

1 介護予防ケアマネジメントとは

総合事業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、要支援認定者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じて、利用者本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか、一般介護予防事業や市の独自施策等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ものです。

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、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。

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も、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。

介護予防ケアマネジメントのあり方

目標指向型のケアマネジメントを意識

- 生活機能の低下が生じている原因や背景を分析します。
- 興味や関心のあることを中心に目標設定することが大切です。「～したい」「～になりたい」という意欲を高めて、自立に向かっていけるように動機づけを行ないましょう。
- 目標達成のための具体的な支援内容を盛り込みます。
- 利用者が持つ強み（ストレングス）に着目し、できていたこと、できそうなこと、頑張っていることを把握し、QOLの向上への「自己決定」をサポートします。
- 心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の

場に結び付けていきます。

利用者のための目標設定のポイント

- 利用者自身がその生活課題に気づき、状況が改善されたときのイメージをもつことが必要です。利用者が主体的になれるよう支援します。
- 非現実的な目標ではなく、実現可能で具体的な目標設定を行ない、利用者が実際に行動に移せるよう支援します。一定期間取り組んだ後、目標が達成されたかどうかを具体的にモニタリング・評価できる目標にしましょう。

循環するしくみ

- 利用者と支援者が、「目標が達成したらどうなるのか」を具体的にイメージしておくことが重要です。ケアプラン作成時に、目標を達成したら、相当サービスから住民主体型サービスや地域の様々な活動の場など、より自立度の高い次のステップに移行していくことを確認しておきましょう。
- 同じサービスを継続していくのではなく、状態や自立度に応じてサービスを選択し、循環するしくみにしていきましょう。
- 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合、その開発を検討するために、地域ケア会議の場や生活支援コーディネーターとの関わり等を通じて、情報提供を行ないましょう。

初期サインを見逃さず重症化予防

- 要支援認定者及び事業対象者が主に抱えている課題はIADLの低下ですが、その原因には自分では気づきにくいものです。生活不活発病に陥る初期サインを見逃さずに、早期に予防に取り組むことが重症化の予防になります。
- 生活不活発病の症状は、人に任せれば機能低下の一途をたどります。利用者自身が「自分でやる」ことの意味を考え、主体的な取り組みをすることが重要です。
- ADLの改善により「できるようになったこと」を増やした後、その機能を維持するために日常生活の中で「自分でできること」に取り組んでいく必要があります。（セルフケア）
- セルフケアの継続に向けた一般介護予防事業の紹介や地域の様々な活動の場の情報提供、アドバイスを行なうことが不可欠です。

3 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は、要支援認定者及び事業対象者に対して、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て行うものです。

清瀬市の介護予防ケアマネジメントの類型は以下のとおりです。

- ① 介護予防サービス計画（現行プラン）
- ② 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）
- ③ 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）
- ④ ケアマネジメントC「私のはつらつプラン」（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

①～③については、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託可能とします。※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要です。

留意事項

- (1) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
- (2) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。総合事業のサービス利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
- (3) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

介護予防ケアマネジメントの類型と報酬				
	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)
サービス内容	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	・相当サービスのみ	・訪問型A、通所型Aのみ	・訪問型B、通所型Bのみ
	・介護予防サービスに相当サービス、訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、生活支援サービス、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合	・相当サービスに訪問型(A・B・C)、通所型(A・B・C)、生活支援サービス、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に訪問型(B・C)、通所型(B・C)、生活支援サービス、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合	・訪問型C、通所型Cのみ ・訪問型(B・C)、通所型(B・C)に生活支援サービス、一般介護予防事業を組みあわせて使う場合
計画作成の流れ	アセスメント 担当者会議 モニタリング (毎月・3ヶ月に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ヶ月に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可 モニタリングは3ヶ月に1回、その間は必要に応じて実施する 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)
作成者	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のみ
単位数	基本報酬 430単位 初回加算 300単位	基本報酬 430単位 初回加算 300単位	基本報酬 400単位 初回加算 300単位	基本報酬 200単位
	介護予防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	介護予防小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算 300単位	初回加算なし
		移行加算 300単位		
		介護予防サービス計画からケアマネジメントAまたはBに移行した場合、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。算定した日より1年間は、同一条件での再算定はできない。)		

4 実施の手順（共通事項）

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者または事業対象者として市に登録される必要があります。

（1） 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

利用者の意向確認、総合事業や予防(介護)給付、要介護認定等の説明を行ないまず総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果、または基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当するかどうかを確認します。

（2） 介護予防ケアマネジメント利用の手続

地域包括支援センターが運営規定等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

ア アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。利用者の身体状況や生活機能、住宅環境、同居家族間の関係性、生活で困っていること等を把握し、利用者の望む生活と現状とのギャップについて「なぜできていないのか」の要因分析を行い、生活機能を向上させるための課題を明らかにします。

