



介護予防ケアマネジメントの 概要

平成29年2月21日
久留米市健康福祉部介護保険課
新総合事業準備チーム

介護予防ケアマネジメントの概要

【事業内容】

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町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、対象者の心身の状況や置かれている環境その他の状況に応じた**適切なサービス**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もの。

【対象者】

介護予防ケアマネジメントによる支援を必要としている要支援者又は事業対象者。

ただし、介護予防サービスの利用が必要な場合は、介護予防ケアマネジメントではなく、介護予防支援で支援していく。（詳細は、4ページ～7ページ）

【ケアマネジメント実施者】

- 利用者が居住する地域の地域包括支援センター
- 地域包括支援センターから委託された指定居宅介護支援事業所

介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスや考え方については、原則として介護予防支援として行うケアマネジメントと同様であるが、利用者の心身状態や、基本チェックリストの結果、利用者本人が希望するサービス等を踏まえて、次の3つの類型で実施される。

【介護予防ケアマネジメントA】

従来の介護予防支援と同様に、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する。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

【介護予防ケアマネジメントB】

利用者の状態が安定しており、ケアプランの大きな変更がない場合の類型であり、アセスメントからケアプラン原案作成までは介護予防ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、少なくとも6か月に1回のモニタリング、評価及びケアプランの変更等を行う**簡略化したケアマネジメント**である。

【介護予防ケアマネジメントC】

簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを初回のみ実施し、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後、1年以内を目途に簡易な評価を実施する。

介護予防ケアマネジメントのプロセス（簡略版）

プロセス	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC	備考
対象者の把握、 対象者情報の収集	○	◆	○	基本チェックリストや認定の結果を市より情報提供 主治医意見書等の情報開示を請求
アセスメント	○	◆	○	アセスメントツールを利用して実施
ケアプラン原案作成	○	◆	—	
サービス担当者会議	○	△	—	ケアマネジメントBの場合は、必要に応じて実施
利用者への説明・同意	○	◆	○	
ケアプラン確定・交付	○	◆	○ (ケアマネジメント結果)	ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメントの結果 を交付
サービス利用開始	○	○	○	
モニタリング(電話)	毎月	毎月	—	
モニタリング(訪問)	3か月に1回	6か月に1回	—	ケアマネジメントAの場合は少なくとも3か月に1回及 びサービスの評価期間の終了月
判断モニタリング	6か月に1回	—	—	定期的にケアマネジメントBへの移行を判断
評価	計画期間の終了月	計画期間の終了月	1年以内に1回のみ 実施	
ケアマネジメント費	毎月	毎月	1月目のみ	
指定居宅介護支援事 業所への委託	あり	あり	なし	ケアマネジメントCは当面の間、地域包括支援セン ターで直接実施

◆は、判断モニタリングにより、介護予防ケアマネジメントAから介護予防ケアマネジメントBに移行した初回は省略することができる。

利用サービスと介護予防ケアマネジメント

区分	サービス名	サービス内容	ケアマネジメントの類型	居宅介護事業所への委託	
訪問	現行相当	身体ヘルプ	現行の介護予防訪問介護 (身体介護 + 生活援助)	ケアマネジメントA	あり
	サービスA	元気ヘルプ	・自立支援を目的とした身体介護 ・生活援助	ケアマネジメントA ⇒ ケアマネジメントB	あり
	サービスA	生活ヘルプ	生活援助	ケアマネジメントA ⇒ ケアマネジメントB	あり
	サービスB	—	【当面の間実施しない】	—	—
	サービスC	元気向上訪問相談サービス	保健職等による訪問相談サービス	ケアマネジメントA	あり
		生活機能訪問相談サービス ※平成29年6月頃より	リハビリテーション専門職による短期集中型訪問サービス	ケアマネジメントA	あり
通所	現行相当	予防デイ	現行の介護予防通所介護 (身体介護 + 機能訓練 等)	ケアマネジメントA	あり
	サービスA	元気デイ	・身体機能訓練 ・生活機能訓練	ケアマネジメントA ⇒ ケアマネジメントB	あり
	サービスB	ちよこっとデイ ※平成29年6月頃より	地域住民による通所サービス	ケアマネジメントC	なし ※当面の間
	サービスC (A)	集中デイ ※平成29年6月頃より	リハビリテーション専門職による短期集中型通所サービス	ケアマネジメントA	あり
その他	生活支援	配食や見守り	【当面の間実施しない】	—	—

