

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



目次

＜このマニュアルについて＞	2
ふれあい・いきいきサロン（一般介護予防事業）	3
筋力づくり教室（一般介護予防事業）	3
まめでいきいき倶楽部（一般介護予防事業）	4
水中運動教室（一般介護予防事業）	5
地域リハビリテーション会議（地域ケア会議推進事業：リハビリ個別ケース会議）	6
通所型サービスA（介護予防・生活支援サービス事業：筋力アップ教室）	8
訪問型サービスB（介護予防・生活支援サービス事業：家事援助）	9
訪問型サービスC（介護予防・生活支援サービス事業：お口の健康訪問）	10
訪問型サービスC（介護予防・生活支援サービス事業：心の健康訪問）	11
食の自立支援事業（介護予防・生活支援サービス事業、任意事業）	12
認知症サポーター養成講座（認知症総合支援事業）	14
認知症高齢者見守りシール交付事業（任意事業）	15
認知症初期集中支援事業（任意事業）	16

<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、その他の日ごろの介護関係の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。

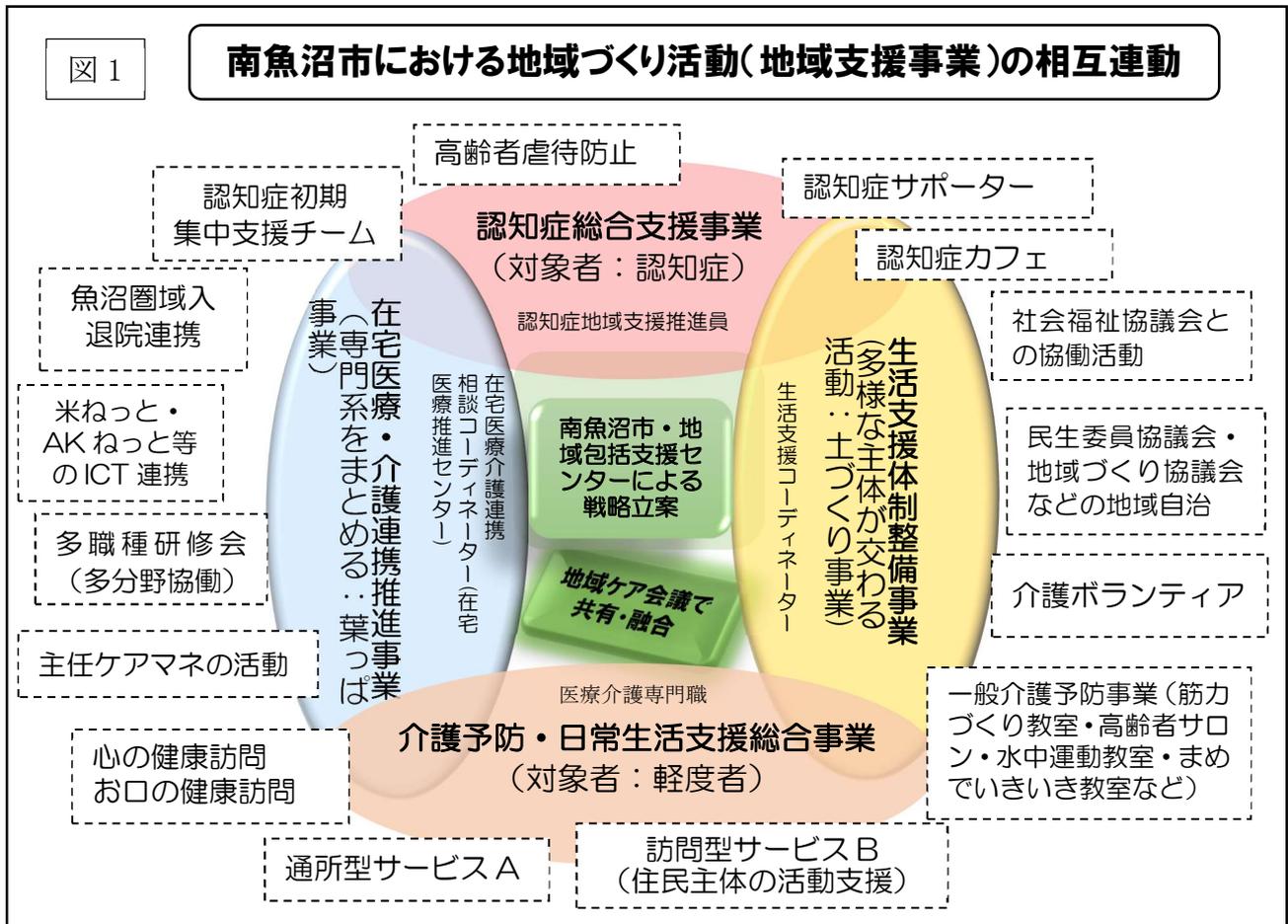
内容が変更する場合がありますので、事業の利用に関することなど詳しくは介護保険課包括支援班・地域包括支援センター（電話 025-773-6675）にお問い合わせください。

