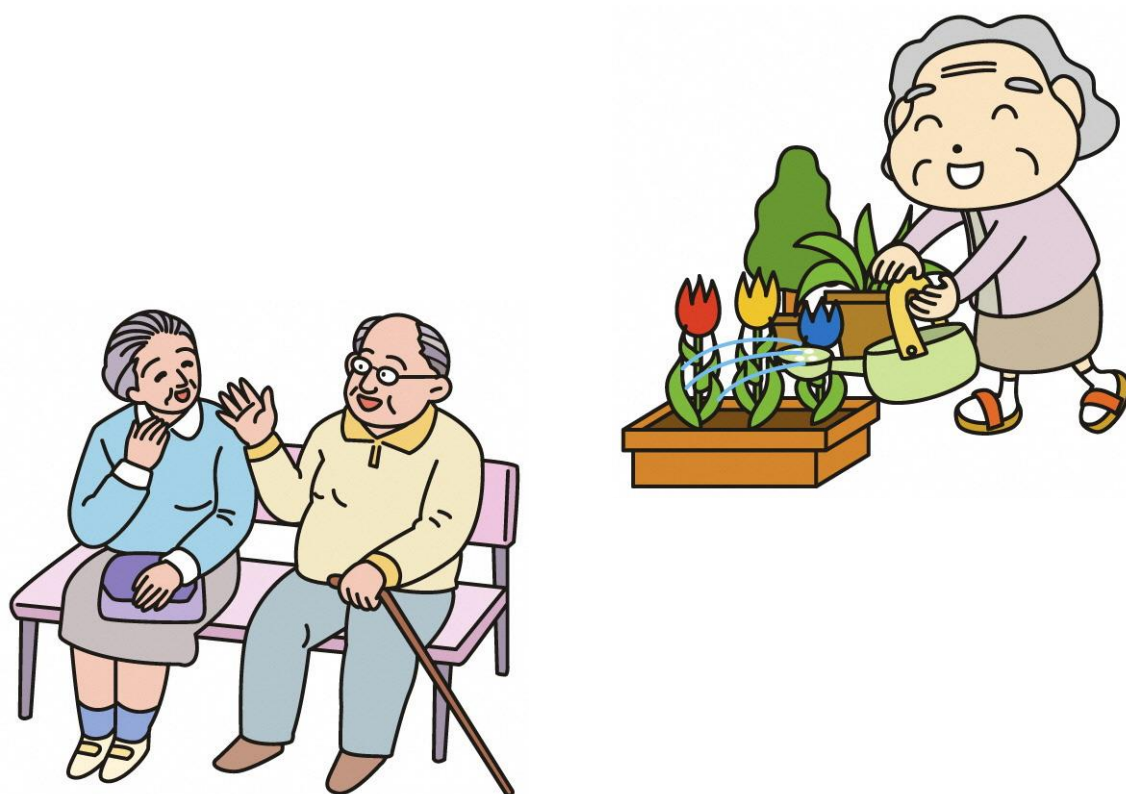


「船橋市自立支援型

介護予防ケアマネジメント事業」

—実施マニュアル—

【第1版】



船橋市 包括支援課

令和元年7月

【目次】

1. 背景	P 1
2. 船橋市が目指すもの（ビジョン）	P 2
3. 自立支援型介護予防ケアマネジメント事業	P 3
4. 自立支援ケアマネジメント検討会議	P 4
5. リハビリ職による同行訪問	P 10
6. 事業の評価について	P 13
7. 個人情報の取り扱いについて	P 15
8. 船橋市における地域ケア会議等の考え方	P 16

【別紙】

1. 自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ
2. リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ

【様式】

1. 自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書
2. リハビリ職同行訪問申込書兼報告書

1. 背景

(1) 全国的な取り組み

現在、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者が重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、各地域で、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が包括的に確保されるよう地域包括ケアシステムの構築に向けた積極的な取り組みが全国で進められているところです。

特に「介護予防」分野においては、高齢者の要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、地域で自立した生活が送れるようにすることを目的としており、これらは「高齢者本人の自己実現」や「高齢者が生きがいを持ち、自分らしい生活を送る」ことが重要としています。

また、介護予防の考え方は、機能回復訓練など的高齢者本人への直接的なアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり、高齢者本人を取り巻く環境への配慮等も含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職（以下「リハビリ職」という。）等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すこととしています。

とりわけ、中心的な役割を担うケアマネジメントにおいては、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、リハビリテーションの国際生活機能分類（以下「ICF※」という。）である「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、高齢者の生活の質の向上を目指すことが重要となります。それにより高齢者等がいつまでも地域で安心して暮らせるという地域包括ケアシステムの推進にもつながるものです。