ケアマネジメントの優先性②

【利用するサービスとケアマネジメントの例】

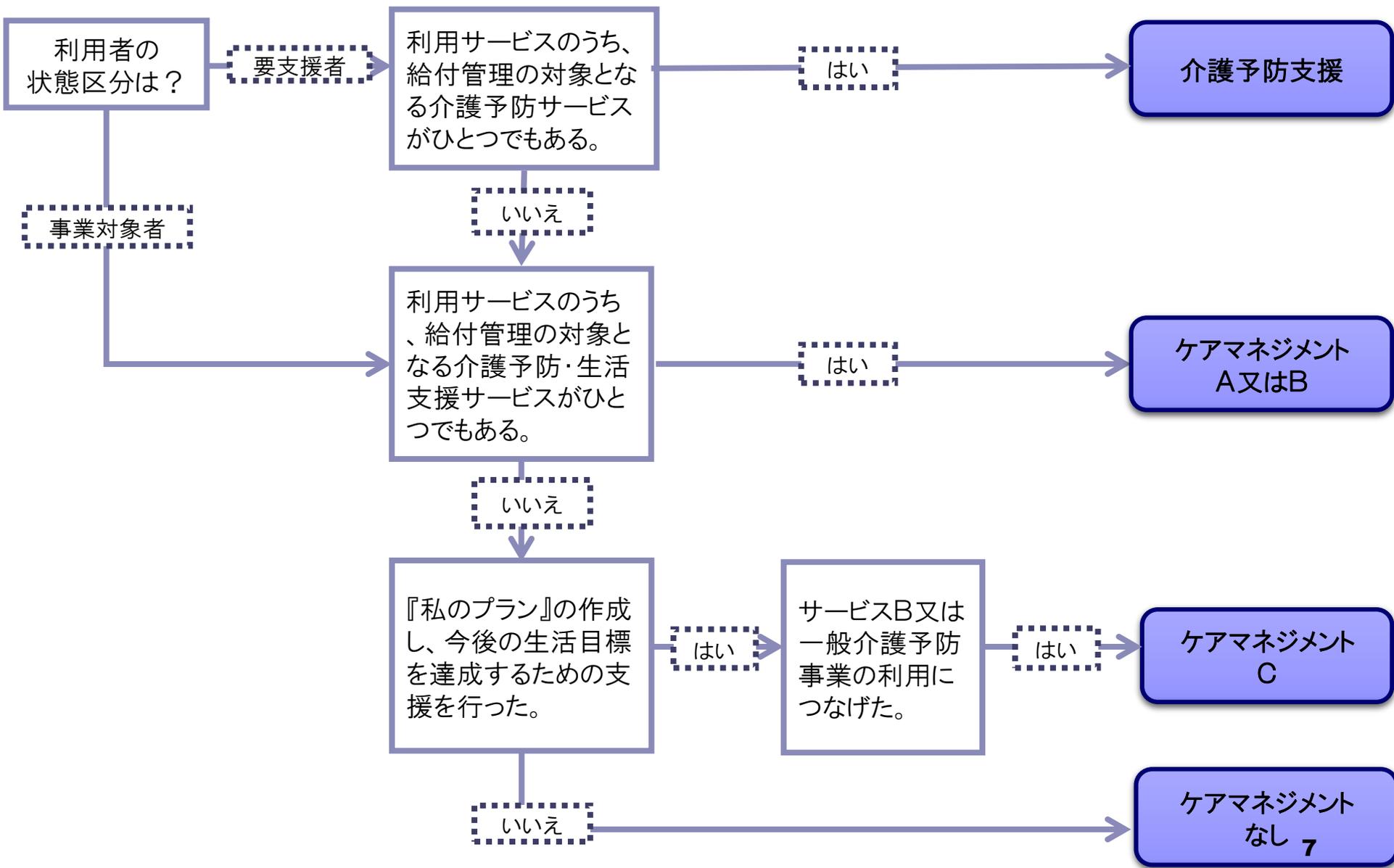
No.	利用するサービス	ケアマネジメントの種類	対象者
①	介護予防福祉用具貸与 + 介護予防通所リハビリテーション	介護予防支援	要支援者のみ
②	介護予防福祉用具貸与 + 住宅改修 + 訪問型サービス	介護予防支援	
③	介護予防福祉用具貸与 + 訪問型サービス	介護予防支援	
④	住宅改修 + 通所型サービス	介護予防ケアマネジメント	要支援者 事業対象者
⑤	訪問型サービス + 通所型サービス	介護予防ケアマネジメント	

判断のポイント

- 給付管理対象となる介護予防サービスの利用があるか？
- 介護予防・生活支援サービスのみの利用か？

- ①～③… **給付管理対象である介護予防サービスの利用**があるため、介護予防支援で関わる。
- ④… 住宅改修は、**給付管理外の介護予防サービス**であり、他に給付管理対象の介護予防サービスの利用はないため、介護予防ケアマネジメントで関わる。
- ⑤… **介護予防・生活支援サービスのみの利用**であるため、介護予防ケアマネジメントで関わる。

