

## ケアマネジメントCの実施方法等について

### 1 ケアマネジメントCの定義

住民支援（住民による自発的な活動による支援）の利用又は地域の介護予防活動その他の活動への参加の開始時にのみ行われるもの。

### 2 基本的な考え方

利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善のみならず、例えば、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような取組を組み合わせるなど、「心身機能」、「活動」、「参加」の視点から、高齢者を総合的に支援することが重要である。

このため、ケアマネジメントCでは、高齢者自身が、地域住民が実施する各種支援活動、介護予防活動、集いの場における交流などに、利用者あるいは運営者の立場でできる限り積極的に参加することなどを通じて、高齢者が地域で孤立することなく主体的に介護予防につながる取組を進められるようにすることを目指している。

### 3 実施類型

ケアマネジメントCの実施類型としては、①新規、②サービス・活動事業（介護予防訪問介護相当事業、介護予防通所介護相当事業）終了後のいずれかが想定される。類型ごとの対象者・委託料は、以下のとおり。

類型	対象者	委託料
①新規	要支援者又は事業対象者であって、新規※に住民主体の支援の利用又は地域の介護予防活動等へ参加をする者	742 単位（7,420 円） 【内訳】 基本委託料（442 単位）＋初回加算（300 単位）
②サービス・活動事業終了後	サービス・活動事業の終了後、住民主体の支援の利用又は地域の介護予防活動等へ参加する要支援者又は事業対象者	ア. 状態の改善によって、サービス・活動事業の終了後、事業対象者でなくなった者（基本チェックリスト非該当となった者）の場合 742 単位（7,420 円） 【内訳】 基本委託料（442 単位）＋卒業加算（300 単位）
		イ. ア以外の要支援者又は事業対象者である場合 442 単位（4,420 円） 【内訳】基本委託料（442 単位）

※新規：初めてケアマネジメントCを受ける者、過去2か月以上介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを提供していない（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントが算定されていない）者

## 4 実施手順

### (1) 基本方針

ケアマネジメントCは、基本的に、住民支援の利用開始時又は地域の介護予防活動等への参加の開始時にのみ行われるケアマネジメントであり、アセスメントを行い、ケアマネジメント結果等記録表を作成するが、原則として、モニタリングや評価は行わない。

### (2) 具体的な手順

※サービス・活動事業終了後に行われるケアマネジメントCでは、以下のア～ウの手順は省略可能。

#### ア. 相談受付

- ① 利用者等から、住民支援の利用又は地域の介護予防活動等への参加についての相談を受ける。

#### イ. 利用申し込みの受付

- ① 介護保険被保険者証又は資格者証を確認する。
- ② 利用申込者が要支援認定及び事業対象者の特定を受けていない場合、基本チェックリストを実施し、事業対象者の基準に該当するか確認する。
- ③ 利用申込者に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントに係る重要事項説明書を交付・説明し、同意を得る。
- ④ 基本チェックリスト及び介護予防サービス・支援計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書へ必要事項を記入してもらい、市へ届け出る。

#### ウ. 契約の締結

- ① 利用申込者と契約を締結する。
- ② 指定居宅介護支援事業者にケアマネジメントの一部を委託する場合は、指定居宅介護支援事業者と委託契約を締結する。

#### エ. アセスメント

- ① 利用者の生活機能、健康状態、置かれている環境等を把握した上で、「運動及び移動」「家庭生活を含む日常生活」「社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション」「健康管理」の領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握する。
- ② アセスメントに当たっては、介護予防マニュアル（厚生労働省、第4版）に掲載している、基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシート、プログラム参加に係るチェックシートのほか、興味・関心チェックシート等を活用する。なお、医師に判断を求める必要がある場合は、原則ご本人から主治医に確認をとって

いただく。

- ③ アセスメントに当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行う。この際、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。

#### オ. ケアマネジメント結果等記録表の作成

- ① 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用者・家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、本人、住民支援・活動担当者等が目標を達成するために行うべき支援内容等を記載したケアマネジメント結果等記録表の原案を作成する。ケアマネジメント結果等記録表の様式は、別記様式を参考とする。
- ② 住民支援・活動担当者（住民による自発的な活動による支援又は地域の介護予防活動の担当者をいう。以下同じ。）に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を住民支援・活動担当者と共有するとともに、当該ケアマネジメント結果等記録表の原案の内容について、住民支援・活動担当者から意見を求める。
- ③ 当該ケアマネジメント結果等記録表の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得る。
- ④ ケアマネジメント結果等記録表の内容に沿って、利用者が、継続的かつ主体的に、住民支援等を利用又は地域の介護予防活動等へ参加できるよう、住民支援・活動担当者と調整を行うなど、必要な支援を行う。
- ⑤ ケアマネジメント結果等記録表を作成した際には、当該ケアマネジメント結果等記録表を利用者に交付するとともに、利用者の判断により、利用者自身が住民支援・活動担当者にケアマネジメント結果等記録表を交付できる旨を説明する。
- ⑥ 地域包括支援センターは、利用者が、住民支援等の利用又は地域の介護予防活動等への参加につながった後であって、利用者の心身の状況に変化があった場合などの必要な場合には、支援を再開できる体制を整えておく。

