

(Ver.1 / 平成 29 年 2 月版)

**介護予防・日常生活支援総合事業
(総合事業)の手引き**

【 地域包括支援センターにおける
介護予防ケアマネジメント 編 】

豊中市健康福祉部高齢者支援課

地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント 編

《目次》

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について . . . p 1
 - (1) 介護予防・日常生活支援総合事業とは
 - (2) 総合事業の目的
 - (3) 総合事業の構成

2. 介護予防ケアマネジメントについて . . . p 4
 - (1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント
 - ① 介護保険の理念について
 - ② これからの介護予防で求められる視点
 - ③ 自立支援のための介護予防ケアマネジメント
 - (2) 介護予防ケアマネジメントの種類と概要
 - (3) 介護予防ケアマネジメント実施の手順

3. サービス内容と利用対象者像について . . . p 12

4. 給付管理について . . . p 14
 - ① 支給限度額について
 - ② 費用負担について
 - ③ 請求の流れ
 - ④ その他

5. 契約関係について . . . p 16
 - ① 必要な契約について
 - ② 住所地特例者、他市居住者について

(1) ケアマネジメントに関する様式

- | | |
|--------|--|
| 様式 1 | 基本チェックリスト |
| 様式 2 | 基本チェックリストについての考え方 |
| 様式 3-1 | 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
（介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書） |
| 様式 3-2 | 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 |
| 様式 4 | 興味・関心チェックシート |
| 様式 5 | 利用者基本情報 |
| 様式 6-1 | 介護予防サービス・支援計画書 |
| 様式 6-2 | 介護予防サービス・支援計画書【初回のみケアマネジメント用】 |
| 様式 7 | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
（サービス担当者会議の要点を含む） |
| 様式 8 | 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 |

様式 1～様式 3
はマニュアル（流れ編）に掲載

(2) 参考資料

- | | |
|------|--|
| 表 4 | 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例 |
| 表 11 | 要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例） |
| 表 12 | 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例） |

【参考資料】 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領

《注》 本文中の「マニュアル（マネジメント編）」とは「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き（地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント編）」を、「マニュアル（流れ編）」とは「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き（相談から利用までの流れ編）」をいう。

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護保険法 第 115 条の 45 (地域支援事業)

市町村は、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。（以下略）

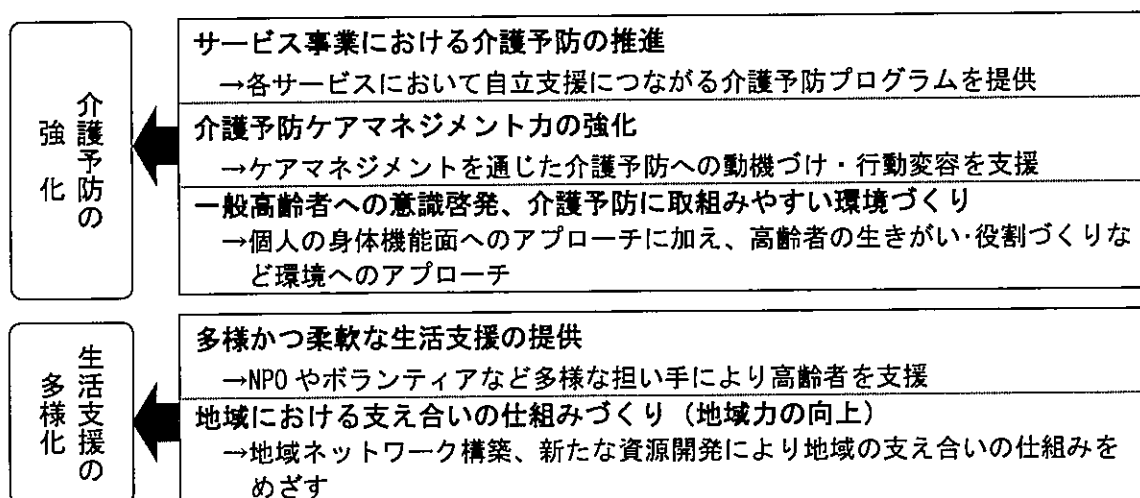
介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）は、市町村が中心となつて、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることをめざすものです。

総合事業の実施については平成 27 年 4 月施行とされていますが、市町村の判断により事業開始時期を平成 29 年 3 月末まで猶予することが可能とされています。

豊中市では、平成 29 年 4 月から総合事業を開始します。

(2) 総合事業の目的

総合事業の目的は、「介護予防の強化」と「生活支援の多様化」とされています。



介護や生活支援を必要とする高齢者や、独り暮らし高齢者・高齢者のみ世帯が増える中、地域で安心して生活していくには、買い物や掃除・ゴミ出し・見守りなど日常生活における多様で柔軟な支援がこれまで以上に必要になることが見込まれています。このため、従来の訪問介護や通所介護だけではなく、住民が実施する取組みや地域での支え合いなど、多様な担い手により高齢者を支援する体制を地域の中に作っていくことが求められています。

