

# 有田町介護予防ケアマネジメントマニュアル

平成30年4月

令和3年4月改正

令和6年4月改正

有田町健康福祉課

(有田町地域包括支援センター)

## 1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という)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、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者(以下、「事業対象者」という)に対して、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように介護予防及び日常生活支援を目的として支援するものです。

(2) 高齢者の生活機能向上に対する意欲を引き出し、介護保険サービス卒業後の生活まで見据えた支援を行いません。それを踏まえて、日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケア、インフォーマルサービス、地域・家族による支援及び介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、生活機能向上を達成する為に、包括的かつ効率的に必要な援助を行う事業です



- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
  - ・個々人の興味や関心のあることを中心に、生活機能向上に資する目標を設定
  - ・目標達成のために具体的な支援内容を盛り込む
  - ・心身機能向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような、介護保険サービス卒業後を見据えた支援の実施
- 介護保険サービスのみでなく、インフォーマルサービスの活用も検討する
- 介護保険サービス卒業後は、セルフケアによる介護予防が重要になってくることを鑑み、担当者会議に本人の出席を求める等、セルフケア能力の向上に資する取組みが必要である

## 2. 介護予防ケアマネジメントの対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、事業対象者及び要支援者のうち予防給付を受けず、総合事業におけるサービスのみを受ける方とします。

表 1

類型	要支援者			事業対象者
	予防給付のみ	予防給付＋サービス事業	サービス事業のみ	
介護予防ケアマネジメント	×	×	○	○
介護予防支援	○	○	×	×

### 3. 介護予防ケアマネジメントの実施主体

対象者本人が居住する住所地の地域包括支援センターが実施するものとします。なお、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することが可能です。ただし、有田町地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業所に委託する場合には、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に立ち会うように努めなければなりません。また、居宅介護支援事業所が行なう介護予防ケアマネジメントや予防支援計画書の確認を行なう等により、全てのケースについて地域包括支援センターが関与する必要があります。

※地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けられておらず、居宅介護支援費の逦減性には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていただきたい。  
指定居宅介護支援事業所に委託する場合には、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与されたい。

【平成 27 年 6 月 5 日付老健発 0605 第 1 号「介護予防・日常生活支援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）の実施及び介護予防手帳の活用について」より抜粋】

### 4. 介護予防ケアマネジメントにおける様式（現在使用している様式でも可）

- 介護保険要介護認定・要支援認定申請書
- 基本チェックリスト
- 興味関心チェックシート
- 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントA用）
- 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- 介護予防サービス・支援評価表
- 介護予防サービス計画書（ケアマネジメントC用）

## 5. 介護予防ケアマネジメントの手順

### (1) 介護予防ケアマネジメントの類型

表2

類型	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)	② ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合（短期集中型サービスCを併用する場合を含む。）</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中型サービスCのみを利用する場合</li> </ul>
実施主体	<p>地域包括支援センター 居宅介護支援事業所（委託）</p>	<p>地域包括支援センター</p>
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行相当サービス（訪問型・通所型）</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中型サービスC</li> </ul>
プロセス	<p>アセスメント</p> <p>→ケアプラン原案作成</p> <p>→サービス担当者会議</p> <p>→対象者への説明・同意</p> <p>→ケアプランの確定・交付</p> <p><b>【対象者・サービス提供者】</b></p> <p>→サービス利用開始</p> <p>→モニタリング <b>【給付管理】</b></p>	<p>アセスメント</p> <p>→対象者と一緒に目標を設定</p> <p>→ケアマネジメント原案作成</p> <p>→利用するサービス提供者等への説明・送付</p> <p>→サービス利用開始</p> <p>→卒業（4～6月）</p>

## 6. 介護予防ケアマネジメントの実践

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、対象者が要支援認定者であること又は、事業対象者として保険者に登録されることが必要ですので保険証等で確認をして下さい。

(1) 概要

1 介護予防ケアマネジメントの説明及び状態像等による受付け振分け(介護保険者窓口で実施)

来所者の意向確認、総合事業、要介護認定等の説明。

来所者の意向及び状態聞き取りの結果

- ①要介護等認定申請受付け
- ②基本チェックリスト判定

以上の2つの類型に分類して各種受付を実施。

2 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認(初回訪問時に実施)

対象者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。

対象者について、窓口来所時の意向と変化がないかの最終確認を行なう。

意向が変化した場合は、(1)に戻り適切な申請を実施するように促す。

3 介護予防ケアマネジメント利用の手続(以下、対象者宅等で実施)

地域包括支援センター等が対象者宅を訪問して運営規定等を説明して同意を得た上で、居宅届けを提出後、介護予防ケアマネジメントを開始する。

⑦アセスメント（課題分析）

対象者宅を訪問し、対象者及び家族との面談により実施する。

生活課題について原因を分析し、個々人の興味や関心のあることを中心に、生活機能向上に資する目標を設定する。

⑧ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

対象者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決定します。

その際に、介護サービス卒業後の生活をイメージする必要がある。

⑨サービス担当者会議（ケアマネジメントCの場合を除く）

セルフケア向上の視点から、本人の参加及び意見を促す。

⑩対象者への説明・同意

説明はわかりやすく行なう。また、中立的な立場から説明を行なうようにしなければならない。居宅介護支援事業所は地域包括支援センターに意見を求めることができる。今までどおりケアプラン原案（ケアマネジメント結果）を地域包括支援センターへ提出し確認印を貰う。