ケアマネジメントの種類フローチャート



ケアマネジメント移行の判断①

サービスAを利用する場合は、利用者の状態により、介護予防ケアマネジメントAから介護予防ケアマネジメントBへの移行を定期的に判断する必要がある。

最初の半年

サービスAについてはすべてケアマネジメントAで関わる

半年後(2回目のモニタリング(中間評価)時)

2回目のモニタリング(中間評価)の結果をもとに、介護予防ケアマネジメントBへ移行するか、介護予防ケアマネジメントAを継続するかを地域包括支援センターと協議し、判断する。(判断モニタリング)

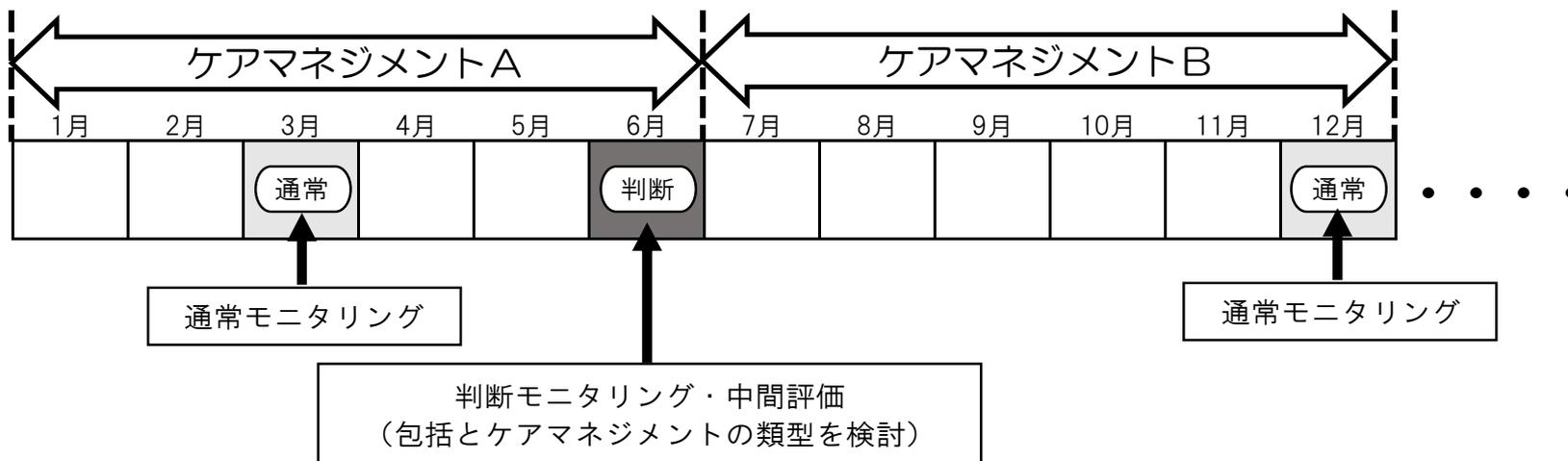
判断のポイント

介護予防ケアマネジメントBでの関わりで大丈夫と思われるかどうか？

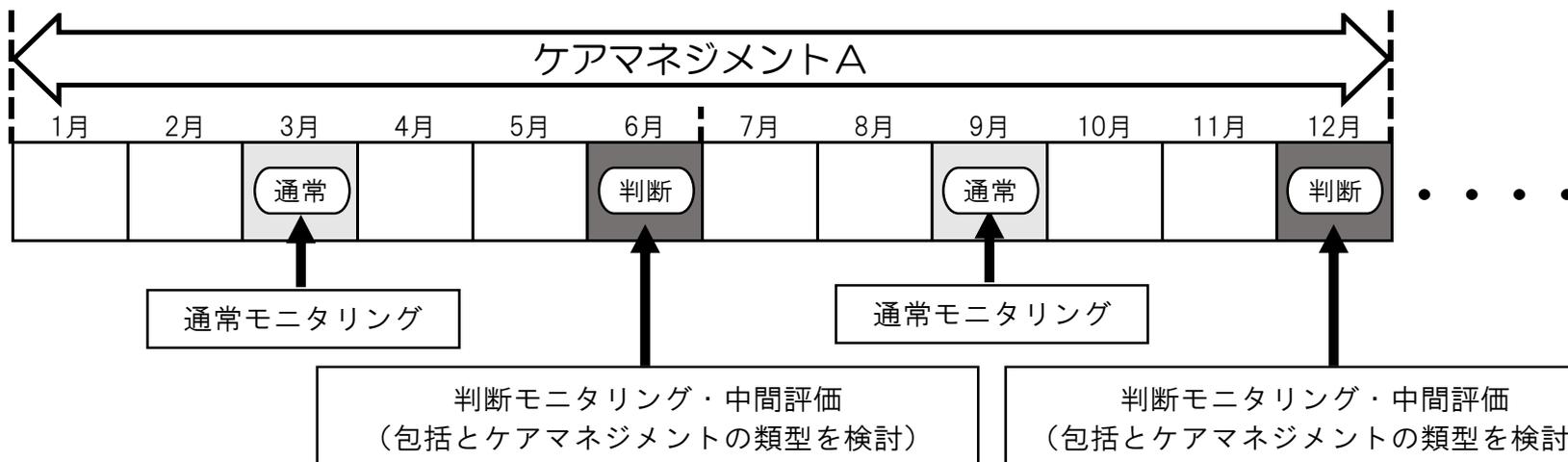
- 日常生活に支障をきたすような認知機能の低下がない。
- 利用者の心身状態及び生活環境が変わらず、利用するサービスが変わらない。
- 心身状態や生活環境が変わった場合等で援助が必要となった時に、利用者から地域包括支援センター等に連絡することができる。

