

小松市
ケアマネジメントかんじん帳

作成：平成31年3月31日

小松市地域ケア推進会議

小松市介護予防ケアマネジメントマニュアル（仮）作成部会

最終改定：令和7年10月1日

～ 目 次 ～

I. はじめに

II. 小松市におけるケアマネジメントに関する各種指針

III. 様式の書き方のポイント

IV. 介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

I. はじめに

小松市では、いきいきシニアこまつ推進プラン（第7期小松市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画こまつ地域包括ケア推進プラン）にて、「いきいきシニア率」（75歳以上ので要介護認定を受けていない方の割合）を2025年に75%とする目標を設定し、基本理念である「地域で支え合い、どんなときでも自らの意思で自分らしく暮らせるこまつ」を目指しています。

これを達成するためには、「予防・自立支援の重視」「共創による支え合いの推進」の2つの視点が重要ですが、居宅介護支援事業者へのアンケートでは「介護予防ケアマネジメントは難しい」といった意見もいただいております。そこで、小松市では「地域ケア推進会議」のワーキング部会として「小松市介護予防ケアマネジメントマニュアル（仮）検討部会」を設置し、多機関・多職種協働により、「予防・自立支援の重視」「共創による支え合いの推進」の2つの視点を介護予防ケアマネジメントプロセスに落とし込むためのマニュアル作成に取り組んでまいりました。

この「小松市ケアマネジメントかんじん帳」は、地域包括支援センターや介護支援専門員が、予防・自立支援の考え方に基づいた情報把握・アセスメントを行い、さらにセルフケアや地域の支え合いを活用しながらケアマネジメントを進めていけるよう視点を整理したものです。皆様のケアマネジメント作成の一助となればと考えております。

また、本マニュアルでは、介護予防支援で使われる様式を中心に扱っていますが、その考え方や視点は、居宅介護支援におけるケアマネジメントでも活用できるものです。介護・予防に関わらず、本マニュアルに沿ったケアマネジメントをお願いいたします。

最後に、作成にあたってご協力いただいた公立小松大学、小松・能美薬剤師会、石川県介護支援専門員協会、小松市リハビリテーション連絡会、そして小松市地域ケア推進会議の皆様には心からお礼を申し上げます。

平成31年3月

小松市長寿介護課長

Ⅱ. 小松市におけるケアマネジメントに関する各種指針

【小松市におけるケアマネジメントに関する基本方針】

1. 基本方針

- (1) ケアマネジメントは、要介護状態となった場合においても、その利用者が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して行われるものでなければならない。
- (2) ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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るものでなければならない。
- (3) ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。
- (4) ケアマネジメント事業の運営に当たっては、関係する自治体、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等の他、医療機関、指定特定相談支援事業者や地域住民等、介護の領域を超えた連携に努めなければならない。

2. 基本取扱方針

- (1) ケアマネジメントは、要支援・要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- (2) ケアマネジメントの提供に当たっては、自らその提供するケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。また、市が開催するケアマネジメントの質を高めるための研修会に積極的に参加するよう努めなければならない。
- (3) ケアマネジメントの提供に当たっては、市が作成する「ケアマネジメントかんじん帳」に記載する視点・考え方を踏まえて行うよう努めなければならない。
- (4) ケアマネジメント事業の運営に当たっては、利用者の人権の擁護、利用者に対する虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講じるよう努めなければならない。
- (5) ケアマネジメント事業の運営に当たっては、個へのケアマネジメントの提供のみならず、それらから地域全体の課題を把握し、地域包括支援センターと共に地域包括ケアシステムの構築に努めるものとする。

3. 具体的取扱方針

(1) 指定居宅介護支援の方針は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十八号）第十三条に規定するところによるものとする。

(2) 指定介護予防支援の方針は、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年三月十四日厚生労働省令第三十七号）第三十条に規定するところによるものとする。

(3) 第1号介護予防支援の方針は、市が定める小松市介護予防・生活支援サービス事業に係る介護予防ケアマネジメント実施要領に規定するところによるものとする。

【小松市におけるケアマネジメントに関する一部委託方針】

1 一部委託に関すること

介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に委託する場合は、本人の希望に配慮し、地域包括支援センターを受託した法人が有する事業者に偏ることがないようにすること。また、この方針は、要支援から要介護に介護度が変更された際にも同様とする。

2 一部委託ができる事業所に関すること

一部委託を希望する場合、その事業者について、あらかじめ、地域包括支援センター運営部会の承認を得ること。なお、他の地域包括支援センターが既に承認を得ている事業所についてはこの限りではない。また、このケアマネジメントかんじん帳に規定する予防・自立支援の考えに基づくケアマネジメントができていないと地域包括支援センター運営部会が判断した時は承認を取り消すことができる。

3 一部委託に関する利用者の希望に関すること

介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが行うものではあるが、利用者が希望する場合には、一部委託の配慮をすること。ただし、このケアマネジメントかんじん帳に規定する予防・自立支援の考えに基づくケアマネジメントができないと地域包括支援センターが判断する場合は一部委託をしてはならない。

4 一部委託の内容及び費用に関すること

一部委託はセンターと居宅支援事業者間での合意に基づくものではあるが、その内容・費用の額等については、地域包括支援センターの担当圏域によって、利用者及び事業者に格差が発生しないようにすること。

5 ケアマネジメントに関すること

本来、介護予防ケアマネジメントに関する実施主体は地域包括支援センターである旨に留意し、契約や地域ケア個別プラン会議においては、地域包括支援センターが主体的に関わること。また、支援にあたって問題が発生した場合は、委託先を十分に支援し、必要に応じて直接支援に切り替えること。

Ⅲ．小松市における介護予防ケアマネジメントの視点・記載のポイント

介護予防ケアマネジメントについては、研修等でも学ぶ機会がある他、書籍等でも示されています。しかし、ケアマネジャーの経験年数や研修・書籍による説明の解釈・捉え方によって、質にばらつきがみられているのが現状のようです。平成30年度に実施された居宅介護支援事業者に対するアンケート（以下、「居宅アンケート」といいます。）結果では、介護ケアマネジメントと比べ、自信がない割合が高く、また、担当する地域包括支援センターによって指導内容が異なり混乱するといった意見も複数見られています。

それらを踏まえ、市で開催されている地域ケア推進会議（以下、「推進会議」といいます。）において、小松市における介護予防ケアマネジメントの視点・記載のポイントについて、「小松市介護予防ケアマネジメントマニュアル（仮）検討部会（以下、「部会」といいます。）」で検討しました。

なお、これらの視点・記載のポイントは、機械的に「必ずこのように書かないといけない」あるいは「このように書いてあるから良い」といった趣旨のものではありませんのであらかじめご了承ください。

