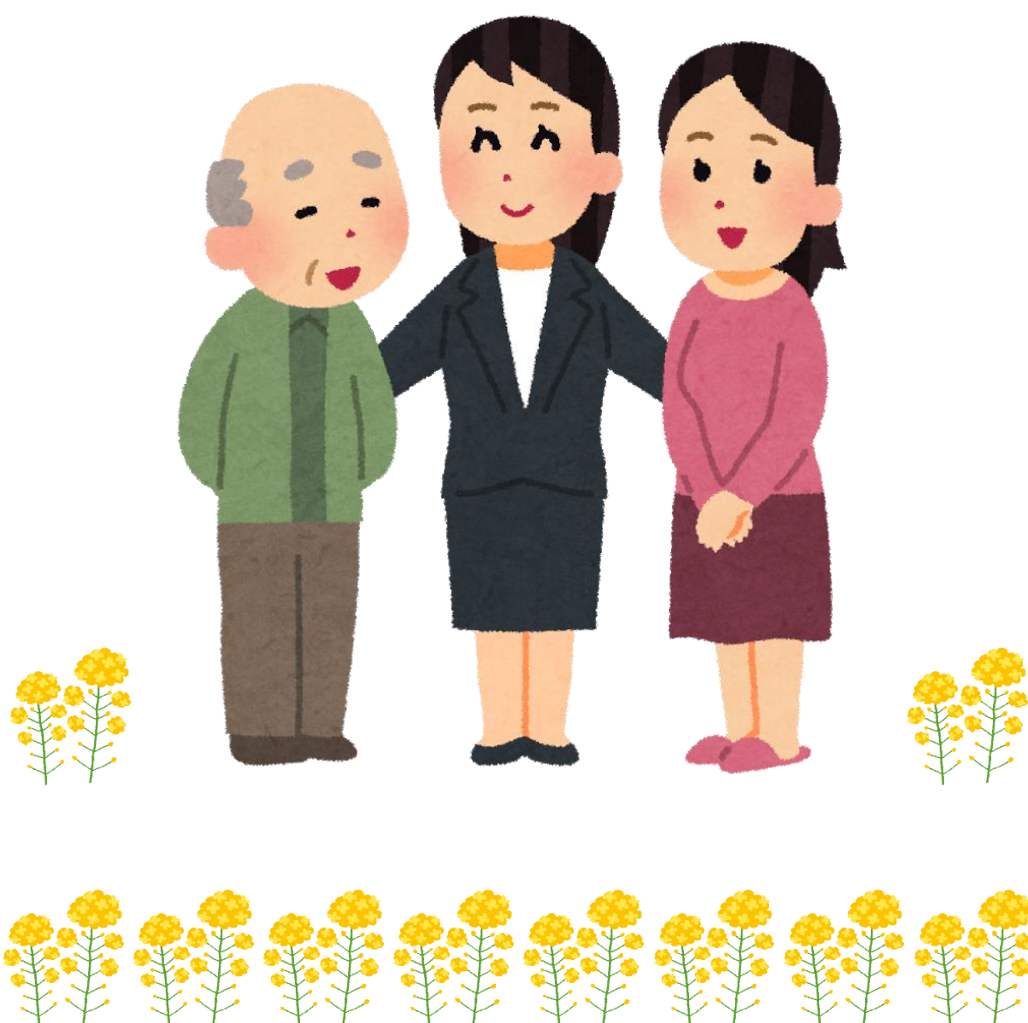


# 三川町 介護予防 ケアマネジメントマニュアル



令和2年9月1日

## 目 次

<b>【介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施について】</b>	
1. 事業内容	1
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	1
3. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	2
4. 実施主体(実施担当者)	2
5. 実施の手順	2
[1] 総合事業の説明	3
[2] 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	3
[3] 介護予防ケアマネジメント利用の手続	4
[4] 介護予防ケアマネジメント	4
①アセスメント(課題分析)	4
②ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成	4
③サービス担当者会議	5
④利用者への説明・同意	5
⑤サービス利用開始	5
⑥モニタリング	5
⑦評価	6
介護予防ケアマネジメントの手順	7
6. 三川町自立支援型地域ケア会議について	8
<b>【介護予防ケアマネジメント実施における関連様式一覧】</b>	
・様式1 基本チェックリト	10
・様式2 基本チェックの考え方	12
・様式3 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更)届出書	14
・様式4 興味・関心チェックシート	15
・様式5 利用者基本情報	16
・様式6 介護予防サービス・支援計画書	18
・様式7 介護予防・介護予防マネジメント経過記録	19
・様式8 介護予防・介護予防ケアマネジメント評価表	20

# 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施について

## 1. 事業内容

三川町介護予防・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、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事業である。

## 2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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(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くものである。

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。

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、ケアプランを作成していくこととなる。

(平成27年6月5日付け、厚生労働省老健局振興課長通知)より

### 3. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、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している。利用者の状況に応じて実施するものとする。

