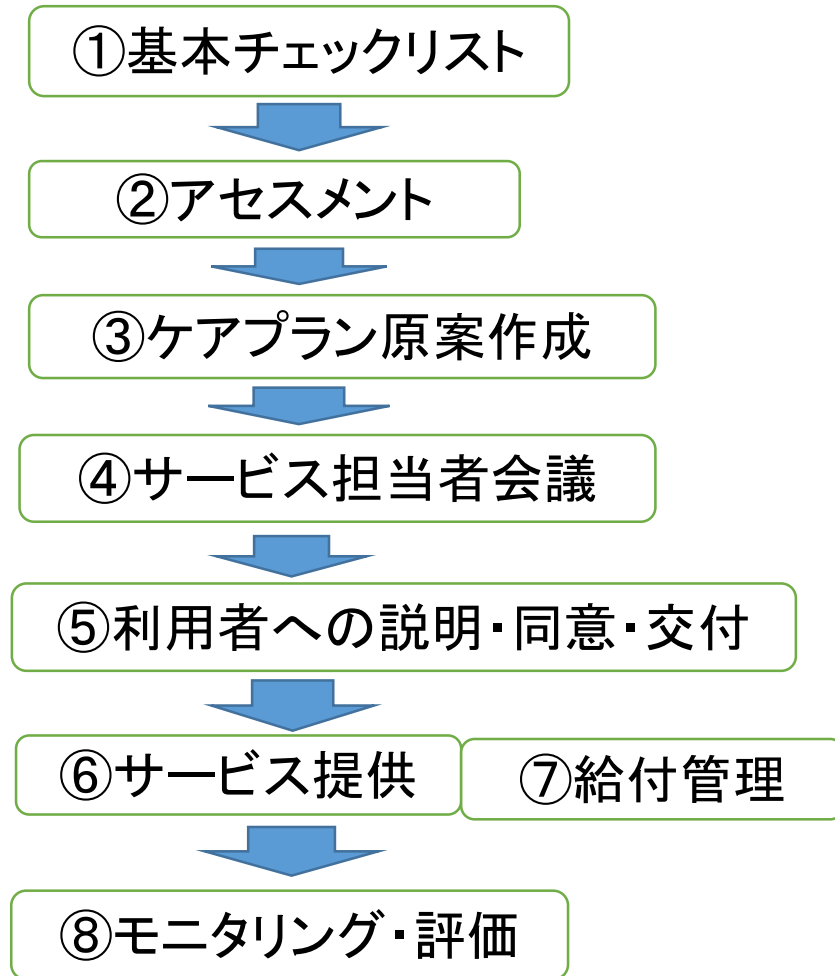


豊中市における 介護予防ケアマネジメントについて

2017/2/27 総合事業 居宅介護支援事業者説明会
高齢者支援課

介護予防ケアマネジメントの流れ



介護予防ケアマネジメントのプロセスや考え方は、これまでの介護予防支援として行うケアマネジメントと同様です。

介護予防ケアマネジメントの類型と対象者

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
概要	<ul style="list-style-type: none"> ◆従来の「指定介護予防支援」と同様のプロセス(介護報酬の請求方法を除く)で実施する。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆目標設定及び利用サービスの選定までは、本人と地域包括支援センターが相談しながら実施。 ◆ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や目標・利用サービス内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。 ◆その後は本人が目標達成に向けてマネジメントを展開する。(セルフマネジメントの推進)
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ◆給付管理の対象となる総合事業のサービス(指定を受けたサービス=現行相当、基準緩和サービス)を利用する場合 ◆通所訪問型短期集中サービスを利用する場合 	<ul style="list-style-type: none"> ◆住民主体サービス等を利用するなど、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合であって、本人自身が自分の健康づくりや介護予防活動に主体的に取り組む姿勢を持っていたりするような場合が想定される。 (例) アセスメント等の結果、「配食サービス」「校区サロン」や「体操の集い」などを利用しながらセルフマネジメントを行う場合など