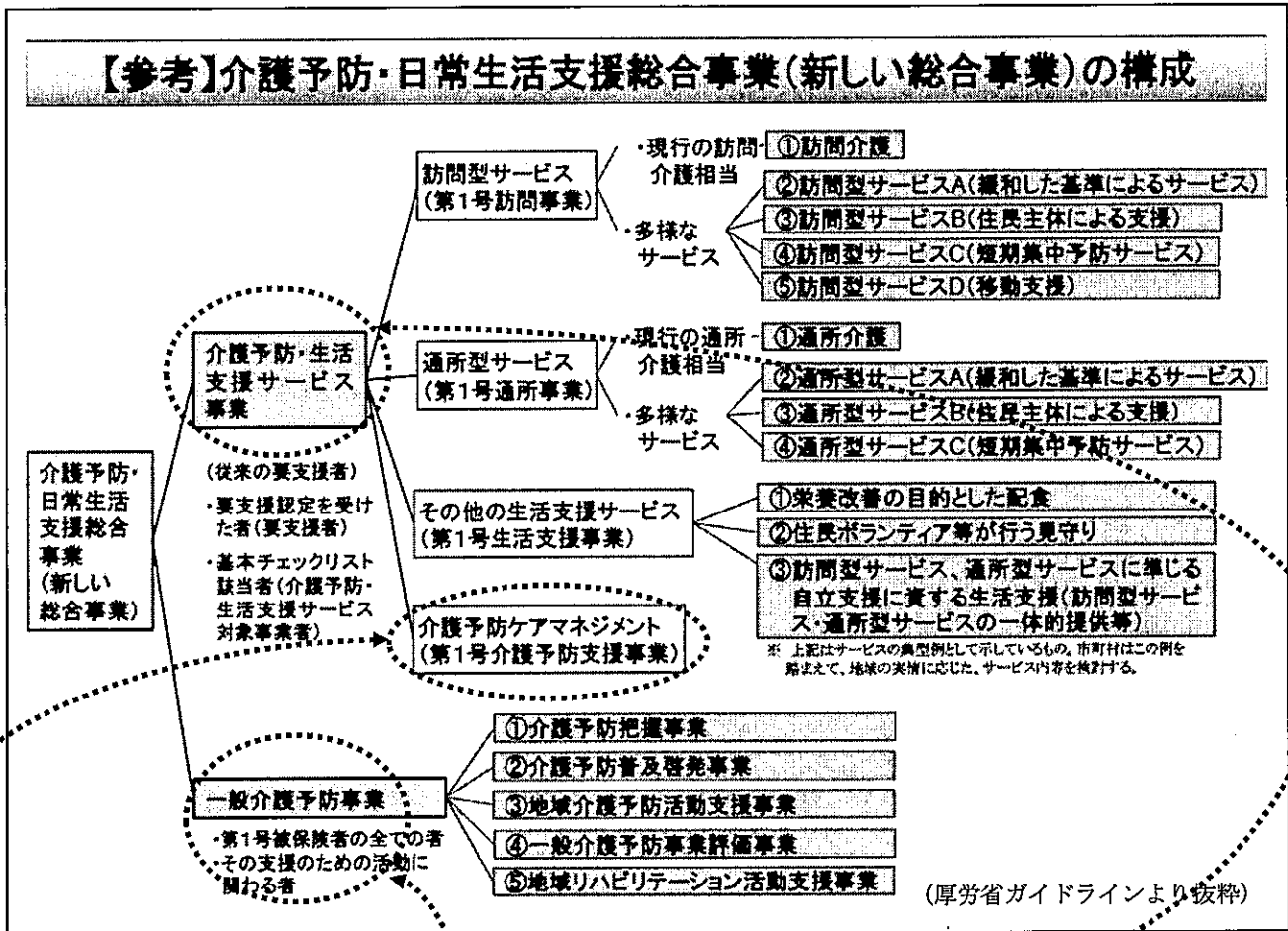
高齢者がいつまでも健康で元気に過ごしていくには、一人ひとりができる限り介護予防に

努めることが大切ですが、それに加えて、高齢者自身が家庭や地域の中で何らかの役割を担い、やりがいや生きがいを持って生活することも介護予防につながります。

さらには、元気な高齢者が増え、その方々が自らの豊富な知識や経験を生かして「地域活動の担い手」「地域の要援護高齢者の支え手」となることで地域が活性化し、より良い地域づくりにつながることも期待されています。

(3) 総合事業の構成

総合事業の構成は以下のとおりです。



【介護予防ケアマネジメント】

介護予防及び日常生活支援を目的として、地域包括支援センター(または委託を受けた居宅介護支援事業所)が要支援者・事業対象者に対してアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、上記サービスなどが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものです。

