその都度利用料を徴収する。また、請求書に実施報告書を添えて、市に提出する。

- (9) 給付管理

地域包括支援センターが、ケアマネジメント C（初回のみ）を実施したときは、国保連合会を通じて給付管理を行う。半年に1回行うアセスメントについては、給付は発生しない。

## V 市民主体型訪問サービス

### 1 事業の目的

総合事業対象者に対し、委託事業者が掃除、洗濯、買い物等の日常生活上の支援を提供することにより要支援状態の軽減又は介護予防を目的に、高齢者が地域において自立した日常生活が送れるよう支援する。

### 2 対象者

事業対象者・要支援1・要支援2の者のうち、介護予防ケアマネジメントの結果、サービスの提供が必要と認められたもの（住民主体訪問サービスねこのて・予防訪問基準緩和サービス・予防訪問相当サービス）

### 3 事業提供者

教育・研修を受けた者（市が事業者へ委託）

### 4 内容

買い物や掃除などの簡易な家事サービスを実施

#### ・利用回数

1 時間未満 週 1 回まで

### 5 利用者負担

1 回 200 円

### 6 利用の流れ

- (1) 相談受付
  - (2) 事業対象者の判定・被保険者証等の交付
  - (3) 利用者は申請書を地域包括支援センター又は、介護支援専門員に提出する。
  - (4) 地域包括支援センター又は、介護支援専門員は、「アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表」（以下「アセスメント表・モニタリング表」とする）を作成する。
  - (5) 申請書と、アセスメント表・モニタリング表の原本を高齢福祉課に提出し、写しを事業者に渡す。  
また、アセスメント表・モニタリング表の写しを、利用者に渡す。
  - (6) 高齢福祉課は利用の可否を判断し、決定通知書により利用者に通知する。
  - (7) 介護予防ケアマネジメントとモニタリング
    - ア ケアマネジャーがいる場合（他の総合事業又は、予防給付のサービスを併用する場合）
      - ・ケアマネジャーがケアプランに追記し、それぞれのケアマネジメントプロセスに従いモニタリングを行う。
    - イ ケアマネジャーがいない場合（他の総合事業または、予防給付のサービスを利用しない場合）
      - ・地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント C（初回のみ）を行う。
      - ・介護予防ケアマネジメント C は、アセスメント表・モニタリング表を利用する。
      - ・モニタリングを6か月ごとに行い、アセスメント表・モニタリング表を作成し、高齢福祉課に提出する。
    - ウ サービス内容に変更が生じた場合  
ケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーが、ケアマネジャーがいない場合は、地域包括支援センターが利用変更届出書とアセスメント表・モニタリング表の原本を高齢福祉課に提出し、写しを事業者等に渡す。また、アセスメント表・モニタリング表の写しを、利用者に渡す。
  - (8) 報告及び請求  
事業者は、月締めで利用者から利用料を徴収する。また、請求書に実施報告書を添えて、市に提出する。
  - (9) 給付管理  
地域包括支援センターが、ケアマネジメント C（初回のみ）を実施したときは、国保連合会を通じて給付管理を行う。半年に1回行うアセスメントについては、給付は発生しない。
- ※ 担当のケアマネジャーがいる場合、地域包括支援センターはアセスメント及び、モニタリングを実施しないことに変更となった。



## 市民主体型訪問サービス・住民主体訪問サービスねこのて利用の流れ

利用希望の相談

### 初回ケアマネジメント実施

ケアマネジャーがいる場合  
ケアマネジャーが  
アセスメント（初回）・モニタリング  
（変更・継続）表の作成  
ケアプランに追加

ケアマネジャーがいない場合  
地域包括支援センターが  
アセスメント（初回）・モニタリング  
（変更・継続）表の作成  
ケアプラン代を国保連に請求

- ・申請書と、アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表の原本を高  
齢福祉課に提出し、写しを実施者に渡す
- ・アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表の写しを、利用者に渡  
す

利用決定 高齢福祉課が決定通知書を利用者に送る。

サービス利用

### モニタリング

ケアマネジャーがいる場合  
ケアマネジャーが  
ケアマネジメントのプロセスで  
モニタリングを行う。

ケアマネジャーがいない場合  
地域包括支援センターが  
6か月毎にアセスメント（初回）・モニタリ  
ング（変更・継続）表を高齢福祉課に提出  
ケアプラン代は、請求できません。

