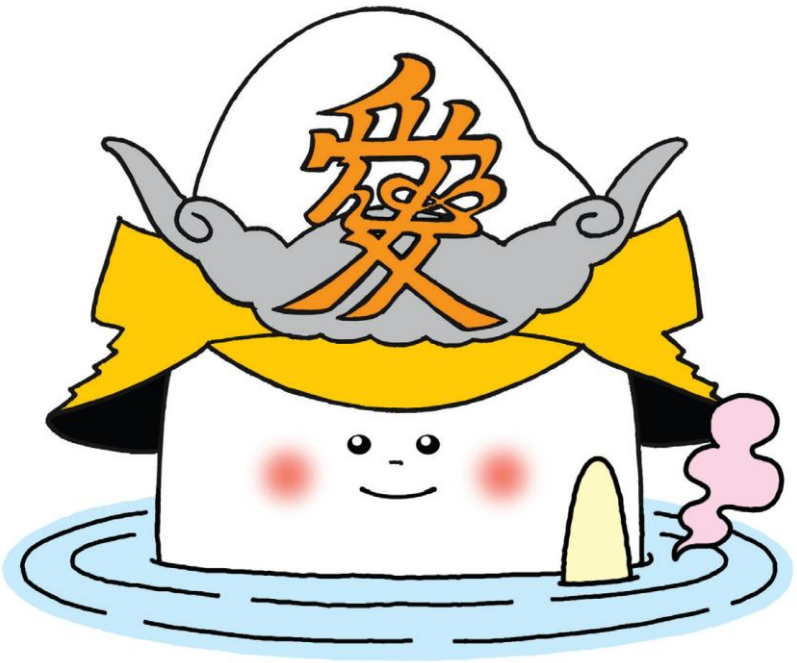
南魚沼市
ケアマネジャー・介護サービス事業所向け
地域支援事業利用マニュアル



令和 8 年 10 月　南魚沼市介護高齢課

目次

＜このマニュアルについて＞ 2

参考：ニーズから見た南魚沼市の総合事業等一覧（介護保険外事業含む）※太字が総合事業 3

（南魚沼市介護予防ケアマネジメントマニュアルより） 3

ふれあい・いきいきサロン（一般介護予防事業） 4

筋力づくり教室（一般介護予防事業） 4

水中運動教室（一般介護予防事業） 5

まめでいきいき倶楽部（一般介護予防事業） 6

介護支援ボランティア制度（ボランティアポイント制度）（一般介護予防事業） 7

地域リハビリテーション会議（地域ケア会議：リハビリ個別ケース会議） 8

リハビリ同行訪問（地域リハビリテーション支援事業） 10

通所型サービス・活動Ａ（筋力アップ教室） 11

訪問型サービス・活動Ａ（旧訪問型サービスＢ）（家事援助） 12

訪問型サービス・活動Ｃ（お口の健康訪問） 13

訪問型サービス・活動Ｃ（心の健康訪問） 14

従前相当サービス（訪問介護・通所介護） 15

食の自立支援事業（総合事業、任意事業） 16

認知症サポーター養成講座（認知症総合支援事業） 18

認知症高齢者見守りシール交付事業（任意事業） 19

認知症初期集中支援事業（認知症総合事業） 20

認知症の本人と家族への一体的支援事業（オレンジミーティング＆カフェ）（認知症総合支援事業） 21

認知症カフェ（オレンジカフェ）（認知症総合支援事業） 21

＜このマニュアルについて＞

介護保険制度は介護保険料を主な財源とし、約 90%は介護サービスの保険給付に使われますが、約 10%は地域を支える「地域支援事業」に使われています。「尊厳の保持」と「自立支援」という介護保険制度の基本理念のもと、高齢者が心豊かに元気に暮らし地域ぐるみで支えあうまちをめざして、地域支援事業の中で様々な事業を運営しています。

介護支援専門員や介護サービス事業者が介護保険制度にもとづいた事業の成り立ちを理解することは、介護保険制度の基本理念を実現するために大変重要です。

介護保険制度の中の地域支援事業の利用手順を「南魚沼市地域支援事業マニュアル」としてまとめましたので、介護予防ケアマネジメントや、日ごろの介護関係業務をより良いものにしていくために、このマニュアルを活用してください。

内容が変更する場合もありますので、事業の利用に関することなど詳しくは介護高齢課包括支援班・地域包括支援センター（電話 025-773-6675）にお問い合わせください。

