

八頭町介護予防ケアマネジメントの手引き

平成 28 年 12 月

八頭町保健課

八頭町地域包括支援センター

○目 次

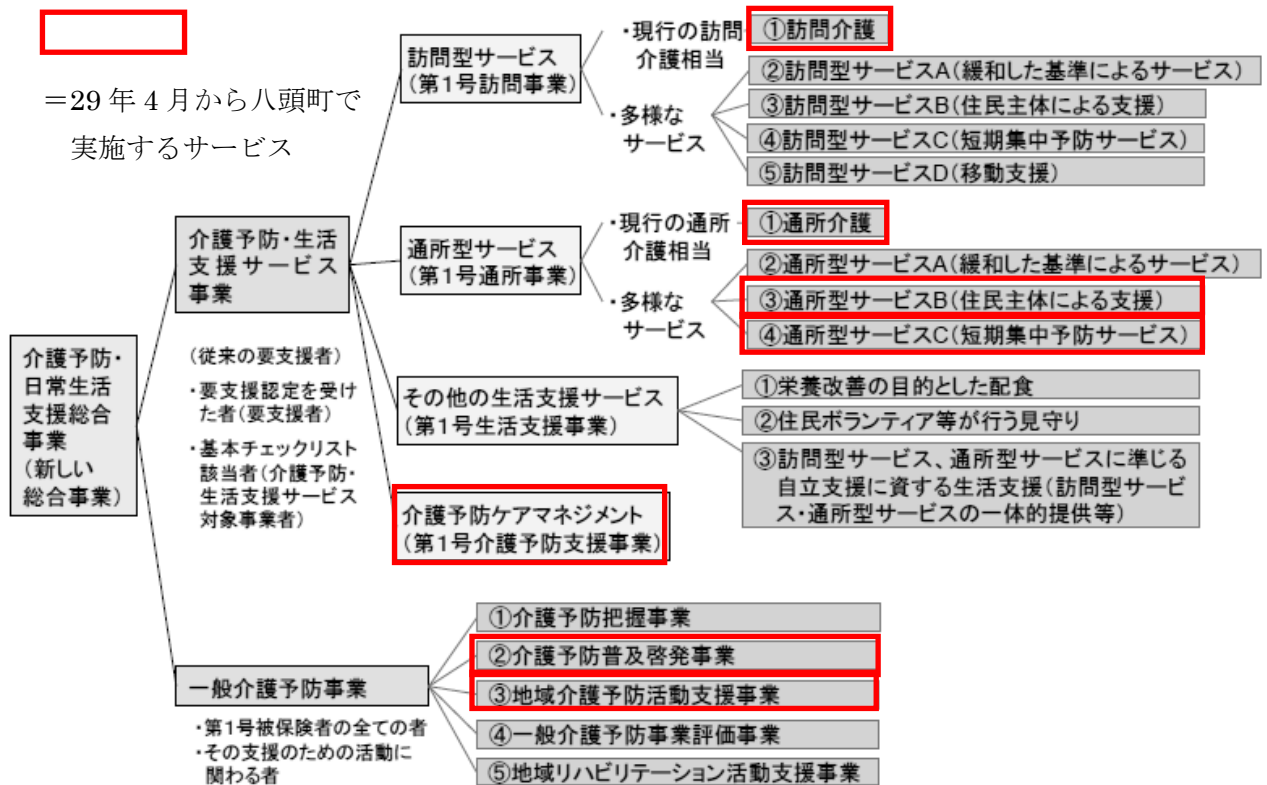
1	介護予防ケアマネジメントとは	P1
2	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	P1
3	介護予防ケアマネジメントの考え方と類型	P2
4	介護予防ケアマネジメントの実施主体	P4
5	介護予防ケアマネジメントの実施手順について	P4
	（1）総合事業の説明	P4
	（2）介護予防ケアマネジメントの対象者の要件の確認	P5
	（3）介護予防ケアマネジメントの流れ	P6
	（4）計画書様式	P8
	（5）対象者とケアプランの種類整理	P9
	（6）サービス計画作成の届出書	P9
6	介護予防ケアマネジメントの委託について	P10
	（1）委託単価	
	（2）初回加算の取扱い	
7	介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの使用方法	P10



1 介護予防ケアマネジメントとは

八頭町介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における**介護予防ケアマネジメント**（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