### サービス内容の変更の場合

ケアマネジャーがいる場合はケアマネジャーが、  
ケアマネジャーがいない場合は地域包括支援センターが、  
利用変更届出書と、アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表の原本を  
高齢福祉課に提出し、写しを実施者に渡す  
アセスメント（初回）・モニタリング（変更・継続）表の写しを利用者に渡す

### 終了の場合（死亡を除く）

利用者が辞退届出書をケアマネジャーまたは、地域包括支援センターを通じて  
高齢福祉課に提出。辞退届（写し）を実施者に渡す

## Ⅵ 基準緩和サービス・予防相当サービス

- ※ 基準緩和サービスの利用が、基本となります。
- ※ 予防相当サービスを利用する場合は、「総合事業訪問型・通所型サービス 状態像の目安チェック表」にて確認し対象かどうか判断する必要があります。

### 1 訪問型サービス

#### (1) 予防訪問基準緩和サービス

介護予防訪問介護の人員基準を緩和し、一定の研修終了者等が家庭を訪問して、自立を目指した相談・指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活支援サービスを提供する。

#### (2) 予防訪問相当サービス

介護保険における介護予防サービスの訪問介護と同様のサービスとして、ホームヘルパー等が家庭を訪問して、利用者の生活機能の維持・向上の観点から、身体介護、生活支援サービスを提供する。

### 2 通所型サービス

#### (1) 予防通所基準緩和サービス

介護予防通所介護の人員基準を緩和した職員配置の下、デイサービスセンター等の施設において自立した生活を目指し、介護予防プログラムを実施する。

- ※ 予防通所基準緩和サービスは6か月ごとに、卒業が可能か判断が必要です。

利用者の希望や状態を確認し、継続利用する場合は、事業者は基本チェックリストを実施してください。ケアマネジャーは、基本チェックリスト（写し）を受け取り、「予防通所基準緩和サービスの見直し」にて確認を行ってください。

#### (2) 予防通所相当サービス

介護保険における介護予防サービスの通所介護と同様のサービスとして、デイサービスセンター等の施設において、入浴や食事その他の日常生活に必要なサービスのほか、自宅までの送迎サービスも提供する。

## Ⅶ 介護予防ケアマネジメント

### 1 概要（参考：北名古屋市ケアマネジメントに関する基本方針）

介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行うことを目的とします。

さらに、この介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要です。

また、サービスの提供をケアプランに位置づける場合は、単に支援につなげるだけでなく、要支援者等がその能力を活かして地域における集いの場に参加していくよう促したり、地域の活動や民間のサービスを活用するなど、社会とのつながりを作っていくことができるよう支援していくことが大切です。

|           | ケアマネジメントA                                                                                         | ケアマネジメントC                                 |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 対象サービス    | 予防訪問相当サービス<br>予防訪問基準緩和サービス<br>予防通所相当サービス<br>予防通所基準緩和サービス                                          | 市民主体型訪問サービス<br>住民主体訪問サービス<br>ねこのての利用のみの場合 |
| 実施機関      | 地域包括支援センター<br>居宅介護支援事業所                                                                           | 地域包括支援センター                                |
| プロセス      | 原則的な介護予防ケアマネジメント                                                                                  | 初回のみの介護予防ケアマネジメント                         |
| アセスメント    | ○                                                                                                 | ○                                         |
| ケアプラン原案作成 | ○                                                                                                 | —                                         |
| サービス担当者会議 | ○                                                                                                 | —                                         |
| 利用者への説明同意 | ○                                                                                                 | ○                                         |
| ケアプラン交付   | ○                                                                                                 | アセスメント表・モニタリング表○                          |
| サービス利用開始  | ○                                                                                                 | ○                                         |
| モニタリング    | ○                                                                                                 | ○（6か月ごと）                                  |
| 利用者負担     | なし                                                                                                | なし                                        |
| 報酬・支払方法   | ○報酬<br>別に示す通り。<br>（予防相当は、介護予防支援の介護報酬に準ずる。）<br>○請求・支払方法<br>包括：国保連へ請求<br>委託居宅：各包括へ請求<br>指定居宅：国保連へ請求 | ○報酬：別に示す通り<br>○請求・支払方法<br>包括：国保連へ請求       |

