

総合事業の今後の方向性及び 介護予防ケアマネジメントBの新設 に関する説明会

令和4年4月より「短期集中サービスを活用した
自立支援型ケアマネジメント促進モデル事業」
の全市展開を実施します

豊中市 福祉部 長寿安心課
令和4年3月

今日の内容

- ① モデル事業における通所訪問型短期集中サービスの報告
- ② 令和4年度からの総合事業
- ③ リハビリ専門職のアセスメント支援訪問
- ④ はつらつ教室（通所訪問型短期集中サービス）
- ⑤ ケアマネジメントB
- ⑥ 質疑応答

モデル事業における
通所訪問型短期集中サービス
事業報告

利用者について（令和2年度）

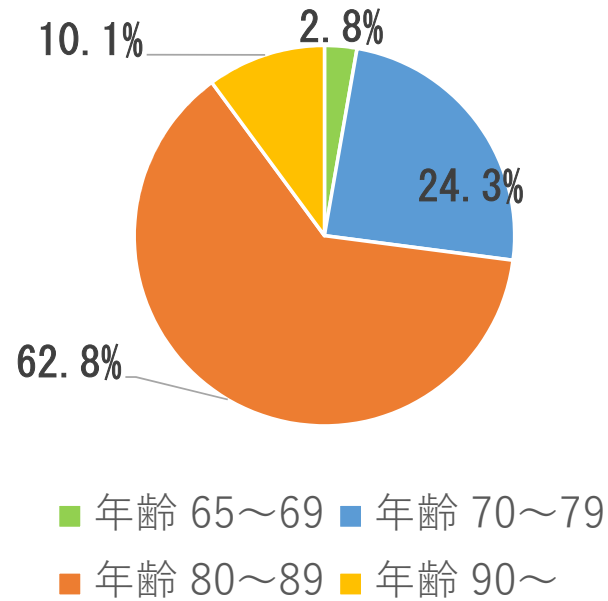
	期間	参加者 (実人員)	中断者	修了者
第1クール	令和2年 7月1日～ 9月30日	15名	1名	14名
第2クール	令和2年 8月3日～10月30日	10名	1名	9名
第3クール	令和2年 9月1日～11月30日	6名	2名	4名
第4クール	令和2年10月1日～12月28日	15名	4名	11名
第5クール	令和2年11月2日～令和3年1月29日	11名	2名	9名
第6クール	令和2年12月1日～令和3年2月26日	13名	4名	9名
第7クール	令和3年 1月4日～ 3月31日	10名	1名	9名
第8クール	令和3年 2月1日～ 4月30日	4名	0名	4名
第9クール	令和3年 3月1日～ 5月31日	16名	1名	15名
合計		100名	16名	84名

利用者について（令和3年度）

	期間	参加者 (実人員)	中断者	修了者
第 1クール	令和3年 4月1日～ 6月30日	17名	3名	14名
第 2クール	令和3年 5月6日～ 7月30日	12名	5名	7名
第 3クール	令和3年 6月1日～ 8月31日	10名	3名	7名
第 4クール	令和3年 7月1日～ 9月30日	12名	4名	8名
第 5クール	令和3年 8月2日～10月29日	10名	2名	8名
第 6クール	令和3年 9月1日～11月30日	12名	1名	11名
第 7クール	令和3年10月1日～12月28日	13名	2名	11名
第 8クール	令和3年11月1日～令和4年 1月31日	13名	4名	9名
第 9クール	令和3年12月1日～令和4年 2月28日	9名	1名	8名
第10クール	令和4年 1月4日～ 3月31日	10名	1名	9名
合計		118名	26名	92名
合計(R2,3年度)	令和2年7月1日～令和4年3月31日	218名	42名	176名

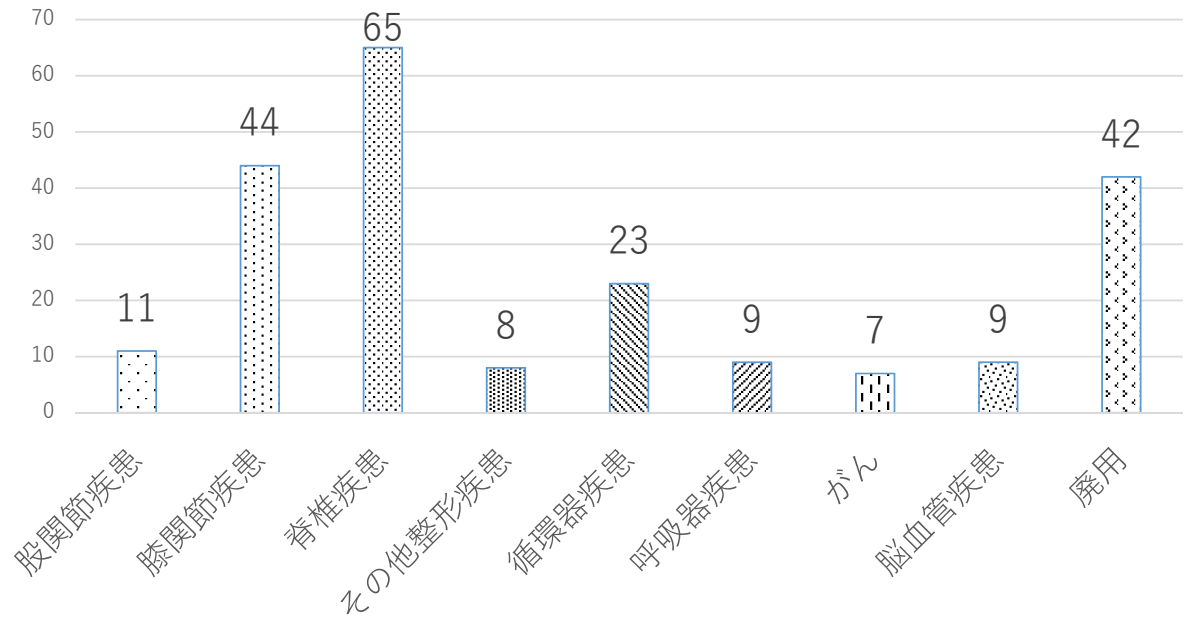
利用者の状況

年齢構成



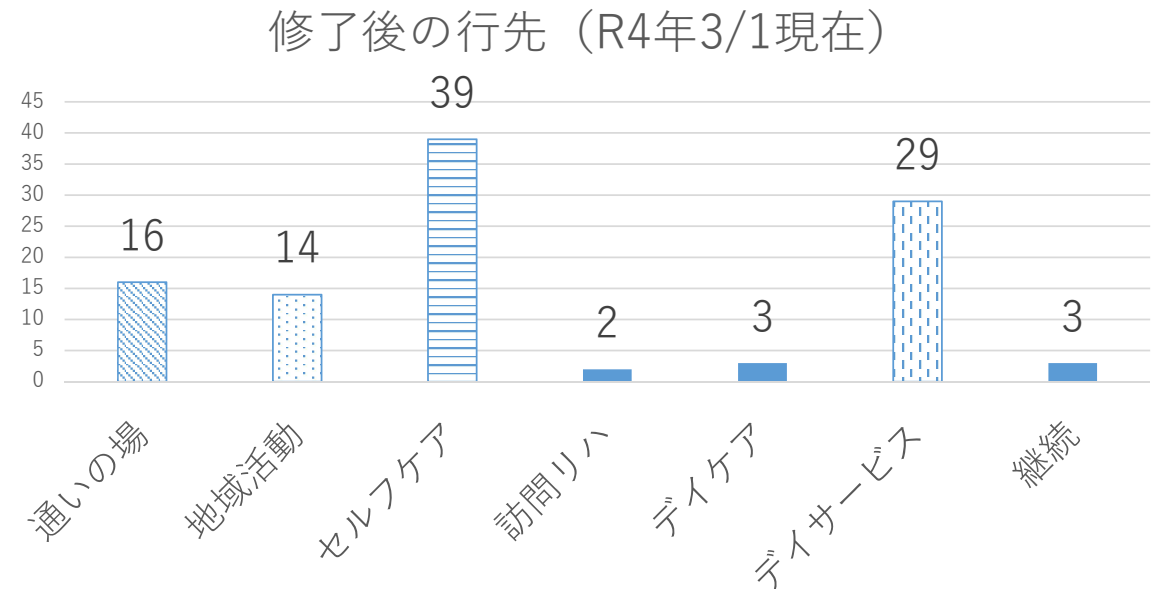
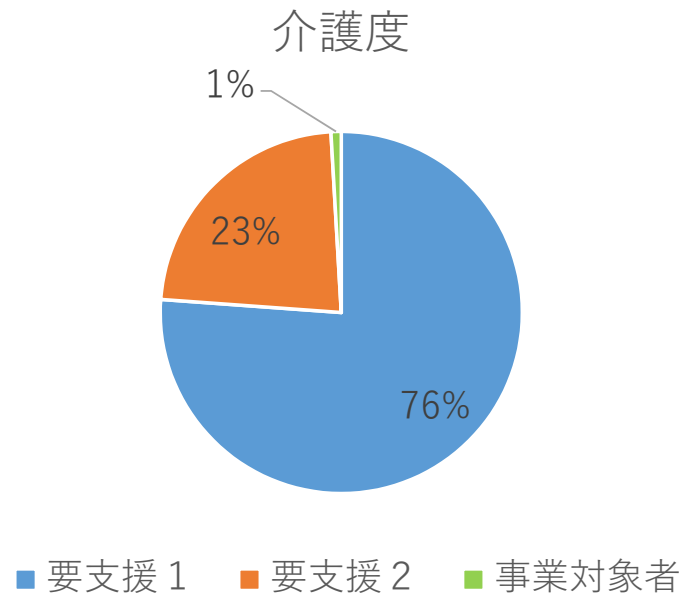
平均年齢：82.5歳（男性63名、女性155名）