※ICFは、International Classification of Functioning, Disability and Healthの略で、日本語では国際機能分類と呼ばれています。2001年に世界保健機関（WHO）により採択されました。

(2) 船橋市の現状と課題

船橋市の状況として、平成31年4月1日時点（住民基本台帳より）の人口約64万人、高齢者数約15.2万人、高齢化率23.9%、要支援・要介護認定者数（第1号被保険者）が約2.7万人でいずれも増加傾向となっています。

「第8次高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画」の策定にあたり平成28年11月に実施した高齢者生活実態把握調査によれば、要介護状態の予防や重度化の防止において重要な「介護予防サービス」を必要と感じる人は19.8%と、比較的少ない状況にあります。また、自身の健康状態を「あまりよくない」「よくない」と回答している人が16.8%、健康や介護予防に特に気をつけていない人が11.1%いることから、介護予防や健康の維持に対する意識づけが十分ではない状況にあります。

加えて、割合は高くはないものの、低栄養が疑われる高齢者は、世帯類型によらず一定数が存在しており、口腔機能向上や低栄養防止に関する活動が求められています。

一方、ケアマネジメントの取り組みにおいても、サービス利用が目的とみられるものが少なくない状況にあり、自立に向けたケアプランの作成や本人の状況に応じた適切なサービス提供等の確立が課題となっています。

2. 船橋市が目指すもの（ビジョン）

本市では、「すべての高齢者が、自分らしく、それぞれの生きがいを持ち、住み慣れた地域でいつまでも健やかに安心して暮らし続けられる『生き生きとしたふれあい都市・ふなばし』の実現」を目指し、『地域包括ケアシステムの構築 健やかで、安心して暮らし続けられる船橋を目指して』を高齢者保健福祉・介護ビジョンとし、地域包括ケアシステムを構築すべく、各種施策を推進しています。

第8次高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画においても、5つの基本方針により、目指す方向を明確に示しています。

<基本方針>

1. 【住まい】住み慣れた地域で、安心して暮らせる住環境の整備
2. 【予 防】介護予防の推進で“健康寿命日本一のまち”
3. 【生活支援】助け合い活動などの支援体制づくりの推進
4. 【介 護】いつでも安心して必要な介護サービスを利用できる体制の確立
5. 【医 療】医療と介護の連携による継続的・一体的なサービス提供体制の確立

また、地域包括支援センター（以下「センター」という。）は、高齢者の自立支援・介護予防を推進するため、地域における包括的・継続的ケアマネジメントが適切に機能するよう支援を実施するものと位置づけられていますが、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）への支援だけでなく、地域における適切なケアマネジメント環境を整備することや、住民やサービス提供事業者を巻き込み、通いの場などの社会資源の創出や活用の取り組みが必要です。

センターが行う自立支援・介護予防ケアマネジメント支援は、ケアマネジャー個人への支援と併せて、地域の住民やサービス提供事業者等を含めた「地域全体をターゲットとする支援」へ拡大するとともに、市民への意識改革を図るために啓発事業を展開していきます。

本市では、令和元年度より、介護予防ケアマネジメントの自立支援強化を図るため、「自立支援ケアマネジメント検討会議」及び「介護予防ケアマネジメントにおけるリハビリ職の同行訪問」の事業を連動させて実施し、自立支援・介護予防の観点を踏まえて「要支援者等の生活行為の課題の解決等により生活の改善に導き、自立を促すこと」、ひいては「高齢者の生活の質（QOL：Quality of Life）の向上」を目指します。

3. 自立支援型介護予防ケアマネジメント事業

(1) 目的

自立支援型介護予防ケアマネジメント事業は、介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて、リハビリ職等の専門職が参加及び助言を行う体制を構築し、リハビリテーションの理念を積極的に取り入れ、また利用者及びその家族と自立支援に向けた合意形成による介護予防ケアマネジメントを実施することで、利用者の生活機能の維持・向上の効果を高め、自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにつなげることを目的としています。

(2) 実施する事業

上記目的のため、リハビリ職等の専門職で構成される「自立支援ケアマネジメント検討会議」を設置します。また、ケアマネジャーが行う利用者のアセスメント等の訪問時にリハビリ職が同行訪問し助言等を行う体制を構築し、これら2つの事業を連動させて実施します。

<実施事業>

- ①自立支援ケアマネジメント検討会議
- ②介護予防ケアマネジメントにおけるリハビリ職の同行訪問

<自立支援とは>

高齢者における「自立支援」とは、高齢者一人一人が住み慣れた地域で安心・安全に、その人の能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう医療・介護関係者のみならず家族や地域の人々が支援することです。

