

介護予防ケアマネジメントについて

(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラン「第4サービスの利用の流れ
4 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始」より)

1 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものである。

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

(概要)

○ 介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとするが、構成市の状況に応じて、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所への委託も可能である。

○ 介護予防ケアマネジメントは、構成市において、その地域の実情に応じて、どのような実施体制が望ましいかについて検討し、実施する。

<望ましい実施体制の例>

ア 地域包括支援センターが、すべて介護予防ケアマネジメントを行う。

イ 初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。

※ 居宅介護支援事業所が多くケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは初回の介護予防ケアマネジメント実施時には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、その全てに関与する。

(予防給付とサービス事業を併用する場合)

○ 予防給付とサービス事業によるサービスをとともに利用する場合は、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。

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が必要なものを、併せて限度額管理を行う。

○ 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、事業によるサービスを利用している場合にあっては、事業によるケアマネジメント費を支給しない。

(要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント)

○ 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うことになる。

○ 要介護認定等申請と併せて、サービス事業による訪問型・通所型サービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。

○ 要介護認定等申請と併せて基本チェックリストを実施した場合は、そ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することができる。

その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。

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できない。

※ 認定結果と利用サービスや報酬の関係は、第6-1-(11)サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担を参照(本資料P13の表17を参照)。

(2) 総合事業における介護予防ケアマネジメントの考え方と類型

【介護予防ケアマネジメントの考え方】

○ 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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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ある。

○ 新しい総合事業における「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）」は、生活上の困りごとがあり、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、基本チェックリストの記入により、「事業対象者に該当する基準」のいずれかに該当した者に対して行うものである。

※ 新しい総合事業への移行によって、これまでの二次予防事業は廃止となり、二次予防事業対象者に対して実施していた「介護予防ケアマネジメント業務」も廃止される。

○ 地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態となっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

○ 新しい総合事業においては、高齢者自身が、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、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、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」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

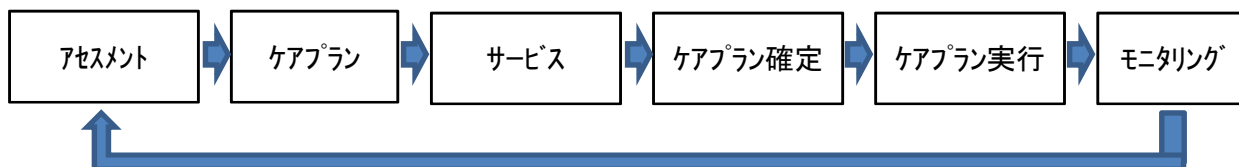
○ このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

【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においては、高齢者の自立支援を考えながら、利用者と、目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められる。

そのためには、より身近に、分かりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制をつくりつつ、利用者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、利用者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要である。

(参考) ケアマネジメントのプロセス



○ 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態等や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、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た上で、典型例として以下のような類型を想定する。

- 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B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
- ③ 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）

(具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方)

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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) 	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 (→モニタリング【適宜】)
③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のプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施) 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※ () 内は、必要に応じて実施

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する。

モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等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。

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)

アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA)と同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

③ 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)

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、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り組み」等を記載)を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。

その後は、モニタリング等は行わない。

また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう。

このとき、第5-1-(6)で示す「介護予防手帳」の利用も想定している。

ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

(初回のみ介護予防ケアマネジメントにおける留意事項)

○ 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とする。

○ 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくことが適当である。

<状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例>

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

○ 構成市（地域包括支援センター等）の判断により、①から③までの介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更できるものである。

○ 介護予防ケアマネジメントを行い、整理された課題に対する具体的ケアプラン（好事例等）については、第5-2-(1)自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点を参照のこと。

○ ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービス利用を開始する。

○ モニタリング、サービス担当者会議の実施と報酬に関しては、「第5-2-(2)サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援」表10サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費をあわせて参照のこと。

(3) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

○ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要がある。そのため、地域包括支援センターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供することが重要である。

○ 給付管理を伴わないサービス利用の場合においても、指定サービスについて給付管理が行われる趣旨が損なわれることのないよう、利用者の状態等に応じた内容・量のサービスを行うことが適当である。

○ 総合事業における介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターによって行われるものであり、指定介護予防支援事業所により行われる指定介護予防支援とは異なる。

また、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。

予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、構成市の承認が必要である（介護給付と異なる）が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが適当である。

