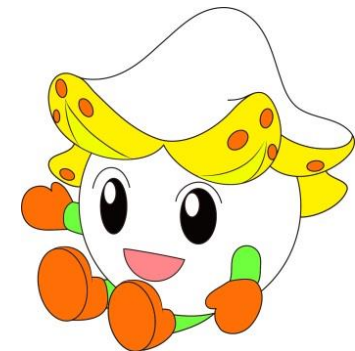


介護予防ケアマネジメントの概要

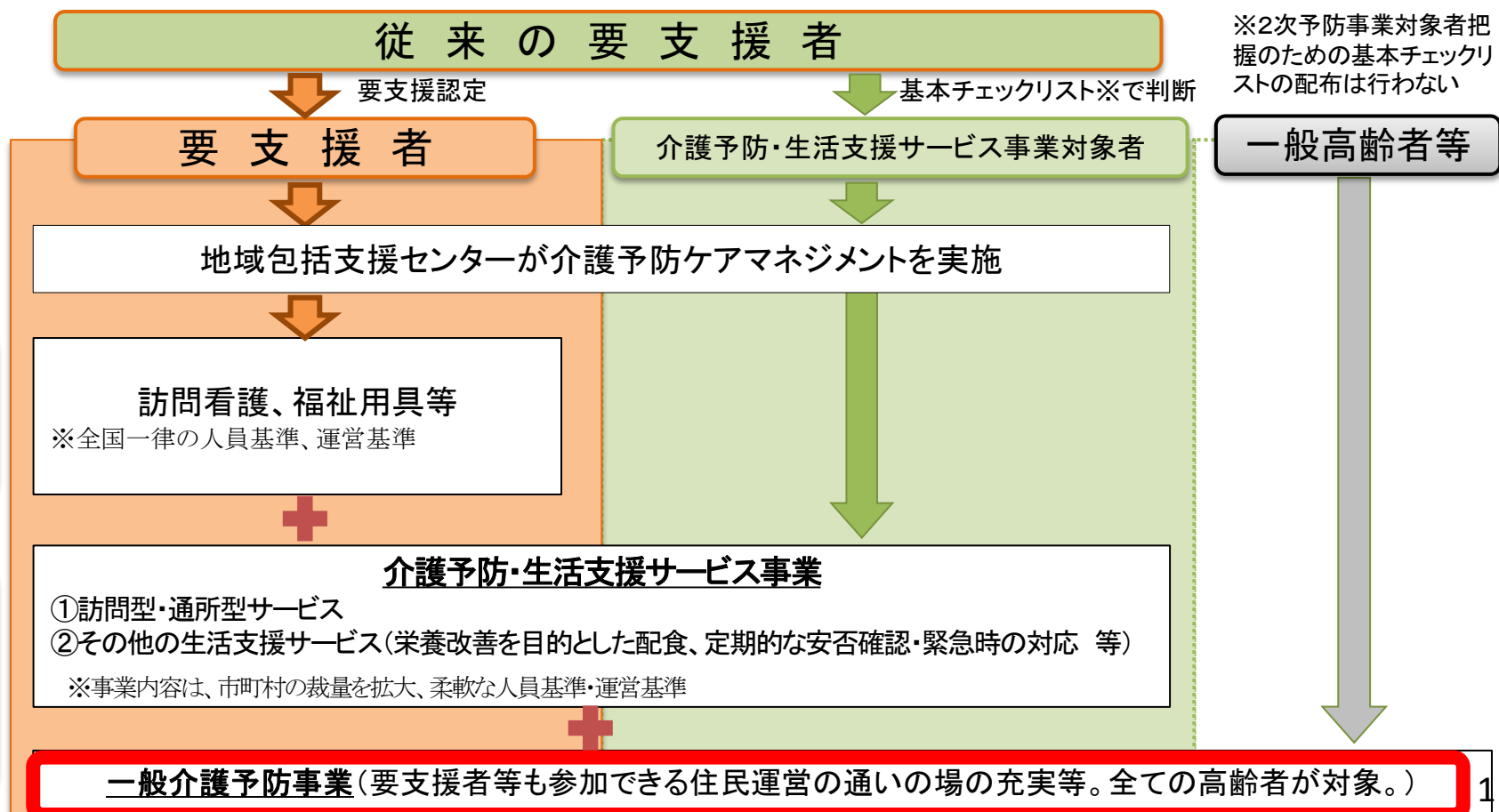
平成29年2月21日(火)
塩谷町地域包括支援センター



総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。ただし新規申請者は要介護認定実施。

※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



介護予防給付

総合事業

サービス利用までの流れ（案）

介護保険及び総合事業サービス利用希望者

通所型サービス（デイサービス）や 訪問型サービス（ホームヘルプ）のみを利用する

- ①いいえ又は要支援2以上の状態
（身体介助が必要・入浴が一人でできない方など）
- ②40歳～64歳③新規申請

町保健福祉課にご相談ください。

包括支援センターにご相談ください。

要介護（要支援）認定申請

基本チェックリスト

審査結果

判定結果

要介護
1～5

要支援
1～2

非該当

生活機能の
低下がみら
れた方

自立した
生活を送
れる方

ケアプラ
ン作成

介護予防
ケアプラ
ン作成

介護予防
ケアマネ
ジメント

（包括支援センター他）

（居宅介護支援事業所）（包括支援センター他）

介護給付

介護予防給付

介護予防訪問看護・
福祉用具の購入等

（国の基準のサービス）

介護予防・生活支援
サービス事業

通所型・訪問型サービス

介護予防・日常生活支援総合事業

一般介護予防事業

（65歳以上全町民）

（国の基準と同等のサービス+町独自の基準のサービス）

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日：平成 年 月 日（ ）

氏名		住所		生年月日		
希望するサービス内容						
No.	質問項目				回答：いずれかに○をお付けください	
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
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
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
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)	
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「いつも同じ事を聞く」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
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
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

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

①	様式第一の質問項目No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当
②	様式第一の質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当
③	様式第一の質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当
④	様式第一の質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤	様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥	様式第一の質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦	様式第一の質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

【ポイント】

●目標指向型のケアマネジメントを意識して

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
