

市認定ヘルパー従事希望者向け説明会

習志野市介護予防・日常生活支援総合事業
「生活援助訪問型サービスについて」



平成30年5月11日
高齢者支援課

目次

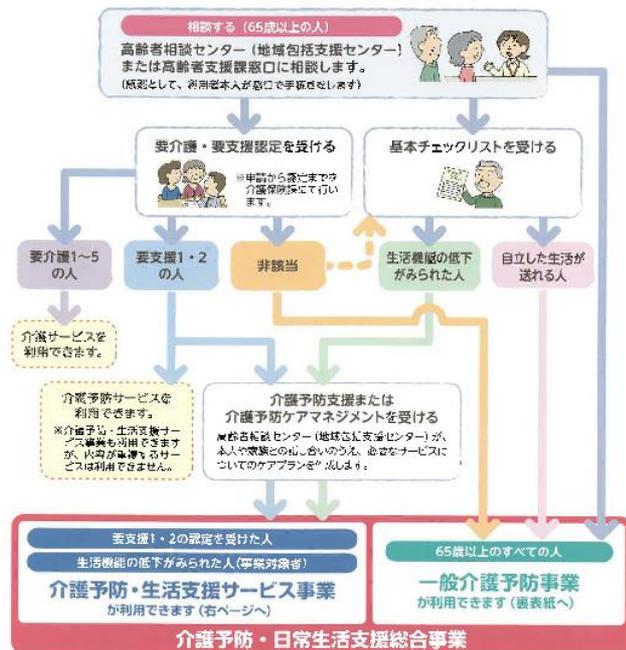
1. 総合事業について
2. サービス対象者について
3. サービス内容について
4. 市認定ヘルパーについて
5. 養成講座について



1. 総合事業について

総合事業利用までの流れ

総合事業には、要支援1・2の認定を受けた人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」があります。



※基本チェックリストを受けたあと、プランが利用しやすくなります。要介護・要支援認定が申請することがあります。

基本チェックリストとは

基本チェックリストは、25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。介護予防・生活支援サービス事業の必要を判断する場合には、基本チェックリストによる判定で、サービスを利用できます。

介護予防・生活支援サービス事業

要支援1・2の人 事業対象者

① 訪問を受けて利用する

■介護予防訪問型サービス

ホームヘルパーがご自宅を訪問し、調理や掃除などを利用者と一緒に行い、利用者ができることが増えるように支援します。(これまでの介護予防訪問介護と同様のサービスです。)

1か月あたりの自己負担(1割)のめやす

週1回程度の利用	1,168円
週2回程度の利用	2,335円
週2回程度を超える利用(原則、要支援2の人に限り。)	3,704円

② 通所して利用する

■介護予防通所型サービス

デイサービスセンターで、食事・入浴などのサービスや、生活機能の維持向上のための体操や筋力トレーニングなどが日帰り受けられます。(これまでの介護予防通所介護と同様のサービスです。)

1か月あたりの自己負担(1割)のめやす

要支援1・事業対象者	1,647円
要支援2	3,377円

※利用するメニューによって別に費用がかかります。※食費、日常生活料は別途負担となります。

■通所型短期集中予防サービス

約3か月間(週1~2回程度)集中して取り組む、運動器の機能向上など、日常生活動作の改善を目的とした通所型サービスです。参加費はかかりません。

③ 配食サービスを利用する

■配食安否確認サービス

在宅で生活する高齢者に対し、栄養バランスのとれた温かい夕食をお届けし、併せて安否確認を行います。

※感染症等で緊急制限がある人は、かかりつけの医師とご相談ください。

配達日・時間	月～金曜日の午後3時～5時(祝日、年末年始を除く)
自己負担額	1食500円(所得状況により400円)