#### (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)

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、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)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、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。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

### 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。

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可能である。

### 5. 実施の手順

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、事業対象者として三川町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] 総合事業の説明

・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、総合事業の趣旨と手続き、要介護認定等の申請、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が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。

・更に、総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。

・このとき、予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。

#### [2] 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

・利用者が総合事業のサービス事業の利用を希望する場合、要支援認定の有無、または要支援認定を受けてない者については、基本チェックリストの記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。(様式1、2参照)

・要支援者又は事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うことを説明し、その上で、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を記入の上、窓口へ提出してもらう。(様式3参照)

・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三川町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「サービス事業対象者」である旨を記載したものを交付する。即時の交付ができない場合は、資格者証を交付し、後日サービス事業対象者として登録後の被保険者証を郵送する。

・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。

・基本チェックリストは、基本的に質問項目の趣旨を聴きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできること等から、行政処分には当たらないものと整理している。

・サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない(入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等)場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。その場合の基本チェックリストの活用については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用

につなげる。居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所できない場合と同様の扱いとする。

・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。

### [3] 介護予防ケアマネジメント利用の手続

・利用に当たっては、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介護予防ケアマネジメントの実施につなげるために訪問し、利用者とは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、同意を得る。

### [4] 介護予防ケアマネジメント

#### ①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「興味・関心シート」なども利用して、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が必要である。(様式4参照)

・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。

#### ②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、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。

・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。

- ・事業対象者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)ことも可能である。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。

### ③サービス担当者会議

- ・ケアマネジメントABにおいて実施する。
- ・ケアマネジメントBにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要である。

### ④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交付)(利用者、サービス実施者)〉

- ・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よりケアプランをサービス実施者にも交付する。

### ⑤サービス利用開始

### ⑥モニタリング(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)

- ・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ヶ月に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。

- ・ケアマネジメントBの場合は、利用者及び家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。

- ・ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておく。

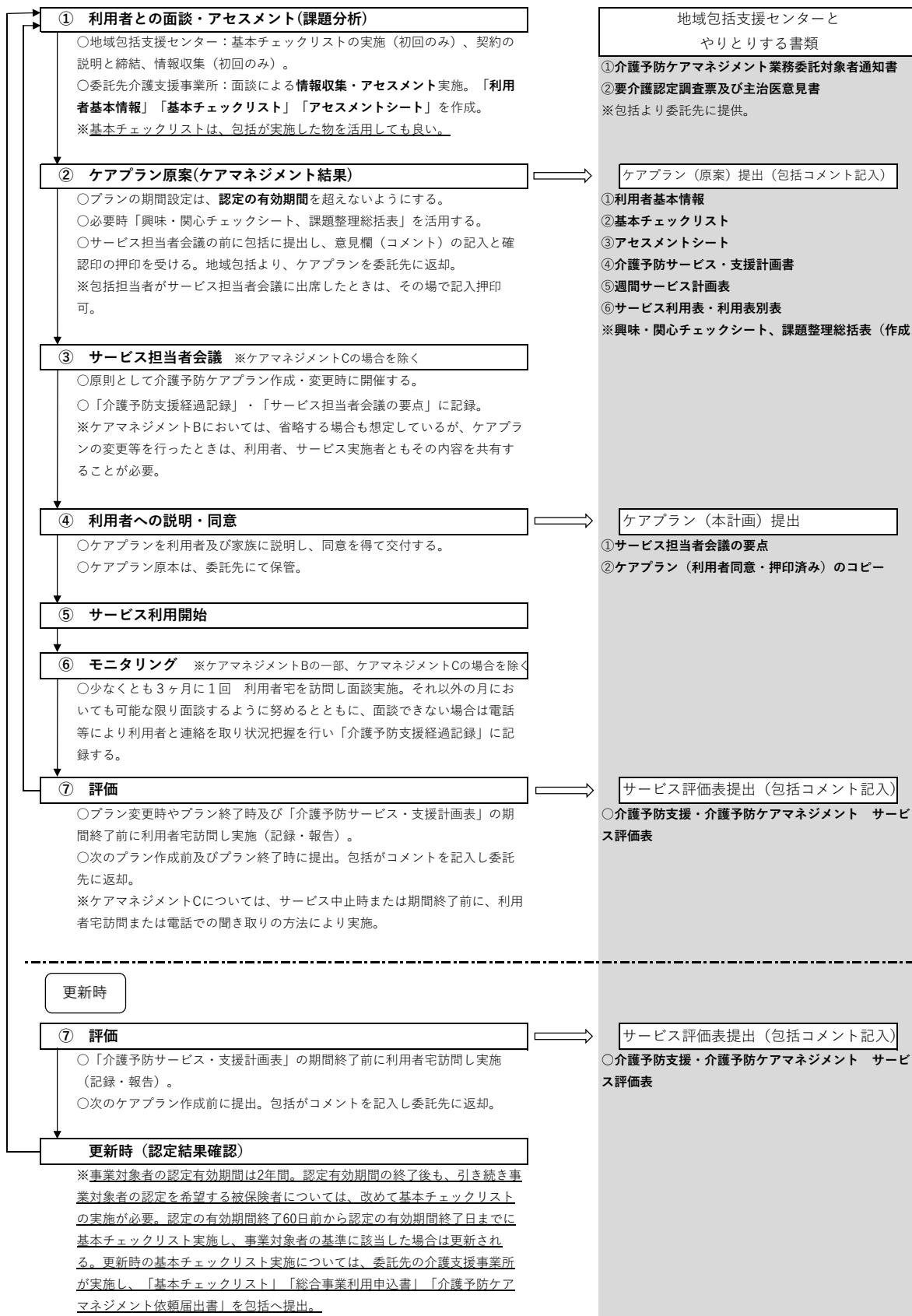
⑦評価(ケアマネジメントCの場合を除く)