 - ・個々人の興味や関心のあることを中心に目標設定
 - ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
 - ・心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出
- ⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要

●利用者のための目標設定がポイント

- ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
- ・活動や参加を意識して、できる限り「○○できるようになりたい」「○○に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるように支援する。

⇒認定が切れると受け皿がない、出かける場所がないので介護認定を受けデイサービスに、、という方と減らすために、**自立**に向けた支援が必要
町としては一般介護予防事業を充実し受け皿を増やしていく！！

介護予防ケアマネジメント実施の手順

- 介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援である事又は、事業対象者として町に登録されることが必要です。
- 地域包括支援センター及び担当ケアマネジャーが利用者宅を訪問し、運営規定等を説明、総合事業への意向を確認し、契約及び基本チェックリスト実施。
- 基本チェックリスト及び介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を町に提出⇒後日、町より被保険者証等を発行。



- 介護予防ケアマネジメント開始
アセスメント(課題分析)→ケアプラン原案作成→サービス担当者会議
→利用者への説明・同意→ケアプラン確定・交付→モニタリング(給付管理)
→評価

※事業対象者の有効期限はなし。(評価はおおむね一年後で)

契約とケアマネジメント作成依頼届について

対象者			ケアマネジメント作成依頼届	契約書（再契約）
新規利用者	要支援認定者	総合事業のみ	介護予防サービス計画書・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書
		給付併用		
		予防給付のみ		
概利用者	事業対象者に変更		提出省略	提出省略
	要支援認定者	総合事業のみ		
		給付併用		
		給付のみ	提出省略	

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(案)

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	
		性 別	
明・大・昭		男 ・ 女	
年 月 日			
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名	介護予防支援事業書の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒329-2292	
塩谷町地域包括支援センター	栃木県塩谷郡塩谷町大字玉生741番地	電話番号0287(45)1119	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入して下さい。			
居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地	〒	
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
塩谷町長 様 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
平成 年 月 日			
住所			
被保険者 氏 名			
電話番号 ()			
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに〇〇市(町村)へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所(地域包括支援センター)又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず塩谷町へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