【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
- 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います。



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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、生きがいつくりや仲間づくり、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。 ・地域の一人暮らし高齢者やご近所さんを誘って気軽に楽しく参加していただきたい事業です。 		
対 象 者	高齢者等	料 金	参加費無料
<ul style="list-style-type: none"> ・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、お問い合わせください。 			

筋力づくり教室（一般介護予防事業）

担 当 部 署	南魚沼市介護保険課包括支援班	連 絡 先	025-773-6675
概 要	<ul style="list-style-type: none"> ・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	1 回 60 円
<ul style="list-style-type: none"> ・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、くわしくは介護保険課包括支援班にお問い合わせください。 ・参加する際は、持ち物として参加費60円、水分（水かお茶）、タオル1本を持って参加してください。事前に参加の申し込みをする必要はありません。 			

まめでいきいき倶楽部（一般介護予防事業）

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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>実施期間：月1回 1時間半程度 全6回～12回</p>		
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	<p>●教室開催場所の決定</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>		
2	<p>●教室のおもな実施内容</p> <p>・運動(インストラクター)</p> <p>・食事と栄養について(栄養士)</p> <p>・お口の健康について(歯科衛生士)</p> <p>・認知症予防:脳トレ・グループワーク</p> <p>・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</p> <p>・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。</p>	<p>【連携・協力】</p> <p>社会福祉協議会 SC 筋力づくりインストラクター 保健課 等</p> <p>【必要書類】</p> <p>・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</p>	
3	<p>●教室終了後</p> <p>・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。</p>		

水中運動教室（一般介護予防事業）

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	<p>・週 1 回 1 時間程度、講師 2 名の指導のもと、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。</p> <p>・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。</p>		
対 象 者	65 才以上の高齢者	料 金	1 回 300 円
流れ	内容		
1	<p>●参加者の募集</p> <p>・市報みなみうおぬまにて参加者を募集します。(1 期:3/15 号、2 期:7/15 号、3 期:11/15 号)</p> <p>・直接、ディスポート南魚沼へ申し込んでください。</p>		
2	<p>●事業利用者の決定</p> <p>・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の利用の決定をします。</p> <p>・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。</p>		
4	<p>●初回</p> <p>・13:00～</p> <p>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</p> <p>・14:00～15:00 水中運動</p> <p>●第 2 回～9 回</p> <p>・14:00～15:00 水中運動</p> <p>●最終回</p> <p>・13:00～体力測定・アンケート</p> <p>・14:00～15:00 水中運動</p> <p>・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。</p>		

地域リハビリテーション会議（地域ケア会議推進事業：リハビリ個別ケース会議）

担当部署	介護保険課包括支援班 南魚沼市地域包括支援センター	連絡先	025-773-6675																	
概要	<p><地域リハビリテーション会議の目的・ねらい></p> <p>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。 ※地域リハビリテーション会議を経なければ総合事業を利用できないという原則はありません。</p> <p>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助言します。</p> <p><地域リハビリテーションの定義></p> <p>・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。</p> <p><総合事業利用者のケアマネジメント過程における、地域リハビリテーション会議活用のタイミングの例></p> <table border="1" data-bbox="405 945 1256 1435"> <thead> <tr> <th>ケアマネジメント過程</th> <th>会議活用のタイミング</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本チェックリスト実施または要介護認定</td> <td rowspan="2">↓</td> </tr> <tr> <td>1.アセスメント・課題分析</td> </tr> <tr> <td>2.ケアプラン原案作成</td> <td>地域リハビリテーション会議</td> </tr> <tr> <td>3.サービス担当者会議</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.ケアプランの本人同意と交付</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.サービス・事業提供</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.モニタリング</td> <td>地域リハビリテーション会議</td> </tr> <tr> <td>7.評価</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><会議の構成員></p> <p>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</p> <p><会議で検討する内容></p> <p>○主観的健康観を高める目標設定とケアプランについて ○通所型サービス A の新規利用にあたって、継続および終了の判断 ○福祉用具や住宅改修等の効果的な活用について等</p>			ケアマネジメント過程	会議活用のタイミング	基本チェックリスト実施または要介護認定	↓	1.アセスメント・課題分析	2.ケアプラン原案作成	地域リハビリテーション会議	3.サービス担当者会議		4.ケアプランの本人同意と交付		5.サービス・事業提供		6.モニタリング	地域リハビリテーション会議	7.評価	
	ケアマネジメント過程	会議活用のタイミング																		
基本チェックリスト実施または要介護認定	↓																			
1.アセスメント・課題分析																				
2.ケアプラン原案作成	地域リハビリテーション会議																			
3.サービス担当者会議																				
4.ケアプランの本人同意と交付																				
5.サービス・事業提供																				
6.モニタリング	地域リハビリテーション会議																			
7.評価																				
対象者	ケアプラン作成者																			