対象疾患



脊椎疾患（圧迫骨折や脊柱管狭窄症等）や膝関節疾患（変形性膝関節症等）、廃用症候群が多い

短期集中サービス利用者の状況

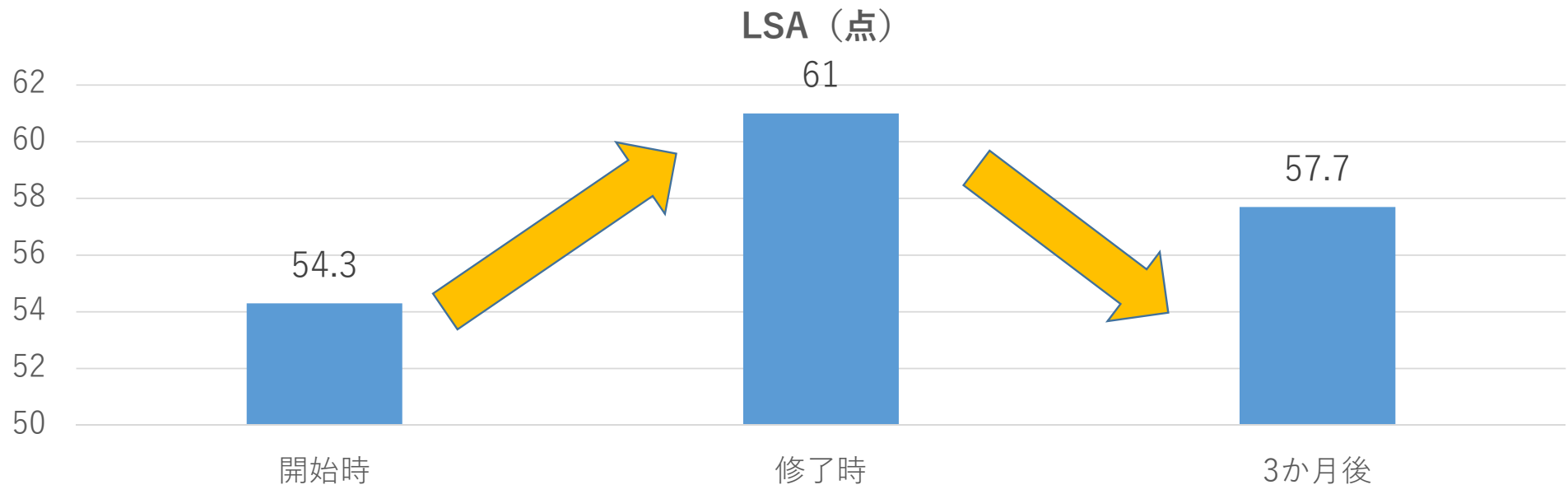


※R4/3/1現在、99名（モニタリング終了者）
うちヘルパーや福祉用具等の給付サービスを利用
せずに生活されている方：41名

⇒ **約4割**

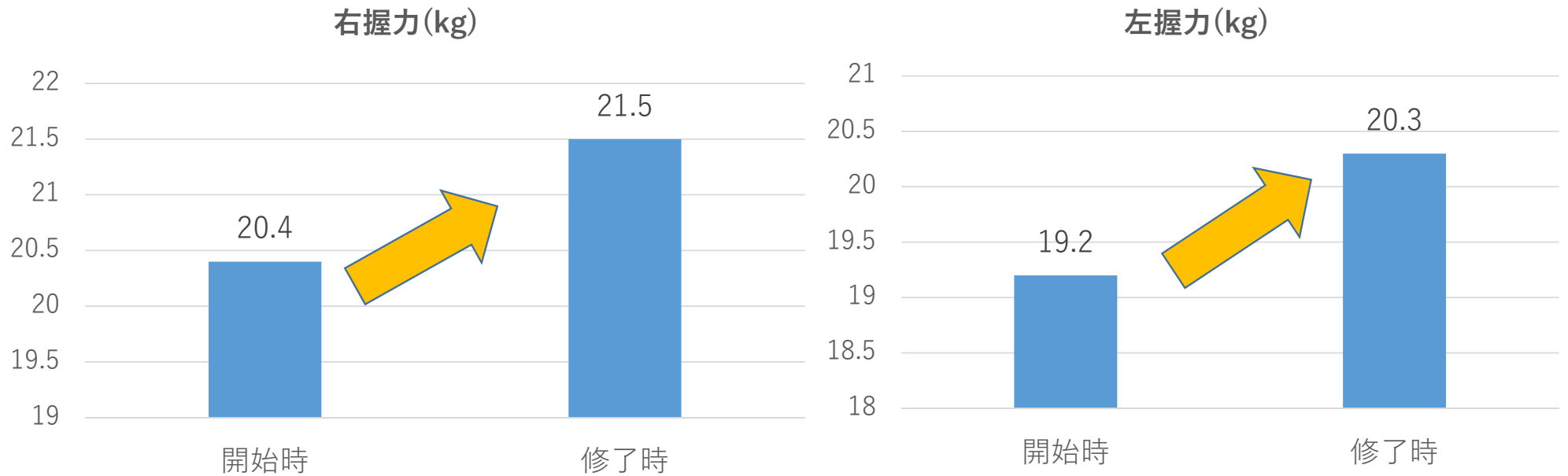
LSA (Life Space Assessment)

5項目120点満点で過去1か月の活動範囲の広がり进行评估



**参加前後で改善も3か月後には開始時と同水準に
(活動範囲が広がるも3か月で元に戻る)**

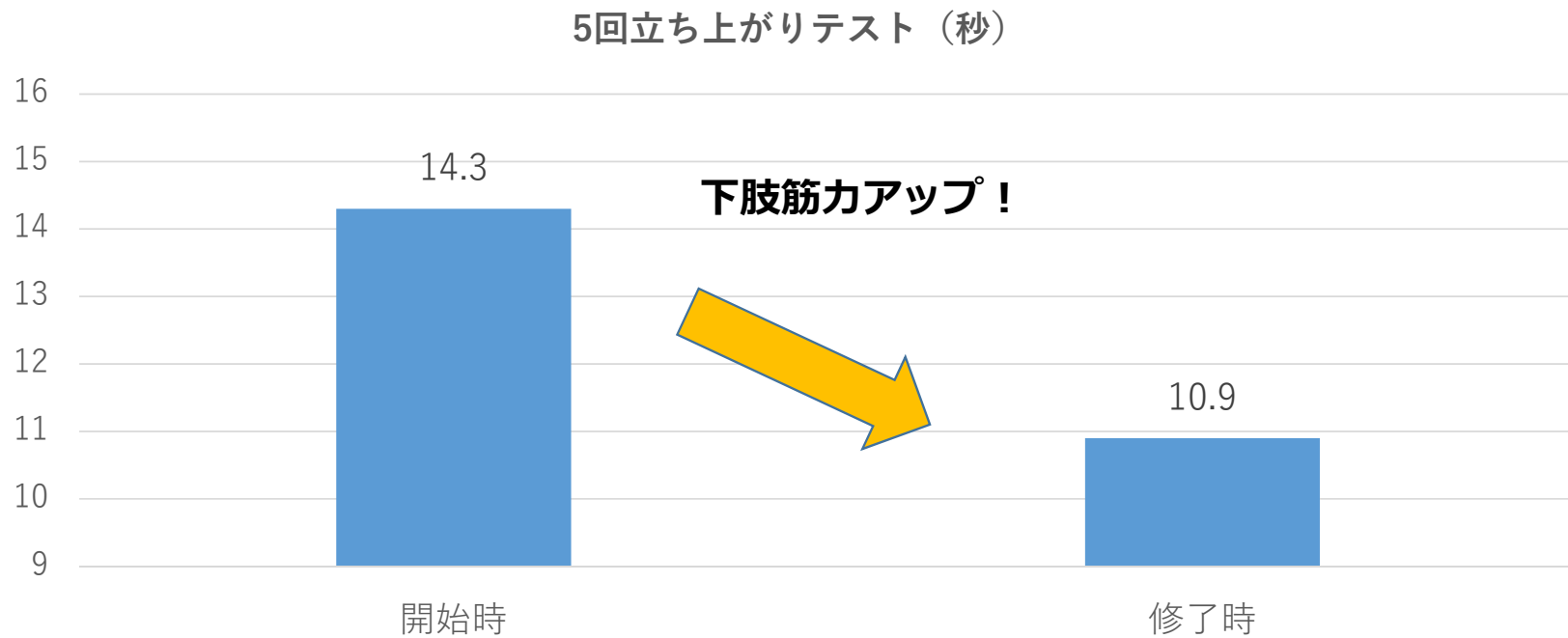
握力



参加前後で改善あり (全体的な筋力の向上)

5回立ち上がり時間

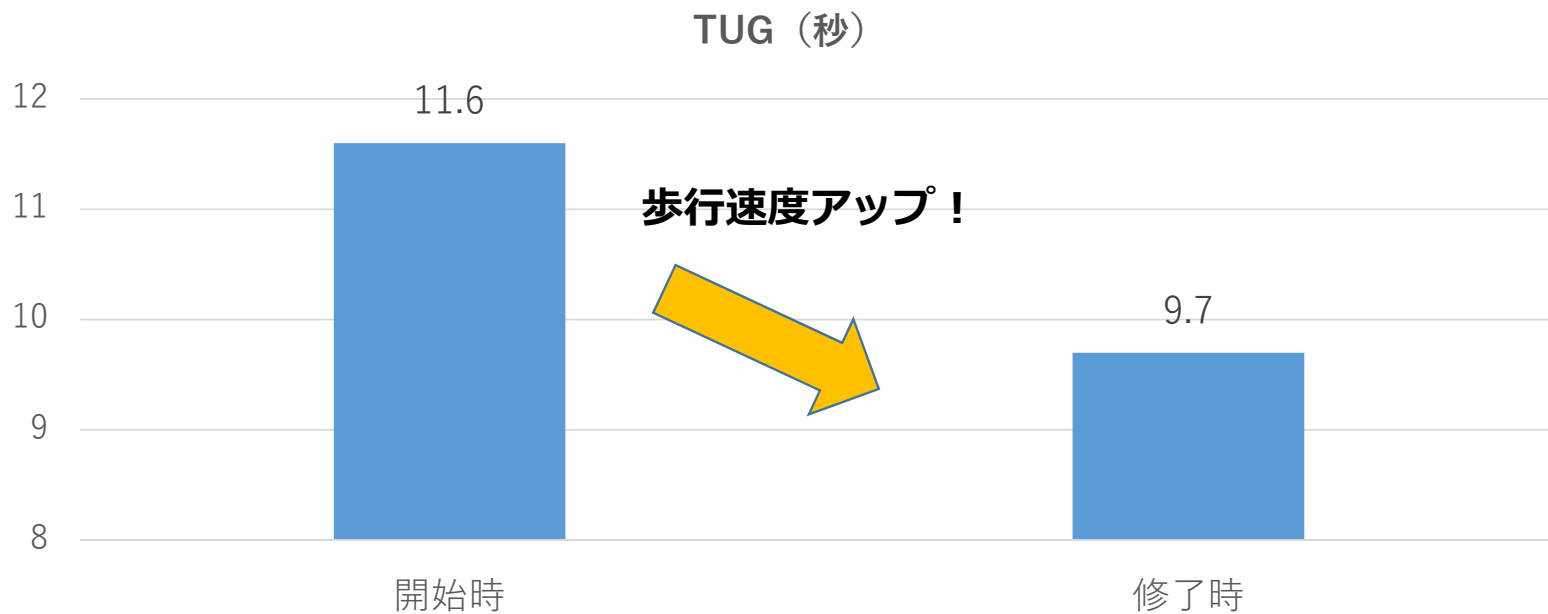
- 椅子から5回立ち座りを行い、その時間を測定
下肢の筋力を評価するために用いられる



参加前後で改善あり (下肢筋力の向上や膝痛等の軽減が示唆される)

TUG (Timed Up and Go test)

- 椅子に座った状態から立ち上がって3m先の障害物を回り、椅子に座るまでの時間を測定
歩行機能の評価に用いられる (13.5秒以上で転倒リスク増大と報告あり)



参加前後で改善

(歩く速さが速くなり、歩行機能の改善が示唆される)

TUG (Timed Up and Go test)