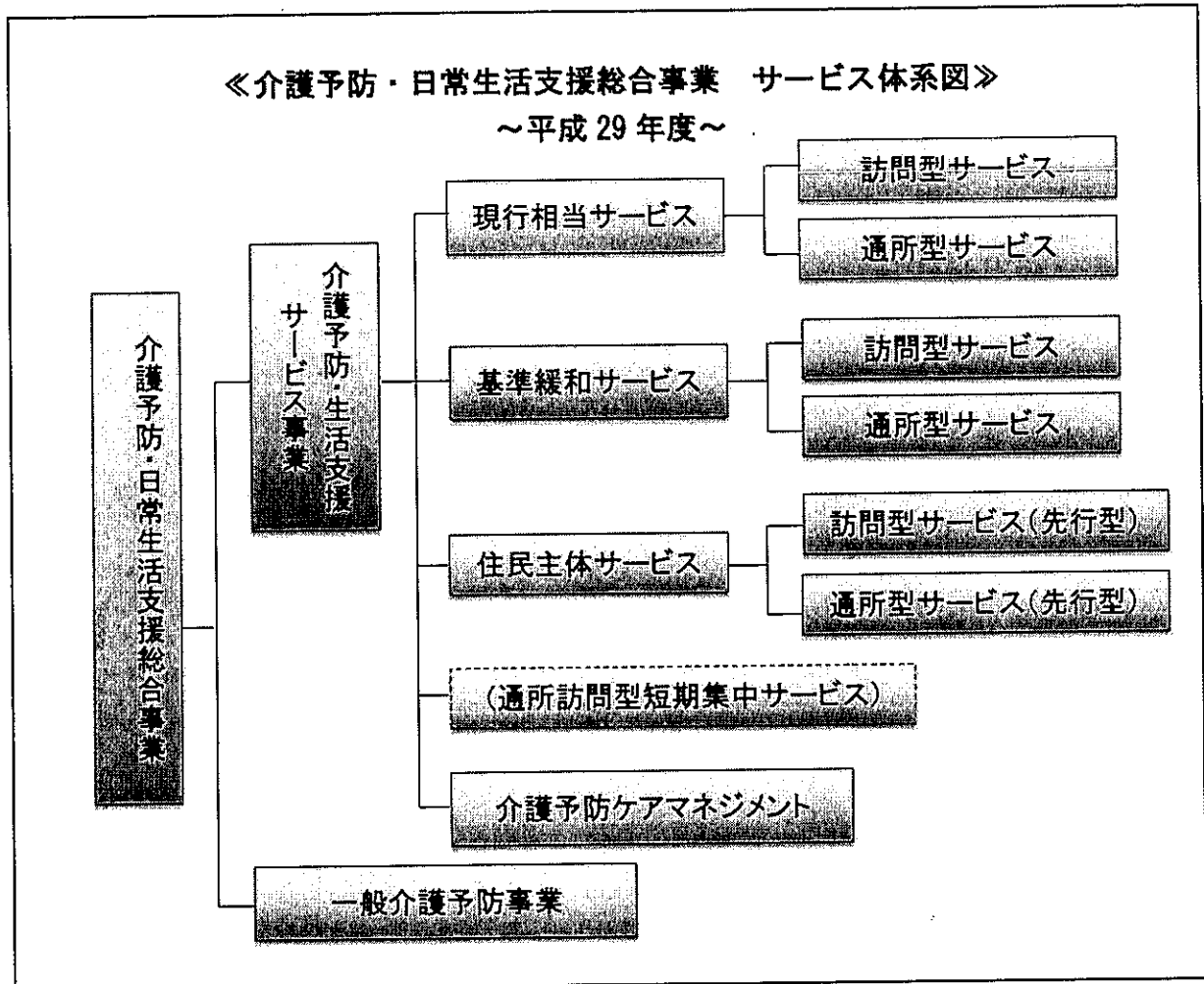
【介護予防・生活支援サービス事業】

「介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援)」に基づき、「訪問型サービス(第1号訪問事業)」や「通所型サービス(第1号通所事業)」、「その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)」を利用するものです。

【一般介護予防事業】

第1号被保険者全員を対象とし、介護予防活動の普及啓発などを行うものです。介護予防活動の推進にあたっては、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような「地域づくり」につなげていく必要があります。

《豊中市における総合事業の構成》



2. 介護予防ケアマネジメントについて

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント

① 介護保険における理念について

【介護保険法】

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

- ◇ 第1条では、要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険給付を行うと定められています。
- ◇ 第2条第2項では、保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われなければならないと定められています。保険給付は、被保険者の選択に基づき行われるもの（同法第2条第3項）ですが、それは要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討し提供される必要があります。
- ◇ 第4条では、国民の努力や義務(自助)についても定めており、国民は自ら要介護状態となることを予防するため、常に健康の保持増進に努め、要介護状態等になった場合においても、保健福祉サービス等を利用することにより、その有する能力の維持向上に努めると定めています。

②これからの介護予防で求められる視点

要支援者については、排泄・食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）は自立しているものの、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の一部が難しくなっている人が多い状況です。このような要支援者の状態を踏まえると、「支援する側」と「支援される側」という画一的な関係性でなく、これまでの地域とのつながりを維持しながら、その有する能力に応じた柔軟な支援をすることで、ご本人の自立意欲向上につなげていくことが求められます。

これまでの介護予防は「機能回復訓練」など高齢者個人へのアプローチが中心でしたが、これからは高齢者が地域で「生きがい」「役割」を持って生活できる「居場所」「出番」づくりといった「高齢者を取り巻く環境へのアプローチ」も重要になってきています。つまり、心身機能向上プログラムのみによる介護予防だけではなく、これからは「自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、結果的に介護予防になる」という発想の転換を行い、本人の「自発性・参加意欲」と「継続性」をキーワードとした支援を行っていく必要があるのです。

しかしながら、個人の参加意欲は、周りからの働きかけで簡単に高まるものではないため、介護予防活動への参加につなげるためには、本人に対する「動機づけ」が何よりも重要です。自分自身がしてみたい、興味が持てるような活動を地域の中で見つけ出し、参加につなげていけるような側面的支援をどのように行っていくか考えることが大切です。

③自立支援のための介護予防ケアマネジメント

①でも述べたように自立支援は介護保険の基本理念です。総合事業においては、生活支援の提供や介護予防の中で、自立支援の考え方に改めて立ち返って、これを実践することを志向しています。自立支援は、単に「できないことを代わりにやる」という意味での支援ではなく、可能な限り自分でできることは自分で対応し、「できないこと」を可能な限り「できるようにするための支援」を提供するものです。よって、自立支援の実現においては「外部の専門職の技術的介入」も必要ですが、「本人の自立に向けた意欲」があることが前提となります。