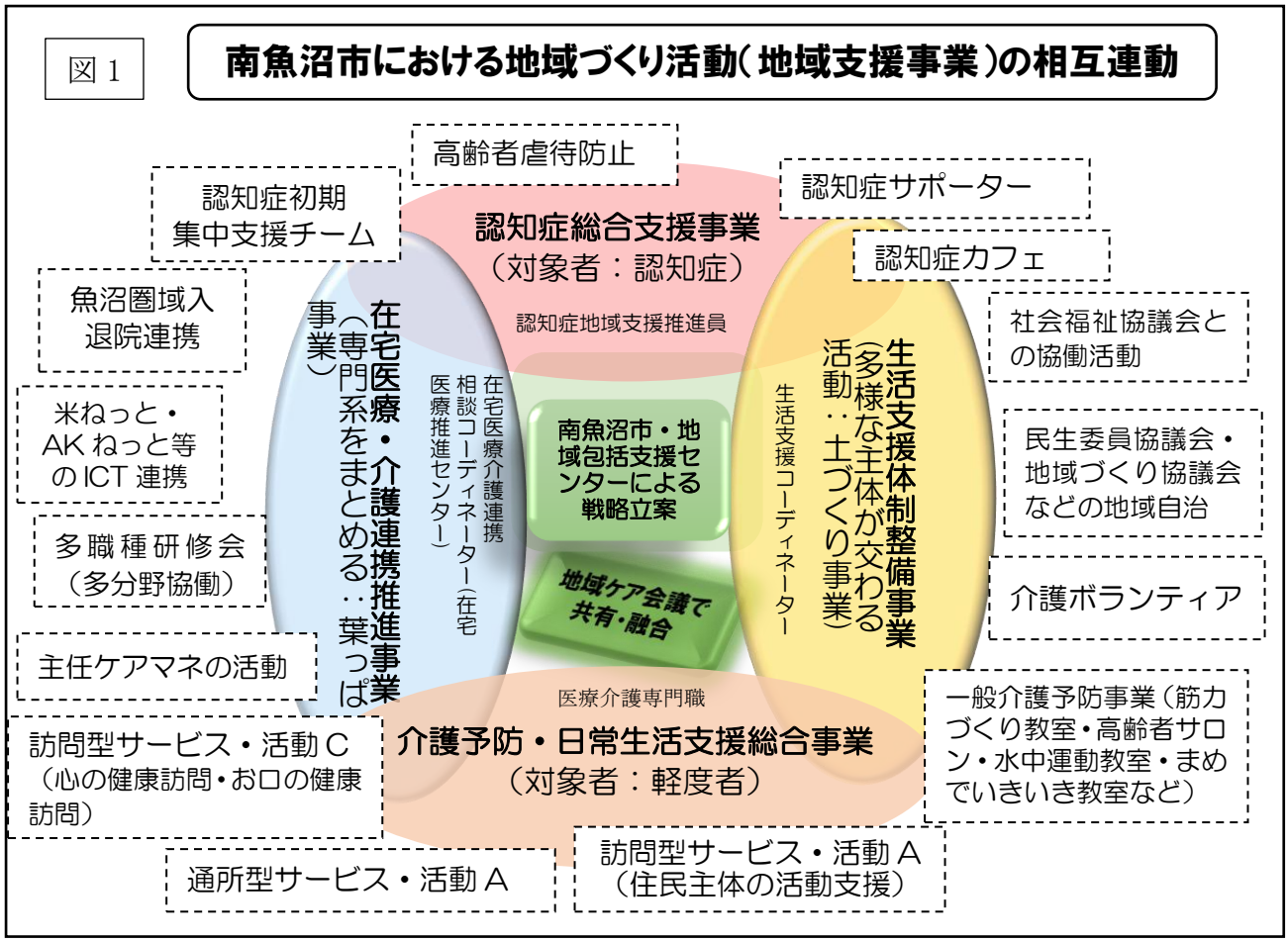
【地域支援事業について】

地域支援事業を構成する事業は、大きくまとめると以下の4つがあります。

①在宅医療・介護連携推進事業
②生活支援体制整備事業
③介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）
④認知症総合支援事業

「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを実現する」ために、図 1 のように、地域支援事業の大きな4つの事業が、相互に連動しあって、共に支え合う地域づくりをめざして活動しています。

図 1 **南魚沼市における地域づくり活動（地域支援事業）の相互連動**



参考：ニーズから見た南魚沼市の総合事業等一覧（介護保険外事業含む）※太字が総合事業

（南魚沼市介護予防ケアマネジメントマニュアルより）

アプローチ	本人のニーズ		事業の名称	ねらい	実施期間など	送迎	地域支援事業の種別	委託先等
ポピュレーション ハイリスク 生活支援	**本人の活動や生活意欲を促す事業**	高 心身機能・活動・参加 低	**水中運動教室**	・しっかり有酸素運動で生活習慣病悪化防止 ・地域参加の準備として体力づくり	全10回コース		一般介護予防事業	ディスポート
			筋力づくり教室	・いつでもどこでもだれでも手軽に筋力づくり体操	地域で約70か所、月1～4回		一般介護予防事業	筋力づくりサポーターの会
			ふれあい・いきいきサロン	・地域のお茶の間サロン ・ボランティアが支える	地域の状況によるが、ほぼ通年月1回		一般介護予防事業	社会福祉協議会
			認知症カフェ	・認知症の人や家族と、地域や専門家の相互交流と情報交換	地域の介護事業所等でまたは出張開催		包括的支援事業	
			お口の健康訪問・教室	・すべての健康づくりはお口からスタート	個別ケア、集団ケア		一般介護予防事業	
			まめでいきいき倶楽部	・体と頭の機能維持	大和・六日町・塩沢 6か月間月1回		一般介護予防事業	
			筋力アップ教室（通所型サービス・活動A）	・専門の指導者による機能回復をめざす	介護予防サービス計画書による目標達成期間	○	サービス・活動事業	通所介護事業所
			介護予防通所従前相当サービス	・通所介護サービス	介護予防サービス計画書による目標達成期間	○	サービス・活動事業	通所介護事業所
			こころの健康訪問（訪問型サービス・活動C）	・不安や気持ちの落ち込みの改善をめざす ・思考の整理	6か月間		サービス・活動事業	・訪問看護ステーション ・五日町病院
	生活上の問題の解決を促す事業	高 元気度 低	シルバー人材				介護保険外	シルバー人材センター
			なじょもねっと	・低額有償ボランティアによる困りごと支援			介護保険外	社会福祉協議会
			訪問型サービス・活動A	・掃除、買い物、調理、ゴミ出し等の生活援助 ・市民による担い手養成	週2時間まで		サービス・活動事業	シルバー人材センター
			食の自立支援事業	・調理や買い物が困難な一人暮らしや高齢者のみ世帯に、低栄養改善のために昼食配達	月～金・昼食 上限5回		サービス・活動事業	弁当配達業者
			お口の健康訪問（訪問型サービス・活動C）	・口腔機能が低下している人に歯科衛生士が訪問指導	全4回		サービス・活動事業	
			介護予防訪問従前相当サービス	・身体介護サービス	介護予防サービス計画書による目標達成期間		サービス・活動事業	訪問介護サービス事業所

ふれあい・いきいきサロン（一般介護予防事業）

担当部署	南魚沼市社会福祉協議会	連絡先	025-773-6911
概要	・本事業は南魚沼市社会福祉協議会へ委託し実施します。 ・地域住民が公民館や集会所などの身近な場所に集まり、茶話会などのふれあいを通して、生きがいづくりや仲間づくり、また高齢者の介護予防等のために、ボランティアが運営する“地域のお茶の間”です。		
対象者	高齢者等	料金	参加費無料
・各地域開催していますが、地域によって開催状況が異なりますので、くわしくは社会福祉協議会にお問い合わせください。 ・サロンの運営者も随時募集しています。 ・サロンの運営登録を希望する場合も社会福祉協議会へご相談ください。			

筋力づくり教室（一般介護予防事業）

担当部署	南魚沼市介護高齢課包括支援班	連絡先	025-773-6675
概要	・介護予防のために、「いつでも・どこでも・誰でも」できる体操（レインボー健康体操）を行う教室を、養成講座を受けた筋力づくりサポーターが、地域の集会所等で開催しています。 ・会場によって開催回数が異なりますが、月 1～4 回程度です。 ※筋力づくりサポーターとは、市が開催する筋力づくりサポーター養成講座を受講した南魚沼市民です。		
対象者	高齢者等	料金	参加費無料
・各地域で開催していますが、地域によって開催状況が異なりますので、くわしくは介護高齢課包括支援班にお問い合わせください。 ・持ち物：水分（水かお茶）、タオル１本を持参してください。会場によっては、床に敷くものが必要な場合があります。 ・事前に参加の申し込みをする必要はありません。			

水中運動教室（一般介護予防事業）

担当部署	南魚沼市介護高齢課包括支援班	連絡先	025-773-6675
概要	・週 1 回 1 時間程度、講師の指導のもと、水中歩行と軽めのアクアエクササイズを行います。1 期10回とし、年間 3 期、開催します。 ・本事業は南魚沼文化スポーツ振興公社（ディスポート）に委託し実施します。		
対象者	65 才以上の高齢者	料金	3000 円（1 期 10 回分）