⑪ケアプランの確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

対象者に交付すると共にサービス提供事業者へも交付する。

⑫サービス利用開始

各サービス提供事業者によりサービスを実施

⑬モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントCの場合を除く）

⑭評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。

(2) 手順のポイント

表 3

<p><b>アセスメント</b></p> <p>◎生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●対象者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を通じて行う。</li> <li>●対象者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。</li> <li>●介護予防に取り組む意欲を引き出す。</li> <li>●生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート等を用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。</li> <li>●本人から病気のことを主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。</li> <li>●分析の際は、サービスを利用する為の、理由付けとならないよう、中立的かつ専門的な立場から行なう。</li> </ul>
<p><b>ケアプランの原案作成</b></p> <p>◎目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。</li> <li>・対象者自身でも評価できる具体的な目標とする。</li> <li>・短期的な目標達成が、長期的な目標達成のための段階となるように目標設定する。</li> </ul> </li> <li>●利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>・各事業所の特長を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。</li> <li>・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。</li> <li>・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。</li> <li>・介護サービスのみではなく、インフォーマルサービスも重要な資源であることを意識して、必要に応じてサービスに組み入れる。</li> <li>・地域との関わり合いは、介護予防ケアマネジメントにとって重要な意味合いを持つことを意識し、介護サービスの利用が地域との関わり合いを阻害することがないように調整する。</li> </ul> </li> <li>●その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・必ず本人の取組みを入れる。</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>サービス担当者会議</b></p> <p>◎家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>《ポイント》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●本人、事業所から目標達成のための意見を促す。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケア向上の視点から、本人の参加及び意見を促す。</li> </ul> </li> <li>●サービス事業の終了、意向を意識し期間の設定等を共有する。</li> <li>●担当者会議を、日々対象者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変</li> </ul>

	<p>化があった場合の連絡体制づくり。</p> <p>●モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。</p> <p>※サービス利用ありきの担当者会議ではなく、生活機能向上を意識し、介護サービスからの卒業を見据えた意見交換をするように意識する。</p>
モニタリングと評価	<p>《ポイント》</p> <p>◎モニタリングは毎月実施する。</p> <p>◎3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、対象者の状況に著しい変化があった時には、訪問して面接する。(ケアマネジメントA)。</p> <p>◎本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。</p> <p>◎受けているサービス内容についての満足度。</p> <p>◎目標の達成状況。</p> <p>◎新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断。</p> <p>◎最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。</p>

表4 ケアマネジメントの種類における各プロセスの実施

	介護予防支援	ケアマネジメント A	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○
サービス担当者会議	○	○	—
対象者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・交付	○	○	(○) ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	○	—
評価	○	○	—

### (3) 留意事項

- ① 介護予防ケアマネジメントにおいては、対象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 事業対象者においては主治医意見書等の医療情報がないため、計画作成にあたっては主治医への意見照会等を適切に行ってください。
- ③ 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。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業対象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。
- ④ 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、対象者本人・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。
- ⑤ ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することです。計画に定められた目標期間内に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、対象者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。
- ⑥ 3月に1回の対象者宅の訪問以外にも、高齢者自身の日常生活に急激な変化が生じていないか、計画内容が適合しているか等について1月に1回モニタリングを行い、結果を記録するとともに、継続的なアセスメントと合わせ、その状況を的確に判断し、必要に応じてケアプランの変更を行います。(ケアマネジメントA)
- ⑦ モニタリング等の結果、心身の状態が悪化し要介護申請等が必要な場合は要介護認定申請手続きを行い、逆に心身の状態が改善し、総合事業における第1号事業の利用が必要ないと判断される対象者については一般介護予防事業等への移行を適切に判断してください。

#### (4) ケアマネジメントCの流れ

##### ㊦アセスメント（課題分析）

対象者宅を訪問し、対象者及び家族との面談により実施する。  
生活課題について原因を分析し、個々人の興味や関心のあることを中心に、生活機能向上に資する目標を設定する。

##### ㊧対象者への説明・同意

説明はわかりやすく行なう。また、中立的な立場から説明を行なうようにしなければならない。

##### ㊨サービス利用申込み・利用開始

必要に応じて、事業者より訪問を実施する。

##### ㊩状態変化の確認

介護サービスが必要かの判断及び今後の生活検討  
※継続してサービス利用が必要な場合は、再度介護予防ケアマネジメントを実施。

介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取組みとして保険外の民間企業のサービス利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントC）の場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われます。

#### 7. 予防給付とサービス事業を併用する場合

(1) 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われるものとし、給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理に必要なものについては、併せて限度額管理を行ないます。

(2) 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、サービス事業によるケアマネジメント費を支給しないものとします。

8. 要介護認定等を申請している場合における介護予防ケアマネジメント

(1) 福祉用具貸与等予防給付のサービスを利用する場合は、要介護認定等の申請を行うものとします。

(2) 要介護認定等とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用できるものとし、その後「要介護（認定）1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスを利用できるものとします。なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することは出来ません。

9. 報酬（単価、加算）請求・支払について

表 5

類型	利用サービス	対象者	報酬
ケアマネジメント A	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合。</li> <li>・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	要支援認定者 事業対象者	442 単位 + 初回加算 300 単位 + 委託連携加算 300 単位
ケアマネジメント C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中型サービス C</li> </ul>	要支援認定者 事業対象者	442 単位

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

⑦新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以降契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む)

⑧要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

## 10. その他

### (1) その他

本マニュアルは必要に応じて適宜変更していきます。

また、居宅介護支援事業所への委託については「地域包括支援センター基本指針・運営指針」に規定しています。