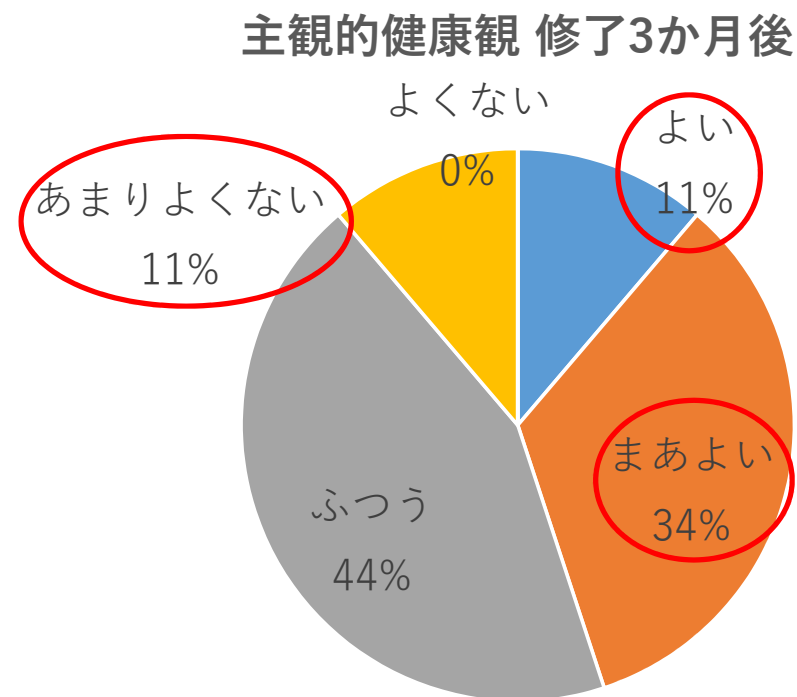
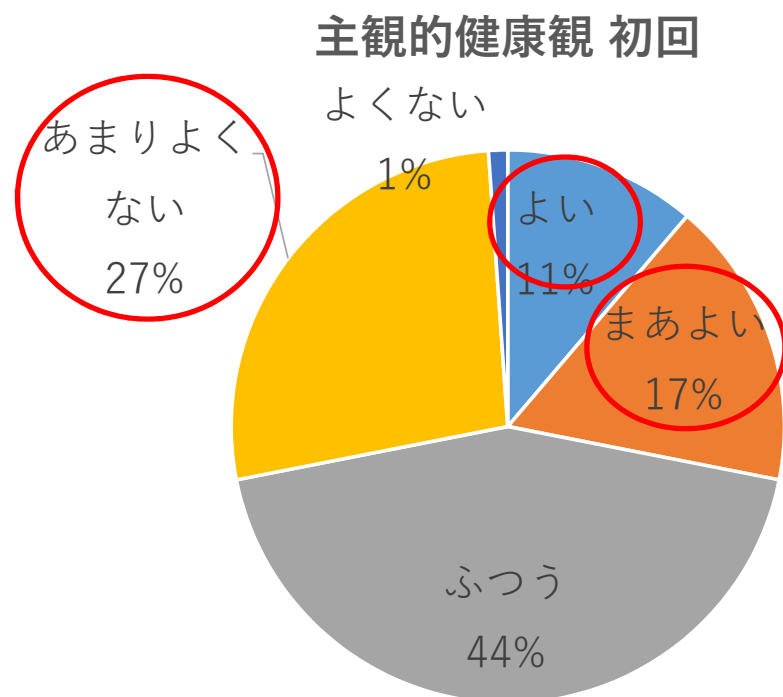
- 教室参加者で転倒リスクカットオフ値13.5秒以上の方 (43名) の平均