流れ	内容
1	●参加者の募集 ・市報みなみうおぬまにて参加者を募集し、直接、ディスポートへ申し込みます。
2	●事業利用者の決定 ・定員以上の申込があった場合は、新規の申込者を優先します。継続利用者については、偏りが生じないよう過去の参加状況を勘案して抽選で利用の決定をします。 ・事業利用決定者に対し、健康チェック表や事業利用案内等を郵送します。
4	●初回 ・13:00～ 開講式 介護予防講話、 筋力づくり教室・サロン等の紹介 参加者保険・ディスポート利用方法の説明 体力測定（血圧・握力・開眼片足立ち時間・5 メートル歩行・TUG・肺機能） アンケート ・14:00～15:00 水中運動 ●第 2 回～9 回 ・14:00～15:00 水中運動 ●最終回 ・13:00～体力測定・アンケート ・14:00～15:00 水中運動 ・教室終了後、プールサイドにて閉講式　体力測定結果表を配布します。

まめでいきいき倶楽部（一般介護予防事業）

担当部署	各地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・地域包括支援センターが選定した地域で開催する介護予防教室です。 ・参加者がフレイルについて理解し、生活改善ができ、教室参加後は地域で元気に生活できることをめざします。 実施期間：月1回　1時間半程度　全6回～12回		
対象者	開催する地域にお住いの65歳以上の高齢者	料金	初回500円　その他実費徴収

流れ	内容	備考
1	●教室開催場所の決定 ・地域の状況を勘案し、各地域包括支援センターにおいて実施する地域を選定し、参加者を募集し開催します。 ・くわしくは地域包括支援センターへお問い合わせください。	
2	●教室のおもな実施内容 ・運動（インストラクター） ・食事と栄養について（栄養士） ・お口の健康について（歯科衛生士） ・認知症予防：脳トレ・グループワーク ・自分の人生設計を考えよう（ライフデザインノートの活用）　など ・上記を基本に、参加者が関心のある内容を組み合わせて、セルフケアの習慣化をめざします。	【連携・協力】 社会福祉協議会生活支援コーディネーター 筋力づくりインストラクター 健康推進課　等 【配布資料】 ・後期高齢者質問表兼チェックリスト ・セルフケアのための介護予防手帳 ・その他は講座による
3	●教室終了後 ・教室終了後は、自主的なグループ活動や、ふれあい・いきいきサロンや筋力づくり教室へとつながっていくことをめざします。	

介護支援ボランティア制度（ボランティアポイント制度）（一般介護予防事業）

担当部署	南魚沼市社会福祉協議会	連絡先	025-773-6911
概要	・本事業は、「介護支援ボランティア」として登録しているボランティアが介護施設等でボランティア活動を行ったときにポイントを付与し、そのポイント数に応じて交付金を交付する事業です。高齢者にボランティア活動に関心を持っていただくこと、ボランティア活動に参加してもらうこと、ボランティア活動により自身の介護予防に繋げてもらうことを目的としています。 ・本事業は、南魚沼市社会福祉協議会に委託し、実施しています。活動内容、受入施設など詳細については、南魚沼市社会福祉協議会にお問い合わせください。		
対象者	高齢者 （要介護・要支援認定を受けていない人に限ります。）	料金	200 円（ボランティア保険加入金）

【ボランティア登録】
・介護支援ボランティアとして活動するためには、ボランティア登録が必要です。ボランティア登録は、南魚沼市社会福祉協議会で行います。登録時、ボランティア保険加入金として 200 円が必要になります。
※ボランティア保険加入金（200 円）は、すでに「介護支援ボランティア」以外のボランティアとして、南魚沼市社会福祉協議会で登録を受け、ボランティア保険に加入している方は不要です。
・介護支援ボランティアとして登録を受けると、ボランティアポイントを記録するための「介護支援ボランティア手帳」が交付されます。

【ボランティア活動】
・ボランティア活動を始める前に、ボランティア受入施設と活動内容（日時、従事する活動など）について相談します。（相談は、必要に応じて、南魚沼市社会福祉協議会が仲介します。）
・活動日時、活動内容が決まったら、ボランティア受入施設でボランティア活動を行います。
・主な活動例：レクリエーションなどの指導や参加支援、施設や事業所の催事に関する手伝い、話相手、お茶出しや、食堂での配膳などの補助、施設の職員とともに行う軽微で補助的な作業（掃除や園芸の補助、洗濯もの整理等）

【ポイント付与】
・1 時間のボランティア活動につき、1 ポイント（1 スタンプ）が付与され、介護支援ボランティア手帳に記録されます。（ポイントの記録（押印）は、受入施設の担当者が行います。）※ポイント付与は、1 日 2 ポイントが上限です。

【ポイント転換／交付金交付】
・年度末時点で 10 ポイント以上の付与（記録）がある場合、1 ポイントにつき 100 円に転換することができます。
※年度末時点で 10 ポイント未満の場合は、翌年度にポイントを繰り越すことができます。
・ポイント転換は、南魚沼市社会福祉協議会で行います。
※ポイント転換の上限は、1 年度につき、50 ポイント（5,000 円）までです。
※介護保険料に滞納がある場合は、ポイント転換はできません。

地域リハビリテーション会議（地域ケア会議：リハビリ個別ケース会議）

担当部署	介護高齢課包括支援班 南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675

概要	＜地域リハビリテーション会議の目的・ねらい＞ 1. ICF 理論および地域リハビリテーションの定義をふまえ、自立支援・重症化防止の視点でリハビリテーション等の専門職の助言を得て、総合事業利用者に対する介護予防ケアマネジメントの質を向上させ、結果的に対象者の QOL 向上を図ります。 2.総合事業利用者以外の、要支援・要介護認定者等のケアプランについてケアマネジャーより希望があるケースについて自立支援・重症化防止の視点でリハビリテーション等の専門職が検証します。 3.地域ケア個別会議として多職種で検討することで、関係者の地域づくりの視点を深めます。 ＜地域リハビリテーションの定義＞ ・地域リハビリテーションは、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全にその人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々の機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動の全てを指します。 ＜会議の構成員＞ 1.リハビリテーション等の専門職 2.ケアプラン作成者 3.ケアプランのチーム員で必要と考えられる者 4.地域包括支援センター職員 5.その他必要と考えられる者 ＜会議で検討する内容＞ 〇主観的健康観を高める目標設定とケアプランについて 〇通所型サービス A の新規利用、継続および終了の判断 〇福祉用具や住宅改修等の効果的な活用について等 〇従前相当サービス利用者の自立支援について ＜会議実施時期＞ ・通所サービス・活動 A を利用開始する前、もしくは、利用開始後 ・会議の評価時期 ・総合事業利用者以外の場合は、ケアマネジャーが専門職からの意見を聞きたいというとき ※必ずしもこの会議を経ないとサービスが利用できないというわけではありません
対象者	ケアプラン作成者

流れ	内容
1	＜会議で使用する書類＞ ①基本情報 ②課題整理総括表（もしくは生活機能評価表） ③ケアプラン（状況により準備が難しい場合は、ケアプランはなくてもよいができる限り準備します。） ④基本チェックリスト ⑤口腔アセスメント（必要な人のみ） ※介護予防ケアマネジメントマニュアル参照 ⑥栄養アセスメント（必要な人のみ） ※指定の用紙はありません ⑦通所型サービス A の利用者を評価する場合は、事業所で行った当初と直近の計測値など
	＜会議の事前準備＞ ・資料作成は、各地域包括職員、指定介護予防事業所ケアマネジャー（包括より委託を受けている実施しているケアマネジャーは、各地域包括職員が作成する）

