

介護予防・日常生活支援総合事業

《介護予防ケアマネジメント基本方針》

白老町高齢者介護課

（白老町地域包括支援センター）

目 次

- (1) 介護予防ケアマネジメントの概要について
- (2) 介護予防ケアマネジメントについて
- (3) 介護予防ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）
- (4) 介護予防ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）
- (5) 介護予防ケアマネジメントのあり方
- (6) 介護予防ケアマネジメントのプロセス
- (7) 訪問型サービスB・Dのケアマネジメントについて
- (8) 多職種連携について

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

- ・介護予防ケアマネジメントは、予防給付と同様、利用者本人の住居する地域包括支援センターが実施するが、市町村の状況に応じ、地域包括支援センターから指定居宅支援事業所へ委託も可能。
- ・市町村が地域実情に応じ実施体制を検討し実施する。
- ・居宅支援事業所が多数のケースを担う場合も、初回のケアマネジメント実施時に立ち会うように努め、その全てに関与する。

(2) 介護予防ケアマネジメントについて

- ・要支援者・事業対象者が総合事業サービスを利用する場合、現行の介護予防支援と同様に地域包括支援センターや委託先である居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）が介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）の作成やサービス事業所との連絡・調整を行います。

現行の介護予防支援と同様、利用者の状況に応じて、適切なサービスが効果的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行います。平成29年4月より総合事業開始当初は原則的なケアマネジメントとして介護予防ケアマネジメントAのみを設定していましたが、訪問型B・Dを実施する為、今後利用開始時のみケアマネジメント実施。簡略化したケアプラン作成。

サービス名	対象者	サービス単位	自己負担	対象サービス
介護予防ケアマネジメントA	要支援1 要支援2 事業対象者	438単位/ 月	無	訪問型サービス
初回加算		300単位/ 月		通所型サービス
介護予防ケアマネジメントC 初回のみ	要支援1 要支援2 事業対象者	438単位/ 初回のみ	無	その他（委託・補助）のサービス

(3) 介護予防ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）

・「介護予防ケアマネジメントA」は、給付管理の対象となる総合事業サービスのみを利用する場合に適用されます。「介護予防ケアマネジメントA」については、従来の介護予防給付サービスを利用する際の「介護予防支援」とプロセスに変更はありません。

地域包括支援センターや委託先である居宅支援事業所が、要支援者及び事業対象者のケアマネジメントを継続的に実施します。

(4) 介護予防ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）

・「介護予防ケアマネジメントC」は、初回のみケアマネジメント実施し、簡略化したケアプラン作成（アセスメント結果案）を実施する。訪問型B・Dのみ利用者に限る。他サービス利用者は原則のケアプランにサービス種目を位置づけする。

＊地域包括支援センターや在宅介護支援センターが継続的に実施する。

(5) 介護予防ケアマネジメントのあり方

利用者の望む生活⇒「・・・したい」という意欲を喚起するような面談が重要で、自立支援・重度化防止に向けた動機づけが大切です。

多様なニーズに対して、ケアマネジメントの実施者は、介護保険の理念・目的や総合事業の趣旨を充分理解したうえで、適切な介護予防ケアマネジメントを行う必要があります。

支援を通して、利用者による主体的な取り組みを支援し、出来る事は出来るだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限に引き出すよう援助することが求められます。そのうえで、地域の力も借りながら、新しい仲間づくりの場や楽しみとなる生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで、結びつけるケアマネジメントが求められます。

利用者の状況に応じて、多様なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、状況変化に応じて予防給付、介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要です。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

課題解決の主体は、当事者（本人・家族・地域の人）であり、当事者が気づき、自ら取り組もうとする課題の抽出と解決方法を一緒に合意していく必要があります。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、その場で合意形成ができるようにもっていく事が必要とされます。

(6) 介護予防ケアマネジメントのプロセス

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】 →評価
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【適宣】） →評価
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 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成

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)	→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 →評価
--	---

※ () 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、モニタリング等を行わない。

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の結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう。

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。

(7) 訪問型サービスB・Dのケアマネジメントについて

白老町で実施される、訪問型サービスB・Dにおいては、ケアマネジメントCを実施します。

初回のみケアマネジメント実施し、簡略化したケアプラン作成をします。(様式は別紙参照)

サービス担当者会議・モニタリングは不要です。有効期間を確認し、継続が必要である状況を踏まえて、事業対象者更新申請(基本チェックリスト)を行う。

なお、事業対象者の変化がある場合などは、介護保険認定申請を促します。

(8) 多職種連携について

①問題解決のためには、利用者だけではなく、利用者を取り巻く環境への働きかけも重要であることから介護・医療等の専門職間の連携を中心としつつも、地域の民生委員やボランティア実践者、地域自体会・町内会等のインフォーマルな支援者等との関係構築に努めること。

②複合的な課題への対応等、多職種による専門的見地からの検討を行うことが必要と判断した場合は、地域ケア会議等においてケアマネジメントの方向性等について共有すること。

③利用者は「サービスの受け手」としてだけではなく、地域生活の主体者として「支えあい」の一員であるという認識をもち、利用者の持っている「強み」に着目したケアマネジメントを行うこと。