ケアマネジメント移行の判断②

【介護予防ケアマネジメントAから介護予防ケアマネジメントBに移行した場合】



【介護予防ケアマネジメントAを継続する場合】



ケアマネジメント移行の手順

【移行の判断】

- (1) 担当の介護支援専門員等は、モニタリング(訪問)、中間評価を実施する。
※ 必要に応じて、地域包括支援センター職員もモニタリングへ同席する。
- (2) 支援経過記録(中間評価)のコピーを地域包括支援センターに提出する。
- (3) 地域包括支援センターは、提出された支援経過記録に基づき、介護予防ケアマネジメントBへの移行を協議・判断する。
- (4) 担当の介護支援専門員等と地域包括支援センターが確認した判断結果を互いに支援経過記録に記載する。

【介護予防ケアマネジメントBに移行した場合】

介護予防ケアマネジメントBに移行しても、計画内容に変更がない場合は、ケアプランを変更する必要はない。

地域包括支援センターは、ケアプランの原本の右上に『○月○日 ケアマネジメントBへ移行』と記載されたスタンプを押印し、担当の介護支援専門員等にコピーを渡す。

ケアプランへの記載例

No.1		被保険者番号		計画書作成日 平成 年 月 日		介護予防・生活支援サービス事業・支援計画書						ケアマネジメントA			
利用者名												新機		社会事業	
計画作成者氏名															
計画作成(変更)日 平成 年 月 日		(初回作成日 平成 年 月 日)		計画作成事業者: 久留米〇地域包括支援センター 福岡県久留米市〇町△番地		提供地域包括支援センター: 久留米〇地域包括支援センター									
目標とする生活: 1日															
アセスメント領域と現在の状況		本人・家族の家族・室内		領域における課題(背景・原因)		社会的課題		課題に対する目標と具体策の提案		真実性についての意向(本人・家族)		目標		実現に向けての課題のポイント	
運動・移動について															
日常生活(家庭生活)について															
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて															
健康管理について															
●健康状態について: 主治医家見書、生活様態評価等を踏まえた調査票		●【本実行すべき支援ができない場合】 適切な支援の実施に向けた方針		●社会的な方針: 生活不活発等の改善・予防のポイント											
地域包括支援センター		実務		確認印											
みつめてほシート		運動不足 /5		栄養改善 /2		口腔ケア /3		認知こもり予防 /2		物忘れ予防 /3		うつ予防 /5		(計画に関する同意) 上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 印	

ケアマネジメントA
 ⇒〇月〇日 ケアマネジメントBへ移行

ケアマネジメント移行の留意事項

【介護予防ケアマネジメントAを継続した場合】

介護予防ケアマネジメントAを継続することとした場合でも、その後も半年ごとの偶数回目のモニタリング(中間評価)時には、その結果をもとに、介護予防ケアマネジメントBに移行するかを判断する必要がある。

なお、利用者の心身状態や生活環境により、介護予防ケアマネジメントBへの移行が明らかに困難と思われる場合は、地域包括支援センターと協議の上、1年ごとの判断で可能である。

【介護予防ケアマネジメントBに移行した後】

介護予防ケアマネジメントBに移行した場合であっても、利用者の心身状態や生活環境が変わった場合は、必要に応じて地域包括支援センターと協議の上、介護予防ケアマネジメントAに戻す必要がある。

【介護予防ケアマネジメントBに移行した後にサービス内容が変わった場合】

サービス内容が変わった理由	ケアマネジメントの種類
状態改善により変わった場合	介護予防ケアマネジメントBのままでよい
状態悪化により変わった場合	介護予防ケアマネジメントAに戻す