介護予防ケアマネジメントプロセス

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
プロセス	<ul style="list-style-type: none">① アセスメント② ケアプラン原案作成③ サービス担当者会議④ 利用者への説明・同意⑤ ケアプラン確定・交付⑥ サービス利用開始⑦ モニタリング(電話等→毎月) (訪問→3か月に1回)	<ul style="list-style-type: none">① アセスメント② ケアマネジメント結果を本人に説明・同意・交付 (結果をサービス提供者にも提供)③ サービス利用開始④ 1年以内のモニタリング (1回のみで可。モニタリング時期は本人状況を踏まえ適宜判断)
様式	介護予防支援と同様の様式を使用	記載事項を一部省略

介護予防ケアマネジメントの単価

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)								
	<p>◆原則的なケアマネジメントであり、現行の介護予防支援と同じプロセスであることを踏まえ、介護予防支援費と同額とする。</p>	<p>◆ケアマネジメントAから業務は一部省略されるものの、利用者自身のセルフマネジメントへの働きかけ、1年以内のモニタリングなどを踏まえ、以下の額とする。</p>								
単価	<table border="1"> <tr> <td>基本(1月につき)</td> <td>430単位</td> </tr> <tr> <td>初回加算</td> <td>300単位</td> </tr> <tr> <td>介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算</td> <td>300単位</td> </tr> </table>	基本(1月につき)	430単位	初回加算	300単位	介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位	<table border="1"> <tr> <td>基本(初回月のみ支給)</td> <td>730単位</td> </tr> </table>	基本(初回月のみ支給)	730単位
基本(1月につき)	430単位									
初回加算	300単位									
介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位									
基本(初回月のみ支給)	730単位									
	<p>※ 算定方法や基準は「指定介護予防支援」と同様の考え方とする</p>	<p>※ モニタリングを行う月の分も上記に含める</p>								
	<p>※ 1単位 = 10.84円(端数切捨て)</p>									

介護予防ケアマネジメントの委託

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
居宅介護支援事業所への委託	<ul style="list-style-type: none">・ 認定非該当から事業対象者になった人・ 要支援(サービス未利用)から事業対象者になった人 <p>⇒ H29年度は、初回は包括が行い、委託不可とする。(H30以降は検討)</p> <p>⇒ ただし、評価後の継続分は委託可。</p> <p>⇒ 高齢夫婦(世帯)において、一方が要介護者である場合(又は要支援者で、すでに委託している場合)には、利用者世帯の包括的マネジメントの観点から、例外的に当初からの委託も可とする。</p>	<p>地域包括支援センターが行うこととし、居宅介護支援事業所への委託不可。</p>

介護予防ケアマネジメントの委託

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
居宅介護支援事業所への委託	<ul style="list-style-type: none">要支援(介護サービス利用者)から事業対象者になった人要支援者 <p>⇒初回から委託可</p> <p>⇒ただし、初回は包括が立ち会い、総合事業の趣旨説明・契約を行う。包括の同席・助言の下で、居宅支援事業所がチェックリスト・アセスメント・担当者会議を行い、ケアプランや支援経過記録の提出を求める。(現行の介護予防支援と同様の手順)</p> <p>※ 原案作成委託費(現行の介護予防支援と同様) 居宅 (9) : 包括(1)</p>	

介護予防ケアマネジメントの役割

利用者が「・・・したい！」と思い、意欲を引き出す関わりが必要です。

利用者が、自分の課題に気づき、そこから「・・・したい！」「・・・できるようになりたい！」という意欲につなげます。



「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につなげていく
また、「役割や生きがいを持って生活する」思えるよう働きかける

意欲を引き出す関わりについて

介護予防の目的

要介護状態等となることの**予防**
要介護状態等の**軽減・悪化の防止**



高齢者自身が**自立した**日常生活を送れるように**支援(自立支援)**
…いつまでも住み慣れた地域で生活を送ることを目指します！

介護予防ケアマネジメントで求められること

- 自立支援に向けた目標設定のため、「興味・関心チェックシート」等
を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～でき
ない」という課題から「～したい」「～できるようになりたい」という目標
に**変換させる作業**が重要
- 生活機能の低下等についての**本人の自覚を促し**、介護予防に取り
組む意欲を引き出せるよう、利用者本人及び家族とのコミュニケー
ションを深め、**信頼関係の構築**に努める

