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等の利用について検討し、ケアプランを作成していく介護予防ケアマネジメントは利用するサービスに囚われるのではなく、利用者の状態に応じて選択する。

分類	①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントA)	②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントB)	③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントC)
	介護予防支援と同様 少なくとも3ヶ月ごとにモニタリング	モニタリングについては、利用者の状況により、3ヶ月時、6ヶ月時、12ヶ月時等で行う。	初回のみ (必要に応じてモニタリングは可。モニタリング費用はなし)
マネジメントの方法	アセスメント 1)ケアプラン原案作成 2)サービス担当者会議 3)利用者への説明・同意 4)ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ) 5)サービス利用開始 6)モニタリング(給付管理)	アセスメント 1)ケアプラン原案作成 2)サービス担当者会議(省略可) 3)利用者への説明・同意 4)ケアプランの確定・交付(利用者・サービス提供者へ) 5)サービス利用開始 6)モニタリング(適宜)	アセスメント 1)ケアマネジメント結果案作成 2)利用者への説明・同意 3)利用するサービス提供者等への説明・送付 4)サービス利用開始
利用者の状態像	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防給付、総合事業共に始めて利用する方。 ・利用者の状態が変化しやすい(退院直後や筋力低下が著しく見られるなど) ・予防への意欲も低下している。要支援だが、要介護に近い状態の方。 ・以前より、社会交流がなく孤立している方 ・要支援認定であっても、身体介護が必要な方 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防給付や総合事業の利用歴がある。 ・身体状況は安定している。(要支援1レベル) ・社会的交流がある方や外出機会のある方。 ・家族による見守り等が期待できる方。 ・生活能力が高く、買い物は自分で行ける人 ・家で権限のある方。 ・家族の理解、協力が得られる方 ・健康管理ができています ・年相応の認知機能のある方 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防給付や総合事業の利用歴がある。 ・認知状態も良好で、介護予防への意欲も高く、自己管理できる方。(より非該当に近い方) ・以前から社会的交流があり、現在も保たれている方。 ・ほとんど自立している。
マネジメントにより考えられるサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合(指定事業所によるサービス) <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護相当サービス ・介護予防通所介護相当サービス ・通所型サービスA(指定事業所) ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合(保健・医療専門職が提供する短期集中サービス) <ul style="list-style-type: none"> ・通所型サービスC(委託) ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) ・通所型サービスA(委託) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合

* マネジメントによって考えられるサービスはあくまでも例示である。

マネジメントの類型は、利用者の状態像を基本に選択する。

介護予防の理念を考慮し、利用者本人の理解が良好で、目標を持って事業に参加していること、サービスの利用について自己管理できるなどであれば、簡略化したケアマネジメントも可能である。