<table>
<tr><td></td><td>・会議 1 週間前に各地域包括支援センターの会議担当者へ申し込みと各書類を 4 部送付する。
（六日町地域は3部送付する）
・各地域包括で会議計画を立て調整します。時間が決まり次第ケアマネにも連絡をします
・各地域包括より会議 1 週間前に書類一式を会議参加者へ届くように送付します。</td></tr>
<tr><td>3</td><td>＜会議当日の進め方＞
・進行は地域包括支援センター職員が行い、ケアプラン作成者が説明します。
1.事例概要説明（5 分）
①1 年後の生活、1 日の生活、本人のめざす生活、できるようになりたいこと
②生活機能低下の背景
③前回のケアプランの評価、目標達成度
④ケアプラン原案について
2.検討（10 分）
①課題の整理、支援計画、アセスメントの不足はないか
②意見交換
③支援方針、目標設定、サービスの種類・量・実施期間・支援計画の修正、サービス提供時の注意点、決定事項等、検討された内容を総合的に確認します。
＜R8年度　地域リハビリテーション会議予定＞
<table>
<tr><td>対象地域</td><td colspan="2">主に大和地域</td><td colspan="2">主に六日町地域</td><td colspan="2">主に塩沢地域</td></tr>
<tr><td>リハビリ担当</td><td colspan="2">萌気会</td><td colspan="2">齋藤記念病院</td><td colspan="2">市民病院</td></tr>
<tr><td>会場</td><td colspan="2">大和地域包括医療センター会議室</td><td colspan="2">齋藤記念病院会議室</td><td colspan="2">市民病院職員食堂</td></tr>
<tr><td>曜日</td><td colspan="2">第 4 木</td><td colspan="2">第 4 水</td><td colspan="2">第 3 水</td></tr>
<tr><td>時間</td><td colspan="2">15:00～17:00</td><td colspan="2">13:30～15:30</td><td colspan="2">9:00～11:00</td></tr>
<tr><td></td><td>書類提出日</td><td>会議日</td><td>書類提出日</td><td>会議日</td><td>書類提出日</td><td>会議日</td></tr>
<tr><td>4 月</td><td>16 日</td><td>23 日</td><td>15 日</td><td>22 日</td><td>8 日</td><td>15 日</td></tr>
<tr><td>5 月</td><td>21 日</td><td>28 日</td><td>20 日</td><td>27 日</td><td>13 日</td><td>20 日</td></tr>
<tr><td>6 月</td><td>18 日</td><td>25 日</td><td>17 日</td><td>24 日</td><td>10 日</td><td>17 日</td></tr>
<tr><td>7 月</td><td>16 日</td><td>23 日</td><td>15 日</td><td>22 日</td><td>8 日</td><td>15 日</td></tr>
<tr><td>8 月</td><td>20 日</td><td>27 日</td><td>19 日</td><td>26 日</td><td>12 日</td><td>19 日</td></tr>
<tr><td>9 月</td><td>17 日</td><td>24 日</td><td>16 日</td><td>30 日</td><td>9 日</td><td>16 日</td></tr>
<tr><td>10 月</td><td>15 日</td><td>22 日</td><td>21 日</td><td>28 日</td><td>14 日</td><td>21 日</td></tr>
<tr><td>11 月</td><td>19 日</td><td>26 日</td><td>18 日</td><td>25 日</td><td>11 日</td><td>18 日</td></tr>
<tr><td>12 月</td><td>17 日</td><td>24 日</td><td>16 日</td><td>23 日</td><td>9 日</td><td>16 日</td></tr>
<tr><td>1 月</td><td>21 日</td><td>28 日</td><td>20 日</td><td>27 日</td><td>13 日</td><td>20 日</td></tr>
<tr><td>2 月</td><td>18 日</td><td>25 日</td><td>17 日</td><td>24 日</td><td>10 日</td><td>17 日</td></tr>
<tr><td>3 月</td><td>18 日</td><td>25 日</td><td>17 日</td><td>24 日</td><td>10 日</td><td>17 日</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>4</td><td>‹会議後›
・課題整理総括表（もしくは生活機能評価表）の会議意見・評価日を記入し、1 部各地域包括支援センター会議担当者へ提出します</td></tr>
<tr><td>5</td><td>‹評価›
・評価の時期の 1 か月前になったら、各包括の担当者より連絡が入ります
・会議 1 週間前までに 1 番と同様の書類を作成します。課題整理票は、右端の評価部分を記入し、あらたに現在の課題を記入した課題整理票を準備します。
・評価会議は、地域リハビリテーション会議で実施する場合と、包括内部のリハビリ評価会議で行う場合があります。各包括の担当者と相談をしてください。</td></tr>
</table>

リハビリ同行訪問（地域リハビリテーション支援事業）

担当部署	介護高齢課包括支援班 南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	＜リハビリ同行訪問の目的・ねらい＞ 1.目標指向型（安全にその人らしくいきいきとした穏やかな生活を守り支えること）の介護予防ケアマネジメントを目的とし、プランナー（ケアプラン作成者）に対する支援のためにリハビリ職が同行訪問を実施します。 2.目標設定、サービス終了の合意形成、有効性の説明、住宅改修や福祉用具の選定、など、地域包括支援センター職員やプランナーだけではケアマネジメントが難しい場合、リハビリ職がプランナーに同行訪問し、側方支援します。		
対象者	プランナー（ケアプラン作成者）		

流れ	内容
	＜リハビリ職の担当者＞ ・年度初めにリハビリ同行訪問の協力の依頼を業務担当より行います。 ・協力可能なリハビリ職・機関の一覧を業務担当が作成し、地域包括支援センターへ提供します。
1	＜プランナーによる事前準備＞ ・各地域包括支援センターにおいて、リハビリ同行訪問の対象者を選定します。 ・同行訪問のねらいを明確にしておきます。（直営包括は、☆☆リハビリ同行訪問対象者管理 excel に入力する。委託包括の場合は、業務担当へ連絡します） ・包括職員は、業務担当と相談し、担当リハビリ職を選定します（リハビリ職への依頼が偏らないようにします） ・包括職員より協力リハビリ職に同行訪問の依頼を連絡し、日程調整を行います。 ※できるだけ 1 か月くらいの余裕をもって調整をする。 ・日程調整する際は、事前事後の打合せの時間・場所を含めて相談する。 ・業務担当が日程調整後、リハビリ職と所属長あてに依頼文を配布する
2	＜プランナーが用意する書類＞ ・基本情報 ・リハビリ同行訪問のための課題整理・訪問結果評価表 ・（ある人は）現在のケアプラン ・その他、プランナーが必要と考える各種アセスメント ※1週間前までに担当リハビリ職へ上記必要書類を渡します。
3	＜リハビリ同行訪問の実施＞ ①プランナーは、訪問対象者に対し、安全にその人らしくいきいきとした穏やかな生活を支える視点を発見するための同行訪問であることを説明し、同意を得ます。 ②リハビリ同行訪問の実施（概ね 60 分から 80 分） ・事前打合せ（担当リハビリ職と包括担当者） 5～10分 ・同行訪問 生活機能低下の背景を確認します。 1 年後の生活、1 日の生活、本人のめざす生活、できるようになりたいことなどを話し合い、確認します ・訪問後振り返り（担当リハビリ職と包括担当者）5～10分 ③リハビリ職からプランナーに対し、書面でコメントを提供します。 ・プランナーが作成したリ「ハビリ同行訪問のための課題整理・訪問結果評価表」に、リハビリ同行訪問の結果を追記し、プランナーに報告します。
4	＜モニタリングの実施＞ ①地域リハビリテーション会議において、その後の状況について報告しモニタリングを実施します。 ②訪問対象者が、「生活の目標」に向かうことができているか確認するため、必要時、再度、同行訪問を実施します。