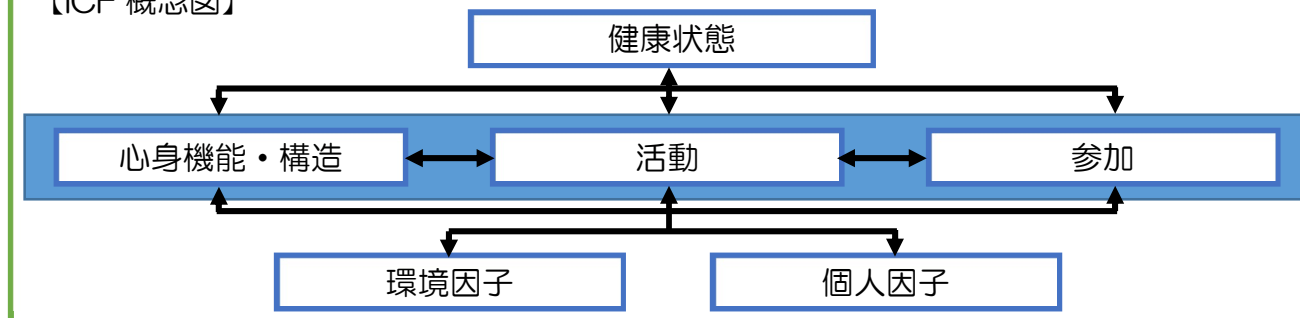
（１）基本的な考え方

ケアマネジメントといえば、ケアマネジャーが実施するものと考えがちですが、推進会議では、多職種の視点によるケアマネジメントが重要であり、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）に沿った考え方をすべきという意見が多く出されました。ICFとは「国際生活機能分類」のことで、その人の生活機能と障害について、包括的かつ標準的な枠組みと言語を提供するための分類法で、簡単にいえば「その人を説明するための多職種の共通言語」となるものです。

例えば、皆さんは「認知症の人」をどのように捉えるでしょうか。専門職であれば「脳の萎縮」や「物忘れ等の症状」に注目するでしょう。しかし、その人をよく知る人であれば「ささいな生活の変化」に注目するかもしれませんし、「脱水」や「環境の変化」に注目する人もいるでしょう。このように注目するポイントは人それぞれで、同じ話をしていても噛み合わないことが起こります。例えば「脱水」が認知機能に影響することを知らない人は、「認知症の話なのになぜ水分摂取を気にする必要があるんだろう」と疑問を持つかもしれません。そのようにならないため、障害や健康のみならず生活機能全体を、個人・環境要因も含めて包括的かつ標準的に説明するための分類法がICFです。

なお、ICFの分類そのものを覚えたり、評価することに一生懸命になる必要はありません。大切なのは、それぞれの分類が相互に関係し合っているということを踏まえながら、自分の専門領域のみならず、包括的にその人を理解するということです。「認知症」の例で言えば、認知症そのものは治らなくとも、生活機能を包括的に捉えることで、支援や自立の幅は広がっていきます。

【ICF 概念図】



(2) 各種様式と記載のポイント

本マニュアルによる様式は主に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントで使用されるものですが、介護予防・重度化防止や多職種の視点を大切にするとといった考え方は、どのような様式を使ったとしても変わるものではありません。各記載のポイントの背景にある「考え方」を理解し、活用して下さい。

A. 「利用者基本情報」

利用者基本情報は、利用者の置かれている状態の全体像について、客観的に把握するための様式です。

利用者基本情報										
作成担当者：										
《基本情報》										
相談日	年 月 日 ()		来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)						
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()									
738ナ 本人氏名			男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳					
住 所				Tel	()					
				Fax	()					
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M									
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日									
障害等認定	身体 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()									
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無									
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・									
来 所 者 (相談者)				家族構成						
住 所 連絡先				家族構成						
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	家族関係等の状況						
《介護予防に関する事項》										
今までの生活										
現在の生活 状況 (どんな 暮らしを送 っているか)	1日の生活・過ごし方					趣味・楽しみ・特技				
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係						
《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)										
年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容				
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他					
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他					
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他					
年 月 日				Tel	治療中 経過中 その他					
《現在利用しているサービス》										
公的サービス					非公的サービス					
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、アセスメントシートを、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します。										
平成 年 月 日 氏名 印										

記載のポイント

《介護予防に関する事項》

今までの生活

対象者の生活歴は、その人を理解する上で重要です。会話の中で、その人にとって重要な出来事を察知し、関心を向けることで信頼関係の構築にもつながります。
また、要支援状態となる前の生活も把握しておくことで、下に記載の「現在の生活状況」と対比できます。

「活動」や「参加」を中心に、記載しましょう。

1日の生活・過ごし方

趣味・楽しみ・特技

興味関心チェックシートを確認しながら把握しましょう。達成目標を設定する上で、大切な手掛かりとなります。

IADLを中心に記載しましょう。本人と介護者・家族が共同で行っているものは、それが分かるように記載しましょう。

時間

本人

介護者・家族

友人・地域との関係

現在の状況だけではなく、過去からの変化や、その要因、本人の希望も把握しましょう。

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連する）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過中 その他	
年 月 日				治療中 経過中 その他	
年 月 日			Tel	治療中	
年 月 日					

意見書を書いている医師以外の情報も忘れずに把握しましょう。

- ・通院頻度も把握しましょう。通院の方法や、付き添い者の有無等も大切な情報です。
- ・お薬手帳などから、内服している薬の最新情報も把握しましょう。
- ・治療による改善の状況も把握しましょう（血圧・血糖コントロール等）

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

介護保険サービスだけではなく、安心通報システムや配食等の福祉サービスも記入しましょう。

いきいきサロンやミニデイ、民間サービスの他、趣味のサークル等も記入しましょう。

地域、本チェック、果・意、者、居、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します。

平成 年 月 日 氏名

印

自立に資するケアマネジメントとするためには、本人自身が「自分は何のために支援を受けるのか」について考えておく必要があります。しかし、急に「どんなことをしたいですか?」と聞かれてもすぐに答えはできません。興味関心チェックシートは、本人が持つ興味や関心を引き出すためのものです。

記載のポイント

本人の興味・関心を知り、ケアプランの目標設定（達成目標）の参考にするためのものです。興味・関心が全くない場合、目標の設定が難しく、支援者目線の目標にもなりがちです。本人の理解を深め、意欲を引き出す関わりが必要です。

書道·習字

C.「基本チェックリスト」

基本チェックリストは、対象者のリスク度の判定を簡便に判断するための25項目のチェックリストで、「はつらつシニア支援事業※」の対象者選定に使われる様式です。

基本チェックリスト										記入日 年 月 日 (提出者:)			
被保険者番号								要介護認定の有無		☐ 認定なし(非該当・未申請) ☐ 認定あり(要介護・要支援)			
ふりがな氏名				生年月日		明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女		
住所				〒 -				電話番号					

