

## 別添第1（第7条関係）

### （1）介護予防ケアマネジメント A

ケアマネジメント A においては、介護予防支援に準じた形で実施する。

#### ア 事業対象者の把握

総合事業実施要項第5条第2号に規定する対象者（以下「事業対象者」という。）を把握するために、基本チェックリストの実施等の選定に係る業務及び事業対象者としての手続き等の支援を行う。

なお、本業務については、包括支援事業における総合相談業務と一体的に行う。

#### イ アセスメント（課題分析）

① 介護予防ケアプラン作成に当たっては、対象者の有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を適切な方法により把握した上で、対象者及び家族等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対象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、対象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 アセスメントは、原則として対象者の居宅を訪問し、対象者及びその家族等に面接の上、実施すること。なお、この場合においては面接の趣旨を対象者及びその家族等に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

#### ウ 介護予防サービス・支援計画（介護予防ケアプラン）原案作成

前号におけるアセスメントの結果、対象者が目標とする生活、専門的観点からの目標の設定と具体策、対象者及びその家族等の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、藤沢市総合事業実施事業者、藤沢市総合事業以外の保険医療・福祉サービス、住民サービス等を提供する者等が目標を達成するために行うべき支援の内容及びその期間等を記載した介護予防ケアプランの原案を作成する。

#### エ サービス担当者会議の開催

介護予防ケアプラン原案に位置づけた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動の担当者を招集し、対象者の状況等に関する情報を共有するとともに、当該介護予防ケアプラン原案の内容について、サービス・活動の担当者から専門的な見地からの意見を求める場としてサービス担当者会議を開催する。

#### オ 対象者への説明・同意

介護予防ケアプラン原案に位置づけた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動について、藤沢市総合事業におけるサービス事業支給費の対象

となるか否かを区分した上で、当該介護予防ケアプラン原案の内容を対象者又はその家族等に説明し、文書により対象者の同意を得なければならない。なお、この同意をもって当該介護予防ケアプランは決定したものとする。

#### カ 介護予防ケアプランの交付

前号により決定した介護予防ケアプランは、対象者及びサービス・活動担当者に交付する。又、介護予防ケアプランに位置づけた指定事業者等に対して、指定業者の指定基準において位置づけられている個別サービス計画の提出を求めて作成を指導するとともに、少なくとも1か月に1回はサービスの提供状況や対象者の状態等に関する聴取を行う。

#### キ モニタリング

介護予防ケアプランの作成後、介護予防ケアプランの実施状況の把握と継続的なアセスメントを実施し、必要に応じて介護予防ケアプランの変更、藤沢市総合事業実施事業者等との連絡調整、その他の便宜の提供を行うものとする。又、モニタリングの実施に当たっては、原則として次に掲げるとおり対象者及びその家族等や藤沢市総合事業実施事業者等との継続的な連絡を行うこととする。

- ① 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3か月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに対象者の状況に著しい変化があったときは、対象者の居宅を訪問して面接すること。
- ② 対象者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り通所型サービスに係る事業所を訪問する等の方法により対象者との面接ができるよう努めるとともに、面接ができない場合にあっては、電話等により対象者との連絡を取ること。
- ③ 少なくとも1か月に1回は、モニタリングの結果を記録すること。

#### ク 評価

介護予防支援給付に対するケアマネジメントプロセス同様に、介護予防ケアプランに位置づけた期間の終了時及び介護予防ケアプランの作成から4回目のモニタリング（3か月に1度行うモニタリング）毎に、対象者の居宅を訪問した上で介護予防ケアプランの実施状況を踏まえた目標の達成状況の評価や基本チェックリストによる生活機能の再評価等を行い、新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等について、対象者と共有しながら今後の方針を決定する。

## (2) 介護予防ケアマネジメント B

ケアマネジメント B は、緩和した基準によるケアマネジメントであり、サービス担当者会議等を省略したものである。地域包括支援センターが担当するものとする。

### ア 事業対象者の把握

事業対象者を把握するために、基本チェックリストの実施等の選定に係る業務及び事業対象者としての手続き等の支援を行う。

なお、本業務については、包括支援事業における総合相談業務と一体的に行う。

### イ アセスメント

① 介護予防ケアプラン作成に当たっては、対象者の有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を適切な方法により把握した上で、対象者及び家族等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対象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、対象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 アセスメントは、原則として対象者の居宅を訪問し、対象者及びその家族等に面接の上、実施すること。なお、この場合においては面接の趣旨を対象者及びその家族等に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