通所型サービス・活動 A（筋力アップ教室）

担当部署	介護高齢課包括支援班 南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・市が指定した介護サービス事業所に委託して実施します。 ・運動機能の維持・改善や認知症予防などの複合的な介護予防の取り組みを行い、要介護状態となることをできるだけ予防するための、送迎付きの通所サービスです。 週 1 回の利用です。		
対象者	事業対象者・要支援認定者	料金	令和 6 年 6 月～1 回 448 円

流れ	内容	備考
1	●対象者の特定 ①要支援認定の結果対象者となる場合 ②基本チェックリストに該当し事業対象者となる場合 基本チェックリスト該当者は、6 か月間の利用です。（月の途中から始めてもその月を 1 月と数えて 6 か月間とします） 基本チェックリストの有効期間は、1 年とします	
2	●契約・介護予防マネジメントの実施（①・②の対象とも） ・契約書・重要事項説明書・個人情報同意書・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）届出書を記入します。 （事業対象者の場合は、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（変更）届出書の基本チェックリスト記入日の欄に基本チェックリストを記入してもらった日にちを書いて提出する） 担当ケアマネは、アセスメントを行い、介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）または介護予防支援の過程をすすめます。	【必要書類】 □契約書 □重要事項説明書 □個人情報同意書 □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 □ケアプラン書式一式
2	●ケアプラン作成者に対する専門職の助言 ・ケアプラン作成者は、地域リハビリテーション会議に参加し、リハビリ職を中心とした専門職から、自立支援のケアマネジメントについての助言を受けます。 ※「地域リハビリテーション会議」のページを参照してください。 サービス開始後に「地域リハビリテーション会議」を行うことでも可能です。	
3	●サービス担当者会議 ・ケアプラン原案をもとに、サービス担当者会議を実施します。	
4	●通所型サービス A の利用開始	
5	●通所型サービス A 実施事業所による、報告とモニタリング ・少なくとも 3 月に 1 回は、ケアプラン作成者にサービス提供状況を報告してください。（報告） ・通所型サービス A 実施計画に記載したサービス提供期間終了までに、少なくとも 1 回は実施状況の把握を行ってください。（モニタリング）	

訪問型サービス・活動 A（旧訪問型サービスB）（家事援助）

担当部署	介護高齢課包括支援班	連絡先	025-773-6675 025-772-4973（南魚沼シルバー人材センター）
概要	・要支援1・2の人のうち、ひとり暮らしで、掃除・洗濯・調理などの家事を行うことが困難な人の居宅にて、週に 2 時間までを上限として家事援助を利用できます。 ・介護職員初任者研修や市が開催する担い手養成研修を受けた住民による、住民主体の生活支援サービスです。 ・介護予防ケアマネジメントにより定期的に評価し、利用者の自立や QOL 向上を目指します。 ・本事業は南魚沼シルバー人材センターへ委託し、会員が従事者としてサービスを行います。		
対象者	要支援認定者・継続利用要介護者	料金	1 時間 200 円

流れ	内容	備考
1	●申し込み ・利用希望がある場合は、担当ケアマネジャーよりシルバー人材センター担当者に受託可否を確認します。 ●訪問型サービス・活動 A のみ利用する時も契約書・重要事項説明書・個人情報同意書・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）届出書を記入します ●アセスメント ・訪問型サービス・活動 A のみ利用する場合：「いきいき暮らすための、私のプラン」・基本チェックリスト、基本情報を作成 ・訪問型サービス・活動 A 以外も利用する場合：介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメント A）または介護予防支援の過程をおこないます。	【必要書類】 □契約書 □重要事項説明書 □個人情報同意書 □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 □ケアプラン書式一式
2	●担当者会議 ・利用者の居宅で、利用者、事業受託者（シルバー人材センター）・地域包括支援センター担当者または担当ケアマネジャーと担当者会議を実施。 ・ケアマネジャーよりケアプランを説明します。 その際に利用者基本情報、ケアプランをシルバー人材センターへ渡します。 ・利用者はシルバー人材センターと契約します。	※シルバー人材センターの担い手が見てもわかるように具体的な支援内容の記入をお願いします
3	・ケアプラン・基本情報を包括支援班へ提出	
4	●訪問型サービス・活動 A の利用開始 ・訪問型サービス・活動 A の従事者は、ケアプランに沿って、決められた曜日・時間に訪問し家事援助を行います。 ・援助終了後、従事者は報告書にサービス内容を記入し、利用者は内容を確認し、署名または押印します。	※従事者が訪問する時の駐車場所の確認をしてください。特に、積雪時の駐車場所は要確認。
5	●サービス実施報告 ・シルバー人材センターから介護高齢課へ、利用者別のサービス実施報告書が提出されます。内容を確認後、担当の地域包括支援センターへ送付します。地域包括支援センターは担当ケアマネジャーに報告してください。	※給付管理は不要です。
その他	R8.4 月 1 日～「継続利用要介護者へのサービス実施」 【対象者】①～③をすべてに該当する者 ①令和 8 年 4 月 1 日以降に要介護1・2の認定になったもの ②要介護1・2の認定となった日以前に、要支援者及び事業対象者であって、訪問サービス・活動 A(旧訪問型サービス B)を利用していた者 ③要介護1・2の認定となった日以降も継続的に訪問サービス・活動 A の利用を希望している。 【ケアプラン様式】 ＜訪問型サービス・活動 A のみ利用＞いきいき暮らすための、私のプラン ＜訪問型サービス・活動 A 以外のサービスも利用＞要介護のプランで作成	

訪問型サービス・活動 C（お口の健康訪問）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・噛みにくくなった、お茶や汁物等でむせる、口の渇きが気になる、歯磨きがうまくできていない等、自分ではまだ問題が小さいと感じていても、お口の機能低下を放っておくと、全身の機能低下や認知機能の低下、要介護のリスクが高くなると言われています。 ・歯科衛生士が自宅等に訪問し、お口の手入れ方法やお口の体操などの支援や助言をします。 ●利用回数：月1回全4回 ●実施時間：1回あたり概ね 30～60 分 ※利用回数等はこれに限らず、歯科衛生士による個別の対応が可能ですのでご相談ください。		
対象者	① 基本チェックリストで口腔該当した人 ② 要支援 1.･2 の人で口腔に何かしら気になる所や問題のある人 ※認定がある場合は基本チェックリストで口腔該当していなくてもよい	料金	初回のみ300円