質問項目		回答			
		0. はい	1. いいえ		
社会参加	1 バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	/5	/20
	2 日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
	4 友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
運動器	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	/5	
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
	8 15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
	9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
栄養	10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	/2	
	11 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
	12 BMI(体格指数)が18.5未満ですか 身長()cm 体重()kg ※ BMI指数=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	1. はい	0. いいえ	/2	
	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
口腔	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	/3	
	15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
閉じこもり	16 週1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	/2	
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
物忘れ	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われるか	1. はい	0. いいえ	/3	
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
	20 今日が何月何日か分からないことがありますか	1. はい	0. いいえ		
心身	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	/5	
	22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
	23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
	24 (ここ2週間) 自分が役立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

はつらつシニア支援事業に関する事業対象者判定に際し、基本チェックリストに回答することに同意します。
 また事業対象者となった場合に、基本チェックリストの回答内容及び主治医意見書等について、市及び高齢者総合相談センター等に情報提供することに同意します。

(代理人の場合)

被保険者氏名 _____ 代理人氏名 _____ (本人との関係: _____)

市記入欄	受付者	送付先変更	収納状況	判定結果	センター連絡	☐ 包括システム ☐ チェックリスト入力 ☐ 主治医意見書	☐ アイネス入力 ☐ 事業対象者 ☐ 居宅届出	送付したもの ☐ 保険証 ☐ 負担割合証
	☐ 要 ☐ 不要	☐ 完納 ☐ 未納	☐ 該当 ☐ 非該当	☐ 電話連絡 ☐ センター-欄入	/			

※「はつらつシニア支援事業」：介護保険法 115 の 45 条第 1 項第 1 号に規定する事業

記載のポイント

「変化」を問う項目については、今課題がなくても、将来的に課題が発生する可能性があります。「なぜ」なのか掘り下げ、潜在的な課題についてもアセスメントしましょう。

「口腔」は低栄養や肺炎とも関連するため、介護予防のためには重要な項目ですが、見逃されやすい項目です。

「物忘れ」の項目にチェックがつくようであれば、会話の中で意識的に認知機能の確認をしましょう。

アセスメントに活用する際は、単に該当するか否かではなく、「なぜ」なのか、他の項目も踏まえて総合的に判断することが大切です。また、できていないのなら、誰が担っているのか、誰なら助けてくれるのか等、視点を広げて情報を集めておくことでアセスメントが深まります。さらに、一つの項目から他の項目に視点を広げることも大切です。（例：口腔該当→食事摂取は？内服は？）

項目	回答
1 バスや車中で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
2 日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
3 貯金や出入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
4 友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
5 家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちますか	0. はい 1. いいえ
8 15分くらい続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
9 この1年間に転んだことがありますか	0. はい 1. いいえ
10 転倒に対する不安は大きいですか	0. はい 1. いいえ
11 6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	0. はい 1. いいえ
12 BMI(体格指数)が18.5未満ですか 身長(m) cm 体重(kg) kg ※ BMI指数=体重(kg)÷身長(m) ²	0. はい 1. いいえ
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0. はい 1. いいえ
14 お茶や汁物等、飲み物に口を開きやすくなりますか	0. はい 1. いいえ
15 口の渇きが気になりますか	0. はい 1. いいえ
16 週1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0. はい 1. いいえ
18 周りの人からいつも同じ事を聞くなどの物忘れがありますか	0. はい 1. いいえ
19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. いいえ
20 今日が何月何日かわからないことがありますか	0. はい 1. いいえ
21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	0. はい 1. いいえ
22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていた	0. はい 1. いいえ
23 (ここ2週間) 以前は楽しんでいたことが	0. はい 1. いいえ
24 (ここ2週間) 自分が役立つ人間だと思えて	0. はい 1. いいえ
25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じが	0. はい 1. いいえ

「能力」なのか「習慣」なのか、あるいは「客観的」なのか「主観的」なのか、実際の行為と能力の差異を踏まえてアセスメントしましょう。

（例）転んだことはないけど年だから不安。習慣的に手すりに手をやっている。

介護予防のためには「栄養」は重要な項目ですが、推進会議において「栄養に関するアセスメントが不十分」という意見が出されています。
（例）低体重・過体重であるにも関わらず、筋力向上・生活支援のみで、適正体重に向けた支援が入っていないケース

「こころ」の項目も大切です。それぞれについて、「なぜ」なのか傾聴しながら掘り下げ、何が課題なのかアセスメントすることが重要であり、安易に「高齢・認知症だから気力低下」等といったアセスメントとならないように留意しましょう。

D1.「課題整理総括表」

課題整理総括表＝アセスメントと考えているケアマネジャーがいますが、「課題整理総括表・評価表の活用の手引き（平成26年3月厚生労働省老健局）」にあるように、これはアセスメントツールではありません。また、様式を見ると分かるように「居宅サービス計画」の項目と整合性があり、アセスメントプロセスを確認するのに役立ちます。

なお、「介護予防サービス・支援計画書」は、アセスメントと介護予防支援計画の様式が一体となっており、それ自体でプロセスが分かるため不要ではないかというケアマネジャーもいますが、限られた枠内で、阻害要因や改善の可能性も踏まえて、漏れなく記載することは非常に難しく、整理する上で有用な様式です。今回、「介護予防サービス・支援計画書」作成に活用するためのポイントを整理しました。課題整理総括表・評価表の活用の手引きと記載方法が若干異なる場合がありますのであらかじめご了承ください。

いずれにせよ、「課題整理総括表」は単独のツールではなく、全体のプロセスを整理・説明するものであるため、作成されたケアプランのプロセスと矛盾しないことが必須です。

小松市では、「地域ケア個別プラン会議」における多職種検討で使用します。検討の材料になるものなので、書き方の正誤はあまり重要ではありません。自分なりの判断根拠を説明できるようにしておきましょう。

なお、小松市においては、令和5年度より次の「D2. 生活機能評価表」の活用を推奨しています。

課題整理総括表									
利用者名		様				作成日		/ /	
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		利用者及び家族の 生活に対する意向			
④		⑤		⑥					
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)		見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】 ※6
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化				
					改善 維持 悪化				

記載のポイント

○日常的な生活の状況で、「自立・支障なし以外」にチェックが入った項目の要因を分析し、記載します。その際のポイントは以下です。また、各要因の関連性について説明できるようにしておきましょう。

- ・阻害要因の原因・背景も記載。（例）筋力の低下→骨折後の入院・廃用による筋力の低下
- ・疾病名や現象ではなく、疾病によって引き起こされている自立した日常生活の阻害要因や、療養・健康管理上の阻害要因を記載。（例）認知症→認知症による物忘れで内服できていない。糖尿病→食事管理ができていない

○日常的な生活の状況を「しているかどうか」に基づいて判断します。なお、できるかどうかは考慮しません。また、認定調査の結果を写すのではなく、自分なりの判断根拠が説明できるようにします。

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4		備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	食事・排泄	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	服薬	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	入浴	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		