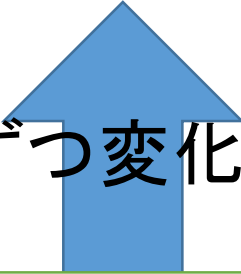
介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果から見ると、

その多くは、ADLは自立しているが、

IADLの一部は行いにくくなっている

心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきています



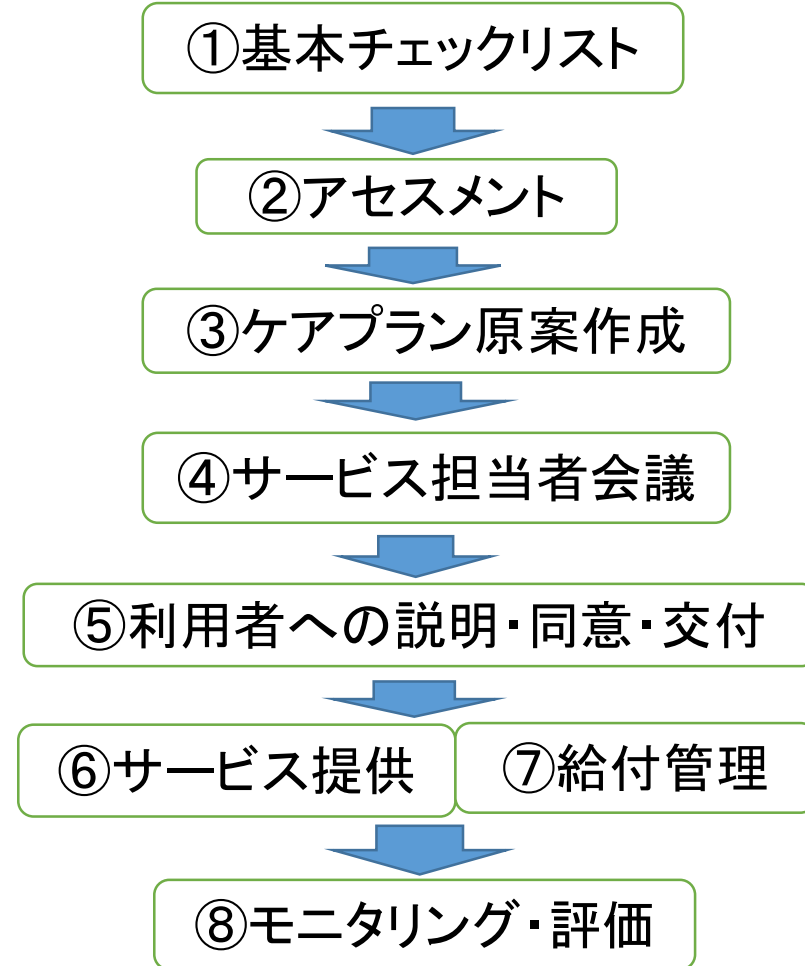
加齢に伴う視力や聴力の低下
病気による体調の不良等
家族や友人との死別
家族との同居により家庭内の役割を喪失

対象者の多くに見られる代表的な疾患

- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者

その他、MCI高齢者における認知機能の低下や、うつ症状に対する支援が必要な者等が想定される

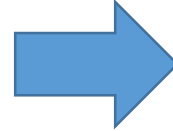
介護予防ケアマネジメントの流れ



①基本チェックリスト

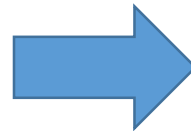
●更新対象者の方は、要支援認定申請か、基本チェックリストか選択
【選択の目安】

- ①予防給付のサービスを利用しており、引き続き利用する
- ②新たに予防給付または介護給付のサービスの利用を予定している
- ③介護予防・生活支援サービス事業のうち現行相当サービスの利用を予定している(現在現行相当サービスを利用中で引き続き利用する場合も含む)