●予防給付のサービスや総合事業のサービスを利用したときは、1か月に利用できる金額(上限)が決められています。

区分	利用限度額	自己負担(1割)	自己負担(2割)
要支援1	50,030円	5,003円	10,006円
要支援2	104,730円	10,473円	20,946円
事業対象者	50,030円	5,003円	10,006円

1. 総合事業について

習志野市 基本チェックリスト

基本チェックリスト実施日 年 月 日

一次判定	該当・非該当
最終判定	該当・非該当

フリガナ	被保険者番号						
氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭			
住所	習志野市		電話番号	()			
相談内容							

***** アセスメント欄 ***** 担当者(市・高相せ)

項目	確認事項	該当する場合□内にチェック	
		A列	B列
本人の状態	1 一人でタクシーや公共交通機関を利用して外出できる。		<input type="checkbox"/>
	2 身の周りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。		<input type="checkbox"/>
	3 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。		<input type="checkbox"/>
	4 歩行や立ち座りに介助が必要で、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>	
	5 大きな病気やけがで入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>	
今後、利用を希望するサービスの内容	6 「訪問型サービス」を利用して、掃除や買い物等の支援をお願いしたい。		<input type="checkbox"/>
	7 「通所型サービス」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。		<input type="checkbox"/>
	8 一人で自宅で入浴できないので、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()		<input type="checkbox"/>
	9 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) A.訪問看護 イ.訪問入浴 ウ.訪問リハ エ.通所リハ オ.ショートステイ カ.福祉用具レンタル・購入 キ.住宅改修 ク.地域定着型サービス	<input type="checkbox"/>	
	10 入居(グループホーム・介護専用有料老人ホーム等)・入所(特養・老健)したい。	<input type="checkbox"/>	
	11 利用を希望するサービスはないが認定を受けたい。	<input type="checkbox"/>	
本人の意向	12 基本チェックリストを受けて、総合事業によるサービスを利用したい。		<input type="checkbox"/>
	13 利用を希望するサービスはないが基本チェックリストを受けたい。		<input type="checkbox"/>

[4]、[5]、[9]～[11]のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	A列のチェックの数を記入	
[1]～[3]、[6]～[8]、[12]、[13]のいずれかに該当する(上記に該当する場合は、それを優先)	⇒ チェックリスト実施対象者です。	B列のチェックの数を記入	

備考欄(本人の希望・状態で留意すべきこと。感染症の有無、訪問の際の希望等)

項目	No.	質問事項	回答(どちらかに○)	判定(該当・非該当)
高年齢者 高齢者 要介護 状態	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	()/5
	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	
	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	
外出 も S は ら い	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい 0.いいえ	① () /20 ② () /5 ③ () /2 ④ () /3 ⑤ () /2 ⑥ () /3 ⑦ () /5
	12	BMIが18.5未満ですか? ⇒BMI=(体重()kg÷身長()m)÷身長()m	1.はい 0.いいえ	
	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	
	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	口の渇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	
	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「いつも何じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい 0.いいえ	
	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	
利用 も S は ら い	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	⑦ () /5 ⑧ () /2 ⑨ () /5 ⑩ () /5
	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	

該当項目に○	①くらし	②運動	③栄養	④口腔	⑤外出	⑥もの忘れ	⑦こころ
--------	------	-----	-----	-----	-----	-------	------

高齢者相談センター(地域包括支援センター)が行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、基本チェックリスト記入内容を、市、高齢者相談センター(地域包括支援センター)、居宅介護支援事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、その他介護予防ケアマネジメント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します。

年 月 日 氏名

市事務処理欄	受付担当		事業対象者に(該当・非該当)と決定してほしいかお伺いします	受付印
被保険者証回収	有・無		起業日 年 月 日	課長 係長 担当
再交付申請	有・無		決業日 年 月 日	
事業対象者判定	該当・非該当			
システム入力	有・無			