この「改善」は、サービスの利用を前提としたものは含みません。

○自立・支障なし以外にチェックが入った場合は、「自立した日常生活の阻害要因」から選択し、要因欄に記載します。

ここで整理された課題は、ケアプランに記載されることとなります。この項目にない課題をケアプランに盛り込む場合は、追加してください。

認知
社会との関わり
痛・皮膚の問題
心理症状(BPSD)
介護力(家族関係含む)
居住環境

備考とありますが、ここには強みや弱み、アセスメントを記載してください。改善・維持について、なぜそのような可能性があるかと判断したのかの根拠等を記載します。

なお、本人・家族には言いにくいようなケアプランに記載しにくい特記事項もここに記載しても構いません。

記載のポイント

生活及び生活課題に対する利用者・家族の意向を記載します。なお、サービスに対する意向ではありません。

「自立した日常生活の阻害要因の解決」に向けて、「どのような援助を実施することにより、状況がどのように変化することが見込まれるか」を記載します。なお、「自立した日常生活の阻害要因」が互いに関連し合っている場合は、それも踏まえて記載します。阻害要因との因果関係を踏まえた支援を記載しましょう。例えば、移動の阻害要因が白内障であるにもかかわらず、筋力向上のための支援は不適切です対象者の生活課題とそれに向けた支援及び見通しについて、ここを見れば把握できるような記載として下さい。

【記入例】

「◎◎から生じる〇〇により、××に支援が必要となっており、今後、△△の可能性もある。しかし、★★することで、☆☆できるようになると考えられる。」

ここの記載は「介護予防サービス・支援計画書」の中の「総合的課題」「目標」と関連します。多職種により、誰が、いつまでに、どの程度、何をするのか、検討できれば、それが支援計画につながっていきます。

利用者及び家族の生活に対する意向

見 通 し ※5

生活全般の解決すべき課題
(ニーズ)【案】 ※6

ここの記載は、見通しを踏まえて記載します。「居宅サービス計画表」では同名の記載欄がありますが、「介護予防サービス・支援計画書」ではそれがいないため、「目標」に記載することとします。

【記入例】

「☆☆できるようになる（見通し欄を参考）」

優先順位をつけ、ケアプランに盛り込まないものは「-」を記載します。

D2. 生活機能評価表

生活機能評価表においては、現在の状況（自立・見守り・一部介助・全介助）の「改善可能性」が分からないといった課題がありました。そこで、小松市では地域ケア個別プラン会議において生活機能評価表を活用しています。ここでは、生活機能評価表部分について説明します。記載に正しい、正しくないはありません。ただ、○1は基本的に支援不要となるので、本当にそうなのかどうか確認しましょう。

生活機能評価票

利用者名		性別		記入日	
様		年齢		記入者	
		事前評価	事後予測	事後評価	備考
A D L	室内歩行				
	屋外歩行				
	外出頻度				
	排泄				
	食事				
	入浴				
	着脱衣				
I A D L	掃除				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	整理				
	ごみ出し				
	通院				
	服薬				
	金銭管理				
	電話				
そ の 他					

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

・生活機能の評価はケアプランに盛り込むもののみの記載でも可。
 ・サービス利用ありきは○にはならない（デイ利用→社会参加が○2等）。
 ・○2、△1、×1の項目の改善がねらい目

記載のポイント

生活機能評価票

利用者名		事前評価	事後予測
I A D L	室内歩行		
	着脱衣		
	掃除		
	洗濯		
	買物		
	調理		
	整理		
	ごみ出し		
	通院		
	服薬		
	金銭管理		
	電話		
	社会参加		
	その他		

生活機能評価の事後予測は必ずしも全ての項目を記載する必要はなく、ケアプランの中で、特に改善を目指すもののみに構いません。その項目については支援の中心に記載しましょう。

ケアプランの中で、改善を目指す項目については、備考欄にその行為の行程分析をし、記載しましょう。また、この後ケアプランに記載する達成目標と連動するようにアセスメントする事が大切です。また、複数の生活機能をまとめてアセスメントしてしまうと、行程分析や目標の設定が曖昧になりがちです。一回のケアプランで、全ての改善を目指す必要はないので、一つずつ、確実に自立支援をしていきましょう。

サービスの利用をもって改善とはしないようにしてください。
例) デイに通うようになったから参加が△1→○1
デイのみで社会参加を維持しているのであれば、判定は×となります。
家族の支援により通いの場へ行ければ△、自分で移動していければ○となります。

自立支援のためには、起きている生活課題の背景が重要ですが、栄養や口腔、疾患が影響していることも多く、しっかりとアセスメントしましょう。

生活機能評価は、基本的には「介助（支援）をされているかどうか」と「改善可能性があるかどうか」によって決まります（○は例外）。まず、介助されているかどうかによって○～×を判定します。さらに、改善可能性が高ければ1、低ければ2をつけます（自立の場合は、楽にできるか、少し難しいか）。

自立度 困難度と 改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

・生活機能の評価はケアプランに盛り込むもののみの記載でも可。
・サービス利用ありきは○にはならない（デイ利用→社会参加が○2等）。
・○2、△1、×1の項目の改善がねらい目

この判定は能力の高さによって並んでいるわけではありません。例えば、能力的にはできるが調理をしていない場合は×1（まったくやる気がないのは×2でもかまいません）ですが、一部介助でしているが、能力的にこれ以上の改善はできない場合は△2となります。そのため、自立支援のターゲットとしておすすめなのは○2、△1（×1も可能）となります。

【その他の留意事項（よくある悩みポイント）】

○福祉用具の利用をした場合一部介助？

→福祉用具を利用して自分のみの力でできる場合は○となります。例えば車いすを使用した場合、自走であれば○、段差は押してもらうのなら△、常に押してもらう場合は×となります。

○家族に送迎してもらって通院し、院内では自分で対応可能な場合の通院の評価は？

→通院を一連の動作としてみた場合、医療機関に行くことと、医療機関内での動作があります。医療機関に行くことに対しては全介助、医療機関内の動作が自立ですので、一連の動作としては△となります。

○家族が全てしているけど、能力的にできる場合の評価は？

→全介助なので×となります。能力的にできる場合、×1となりますが、本人に全くする気がな

E. 「介護予防サービス・支援計画書」

介護予防サービス・支援計画書は要支援の方に提供される「介護予防支援」及び、はつらつシニア支援事業対象者に提供される「第一号介護予防支援」における「ケアプラン」といわれるものです。要介護の方のケアプランと異なり、現状・アセスメントから目標の設定、支援計画までが一枚の様式となっています。ここでは、この様式を「ア. 目標とする生活」「イ. 領域毎のアセスメント」「ウ. 統合アセスメントと計画案作成」「エ. 妥当な支援の実施に向けた方針」「オ. 目標の設定と支援計画」「カ. 総合的な方針」「キ. その他」に分けてポイントを整理していきます。