要介護・要支援認定申請

- ①介護予防・生活支援サービス事業(現行相当サービスを除く)のみを利用しており、引き続き利用する
- ②新たに介護予防・生活支援サービス事業(現行相当サービスを除く)のみの利用を予定している



基本チェックリストの実施

①基本チェックリスト

【様式1】基本チェックリスト

【様式2】基本チェックリストについての考え方

<手順>

- ①基本チェックリストを実施
- ②地域包括支援センター宛てに「基本チェックリスト」を提出
- ③地域包括支援センターによる事業対象者宅への訪問に同席
⇒総合事業の趣旨、介護予防ケアマネジメントの説明、契約など
- ④地域包括支援センターへ「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」、「被保険者証」を提出

介護予防ケアマネジメント依頼届など

利用者	利用するサービス		提出区分
	予防給付	介護予防・生活支援サービス事業	
要支援者	○	○	「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」 【要支援認定者用】
	○		
		○	
事業対象者		○ (ただし、現行相当サービスの利用は不可)	「介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」 【事業対象者用】

※ 介護予防ケアマネジメントでは、プランの自己作成は想定されていません。

自立支援のための介護予防ケアマネジメント

- 「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容
⇒そのために、目標志向型のケアプランを作成し、サービス利用等
による**改善のイメージ**を伝えることが大切です



「したい」「できるようになりたい」と思う生活行為を、具体的にケアマネジメントの中で「**目標**」として**明確に設定**する

自立支援のための介護予防ケアマネジメント

- 「役割や生きがいを持って生活する」
⇒地域での社会参加の機会を増やす
本人に対する「**動機づけ**」が何よりも重要です



「自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、結果的に介護予防になる」という発想の転換

具体的な目標設定の例

例えば、

「元気な時のように孫と近所の公園を散歩したい！」



<目標>

〇〇公園まで、毎日、500メートルを歩いて帰ってくる

達成すべき動作や内容、その頻度を明確にします。

「できないことを代わりにやる」プランはたてない！

②アセスメント(課題分析)

【様式4】興味・関心チェックシート

【様式5】利用者基本情報

- 利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。
- 総合事業の対象者の特徴を念頭に、利用者の健康状態、生活機能と共に、背景因子となる利用者の成育歴や趣味・嗜好等や家族状況等の情報を総合的に収集しながら課題を探っていきます。
- そのために利用者基本情報や基本チェックリストの内容は、アセスメントを行う上で有効に活用できる情報です。

②アセスメント(課題分析)

興味・関心チェックシート

利用者の趣味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や、具体的な取組につなげていくために、「興味・関心チェックシート」を活用します。

(利用者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握、自分の生活行為を思いつかない場合のヒント)

興味・関心チェックシートの手順

- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

②アセスメント(課題分析)

情報収集を行う中で、本人の望む生活(生活の目標)と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する課題(目標)」を明らかにしていきます。



その流れを利用者や家族と共有しながら進めていく

⇒ 本人・家族の取組みを積極的に促すことにつながりやすい

アセスメントの重要性

「できる」⇔「能力」と「している」⇔「行為」との差異

「できないこと」⇔「能力」と「していない・しない」⇔「行為」との差異



【能力】と【行為】に着目

「できる」のに「していない」行為があれば、その理由を明確化し、「してみたい」や「できるようになる」と思えるような動機づけと適正な目標設定が重要

③ケアプラン原案作成

【様式6】介護予防サービス・支援計画書

- アセスメントで導き出された「維持・改善すべき課題や悪化防止」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、計画を作成します。

「**どのように**改善を図るのか」

「**どこで、誰が**アプローチするとよいのか」

「**いつ頃**までに」

を考慮しながら、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けることを整理しながら計画を作成します。

③ケアプラン原案作成

目標が達成されたあとは、生活機能を維持、さらに高めていくために、次のステップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを、本人・家族へ説明しておくことが大切です。



