

2 利用者のスケジュール等の管理・連絡体制

介護予防サービス(訪介、通所、通リハ)の具体的なサービス提供方法や内容については、従前のようにケアマネジメント実施者が細部にわたり決定することは求められておらず、サービス事業者の裁量の幅が大きくなっている。

従って、**具体的なサービス提供日や時間帯等については、サービス事業者と利用者との協議で決定する**(京都府では、便宜上、介護予防サービス・支援計画書(介護予防ケアプラン)の「期間」欄に記載することを推奨。)こととなり、**これらの変更等について、逐一介護予防支援事業所等(居宅介護支援事業所)に報告する必要はない。**

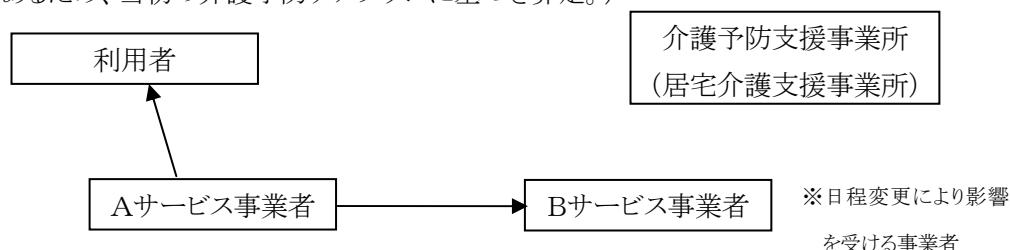
しかしながら、サービス利用が支給限度額を超えた場合など連絡・調整をする必要が生じたとき(介護予防ケアプランの変更がない場合に限る。)は、介護予防支援事業所等がこれを行うこととする。

1 サービスの利用を開始するとき

- サービス担当者会議で、具体的なサービス提供日や時間帯等を決定する。
 - 便宜上、**介護予防ケアプランの「期間」欄に利用の曜日や時間等を記入する。**
(介護予防訪問介護の利用回数については、1週間当たりの利用回数により利用者の負担額が異なることから、介護予防ケアプランで定めておくことが望ましい。)
- ※ 介護予防支援事業所等の判断により週間サービス計画表を使用してもよい。**サービス利用票(第7表)及びサービス利用票別表(第8表)は不要。**

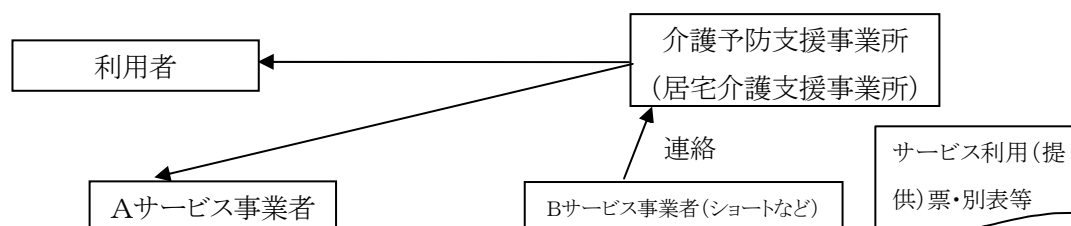
2 日程変更等があったとき

- 実務上、**日程変更等があった場合で他のサービス利用に影響がある場合は、そのサービス事業者が他のサービス事業者と連絡する。**
介護予防支援事業所等への事前の連絡は必要はない。(介護報酬は出来高払いでなく月単位の定額制であるため、当初の介護予防ケアプランに基づき算定。)



3 支給限度額を超えた場合等連絡・調整の必要が生じたとき(介護予防ケアプランが変更されない場合に限る。)

- もともとショートステイの利用を予定していて後から利用日が決まった場合やサービスの利用を一時停止した場合などで、介護予防ケアプランの変更がないときは、実務上、**介護予防支援事業所等は、サービス利用(提供)票・別表等を使用して、支給限度額等を調整し、利用者及びサービス事業者と連絡する。**



3 介護予防サービス・支援計画書作成運用マニュアル

下記の「介護予防サービス・支援計画書」は標準書式例ですが、その項目は最低限必要なものなので、すべての記入欄に必要事項を記載してプラン作成をする必要があります。

しかしながら、実際の記入を見ると、記入するべきことが十分に理解されていないために、未記入の部分がみられたり本来書くべきことが書かれていなかったりするなど、円滑な介護予防ケアマネジメントが行われていないのが見られます。

そこで、「介護予防サービス・支援計画書」の考え方や記入方法については「地域包括支援センター業務マニュアル」等を前提にしながら、記入者も利用者もともに分かりやすく、効率的かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施するため、「介護予防サービス・支援計画書作成運用マニュアル」を作成しました。

この運用マニュアルは、京都府内での介護予防ケアプラン作成の統一的な基準とする趣旨ではなく、「地域包括支援センター業務マニュアル」を補完するもので、各担当者が適切なプランを作成するための手助けとなるよう一つの参考例を提示したものです。

以下、「介護予防サービス・支援計画書」の各欄に下記のとおり番号を付して説明します。

介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者名 _____ 種 _____ 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 初期・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 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										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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）	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	目標	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	期間
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無					()					
日常生活（家庭生活）について		☐ 有 ☐ 無					()					
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					()					

健康状態について
☐主治医受診希望、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本家行うべき支援が実施できない場合】
必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善・予防のポイント

14

必要注意事項プログラムの下欄に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	認知こもり予防	物忘れ予防	うつ予防
☐	☐	☐	☐	☐	☐

