

## 資料2

# 介護予防ケアマネジメントについて

平成28年11月18日

匝瑳市地域包括支援センター

# サービスの類型

※厚生労働省ガイドラインより

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

## ①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。  
 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース  ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

## ②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

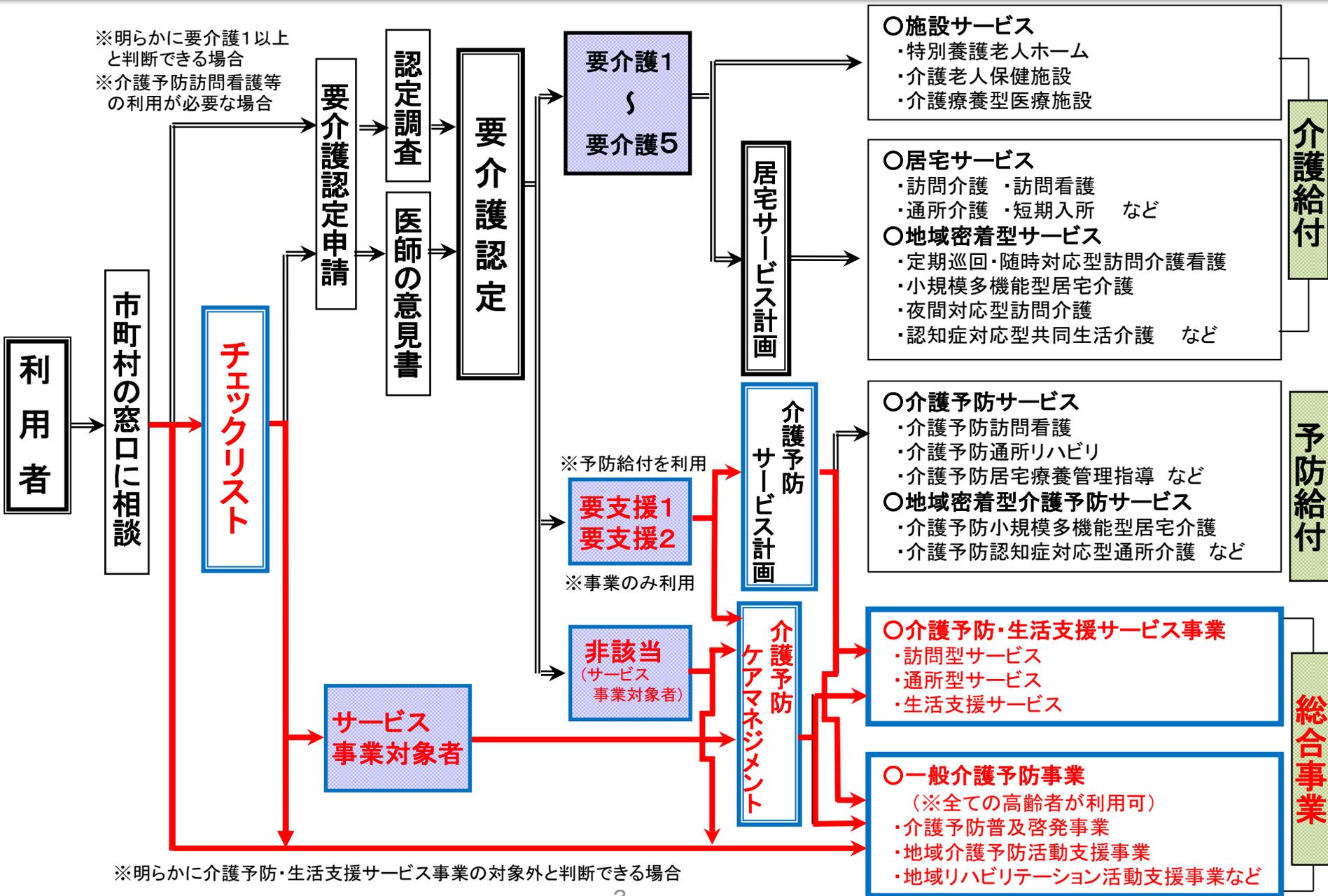
- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、 自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

## ③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

# 介護サービスの利用の手続き



# 介護予防ケアマネジメントの考え方

- ・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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した生活を送れるように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。

# 新しい総合事業の介護予防ケアマネジメント

- 生活上の困りごとがあり、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、基本チェックリストの記入により、「事業対象者に該当する基準」のいずれかに該当した者に対して行うものである。
- 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である。

## 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

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、以下の類型を想定しています。

具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

※（ ）内は、必要に応じて実施

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"> <li>・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</li> <li>・短期集中予防サービスを利用する場合</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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げる場合 (※必要に応じ、その状況把握を実施)</li> </ul>
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行相当サービス(訪問型・通所型)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未実施</li> </ul>
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 <b>【利用者・サービス提供者】</b> →サービス利用開始 →モニタリング <b>【給付管理】</b>	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 <b>【利用者・サービス提供者】</b> →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
ケアプラン届出	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届出書必要	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届出書必要	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届出書必要

# ケアマネジメント契約について

## ◆利用者の契約

- 総合事業の内容を加えた利用契約書・重要事項説明書（新書式）については、契約をとり直す必要があります。
- サービス利用をしている要支援認定者全員に、地域包括支援センターが契約をとり直し致します。

## ◆委託事業所との契約

- 地域包括支援センターから引き続き受託するためには業務委託契約書（新書式）が必要です。4月1日付で改めて契約致します。

# ケアプラン・請求について

- ・ケアマネジメントA・Bのケアプランについては現在使用しているケアプランと同じ様式です。
- ・ケアマネジメントCについては平成29年度は、実施予定がないため、現時点では準備してありません。
- ・実績報告など請求の詳細・ケアマネジメント委託料等については総合事業開始前に、ご連絡致します。