- 43名中40名で改善 (26名は13.5秒未満に)
- 平均値もカットオフ値以下まで改善あり

主観的データ（アンケート）について
（事前訪問、モニタリングによる比較）

主観的健康観（体調について、内訳）

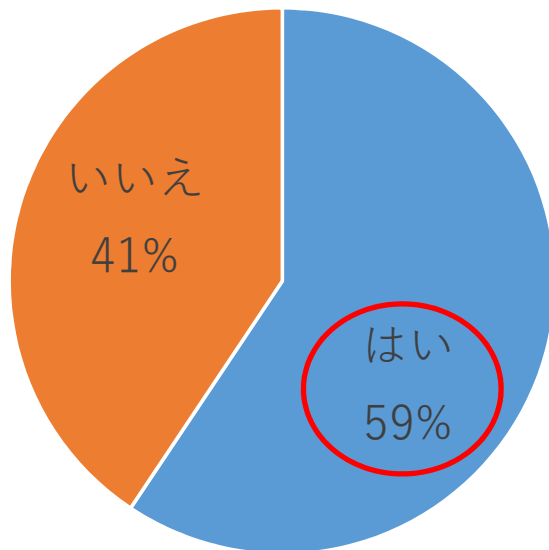


体調不良者（あまりよくない、よくないと答えた人）が減少（合計28%→11%）

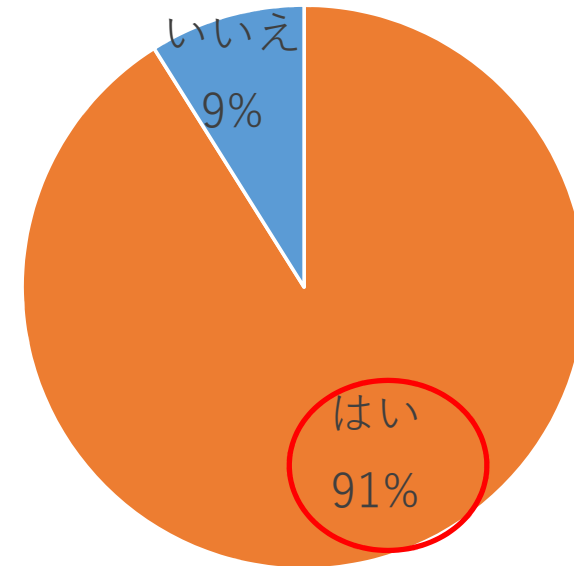
体調良好者（まあよい、よいと答えた人）が増加（合計28%→44%）

定期的な運動習慣（内訳）

定期的な運動習慣（初回）

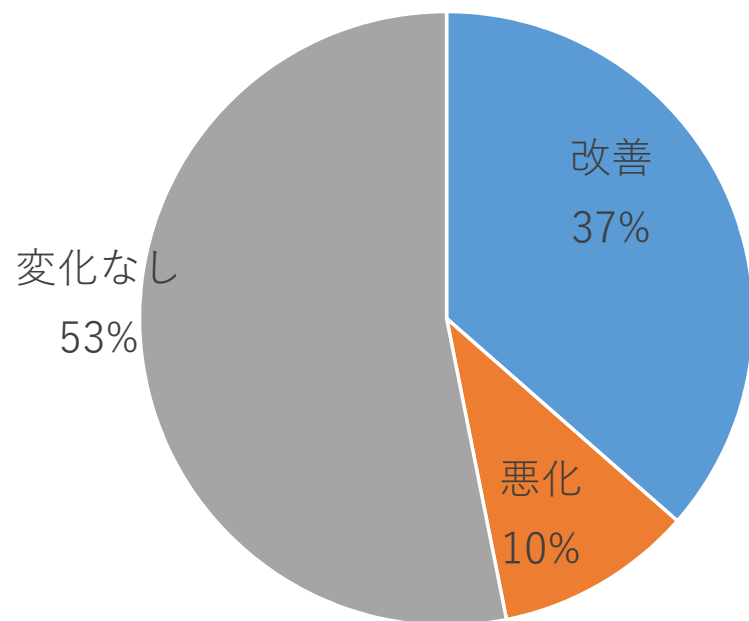


修了後3か月後

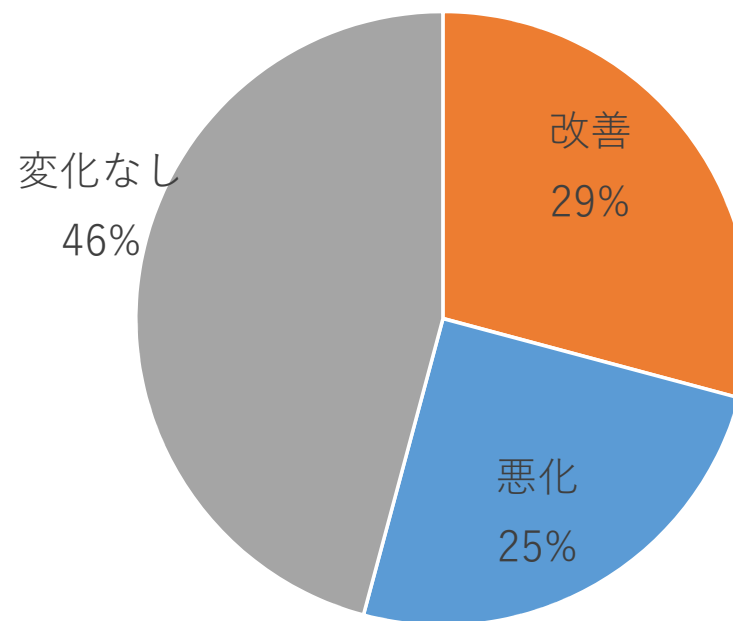


短期集中サービス利用後、定期的な運動習慣を持つ人は増加した

痛み程度



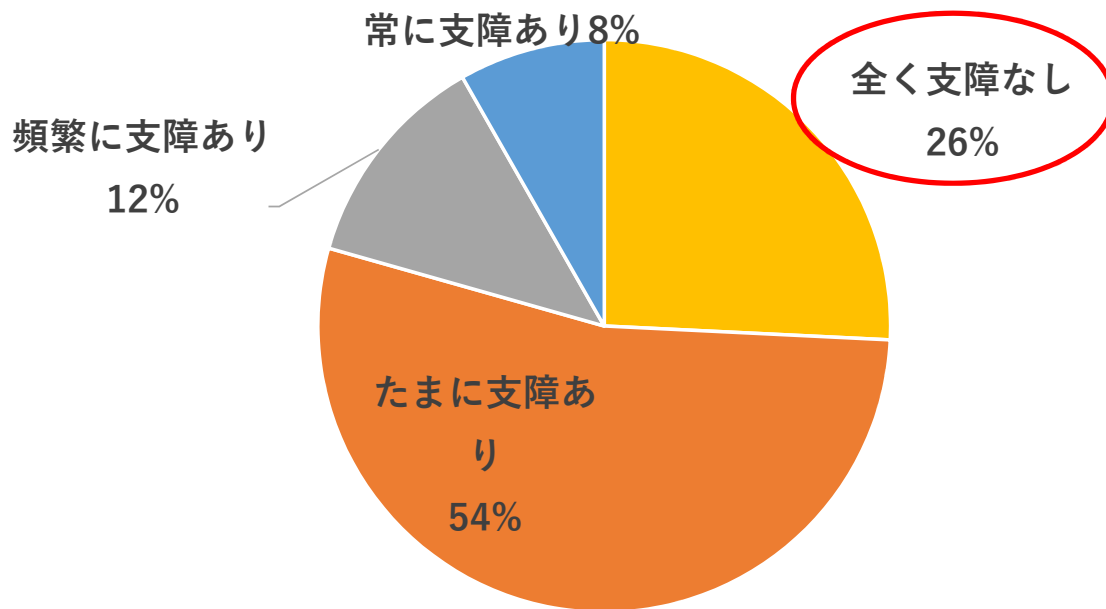
痛み箇所数



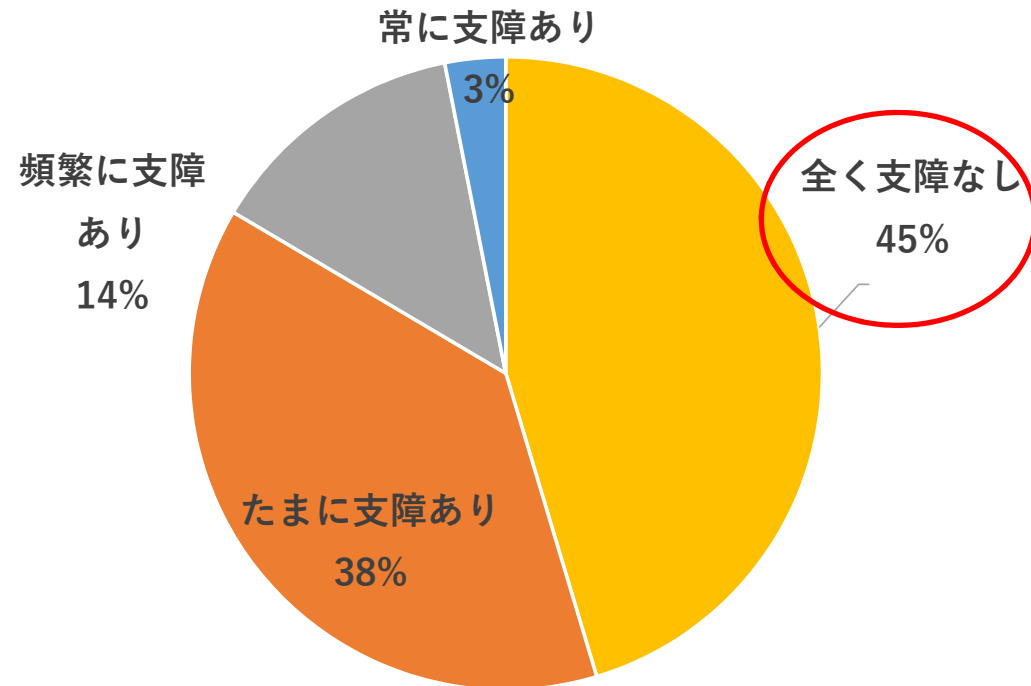
短期集中サービス利用後、約3割の人は疼痛が軽減した

痛みによる生活の支障

初回

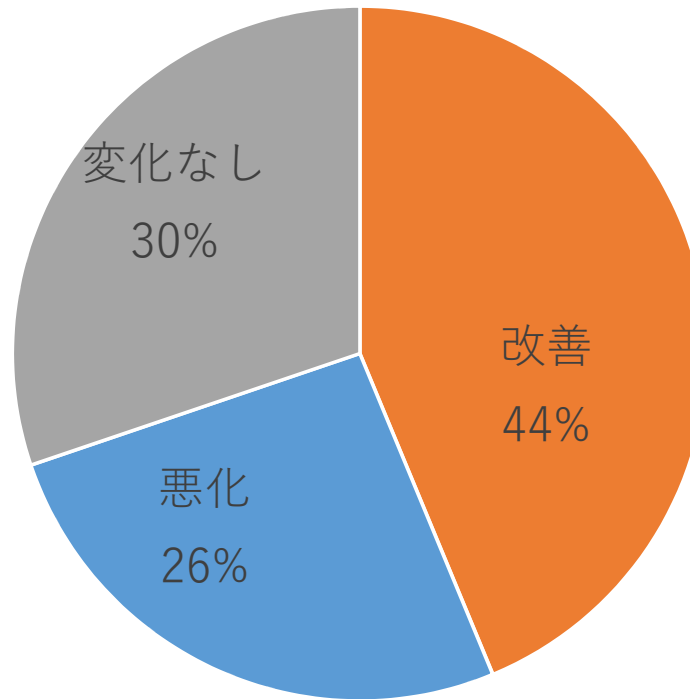


修了後3か月



短期集中サービス利用後、生活に支障をきたす程の疼痛は減少した

うつ傾向



短期集中サービス利用後、約4割の人はうつ傾向が改善した

まとめ

★短期集中サービス修了者のうち、介護保険の給付サービス
を利用しない割合 ⇒ 約4割

多くの利用者の生活機能・生活課題が改善の方向に向かった。

改善した生活機能を、少しでも長く維持していくことが健康寿命の延長につながる。

生活機能の維持のためには、生活の中にセルフケアの習慣を定着していくことが重要。

令和4年度からの総合事業

令和4年度からの総合事業

事業対象者・要支援認定者
(サービス新規利用者)

ケアマネジャーのアセスメントに
リハビリ専門職が同行(※)

利用者の状態像に応じた
サービスを提案

(※) リハビリ専門職の同行は、アセスメントにリハビリの視点を加え、具体的な目標を設定するためのものです。同行を強制するものではありませんので、利用者と相談して利用するか決めてください。

対象者像別サービス提案のイメージ	
* 必要なサービスを制限するものではありません。	
対象者(疾患別)	利用サービス・社会参加
<ul style="list-style-type: none"> ・ 整形疾患 ・ 循環器疾患 ・ 脳神経疾患 ・ 認知症 等 (認知症自立度Ⅰ) 	<p>短期集中サービス</p> <p>・ 介護予防手帳によるセルフケア ・ 地域の体力測定会</p> <p>改善</p> <p>社会参加・介護予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般介護予防事業 (通いの場、介護予防センター等) ・ 住民主体ささえあい活動 (ぐんぐん元気塾、福祉便利屋) ・ 地域活動 (ボランティア、サロン、サークル等) <p>維持</p> <p>改善</p> <p>身体介護が不要な場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型サービスA ・ 通所型サービスA <p>身体介護が必要な場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護相当サービス (従前相当) ・ 通所介護相当サービス (従前相当)
<ul style="list-style-type: none"> ・ がん末期 ・ 難病 ・ 認知症 等 (認知症自立度Ⅱa以上) 	<p>予防給付等の有資格者によるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護相当サービス (従前相当) ・ 通所介護相当サービス (従前相当) ・ 予防給付 (福祉用具・訪問看護等)

「本人の望むくらし」元の生活の実現

令和4年度からの総合事業

ポイント①

ケアマネジャーのアセスメントにリハビリ専門職が同行します。

ポイント②

リハビリ専門職が利用者の状態像に合わせて短期集中サービスを提案します。

ポイント③

短期集中サービス利用後、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合にケアマネジメントBに移行します。

ポイント①

ケアマネジャーのアセスメントにリハビリ専門職が同行します。

ADLやIADLについてリハビリ専門職の視点が加わり、アセスメントや目標設定においてケアマネジャーをサポートします。

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問の流れ

利用者からの相談



同行訪問の日程調整

情報提供



同行訪問 サービス提案



ケアプラン作成へ

●訪問にリハビリ専門職が訪問する旨の説明を行い、口頭で構わないので同意をもらってください。

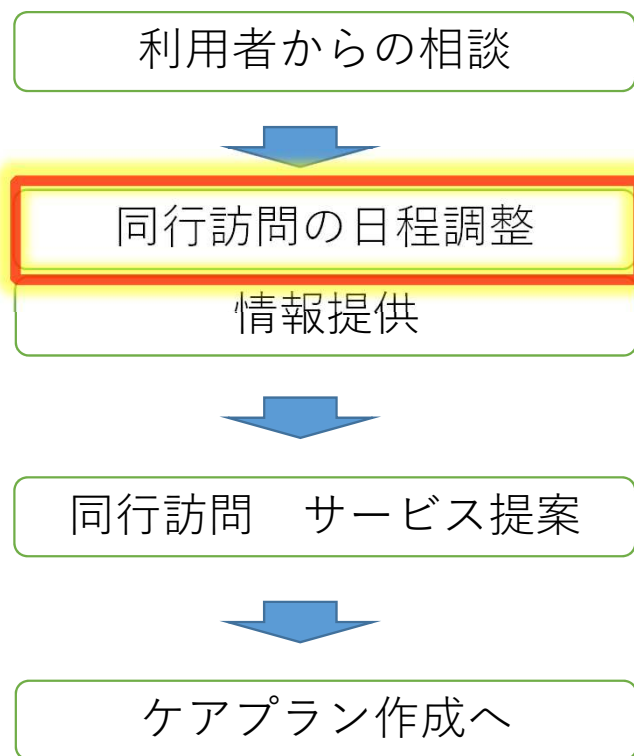
●リハビリ専門職の訪問に必要な情報を確認してください。

- ・基本情報（氏名、住所、介護認定度、連絡先）
- ・（可能であれば）基本チェックリストの実施
- ・主病名、介護保険申請に至った経緯



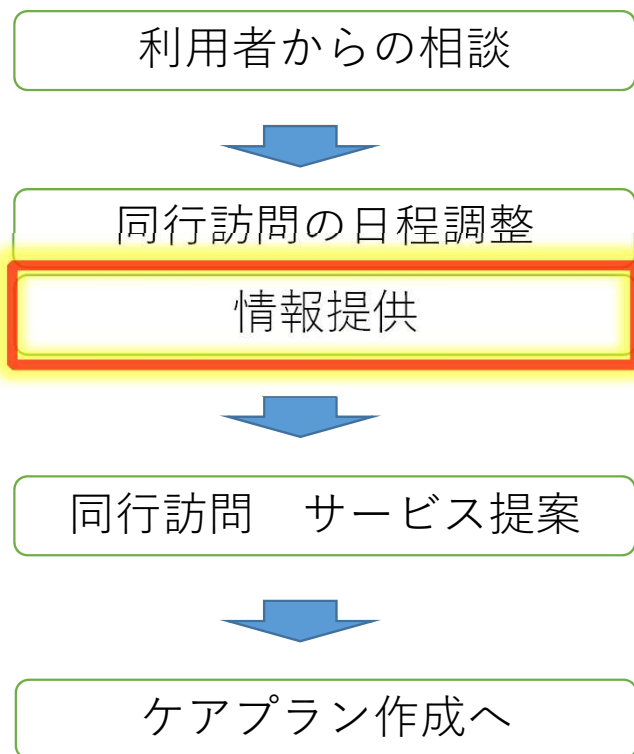
**訪問時のアセスメントや予後予測に
重要なのでなるべく詳しく！**

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問の流れ



- 長寿安心課（介護予防係 06-6858-2236）にご連絡いただくと、その場で予約できます。
- 候補日を複数日程用意いただけると、スムーズに調整可能です。
- 訪問希望日の1か月前から予約可能です。