自立した日常生活を送れている人は出来るだけ長く元気に自立した日常生活が送れるように、また要支援者など一部生活に支障をきたし介護のサービスが必要になった人は、自身の能力を最大限引き出すことで、自立した生活や可能な限り望む場所で望む生活を送るために行うあらゆる支援のことをいいます。

4. 自立支援ケアマネジメント検討会議

(1) 目的

自立支援ケアマネジメント検討会議（以下「自立支援検討会議という。」）は、リハビリ職、保健師等の専門職が参加、協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自ら望む暮らしをいつまでも続けられるよう、介護予防ケアマネジメントの自立支援強化を図るものです。具体的には、以下の①～③を目指します。

① ケアプラン対象者の自立支援・QOLの向上

利用者本人の能力を最大限に引き出し、本人の望む自立した生活上の課題に対する解決及びQOLの向上を目指す。

② ケアマネジャーのケアマネジメント力の向上

多職種からの専門的な助言を得ることで、幅広い専門的な視点を持つ能力を向上させることにより、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント力を高める。

③ 地域課題等の把握

個別ケースの検討を積み重ねることにより、地域に必要な社会資源や地域課題を把握する。

(2) 参加する専門職等

○協力機関より：理学療法士、作業療法士

：言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士（各回いずれか1人）

○庁内専門職：センターの主任ケアマネジャー、保健師、包括支援課職員

○事例提供者等：担当ケアマネジャー、センター三職種、サービス提供事業者

<協力機関専門職の要件について>

職種	要件
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ訪問リハビリテーションの実務経験を有する者
歯科衛生士、管理栄養士	資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ在宅又は施設等にて在宅療養者の生活における知識・支援技術をもつ者

※歯科衛生士は、一般社団法人千葉県歯科衛生士会より推薦

※管理栄養士は、船橋市栄養士会より推薦

<助言者（協力機関）の参加日程について>

- あらかじめ調整のうえ、参加していただく専門職の方の参加日程の一覧（年間スケジュール）を作成します。
- 年間スケジュールが確定した後に、万が一出席できなくなった場合は、基本的には事業所内で調整をお願いします。なお、調整後、代替者として参加していただく方の氏名を包括支援課まで速やかにご連絡ください。
- 事業所内で調整できない場合は、包括支援課にて他の協力機関と調整させていただきますので、速やかにご連絡ください。

(3) 開催頻度・時間等

- 水曜日の午後3時～午後5時に開催 最大月4回
- 1回の会議につき、2～4事例を検討

(4) 開催場所

- 市役所会議室（湊町2-10-25）
 - 保健福祉センター会議室（北本町1-16-55）
- ※上記のいずれかを基本とする。

(5) 事例の選定

センターが作成しているケアプランのうち、以下のものを対象とします。

- ア. 新規ケアプラン（原則、すべてのケース）
- イ. 更新ケアプラン：
 - ①ケアマネジャーから希望があったケース
 - ②認定結果において身体状況が重度化となったケース
 - ③サービス内容に変更がない又は増加したケース

※ただし、がん末期やセンターにて適当ではないと判断されるケースは除外します。

(6) 会議で使用する帳票類

ア. 必須帳票

- ① 利用者基本情報 A・B 票
- ② 基本チェックリスト
- ③ 船橋市版アセスメントシート
- ④ 介護予防サービス・支援計画書（原案）
- ⑤ 主治医意見書
- ⑥ 認定調査票

イ. 必要時に用意する帳票

- ⑦ 興味・関心チェックシート、お薬手帳、健診データ、その他
- ⑧ 個別サービス計画書

(7) 開催までの流れ ※別紙1「自立支援ケアマネジメント検討会議実施の流れ」参照

担当センター	包括支援課	助言者（協力機関）
①ケアプラン原案の抽出・選定 <u>会議前週金曜日正午までに</u> 各種帳票を本課へ提出 (指定フォルダにデータ保存またはメールで送付)	②帳票データを助言者へ送付（原則としてメール） ④資料の印刷：必要部数の印刷準備	③助言者は、検討会議利用者帳票を受領し、当日までに確認する