流れ	内容																																																																																																																														
1	<p><会議の事前準備> ・各地域包括支援センターで対象者を特定し会議計画を立て調整します。会議 1 週間前に出席者に届くように書類一式を送付します。</p>																																																																																																																														
2	<p><会議で使用する書類> ・基本情報、ケアプラン、課題整理総括表(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。) ・通所型サービス A の利用者进行评估する場合は、事業所で行った当初と直近の計測値など</p>																																																																																																																														
3	<p><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。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p><R6 年度 地域リハビリテーション会議予定></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象地域</th> <th colspan="2">主に大和地域</th> <th colspan="2">主に六日町地域</th> <th colspan="2">主に塩沢地域</th> </tr> <tr> <th>リハビリ担当</th> <th colspan="2">萌気会</th> <th colspan="2">齋藤記念病院</th> <th colspan="2">市民病院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>会場</td> <td colspan="2">大和庁舎第1会議室(3階)</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> <th>書類提出日</th> <th>会議日</th> <th>書類提出日</th> <th>会議日</th> <th>書類提出日</th> <th>会議日</th> </tr> <tr> <td>4月</td> <td>18</td> <td>25</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>10</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>5月</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>8</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>6月</td> <td>20</td> <td>27</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>12</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>7月</td> <td>18</td> <td>25</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>10</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>8月</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>21</td> <td>28</td> <td>14</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>9月</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>18</td> <td>25</td> <td>11</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>10月</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>9</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>11月</td> <td>21</td> <td>28</td> <td>20</td> <td>27</td> <td>13</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>12月</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>18</td> <td>25</td> <td>11</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>1月</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>8</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2月</td> <td>20</td> <td>27</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>12</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>3月</td> <td>19</td> <td>27</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>12</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table>	対象地域	主に大和地域		主に六日町地域		主に塩沢地域		リハビリ担当	萌気会		齋藤記念病院		市民病院		会場	大和庁舎第1会議室(3階)		齋藤記念病院会議室		市民病院職員食堂		曜日	第4木		第4水		第3水		時間	15:00~17:00		13:30~15:30		9:00~11:00			書類提出日	会議日	書類提出日	会議日	書類提出日	会議日	4月	18	25	17	24	10	17	5月	16	23	15	22	8	15	6月	20	27	19	26	12	19	7月	18	25	17	24	10	17	8月	15	22	21	28	14	21	9月	19	26	18	25	11	18	10月	17	24	16	23	9	16	11月	21	28	20	27	13	20	12月	19	26	18	25	11	18	1月	16	23	15	22	8	15	2月	20	27	19	26	12	19	3月	19	27	19	26	12	19
対象地域	主に大和地域		主に六日町地域		主に塩沢地域																																																																																																																										
リハビリ担当	萌気会		齋藤記念病院		市民病院																																																																																																																										
会場	大和庁舎第1会議室(3階)		齋藤記念病院会議室		市民病院職員食堂																																																																																																																										
曜日	第4木		第4水		第3水																																																																																																																										
時間	15:00~17:00		13:30~15:30		9:00~11:00																																																																																																																										
	書類提出日	会議日	書類提出日	会議日	書類提出日	会議日																																																																																																																									
4月	18	25	17	24	10	17																																																																																																																									
5月	16	23	15	22	8	15																																																																																																																									
6月	20	27	19	26	12	19																																																																																																																									
7月	18	25	17	24	10	17																																																																																																																									
8月	15	22	21	28	14	21																																																																																																																									
9月	19	26	18	25	11	18																																																																																																																									
10月	17	24	16	23	9	16																																																																																																																									
11月	21	28	20	27	13	20																																																																																																																									
12月	19	26	18	25	11	18																																																																																																																									
1月	16	23	15	22	8	15																																																																																																																									
2月	20	27	19	26	12	19																																																																																																																									
3月	19	27	19	26	12	19																																																																																																																									