### ウ 介護予防サービス・支援計画（介護予防ケアプラン）原案作成

前号におけるアセスメントの結果、対象者が目標とする生活、専門的観点からの目標の設定と具体策、対象者及びその家族等の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、藤沢市総合事業実施事業者、藤沢市総合事業以外の保険医療・福祉サービス、住民サービス等を提供する者等が目標を達成するために行うべき支援の内容及びその期間等を記載した介護予防ケアプランの原案を作成する。また、ケアプランに位置付けたサービス・活動担当者に対象者の状況等に関する情報を共有するとともに、必要に応じて当該介護予防ケアプラン原案の内容について、サービス・活動の担当者から専門的な見地からの意見を求める。

### エ 対象者への説明・同意

介護予防ケアプラン原案に位置づけた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動について、藤沢市総合事業におけるサービス事業支給費の対象となるか否かを区分した上で、当該介護予防ケアプラン原案の内容を対象者又はその家族等に説明し、文書により対象者の同意を得なければならない。なお、この同意をもって当該介護予防ケアプランは決定したものとする。

### オ 介護予防ケアプランの交付

前号により決定した介護予防ケアプランは、対象者及びサービス・活動担当者に交付する。又、介護予防ケアプランに位置づけた指定事業者等に対して、指定業者の指定基準において位置づけられている個別サービス計画の提出を求めて作成を指導するとともに、少なくとも1か月に1回はサービスの提供状況や対象者の状態等に関する聴取を行う。

#### カ モニタリング

介護予防ケアプランの作成後、介護予防ケアプランの実施状況の把握と継続的なアセスメントを実施し、必要に応じて介護予防ケアプランの変更、藤沢市総合事業実施事業者等との連絡調整、その他の便宜の提供を行うものとする。又、モニタリングの実施に当たっては、その家族等や藤沢市総合事業実施事業者等との継続的な連絡を行いながら、対象者の状態に合わせてモニタリング期間を定める。サービスの評価機関が終了する月並びに対象者の状況に著しい変化があったときは、対象者の居宅を訪問し面接をおこない、その結果を記録する。

#### キ 評価

対象者の居宅を訪問した上で介護予防ケアプランの実施状況を踏まえた目標の達成状況の評価や基本チェックリストによる生活機能の再評価等を行い、新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等について、対象者と共有しながら今後の方針を決定する。

## (2) 介護予防ケアマネジメント C

ケアマネジメント C は、基本的にサービスの利用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、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を対象者に説明し、理解を得た上で、支援等につなげる。地域包括支援センターが担当するものとする。

### ア 事業対象者の把握

事業対象者を把握するために、基本チェックリストの実施等の選定に係る業務及び事業対象者としての手続き等の支援を行う。

なお、本業務については、包括支援事業における総合相談業務と一体的に行う。

### イ アセスメント（課題分析）

- ① 介護予防ケアプラン作成に当たっては、対象者の有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を適切な方法により把握した上で、対象者及び家族等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対象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、対象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 アセスメントは、原則として対象者の居宅を訪問し、対象者及びその家族等に面接の上、実施すること。なお、この場合においては面接の趣旨を対象者及びその家族等に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

### ウ ケアマネジメント結果案作成

前号におけるアセスメントの結果、対象者目標とする生活、専門的観点からの目標の設定具体策、対象者及びその家族等の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、藤沢市総合事業実施事業者、藤沢市総合事業以外の保険医療・福祉サービス、住民サービス等を提供する者、地域の予防活動等の場を提供する者等が目標を達成するために行うべき支援の内容及びその期間等を記載したケアマネジメント結果案を作成する。作成したケアマネジメント結果案は必要に応じて藤沢市へ提出し、藤沢市地域ケア会議において検討するものとする。

### エ 対象者への説明・同意

ケアマネジメント結果案に位置づけた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動について、藤沢市総合事業におけるサービス事業支給費の対象となるか否かを区分した上で、当該ケアマネジメント結果案の内容を対象者又はその家族等に説明し、文書により対象者の同意を得なければならない。

い。なお、この同意をもって当該ケアマネジメント結果は決定したものとす  
る。

オ ケアマネジメント結果の交付

前号により決定したケアマネジメント結果は、対象者に対し、交付するも  
のとする。

カ 連絡体制

対象者の状態等に応じた適切なサービス提供につなげるよう、ケアマネ  
ジメント結果については、適宜介護予防ケアマネジメント関連サービス・活  
動の担当者と情報共有を図るものとする。又対象者の状況に変化があった  
際に、適宜介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動の担当者から事業  
実施者に連絡することができるよう体制を整えるものとする。