

### 3. ケアマネジメントについて(案)

## 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方（おさらい）

1. 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す。
2. 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・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。
3. 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す。

## 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方（おさらい）

4. 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ります。

（平成27年6月5日付け、厚生労働省老健局振興課長通知「介護保険最新情報」Vol.484）より

# 総合事業の利用までの流れについて(新規相談)

新規相談は判断のツールとして「相談票」を利用します。

要介護・要支援認定  
申請・認定

基本チェックリスト  
(元気度アンケート(仮称))

要介護  
1-5

要支援  
1・2

非該当  
(自立)

総合事業  
対象者

非該当  
(自立)

訪問看護・訪問、  
通所リハ・福祉  
用具貸与等

訪問サービス(生活支援)  
通所サービス

アセスメントの実施

訪問(通所)サービスと介護  
予防サービス併用は保険用で

ケアプラン作成  
居宅介護支援  
事業所

ケアプラン作成  
地域包括  
支援センター

ケアプラン  
作成(A)

ケアプラン  
作成(B)

ケアプラン  
作成(C)

ケアプランなし

介護  
サービス

介護予防  
サービス

国基準

A型

総合事業

その他サービス  
を利用

一般介護予防  
事業を利用

# 総合事業の利用までの流れについて(更新者)

要支援認定者及び軽度介護認定者(介護1程度)  
のうち、訪問介護(生活支援)、通所介護のみ利用者

## 要介護・要支援認定 申請・認定

- \* 現在利用しているサービスに訪問看護・訪問、通所リハ・福祉用具貸与等が含まれており、今後も利用希望
- \* 介護認定が要件である高齢者福祉サービスを利用している
- \* 一人で移動することができない
- \* 認知症状があり日常生活に支障あり
- \* 退院直後等で集中的にサービスを必要とする

## 総合事業利用の検討

- \* 現在利用しているサービスは訪問介護・通所介護のみであり、それ以外のサービスを必要としない
- \* 介護認定が要件である高齢者福祉サービスを利用しない

## 明らかに事業対象外 と思われる(自立)

- \* 日常生活は自立されており、町会、長寿会、地域の住民活動に参加できる
- \* 介護事業者等が提供するサービスを希望しておらず、体操等、活動場所を希望している

### 基本チェックリスト (元気度アンケート(仮称))

要介護  
1-5

要支援  
1・2

非該当  
(自立)

総合事業  
対象者

非該当  
(自立)

介護サービス  
を利用

訪問看護・訪問、  
通所リハ・福祉  
用具貸与等

### 総合事業(訪問・通所)

国基準

A型

その他サービス  
を利用

一般介護予防  
事業を利用

## 総合事業の利用までの流れについて(相談票)

受付日		受付者	
本人	被保険者番号		
	氏名	( 歳)	
	介護度	要支援( )・要介護( )・新規	
	有効期限	平成 年 月 日まで(現認定者のみ)	
代理申請の場合	代理人氏名	(続柄 )	
	(本人を)代理する理由	ア)入院, 入所中( ) イ)来庁困難 ウ)本人から依頼	

相談したいこと				
項目	確認事項	チェック	確認事項	チェック
本人の状態	一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる		歩行や立ち上がりに介助が必要で、一人で外出できない	
	身の回りのこと, 薬の内服管理, 金銭管理が自分でできる		身の回りのこと, 薬の内服管理, 金銭管理に支援, 介助を必要とする	
	かかってきた電話の対応や要件の伝言が正しくできる		認知症状がみられ, 見守りを必要としている	
			大きな病気やけがで入院・療養中であり, 今後も療養を必要とする	
			第2号被保険者である	

## 総合事業の利用までの流れについて(相談票)

項目	確認事項	チェック	確認事項	チェック
利用希望するサービスの内容	「訪問介護」の生活支援サービス		「訪問介護」の身体介護サービス	
	「通所介護」サービス (目的:他者交流 運動 諸活動 栄養 )		訪問入浴介護	
	「通所介護」サービス(入浴目的) (理由:構造的問題 不安 )		訪問看護	
			リハビリテーション (通所 訪問)	
			ショートステイ (特養 老健)	
			福祉用具貸与・購入 (内容 )	
			住宅改修 (内容 )	
			施設入所 (特養 老健 療養 GH)	
		施設入所 (有料老人H サ高住)		
	基本チェックリスト実施へ		要介護認定実施へ	

## 総合事業の利用までの流れについて(基本チェックリスト)

NO	質問項目	回答		事業対象者に該当する基準	回答の判断
1	バスや電車で一人で外出していますか。	0はい	1いいえ	①複数項目に支障 1～20の項目のうち10項目以上に該当	付き添いなく1人でバスや電車, それに準じる交通機関で外出。自家用車の単独運転含む。
2	日用品の買い物をしていますか。	0はい	1いいえ		自ら外出し必要な物品を購入しているか。電話での注文のみは「いいえ」。
3	預貯金の出し入れをしていますか。	0はい	1いいえ		本人が銀行等での窓口手続きも含め近世委管理をしているか。家族に依頼している場合は「いいえ」。
4	友人の家を訪ねていますか。	0はい	1いいえ		友人の家を訪ねているか。電話による交流, 家族・親戚への訪問は含まない。
5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1いいえ		電話のみで相談に応じている場合も「はい」。
6	階段や手すりを壁を伝わらずに昇っていますか。	0はい	1いいえ	②運動機能の低下 6～10の項目のうち3項目以上に該当	時々手すり等を使用している程度であれば「はい」。手すり等使用せず階段を昇る能力があっても習慣的に手すり等を使っている場合は「いいえ」。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。	0はい	1いいえ		時々つかまっている程度であれば「はい」。
8	15分くらい続けて歩いていますか。	0はい	1いいえ		屋内, 屋外の場所は問わない。
9	この1年間に転んだことがありますか。	1はい	0いいえ		この1年間に転倒した事実があるか。
10	転倒に対する不安は大きいですか。	1はい	0いいえ		本人の主観に基づく。

