八街市における介護予防ケアマネジメントの実施について

１．目的

　介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び基本チェックリストが事業対象の規準に該当した者（以下「事業対象者」という）に対して、その介護予防社会参加の推進を目的として、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、通所型サービス及びその他の生活支援サービス並びに一般介護予防事業、市の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援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。

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、地域包括支援センター等が要支援者及び事業対象者に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援します。また、利用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、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、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」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

　このようなことから、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、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなります。

３．介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

（１）　介護予防ケアマネジメントＡ（原則的な介護予防ケアマネジメント）

　　　主に、従前相当サービスやサービス・活動Ｃの利用期間を介護予防ケアマネジメント計画に定める場合で、介護予防支援に相当するものです。

＜プロセス及び考え方＞

　　①　アセスメント（課題分析）

　　　・　利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聞き取り等を通じて行います。

　　　・　利用者本人や家族の意向を尊重しつつも生活機能の低下等について自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行います。

　　　・　利用者本人にあった目標設定に向けて趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～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きます。

　　　・　自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効です。

　　②　介護予防ケアマネジメント計画原案作成

　　　・　利用者本人と家族と支援関係者が、利用者本人の課題と目標を共有し、利用者本人・家族の取組みと支援関係者の役割を明示したもので、「利用者本人の望む生活」を実現するための計画となります。特に、指定事業者によるサービス・活動事業を利用する場合の根拠となります。

　　　・　記載する内容

　　　　ａ　利用する総合事業サービス等の種類及び内容

　　　　ｂ　当該サービスを担当する者

　　　　ｃ　当該サービスを利用する期間

　　　　ｄ　要支援者等及びその家族の生活に対する意向

　　　　ｅ　要支援者等の総合的な援助方針

　　　　ｆ　健康上及び生活上の問題点及び解決すべき課題

　　　　ｇ　提供される総合事業サービス等の目標及びその達成期間

　　　　ｈ　総合事業サービス等が提供される日時

　　　　ｉ　総合事業サービス等を提供する上での留意事項

　　③　サービス担当者会議

　　　・　目的は、利用者・家族の生活の意向・目標を共有することです。

　　　　　 ・　さまざまな専門職による専門的な見地や地域のさまざまな関係者の意見により、多面的なアセスメントを深めるとともに効果的な支援策を検討することです。

　　　・　介護予防ケアマネジメント計画に示された取組みや関係者の役割分担を決め、参加者全員で共有をします。

　　④　利用者への説明と同意

　　　　　　　　　サービス担当者会議において、介護予防ケアマネジメント計画原案の内容について、利用者本人・家族に説明し、同意を得ます。

　　⑤　介護予防ケアマネジメント計画確定・交付

　　　　 　確定された介護予防ケアマネジメント計画を関係者に交付します。

　　⑥　事業・サービスの提供

　　　　介護予防ケアマネジメント計画に基づき事業やサービスの提供を行います。

　　⑦　モニタリング

　　　・　利用者の状態の変化や介護予防ケアマネジメント計画等に示された利用者等の取組み、サービス・活動事業等の実行状況を把握することです。実施しているサービス・活動事業等が適切かどうか、新たな課題等が生じていないかどうか確認するとともに、利用者の取組みを支持し、促進する機会として活用することが重要です。

　　　・　介護予防支援と同様に、原則は少なくとも３か月に１回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接をします。利用者の状況に変化のあった場合は、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、電話等により利用者との連絡を実施します。

　　　　　なお、モニタリング期間について、以下の要件を全て満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能です。その場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう経過記録に記載をしておいてください。

　　　　ａ　３か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断した場合。

　　　　ｂ　モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。

　　　　ｃ　モニタリングやサービス担当者会議を３か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。

　　　　ｄ　介護予防ケアマネジメント計画作成プロセスの簡素化（延長の期間含む）について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。

　　　　ただし、以下の場合は除きます。

　　　　ｅ　初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て３か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合

　　　　ｈ　多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病等）

　　⑧　評価

　　　　介護予防ケアマネジメント計画に記載した実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービス・活動事業等の実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービス・活動事業等の見直し等今後の方針を決定します。

（２）介護予防ケアマネジメントＢ（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

　　　地域包括支援センターの職員等が医療・介護専門職の適切な関わり合いのもとで地域の高齢者の選択を適切に支援する視点や包括的なケアマネジメントの実施をとおりした地域づくりの視点を踏まえた支援及びその体制の構築等のためのアプローチが重要であることから、ケアマネジメントＢにおいては、介護予防ケアマネジメントのプロセスや計画の作成等については、その一部を省略若しくは簡略化しています。

　＜プロセス及び考え方＞

　　①　アセスメント（課題分析）

　　　・　利用者本人の自宅に訪問して利用者本人や家族と面接による聞き取り等を通じて行います。

　　　・　利用者本人や家族の意向を尊重しつつも生活機能の低下等について自覚を促すとともに、介護予防に主体的・意欲的に取り組めるよう働きかけ等を行います。

　　　・　利用者本人にあった目標設定に向けて趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～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きます。

　　　・　自立支援や介護予防の視点からアセスメントの実施にあたって、リハビリテーション専門職と連携し、同行訪問や助言を求めることも有効です。

　　②　介護予防ケアマネジメント計画原案作成

　　　　介護予防ケアマネジメント計画原案の作成は不要です。

　　③　サービス担当者会議

　　　　事業実施者等との連絡調整や打合せなどサービス担当者会議に類するものとして利用者の情報や援助の方針等について共有を図ります。

　　④　利用者への説明と同意

　　　　アセスメント等の段階で利用者や家族等に支援の方針等について説明し、同意を得ておきます。

　　⑤　介護予防ケアマネジメント計画確定・交付

　　　　 　不要です。

　　⑥　事業・サービス提供

　　　　サービス担当者会議に類するものを含め、次号実施者等と共有した内容をもとに事業やサービス提供等を行います。

　　⑦　モニタリング・評価

　　　　利用者や家族等と相談のうえ、適切な期間を設定し、居宅等に訪問するなどして実施します。または、サービス・活動事業の実施者等と連携し、利用者の状況の変化があれば相談できる体制を構築していきます。