※助言者には、会議週月曜日正午までに資料が必着できるよう手配する。

(8) 自立支援検討会議当日の流れ

① 会議参加者

司 会：包括支援課専門職（当面の間）

書 記：ケアプラン担当外センター（輪番で対応）

助 言 者：理学療法士、作業療法士

言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士（原則として、各回いずれか1人）

主任ケアマネジャー、保健師

事例提出者：ケアプラン担当センターケアマネジャー、サービス提供事業者

提出者補佐：ケアプラン担当センター三職種

事 務：包括支援課職員

そ の 他：包括支援課で許可した傍聴者（見学者）

② 使用帳票：「4. 自立支援ケアマネジメント検討会議（6）」で記載した帳票

③ 開催時間：午後3時～午後5時

④ 開催場所：本庁舎会議室または保健福祉センター

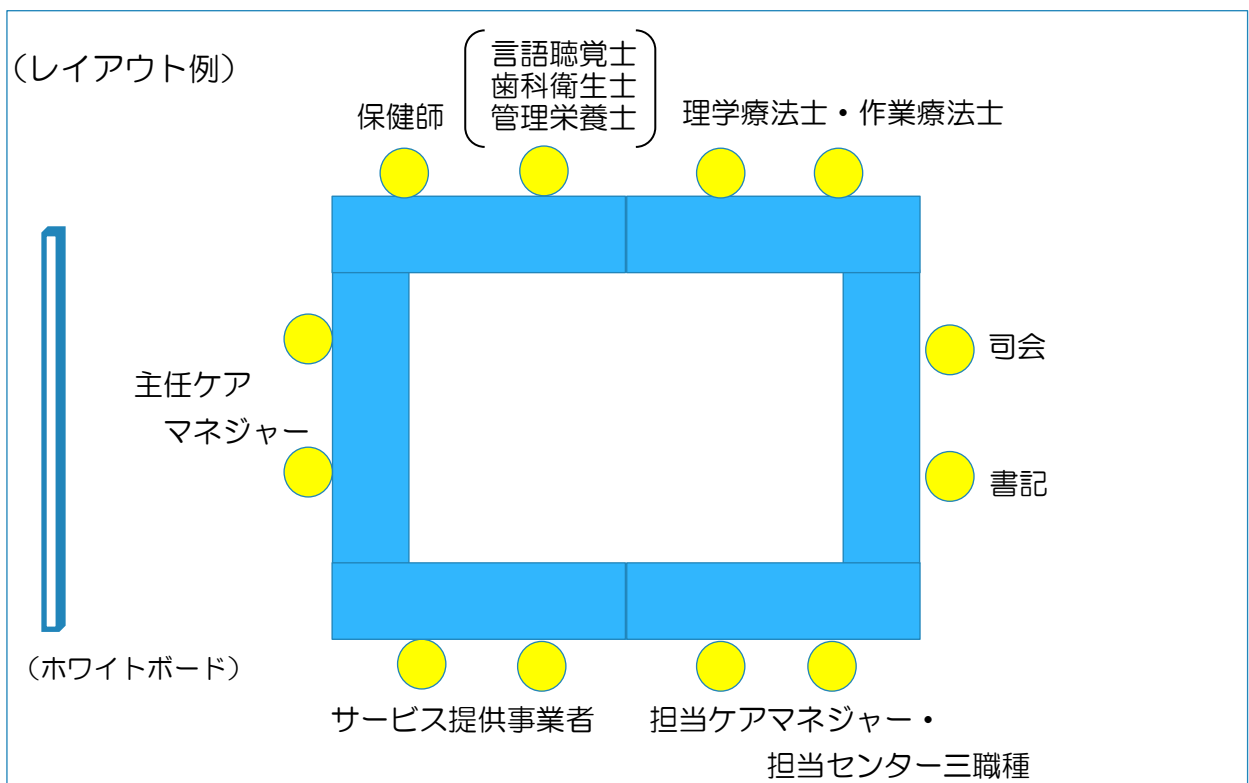
⑤ 進行スケジュール（例）

	開場、会場設営
午後2時30分～午後3時	外部助言者、担当ケアマネジャー等受付
午後3時～午後5時	自立支援検討会議
午後5時～午後5時15分	後片付け・振り返り

⑥ 役割分担

役割	担当	内容
司 会	包括支援課	議事の進行を行う。 司会者及び保険者として発言する。 議事のタイムスケジュール、内容等を調整する。
書 記	センター職員	議事の内容を記録する。所定の書式を用いる。
助言者	リハビリ職 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士	利用者の日常生活の自立促進の観点から助言する。 日常生活の困りごとに対して、理学療法、作業療法、言語聴覚療法のそれぞれの立場から心身機能、生活機能、環境要因等、生活障がいの起因する要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	歯科衛生士	利用者の日常生活の自立促進の観点から助言する。 日常生活の困りごとに対して、摂食・嚥下機能や歯科口腔機能による生活障がいの起因する要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。
	管理栄養士	利用者の日常生活の自立促進の観点から助言する。 日常生活の困りごとに対して、食生活や栄養管理面による生活障がいの起因する要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に資する助言を行う。