《総合事業の構成・サービス内容等》



2 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あり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

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暮らし、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、自ら必要な情報にアクセスするとともに、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。

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。

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（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

(1) 対象者

- 平成 29 年 4 月時点で要支援認定を受けている方
- 平成 29 年 4 月以降に要支援認定を受けられた方
- 平成 29 年 4 月以降に基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

3 介護予防ケアマネジメントの考え方と類型について

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施するものです。

○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）

主に訪問型サービス、通所型サービスにおいて指定事業者のサービスを利用する場合や、短期集中サービス（訪問・通所型サービスC）を利用する場合となります。

実施方法については、現行の予防給付に対する介護予防支援と同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。利用者との面談によるモニタリングについては少なくとも3か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制で実施します。

○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）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案までは、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）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施します。

○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）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、**住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。**

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、**利用者自身のセルフケアマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続とするもの**です。

その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わず、利用者の状態悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行します。

【具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方】

類型	サービスの内容	ケアマネジメントの流れ
① ケア マネ ジメ ント A	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業者のサービスを利用する場合 ・短期集中予防サービス（通所型サービスC） 	アセスメント →ケアプランの原案作成 →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・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング →給付管理
② ケア マネ ジメ ント B	<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） 	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・サービス提供者へ） →サービス利用開始 ≪→モニタリング（適宜）≫
③ ケア マネ ジメ ント C	<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などその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →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

※ ≪ ≫内は、必要に応じ実施

4 介護予防ケアマネジメントの実施主体

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様に、利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて実施します。

また、従来の介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託します。委託する介護予防ケアマネジメントの類型は、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)を行うケースで、以下のいずれかに該当する場合は、

- 要支援認定者
- 要支援の認定有効期間の終了後に更新申請しないで、基本チェックリストで事業対象者となった場合
- 平成 29 年 4 月以降、基本チェックリストにより事業対象者となった場合

指定居宅介護支援事業所へ委託の場合の八頭町介護予防ケアマネジメントの実施体制は、初回のケアマネジメントを実施する際に地域包括支援センターが原則立ち会います。

【参考】

居宅介護支援費の取扱件数の算出に関して、委託を受けた介護予防支援は受託件数×1/2件と数えますが、介護予防ケアマネジメントの件数は居宅介護支援費の通減制には含まれませんので、取扱件数には含めません。

5 介護予防ケアマネジメントの実施手順について

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援であること、または事業対象者として、八頭町に登録されることが必須となります。窓口での対応を含めて以下の手順で実施します。

(1) 総合事業の説明

- ①窓口において、相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の主旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して簡便・迅速なサービス事業の利用が可能であること、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を、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などに分かりやすく説明します。

②さらに、以下の総合事業の主旨を説明します。

- 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からの自立の促進や重度化予防の推進を図ることを目的とした事業です。
- 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、より自立に向けた次のステップに移っていきます。

③予防給付や介護給付によるサービス（訪問看護や福祉用具貸与）を希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行います。

④第2号被保険者は、要介護認定等申請の案内を行います。（基本チェックリストの対象外）

(2) 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認（基本チェックリスト）

①利用者が総合事業のサービスの利用を希望する場合、要支援認定申請を希望しない、または要支援認定の結果、非該当の場合は、基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当するかどうかの確認をします。

○「介護予防・生活支援サービス事業対象者（事業対象者）」とは

介護予防・生活支援サービス事業対象者とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した者をいいます。ただし、事業対象者が利用できるサービスについては、介護予防ケアマネジメントに基づいて利用することとなります。