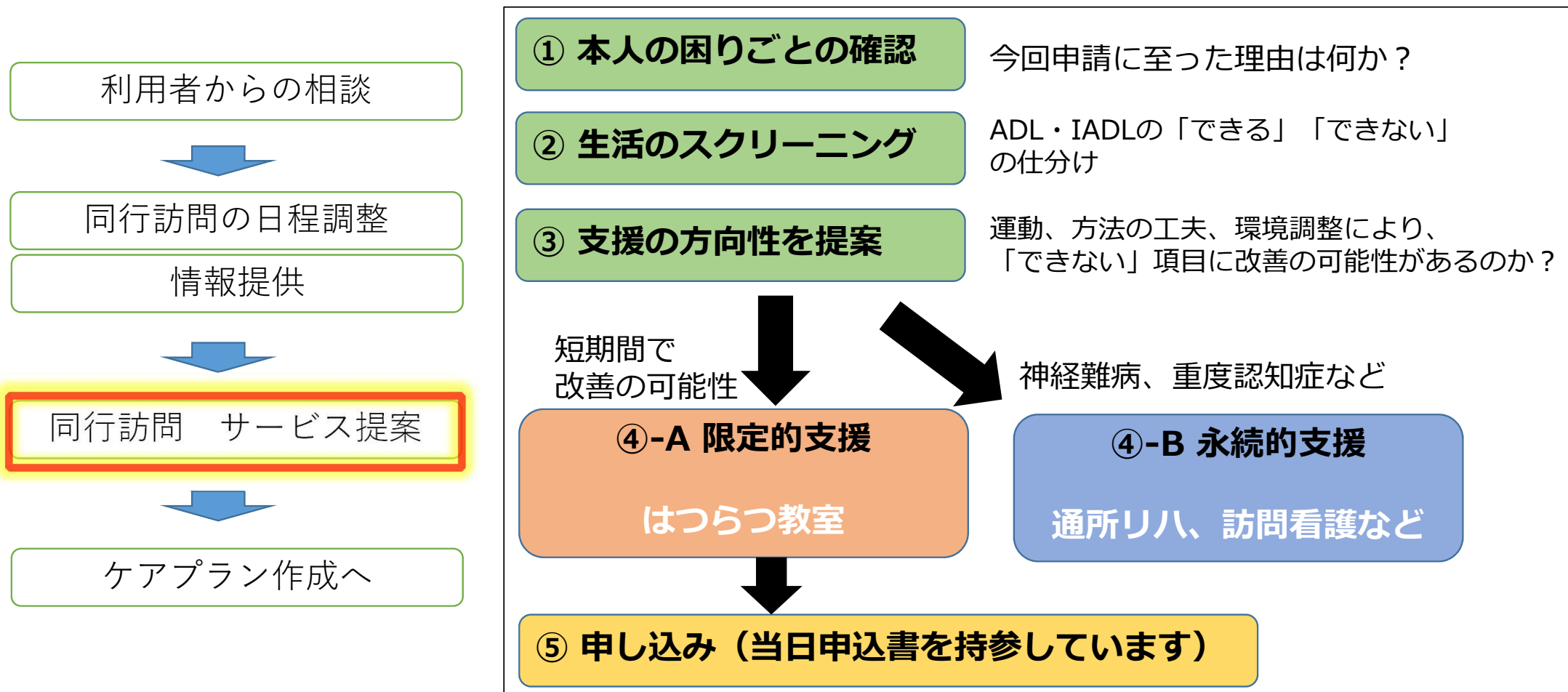
リハビリ専門職のアセスメント支援訪問の流れ



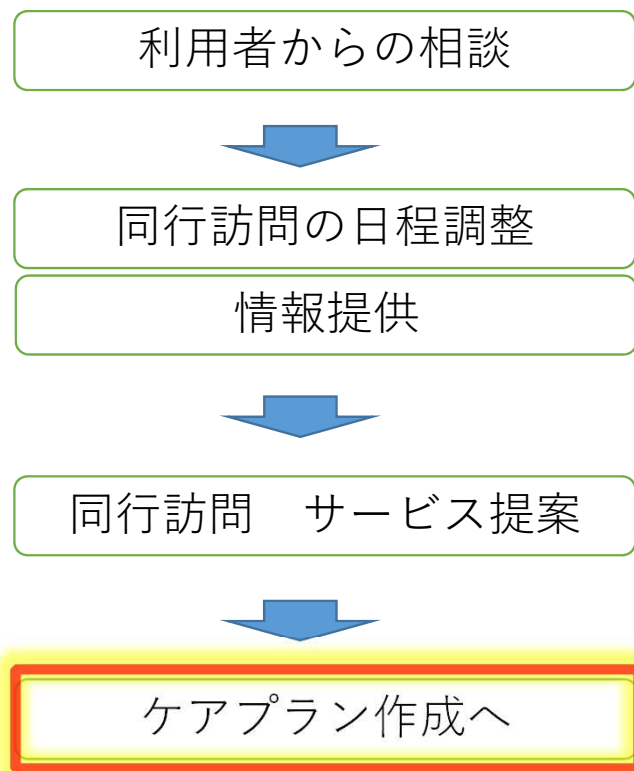
日程調整の電話でお伝えください。

- 本人から聞き取った情報
 - ・ 基本情報（氏名、住所、介護認定度、連絡先）
 - ・ 主病名、介護保険申請に至った経緯
- 事前に基本チェックリスト実施していれば、当日の訪問がスムーズになるので、事前に情報共有していただくと助かります。（難しい場合は相談時のメモでも構いません）

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問の流れ



リハビリ専門職のアセスメント支援訪問の流れ



ケアプラン作成の参考となるもの

- リハビリ専門職のアセスメント支援訪問で作成した各種帳票。
⇒ 後日、ケアマネジャーあてに送付します。
 - ・ アセスメントシート（2枚）
 - ・ 生活機能評価表
 - ・ 自己実現シート

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問で使用する帳票類

【アセスメントシート】

氏名		性別		訪問日		評価者	
----	--	----	--	-----	--	-----	--

【基本情報】

生年月日 (年齢)		住所		電話番号	
認定区分		担当 ケアマネジャー	(所属) (氏名)		

【現病歴・既往歴】

--

【住環境と今までの生活習慣】

--

【家族構成】

--

【介護保険申請に至った経緯】

--

【現在の活動量】

--

【生活課題】

--

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問で使用する帳票類

【身体機能】

測定内容	結果	参考値
片脚立位	右:	秒
	左:	秒
5回立ち上がり	秒	65歳～:44秒 70歳～:31秒 75歳～:21秒 80歳～:11秒
TUG	秒	60歳～:11.4秒 70歳～:12.6秒 80歳～:12.7秒 70歳～:9秒 80歳～:11秒

【口腔・栄養】

--

訪問栄養指導の必要性	
訪問栄養指導の利用	

【アセスメント結果】

--

【提案した内容】

<input type="checkbox"/> 短期集中サービス	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ、通所介護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> セルフケアの指導	<input type="checkbox"/> インフォーマルサービスの紹介

【短期集中サービスになった場合に記載】

送迎希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
利用希望日 (3つまで)	① ② ③

リハビリ専門職のアセスメント支援訪問で使用する帳票類

【生活機能評価】

		過去 ()	現在	備考
A D L	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄			
	食事			
	入浴			
	着脱衣			
I A D L	掃除			
	洗濯			
	買い物			
	調理			
	ゴミ出し			
	通院			
	服薬			
	金銭管理			
	電話			
社会参加				

<判定基準>

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	O1	O2	Δ1	Δ2	X1	X2

(和光市出典資料を一部改訂)

自己実現シート



記入した日： 年 月 日

名前： _____

困っていること



やりたいことを妨げている原因は何でしょうか？

課題



短期目標を設定しましょう

3か月後の目標 (年 月)



1年後にやりたいこと・なりたい姿 (年 月)

記載例

【アセスメントシート】

氏名	えす けー	性別	訪問日	2022/0/00	評価者	〇〇
	S・K	女性				

【基本情報】

生年月日 (年齢)	S18.0.0 (78歳)	住所	〇〇〇1-1-1	電話番号	06-0000-0000
認定区分	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者	担当 ケアマネジャー	(所属) 〇〇地域包括支援センター (06-0000-0000) (氏名) 〇〇		

【現病歴・既往歴】

R2.0月 心不全(〇〇病院通院中) R3.0月 TIA(1週間ほど入院、その後再発なし) 喘息、睡眠時無呼吸症候群(CPAP使用) 不眠症(睡眠薬頓服で使用)、難聴(補聴器使用)

【住環境と今までの生活習慣】

2階建ての戸建て、門扉～玄関までのアプローチや玄関に手すりあり 寝具:ベッド 趣味はコーラス、麻雀(コーラスはコロナで辞めた、麻雀は継続) 心不全発症前は〇〇のスポーツジムでプールに通っていたが心不全でドクターストップ (現在もスポーツジムに通い入浴のみ利用している)

【家族構成】

独居 大阪市内に娘がいて毎日連絡を取り合っている

【介護保険申請に至った経緯】

R2.0月に心不全疑いで市立豊中病院に検査入院(その後心不全診断) その際に介護保険申請を勧められた。 その後3月にTIAで入院し、退院後に掃除で週1回ヘルパー利用中 (トイレ、リビング、寝室に介入 自分でも簡単には行っている)

【現在の活動量】

なるべく毎日自宅周囲を散歩している(10分×3回を目標にしている) 不定期に図書館へ本を借りに行く(市内の図書館) 月2回、〇〇の〇川沿いの店で麻雀をしている ※図書館、麻雀は車を使用 今は麻雀に行くことが楽しみとのこと

【生活課題】

麻雀に歩いていくことが出来ない (現在車で通っているが今後のことを思うと歩いて行けたら良いなと思っている)
--

記載例

【身体機能】

測定内容	結果	参考値
片脚立位	右: 1 秒	65歳～:44秒 70歳～:31秒
	左: 1 秒	75歳～:21秒 80歳～:11秒
5回立ち上がり	15.25秒	60歳～:11.4秒 70歳～:12.6秒 80歳～:12.7秒
TUG	10.37秒	70歳～:9秒 80歳～:11秒

【口腔・栄養】

噛みにくさ、飲み込みにくさの自覚はないがこの1年で2kgの体重減少あり
 昨年末に〇〇病院で栄養指導実施済み
 現在病院でもらったプリントを使って食事療法実施中のため
 訪問栄養指導は提案せず

訪問栄養指導の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
訪問栄養指導の利用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

【アセスメント結果】

心不全を契機に身体機能の低下が起きている状態。連続歩行は10分程度と体力の低下を認め、身体機能のチェックからも下肢機能低下が考えられる。また現在は趣味活動を行えているが基本外出は車で行っており、今後車を使用しなくなると一気に活動範囲が狭小化し、生活不活発状態になる可能性があるため、今のうちに趣味活動の場へ歩いて行き、社会参加と身体機能の維持を図れるように支援していくことが望ましい。

【提案した内容】

<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中サービス	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ、通所介護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> セルフケアの指導	<input type="checkbox"/> インフォーマルサービスの紹介