	保健師	利用者の日常生活の自立促進の観点から助言する。 日常生活の困りごとに対して、健康面、衛生面、全身状態、疾病、服薬等による看護医学的視点から生活障がい の起因する要因を確認し、予後予測を含め、自立支援に 資する助言を行う。
	主任ケアマネジ ャー	利用者の日常生活の自立促進の観点から助言する。 ケアプランに対して、各専門職の助言に基づき、生活障 がいの起因する要因を確認し、予後予測を含め、自立支 援に資する助言を行う。
事例提出者	担当ケアマネジ ャー	事例を提供し、利用者の状況及びケアプランについて説 明する。利用者の課題、助言を受けたいポイントを簡潔 に整理し説明する。
	サービス提供事 業者	事例を提供し、利用者の状況及び支援計画について説明 する。
事例提出者 補佐	主任ケアマネジ ャー・保健師・社 会福祉士	担当ケアマネジャーの事例発表に際して、必要に応じて 補足等補佐を行う。また、ケアマネジャーに対して会議 後の助言、確認等を行う。
事 務	包括支援課職 員・書記担当セン ター職員	会場設営、受付、必要機器（PC、録音機器、マイク等） の準備、資料準備、タイムキーパー、その他会議の運営 に必要な事務を行う。



⑦ 進行

1 ケースあたりの討議時間は、30分以内を目安とします。

◆進行例（30分の場合）

- ・（2分） 司会による検討会議の趣意説明
- ・（2分） 自己紹介 ※省略可
- ・（3分） 事例説明（担当ケアマネジャーからのケース説明）
- ・（10分） 質疑応答 ※助言者各2分程度
- ・（10分） 助言 ※助言者各2分程度
- ・（2分） まとめ
- ・（1分） 閉会あいさつ

（9）参加者の心構え、助言時の留意点

自立支援検討会議は、地域の多様な専門職が協働し、ケアマネジャーへの支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自ら望む暮らしをいつまでも続けられるよう、利用者本人の能力を最大限に引き出し、地域資源を活用しながら自立支援及び生活の質（QOL）の向上につなげることを目的とした会議です。

そのため、会議の参加者は会議の参加にあたって以下のことに配慮してください。

- ①事例提供者及び助言者等参加者は、どのような職種、立場であっても上下関係はありません。自立支援型介護予防ケアマネジメントを推進する目的で、協働の精神で参加してください。
- ②事例提供者（ケアマネジャー、サービス提供事業者）は、利用者の情報を簡潔に整理し発言できるよう準備を行ってください。（P9＜検討会議におけるケアマネジャーのケース説明時のポイント（参考）＞参照）
- ③助言者は、事前情報を受け取ったあと、不明点や質問ポイント、助言ポイント等を整理し、会議に参加してください。
- ④助言者は、事例及びケアプラン等に対して、問題点や課題を指摘するのではなく、その利用者の生活障がいの原因や今後の自立支援に資するポイントをケアマネジャー等とともに一緒に考え、助言する立場で発言してください。
- ⑤助言者は、利用者の実際の生活状況を加味した上で、実践につながる現実的かつ具体的な助言を行ってください。

(10) リハビリ職の同行訪問を活用する場合

自立支援検討会議において、以下の場合にはリハビリ職の同行訪問を実施する。

- ①ケアマネジャーが希望した場合
- ②助言者よりリハビリ職の同行訪問による評価及び助言が適切との意見に基づき、ケアマネジャーが了承した場合

*上記①②により、リハビリ職の同行訪問を行う場合、ケアマネジャーは「リハビリ職同行訪問申込書兼報告書（様式2）」を、同行訪問を依頼するリハビリ職に提出してください。

*なお、同行訪問を実施するのは、自立支援検討会議に出席したりハビリ職を想定していますが、それが難しい場合には、「5. リハビリ職による同行訪問（5）」に記載のとおりの流れに乗ります。

(11) 自立支援会議で検討したケースの報告について

自立支援検討会議にて助言を受けたケースについては、ケアプランの評価月に評価を実施した後、①自立支援ケアマネジメント検討会議記録シート兼評価実施報告書（様式1）を作成した上で、②基本チェックリスト、③船橋市版アセスメントシート、④介護予防サービス・支援計画書（原案）、⑤興味・関心チェックシート、お薬手帳、健診データ、⑥個別サービス計画書等を添付し、原則翌月の自立支援会議へ報告をしてください。

