

介護予防ケアマネジメントについて

志摩市健康福祉部 介護・総合相談支援課

《介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方》

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

《介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方》

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域でくらし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち自ら必要な情報を収集し、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

決して、「サービス利用」を「目的」とするのではなく、「自立支援」を「目的」としたケアマネジメントが要求されます。

《介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方》

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」

「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

《介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方》

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、「目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していく必要があります。

(平成27年6月5日付け、厚生労働省老健局振興課長通知「介護保険最新情報」

Vol.484)を参考

新しい総合事業における介護予防ケアマネジメントの流れ

新しい総合事業を実施していくにあたり、利用者の相談からサービス利用に至る流れに変更点があります。

一部検討中の事項や様式も案の段階ではありますが、全体のイメージを把握していただけるよう流れを説明させていただきます。

1. 相談

【窓口】地域包括支援センター（介護・総合相談支援課）及び各支所窓口等

※対応者は専門職に限らず実施。実施時はマニュアルに沿って受け付ける。

★新たに総合事業を利用するための手続は、原則、本人が直接窓口に出向いて行っていただきます。

ただし、本人等が来所できない（入院中である、外出に支障がある等）場合は、地域包括支援センター職員による訪問や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取ります。

①「様式01 受付チェックシート」を活用し、相談の目的や希望するサービスを聴き取り、総合事業利用申請で対応できるかをチェックした結果、総合事業利用申請が候補となった場合は次の点を説明します。

1. 相談

【窓口】地域包括支援センター（介護・総合相談支援課）及び各支所窓口等

※対応者は専門職に限らず実施。実施時はマニュアルに沿って受け付ける。

○総合事業の趣旨

1. 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること
2. ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと

○サービス提供の迅速化

- ①基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること
- ②総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること 等

※第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、総合事業のサービスを受けることができます。

（第2号被保険者については基本チェックリストの実施はしない。）

2. 対象者判定（基本チェックリストの実施）

★「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明し、地域包括支援センター職員もしくは支所職員と対面形式で、本人等（本人又は家族）の回答により、事業対象者の基準の該当の有無を確認します。なお、要支援認定の更新時に基本チェックリストによる総合事業利用申請を行う場合は、担当の介護支援専門員との対面方式で実施することも可能としますが、その際も「基本チェックリストについての考え方」に基づき、本人等の回答によるものでなければいけません。

※基本チェックリストを実施した結果、事業の対象者とならなかった場合
基本チェックリストは、

- ①基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人等が記入し、状況を確認するものであること
- ②相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること

等から、行政処分には当たらないものと整理していますので不服申し立てなどの対象になりませんので、相談者が結果に納得できない場合は、要介護等の申請に繋げていきます。

3. アセスメント（総合事業対象者該当）

- ★基本チェックリスト実施により総合事業対象者となった場合、地域包括支援センターは、本人宅を訪問し本人及び家族と面接を行います。
この際、本人の心身の状態や生活環境を確認し要介護等認定申請の必要性が無いかを含め、アセスメントを行います。
また本人及び家族が市役所本庁舎の地域包括支援センター窓口（現在、介護・総合相談支援課内設置）に直接相談に来られ、地域包括支援センターの介護支援専門員が在席している場合はその場でアセスメントを実施することも可能とします。
- アセスメントについては「様式2 アセスメントシート」、「様式3 興味・関心チェックシート」、「様式4 利用者実態把握（基本情報）」等を活用しながら実施し、総合事業が適切かを判断します。
- 本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から本人およ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てください。
- 委託の場合、後日、委託先の居宅介護支援事業所が本人宅を訪問し、アセスメントを行いますが、原則、地域包括支援センターの介護支援専門員が同行訪問します。

4. 利用者と包括支援センターとの契約 (委託事業所を含めた3者契約を含む)

- ①アセスメントの結果、総合事業が妥当と判断された場合、本人と地域包括支援センターが契約を行います。
(ケアプラン作成委託の場合は委託事業所を含めた3者契約)
- ②介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成依頼届(仮称)を受領します。

5. 書類提出

- 基本チェックリスト、介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成依頼届(仮称)、介護保険被保険者証の3つを市に提出します。
(地域包括支援センターはコピーを保管)
- 居宅介護支援事業者(委託事業所)で受け付けた場合は、上記書類を地域包括支援センター経由で市へ提出します。
(居宅介護支援事業所は必要な場合写しを保管します。)