地域での社会参加の機会につなげていく

④サービス担当者会議

【様式7】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

- これまでの、ケアマネジメントの一環として行うものと、趣旨・目的は同じです。
- ケアプラン作成時、変更時に開催

利用者の情報を各サービス担当者で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために、具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解する

⑤利用者への説明・同意・交付

- 利用者へ交付するとともに、サービス提供事業者にも交付します。

＜ケアプランに位置付けるサービス内容について＞

利用するサービスは、アセスメントの結果や、サービス担当者会議を通して、利用者本人や家族、支援者とともに導きだされるものであり、誰が判断するというものでもありません。

担当のケアマネージャーは、サービスの選択肢としてプランを提案し、利用者本人が自ら選択できるように支援する（合意形成していく）ことが大切です。

⑧モニタリング・評価

【様式7】介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

【様式8】介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

- 少なくとも3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。利用者の状況に著しい変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。

⑧モニタリング・評価

<モニタリングの目的>

ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくこと

モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再度アセスメントを行い、課題が解決されている場合には、次のステップアップのために通いの場を見学するなど、社会参加への移行へ配慮することも大切です。

現行相当サービス対象者の考え方

＜想定ケース＞

- ・認定調査票もしくは医師の意見書の認知症自立度がⅡ以上の人、認知症の診断されている人
- ・認定調査票もしくは医師の意見書の障害自立度がランクB以上の人
- ・退院6か月以内で状態が変化しやすい人
- ・ターミナルケアが必要な人
- ・疾病その他の原因により、状態が変化しやすい人
- ・訪問介護で身体介護が必要な人
- ・訪問介護で週3回訪問が必要な人（要支援2の人が対象）
- ・その他、現在サービスを利用して、サービスの利用の継続が必要な人（服薬管理、体調管理、入浴介助が必要なケースや身体・精神・療育等手帳保有など特別に配慮を必要とするケース等）
- ・居住している日常生活圏域内に利用可能な基準緩和サービス・住民主体サービスがない人（経過的措施（状況に応じて見直しあり））

介護予防ケアマネジメントの契約等

契約締結者	内 容	備 考
利用者 と 地域包括支援 センター	介護予防ケアマネジメント業務を提供する旨の重要事項説明書・契約書 ※ 介護予防支援と併用の予定 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書」 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書」	① 次の場合は、改めて契約締結が必要となる <input type="checkbox"/> 要支援認定者が「事業対象者」になり、総合事業サービスを利用する場合 <input type="checkbox"/> H29年度以降に認定更新により要支援者となった人で、予防給付サービスを利用せずに <u>総合事業サービスのみ</u> を利用する場合 ② H29年度中に新規申請により要支援認定を受けた人
居宅介護支援事 業者 と 地域包括支援 センター	介護予防ケアマネジメント業務の一部(原案作成)を委託する契約書 ※ 介護予防支援と併用の予定 「介護予防サービス・支援計画表(介護予防ケアプラン)作成等にかかる業務委託契約書」	委託を受ける居宅介護支援事業所において、介護予防ケアマネジメントを実施する場合には、改めて契約締結が必要となる

地域包括支援センターとの委託契約

これまで、介護予防支援として委託を受けている利用者が、介護予防ケアマネジメントに移行する場合、地域包括支援センターと改めて委託契約を行う必要があります。

契約の時期等については、委託元の地域包括支援センターへご相談ください。

契約における、個人情報保護の取り扱いについて

利用者との契約において、委託を受ける居宅介護支援事業所においても、個人情報使用同意書をとってもらう手続きは必要です。

(地域包括支援センターとの委託契約書の中で取り決められています)

各事業所において使用している様式を活用ください

契約における変更事項の通知について

(旧)「事業所の変更」及び「担当の介護支援専門員」の変更があった場合に利用者へ通知



(新)「事業所の変更」があった場合にのみ利用者へ通知

【注意】居宅介護支援事業所⇒包括へ提出している、
「担当介護支援専門員変更届」の提出はこれまで通り
必要となります。