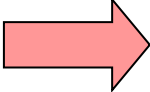
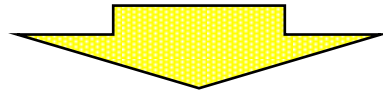


その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援する

 「自立支援」(=介護保険の基本理念)



介護予防ケアマネジメントのポイント

目標の共有と利用者の主体的なサービスの利用
将来の改善の見込みに基づいたアセスメント
明確な目標設定をもった介護予防サービス計画づくり

介護予防ケアマネジメントの手順

※地域包括支援センターにおいて実施

1. アセスメント

- 生活機能低下の背景・原因および課題の分析



- ①認定調査項目や主治医意見書、基本情報、から情報把握(基本チェックリストも活用)
- ②対象者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析

2. 介護予防ケアプランの作成

- 目標、具体策、利用サービスなどの決定
- 家族やサービス提供担当者などと共通認識



- ①対象者及び家族と面接しながら、介護予防ケアプランの対象となる「目標、具体策」を決定
- ②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る

3. モニタリング

利用者自身の日常能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握する。



4. 評価

- ①事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。

新しい介護予防ケアマネジメントの考え方

現行

1. アセスメント

- 生活機能低下の背景・原因および課題の分析



2. 介護予防ケアプランの作成

- 目標、具体策、利用サービスなどの決定
- 家族やサービス提供担当者などと共通認識



3. モニタリング



4. 評価

総合事業移行後

1. アセスメント

- 生活機能低下の背景・原因および課題の分析



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



※ケアプラン作成なし

2. 介護予防ケアプランの作成

- 目標、具体策、利用サービスなどの決定
- 家族やサービス提供担当者などと共通認識



3. モニタリング



※間隔を空けて実施

4. 評価

ケアマネジメント類型における各プロセスの実施

	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
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)
モニタリング	○	△	—

○:実施 △:必要に応じて実施 —:不要

ケアマネジメントにおける使用帳票

	現行	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
利用者基本情報	○	○	○	○
基本チェックリスト	○	○	○	○
介護予防サービス・支援計画表	○	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
介護予防支援・サービス評価表	○	○	○	—
介護予防支援経過記録	○	○	○	△

○:実施 △:必要に応じて使用 —:不要