

介護予防・日常生活支援総合事業の実施に伴う介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)の実施におけるケアマネジメントAの実施について

1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）の実施に伴う介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施におけるケアマネジメントAは、要支援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、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市の独自施策、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、要支援者等の状況にあっ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。

2 ケアマネジメントAの基本的な考え方

ケアマネジメントA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き実施する。

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況に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、高齢者一人ひとり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必要である。

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をしていくこととする。

このように、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、ケアプランを作成する。

3 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

地域包括支援センターが、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ること。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

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）	
希望するサービス内容	プロセス
・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】

4 実施主体（実施担当者）

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する。

ケアマネジメントAは、地域包括支援センターに配置されている3職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うこと。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することもできることとする。

ケアマネジメントAの実施に当たっては、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ない。

5 実施の手順

ケアマネジメントA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。

(1)相談

相談受付の窓口は、介護保険担当窓口、地域包括支援センター等で行う。担当職員は、専門職に限るものではない。

窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、従来の要支援1に相当する者であることを確認するため、要介護・要支援認定を行うことにより正確な医療情報や認定調査員による客観的な情報が得られること、また窓口や地域包括支援センターの職員の経験やスキル等によって判断に差が出ることを避けるため、要介護・要支援認定申請を行う。ただし、明らかに非該当と判断できる場合には、地域包括支援センターを紹介することとし、地域包括支援センターは、訪問・電話等で一般介護予防事業及びその他の社会資源について十分な説明を行うこととする。

要介護・要支援認定申請の結果、要支援の認定であった場合は、地域包括支援センター等に連絡をすること、その後、地域包括支援センター等が利用者宅を訪問してケアマネジメントAを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センター等に伝える旨を説明すること。

第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる。

(2) ケアマネジメントA利用の手続（以下、利用者宅で実施）

利用に当たっては、地域包括支援センター等が利用者宅を訪問し、サービス事業の運営規程等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。

電話や利用者以外の者による相談に基づいて様々なサービス等につなげるために訪問し、利用者と面接している場合は、この場で利用者に窓口と同様の説明もあわせて行い、同意を得た上で対応すること。

要介護・要支援認定の更新時においては、総合事業のみのサービスを希望する利用者であきらかに要支援1相当と判断される場合には、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用につなげるものとする。なお、総合事業のサービス利用開始後も体調の変化や希望するサービス内容等により要介護・要支援認定等申請も可能であること等を説明すること。

地域包括支援センターは、訪問時に基本チェックリストを実施し、原本を介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書とともに市に提出、写しを保管すること。

基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて市がサービス事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨等を記載したものを交付する。

原則として基本チェックリストによる事業対象者の有効期間は24か月とする。ただし、市から利用者宛ての更新勧奨通知は発行されないので留意すること。要支援者については、既に要支援の認定結果が記載されているため、改めて被保険者証を提出する必要はない。

(3) ケアマネジメントA

ア アセスメント（課題分析）

利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。より本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業を行うこと。

プロセスの中で、利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

イ ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

○目標の設定

生活の目標については、「表2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例」などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、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。

また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、利用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。

○利用するサービス内容の選択

利用するサービスを検討する際は、単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

サービス事業の組み合わせについては以下の点にも留意する。

- ・ サービス事業の訪問型サービスと通所型サービスとその他の生活支援サービスを、組み合わせて利用することができる。
- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
- ・ 給付管理については、要支援者が総合事業を利用する場合は、給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースも想定されることから、予防給付の区分支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。一方で、総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とする。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当であり、例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるようなケース等利用者の状況によっては、予防給付の要支援1の限度額を超える（ただし、要支援2の限度額内）こともできることとする。その場合は、評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変

化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しをはかる。

○利用者に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得るとともに、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果表等）の内容を検討していく中で、利用者の意向も踏まえながら、目標の設定やその達成に向けての取組、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）全体を作成する。

ウ サービス担当者会議

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、サービス実施者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

○サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

○本人の同意を得て、地域包括支援センター等よりケアプランをサービス実施者にも交付する。

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）

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。

ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、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、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。

それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

ク 評価

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、今後の方針を決定する。

○ケアマネジメントAについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

表2 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や

清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に 2 回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と 2 泊 3 日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に 1 回外出する、趣味を持つ

（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

6 留意事項

- (1) ケアマネジメント A において使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用することとする。（A 4 様式、A 3 様式、どちらも可）

- (2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護・要支援認定等の申請をしている場合も想定される。その場合は、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、ケアマネジメントA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・要支援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。

※要介護・要支援認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護・要支援認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行う。

- (3) サービス事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく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者が、加えてサービス事業を利用する場合は、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必要である。
- (4) ケアマネジメントA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。
- (5) より効果的な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン『第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～』」も参考にし、取り組むこと。