1. 総合事業について

今までのサービス 介護予防訪問型サービス

- ・介護福祉士
- ・実務者研修修了者
- ・介護職員初任者研修修了者
- ・ヘルパー1級、2級
- ・介護職員基礎研修

新しく加わるサービス 生活援助訪問型サービス

- ・介護福祉士
- ・実務者研修修了者
- ・介護職員初任者研修修了者
- ・ヘルパー1級、2級
- ・介護職員基礎研修

・市認定ヘルパー

1. 総合事業について

(参考) 1月あたりの利用者負担の目安

	介護予防訪問型 サービス	生活援助訪問型 サービス
週1回程度の利用	1, 168円	1, 145円
週2回程度の利用	2, 335円	2, 061円
週2回を超える利用	3, 704円	3, 146円



2. サービス対象者について

- 要支援1・2の人または基本チェックリストで生活機能の低下が見られると判定された人（事業対象者）。

その中でも、下記の介助は不要な人。

- 食事、入浴、排泄、更衣の介助
- 体位変換、移動・移乗、通院・外出の介助
- 起床、就寝の介助
- 服薬の介助

2. サービス対象者について

たとえば・・・

- 体力が落ちてきて、家中の掃除をするのが難しいので、掃除をしてほしい。
- 1人で外出は出来るが、重い物を持つと転倒の不安があるので、買物をしてほしい。
- 1人で食事は出来るが、調理をしてほしい。
- 1人で起き上がることは出来るが、シーツの交換や布団干しをしてほしい。

3. サービス内容について

市認定ヘルパーが提供するサービス

- ・居室内やトイレ、卓上等の清掃
- ・ゴミ出し
- ・掃除の準備、後片付け
- ・洗濯機または手洗いによる洗濯
- ・洗濯物の乾燥、物干し
- ・洗濯物の取り入れと収納
- ・利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- ・衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)
- ・アイロンがけ
- ・被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)
- ・食事の配膳、後片付け
- ・日用品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む)
- ・一般的な調理
- ・薬の受け取り

3. サービス内容について

対象にならない内容

利用者本人以外のためにすること、日常生活に必要な家事の範囲を超えることは、サービスの対象にならない。たとえば・・・

- ・利用者本人以外の食事の調理
- ・買い物付添い
- ・通院同行(院内付添い含む)
- ・草むしり、花木の水やり
- ・犬の散歩等ペットの世話
- ・自家用車の洗車、清掃
- ・大掃除、窓ガラス磨き、床のワックスがけ
- ・来客の応接

など

4. 市認定ヘルパーについて

市認定ヘルパーになるには…
下記の研修の受講が必要。

- 市認定ヘルパー養成講座
(※平成29年度までの名称は「シニアサポーター養成講座」)
- 介護予防・生活支援サービス担い手養成研修
(運営：千葉県介護福祉士会(千葉県委託事業))
- 上記研修に準ずるもの
(※他市認定ヘルパー研修等)

4. 市認定ヘルパーについて

市認定ヘルパー養成講座受講

```
graph TD; A[市認定ヘルパー養成講座受講] --> B[生活援助訪問型サービス事業所の紹介]; B --> C[事業所に雇用され、市認定ヘルパーとして従事];
```

生活援助訪問型サービス事業所の紹介

事業所に雇用され、市認定ヘルパーとして従事

5. 養成講座について

- 平成30年度は2回開催予定。第1回は6月、第2回は11月に開催予定。
※講座内容は同じ。
- カリキュラム内容は、介護保険制度について、総合事業について、高齢者の生活支援と介護予防について、高齢者の特徴と対応について、利用者との接し方について、など。
※詳細は別紙参照。

5. 養成講座について (第1回について)

- 日時: 6月8日(金)、15日(金)、29日(金)
各日午前9時30分から12時30分
※その他現場実習2日間あり。
- 場所: 総合福祉センター2階いずみの家研修室
- 定員: 30人
- 費用: 無料
- 申込: 5月31日(木)までに習志野市ボランティア・市民活動センター(TEL451-7899)に電話にてお申し込みください。