【短期集中サービスになった場合に記載】

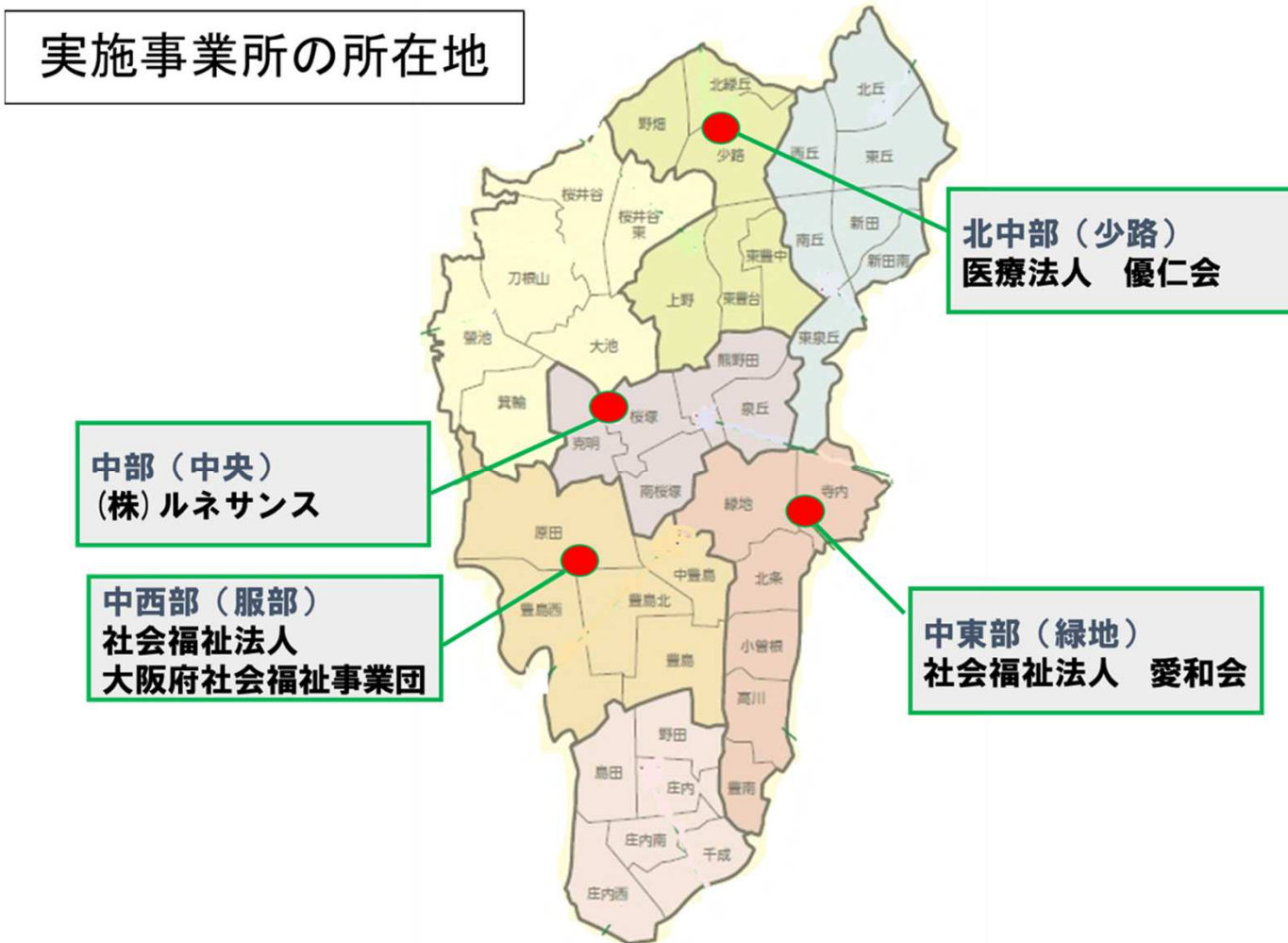
送迎希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
利用希望日 (3つまで)	①水曜日 午前 ②木曜日 午後 ③月曜日 午後

ポイント②

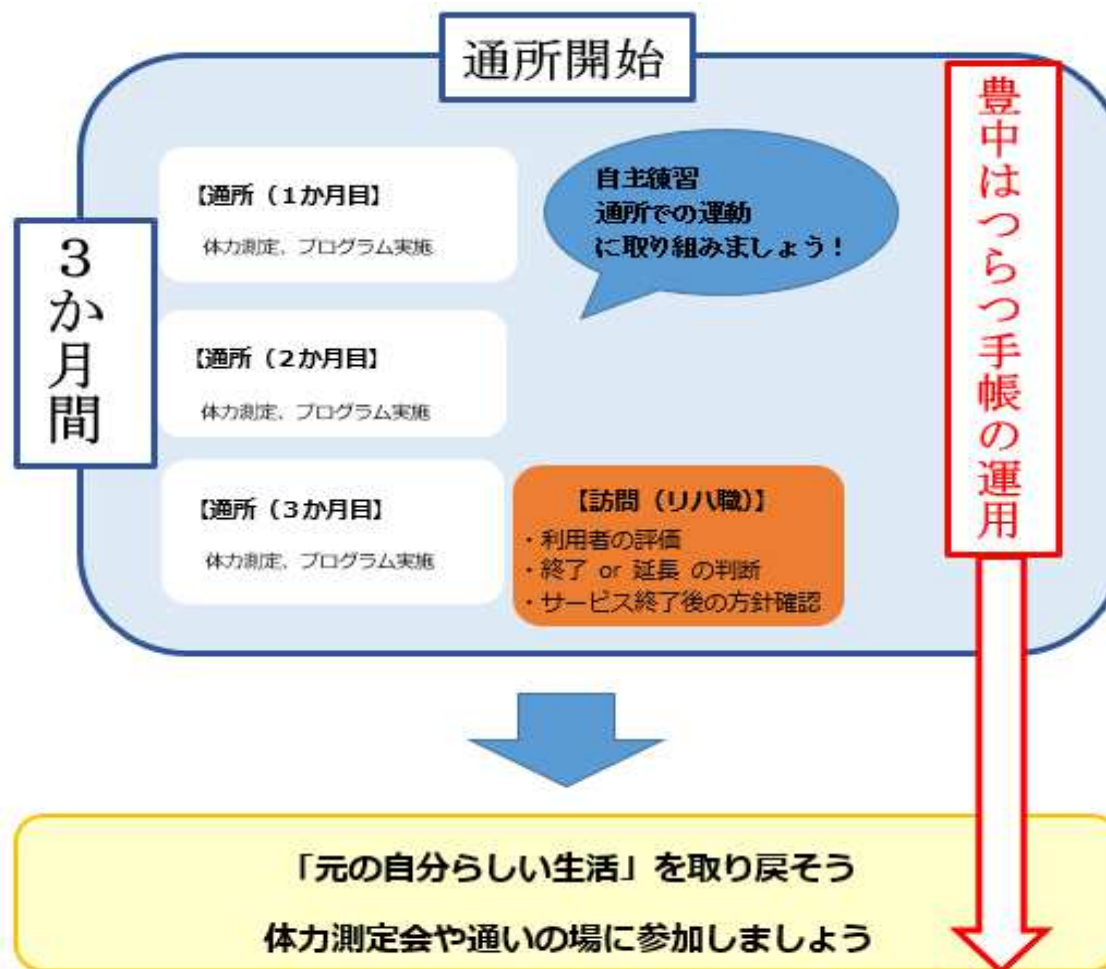
リハビリ専門職が利用者の状態像に合わせて短期集中サービスを提案します。

令和4年度から短期集中サービスの会場を
市内4カ所に拡充し、さらに利用しやすくなります。

令和4年度からの短期集中サービス実施事業所



はつらつ教室について



はつらつ教室について

申し込み



サービス担当者会議



セルフマネジメント



毎月の実施報告



終了月の訪問

【申し込み】

●リハビリ専門職のアセスメント支援訪問時に合意形成できている場合はその場で申し込み。

●リハビリ専門職のアセスメント支援訪問後に、申し込みされる場合は、開始希望月の前月20日までに下記申込先まで連絡。

*リハビリ専門職のアセスメント支援訪問を実施していない場合は、前月の20日までに訪問する必要があります

申込先：長寿安心課 介護予防係

06-6858-2236

はつらつ教室について

申し込み



サービス担当者会議



セルフマネジメント



毎月の実施報告



終了月の訪問

【サービス担当者会議】

●リハビリ専門職のアセスメント支援訪問にて、リハビリ専門職はケアマネジャー、本人と「はつらつ教室」を通して今後の見通しを共有し、同じ内容をリハビリ専門職が「はつらつ教室」の担当者へ伝達する



**アセスメント支援訪問が
サービス担当者会議を兼ねる**

はつらつ教室について

申し込み



サービス担当者会議



セルフマネジメント



毎月の実施報告



終了月の訪問

セルフマネジメントの習慣作り

初回

目標の再確認・課題の明確化
活動量や生活習慣の確認

自分自身の今の状況を
言葉にして整理する。



自宅で行えるトレーニングの提案
修正すべき生活習慣の提案

はつらつ手帳を活用し、
セルフケアの継続、
行動変容を図る。



2週目以降～

1週間の生活を聴取・フィードバック

- ・行動変容がみられる方には、モチベーションが維持できるための声掛けを行う。
- ・行動変容がみられない方には、繰り返し「自分でやること」の重要性を説明する。
- ・必要に応じて、自宅トレーニング内容の見直しを行う。

はつらつ教室について

【介護予防手帳（豊中はつらつ手帳）】

- 単に身体機能の向上だけでなく、サービス終了後も本人が継続して健康づくりに取り組み、望む暮らしの実現に向かえるよう、教室参加中にセルフマネジメントの習慣を身につけることをめざします。

豊中 はつらつ手帳 (介護予防手帳)



名前

はつらつ教室について

はつらつ手帳（セルフケア確認表）

自主トレーニング確認表

4月

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

取り組み内容①	
取り組み内容②	
取り組み内容③	

1 週間の振り返り

1 週目	
2 週目	
3 週目	
4 週目	

自己評価 %

はつらつ教室について

申し込み



サービス担当者会議



セルフマネジメント



毎月の実施報告



終了月の訪問

【毎月の実施報告】

●毎月事業所より利用状況の報告書をケアマネジャーへ毎月送付します。

* 報告書をもとにモニタリングを実施

* はつらつ教室終了時には、担当の地域包括支援センターにも送付します。（体力測定会の基礎資料として活用）

はつらつ教室について (利用状況報告書)

豊中はつらつ教室		事業所名			
令和 年 月度利用状況兼モニタリング報告書					
氏名	様	生年月日	歳	性別	
担当居宅支援事業所		担当ケアマネジャー			
本人の目標					
自主トレーニングメニュー					
		【自主トレーニングの取り組み】	【生活の変化】	自己評価	【目標の達成状況】
1か月目				%	
2か月目				%	
3か月目				%	
サービス継続 終了 ・ 継続 (理由)					
【体力測定会参加時の注意点】					日付:
					報告者:

はつらつ教室について

申し込み



サービス担当者会議



セルフマネジメント



毎月の実施報告



終了月の訪問

【終了月の訪問】

- ・ 終了月に通所担当者が利用者宅へ訪問し、今後の方針等を検討します。
- ・ ケアマネジャーはなるべく終了月の訪問に同行し、通所担当者から今後の支援について情報共有を行って下さい。

* 同行することで、はつらつ教室終了時（ケアマネジメントA）のモニタリング・評価が効率的に行え、今後の方針（ケアマネジメントBへの移行など）について、利用者と合意形成が円滑に行えます。