※評価訪問前に自立支援検討会議にかける場合、検討会議準備時の流れと同様に帳票を提出してください。

(12) 自立支援検討会議後の対応について

担当センターの主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士は、自立支援検討会議にて助言を受けた内容について、担当ケアマネジャーがその後の介護予防ケアマネジメントを実施していくうえで、漏れ等が生じないように適宜確認するとともに、悩みや困りごとに対して随時相談に応じ、自立支援に向けたケアプランの実施が図られるようにフォローしてください。

＜検討会議におけるケアマネジャーのケース説明時のポイント（参考）＞
検討会議にてケースの説明をする際に、以下のポイントを簡潔にまとめて順番に説明してください。（3分程度）

- ① 属性、基本情報
（氏名、年齢、性別、病歴・現疾患（既往歴）、要介護度もしくは事業対象者の有無、家族構成（キーパーソン含め）、住環境、他）
- ② ケースの主訴
- ③ 生活状況、現在の状態に至った（個人・環境）因子
- ④ 生活等の課題
- ⑤ ケアプランのポイント等
- ⑥ 助言を受けたいポイント（気になること・困っていること）等



5. リハビリ職による同行訪問

(1) 目的

介護予防ケアマネジメントのプロセスにおいて、リハビリテーションの理念を積極的に取り入れることで、利用者の生活機能の維持・向上の効果を高め、自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにつなげるため、リハビリ職が直接ケアマネジャーに同行し利用者宅へ訪問し、利用者の心身機能や生活機能、環境等を評価しケアマネジャーに助言する体制を構築します。

また、リハビリ職が介護予防ケアマネジメントに関与することを通じ、ケアマネジャーの介護予防ケアマネジメント力の向上並びにサービス提供事業者の資質向上を図るとともに、センターの機能強化を図ります。

(2) リハビリ職の職種

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

*「リハビリ職」は、資格取得後5年以上の経験を有する者であり、かつ訪問リハビリテーションの実務経験を有する者とする。

(3) リハビリ職同行訪問の対象

同行訪問の対象となる場合は以下のとおり

- A. ケアマネジャーがアセスメント時などに同行訪問を希望した場合
- B. 自立支援ケアマネジメント検討会議にて同行訪問につながった場合

※対象とする利用者は特に条件は設けませんが、当事業に適する利用者とする。

※リハビリ職の同行訪問を行う場合は、利用者本人の同意をとる。

(4) 使用する帳票類

ア. 必須帳票

- ① 利用者基本情報 A・B 票
- ② 基本チェックリスト
- ③ 船橋市版アセスメントシート
- ④ 主治医意見書

イ. 必要時に用意する帳票

- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書
- ⑥ お薬手帳等

(5) リハビリ職同行訪問の流れ

※別紙2「リハビリテーション専門職同行訪問実施の流れ」参照

同行訪問のフェイズは以下のとおりです。

①アセスメント訪問時	(70分)
②サービス担当者会議時	(60分)
③評価訪問時	(60分)

※上記の3回の同行訪問のフェイズがありますが、必要に応じて訪問の場面は調整可能です。

<担当ケアマネジャーの流れ>

I. 日程調整

- ① 同行訪問を依頼する場合は、「リハビリ職同行訪問申込書兼報告書（様式2）」（以下「報告書（様式2）」という。）の申し込み欄（地域包括支援センター記載欄）に同行訪問希望日（第1～3希望）、対象者基本情報、相談依頼内容等、全ての項目を記載し、原則として同行訪問希望日の1週間前までに包括支援課へ提出します。（指定フォルダにデータ保存またはメールで送付。フォルダにデータ保存後、包括支援課へ電話連絡してください。）
- ② 包括支援課は、ケアマネジャーの希望日時を踏まえて、同行訪問協力機関へ電話等で連絡し、日程調整を行います。日程調整完了後、ケアマネジャーへ連絡し、決定した同行訪問依頼先と日時を伝えます。

II. 同行訪問依頼先への申込書及び帳票の送付

- ③ ケアマネジャーは、担当のリハビリ職へ電話等にて連絡した上で、報告書（様式2）の訪問希望日時欄について、決定した日時に○を付し、同行訪問日の2営業日前（土日祝日除く）までに同行訪問依頼先へ送付します。また、帳票類を併せて送付します。

※報告書（様式2）は、パスワードを設定し送付してください（パスワードは別途提示します）。

※帳票は個人を特定できない状態にし、PDF化してメールにて送付してください。

III. 同行訪問

- ④ 日程調整した日時でリハビリ職と同行訪問し、リハビリ職からの助言を受けます。

IV. 報告書（様式2）の受領及びケアマネジャー記載欄への記載

- ⑤ 同行訪問実施後、担当ケアマネジャーは、リハビリ職より「報告書（様式2）」の提出を受けます。また、リハビリ職の助言内容から当該介護予防ケアマネジメントに与えた影響等について、同報告書へ追記し、3営業日以内に包括支援課及びリハビリ職へ提出します。（指定フォルダにデータ保存またはメールで送付）