・ケアマネジメントA, B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、利用者と共有しながら、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。

※手順や資料收受については、「介護予防ケアマネジメントの手順」を参照。



# 介護予防ケアマネジメントの手順



## 6. 三川町自立支援型地域ケア会議について

三川町自立支援型地域ケア会議は、高齢者の QOL（生活の質）の向上を目指し、介護職や医療従事者等の多職種・リハビリテーション専門職が参加して次のとおり実施する。

### 【目的】

- ①個別ケースについて、専門多職種の協働のもと、公的サービスのみでなく他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者が在宅生活を継続するための支援の充実に向けた検討を行う。
- ②個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に対するケアマネジメントを地域全体に普及し、地域で高齢者を支えるネットワークを強化する。
- ③高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを吸い上げ、社会基盤整備に繋げる。

### 【内容】

・居宅介護支援事業所の個別事例について、リハビリテーション専門職などを含む多職種協働で会議を行う。事例説明・専門職による助言・会議のまとめまで1事例30分程度で進行する。1回の会議で2事例を実施。

### 【会議構成員】

- ・コーディネーター（司会）  
三川町健康福祉課 地域包括支援センター職員
- ・事例提供者  
居宅介護支援事業所介護支援専門員
- ・居宅介護サービス事業所等
- ・助言者  
薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士または作業療法士、言語聴覚士、その他専門職

### 【年間スケジュール】

- ・年3回開催（6事例）

### 【対象者】

・事業対象者、要支援1・2、要介護1、訪問介護（生活援助中心型）の利用回数  
が厚生労働大臣の定める基準回数を超える回数をケアプランに位置付けた方

[自立支援型地域ケア会議 提出書類]

作成者区分		提出書類	
居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者基本情報</li> <li>○ 介護予防アセスメント</li> <li>○ [1] 基本チェックリスト、[2] 追加項目</li> <li>○● 生活機能評価 (アセスメント)</li> <li>○● 山形県自立支援型地域ケア会議 追加アセスメント <ul style="list-style-type: none"> <li>●☆ アセスメントシート</li> </ul> </li> <li>○●☆ 課題整理総括表</li> <li>○● 主治医意見書</li> <li>○●☆ お薬手帳の写し 等 (服薬の状況が確認できる書類)</li> <li>○ 介護予防サービス・支援計画表 <ul style="list-style-type: none"> <li>●☆ 居宅サービス計画書 (第1表・第2表)</li> </ul> </li> <li>○●☆ 週間サービス計画表 <ul style="list-style-type: none"> <li>☆ サービス担当者会議の要点 (第4表)</li> <li>☆ 居宅介護支援経過 (第5表) ※アセスメントシート若しくはケアプランに生活援助が必要な理由の記載があれば提出不要</li> <li>☆ サービス利用票 (第6表) ※基準回数を超える月のもの</li> <li>☆ サービス利用票別表 (第7表)</li> </ul> </li> </ul>	
サービス事業者作成	通所介護 通所リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○● 介護予防メニューアセスメント (通所用)</li> <li>○● 生活行為アセスメント (訪問・通所共通)</li> <li>○● 介護予防サービス計画・総合評価 (通所用)</li> <li>○● 介護予防サービス 個別計画書 (通所用)</li> </ul>	
	訪問介護 訪問リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○● 介護予防メニューアセスメント (訪問用)</li> <li>○● 生活行為アセスメント (訪問・通所共通)</li> <li>○● 介護予防サービス計画・総合評価 (訪問用)</li> <li>○● 介護予防サービス 個別計画書 (訪問用)</li> </ul>	
	福祉用具貸与	○● アセスメント、サービス提供内容、評価等について確認できる書類	・福祉用具サービス計画書 等
	住宅改修		・平面図、立面図、写真、見積書 等
その他 (訪問看護等)		・サービス計画書 等	

※○事業対象者、要支援1・2の方 ●要介護1の方 ☆訪問介護 (生活援助中心型) の利用回数が厚生労働大臣の定める基準回数を超える回数をケアプランに位置付けた方