

# 介護予防ケアマネジメントBの流れ（令和元年10月より）

## 契約・アセスメント

- 利用者との契約、基本チェックリスト、アセスメントの実施。
- 居宅届と基本チェックリストを市の福祉課介護保険担当窓口へ提出。
- サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）に利用者同意日を追記し、署名か捺印のあるサービス利用票の写しを担当地区の包括へ提出。

## サービス利用

- 必要に応じて、基本情報や介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）等の書類を作成。
- 毎月サービス利用の実績を担当包括へ提出し、国保連へ請求。
- 情報や目標の共有等は、口頭や基本情報、サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）への記載など、利用者像に適した対応を行う。

## モニタリング・評価

- モニタリングは従来通り実施。評価は利用者の状況に合わせて随時行う。
- 1年毎に基本チェックリストと評価の実施。継続してサービス利用の場合、サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）とチェックリストのみ包括に提出。

※サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）に本人同意の署名か捺印があれば、介護予防ケアマネジメントBに限り、サービス利用可。  
※書類の作成などは利用者像に合わせて作成。書式は各事業所で使用しているのを活用。  
※社会資源の活用やインフォーマルサービスの利用・追加した場合、サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）に手書きで記入し、担当包括へ提出する。

## 介護予防ケアマネジメントBでの支援例

### 例1：認知機能に問題なく、膝痛が主な原因で、基準緩和型のデイサービスの利用者

基本情報とサービス利用票（兼 介護予防サービス計画）を作成し、サービス利用開始。サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）に目標を記載して、利用者・デイサービス事業所と目標の共有を行った。

### 例2：高齢の為、少し認知機能の低下（時々物忘れ）があり、基準緩和型のヘルパーの利用者

基本情報とサービス利用票（兼 介護予防サービス計画）を作成し、サービス利用開始。サービスの利用日時を忘れて外出する恐れがある為、CMか事業者が利用日のカレンダーを作成し、利用者宅に貼った。

### 例3：自立を見越した支援の組み立て

目標を3か月で設定し、本人に動機付けを行ない、サービスの利用開始。サービス利用中に地域資源やインフォーマルに繋ぎ、3か月後にサービス利用が不要な状態であると判断できた場合、サービス終了した。