流れ	内容	備考
1	●申し込み ・南魚沼市地域包括支援センターの歯科衛生士までご連絡ください。 ・ケアプラン作成担当者がケアマネジメントの過程をすすめます。 ※委託包括で口腔訪問事業のみ利用の場合は、委託包括が契約をします。（介護予防ケアマネジメント C の手順を参照。必要書類は備考参照）	【必要書類】 □契約書 □重要事項説明書 □個人情報同意書 □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 □基本情報 □基本チェックリスト □ケアプランもしくは私のプラン
2	●訪問型サービス C 口腔訪問事業の利用申請 ・利用者基本情報・基本チェックリスト・ケアプラン（口腔訪問事業を記載したもの）もしくは「私のプラン」の写しを歯科衛生士へ送付します。 ※訪問型サービス・活動 C のみ利用する場合はケアプランの代わりに「私のプラン」・基本情報・基本チェックリストを作成します。	
3	●サービス担当者会議開催 ・歯科衛生士が申込書を取ります	
4	●お口の健康訪問開始 ・全4回訪問のうち、1回目と4回目に口腔機能検査を実施して評価 ・2 と 3 回目の訪問時に口腔指導と実施状況の確認	※訪問記録は随時担当ケアマネジャーに報告します。
5	●評価 ・取り組み状況や口腔内の状態を3か月経過後に確認し、お口の健康訪問終了	

訪問型サービス・活動 C（心の健康訪問）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・生活や健康面に不安がある人、気持ちが落ち込むことが多い人などに、専門職が月 1 回、6 か月間訪問し、相談に応じます。 ・本事業は、医療法人越南会、まるご一と問看護ステーションに委託し実施します。		
対象者	65 歳以上で以下のいずれかに該当する者 ①認定がなく基本チェックリストうつ 2 項目以上該当または、閉じこもり No.16 に該当 ②要支援認定があり、基本チェックリストうつ 2 項目以上該当	料金	無料

流れ	内容	備考
1	●申し込み ・地域包括支援センター業務担当までご相談ください。 ・対象に該当するかを確認します。（基本チェックリストを送付する） ・業務担当より、事業所へ受託の確認を行います。 ・受託事業所が決まりましたら、地域包括支援センター業務担当よりケアマネジャーに連絡します。	・地域包括支援センターからケアマネジメントを委託されている居宅介護支援事業所が関わる場合は、地域包括支援センターと相談しながらすすめます。
2	●アセスメント訪問 ・ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当者が訪問し、アセスメントを行う ・ケアマネジメントの過程をすすめ、ケアプランを作成します。 ※訪問型サービス・活動 C（心の健康訪問事業）のみ利用場合 契約書・重要事項説明書・個人情報同意書・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）届出書を記入します。 基本情報、基本チェックリスト、私のプランを準備します。	【必要書類】 □契約書 □重要事項説明書 □個人情報同意書 □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 □基本情報 □基本チェックリスト □ケアプランもしくは私のプラン
3	●初回訪問 ・ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当者と事業委託先の担当者とで同行訪問します。 ・事業委託先担当者より「南魚沼市介護予防・日常生活支援総合事業参加申込兼依頼書」を記入し、包括支援班へ提出します 対象者が上記①の場合は、初回訪問時にサービス担当者会議を実施します。	
4	●心の健康訪問開始 事業委託先担当者が、基本的に月 1 回、2～5か月間訪問。 ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当者が、4 か月目（初回から 3 か月後）にモニタリング訪問を行います。	
5	●個別の評価 事業委託先担当者及びケアマネジャーが、6 か月後に基本チェックリストの実施と評価を行います。	
6	●総合評価（評価会議） 地域包括支援センター業務担当者が会議の日程調整を行い、連絡をします。 地域包括支援センターの業務担当者とケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当者と事業委託先担当者とで、心の健康訪問について評価を実施します。	

従前相当サービス（訪問介護・通所介護）

担当部署	南魚沼市介護高齢課包括支援班	連絡先	025-773-6675
概要	指定事業所が行う従前相当サービス（訪問介護・通所介護）		
対象者	要支援認定者	料金	介護の手引き参照

流れ	内容	備考
1	・従前相当サービス（訪問介護・通所介護）を利用するときは、事前に各地域包括支援センターへ相談します。必要書類を事前に提出してください。 ※介護予防支援事業所の指定を受けた指定居宅介護支援事業所も同様に行います。	【必要書類】 □基本情報 □ケアプラン
2	・各地域包括支援センター内で利用の妥当性の検討を行います。 ・検討結果をケアマネジャーに伝えます。	
3	サービス担当者会議 ・ケアプラン原案をもとに、サービス担当者会議を実施します。	・ケースによっては、サービス担当者会議の前に「地域リハビリテーション会議」にかけてください。
4	・従前相当サービスの利用	
5	・モニタリング・評価の際に、訪問型・通所型サービス・活動Aの移行ができないか検討をします。	

〈参考：従前相当サービス利用できる要件の参考例〉

★筋力アップ教室（通所型サービス・活動A）の参加が困難と思われる対象

・極度の難聴で集団的対応が難しいケース。

・通所リハビリテーションにより専門職の指導を受けながら集中的に生活機能向上のためのトレーニングを行う必要があるケース。

・自宅に風呂がないケース、あるいはHHを利用しても自宅での入浴が困難なケース。→デイケアを優先的に検討する。環境面で課題があるときは、福祉用具や住宅改修を検討する。

・認知症や難病・ガン末期などの疾病要因により集団活動が困難なケース。

・その他（包括で）必要と認めるケース。

★訪問型サービス・活動Aが困難と思われる対象

・身体的介護が必要なケース（入浴支援、通院支援等）

・認知症があり、訪問型サービス・活動Aの担い手では対応が困難なケース

＊上記は例であり、各地域包括支援センターで妥当性を判断します

食の自立支援事業（総合事業、任意事業）

担当部署	・南魚沼市介護高齢課包括支援班	連絡先	・025-773-6675(包括支援班) ・025-788-0226(宅配クック 123 南魚沼店)
概要	・高齢者のうち、栄養改善が必要であり、加齢や障がい等により食品の購入や調理等が困難な人（近隣の親族等の支援がない人）に対し、栄養バランスの取れた昼食用弁当を配達し、配達時の声掛けにより安否確認を行う事業です。 ・平日の月曜日から金曜日のうち、希望する日に昼食弁当を配達します。 ※土日、祝日、及び 12/29～1/3 の間は除きます。 ※配達は、概ね、午前9時から午後 0 時の間に行います。（時間指定はできません。） ・宅配クック 123 南魚沼店(配食事業実施店舗)に委託		
対象者	○高齢者のうち、以下のいずれかに該当する人 ・単身世帯 ・高齢者のみ世帯 ・高齢者と障がい者のみ世帯	料金	・1食 350 円 ※配食事業者が徴収します。