<リハビリ職の流れ>

I. 日程調整

- ① 包括支援課より、日程調整の連絡を受けた際には、調整のうえ同行訪問の可否を回答してください。

II. 申込書及び帳票の受領

- ② 「報告書（様式2）」及び必要帳票を担当ケアマネジャーより受け取ってください（同行訪問日の2営業日前までに送付されます）。

III. 同行訪問

- ③ 日程調整した日時でケアマネジャーに同行訪問し、ケアマネジャーの依頼内容を踏まえ、リハビリテーションの視点から助言を行ってください（下記（6）リハビリ職同行訪問時の留意事項参照）

IV. 報告書の提出

- ④ 同行訪問実施後、3営業日（土日祝日除く）以内に「報告書（様式2）」に必要事項を記載し、担当ケアマネジャーへ送付してください。

※原則としてメールにて送付してください。

V. その他（お願い）

モニタリング時にケアマネジャーより質問や相談があった際には対応をお願いします。

(6) リハビリ職同行訪問時の留意事項

リハビリ職は、利用者のアセスメントを行った際に、生活障がいの要因を明らかにし、利用者の意向及び予後予測に合わせて解決策の方向性を助言してください。

その際に、今後の具体的なサービスプランを提示するのではなく、ケアマネジャーが利用者にとって適切なケアプラン作成が出来るような内容で助言を行ってください。

6. 事業の評価について

自立支援型介護予防ケアマネジメント事業について、評価、検証の方法を以下のとおり提示します。

(1) 評価事項について

評価事項は以下のとおりです。

- ① 当該事業の関わりによる利用者の心身機能、生活機能等の変化・影響の評価
- ② リハビリ職等専門職の関与によるケアマネジャー及び介護予防ケアマネジメントに対する影響の評価
- ③ リハビリ職等専門職の関与によるサービス事業者等に対する影響の評価
- ④ ケアマネジャーから見た事業の有効性の評価
- ⑤ 自立支援ケアマネジメント検討会議、リハビリ職の同行訪問の運営形態の評価
- ⑥ 介護予防効果についての評価

(2) 各評価の目的について

評価事項	目的
① 当該事業の関わりによる利用者の心身機能、生活機能等の変化・影響の評価	自立支援検討会議の前後及び評価時、またはリハビリ職の同行訪問のアセスメント時と評価時の利用者の変化・影響を把握し、評価します。
② リハビリ職等専門職の関与によるケアマネジャー及び介護予防ケアマネジメントに対する影響の評価	自立支援検討会議の前後及び評価時、またはリハビリ職の同行訪問のアセスメント時と評価時のケアプラン変化を把握し、ケアマネジャーに対する専門職の関与による影響を評価します。
③ リハビリ職等専門職の関与によるサービス事業者等に対する影響の評価	自立支援検討会議の前後及び評価時、またはリハビリ職の同行訪問のアセスメント時と評価時の個別支援計画（サービス計画書等）の変化を把握し、サービス提供事業者に対する専門職の関与による影響を評価します。
④ ケアマネジャーから見た事業の有効性の評価	自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問について、ケアマネジャーから有効性や影響を評価します。
⑤ 自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問の運営形態等の評価	自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問の運営において、効率性、効果性について評価します。
⑥ 介護予防効果についての評価	自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問の介護予防効果について、ケアプランの変化及びその後の介護認定調査の結果等にて評価します。

(3) 評価で使用する帳票について

評価内容	帳票名	評価の視点	評価の目的
基本情報(属性)	①利用者基本情報 A	利用者の家族構成、心身・生活状況、医療・介護情報等を評価する。	利用者の基本情報(属性)を把握する。
	②利用者基本情報 B		
	③主治医意見書		
アウトカム評価	④基本チェックリスト (アセスメント時、評価時)	利用者の事業前後の状況を比較し、項目の差で効果の有無や影響を評価する。	利用者の生活機能等の変化を把握する。
	⑤事業評価統計集計表(船橋市版アセスメントシートより)		
	⑥アンケート ケアマネジャー(個別・全体)、サービス提供事業者、リハビリ職	ケアマネジャー、サービス提供事業者に対して、事業参加前後の違いをアンケートで評価する。リハビリ職は事後のアンケートで評価する。	左記の対象者に前後の状況を比較し、項目の差で効果の有無や影響を把握する。
プロセス評価	⑦リハビリ職同行訪問申込書兼報告書(様式2)	リハビリ職の助言内容とケアプランへの影響の関連性を評価する。	助言の内容及び影響の関連性を把握する。