類型	①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)	②ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	③ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) ・短期集中予防サービスを利用する場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスに利用につながる場合(※必要に応じ、その状況把握を実施)
実施主体	地域包括支援センター (又は包括より委託した居宅介護支援事業所)		
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> ・現行相当サービス(訪問型・通所型) ・サービスA(⇒今後検討順次切り替え) 	<ul style="list-style-type: none"> ・指定事業所以外の事業所が実施する訪問型・通所型サービス(サービスB) ・短期集中通所リハビリテーション事業サービスC(H29は10月からスタート) 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援サービス(例:配食・軽度生活援助等⇒今後検討順次切り替え)
プロセス	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】	アセスメント →ケアプラン原案作成(→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 (→モニタリング(適宜))	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者と一緒にも目標を設定 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

(○:実施 △:必要に応じて実施 -:不要)

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	-
サービス担当者会議	○	△	-
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	-

状態の変化を基本チェックリストにより
確認 (概ね12ヵ月後)

ケアプランチェック提出資料

提出時	内容
初回時	<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 (任意) ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書
評価時	<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
12か月後 (プランの見直し)	<ul style="list-style-type: none"> ○基本チェックリスト ○介護予防サービス・支援計画書

興味・関心チェックシート

参考資料

氏名: _____ 年齢: ____歳 性別(男・女)記入日: H__年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

私のプラン

「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」と思うことについて、プランを考えてみましょう。

私のプラン	その①	初回作成日	月	日
-------	-----	-------	---	---

日付	私の生活の目標
	目標の根拠となる現状

一緒に作ったひと	
名前	所属名称
所属連絡先	TEL
コメント (アドバイス)	

目標を達成するために 取り組むこと	自己評価(月 日) ※作成日より 12 か月後	
		実行度
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足
	実行度	できた・まあまあ・できていない
	満足度	満足・まあまあ・不満足

総合事業でのサービス利用可能性 (対象者別の各サービスの利用可能性)

		要介護認定者	現在の要支援認定者		非該当者 (一般高齢者)	備考	
			要支援認定者	事業対象者			
支援提供の手続き		ケアマネジメント	地域包括支援センター等でケアマネジメント		町等が事業を周知等。 利用者が登録・管理		
介護予 防・生 活支援 サービ ス事業	通所	現行サービス	(○)(介護給付)	○	○	×	
		緩和デイサービス	×	○	○	×	
		サービスB	(○)※1	○	○	(○)※1	※2
		サービスC	×	○	○	×	
	訪問	現行サービス	(○)(介護給付)	○	○	×	
		サービスA	×	○	○	×	
		サービスB	×	○	○	×	
		サービスC	×	○	○	×	※3
		サービスD	×	○	○	×	※3
	生活支 援	配食	×	※4	○	○	×
見守り		×	※4	○	○	×	※4
一般介護予防事業		○	○	○	○	○	※5

※1 要支援者が中心となっていれば利用可能。また、一般介護予防事業で行う場合も利用可能。

※2 障害者や子供なども加わることができる(共生型)

※3 一般高齢者、障害者、子ども等利用者の一部に含まれていても、要支援者等の利用に着目して間接経費(光熱水道費、サービスの利用調整を行う人件費等)を補助することは可能。

※4 地域支援事業の任意事業等により実施可能。

※5 一般介護予防事業(通いの場関係)には障害者や子供なども加わることもできる(共生型)

(注) 要介護者や非該当者も、見守り、ゴミだし、移動支援についてインフォーマルサービスとして行われているものは利用可能。

現状での決定事項及び今後の予定

○平成29年4月から総合事業に移行

○移行は平成29年4月からだが、一斉切り替えではなく、認定期間終了の際に切り替えていく。現在、委託の要支援者の方で事業対象者該当すると思われる方の更新時に包括も同伴をお願いします。

○現在「指定介護予防支援業務委託契約」をさせていただいている事業者様には、引き続き「介護予防支援事業委託契約書(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント)」の契約をお願いします。

御清聴ありがとうございました！

今後とも共によろしくお願
い
します。