介護予防サービス・支援計画書															
NO. _____		利用者名 _____ 様		認定年月日 年 月 日		認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日		初回・紹介・継続		認定済・申請中		事業対象者・要支援1・要支援2		地域支援事業	
計画作成者氏名 _____				委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(通称先) _____											
計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)				担当地域包括支援センター： _____											
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	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(得意・困り)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画								
目標についての支援のポイント	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	サービス種別	事業所	期間										
運動・移動について	☐ 有 ☐ 無	1. _____ 2. _____	1. _____ 2. _____	1. _____ 2. _____	1. _____ 2. _____	()									
日常生活(家庭生活)について	☐ 有 ☐ 無	3. _____ 4. _____	3. _____ 4. _____	3. _____ 4. _____	3. _____ 4. _____	()									
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	☐ 有 ☐ 無	5. _____ 6. _____	5. _____ 6. _____	5. _____ 6. _____	5. _____ 6. _____	()									
健康管理について	☐ 有 ☐ 無	7. _____ 8. _____	7. _____ 8. _____	7. _____ 8. _____	7. _____ 8. _____	()									
健康状態について 口主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点				【本来行なうべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針				総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント							
必要事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。				【意見】				計画に関する同意							
運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	地域包括支援センター		【確認印】		上記計画について、同意いたします。					
										平成 年 月 日 氏名 _____ 印					

ア. 目標とする生活

「介護予防サービス・支援計画書（以下、「予防ケアプラン」といいます。）の中には、「目標」を記載する箇所がたくさん出てきますが、この記載がケアマネジャーによって様々となっています。目標は予防ケアプランの方向性を示す大切な部分であり、小松市では以下のように整理しました。

【目標の分類】

いくつかの予防ケアプランを確認したところ、記載内容が以下のように分類されました。

（１）ありたい姿や望む生活に対する目標（生活目標）

（例）家事を続けながら、家族と楽しく暮らしたい。

（２）現状では困難な行為に対して、自立の達成を目指す目標（達成目標）

（例）２００ｍ先のスーパーで買い物できる

（３）現状でもできる行為について、自身のセルフケアに対する目標（行動目標）

（例）１日３回はデイで習った体操をする。

【それぞれの関係】

（１）はありたい姿、本人の望む暮らしであり、支援が提供される「目的」とも言えるかもしれませんが、それを目指すために支障となっている課題に対する目標が（２）の達成目標であり、そのための自身のセルフケア目標が（３）となります。

（例）食事の準備について、買い物から調理まで全て担っていたが、転倒入院・廃用をきっかけに買い物に行くのが難しくなったケース

（１）生活目標

「家事を続けながら、家族と楽しく暮らしたい。」



（２）達成目標

「２００ｍ先のスーパーで買い物できる」



（３）行動目標

「１日３回はデイで習った体操をする。」

予防ケアプランでは、上部に「目標とする生活」の記載欄があります。この記載について、小松市では上記の目標分類を踏まえ、以下のとおりとします。

記載のポイント

目標とする生活	
1日	1年
（３）行動目標を記載	
（１）生活目標を記載	

目標	支援計画
	（２）達成目標の下位目標を記載
	目標についての支援のポイント
	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

（２）達成目標を記載

※単なる数値目標の達成とならないよう、達成の背景にある目的も意識してください。

（例）２００ｍ先のスーパーまで歩ける…買い物をしたいわけではないのなら不適

※生活目標や行動目標の記載とならないよう注意！（例）「毎日習った体操をする」等は不適

目標の設定（主に短期集中予防サービス利用）に当たっての留意点

	ケアプラン記載場所	表現（原則として必須）	留意点
（１）生活目標 （本人の望む暮らし）	目標とする生活 （１年）	●～したい	●<u>既に実現できている・できるものは不適当</u> →散歩をして暮らしたい（毎日散歩している） ●<u>支援そのものの希望は不適当</u> →デイサービスに行きたい、リハビリを受けたい ●<u>その実現と自立に関連のない目標・要望は不適当</u> →犬を飼いたい、宝くじを当てたい
○アセスメントにより、本人の望む暮らしの阻害要因を見つけ、支援のための目標を設定。			●<u>アセスメントにより抽出された課題以外の目標設定は不適当</u> →運動器機能低下無し、口腔機能低下の方に運動目標のみを設定 ●<u>客観的なアセスメントができていない</u> →ADL は問題有なのに IADL は全て問題無と判断してしまう →診断・内服がないのに認知症と判断してしまう
（２）達成目標 （望む暮らしに近づくための目標）	目標	●～できるようになる ●なるべく <u>IADL 目標を一つは入れること</u> ※なお、IADL 目標について、<u>サービスの利用を前提とした改善は達成としない</u>ことに留意してください。生活機能評価の判定も同様です。	●<u>既に達成できている、能力的にできるものは不適当</u> →毎日散歩しているのに「毎日散歩をする」 →普段やらないだけで、やろうと思えばできる目標 ●<u>支援内容が目標となっているものは不適当</u> →環境調整をする →運動をする ●<u>サービス利用を前提とした目標は不適当</u> →通所で他者と交流できるようになる →できない部分の支援を受けながら自立して暮らせる ●<u>希望を記載しているものは不適当</u> →「～したい」という表現 ●<u>評価できない曖昧な目標設定は不適当</u> →「安定して」「元気に」「習慣をつける」…定義が必要 →「転倒しないで生活する」…結果論（偶然性の高い）の目標ではなく、それを実現できる状態像の達成（TU&GO秒以内等）を考える。 ●<u>期間内に達成できない目標は不適当</u> →本人の現状アセスメントをしっかりとすること
（２）達成目標の下位目標 （２か月時点の目標）	支援計画 （目標についての支援のポイント）	●～できるようになる	●達成目標と同様 ●<u>達成目標と関連のない目標は不適当</u> →「達成目標：内服忘れを 0 にする」なのに「下位目標：100m 歩けるようになる」
（３）行動目標 （本人が取り組む目標）	目標とする生活 （１日）	●～する	●<u>能力的にできないものは不適当</u> →10mしか歩けないのに 100m 歩く ●<u>取り組みではないものは不適当</u> →転ばないで生活する ●<u>実践を評価できないものは不適当</u> →元気に生活する

※年齢や状態等により例外はあるが、原則はこうに記載（委託プランについても同様）

イ. 領域毎のアセスメント

「予防ケアプラン」では「運動・移動について（以下、「運動領域」といいます。）」「日常生活（家庭生活）について（以下、「生活領域」といいます。）」「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて（以下、「社会領域」といいます。）」「健康管理について（以下、「健康管理領域」といいます。）」の4つのアセスメント領域があり、領域毎のアセスメントから課題の抽出ができるようになっています。

さらに、この4領域に加え、「健康状態について」「基本チェックリストで必要とされた事業プログラム」がありますが、アセスメントに十分反映されていないものが多く見受けられますので注意しましょう。

記載のポイント

各アセスメント領域における内容について、利用者・家族の意欲・意向を記載します。なお、サービス利用に対する意欲・意向（「デイサービスに行きたい」等）ではなく、自分の生活に対する意欲・意向（「自宅で入浴できるようになりたい」等）を記載してください。また、「〇〇している」といった事実関係ではなく、意欲・意向である点に留意しましょう。

