

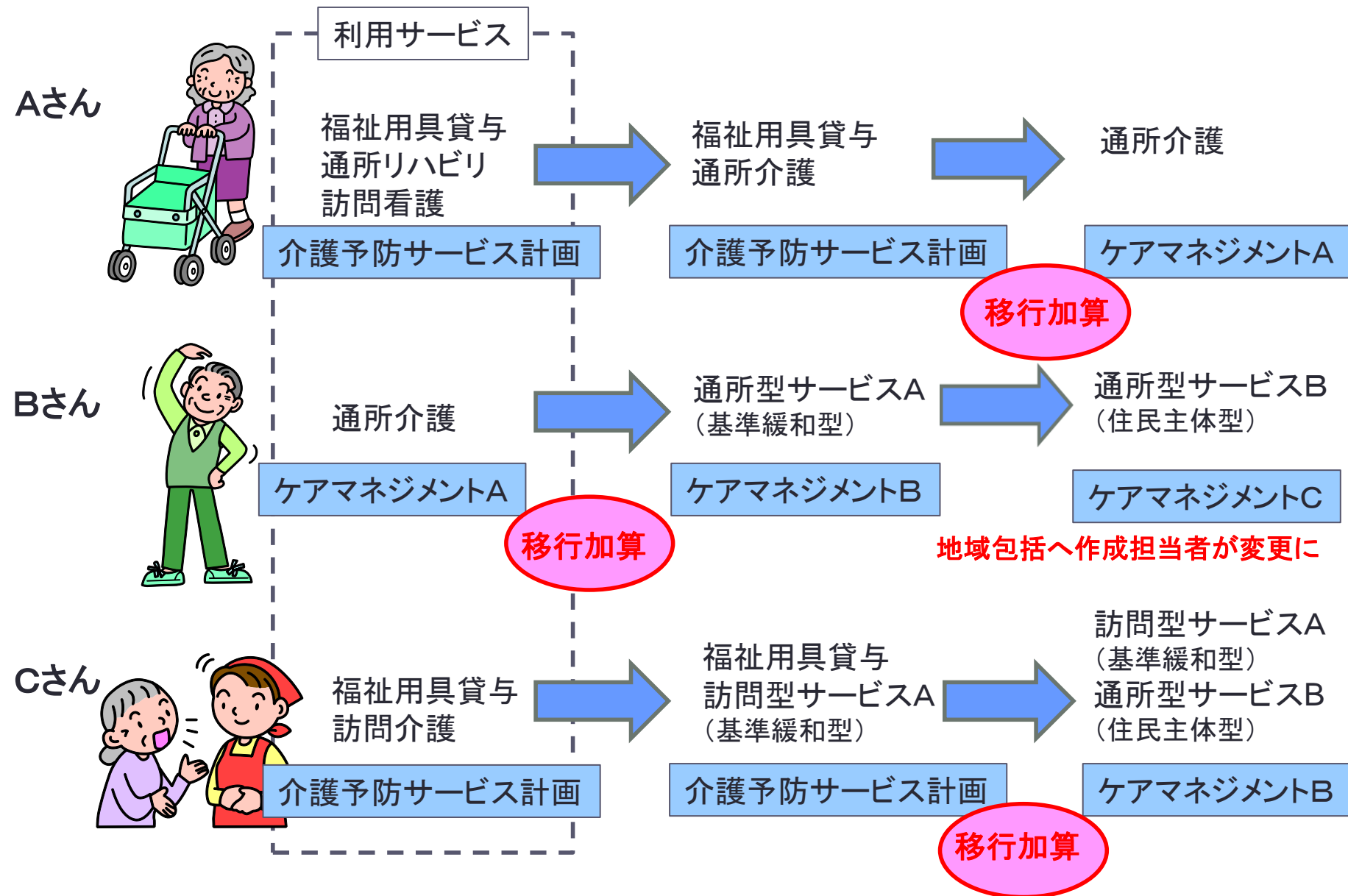
介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防 サービス計画 (現行プラン)	ケアマネジメント A (原則的プラン)	ケアマネジメント B (簡略化プラン)	ケアマネジメント C (初回のみプラン)
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	総合事業のみ
・介護予防サービス ・介護予防サービスに相当事業、訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合	・相当事業 ・相当事業に訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合	・訪問型A、通所型A ・訪問型A、通所型Aに訪問型(B・C)、通所型(B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合	・訪問型B、通所型B ・訪問型C、通所型C ・訪問型(B・C)、通所型(B・C)に一般介護予防事業を組みあわせて使う場合
アセスメント 担当者会議 モニタリング (毎月・3か月に1回は訪問) 評価 (計画期間に応じて・最大半年)	アセスメント 担当者会議 モニタリング (毎月・3か月に1回は訪問) 評価 (計画期間に応じて・最大半年)	アセスメント 更新時、サービス変更がない場合は担当者会議を省略 モニタリングは3か月に1回、その間は必要に応じて実施 評価 (計画期間に応じて・最大半年)	初回のみ 目標設定までは行うがモニタリング、評価は行わない (セルフプラン) ※但しサービスCについては評価を実施し、状況に応じたサービスの見直しを行う。
地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター

介護予防ケアマネジメントの報酬

介護予防サービス計画 (現行プラン)	ケアマネジメント A (原則的プラン)	ケアマネジメント B (簡略化プラン)	ケアマネジメント C (初回のみプラン)
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	総合事業のみ
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス ・介護予防サービスに相当事業、訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・相当事業 ・相当事業に訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型A、通所型A ・訪問型A、通所型Aに訪問型(B・C)、通所型(B・C)、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型B、通所型B ・訪問型C、通所型C ・訪問型(B・C)、通所型(B・C)に一般介護予防事業を組みあわせて使う場合
基本報酬 430単位 初回加算 300単位 小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算 300単位	基本報酬 430単位 初回加算 300単位 移行加算 300単位 小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算 300単位 ※介護予防サービス計画からケアマネジメントAに移行した場合に移行加算を算定(初回加算との併用はない)	基本報酬 400単位 初回加算 300単位 移行加算 300単位 小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算 300単位 ※介護予防サービス計画またはケアマネジメントAからケアマネジメントBに移行した場合に移行加算を算定(初回加算との併用はない)	基本報酬 200単位
地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所	地域包括支援センター

介護予防ケアマネジメントへの移行



介護予防ケアマネジメントのあり方

- プロセスや考え方は介護予防支援と同様
- 総合事業のサービス、一般介護予防事業、その他必要な支援をケアプランに位置づける
- 利用者の**望む生活(～したい)への意欲を喚起し、自立支援に向けた動機付けを行う**ことがポイント
 - 利用者自身が、要介護状態の予防や能力の維持向上に努めるよう、**自分の生活課題と状況改善のイメージに「気付き」**、それをケアマネジャーと共有する
 - ケアマネジャーは利用者の「気付き」と「～したい、～になりたい」意欲を喚起させ、実現可能な目標設定とそれに向けての取り組みを共に考え、利用者が行動化できるよう支援する

介護予防ケアマネジメントのあり方

- 利用者が**できることはできるだけ本人が行うことが基本**
→できない部分を支援し、自立を最大限引き出す援助
→サービスの利用により「できること」を奪わない
- 状態改善し、**できるようになった生活行為が維持できるよう、**
地域の活動などに結び付けていく
- 利用者がもつ**強み(ストレングス)に着目し、**できていたこと、
できそうなこと、できることを把握し、QOLの維持向上に向けて**「自己決定」を上手にサポートする**
→予後予測を立てる視点

アセスメントにおけるポイント

- やりたい・なりたいシートの活用

→利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったことなどを探る

→ADL、IADL、社会参加、趣味、仕事などの状況が確認できる項目

ADL、IADLの評価は、

私たちが利用者を「知る作業」ですが、

利用者が「自分を知る作業」でもあります

ケアプラン作成時のポイント

- プラン作成時に、目標が達成された後、**次のステップの場である「様々な集いの場や社会参加の場に通うことが大切」**であることを説明しておくことが重要
 - 自立度の高い次のステップへ進む（循環するしくみ）
- サービス担当者会議では、利用者とケアマネジャーが共有した課題と改善に向けての取り組みについて、サービス提供者等と共通理解をもち、同じ方向性をもってサービス内容の検討を行う
 - サービスありきの計画ではダメ
 - 皆で同じ方向を向いて