◎詳細は、食の自立支援実施要領をご確認ください。

流れ	内容	備考
1	●当事業の利用希望があったとき ・住民から当事業の利用希望があったときは、介護度、担当ケアマネジャーの有無を確認し、担当ケアマネジャーがいる場合は、担当ケアマネジャーにつなぎ、担当ケアマネジャーがいない場合は、利用を希望している住民の地域を担当する各地域包括支援センター（大和地域包括ステーション含む）の地区担当者へつなぎます。 ※利用申請は、担当ケアマネジャー、または地域包括支援センターの地区担当者経由で行います。 ●利用申請 ・担当ケアマネジャー、または地域包括支援センターの地区担当者は、当事業の必要性に関するアセスメントを行い、当事業の利用が妥当であると判断した場合は、申請書（様式 1）、アセスメント票（様式3）、利用者基本情報を作成し、利用を希望する住民の地域を担当する地域包括支援センターに申請書類を提出します。 ●事業利用に係るアセスメントについて ① 利用希望者が、当事業以外のサービス等（介護給付、介護予防給付、総合事業）を利用している場合 ・担当ケアマネジャーがアセスメントを行い、当事業の利用が必要な根拠と状況を記載したケアプラン原案の上、サービス担当者会議を行います。 ・サービス担当者会議前に、利用希望者の地域を担当する地域包括支援センターに申請書類の写しを提出し、当事業利用の妥当性についての事前審査を受けます。 ・事前審査を行った地域包括支援センターの意見を基に、サービス担当者会議を行います。（地域包括支援センターの担当者会議への出席は、必要時のみとします。） ② 利用希望者が、当事業のみ利用する場合 ・利用者希望者の地域を担当する地域包括支援センターの地区担当者がアセスメントを行い、申請書類を作成の上、当該地区担当者が所属する地域包括支援センター内で妥当性を判断します。	【申請書類】 □申請書（様式 1） □利用者基本情報（安否確認する事業です。緊急連絡先とする親族の続柄、所在地など必要な情報を記入してください。） □アセスメント票（様式 3） □ケアプラン（食の自立支援事業のみ利用する場合は、不要）

2	●利用決定 ・担当ケアマネジャー、または地域包括支援センターの地区担当者は、サービス担当者会議終了後、利用希望者からの同意を得た上で、ケアプランの写しを含めた申請書類を、利用希望者の地域を担当する地域包括支援センターに提出します。 ・申請書類の提出を受けた地域包括支援センターは、再度、申請内容を審査し、当事業利用が妥当であると判断した場合は、申請書類を包括支援班に送付します。 ・包括支援班は、申請書類を審査し、不備等がなければ利用決定の上、利用希望者に対し、決定通知を送付します。 ※地域包括支援センター、及び包括支援班が行う審査には、時間を要しますので、当事業の利用を開始したい日の3開庁日前までには、申請書類を提出するようにしてください。	
3	●料金(利用者負担金:食材費・調理費相当額)の徴収について ・料金は、配食事業者が利用者から直接徴収します。 ・口座振替等の手続は、配食業者が利用者に案内します。	
4	●当事業の利用について ・安否確認のため弁当配達時に声掛けを行いますので、原則、対面での弁当受取りが必要です。 ・歩行困難等のため、玄関まで出向くことが難しい場合は、居室まで届けることもできますのでその旨をお伝えください。または、配達員からの声掛けに対する返事をもって安否確認とすることも可能です。	
5	●安否確認後の対応 ・利用者の急変時、不在時など、弁当配達時に安否確認ができない場合は、配食業者が緊急連絡先に連絡します。 ・緊急連絡先に繋がらない場合は、担当ケアマネジャーに、担当ケアマネジャーにも繋がらない場合は、包括支援班に順次連絡します。利用者に異常がある、または緊急事態であるという場合は、配食事業者が救急搬送の手配をし、緊急連絡先等に連絡します。	
6	●事業利用の変更や廃止 ・事業利用の内容の変更や廃止の場合は、変更したい日の前日17 時までに、担当ケアマネジャー、または地域包括支援センターの地区担当者が、配食業者に連絡してください。その後、変更・廃止申請書(様式2)を、包括支援班に提出してください。 ※配食業者への連絡は、原則 FAX により行ってください。 ※受診等のための一時的な利用キャンセルの場合は、配食事業者へのみ連絡してください。(包括支援班への変更・廃止申請書提出は不要です。) ・事業の利用を中止し、再開するまで 6 か月以上の期間が空いた場合は、再度利用申請が必要になります。	□変更・廃止申請書(様式 2)
7	●モニタリング ・利用開始から6か月が経過している利用者に対しモニタリングを実施します。 ・包括支援班から、担当ケアマネジャー、または地域包括支援センターの地区担当者に対し、モニタリングの実施を依頼します。(年1回程度)	□モニタリングシート

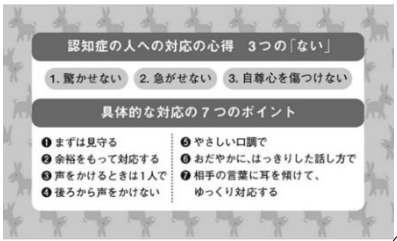
認知症サポーター養成講座（認知症総合支援事業）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・認知症の正しい知識や適切な対応などを学び、認知症の人とその家族を見守り、応援者となる「認知症サポーター」を養成する講座です。 ・南魚沼市では、地域の住民・企業・団体をはじめ中学校・高校の生徒、専門学校の学生など様々な方が本講座を受講して認知症サポーターとなっています。 ・講座を受講した人は「認知症サポーター」となり、受講後はその証となる「認知症サポーターカード」が交付されます。 ・講座の時間は 90 分程度です。		
対象者	地域住民、職域、学校等	料金	無料

流れ	内容
1	【講座申込み】 ・地域包括支援センターに開催希望日時・会場・参加予定人数等をお伝えください。 ・開催希望日の 1～2 か月前までに申し込みをお願いします。
2	【事前打ち合わせ】 ・講座を担当する認知症キャラバンメイトから連絡をします。 ・講座内容、スケジュール等の打ち合わせをお願いします。 ※認知症キャラバンメイトとは、認知症サポーター養成講座を企画・運営をするための研修を受講した講師役をいいます。 ・担当するキャラバン・メイトは、サポーター計画書を作成し、南魚沼市地域包括支援センターへ 1 か月前に提出してください。
3	【講座受講】 ・認知症サポーター養成講座を受講します。 ・講座受講後、アンケートへのご協力をお願いします。
4	【講座受講後】 ・受講後、認知症サポーターの証となる「認知症サポーターカード」を交付します。 ・職域の組織単位で認知症サポーター養成講座を受講した事業所で、希望する場合は、新潟県から「認知症サポーターステッカー」及び「ロバ隊長ぬいぐるみ」が交付されますので、地域包括支援センターにご相談ください。 ・キャラバン・メイトはサポーター報告書とアンケート、余った教材等は南魚沼市地域包括支援センターへ返却ください