## 2 介護予防ケアマネジメントの類型

※1 ケアマネジメントBは、当市での設定はありません。

※2 市民主体型と通所型サービスを併用する場合は、ケアマネジメントAになります。

※3 予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護報酬になります。

※4 リハビリテーション専門職訪問指導の利用に際しては、介護予防ケアマネジメントは不要です。

## 3 ケアマネジメントの流れ

資料：「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」の流れ

## 4 介護予防・日常生活総合事業以外の市のサービス

詳しい内容や利用要件は、高齢者福祉ガイドでご確認ください。

| 制度・サービス      | 内容                                   |
|--------------|--------------------------------------|
| 配食サービス       | 食事の定期的な配達による安否確認                     |
| 緊急通報システム     | ワンタッチボタンや人体感知センサーにより委託会社へ通報          |
| 寝具乾燥サービス     | 寝具の乾燥                                |
| 出張理髪料金助成     | 自宅で理美容事業者から受ける出張理髪料金の一部助成            |
| タクシー料金助成     | タクシー料金の一部を利用券で助成                     |
| 介護用品支給       | 在宅介護者の支援のため、紙おむつ等を支給                 |
| 高齢者等見守りサービス  | 行方不明のおそれがある方の衣服等に発信機をつけ、家族が居場所を検索できる |
| 徘徊高齢者等事前登録制度 | 写真や緊急連絡先などを登録し、警察や包括と情報共有            |
| 個人賠償責任保険加入助成 | 偶然の事故で法律上損害賠償を負った場合の補償を行う保険への加入助成    |

## 5 その他のサービス

- 総合事業や市の制度とは別に、地域においてはボランティアやNPO等が生活を支援するサービスを行っている場合があります。
- シルバー人材センターの生活支援、市民団体による有償ボランティアなど
- ボランティア等によるインフォーマルサービスの場合、支援内容、対象者、対象地区など、一律に公表することが難しい場合がありますので、個別に対象地区の地域包括支援センターへお問合せください。

## Ⅶ 継続利用要介護者の利用可能サービス

- 要支援者や事業対象者が要介護認定を受けた場合、本人の希望を踏まえて地域とのつながりのもとで、日常生活を継続するための選択肢の拡大を図る観点から、継続利用要介護者が、予防相当サービスと短期集中予防サービス以外の介護予防・生活支援サービスを継続利用できるものである。
- 継続利用要介護者の選択のもと、心身の状況等を踏まえたサービスが適切に提供されるように、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、サービス実施主体、市が連携し、適切なケアマネジメントの中で要否を検討することになる。

| 事業内容 | 予防訪問相当<br>予防通所相当 | 予防訪問基準緩和<br>予防通所基準緩和 | 市民主体型<br>訪問サービス | 住民主体訪問サービス<br>ねこのて | リハビリテーション<br>専門職訪問事業 |
|------|------------------|----------------------|-----------------|--------------------|----------------------|
| 利用可否 | ×                | ○                    | ○               | ○                  | ×                    |

（利用の流れ）

- ① 要介護者本人の希望に基づき、包括又は、居宅は継続利用の要否を検討。
- ② 継続利用が必要と考えた場合、検討した内容をケアマネジメントに盛り込む。  
包括又は、居宅はその旨を市に申し出る。
- ③ 継続利用の要否を判断するにあたっては、必要に応じてサービス担当者会議を利用する。
- ④ 市は申し出を確認し、継続利用の可否を判断し、包括や居宅に伝える。
- ⑤ 審査・支払については、市にお問い合わせください。

## Ⅸ 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

### 1 相談及びチェックリストの実施等について

北名古屋の住所地特例対象施設に居住する A 市の被保険者（住所地特例被保険者）は、総合事業の利用について北名古屋市又は、地域包括支援センターに相談します。

基本チェックリストを実施し、北名古屋市役所へ書類の提出を行います。（本市の被保険者と同様になります。）

【要介護認定が必要な場合】

被保険者（A 市）は保険者市町村である A 市に対して要介護認定申請を行います。

## 2 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届出書の提出

被保険者（A市）は、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届出書に被保険者証を添付して北名古屋市に対して届け出をすることで、介護予防ケアマネジメント又は、介護予防支援を通じた事業の利用が可能となります。

北名古屋市は、被保険者（A市）から提出された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届出書及び、被保険者証をA市に送付します。被保険者（A市）には、A市より必要事項が記載された被保険者証が送付されます。

## 3 費用の請求

- 北名古屋市の指定事業者は、国保連合会を通じてA市に対して請求します。
- 介護予防ケアマネジメント又は、介護予防支援は国保連合会を通じて、A市に請求をします。

## 4 その他

- 予防相当サービス、基準緩和サービス、介護予防マネジメントAは、住所地特例の対象になります。
- 住民主体訪問サービスは、このため、市民主体型訪問サービス、リハビリテーション専門職訪問事業は、住所地特例の対象になりません。

### <住所地特例対象者に対する総合事業 利用の流れ>