ケアプラン作成時のポイント

- 「何ができるようになるれば」自立に近づくのか、「自分でできるようになることを意識した目標設定
- 生活不活発病による症状は、人に任せれば機能低下の一途をたどる
 - **利用者自身に「自分でやる」ことの意味を考えてもらう**
- ADLが改善してもIADLの向上につながっていなければ、生活の中で自分の力を発揮することはできないし、プログラムの終了とともにまた低下していってしまう
 - ADLの改善により**生活の中で「できるようになったこと」を増やし、日常生活の中で機能の維持に取り組んでいけるようになる**

サービス類型と活用方法(訪問)

相当サービス (現行相当)	サービスA (基準緩和型)	サービスC (短期集中)
専門職による支援が必要な方 ・疾患や身体状況により、 身体介護が必要 ・認知症により専門的支援 が必要	認定ヘルパー(*)による 支援でも可能な方 *市が行う研修を修了した者	うつ、閉じこもり、認知機能 の低下の恐れがある方 3~6か月の短期間に集中 して介入
身体介護 認知機能の低下に配慮した 身体介護及び家事支援	家事援助	保健師や看護師が訪問し、 助言や指導を行う
給付管理あり	給付管理あり	給付管理なし

サービス類型と活用方法(通所)

相当サービス (現行相当)	サービスA (基準緩和型)	サービスB (住民主体型)	サービスC (短期集中)
専門職による支援 が必要な方 ・疾患や身体状況 により、身体介護 が必要 ・認知症により専門 的支援が必要	専門職以外の雇用 労働者による支援 でも可能な方	住民ボランティアな どによる支援でも 可能な方	運動機能の低下し ている方 3~6か月の短期間 に集中的に介入
身体介護 認知機能の低下に 配慮した身体介護	運動、趣味活動、 交流	運動、趣味活動、 交流	理学療法士や運動 指導士などによるリ ハビリ
給付管理あり	給付管理あり	給付管理なし	給付管理なし

介護保険の更新時にご相談ください

- 予防給付のサービスを継続する場合は、要介護認定申請による更新手続きになります。
- 総合事業のみをご利用の場合は、基本チェックリストを実施することで、変わりなくサービスを継続することができます。
→基本チェックリストはその場で結果が出ます。(保険証の交付までは約1週間)必要時はいつでも要介護認定申請ができます。
- 基本チェックリストは、高齢支援課または地域包括支援センターの窓口で実施します。窓口へ行くことが困難な場合は、包括職員が訪問します。(代行申請はできません)
- 本人が希望する場合は申請もできます。

暫定プランを立てる場合の留意事項

- 明らかに要介護の状態像→要介護の暫定プラン
- 要支援または要介護になる可能性がある場合
→要支援と要介護の両方のプラン
※但し利用するサービスが通所介護と訪問介護のみ
の場合は総合事業と要介護のプラン
- 非該当になる可能性もある場合
→申請と同時に基本チェックリストを実施しておいたほうがよい(サービスが全額自己負担になる可能性)

要介護の方は総合事業の相当サービス及びサービスAは利用できないのでご注意ください。

暫定プランを立てる場合の留意事項

- 例：基本チェックリストによる事業対象者で訪問型サービスを利用していた者が、介護申請し要支援の暫定プランで訪問型サービスと福祉用具貸与を利用していた。結果、要介護1と判定された。
 - ①要介護者として取り扱う場合、事業のサービスは利用できないため訪問型サービスの利用分が全額自己負担になる。
 - ②事業対象者のままとして取り扱う場合、福祉用具が全額自己負担となる。
- 月の途中で要介護のサービスに切り替わった場合
→月末の時点で居宅介護支援を行っている居宅介護支援事業者が給付管理する。併せて居宅介護支援事業費を請求。総合事業のサービスは日割り。