## 総合事業の利用までの流れについて(基本チェックリスト)

NO	質問項目	回答		事業対象者に該当する基準		回答の判断	
		1はい	0いいえ	①複数項目に支障 1~20のうち10項目以上に該当	③低栄養状態 11~12のうち2項目以上に該当		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1はい	0いいえ	①複数項目に支障 1~20のうち10項目以上に該当	③低栄養状態 11~12のうち2項目以上に該当	6ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」	
12	身長 cm 体重 kg BMI( )					整数値で回答。体重は1ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値でも可。	
13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1はい	0いいえ		④口腔機能の低下 13~15のうち2項目以上に該当	④口腔機能の低下 13~15のうち2項目以上に該当	半年以上前から固い物が食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1はい	0いいえ				本人の主観に基づく。
15	口の渇きが気になりますか	1はい	0いいえ				本人の主観に基づく。
16	週に1度以上は外出していますか	0はい	1いいえ		⑤閉じこもり 16が該当	⑤閉じこもり 16が該当	週によって異なる場合は、過去1ヶ月の平均で可。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1はい	0いいえ				昨年に比べ、今年の外出行数が減少している場合は「はい」。

## 総合事業の利用までの流れについて(基本チェックリスト)

NO	質問項目	回答		事業対象者に該当する基準		回答の判断
		1はい	0いいえ	①複数項目に支障 1～20のうち10項目以上に該当	⑥認知機能の低下 18～20のうち1項目以上に該当	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	1はい	0いいえ	①複数項目に支障 1～20のうち10項目以上に該当	⑥認知機能の低下 18～20のうち1項目以上に該当	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」。
19	自分で電話番号を調べて電話をかけることをしていますか	0はい	1いいえ			誰かに番号を尋ねて電話をかける場合、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合は「いいえ」。
20	今日が何月何日かわからないことがありますか	1はい	0いいえ			本人の主観に基づく。月か日の一方しかわからない場合は「はい」。
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1はい	0いいえ	⑦うつ病の可能性 21～25のうち2項目以上に該当		ここ2週間の状況について本人の主観に基づく。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった	1はい	0いいえ			
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1はい	0いいえ			
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1はい	0いいえ			
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1はい	0いいえ			

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合該当  
 ※回答欄が「1」の場合、当該項目が該当となる

## 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及びアセスメントシートの結果、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、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

プロセス	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)	ケアマネジメントB (一部簡略化した介護 予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみ作成の介護 予防ケアマネジメント)
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	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) (説明・同意した内容)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○:実施(必須) △:必要に応じて実施 —:不要)

# 介護予防ケアマネジメントについて

## A アセスメント(課題分析)

1. 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。
2. 介護予防ケアプラン原案を作成する上で参考とするツール及びサービス利用の基準として「アセスメントシート」を利用する。
3. より本人に合った目標設定に向けて厚生労働省が推奨する「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、生活歴等の聴き取りをしながら、「～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重要である。
4. 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、信頼関係の構築につとめることが必要である。

# 介護予防ケアマネジメントについて

## B ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

### (目標の設定)

1. 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。
2. 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)

1. 利用するサービスを検討する際は、アセスメントシートで得られた情報をもとに、「アセスメントシート等の記載に基づく判断基準」を参考に組み立てる。
2. 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。
3. 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。

# 介護予防ケアマネジメントについて

## B ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

(利用するサービス内容の選択)

4. 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、事業対象者の利用限度額については、予防給付の要支援1を目安とする。
5. 介護予防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る
6. 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図る。
7. サービス利用の妥当性については、「アセスメントシート等の記載に基づく判断基準」を判断基準としたところであるが、「ケアマネジメントの基本的な考え方」を参考に指定するケアマネジメントの書式を作成し記録・保管しなければならない。

# 介護予防ケアマネジメントについて

## C サービス担当者会議

1. ケアマネジメントAにおいて実施する。
2. 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おこなったときは、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。

## D 利用者への説明・同意

1. 作成したケアプランの内容について、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

## E ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

1. 本人の同意を得た後、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交付する。

## F サービス利用開始

# 介護予防ケアマネジメントについて

## G モニタリング(給付管理)

1. 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回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
2. 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。

## H 評価

1. 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、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等の方針を決定する。
2. 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合等再度基本チェックリスト及びアセスメントシートを実施し、あらためてサービスの振り分けから行う。
3. 基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を行う。

## ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	介護予防サービス計画	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	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)	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)
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	○	○	△	—

○:実施    △:必要に応じて実施    —:不要

## ケアマネジメントの単価及び加算について

種類	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
単価	430単位	300単位	215単位
初回加算	300単位	300単位	なし
介護予防小規模多機能型居宅事業連携	300単位	300単位	なし
給付管理	毎月(国保連)	毎月(国保連)	(検討中)
想定サービス	国基準	サービスA (訪問型・通所型)	一般介護予防 サービスB・C

※初回加算:新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2ヶ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。)ケアマネジメントAとBが連続している場合は初回加算としない。