漠然とではなく、「生活目標（本人の望む暮らし）」と現状とのズレを見つけるといった視点で情報を集めましょう。

室内移動、屋外移動、トイレまでの移動、現在行っている運動、運動制限やその理由

調理、更衣、掃除、洗濯、整理、入浴物品の管理、金銭管理、買い物、介護力、居住環境

コミュニケーション能力（聴力、認知機能、言語障害等）、趣味、生きがい、家族・地域との関わり、うつ状態

低栄養、排尿・排便、口腔衛生・ケア、服薬、認知、褥瘡・皮膚の問題、BPSD

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無
日常生活（家庭生活）について		☐ 有
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無
健康管理について		☐ 有 ☐ 無

できないことに着目すると「やってあげる支援」になりがちです。顕在的な課題ではなく、その背景や原因を記載します。その際、課題に対して「なぜ？」を繰り返し、掘り下げることで、根本的な背景・原因が見えてきます。また、将来の見通し（改善・悪化）も記載するとよいです。

【記載例】

「◎◎から生じる〇〇により、××に支援が必要となっている。今後、△△の可能性ある。」

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

必要な事業プログラムの下欄

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
------	------	-------	---------	-------	------

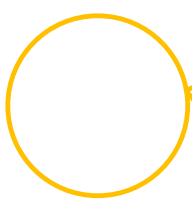
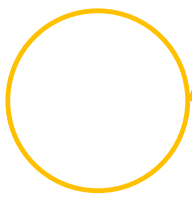
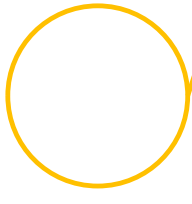
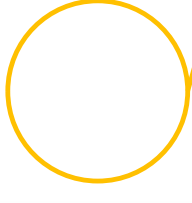
主治医意見書だけではなく、疾病の状態や薬についても把握し、アセスメント4領域に影響しているものは、反映（例：糖尿病→筋力低下は？COPD→喫煙は？）させましょう。入院をしていた場合は、入院中の状況（原因疾患、廃用等）も記載しましょう。

単にプログラムの対象か否かではなく、チェックがついたものは、アセスメント4領域に反映させましょう。
○運動不足⇒運動領域・健康管理領域
○栄養改善⇒健康管理領域
○口腔内ケア⇒健康管理領域
○閉じこもり予防⇒社会領域

ウ. 統合アセスメントと計画案作成

領域毎の課題を統合し、総合的課題を抽出、支援計画を提案します。

記載のポイント

領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族
☐ 有 ☐ 無 	1.	1.	
☐ 有 ☐ 無 	2.	2.	
☐ 有 ☐ 無 	3.	3.	
☐ 有 ☐ 無 			

各領域における課題の背景・原因について、共通するものを統合し、生活全体の課題を記載します。そのためには、領域における課題の背景・原因が十分掘り下げられている必要があります。

【記載例】

「◎◎から生じる〇〇により、××に支援が必要となっている。また、今後、△△の可能性がある。」

ここでの「目標」は「達成目標」とし、「生活目標（漠然としている）」「行動目標（具体策が入っている）」ではない点に留意してください。また、具体策は、介護保険サービスのみならず、インフォーマルサービスも入れましょう。

介護保険サービスは、目標達成における掘り下げられた背景・課題に対して提供されるべきであり、何に対しての支援なのか具体的に記載しましょう。介護保険サービスの利用＝目標の達成であったり、それをやめると目標が未達成になるような利用は不適切となります。

（不適切な例）

目標：清潔を保つ

具体策：清潔を保つためデイで入浴する
※この場合、清潔を保てない背景・原因に対する支援を検討しましょう。

【記載例】

目標：「（現在できないことが）〇〇できるようになる」

具体策：（本人）◎◎する。（家族）★★を手伝う（通所介護）〇〇するための機能訓練。自宅での〇〇動作の指導と評価。

具体策（例えばデイサービスの利用）に対する意向が先になると、目標＝介護保険サービスの利用となります。まず、「目標」についての意向を確認するとともに、そのための手段の一つとして介護保険サービスがあるという理解を得ることが必要です。また、この時点で介護保険サービスの卒業について意識づけることで、適切な支援につながります。なお、サービス利用自体が目的となり、介護保険法の理念に反するような場合は、自費サービス利用を勧めることも必要です。

エ. 妥当な支援の実施に向けた方針

ウで、専門的な視点からなされた「課題に対する目標と具体策の提案」について、それに対して本人・家族の同意を得られない場合等にどのような手順で支援していくのかを記載します。なお、次の E で目標の設定と支援計画が修正された場合、修正後の支援計画でも妥当な支援となる場合は記載する必要はありませんが、より妥当な支援があるにも関わらず、支援計画に入れられなかった場合は、記載が必要です。

記載のポイント

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

「本来行うべき支援が実施できない」という「事実」のみを記載するのではなく、妥当な支援の実施に向けた「方針」を記載します。

【記載例】

〇〇の支援が必要だが、××の問題があり、実施が難しい。今後、△△で代替しながら、〇〇できるよう促していく。

オ. 目標の設定と支援計画

ア～エまでは、ケアマネジャーとして専門的視点から作成されるものですが、オ以降は、本人や家族と同意した実際の支援計画となります。なお、支援計画＝サービスありきではありません。セルフケアやインフォーマルを活用し、保健指導的な視点も重要です。

記載のポイント

達成目標を記載します。C で提案した目標の同意が得られれば、そのまま記載して構いません。なお、原則として「できていること」「維持」「リスク管理（転ばない等）」は達成目標として適切ではありません。

【記載例】

目標：「（現在できないことが）〇〇できるようになる」

ここは「目標に対して具体的な支援を行う上での留意点」を記載することが多いですが、小松市では、それに加え、「目標」に対する「下位目標」を記載することとします。なお、「下位目標」もできる限り達成目標とします。また、その達成が本当に「目標」の達成につながっているのかの確認も大切です。

【記載例】

下位目標：△△できるようになる

留意点：血圧が高いので、運動時には注意する。

目標	支援計画					期間
	目標についての支援のポイント	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	

目標と支援がずれないように気をつけましょう。特に「通所系サービス」については、「とりあえず」の利用にならないよう、明確な目標設定が必要です。

セルフケアは必須とし、必要に応じて記録の促しと、確認・助言をしましょう。

期間は漫然と認定期間とするのではなく、下位目標毎に設定することで、支援全体の流れが分かりやすくなります。

カ. 総合的な方針

本人のありたい姿と、その実現を阻害している生活課題及びその背景、それをどのような支援方針で改善していくのかについて、利用者がこの欄を見ればわかるよう、このケアプラン全体を一つのストーリーのように説明します。本人・家族に対して、モチベーションを上げるための応援等も入れてもよいかもしれません。