はつらつ教室について

卒業後の方向性について

インフォーマルサービス（社会資源）

- ・ 通いの場
- ・ ぐんぐん元気塾
- ・ 介護予防センターでの活動
- ・ 体力測定会
- ・ 各自治会での活動（一人暮らしの会、サロン、など）



給付サービス

- ・ デイサービス
- ・ 訪問リハビリ



その他

- ・ 教室で習った自主トレーニングの継続
- ・ 就労の継続
- ・ 趣味活動、余暇活動の継続



ポイント③

短期集中サービス利用後、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合にケアマネジメントBに移行します。

令和2年～3年度にかけて実施した「モデル事業」では、短期集中サービス終了後、約4割の利用者が生活機能が改善し、自立した生活に。

⇒改善した状態を維持することが重要。

モデル事業を数値から見る

新規でサービス利用の意向がある高齢者のうち、リハ職の同行訪問を実施した割合	リハ職の同行訪問を実施した高齢者のうち、短期集中サービスを提案した割合	短期集中サービスを提案した高齢者のうち、短期集中サービスの利用につながった割合
約 7 割	約 8 割	約 7 割

★新規相談者が短期集中サービスを利用する割合 ⇒約 4 割

★短期集中サービス修了者のうち、介護保険の給付サービスを利用しない割合 ⇒約 4 割

セルフケアの定着に向けて

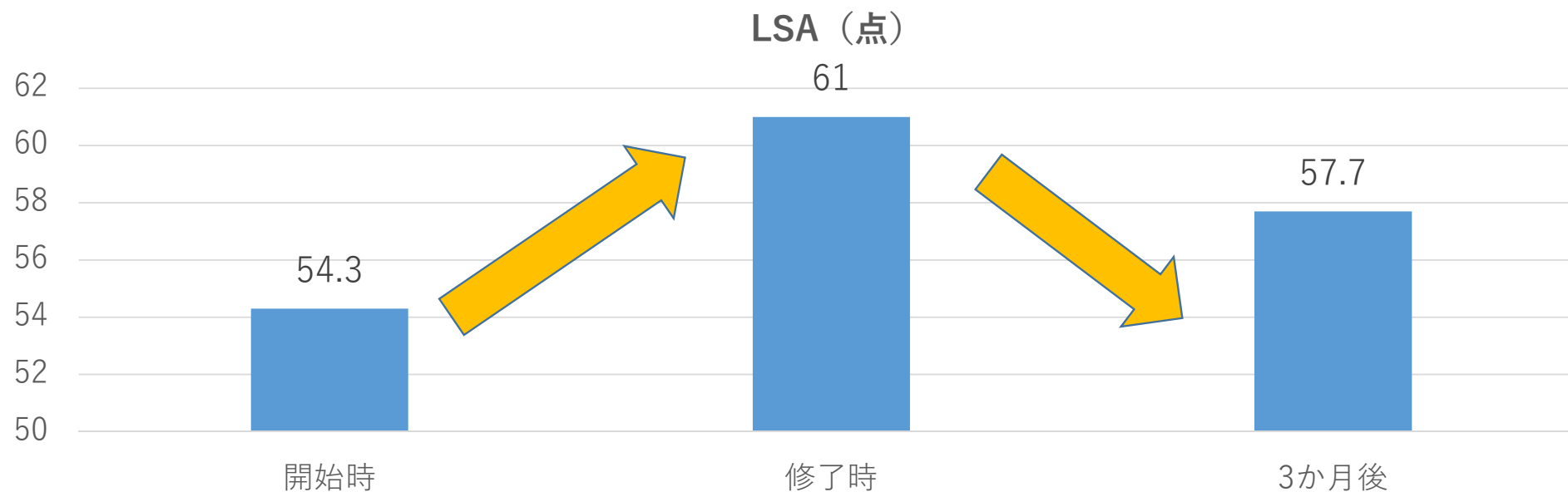
○生活の中でセルフケアを定着していくために短期集中サービスで実施すること

- ・通所にて自立支援に向けて様々なテーマの講話を実施
- ・通所（週1回）以外での、日常生活の中での行動変容を支援
⇒はつらつ手帳を活用し、自宅での活動をリハビリ専門職が評価する。
- ・リハビリ専門職が通所終了後の方針について一緒に考える
⇒通所終了月に利用者の自宅を訪問し、目標の達成状況や今後の支援の必要性の有無について合意形成を図る。

**通所のリハビリ専門職やケアマネジャーの関わりが
終了してもセルフケア続けられる???**

LSA (Life Space Assessment)

- 5項目120点満点で過去1か月の活動範囲の広がり进行评估



参加前後で改善も3か月後には開始時と同水準に
(活動範囲が広がるも3か月で元に戻る)

せっかくの成果を維持するために…

短期集中サービス修了後（自立した日常生活に戻ってから）も背中を押し、見守ってくれる存在が必要。

⇒自立支援を推進するためには、ボランティアでなく、制度の中で報酬がでる仕組みが必要
「ケアマネジメントB」の新設（R4から）

介護予防ケアマネジメントの類型と考え方①

- 豊中市の介護予防ケアマネジメントの類型は以下のとおり

- ケアマネジメントA

(原則的な介護予防ケアマネジメント)

- ケアマネジメントB ⇒ 令和4年4月より新設

(簡略化した介護予防ケアマネジメント)

- ケアマネジメントC ⇒ 地域包括支援センターのみ実施可

(初回のみ介護予防ケアマネジメント)

介護予防ケアマネジメントの類型と考え方②

	ケアマネジメントB（新設）	参考 ケアマネジメントA
適用対象者	<p>◆<u>通所訪問型短期集中サービスの利用後、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合。</u></p> <p><u>利用期間は原則6カ月間。</u></p>	<p>◆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＝従前相当、基準緩和サービス）を利用する場合。</p> <p>◆通所訪問型短期集中サービスを利用する場合。</p>
プロセス	<p>※ケアマネジメントAから移行</p> <ol style="list-style-type: none"> ①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプラン確定・交付 ⑤ケアプランの実行 ⑥モニタリング （電話等→毎月） （訪問等→3か月に1回） <p>※ケアマネジメントAの情報を基礎に①②を作成</p>	<ol 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） （訪問等→3か月に1回）

介護予防ケアマネジメントの類型と考え方③

	ケアマネジメントB（新設）	参考 ケアマネジメントA										
単価	<p>◆ケアマネジメントAとほとんど同様のプロセスであることを踏まえ、ケアマネジメントAと同額とする。</p> <table border="1"> <tr> <td>基本（1月につき）</td> <td>438単位</td> </tr> <tr> <td>※委託連携加算</td> <td>300単位</td> </tr> </table> <p>※ケアマネジメントAからBに移行する際に、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託する場合に限る</p>	基本（1月につき）	438単位	※委託連携加算	300単位	<p>◆原則的なケアマネジメントであり、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> <table border="1"> <tr> <td>基本（1月につき）</td> <td>438単位</td> </tr> <tr> <td>初回加算</td> <td>300単位</td> </tr> <tr> <td>委託連携加算</td> <td>300単位</td> </tr> </table> <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>	基本（1月につき）	438単位	初回加算	300単位	委託連携加算	300単位
基本（1月につき）	438単位											
※委託連携加算	300単位											
基本（1月につき）	438単位											
初回加算	300単位											
委託連携加算	300単位											

介護予防ケアマネジメントの類型と考え方④

	ケアマネジメントB（新設）	参考 ケアマネジメントA
居宅への委託	<p>◆委託の可否について</p> <p>委託可 但し、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こと。 *介護予防支援と同様の手順</p> <p>◆委託費について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託費は、介護予防支援と同様包括（1）：居宅（9） ・介護予防支援ではないことから居宅介護支援事業所の取扱い（=1/2件扱い）の対象外となる 	
様式	<p>①基本チェックリスト（※）</p> <p>②興味・関心チェックシート（※）</p> <p>③利用者基本情報</p> <p>④介護予防サービス・支援計画書</p> <p>⑤介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録</p> <p>⑥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</p> <p>（※）省略可</p>	<p>①基本チェックリスト</p> <p>②興味・関心チェックシート</p> <p>③利用者基本情報</p> <p>④介護予防サービス・支援計画書</p> <p>⑤介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録</p> <p>⑥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</p>

ケアマネジメントBの流れ

- 対象は、短期集中サービスの利用後、給付管理の対象となるサービスを利用しない者。
⇒ケアマネジメントBはケアマネジメントAから移行したものとなる。
- そのため、ケアマネジメントBに移行時のアセスメント・帳票は、ケアマネジメントAで作成したものや通所訪問型短期集中サービスの最終報告書が基礎となる。

手順	①アセスメント	②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプラン確定・本人に交付	⑤ケアプランの実行 ⑥モニタリング	評価
様式	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリスト 興味関心チェックシート 利用者基本情報 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス・支援計画書 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録 	<ul style="list-style-type: none"> 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

はつらつ教室について

豊中のはつらつ教室 事業所名

令和 年 月度利用状況兼モニタリング報告書

氏名	様	生年 月日	歳	性別	
担当居宅支援事業所		担当ケアマネジャー			
本人の目標					
自主トレーニングメニュー					
	【自主トレーニングの取り組み】		【生活の変化】		自己評価
1か月目					%
2か月目					%
3か月目					%

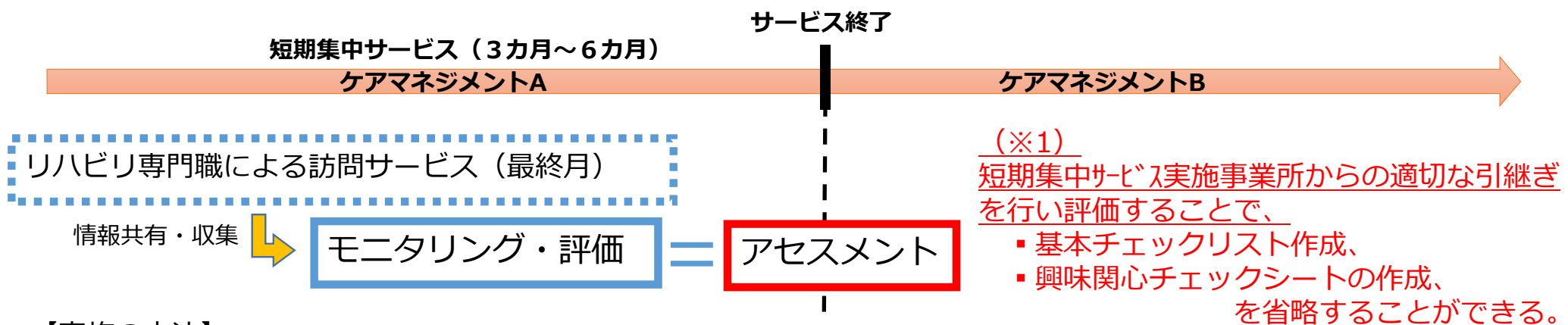
利用状況報告書

【目標の達成状況】	
【残された課題】	
【今後の方向性】	
サービス継続	終了 ・ 継続 (理由)
【体力測定会参加時の注意点】	日付: _____
	報告者: _____

アセスメント

手順	①アセスメント	○ポイント ケアマネジメントAのアセスメント・帳票を基に、短期集中サービス終了時の心身機能や活動・参加意欲にかかる本人情報を、利用者だけでなく、短期集中サービス実施事業所からも収集する。
様式	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 基本チェックリスト (※1) ▪ 興味関心チェックシート (※1) ▪ 利用者基本情報 	