通所型サービス A（介護予防・生活支援サービス事業：筋力アップ教室）

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 4 月～1 回 437 円
流れ	内容	備考	
1	<ul style="list-style-type: none"> ●対象者の特定 ・要支援認定の結果対象者となる場合と、基本チェックリストに該当し事業対象者となる場合があります。 ・利用を希望する対象者について、地域包括支援センターと担当ケアマネジャーで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)の過程をすすめます。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアマネジメントには、A・B・Cのタイプがありますが、当市の通所型サービス A を利用する場合はケアマネジメント A です。(ケアマネジメントマニュアルP25参照) 	
2	<ul style="list-style-type: none"> ●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、リハビリ個別ケース会議(※リハビリ個別ケース会議については「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。)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。 ・事業対象者の場合は、リハビリ個別ケース会議への参加は不要とします。 ・介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護、介護予防通所介護相当を利用している場合、担当のリハビリ職からの助言を受けることで、リハビリ個別ケース会議への参加は不要としますが、ケアプラン原案に助言内容と評価予定月を記入してください。 		
3	<ul style="list-style-type: none"> ●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	<ul style="list-style-type: none"> ●通所型サービス A の利用開始 		
5	<ul style="list-style-type: none"> ●評価 ・担当者は、6 か月に 1 回、基本チェックリストを実施し、評価します。 		

訪問型サービス B（介護予防・生活支援サービス事業：家事援助）

担 当 部 署	介護保険課包括支援班 南魚沼シルバー人材センター	連 絡 先	025-773-6675 025-772-4973
概 要	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>		
対 象 者	要支援認定者	料 金	1 時間 200 円
流れ	内容	備考	
1	<p>●申し込みとアセスメント</p> <p>・利用を希望する対象者について、地域包括支援センターと担当ケアマネジャーとでアセスメントを行い、介護予防ケアマネジメントの過程をすすめます。</p> <p>・地域包括支援センターは、訪問型サービス B の利用の妥当性を検討し、シルバー人材センターに受託の可否を確認します。</p>		
2	<p>●担当者会議</p> <p>・利用者の居宅にて、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。（サービス担当者会議と同時実施可）</p> <p>・利用者はシルバー人材センターと契約します。</p>	<p>従事者が訪問する時の駐車場所の確認をしてください。</p> <p>特に、積雪時の駐車場所は要確認。</p>	
3	<p>●ケアプランの提出</p> <p>・担当ケアマネジャーは、ケアプランを介護保険課包括支援班へ提出します。</p>		
4	<p>●訪問型サービス B の利用開始</p> <p>・訪問型サービス B 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。</p> <p>・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。</p>		
5	<p>●サービス実施報告</p> <p>・シルバー人材センターから介護保険課へ、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。</p>		

訪問型サービス C（介護予防・生活支援サービス事業：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	<p>・噛みにくくなった、お茶や汁物等でむせる、口の渴きが気になる、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。</p> <p>・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。</p> <p>●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。</p>		
対 象 者	<p>① 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 ※基本チェックリストで口腔該当していなくてもよい</p> <p>② 基本チェックリストで口腔該当した人</p>	料 金	初回のみ300円
流れ	内容	備考	
1	<p>●申し込み</p> <p>・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。</p> <p>・ケアマネジャーとの同行訪問の日程を調整します。</p>		
2	<p>●アセスメント訪問</p> <p>・ケアマネジャーと同行訪問、または歯科衛生士のみ訪問しアセスメント。</p> <p>・申込書等の必要書類作成。</p> <p>・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。</p>		
3	<p>●訪問型サービス C 口腔訪問事業の利用申請</p> <p>・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）の写しを歯科衛生士へ送付する。</p>		
4	●サービス担当者会議開催		
5	<p>●お口の健康訪問開始</p> <p>・全4回訪問のうち、1回目と4回目に口腔機能検査実施し評価</p> <p>・2、3 回目の訪問時にモニタリング実施</p>	※訪問記録は随時担当ケアマネジャーに報告します。	
6	<p>●評価</p> <p>・終了後3か月訪問</p> <p>・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</p>		