○基本チェックリストを活用するケースとは

基本チェックリストを活用するケースとして以下の場合が考えられます。いずれの場合も、本人が基本チェックリストを希望した場合に実施します。

【 認定を受けてない方 】

訪問介護相当サービス・通所介護相当サービスのみのサービス利用を希望する場合

【 要支援1・2の方 】

現在、「介護予防訪問介護・訪問介護相当サービス」または「介護予防通所介護・通所介護相当サービス」のみを利用している場合

【 要介護認定が非該当と判定された方 】

要介護認定は非該当だが、サービス利用が必要と考えられる場合

②基本チェックリストは、質問項目の趣旨を「基本チェックリストについての考え方」を利用して説明し、それを本人が聴きながら、本人が記入して作成します。ただし、本人

が体の状態等により記入が困難な場合は、家族等による代筆も可能とします。

- ③要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行います。そのために利用者の情報を地域包括支援センターが八頭町（保険者）やサービス事業者に伝える旨を説明し、承諾を得た場合に「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」を記入の上、八頭町役場 保健課介護保険係に提出します。（必要に応じて、提出代行により支援を行います。）
- ④基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて八頭町（保険者）が総合事業のサービス事業対象者として登録し、「事業対象者」である旨を記載した被保険者証を郵送により交付します。
- ⑤上記の基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメントの手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行います。ただし、本人が出向くことができない（入院中である、自宅から遠い、外出に支障がある等）等の理由がある場合は、地域包括支援センターが本人を訪問し行います。
- ⑥第2号被保険者については、特定疾病に起因し要介護状態等となっていることが前提であり、要介護認定申請を行い、要支援の認定を受けることにより、介護予防・生活支援サービス事業を受けることができます。

(3) 介護予防ケアマネジメントの流れ

①アセスメント(課題分析)

- 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行います。
- より本人に合った目標設定に向けて厚生労働省が推奨する「興味・関心シート」なども利用して、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等の聞き取りをしながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。
- プロセスの中で、利用者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、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。

②ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

- 目標の設定
 - 生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、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。また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましいものと考えます。

○ 利用するサービス内容の選択

- ・ 利用するサービスを検討する際は、単に介護予防・生活支援サービス事業（訪問型・通所型サービス）の利用のみに限定せず、地域のサロン、まちづくり委員会など、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成します。
- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定します。
- ・ 総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合のみ行います。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とします。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当です。

例えば、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援に繋がると考えるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）ことも可能です。

その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しを図ります。

- ・ 更に、このケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者とはよく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成します。
利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成します。

③サービス担当者会議

- ケアマネジメントA、Bにおいて実施します。
- ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定されていますが、ケアプランの変更等をおこなったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要です。

④利用者への説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者、またはその家族に説明し、同意を得ます。

⑤ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

- 本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付します。

⑥サービス利用開始

⑦モニタリング(給付管理)

- ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接を行います。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。
- 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、利用者との電話等により確認を行います。

⑧評価

- ケアマネジメントAについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等の方針を決定します。
- 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合等、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行います。

(4) 計画書様式

「介護予防サービス・支援計画書」の様式を使用します。その他に、より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等を利用し、本人の趣味、社会活動、生活歴等から「したい」「できるようになりたい」という目標が持てるような支援が必要となります。

(5) 対象者とケアプランの種類の整理

対象者 利用サービス プランの種類	要支援者			事業対象者
	予防給付のみ	予防給付と 総合事業	総合事業のみ	総合事業のみ
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

(6) サービス計画作成の届出書

区分	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	理由
介護給付から予防給付	○ 必要	居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため
介護給付から総合事業	○ 必要	居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため
要支援者が予防給付から総合事業	○ 必要	国保連に委託しているため確認が必要
要支援者から事業対象者	○ 必要	事業対象者として登録するため

5 介護予防ケアマネジメントの委託について

(1) 委託単価

本町は、介護予防支援と同様に、介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所へ委託して実施します。本町の委託単価については、以下のとおり介護予防支援の委託単価と同額とします。

提出方法	区 分	介護予防支援	介護予防ケアマネジメントA
給付管理データのみの電子データ	基本部分	4,300円	同左
	初回加算	2,700円	同左
	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000円	同左
上記以外	基本部分	3,870円	同左
	初回加算	2,700円	同左
	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000円	同左

(2) 初回加算の取り扱い

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて、初回加算の算定基準は、下記のとおりとします。

- 過去2か月以上、介護予防支援費または、介護予防ケアマネジメント費が算定されていない場合で、介護予防サービス・支援計画書を作成(アセスメント実施を含む)した場合。
- 要介護者が要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを実施する場合。
- 要介護者が要支援または事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合
ただし、要支援者が更新申請せずに事業対象者に移行してサービスを利用した場合は算定できません。