そのためには、本人の興味・関心や生活上の困りごとを把握したうえで、それを本人の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取り組みに切り替えていく必要があります。それには、本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為が具体的にケアマネジメントの中で「目標」として明確に設定されていることが重要です。

例えば、「足腰が弱って買い物に出るのが億劫になった」という高齢者に対して、単に訪問介護の生活援助や宅配サービスの利用を勧めるのではなく、「近くのスーパーに買い物に出られるようになりたい」という本人の希望を実現するために、「何が必要なのか」という視点からケアプランを考える必要があります。

ケアマネジメントを行うことの目標は、サービスを利用してもらうことではなく、その人の生活していた日常生活に戻れるように支援することです。設定される目標は、それまでのご本人の生活が反映されるため多様なものになることが想定されます。例えば、「元気な時のように孫と近所の公園を散歩したい」「趣味のサークルに復帰したい」などです。当然ながら本人の「したい」「できるようになりたい」を把握し、支援を検討するには、利用者のこれまでの（困りご

とが生じるまでの) 生活や周囲の人間関係などを丁寧にアセスメントしたうえでのケアマネジメントが必要です。

** 自立を支援するケアマネジメントの例 **

【第1ステップ】介護予防が有効な対象者を見極める

がんや難病など進行性疾患や認知症の人には「永続的なサービス提供による支援」が望ましいと考えられますが、慢性疾患や生活不活発病の人には「短期的サービス」により機能回復を図ることが望ましいと考えられます。

【第2ステップ】生活課題を把握し、その原因を見極める

日常生活における課題として「入浴ができない」状態があり、「入浴できるようにする」ため、「通所サービスを利用する」といった判断がなされたとします。しかし、これは「既存のサービスで、できない事柄をどのように代替するか」といった判断に留まっています。

「お世話型のケアプラン」では本人の自立を阻害してしまう危険性があり、そこで終わらないよう、もう一步進めて「入浴ができない要因」を分析する必要があります。原因は「足が上がらない等、入浴動作ができない(身体的要因)」のか「浴槽が深い、手すりがないなど浴室の構造が問題(環境的要因)」なのかなど、「入浴ができない」という生活上の課題を解決するために、「入浴ができない原因」を身体機能面だけに着目するのではなく、本人の精神状態(意欲)、段差などの住環境、家族の状況、経済状況なども含めて総合的にアセスメントを行い、生活上の課題を発生させている要因(複数の因子の関連を含めて)を明らかにすることからはじめる必要があります。

【第3ステップ】課題解決に向けて、自立を支援するようなケアプランを作成する

アセスメントの結果、入浴ができない原因が「下肢筋力が弱っているので、浴槽をまたぐことができない」ということが分かり、本人は「自宅でゆっくり入浴ができるようになりたい」と思っているとします。

これを解決するためには、身体的要因に対してはデイサービスなどで単なる運動ではなく下肢の筋力強化運動を行う、環境的要因に対しては、手すりをつける、浴槽台を使用する、などを行い、自宅で入浴できるようにするなどのケアプランが考えられます。

同じように、例えば、買い物に行けない要因が「買ったものを手に持って歩けない」のであれば手押し車を使用することも考えられますし、下肢筋力が低下していることが要因であれば下肢筋力を強化するプログラムを組み込むといった支援が考えられます。

また、モニタリングを通じて利用者の心身状況の変化、目標達成状況、日常生活の改善(悪化)状況などを確認し、評価を行い、その後の支援方針(サービス終了、提供内容を見直して継続する、目標を見直すなど)をこまめに見直していくことが自立支援につながります。

(2) 介護予防ケアマネジメントの種類と概要

豊中市で実施するケアマネジメント類型はA及びCの2類型とします。

※ 介護予防ケアマネジメントの対象は「事業対象者」「要支援者」です。

但し、「要支援者」が予防給付サービスを利用する場合には、従来の介護予防支援を行い、「介護予防支援費」が適用されます。

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)								
概要	◆従来の「指定介護予防支援」と同様のプロセス(介護報酬の請求方法を除く)で実施する。	◆目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センターが相談しながら実施。 ◆ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や目標・利用サービス内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。 ◆その後は利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する。(セルフマネジメントの推進)								
適用対象者	◆給付管理の対象となる総合事業のサービス(指定を受けたサービス=現行相当、基準緩和型サービス)を利用する場合 ◆通所訪問型短期集中サービスを利用する場合	◆住民主体サービス等を利用するなど、 <u>給付管理の対象となるサービスを利用しない場合であって、利用者自身が自分の健康づくりや介護予防活動に主体的に取り組む姿勢を持っていただけるような場合</u> が想定される。 (例)アセスメント等の結果、「配食サービス」「校区サロン」や「体操の集い」などを利用しながらセルフマネジメントを行う場合など								
プロセス	①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプラン確定・交付 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング(電話等→毎月) (訪問→3か月に1回)	①アセスメント ②ケアマネジメント結果を利用者に説明・同意・交付(結果を本人または包括からサービス提供者にも提供) ③サービス利用開始 ④1年以内のモニタリング (1回のみで可。モニタリング時期は本人状況を踏まえ適宜判断)								
委託料	◆原則的なケアマネジメントであり、現行の介護予防支援と同じプロセスであることを踏まえ、介護予防支援費と同額とする。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>基本(1月につき)</td> <td>430単位</td> </tr> <tr> <td>初回加算</td> <td>300単位</td> </tr> <tr> <td>介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算</td> <td>300単位</td> </tr> </table> <p>※算定方法や基準は「指定介護予防支援」と同様の考え方とする</p>	基本(1月につき)	430単位	初回加算	300単位	介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位	◆ケアマネジメントAから業務は一部省略されるものの、利用者自身のセルフマネジメントへの働きかけ、1年以内のモニタリングなどを踏まえ、以下の額とする。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>基本(初回月のみ支給)</td> <td>730単位</td> </tr> </table> <p>※モニタリングを行う月の分も上記に含める</p>	基本(初回月のみ支給)	730単位
基本(1月につき)	430単位									
初回加算	300単位									
介護予防小規模多機能型 居宅介護事業所連携加算	300単位									
基本(初回月のみ支給)	730単位									