訪問型サービス C（介護予防・生活支援サービス事業：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	<p>・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。</p> <p>・本事業は、医療法人越南会、るあな訪問看護ステーションに委託し実施します。</p>		
対 象 者	<p>65 歳以上で以下のいずれかに該当する者</p> <p>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</p> <p>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</p>	料 金	無料
流れ	内容	備考	
1	<p>●申し込み</p> <p>・地域包括支援センターまでご相談ください。</p> <p>・対象に該当するかを確認します。</p>		
2	<p>●アセスメント訪問</p> <p>・地域包括支援センターの職員が訪問し、アセスメント。</p> <p>・申込書等の必要書類作成。</p> <p>・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。</p>	<p>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。</p>	
3	<p>●初回訪問</p> <p>・地域包括支援センター職員と委託した相談担当職員とで同行訪問します。</p> <p>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。</p>		
4	<p>●心の健康訪問開始</p> <p>相談担当職員が、基本的に月 1 回、2～5 か月間訪問。</p> <p>地域包括支援センター職員が、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。</p>		
5	<p>●個別の評価</p> <p>相談担当職員及び地域包括支援センター職員が、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。</p>		
6	<p>●総合評価</p> <p>地域包括支援センターと相談担当職員とで、心の健康訪問について評価を実施します。</p>		

食の自立支援事業（介護予防・生活支援サービス事業、任意事業）

担当部署	南魚沼市介護保険課包括支援班 配食のふれ愛南魚沼店	連絡先	025-773-6675 025-775-7224
概要	<p>・栄養改善が必要であり、加齢や障がい等により食品の調達や調理等が困難な人（近隣の親族等の支援がない人）へ、バランスの取れた昼食のお弁当を配達するとともに、利用者の状況を定期的に把握し、安否確認、見守りを行います。</p> <p>・土日祝日・12/29～1/3を除く平日の、概ね午前9時から12時の間に昼食を配達します。</p> <p>・本事業は、令和6年度から「配色のふれ愛南魚沼店」に委託し実施します。</p>		
対象者	65歳以上の独り暮らしや高齢者のみ 世帯等	料金	1食 300円(配食業者が徴収)

◎くわしくは、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	<p>●食の自立支援事業利用の申請と妥当性の検討</p> <p>介護保険課窓口</p> <p>・利用の相談後、担当のケアマネジャーまたは地域包括支援センターに担当がいるか確認し、いる場合は担当者に相談します。いない場合は申請書(様式1)を作成し、地域包括支援センターへ送付します。</p> <p>対象者が介護給付及び予防給付に該当している場合</p> <p>・利用を希望する対象者が、介護給付及び予防給付に該当している場合は、担当ケアマネジャーや担当の地域包括センター職員がアセスメントし、ケアマネジメントの過程をすすめ、食の自立支援事業が必要な根拠と状況を記載したケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を開催します。</p> <p>・サービス担当者会議には地域包括支援センターが参加し、食の自立支援事業の妥当性について検討します。介護給付を利用している場合は、新規の時のみ地域包括支援センターが参加します。</p> <p>対象者が総合事業利用のみの場合</p> <p>・対象者が介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)のみ利用している場合は、地域包括支援センターがアセスメントし、介護予防ケアマネジメント(※)の過程をすすめ、食の自立支援事業の利用の妥当性を検討します。</p>	<p>※介護予防ケアマネジメントの類型については、介護予防ケアマネジメントマニュアル24～25ページをご確認ください。</p>
2	<p>●保険者による事業利用の決定</p> <p>・担当ケアマネジャーや地域包括支援センターが事業利用の妥当性を検討後、申請書等一式(※)を介護保険課包括支援班へ提出してください。</p> <p>・事業利用を開始したい日の3日前までに、必要書類一式を介護保険課包括支援班へ提出してください。</p> <p>・申請内容を検討し、利用開始を決定します。</p> <p>・決定から数日後に、対象者に対し、利用決定通知書及びご案内の書類を郵送します。</p> <p>・<u>昼食の配達開始の連絡を、介護保険課包括支援班から配食業者に対し行います。</u></p>	<p>※</p> <p>・申請書(様式1)</p> <p>・アセスメント票(様式3)</p> <p>・利用者基本情報(委託事業者が安否確認する事業です。緊急連絡先の続柄、所在地など必要な情報を記入してください。)</p> <p>・ケアプラン(食の自立支援事業のみ利用する場合は、不要)</p>