利用者・家族の意向を聴き取り、「やりたい・なりたいシート」を用いて、興味や関心のある事柄を確認します。

利用者の生活機能低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出します。

イ ケアプラン原案作成

利用者の状況に応じたサービスの選択を支援し、利用するサービス種別に応じて、介護予防ケアマネジメントの類型を決めます。

様式については、介護予防ケアマネジメントA及びBは、介護予防サービス計画(予防給付)で用いている様式を活用し、加えてアセスメントツールとして「やりたい・なりたいシート」を使用します。介護予防ケアマネジメントCについては、市独自の様式を用います。

3～6ヶ月を目途とした「目標設定」と目標達成に向けての具体的な方法・手段を考慮

し、計画を作成します。「本人の取り組み」を必ず記載します。

単に総合事業のサービスのみに限定せず、広く社会資源の情報収集を行って、家族や近隣住民の支援、一般介護予防事業、民間サービスなども積極的に位置づけます。事業対象者については、要支援1の区分支給限度額を超えないものとしします。

ウ サービス担当者会議

利用者・家族、プラン作成担当者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービス提供者等が、利用者の課題・目標・支援方針・計画などを協議する場です。互いの役割を理解しあう場でもあります。

エ ケアプランの本人同意と交付

利用者の同意を得て、指定サービス事業者にも交付します。

※住民主体型サービス・インフォーマルサービス事業者への交付は原則行わないものとしします。

オ サービスの利用

指定サービス事業者は、事前アセスメントを行い、個別サービス計画を作成します。サービスの効果や利用者の状況などを継続的に確認しながら実施し、その結果についてプラン作成担当者に報告します。

カ モニタリング・評価

利用者本人の取り組みも含め、計画の実施状況を把握し、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないか等について確認します。モニタリングは、3ヶ月に1度は訪問（面談）により実施します。

評価は、6ヶ月を目途（計画期間が6ヶ月に満たない場合は期間満了時）に実施し、目標の達成度を確認し、必要に応じてケアプランの見直しを行ないます。

5 具体的な介護予防ケアマネジメントの実施方法

(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）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、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。

計画期間は原則6ヶ月間とし、ケアプランの更新（見直し）時に以下の全ての条件を満たす場合には、最長1年間での計画作成を可とします。

- ア 前回と介護度の変更がないこと
 - イ 要支援認定を受けている場合は、主治医意見書で病状としての安定性が「安定」になっていること
 - ウ サービス内容に変更がないこと
 - エ サービス担当者会議において、その必要性が認められていること
- ※但し、要支援認定から事業対象者へ移行した場合は、アの要件は不要。

モニタリングについては毎月行い、3ヶ月に1回は訪問します。
評価は6ヶ月ごとに実施します。（1年で計画した場合でも、評価は6ヶ月ごとに実施します。）

(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）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、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。
ケアプランの更新時にサービスの変更がない場合は、担当者会議を省略することができます。

計画期間は原則6ヶ月間とし、ケアプランの更新（見直し）時に以下の全ての条件を満たす場合には、最長1年間での計画作成を可とします。

- ア 前回と介護度の変更がないこと
 - イ 要支援認定を受けている場合は、主治医意見書で病状としての安定性が「安定」になっていること
 - ウ サービス内容に変更がないこと
 - エ サービス担当者会議において、その必要性が認められていること
- ※但し、要支援認定から事業対象者へ移行した場合は、アの要件は不要。

モニタリングは3ヶ月に1回訪問して行い、その間は必要に応じて実施します。
評価は6ヶ月ごとに実施します。（1年で計画した場合でも、評価は6ヶ月ごとに実施します。）

(3) ケアマネジメントC「私のはつらつプラン」（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターが作成する初回のみケアプランです。

アセスメントによって課題整理を行い、セルフプラン「私のはつらつプラン」を利用者と共に作成します。担当者会議はしません。

モニタリングは行なわず、目標と取り組みへの評価は、2ヶ月ごとに利用者自身が行ない、ケアプランに記入します。利用者及びサービス提供者から状況変化や状態悪化などの報告を受けた場合は、必要に応じてケアプランの見直し等を行ないます。

期間満了時に、利用者の状況確認を行い、一般介護予防事業や地域の活動の場に繋ぐなど、地域での自立した生活が維持できるよう支援します。サービスの継続となる場合は、ケアプランを再作成します。

6 請求までの流れ

項目	内容
申請	要支援認定（更新）申請（認定調査・審査会）、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提出	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（変更）届出書の提出 ⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施 （アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等）
利用	ケアプラン交付・サービス利用
請求	給付管理票・請求書の提出（委託元地域包括支援センターへ） 地域包括支援センター ○介護予防支援費を国保連に請求→国保連より支払 ○介護予防ケアマネジメント費を市に請求→市より支払(※)

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は市から地域包括支援センターへ費用が支払われますが、国保連を経由した支払いとなります。委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。