※ 1単位=10.84円(端数切捨て)

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
居宅支援事業所への原案作成委託について	委託の可否について ◆認定非該当から事業対象者になった人 ◆要支援(サービス未利用)から事業対象者に移行した人 ・H29年度については、初回は包括が行い、委託は不可とする(但し、評価後の継続分からは委託可)(★注1) ・高齢夫婦(家族)世帯で一方が要介護者の場合には、利用者世帯の包括的マネジメントの観点から、 <u>例外的に</u> 当初からの委託も可とする ◆要支援者(既に介護保険サービスを利用している人)から事業対象者に移行した人 ◆要支援者 ・初回から委託可とする。 ・但し、初回は包括が立ち会い、総合事業の趣旨説明・契約を行う。包括の同席・助言の下で、居宅支援事業所がアセスメント・担当者会議を行い、ケアプランや支援経過記録の提出を求めること。(※現行の介護予防支援と同様の手順)	委託の可否について 地域包括支援センターが行うこととし、居宅介護支援事業所への委託は不可とする
	原案作成委託費について ◆委託費は、現行の介護予防支援と同様 包括(1):居宅(9) ◆介護予防支援ではないことから居宅介護支援事業所の取扱い(=1/2件扱い)の対象外となる	
	様式 ケアプラン様式について、Aは国が示すとおり、Cは独自様式を用いる。 【理由】 Aは介護予防支援と同様のプロセス・報酬とすることから現行通りの様式を用いることとしたもの	
その他 ◆地域包括支援センター職員の担当件数上限について ケアマネジメントAは、介護予防支援と同様のプロセスを経ることから、適切なケアマネジメントを行うために現行上限(概ね30件)に含めることとする。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Q) 二次予防事業がなくなる分を考慮して、上限件数(30件)を拡大するか? ↓ A) 今後、介護予防の視点から個々のケアマネジメントに力を入れていく必要があることを踏まえ、上限件数は当面は現行のまま(据え置く)とする </div> ◆介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センター職員のほか、指定介護予防支援事業所の介護支援専門員(=プランナー)も担当可能。但し、プランナーによるケアマネジメントにあたっては、センター職員が適切に助言・指導等の関与を行うこととする。		

★注1 H30年度以降については、H29年度の状況を踏まえ「初回から委託」の可否を検討します。

(3) 介護予防ケアマネジメント実施の手順

※厚労省ガイドライン、「地域包括支援センター運営マニュアル(長寿社会開発センター)」から抜粋、一部改編
 ※ケアマネジメントAについては現行の介護予防支援と同様の手順

		A	C
1) アセスメント (課題分析)		○	○
<p>◆利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>《生活機能低下の背景・原因及び課題の分析》</p> <ul style="list-style-type: none"> *利用者宅を訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。 *医療情報、趣味活動、社会的活動、生活歴等を聞き取りながら「○○できない」という課題から「したい」「できるようになる」という目標に変換していく。 *利用者本人の生活機能低下等についての自覚を促す。 *介護予防に取り組む意欲を引き出す。 </div>	<p>[関係帳票]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・興味・関心チェックシート ・利用者基本情報 <p>表 11</p>		
2) ケアプラン原案 (ケアマネジメント結果) 作成		○	○
<p>◆利用者の状況に応じてサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合を考慮して、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型 (A または C 類型) を決める。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>《ケアマネジメントCについて》</p> <ul style="list-style-type: none"> *初回のみでのケアマネジメントで、モニタリングも1度のみで可としていることから、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり・介護予防活動について、主体的に取り組む姿勢をもっていただくことが重要である。 *そのうえで疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合には地域包括支援センターに相談するという意識を醸成していく必要がある。 </div> <p>◆目標・具体策・利用サービスなどを決定する</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>《目標設定について》</p> <ul style="list-style-type: none"> *目標設定については、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現を心がけ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 </div>	<p>[関係帳票]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス支援計画書 <p>表 4</p> <p>表 12</p>		
3) サービス担当者会議		○	×
<p>◆ケアプラン作成時・変更時に開催し、利用者・家族、サービス提供事業者などとの共通認識を図る。</p>	<p>[関係帳票]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス支援計画書 ・介護予防ケアマネジメント経過記録 		
4) 利用者への説明・同意		○	○
5) ケアプラン確定・交付		○	○
<p>◆利用者に交付するとともに、サービス提供事業者にも交付する。</p>	<p>[関係帳票]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス支援計画書 		

6) サービス利用開始	○	○
◆各サービス提供者よりサービスを実施。		
7) モニタリング	○	○
◆サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握 ◆利用者及び家族から直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取 ◆利用者宅への訪問によるモニタリング <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 《ケアマネジメントAの場合》 *少なくとも3ヵ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。利用者の状況に著しい変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。 *それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 《ケアマネジメントCの場合》 *1年以内に1回実施する。 *利用者と家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。 *利用者の状況に変化等があった際には、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておく。 </div>	【関係帳票】 ・介護予防サービス支援計画書 ・介護予防ケアマネジメント経過記録	
8) 評価	○	×
◆実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。	【関係帳票】 ・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 ・介護予防ケアマネジメント経過記録	