記載のポイント

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

【記載例】

Aさんの望む生活を実現するためには、背景にある〇〇を改善することが大切です。そのために、△△を利用して◎◎できるように支援していきますが、Aさん自身の◆◆がとても重要となります。半年後の達成を目指してがんばりましょう。

キ. 地域包括支援センターの確認欄（一部委託する場合のみ）

地域包括支援センターが一部委託先に行うケアプランチェックの際に指導・助言した内容を記載します。しかし、大切な事は記載の有無ではなく、一部委託先のケアプランが自立支援となっているか確認し、必要な助言・指導をしているか否かです。そのため、ケアプランチェックは、電話等、対面以外の方法でも可能ですが、その場合、内容については、別途記録しておく必要があります。（エクセルでの管理、一部委託先のモニタリングへの記録等）

また、助言・指導をした場合、その内容がケアプランにしっかり反映されているかどうかについても、一部委託者の責務として忘れないでください。

記載のポイント

地域包括支援
センター

【記載例（助言・指導例）】

〇月〇日：助言者名

BMIがかなり低く、栄養のアセスメント及び支援が必要です。合わせて口腔状態も確認し、支援計画に盛り込んでください。

- 助言・指導がされた場合は、ケアプラン自体が見直されますので、ここの記載は残らないことがあります。そのため、助言・指導内容は別途記録が必要です。
- 一部委託先が、助言・指導に従わない場合は、地域包括支援センター運営部会でされた「一部委託の承認」が取り消される可能性もあります。
- 一部委託先のケアプランの責任は委託元である地域包括支援センターが負うこととなりますので、適切に助言・指導を行ってください。

IV. 介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

業務内容	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター への提出書類	地域包括支援 センター
① 利用申し込みの受付、 並びに契約締結	介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、介護保険被保険者証、及び、居宅サービス計画作成・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（以下、「居宅届」という。）を小松市に提出する。 ※暫定ケアプランの場合も同様		利用申込者に対し、（共通）契約書、並びに（共通）重要事項説明書を交付・説明し、同意を得た上で、所定書類に必要事項を記載してもらい、契約を締結する。
② アセスメント	小松市から認定調査結果及び主治医意見書の写しを入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者と家族に対しアセスメントを行う。 通所利用の際は、必要となる状況を確認し地域包括支援センターに報告する ※暫定ケアプランの場合であっても、居宅届が提出されていれば、認定調査結果及び主治医意見書の写しの入手が可能。ただし、認定の見込みが異なり、居宅届を取り消すことになった場合は、市に返還すること。		市に【介護予防通所リハビリ（デイケア）・従前相当通所介護 利用前の状態確認票】を提出。利用の可否を確認し居宅に報告する
③ ケアプラン原案の作成	アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成し、地域包括支援センターのケアプランチェックを受ける。 ※暫定ケアプラン利用の場合 小松市長寿介護課認定担当者（電話：24-8147）へ一次判定を確認し暫定プランを作成する。なお、市への暫定プランの提出は不要だが、実地指導時に確認されるため要作成	◇介護保険被保険者証写し ◇介護保険負担割合証写し ◇利用者基本情報（薬事情報も） ◇基本チェックリスト ◇興味・関心チェックシート ◇生活機能評価票 ◇ケアプラン原案 ◇（サービス利用票/サービス利用票別表）	●適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。 ●初回のケアプランは、「地域包括支援センター欄」に日付、『ケアプランチェック済み』、地域包括支援センター名、担当者氏名を記入する。更新のケアプランは、地域包括支援センター名、担当者氏名を記入する。 ○中間評価の時期はケアプランの『期間』の上に評価月を記載する

④ サービス担当者会議の開催	サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する（目的の共有、役割分担の確認等）。		
⑤ ケアプランの交付	利用者又は家族に説明し、同意を得た後、ケアプランを利用者又は家族に交付する。※経過記録に記載する	◇ケアプラン原本写し	
⑥ サービスの提供	サービス事業者に対し、ケアプランに基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行う。		
⑦ モニタリング	3か月に1回及びサービス評価月は利用者宅を訪問して面接を行う。なお、テレビ電話装置その他の情報通信機器(※1)の活用が可能な場合は、6月に1回は利用者宅訪問を(※1)に替えてもよい(評価月を除く、利用者本人は必ず本人宅に居ること)。また、状況の変化があった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。それ以外の月は電話等で利用者と接触し、実施状況を把握、当該サービス事業者からも月1回(基準緩和型通所サービスは3ヶ月に1回)報告を受ける。		
⑧ 評価	3～6か月に1回、ケアプランの達成状況について評価又は中間評価を行う。 ※評価月は自宅訪問	【中間評価】 ◇介護予防支援経過記録 ◇事業所の評価記録 ◇(サービス担当者会議の記録) ◇(介護予防支援・サービス評価表 ※返信不要) 【終了評価】 ◇ケアプラン原本 ◇介護予防支援経過記録 ◇事業所の評価記録 ◇事業所の計画書 ◇介護予防支援・サービス評価表 ◇(サービス担当者会議の記録、または経過記録に記載) ◇生活機能評価の事後評価を入力したもの	評価の確認を行い、必要な助言・指導を行う。 ※終了評価では「評価表の地域包括支援センター意見欄」にケアマネジャーに対してのコメント、地域包括支援センター名、担当者氏名を記入する。 ※終了評価でケアプラン原本の写しを返却
⑨ 給付管理	サービス利用実績を確認し、利用票・利用票別表に記載する。	◇ サービス利用実績（利用票・利用票別表）	
⑩ 介護報酬の請求			介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介

			護報酬を受領する。
⑪ 介護予防支援業務委託料の請求	介護予防支援業務委託料の請求に関する所定の書類を作成し、地域包括支援センターに請求を行う。		

※更新時、事業対象者へ移行する場合について

利用者が「はつらつシニア支援事業」のみ利用の場合、基本チェックリストを実施（実施日は、要支援認定有効期間終了日の翌日で設定）。基本チェックリスト、介護保険被保険者証、介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を小松市に提出する。