6. 被保険者証交付

- 市から基本チェックリストに記載の送付先に介護保険被保険者証を送付する。
 - ※サービス開始日は、基本チェックリスト実施日ではなく、依頼届の提出日となります。
 - ※事業対象者の有効期間は以下のとおりです
 - ☆要支援認定者：要支援認定の認定期間の終了日まで
 - ☆基本チェックリスト該当者：基本チェックリストの実施によって事業の対象者となった日から、その日が属する月の末日から最大2年間。
但し、有効期間の終了に伴い、その終了日より前に基本チェックリストを実施し事業対象者となった場合は、その有効期間終了日を基本チェックリストの実施日とし、その日から最大2年間を新たな有効期間とします。
また、有効期間は最大2年と流動的になっていますが新規該当者は1年間、継続及び要支援認定者が更新時に基本チェックリストにより事業該当者になった場合は2年間を原則に決定していきます。
- ◎有効期間の例
 - 新規：平成29年4月1日に基本チェックリストを実施した場合
→平成30年4月30日が有効期間の終了日
 - 更新：平成29年5月30日に要支援の認定有効期間が終了する人が
平成29年4月15日に基本チェックリストをした場合
→平成29年5月30日を基本チェックリスト実施日と読み替え
平成31年5月30日が有効期間の終了日

7. ケアプラン原案作成

- ①介護予防ケアマネジメント等の類型を決定していきます。
(平成29年度中に委託するものは現行の介護予防支援事業又は介護予防ケアマネジメントAに限られます)

※要支援認定者が通所・訪問型サービス（デイサービスやホームヘルプサービス）以外のサービスを利用する場合は現行の介護予防支援事業となります。また、地域のサロンや介護保険や介護予防・生活支援サービス外の福祉サービスへのつながりについては介護予防ケアマネジメントC（1月のみマネジメント）となり、介護予防ケアマネジメントCは地域包括支援センターのみで実施します。
なお、制度上介護予防ケアマネジメントB（モニタリング等一部省略できるケアマネジメント）の実施も想定されていますが、志摩市では平成29年度中実施の予定はありません。

7. ケアプラン原案作成

- ②単に心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や生活環境を通じて、生活の質の向上を目指すものとして、本人が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。
- ③利用するサービスを検討する際は、広く社会資源の情報を収集したうえで、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業等、本人の自立支援を支える原案を本人とともに作成します。
- ④原則基本チェックリストにより事業対象者となった方は要支援1相当とし限度額は50,030円/月ですが、短期集中的にサービス利用することで自立支援につながると考えられるケース等については、地域包括支援センターとの協議や自立支援型地域ケア会議での協議のうえ、例外的に要支援2相当の104,730円/月とすることができます。

8. 自立支援型地域ケア会議（検討中）

○地域包括ケアシステム構築に向け、個別ケースを通じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所及び担当介護支援専門員等と専門多職種が協働のうえ、個別ケースの自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに基づくケアプラン等の作成及び参加者の専門的能力の向上、地域資源の把握・開発及び政策形成につなげることを目的に開催を計画しています。

①対象ケース（当面の間）

要支援１・２及び事業対象者で新規にサービスを利用する下記のケース
介護予防給付事業と介護予防・生活支援サービスの両方を利用するケース
介護予防・生活支援サービスを利用するケース
※介護予防給付事業のみを利用するケースは対象としません

②開催までの流れや提出書類、開催頻度等については詳細は決まり次第随時
情報提供を実施していきます。

9. サービス担当者会議

ケアプラン交付（本人への説明・同意を含む）

- ①本人および家族にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、本人及びサービス提供者に交付し、同意欄に自署または記入押印をもらってください。
- ②委託の場合、地域包括支援センターがケアプランを必ず確認し、押印します。

10. 利用者とサービス提供者との契約

サービス利用開始

- サービス利用開始後にサービス提供者から受けた利用者に関する情報がアセスメントの結果と著しく違う場合や利用者からのサービス内容変更の希望がある場合は、その内容が本人の自立支援に資するな内容かを適切に判断したうえでサービス内容の変更が必要と判断された場合は、速やかなに適切と思われるケアプラン（案）を作成し、地域包括支援センターと協議を行ってください。

1 1. モニタリング

- ①ケアマネジメントAについては原則3ヶ月。
- ②状況・問題・意欲の変化等を本人、家族及びサービス提供者から直接聴取し、継続的に把握します。
- ③モニタリング実施月以外においても、可能な限り本人と面談するよう努め、面談が困難な場合は電話等で状況を把握します。

1 2. 評価

○目標の達成の確認・再検討を行います

1 3. ケアマネジメントの継続・変更・終了

- ①本人の状況に応じ、今後の方針を決定します。
- ②委託の場合、地域包括支援センターにサービス評価票を提出します。