6 介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの使用方法

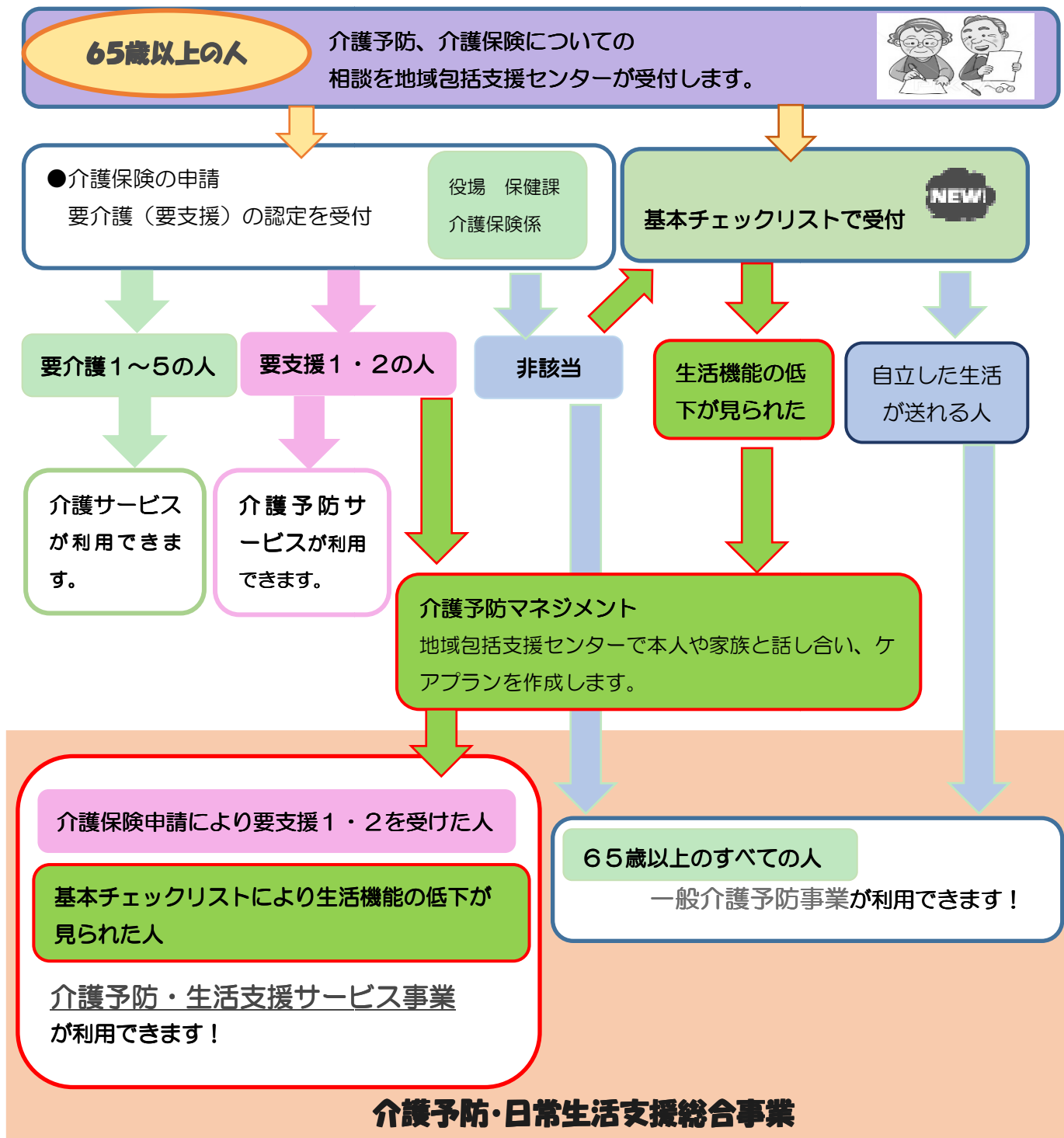
要支援認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付サービスの利用があれば、地域包括支援センターは介護予防支援費とし国保連に請求することとなります。事業対象者、または要支援認定を受けたが、その月が総合事業によるサービス利用のみの場合については、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを直接実施することとなるため、国保連への請求は行なわないこととなります。(介護予防ケアマネジメントの一部を居宅介護支援事業所委託している場合は、当該事業所は、地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメント費を請求

することになります。

サービス利用までのながれ



介護予防・日常生活支援総合事業には、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見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。



介護予防・生活支援サービス事業のみを希望される場合は、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。