新規申請の場合、認定調査終了までに死亡した場合のサービス利用料は全額負担となる。

●介護予防支援業務における地域包括支援センターへの提出書類一覧

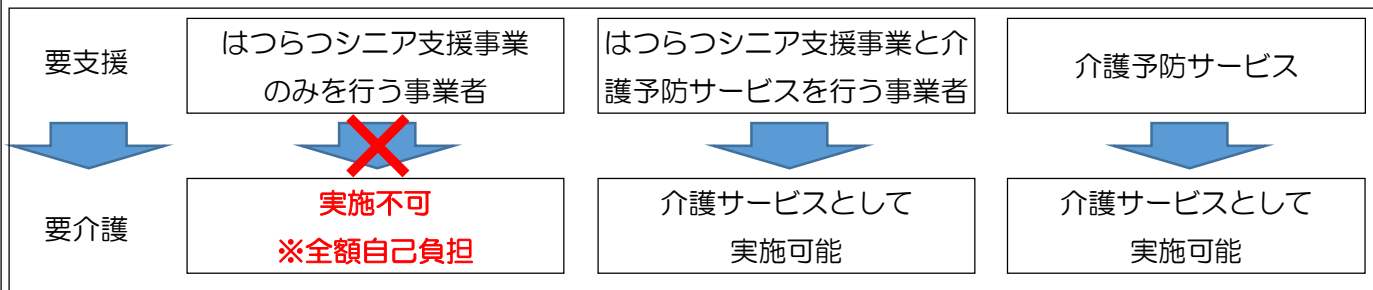
提出書類	プランチェック	中間評価	終了評価	暫定ケアプラン作成時
介護保険被保険証の写し	○			
介護保険負担割合証の写し	○			
利用者基本情報（薬事情報も）	○			○
基本チェックリスト	○		卒業時 必要	○
興味・関心チェックシート	○			○
生活機能評価票	○		○ 事後評価記載	○
介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)	○		○ (原本)	○
事業所の計画書			○	
サービス利用票/サービス利用票別票	(○)			○
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 経過記録(直近 6～12 か月)		○	○	
サービス担当者会議		(○)	(○)	
事業所評価記録		○	○	
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		(○)	○	

※暫定ケアプランのプランチェック時は書類 1 式必要。

暫定→確定ケアプランのプランチェック時はケアプランのみ。

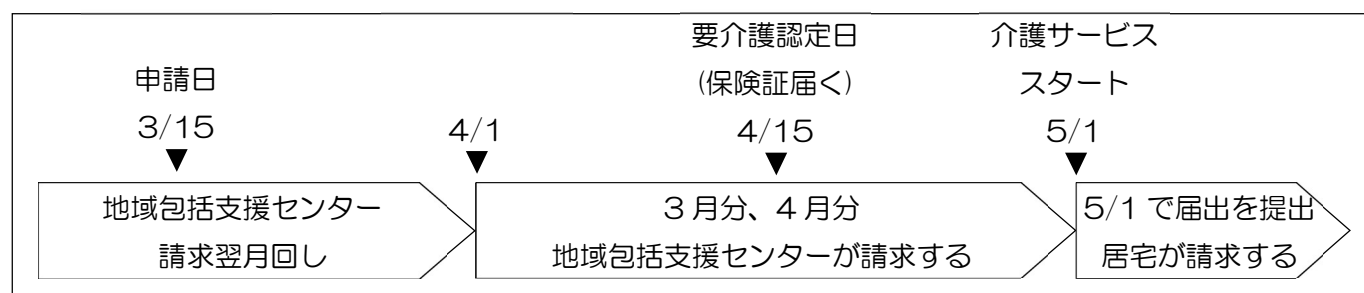
●要支援認定者が変更申請をする際の留意点

◎はつらつシニア支援サービスのみを行っている事業者を利用している場合、変更申請で要介護となると利用できなくなる場合があるので注意が必要。



①介護予防サービス（給付）を使っていなかった場合

- ・要介護サービス利用が開始されるまでは、はつらつシニア支援サービスで算定できる。
- ・要介護の認定を持ってはつらつシニアサービスの単位を算定することとなる。
- ・その際の給付管理者は地域包括支援センターである。
- ・要介護への移行のための準備期間であるため、何か月もその状態での請求にならないように留意すること。
- ・要介護認定後の居宅の届出は給付管理を地域包括センターが終えた後の日付を適用年月日とする。
- ・暫定プランの場合、原則として月遅れ請求をすること。



②介護予防サービス（給付）を使っていた場合

変更申請時点に遡って、利用していた介護予防サービスは介護サービス扱いとなるが、介護サービスと、はつらつシニア支援事業の併用はできないため、併用期間については以下の2択から選択することとなる。

- ・はつらつシニア支援事業を利用する代わりに、介護給付を受けない（全額自己負担）
※上記①としての対応
- ・介護給付を受ける代わりに、はつらつシニア支援事業を全額自己負担として処理する。

※なお、はつらつシニア支援を実施している事業者が、介護サービスの指定も受けていた場合は、この問題は発生しない。

◎変更申請後の認定が要支援か要介護か判断が難しい場合、原則として、地域包括支援センターは居宅介護支援事業者に一部委託を出す必要があるので注意が必要。

- 要介護になり、変更申請日まで遡った場合、地域包括支援センターは要介護者のケアマネジメントができないため、変更申請月の請求ができない ⇒ケアプランがないため、全額自己負担となる
- 変更申請月の支援費請求のためには、少なくとも1回の訪問が必要だが、介護予防ケアマネジメントのモニタリング3か月に1回でよい場合、変更申請月に訪問していないことがある。また、特に変更申請日が月末の場合等は、訪問できないことがある ⇒訪問無しで支援費を請求すると減算となる

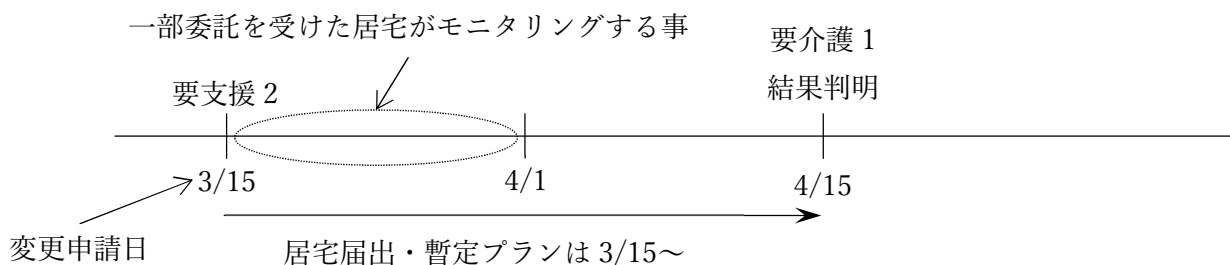
利用者側が
全額自己負担

Or

居宅側が
減算

○以下に留意して対応が必要

- ・変更申請がなされたとき（できれば変更申請を行うことが決定した時点）に居宅介護支援事業所にスムーズに移行できるよう支援をすることが必要。
- ・利用者のサービス利用を円滑に行うために、要介護と要支援のどちらの認定になるのか判断が難しい場合は、どちらにも対応できる居宅介護支援事業所に依頼することが原則。
- ・暫定プランは新しい介護度を想定して立てることとなる。
- ・変更申請により、月途中で要支援から要介護となり、ケアマネが包括から居宅に変わった場合、居宅自身が訪問等をしていなければその月の支援費の請求はできない（包括の訪問は関係がない）。利用者が介護サービスを利用し、請求した場合には減算対象となるので留意が必要。
- ・暫定プランの場合、原則として月遅れ請求をする。



※下記のように、期間がぎりぎりの場合は注意が必要。

※なお、この場合、3/30 にサービスを利用しなければ、3 月の給付管理は変更申請前のケアマネが行うので問題は発生しない。