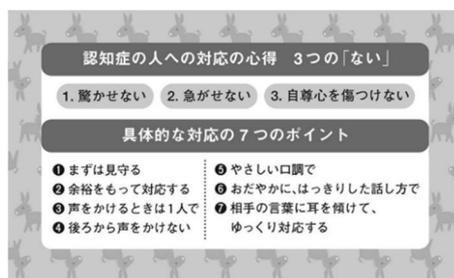
3	<p>●料金の徴収について</p> <p>・料金は配食業者が直接徴収します。口座振替等の手続方法については配食業者から本人に対し行います。</p>	
4	<p>●食の自立支援事業の利用開始</p> <p>・安否確認のため、基本的には対面で昼食のお弁当を受け取ってもらいます。</p> <p>・歩行困難等により玄関まで出向くことが難しい場合は、居室まで届けることもできるのでその旨をお伝えください。もしくは、配達員からの声かけに対する返事をもって安否確認とすることも可能です。</p>	
5	<p>●安否確認後の対応</p> <p>・昼食のお弁当を配達時に安否確認ができない場合は、配食業者が緊急連絡先へ連絡します。</p> <p>・緊急連絡先と繋がらない場合は担当ケアマネジャーへ、担当ケアマネジャーにも繋がらない場合は介護保険課包括支援班へ連絡が来きます。対象者に異常がある、または緊急事態であるという場合は、配食業者が救急搬送の手配をし、緊急連絡先等へ連絡します。</p>	
6	<p>●事業利用の変更や廃止</p> <p><u>・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や地域包括支援センターの担当者が、配食業者へ連絡してください。その後、変更・廃止申請書(様式2)を、介護保険課包括支援班に提出してください。</u></p> <p>・変更等の内容は、配食業者から介護保険課包括支援班へ報告が来ます。</p> <p>・事業の利用を中止し、再開するまで6か月以上期間が空いた場合は、新規の申請時と同様の書類一式を提出してください。</p>	<p>・変更・廃止申請書(様式2)</p>
7	<p>●モニタリング</p> <p>・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。</p> <p>・介護保険課包括支援班から、ケアマネジャー及び地域包括支援センターに対し、モニタリングの実施を依頼します。(年に1回)</p>	<p>・モニタリングシート</p>

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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・講座の時間は90分程度です。</p>		
対象者	地域住民、職域、学校等	料金	無料

流れ	内容
1	<p>【申込み】</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>
2	<p>【事前打ち合わせ】</p> <p>・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。</p> <p>・講座内容、スケジュール等の打ち合わせをお願いします。</p> <p>※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。</p>
3	<p>【講座受講】</p> <p>・認知症サポーター養成講座を受講します。</p> <p>・講座受講後、アンケートへのご協力をお願いします。</p>
4	<p>【講座受講後】</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>

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	<p>・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。</p> <p>・交付枚数は30枚(耐洗シール 20 枚・蓄光シール 10 枚)です。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・必要書類を地域包括支援センターに提出してください。 	
4	<ul style="list-style-type: none"> ・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 を受信できるようにメールの設定を行って下さい。
5	<ul style="list-style-type: none"> ・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場所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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・「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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	

○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)

○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。

○見守りシールを貼った例



認知症初期集中支援事業（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	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・支援チーム員は南魚沼市認知症疾患医療センターの専門医、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。</p>		
対 象 者	<p>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</p> <p>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</p> <p>ア. 認知症疾患の臨床診断を受けていない人</p> <p>イ. 継続的な医療サービスを受けていない人</p> <p>ウ. 適切な介護サービスに結び付いていない人</p> <p>エ. 介護サービスが中断している人</p> <p>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</p>		
流れ	内容		
1	<p>●地域包括支援センターに相談してください。</p> <p>・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。</p>		
2	<p>●初回訪問</p> <p>・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。</p>		
3	<p>●チーム員会議の開催</p> <p>・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。</p> <p>※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。</p>		
4	<p>●初期集中支援の実施</p> <p>・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。</p>		
5	<p>●モニタリング</p> <p>・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。</p>		
6	<p>●支援の終了</p> <p>・初期集中支援の終了をチーム員会議で判断します。</p>		