*****参考*****

アセスメント時の留意点

【本人・家族とのコミュニケーションで心がけること】

- ◇「できていないこと」ばかりに目を向けず、本人が「できていること」「できそうなこと(潜在能力)」を探す。
- ◇能力(できる・一部できる・できない)と行為(している・一部している・していない)の差を確認し、できる能力があるのに行為として「していないもの」があれば、なぜしていないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。
- ◇めざす生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今までやってきたことから一緒に考える。
- ◇家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取り組みが継続されることも活用する(環境づくり)。
- ◇具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケア実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持ったうえで、利用者に丁寧な説明を行う。

ケアプラン作成時の留意点

【目標設定にあたっての留意事項】

◇自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。達成できない目標を設定することは、利用者が自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながる。特に介護予防を開始したときは、それほど困難でない目標を設定し、達成感や自信を強化することも有効と考えられる。

◇可能性の洞察

「できないことを」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点を当てるのではなく、本人が「できること」「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られるような目標を立てる視点を持つ必要がある。このためには、利用者には「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージをもってもらい、一緒に目標を立てる必要がある。

【サービス選択にあたっての留意事項】

◇利用者のニーズや状態像に応じたサービス選択を行うため、地域にあるサービスやその特徴なども含めて広く社会資源を把握していく必要がある。

◇事業者間の情報共有の必要性

サービス提供にあつては、個々の事業所のサービスが連動する必要があるという意識をより強く持つことが重要である。例えば、通所型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能をさらに活かす訪問型サービスやセルフケアの内容に変更していく必要がある。

◇利用者の状況によっては、訪問介護への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢や技量が求められる。

サービス担当者会議の目的

◇利用者や家族の生活全体およびその課題を共通理解する。

◇地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報を共有し、その役割を理解する。

◇利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画などを協議する。

◇介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解する。

ケアマネジメントCで、状況悪化を見逃さないしくみづくり(例)

◇サービス提供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を受ける仕組みをつくる

◇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

◇出席簿を作成の上、毎月報告を求める

3. サービス内容と利用対象者像について

	現行相当サービス	基準緩和サービス	短期集中サービス <small>※H29年度後半から実施予定</small>	住民主体サービス（先行型）	
サービスのおもな概要	訪問型	<ul style="list-style-type: none"> ◆訪問介護員により、身体介護・生活援助を提供 ◆基準緩和サービスとの併用不可 ◆週1～2回程度 ◆利用時間は利用者により異なる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆訪問介護員または一定の研修受講者により、生活援助を提供（※身体介護は含まない） ◆現行相当サービスとの併用は不可 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで ◆概ね1回1時間程度 	<ul style="list-style-type: none"> ◆短期間(3～6か月間)に通所型と訪問型を組み合わせた支援を行いADLの改善を図る <p>【訪問型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆週に1回(1時間程度)、通所型の利用者に対して訪問してADLの評価、生活環境に対する助言を行う <p>【通所型】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆週1回、「とよなかパワーアップ体操」と、リハ職が作成する個別プログラムを実施する ◆※他サービスとの併用等、詳細については、検討中 	<ul style="list-style-type: none"> ◆市社協と連携協同して実施 ◆市社協と連携協同して実施
	通所型	<ul style="list-style-type: none"> ◆生活機能向上のための機能訓練を提供 ◆基準緩和サービスとの併用不可 ◆週1～2回程度 	<ul style="list-style-type: none"> ◆運動・レクリエーション等を提供 ◆現行相当サービスとの併用は不可 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで 	<ul style="list-style-type: none"> ◆要支援1・2の認定者 ◆事業対象者 	<ul style="list-style-type: none"> ◆要支援1・2の認定者 ◆事業対象者
対象者（利用条件）	要支援1・2の認定者	要支援1・2の認定者 事業対象者	要支援1・2の認定者 事業対象者	要支援1・2の認定者 事業対象者	
	次項の【現行相当サービス対象者の考え方】を参照	(左記以外の人) ・要支援1・事業対象者→週1回まで ・要支援2 →週2回まで	短期間(3～6か月間)、集中的に筋力強化運動を行うことにより、ADLの改善が見込める人		
給付管理の有無	あり	あり	なし	なし	

【 現行相当サービス対象者の考え方 】

訪問型サービス・通所型サービス

現行の『サービス』が必要なケース(例えば、認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者、退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等)



想定ケース

- ・認定調査票もしくは医師の意見書の認知症自立度がⅡ以上の人、認知症と診断されている人
- ・認定調査票もしくは医師の意見書の障害自立度がランク B 以上の人
- ・退院6カ月以内で状態が変化しやすい人
- ・ターミナルケアが必要な人
- ・疾病その他の原因により、状態が変化しやすい人
- ・訪問介護で身体介護が必要な人
- ・訪問介護で週3回訪問が必要な人(要支援2の人が対象)
- ・その他、現在サービスを利用して、サービスの利用の継続が必要な人
(服薬管理、体調管理、入浴介護が必要なケースや身体・精神・療育等手帳保有など特別に配慮を必要とするケース等)
- ・居住している日常生活圏域内に利用可能な基準緩和サービス・住民主体サービスがない人
(経過的措施(状況に応じて見直しあり))