短期集中サービス実施事業所からの適切な引継ぎを行い評価する



【実施の方法】

・事業所から提供される報告書を基に利用者・事業所から聴取し、モニタリング・評価を実施する。

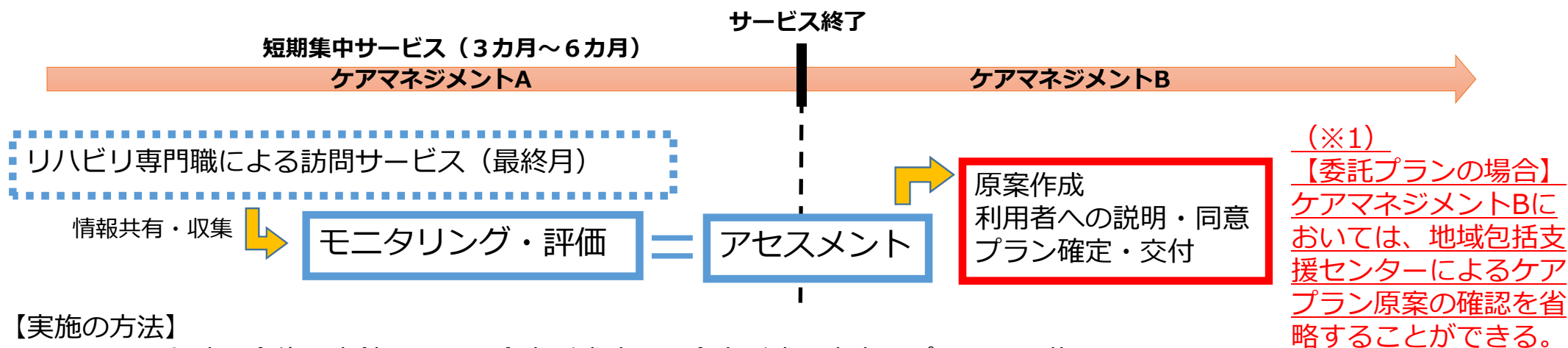
(利用者・事業所と今後の方針を共有し、ケアマネジメントBへ移行する確認をする)

***最終訪問に同行することで、利用者・事業所と今後の方針を共有することを推奨**

ケアプラン原案作成から交付まで

手順	②ケアプラン原案作成 (※1) ③利用者への説明・同意 ④ケアプラン確定・本人に交付	〇ポイント 支援計画の欄には、短期集中サービス利用時から使用している「介護予防手帳（はつらつ手帳）」を活用したセルフケアの習慣獲得を記載。また、地域活動等への参加についても利用者と相談しながら記載する。
様式	介護予防サービス・支援計画書	

「介護予防手帳（はつらつ手帳）」と「体力測定会」等を中心とした6カ月のプラン



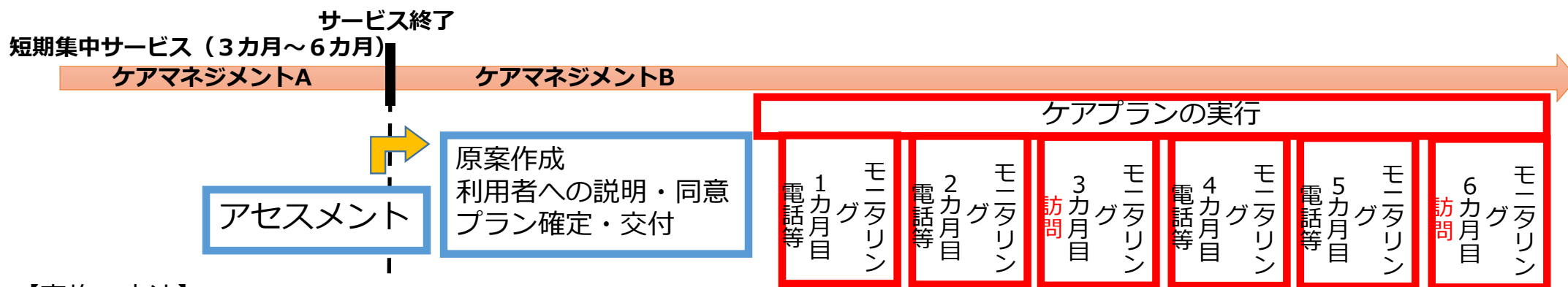
【実施の方法】

- ・アセスメント時に今後の方針について合意形成済み。合意形成の内容をプランに記載。
- ・記載内容は「セルフケア」と「社会参加」。(社会参加を強制するものではないが、**体力測定会は短期集中サービス卒業生を対象とした資源**として積極的な利用を促す。また、通いの場やぐんぐん元気塾等の情報は収集しておく。)

ケアプランの実行・モニタリング

手順	⑤ケアプランの実行 ⑥モニタリング	〇ポイント 3カ月目、6カ月目、及び評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、自宅や地域活動の場に訪問して面接する。それ以外の月においては、可能な限り、訪問して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。
様式	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録	

短期集中サービスの中で実践していた、介護予防手帳（はつらつ手帳）を活用したセルフケアが定着できるよう支援



【実施の方法】

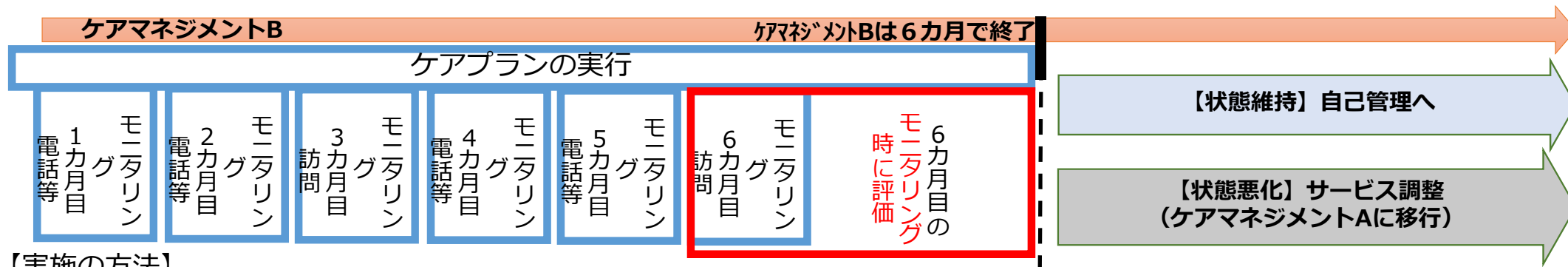
- ・介護予防手帳（はつらつ手帳）を活用したセルフケアが定着できているか確認
- ・介護予防に資する地域の活動等への参加を促し、参加状況を確認

* 体力測定会に参加している場合は、本人からだけでなく実施主体の地域包括からも情報収集することを推奨。

評価（終了）

手順	⑦評価	○ポイント <ul style="list-style-type: none"> 介護予防手帳を活用したセルフケアが定着できているか確認し評価 介護予防に資する地域の活動等への参加を促し、参加状況を評価 ☆状態維持できていれば終了。サービスが必要な状態であれば、ケアマネジメントAに移行。ケアマネジメントBの延長は不可（※2）
様式	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	

評価に迷うときは、地域包括支援センターが実施している地域ケア会議を活用
また、利用者が参加していた短期集中サービスの事業所のリハ職にも相談できる



【実施の方法】

- 6カ月目のモニタリング時に評価を行う。セルフケアの定着等を評価するものだが、状態維持ができていればケアマネジメントBは終了。（延長はできない）
- 状態が変化しサービス調整が必要であれば、ケアマネジメントAに移行。（リハビリ専門職の同行訪問も可能）

***原則は6カ月だが、一定の基準を満たせば面接によるモニタリング時に評価し、終了することも可。**

その場合は、地域ケア会議等を活用し多職種に相談することを推奨。

質疑応答

Q&A（リハビリ専門職の同行訪問について）

Q リハビリ専門職の同行訪問は、要支援者（事業対象者）については必須なのか。

A 原則、リハビリ専門職の同行訪問は必須です。利用者の合意が得られない場合や緊急でサービス調整が必要な場合等は、その限りではありません。

Q 土曜日の訪問は同行してもらえるのか。

A 訪問は、市役所開庁時間（平日9時から17時）での設定をお願いします。

Q 介護保険申請中でも、同行してもらえるのか。

A 申請中であっても明らかに要介護相当でなければ、訪問の対象となります。

Q&A（リハビリ専門職の同行訪問について）

Q 新規のサービス利用時以外でも、訪問の依頼ができるのか。

A 必要な場合は長寿安心課へご相談ください。

Q 訪問するのは市のリハビリ専門職のみなのか。

A 長寿安心課に在籍する理学療法士と作業療法士（1名ずつ）が中心になるが、豊中市理学療法士会や大阪府作業療法士会と協力していきます。

Q & A(短期集中サービスについて)

Q 短期集中サービスは他のサービスと併用ができるのか。

A 介護保険のリハビリサービスや通所サービスを利用している場合は、原則併用できません（福祉用具や訪問介護等は併用できます）。

Q 短期集中サービスは給付管理票が必要なのか。

A 豊中市の委託事業なので、給付管理票は必要ありません。利用者を管理するために、長寿安心課から各地域包括支援センターへ毎月の対象者リストを送付します。

Q & A(ケアマネジメントBについて)

- Q 短期集中サービス終了後、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合は、必ずケアマネジメントBに移行するのか。
- A 原則、ケアマネジメントBへ移行してください。利用者の合意が得られない場合は、その限りではありません。
- Q 短期集中サービス終了時点で、セルフケアの能力が高く社会参加が確認できている場合も、ケアマネジメントBに移行する必要があるか。
- A 原則ケアマネジメントBへ移行します。ただし、一定の基準を満たせば6カ月より短い期間で終了することが可能です。

Q & A(ケアマネジメントBについて)

Q 短期集中サービス終了月の翌月からでないかと算定できないのか。

A 原則、翌月からの算定となります。当初合意が得られず、期間が空いて同意が得られた場合が想定されます。その場合は長寿安心課へご相談ください。

Q 体力測定会や地域資源への参加を拒否される場合はどうしたらよいか。

A 社会参加のあり方は人それぞれなので、参加を強制するものではありません。はつらつ手帳等を活用したセルフケアをサポートしてください。

Q & A(ケアマネジメントBについて)

- Q 地域資源の情報を知らないのだが、本人に合った地域資源はどのように収集するのか。
- A 短期集中サービスの終了月に、リハビリ専門職から本人及びケアマネジャーへ体力測定会等の情報を共有します。地域資源の情報は、圏域の地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等にも相談してください。
- Q 地域包括支援センターによるケアプラン原案の確認は省略できるが、確定後のケアプラン原本は提出するのか。
- A 原本は地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターで保管する。
(ケアマネジメントAと同様)

説明会は以上です。
ご参加ありがとうございました。

本日の内容に関する問い合わせ先

通所訪問型短期集中サービスに関すること
長寿安心課 介護予防係 06-6858-2236

ケアマネジメントB、その他に関すること
長寿安心課 地域支援係 06-6858-2866