(4) 事業運営評価及び介護予防効果の評価について

① 事業運営評価について

自立支援型介護予防ケアマネジメント推進会議にて自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問の進捗状況について振返りを行い検証します。

毎回の検討会議後に行う反省会の内容を評価する。

また、同行訪問に携わったケアマネジャー、リハビリ職に聞き取り又はアンケート調査等を行い評価する。

この評価は、今年度末(2月～3月)に実施する。

② 介護予防効果の評価について

要支援認定期間の更新状況を把握し、対象者の要支援認定率あるいは要介護認定率の推移を比較します。

また、ケアプラン更新時の更新状況(プラン変更の有無、卒業等)の把握により検証します。

この要支援認定率の推移等は介護保険情報より評価する(3年以上)。

ケアプラン更新時の更新状況は今年度末(2月～3月)に実施する。

7. 個人情報の取り扱いについて

自立支援検討会議及びリハビリ職の同行訪問において、個人情報を取扱います。

船橋市では、個人情報保護条例により個人情報の取り扱いを規定しています。

当会議においても、ケース帳票等の取扱いについては以下の点に十分にご注意くださいますようお願いいたします。

◆ケース帳票の使用にあたっては、氏名、住所、電話番号等個人が特定される箇所については塗りつぶす等の処理を行ってください。

◆当該事業で知り得た情報については、その目的外に使用しないこと、及び外部に漏えいすることのないよう十分にご配慮ください。

◆関係者においては、法律上の守秘義務が課されていることをご承知おきください。

◆自立支援検討会議の会場で使用した利用者の帳票は、個人情報保護の観点から持ち帰りは禁止とします。

◆不明な点があった場合には、包括支援課までご相談ください。

8. 船橋市における地域ケア会議等の考え方

各地区地域ケア会議

- ＜目的＞
 - ・各地域における支援が必要な高齢者の個別課題の解決
 - ・各地域の社会基盤の整備（地域づくり）
- ＜会議構成＞
 - ・地域ケア会議
 - ・個別ケア会議
- ＜メンバー＞
 - ・地域関係者（自治・町会長、民生委員、地区社協等）
 - ・専門職（医療関係者、介護関係者等）
- ＜期待される効果＞
 - ・情報共有と役割分担 →ネットワーク構築
 - ・地域課題の解決 →地域づくり



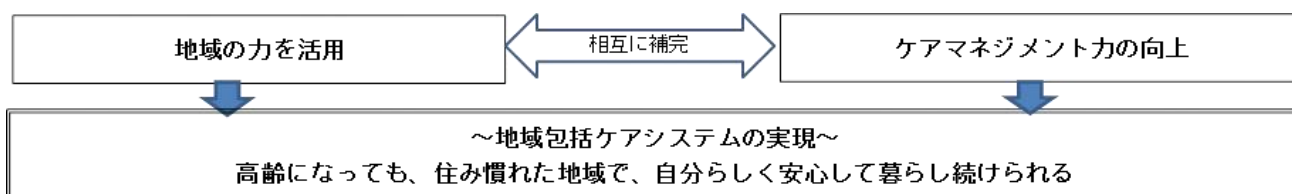
自立支援ケアマネジメント検討会議

- ＜目的＞
 - ・自立支援型介護予防ケアマネジメントの確立
 - ・利用者本人・家族、地域住民の自立意識の普及
- ＜関連事業＞
 - ・リハビリテーション専門職の同行訪問
- ＜メンバー＞
 - ・専門職：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、主任ケアマネジャー等
 - ・包括支援課職員、地域包括支援センター職員
- ＜期待される効果＞
 - ・介護予防ケアマネジメントの自立支援強化

いずれも①多職種が連携し、②自立支援に向けた検討を行う会議として位置づけ！

ただし、自立支援ケアマネジメント検討会議は自立支援型介護予防ケアマネジメント事業の一環として行われ、介護予防ケアプランを各専門職により評価しケアマネジャーに助言を行う事業である。また、当事業はリハビリ職の同行訪問の事業と連動させて行うものである。

一方、既存の各地区地域ケア会議は地区のネットワークの構築及び地域課題解決のための場として機能するものである。



船橋市健康・高齢部 包括支援課 地域包括支援係

〒273-8501 船橋市湊町2-10-25

TEL : 047-436-2882 / FAX : 047-436-2885