4. 給付管理について

① 支給限度額について

要支援1	5,003単位
要支援2	10,473単位
事業対象者	5,003 単位（上限額は要支援1と同様）

② 費用負担について

利用サービス	事業対象者	要支援者
総合事業のみを利用する場合	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業費から支出)	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業費から支出)
総合事業と予防給付を利用する場合	—	介護予防支援費 (給付費から支出)
予防給付のみを利用する場合	—	介護予防支援費 (給付費から支出)

③ 請求の流れ

◆ 現行の介護予防支援と同様の流れで、国保連合会を通じて請求を行います。

◆ 給付管理の対象となるサービスは以下の通りです。

【給付管理の対象となるサービス】

現行相当サービス（訪問・通所）、基準緩和型サービス（訪問・通所）

【参考】 H29 年度から大阪府国保連合会の支払いシステムに新機能が追加

◆ 「介護予防ケアマネジメント費」の「原案作成委託料」の支払いについて

H29 年 5 月審査以降（府内分のみ）、介護予防支援費と同様に、要支援者・事業対象者とも「原案作成委託料」の振り分け支払が可能となります。

◆ 過誤調整について

現行では支払った原案作成料は、委託先支援事業所から国保連合会に返却することができず地域包括支援センターで調整を行っており、過誤取下げをした場合、取下げ額の全額を地域包括支援センターから返却しています。

変更後（H29 年 4 月サービス提供分から）は、委託先支援事業所の原案作成料として金額調整（直接、国保連合会システムを通じて調整）が可能となります。

④ その他

- ◆事業対象者の有効期間は設けないこととします。
- ◆総合事業においても、介護保険負担割合証の割合（1割または2割）に応じた自己負担とします。（但し、対象は指定事業者によるサービス）
- ◆総合事業においても、高額介護予防サービス費相当する事業（支給）を実施します。（但し、対象は指定事業者によるサービス）

5. 契約関係について

①必要な契約について

締結者	内容	備考
市	市が地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメント業務を委託する契約書 「地域包括支援センター事業運営に関する委託契約書」	介護予防支援業務と異なり、総合事業における介護予防ケアマネジメントは、市が地域包括支援センターに委託する形
地域包括支援センター	介護予防ケアマネジメント業務を提供する契約書・重要事項説明書 ※介護予防支援も併用できる形のもの 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書」	① 次の場合は、改めて契約締結が必要となる □ 要支援認定者が「事業対象者」になり、総合事業サービスを利用する場合 □ H29年度以降に認定更新により要支援者となった人で、予防給付サービスを利用せずに総合事業サービスのみを利用する場合
利用者	「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 重要事項説明書」	② H29年度中に、新規申請により要支援認定を受けた人
地域包括支援センター	介護予防ケアマネジメント業務の一部(原案作成)を委託する契約書 ※介護予防支援も併用できる形のもの	委託を受ける居宅介護支援事業所において、介護予防ケアマネジメントを実施する場合には、改めて契約締結が必要となる
居宅介護支援事業者	「介護予防サービス・支援計画表(介護予防ケアプラン)作成等にかかる業務委託契約書」	

②住所地特例者、他市居住者について

	豊中市の被保険者で 「住所地特例者」の場合	住所地特例者以外 (豊中市被保険者で他市居住者)の場合
ケアマネジメント サービス提供	総合事業は居住地市町村が提供。 ケアマネジメントも居住地の地域包括 支援センターが行う。	*豊中市の被保険者にサービス提供してい る豊中市外の事業所で現行相当サービス のみなし指定を受けている場合であって も、基準緩和サービスについては新規事 業所として原則通りの指定申請手続きが 必要です。
基本チ ェック リス ト の 実 施	居住地市町村でチェックリストを実施 (要介護認定を希望する場合は、保険者 市へ申請)。	*豊中市外の事業所でみなし指定を受け ていない事業所は、現行相当サービス、基準 緩和サービスのそれぞれについて、原則 通りの指定申請手続きが必要です。
介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト 依 頼 届	居住地市町村へ提出	*被保険者が遠方に居住する場合の介護予 防ケアマネジメントについては、保険者 の地域包括支援センターが居住市の居宅 介護支援事業所に委託することになりま す。(介護予防支援と同様の考え方)
請 求 先	居住地市町村へ請求	

6. 資料編

(1) ケアマネジメントに関する様式

興味・関心チェックシート

氏名： 年齢 歳 性別(男・女) 記入日： 年 月 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○をつけてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

【初回のみのかケアマネジメント用】

利用者名 _____ 様

認定年月日 _____

計画作成者 _____

認定の有効期間 _____

計画作成事業者 _____

事業者名及び所在地(連絡先) _____ (TEL _____)

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

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 [運動・移動について] [日常生活(家庭生活)について] [社会生活(対人関係・コミュニケーション)について] [健康管理について]	本人・家族の 意欲・意向	支援計画		評価 評価日(年 月 日)
		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	介護保険サービス又は 地域支援事業	

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

介護予防サービス・支援計画書について説明を受け、
内容に同意し、受領しました。

[意見] ※指定居宅介護支援事業所へ委託した場合のみ記入	[確認印] 地域包括支援センター
説明回蓋日 年 月 日	署名・捺印 _____ 続柄() 印

以下の様式については、現在改訂中です。

様式 5 利用者基本情報

様式 6-1 介護予防サービス・支援計画書

様式 7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
(サービス担当者会議の要点を含む)