認知症サポーターカード





認知症サポーターステッカー



ロバ隊長ぬいぐるみ（新潟県ウェブサイトより）



※ロバ隊長の意味：隊長として認知症になっても安心して暮らせるまちづくりへの道のりの先頭を歩き、ロバのように急がず、しかし一歩一歩着実に、キャラバンを進むという意味が込められています。

認知症高齢者見守りシール交付事業（任意事業）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・認知症等により行方不明となる可能性がある人を対象に、見守りシールを交付します。 ・交付枚数は30枚（耐洗シール 20 枚・蓄光シール 10 枚）です。 ・発見者が見守りシールに印字されているQRコードを読み取ると、インターネット上の「どこシル伝言板」（以下、伝言板）に接続することができます。 ・伝言板では、対象者の既往症や注意すべきことなどの情報を確認でき、対象者の家族などと伝言板を通じてやり取りができます。 ・QRコードが読み取られた時、伝言板への書き込みが行われた時には登録したメールアドレスあてに通知メールが送信されます。メールアドレスは10件まで登録可能です。		
対象者	南魚沼市内に在住・在宅で認知症等により行方不明になる可能性がある人	料金	無料（ただし、追加分は実費負担）

流れ	内容	備考
1	・地域包括支援センターに利用の相談をしてください。 ・見本シールを使って伝言板の機能を体験いただくこともできます。	
2	・家族、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等で相談しながら、必要書類を作成します。 ・必要書類に記入いただく内容は、本人の特徴や発見時の対応方法など伝言板に表示する内容が含まれますので、具体的な情報の記載をお願いします。 ※伝言板でのやり取りは匿名で行われるため、家族や発見者の氏名・連絡先などの個人情報が表示されることはありません。	【必要書類】 □利用申請書 □心身の状況と連絡体制シート（様式1～3）
3	・必要書類を地域包括支援センターに提出してください。 ・必要書類に記入いただいた内容をもとに、事務局で伝言板への初期登録を行います。	
4	・登録いただいたメールアドレス宛にテストメールを送信します。 ・テストメールに記載の URL にアクセスしていただくことでログイン ID 及びパスワードが通知されますので、大切に保管をお願いします。	・info@qrd.jp を受信できるようメールの設定を行って下さい。
5	・見守りシール30枚と利用説明書を交付します。 ・見守りシールは他人から見て分かるところに貼付してください。	・詳細は利用説明書を確認してください。
6	・登録内容に変更があった場合は変更のある様式を作成し、最寄りの地域包括支援センターに提出してください。	
7	・「ひとり歩きがみられなくなった」「施設入所した」等の理由により本事業の利用の必要がなくなった場合は地域包括支援センターに連絡してください。	
8	・追加交付を希望する場合は地域包括支援センターにご相談ください。 ・自己負担となります。	

〇必要書類
　1　交付申請書
　2　心身の状況と連絡体制（様式 1～3）

南魚沼市　AA0000

〇配布するシール
　耐洗シール：衣類などの布製品にアイロンで熱圧着します。
　蓄光シール：ナイロン製品や杖などアイロンをかけられない物に貼付けるシールです。

〇見守りシールを貼った例


上腕部


背面 襟元


袖口



ナイロン素材

認知症初期集中支援事業（認知症総合事業）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	・認知症またはその疑いがある人やそのご家族をチーム員が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行います。 ・具体的には、認知症に関する情報の提供や、必要に応じて医療機関の受診や介護保険サービスなどの利用に繋げるための支援を行います。チームによる支援は最長で 6 カ月です。 ・支援チーム員は認知症疾患医療センター（南魚沼市民病院）の専門医、保健師、看護師、南魚沼市地域包括支援センターの保健師、社会福祉士、介護福祉士、地域支援推進員などで構成します。		
対象者	40 歳以上の自宅生活者で、認知症が疑われる人または認知症で以下のいずれかに該当する人 ① 医療サービス、介護サービスを受けていない人、または、中断している人 ア. 認知症疾患の臨床診断を受けていない人 イ. 継続的な医療サービスを受けていない人 ウ. 適切な介護サービスに結び付いていない人 エ. 介護サービスが中断している人 ② 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している人		

流れ	内容
1	●地域包括支援センターに相談してください。 ・支援対象者本人の現病歴、既往歴、生活情報、家族の状況等を聞き取ります。
2	●初回訪問 ・チーム員（専門職2人以上）が訪問し、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者や家族の心理的サポートや助言等を行います。
3	●チーム員会議の開催 ・初回訪問後、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行います。 ※チーム員会議とは、チーム員とチーム員医師が支援対象者ごとにアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度などの検討を行うために実施する会議です。
4	●初期集中支援の実施 ・医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機づけや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行います。
5	●モニタリング ・サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行います。
6	●支援の終了 ・初期集中支援の終了をチーム員会議で判断します。

認知症の本人と家族への一体的支援事業（オレンジミーティング＆カフェ）（認知症総合支援事業）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	認知症の人または、家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動の場です。 本人・家族がそれぞれ話をできる場ができ、お互いを認め合い、よりよい関係を築くことで在宅での生活を送ることができることを目指します。 ・毎月第2金曜日の午前 10:00～11:15、南魚沼市図書館の多目的室で行います。参加費は無料。市の地域包括支援センター職員と認知症地域支援推進員が対応します。		
対象者	認知症機能低下がある本人とその家族。 一緒に参加することが望ましいが独居や都合が合わない場合には、どちらかの参加でよい。		

流れ	内容
1	●申し込み 地域包括支援センターへご相談ください。 参加される方の基本情報を確認します。
2	●事業の内容 偶数月：個別相談、自由活動、フリートーク 奇数月：ミニ講話、本人は近況報告とレクリェーション等、家族は話し合い・個別相談 ＊1月と2月はお休み。 ＊持ち物は水分補給のための飲み物、筆記用具、そのほか必要時メガネや補聴器 ・本人と家族が分かれて話し合いをしたり、一緒に話をするなどの交流をしています。 ・ミニ講話は認知症の病気や薬、かかわり方などを実施。レクリェーションは参加者がやりたいことを決めて実施したり協働で取り組みたいことを実施しています。

認知症カフェ（オレンジカフェ）（認知症総合支援事業）

担当部署	南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675
概要	認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰でもが参加でき、集うことができる交流の場です。 地域住民や介護施設等が実施するものと、イベント等の会場で地域包括支援センターが行う出張カフェがあります。		
対象者	市内に住所を有する認知症の人およびその家族並びに地域住民。		

流れ	内容
	●実施内容 ・各地域や介護施設等で実施していますが、地域によって開催状況・内容が異なりますので、くわしくは各地域包括支援センターにお問い合わせください。 ・事前に参加の申し込みをする必要はありません。 ・オレンジカフェの運営者も随時募集しています。 ・オレンジカフェの運営登録を希望する場合は南魚沼市地域包括支援センターへご相談ください。