#### 5 住民支援・地域の介護予防活動等の内容

ケアマネジメントCによってつなぐ住民支援・地域の介護予防活動等としては、高齢者自身が主体的かつ継続的に利用又は参加できるものとし、地域の介護予防活動（体操教室等）、就労、ボランティア、趣味活動等を想定している。想定される例については、次項の表を参照されたい。

※ ケアマネジメントCによってつなぐことが想定される住民支援・活動担当者のうち、市が把握している主だった者に対しては、今後、市より順次ケアマネジメント利用者の受入等の協力について説明を行う予定。説明の結果、受入が可能との意向を示した住民支援・活動担当者については、改めて、地域包括支援センターに伝達する。

【ケアマネジメントCでつなぐ住民支援・地域の介護予防活動等の例】

住民支援・活動	実施主体 (住民支援・活動担当者)	ケアマネジメント 結果記録表の交付
こころの縁側づくり事業 (地域のつどい、まちなかいきいサロン)	地区社協、町(内)会、民 児協、協同組合、NPO法 人等	利用者自身による 住民支援・活動担 当者への交付を推 奨。
福祉の雪対策事業		
ひとり暮らし高齢者給食支援事業		
ほのぼのコミュニティ21推進事業		
福祉安心電話支援事業		
その他の地域活動や体操の集まり、 茶話会等		
高齢者就業	シルバー人材センター等	
ボランティア	社協、各事業所・施設等	
老人クラブ活動	老人クラブ	
チームオレンジの活動	チームオレンジ	

6 住民支援・地域の介護予防活動等へのつなぎに当たっての留意事項

(1) 住民支援・活動担当者へのケアマネジメント結果等記録表の交付

作成されたケアマネジメント結果等記録表は、利用者に対して交付されることとなっている。あわせて、介護予防と自立支援を推進する観点から、その者の状態等に応じた適切な支援や活動の場の提供につながるよう、個人情報保護の遵守を図った上で、住民支援・活動担当者に対してケアマネジメント結果等記録表の情報が提供されることが望まれる。

このため、利用者の判断により、利用者自身が住民支援・活動担当者にケアマネジメント結果等記録表を交付できる旨を、利用者に対して説明すること。

なお、個人情報保護の観点から、原則として、地域包括支援センターは、住民支援・活動担当者に対して、ケアマネジメント結果等記録表を直接交付しないこと。

7 委託料請求に当たっての留意点

ケアマネジメントCを通じて住民支援・地域の介護予防活動等につないだ月について、ケアマネジメントC委託料を、青森県国民健康保険団体連合会経由で請求する。

なお、ケアマネジメントC委託料を請求する際には、住民支援・地域の介護予防活動等につないだ月の翌月10日までに、ケアマネジメント結果等記録表の写しを、市高齢者支援課(居宅介護支援事業所の場合は、地域包括支援センター経由で)まで提出すること。

(注) 利用者が住所地特例対象者である場合も、ケアマネジメントC委託料は青森市に

請求する。なお、委託料請求にあたっての具体的な方法は、青森市介護予防ケアマネジメント実施要綱に定めるとおりとする。

なお、ケアマネジメントC委託料を算定した利用者に対し、再度ケアマネジメントCを算定する場合、前回の委託料算定後6か月を経過する前の算定はできないので注意すること。

## 8 ケアマネジメント実施後の取扱い

地域包括支援センターは、利用者が、住民支援等の利用又は地域の介護予防活動等への参加につながった後に、利用者の状態悪化等により、再度支援が必要となった場合に備え、支援を再開できる体制を整えておく。こうした事後の支援に円滑につなげていくための仕組みづくりとしては、例えば、以下のような例などが考えられる。

### 【状況悪化等を見逃さない仕組みづくりの例】

- ・住民支援・活動担当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。
- ・住民支援・活動担当者が出席簿を作成の上、地域包括支援センターに報告する。

※網掛け部分への記載は 必須ではない。

別記様式

別記様式

### 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画					期間
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数)を記入して下さい  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

【意見】  
 地域包括支援センター

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_