様式 8 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス
評価表

(2) 参考資料

表 4 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p><u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TPO に応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする</p>
<p><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p><u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p><u>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活)</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

(介護予防マニュアル改訂委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

表 11 要支援者等について特に把握が必要な課題分析(アセスメント)に関する項目(例)

標準項目名	項目の主な内容(例)
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体などの入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況(アクセス手段、自宅からの距離等)に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

表 12 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題		課題
<p>① 健康管理の支援が必要な者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者 ● 飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要なる者 ● 健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者 	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる</p> <p>②リハビリテーション専門職等(管理栄養士や保健師等)との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施した理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>80歳 男性のAさん 要支援1⇒1 元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいった。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳 男性のBさん 要支援2⇒更新せず 旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるときも運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加することとなった。</p>

<p>② 体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ● 退院後間もない者 ● 体力が低下し、ADL や IADL が疲れてうまくできない者 ● 閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実施。</p> <p>(1) まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。</p> <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p>90歳 Cさん男性 要支援2⇒2</p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たきり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力が付き、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p>
<p>③ ADL や IADL の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 不自由になっている ADL/ IADL に対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADL のアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分のできるようにする。</p>	<p>75歳 Dさん女性 要支援2⇒更新せず</p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行者を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信が付き、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行くようになった。</p> <p>80歳 男性のEさん 要支援1⇒更新せず</p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの</p>

<p>健診・改善 が念を置ける</p>		<p>必要な者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者 	<p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1) ADL/IADL の基本的動作の集中的な練習を実施する。</p> <p>(2) ADL/IADL の生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習している ADL/IADL の生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADL が維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p>84歳 女性の F さん 要支援 2⇒2</p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていた F さん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
<p>④ 閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院から退院してまもない者 ● 孤独感や生活の意欲が低下している者 	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみになっていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p>	<p>82歳 G さん男性 要支援 2⇒1</p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていた G さん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> ● うつや認知機能などが低下している者 ● 日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ● 社会的活動に参加したいと思っっているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ● 家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <p>(1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、</p> <p>(2) 人的な交流</p> <p>(3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。</p> <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加することとした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっていく。</p> <p><u>80歳 Hさん女性 要支援 2⇒2</u></p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが始めたところから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ● 本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ● ADL や IADL に具体的に介護 	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <p>(1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。</p> <p>併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。</p>	<p><u>83歳 Iさん男性 要支援 2⇒2</u></p> <p>山師の仕事を引退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたからなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、</p>

	<p>負担を感じている者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>(2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジ メント実施者や通所サービス提供事業所の スタッフに提案する。</p> <p>③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じてい る生活行為について、支援を行う。</p> <p>(1) 通院援助</p> <p>(2) 介護軽減に向けた環境調整</p> <p>(3) 排泄などの ADL 介護支援</p> <p>④併せて通所型サービスを組み合わせ、</p> <p>(1) 家族の休息</p> <p>(2) 本人への運動プログラムや栄養改善のため のプログラム、ADL/IADL の生活行為の基 本的動作の集中的な練習、生活行為そのも のを反復的に実施する。</p> <p>⑤通所での本人の有する能力の改善に合わせ、 通所の場面だけでなく、適宜、在宅に訪問し、実 際の生活の場面で練習が活かせるようにアプロ チするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑥併せて、家族に対し、本人ができるようになった 生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるために も、本人が有する能力を発揮できるような関わり方 など教育的アプローチを実施する。本人と家族の 状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更す る。</p> <p>⑦目標達成後は、ADL/IADL が維持できるよう、地</p>	<p>家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施し た。また、リハビリテーション専門職等の訪問によ る運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅 での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動 プログラムに参加を進めた。</p> <p>98 歳 J さん女性 要支援 2⇒2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っ ていたが、徐々に生活機能が低下し、食事も低 下、臥床がちな生活となっていた。また、夜間の トイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、 その後始末が家族にとって精神的負担となってい た。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医 療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方し てもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあるこ とから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレ の後始末を支援した。</p>
--	---	---	--

<p>維持改善 すべき課題</p>	<p>現状</p>	<p>改善すべき課題</p>	<p>事例</p>
		<p>域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領)

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)におけるケアプラン原案(以下、「介護予防サービス計画原案等」という。)を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)におけるケアプラン(以下、「介護予防サービス計画等」という。)の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者(相談者)」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰「現在の生活状況(どのような暮らしを送っているか)」

「一日の生活すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちにアセスメント領域の「日常生活(家庭生活)について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑲「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

⑳「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 「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)」

① 「NO. 」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」(前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。)、 「区分変更申請中」、 「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)を『利用する場合は「地域支援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者」

当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地(住所と電話番号)を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪ 「計画作成(変更)日(初回作成日)」

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑬「健康状態について」

「主治医意見書」(要支援者のみ)、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活(家庭生活)について」欄は、家事(買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等)や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑩「領域における課題(背景・原因)」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「 有」に■印を付す。

⑪「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑫「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑱ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点が確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

㉑ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉒ 「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)」「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」

「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)」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等を含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉓ 「【本来行うべき支援ができない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉔ 「サービス種別」

「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)」「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉕ 「事業所(利用先)」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名(利用先)」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉖ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する(「〇か月」「〇月

○日～○月○日」など記載する)。

なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するか提案があれば記載する。

⑳ 「総合的な方針(生活不活発病の改善・予防のポイント)」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉑ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㉒ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する(当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない)。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

(ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。)

㉓ 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場

合などは、記録を残すことも重要である。

4 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧ 「目標達成しない原因(本人・家族の意見)」

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因(計画作成者の評価)」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩ 「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。