○ 総合事業の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あり、その介護予防ケアマネジメントの支援の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる。

(介護予防ケアマネジメントにおける様式)

○ 介護予防ケアマネジメントに関する様式については、予防給付で用いている様式を活用する他、構成市の判断で任意の様式を使用することも可能である。

また、介護予防ケアマネジメントを簡略化する場合においては、構成市の判断でケアプランの様式を任意で簡略化したものを作成して使用することも可能である。

ただし、構成市で統一しておくことが望ましい。

○ ケアプランの作成の必要がなく、初回のみのケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。

ケアマネジメント結果としては、「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（利用サービス）」「目標を達成するための取り組み」等については記載が望ましい。

また、介護予防ケアマネジメントの形態にかかわらず、ケアプラン内容やケアマネジメントの結果の他、本人の介護予防に関する情報を記載して、本人に携帯してもらえるような取組なども検討することが望ましい。

※ 第5-1-(6)「介護予防手帳」等の活用も参照

○ 構成市においては、統一した様式を使用するに当たって、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等とも、使用方法や認識の統一を図ることが望ましい。

○ また、自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間で意識の共有を進める観点から、アセスメント、課題分析、モニタリングの参考様式として、「興味・関心チェックシート」「課題整理総括表」「評価表」「アセスメント地域個別ケア会議総合記録票（モデル事業様式）」等を積極的に活用することが望ましい。

(サービスの利用開始と費用の支払)

○ 事業対象者の特定は、前述のとおり基本チェックリストの活用・実施により行う。

基本チェックリストの活用・実施後、介護予防ケアマネジメントが開始されるが、その際、名簿への記載等により介護予防ケアマネジメントの対象者を特定しておく。

○ 事業対象者である旨の証など（被保険者証・負担割合証）は、基本チェックリスト実施により事業対象者であると特定された後、介護予防ケアマネジメントの依頼を受けたタイミングで発行する。

予防給付における「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出に代わり、事業では「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出する。

○ 要介護認定等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができる。

その時、通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼書」の作成、名簿登録、被保険者証、負担割合証の発行を行う。

なお、要支援認定を受けている者が要支援認定を更新せずに継続的にサービスを利用することができるよう、有効期間終了時に介護予防・生活支援サービス事業の対象者とすることで、引き続き介護予防ケアマネジメントに基づき、切れ目のないサービスを利用することを可能とする。

○ ケアマネジメントの各類型による、介護予防ケアマネジメント費の考え方については、「表10サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例」も参考のこと。

表10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費の例
 (サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方)

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2日目(翌月)	3日目(翌々月)	4日目(3ヶ月後)
原則的なケアマネジメント	作成あり	指定事業者のサービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○(面接による) (※1)
			報酬	基本報酬+初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・通所型Cサービス	サービス担当者会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬+初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化したケアマネジメント	作成なし	その他(委託・補助)のサービス	サービス担当者会議	△(必要時実施)	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	△(必要時実施)
			報酬	(基本報酬-X-Y)+初回加算(※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y
初回のみ のケア マネジメント	作成なし [ケアマネジメント結果の通知]	その他(委託・補助)のサービス	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を踏まえた単価(※4)	×	×	×
		一般介護予防・民間事業のみ	サービス担当者会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を踏まえた単価(※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬：予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X：サービス担当者会議実施分相当単位、Y：モニタリング実施分相当単位

(※4) 2日目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

【介護予防ケアマネジメント実施の流れ】

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援者であること、又は、事業対象者として構成市に登録されることが必要であるため、窓口での対応も含めて以下の手順として実施する。

○ 概要（例として、構成市の介護保険担当窓口での対応の場合を示す。）

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（介護保険担当窓口で実施）

来所者の意向の確認、総合事業、要介護認定等の説明。

総合事業の利用希望に対して、要支援認定結果の有無、または基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうかを確認する。利用者より介護予防ケアマネジメント依頼の届出を受け、サービス事業対象者の旨を記載した被保険者証・負担割合証の交付。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続（以下、利用者宅で実施）

地域包括支援センターが利用者宅を訪問して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。

介護
予防
ケア
マネ
ジメ
ント

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。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

利用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。

ウ サービス担当者会議（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

エ 利用者への説明・同意

オ ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）（利用者、サービス提供者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施。

キ モニタリング（給付管理）（ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCの場合を除く）

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握。
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取。
利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントの類型により、その実施及び間隔が異なる。

ク 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

実施期間終了時、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。