15

18

地域包括支援センター

【東証】
【確認印】

16

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします

19

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

○ 総 論

- ・ プラン作成に当たっては、次の点に注意する。
 - ① サービス利用が目的になっている補完的なプランにならないこと。
 - ② 目標志向型プラン(目標達成のために、本人の意欲を高めたり、環境を整え、問題や障害となっていることを解決し、利用者の健全な機能をより強化するための具体的な取組が示されているもの)とすること。
 - ③ 生活機能低下などの課題に対し、利用者自身がどのようにになりたいか目標を掲げられるよう十分に説明し、意欲の引き出しを支援すること。
- ・ 1欄から5欄までは、利用者・家族の意向や地域でのサービスの有無にかかわらず(ただし、ある程度利用者・家族の意向に基づいて方向性を定めないと、5欄での提案が受け入れられなくなる。)、介護予防につながるプラン作成者としての考えを記載するよう徹底する。

その後、6欄で利用者・家族の意向を確認して、現時点では7欄の目標にするとか、9欄・10欄で行うべき支援がない場合は、代替の当面の支援を括弧書きで記載することによって、サービスありきの右から左へ考えてしまうプランにならないようにする。
- ・ 各欄に左から順に番号を付け、記載内容が重複する場合には「⑤と同じ」などと項目の番号を使用する。
- ・ 「今までどおり」や「現状どおり」という記載は避け、誰が読んでも分かるように具体的に記載する。
- ・ 本人への説明に当たっては、4欄、7欄、9欄、10欄が最低限必要なポイントになる。

1 アセスメント領域と現在の状況

- ・ 利用者の現在の状態で「できること」と「できないこと」を整理する。「できないこと」だけでなく、「できること」にも着目する。
- ・ 4つの領域のどの領域に記載するかはあまり問題ではなく、多少分類が混同されていてもよい。

どうしても書きにくい場合は、「その他」欄を作ってもよい。
- ・ 「地域包括支援センター業務マニュアル」にある各領域の「確認する項目例」の内容をすべて記載すると膨大な量になるため、利用者が読むことを前提に記載量に配慮し、「できていることで特に維持したいと思っていること」や「特に支障となっており、課題につながること」などプランにつながることを簡潔に絞って記載する。
- ・ 利用者の状況は変化しやすいこともあり、アセスメントを別葉で作成してもよいが、その場合でも、利用者に分かりやすく説明できるよう工夫するとともに、1欄にも簡潔に記載することが望ましい。
- ・ 書ききれないアセスメント情報は、「利用者基本情報」の別紙として別途記録する方法もある。
- ・ チェック方式を導入する場合であっても、利用者一人ひとりに応じた課題を引き出すため、必ず記載欄を残しておく。

2 本人・家族の意欲・意向

- ・ 6欄と異なり、生活機能低下をどのように自覚しているかなど、現在の状況(1欄)に対する利用者・家族の認識にポイントを置いて記載することが望ましい。

単に「〇〇のサービスを使いたい」という記載はしないこと。
- ・ ただし、利用者・家族が「〇〇できるようにになりたい」などの意欲・意向が明らかでそれを2欄に記載した場合は、その意欲・意向を参考にして5欄で目標と具体案を記載することになる。

3 領域における課題(背景・原因)

- ・ 十分なアセスメントを行った上で、取り組むべき優先度が高いと考えられる領域についての課題を「有」とし(1つの場合もある。)、目標設定することができる。
- ・ 1欄及び2欄の情報を整理し、分析した結果を記載した上で「□有 □無」にチェックするので、「無」とする場合であってもその判断理由を記載することになる。

4 総合的課題

- ・ 「～であるため、～する必要がある」「～であるため、～することによって～となるようにする」というように、ポジティブな考え方・方向性での記載をすることによって、次欄からの目標設定等につなげる。

例) 「変形性膝関節症により歩行が不安定だが、適度な運動をしないと、今より筋力が低下するおそれがある」

→「変形性膝関節症により歩行が不安定で歩行量も少なく、今より筋力が低下するおそれがあるため、適度な運動により筋力を維持する必要がある」

・・・じゃあ何をすればいいのかという次につながる表現にする。

5 課題に対する目標と具体策の提案

- ・ 4欄を解決するための目標と具体策であり、「プラン作成者からのご提案です」ということが利用者・家族に分かるように説明する。
- ・ 「サービスありき」の提案や本人・家族の意向に単純に追随した提案ではなく、ここでは、プランを作成する専門家として本当に介護予防に必要と思う具体策を提案する。
- ・ 現在のサービス利用があっても、いつも「新規の利用者」と思ってアセスメント結果から予防に必要な具体策を考えてみるとよい。その結果、導き出してくる具体策と現在のサービス利用に差があるなら、現状のサービス利用を見直すきっかけにもなる。
- ・ 目標は利用者の視点からの内容にし、読んですぐ行動できる具体的なことを記載する。

例) ×「筋力向上のため運動量を増やす」

○「毎日スーパーまで歩いていけるようになる」

- ・ この欄は大きく確保してしっかりと記載する。この記載内容が充実しており、6欄で利用者・家族の合意が得られた場合には、7欄では「⑤の目標1と同じ」や「⑤の目標2の具体策3と同じ」などの記載でよい。

6 具体策についての意向 本人・家族

- ・ 利用者・家族が目標や具体策に対して明確な意向を持っていない場合でも、質問・面談の仕方を工夫し、やりとりをしながらできるだけ「○○できるようにしたい」などの積極的な意向を持ってもらうようにする。(経過は、介護予防支援経過記録に記載する。)
- ・ 「今までどおりでよい」という発言であってもそのままそれだけを記載するのではなく、「今のまま」がどういう思いかを記載し、7欄の目標にどのようにつながっていくのかを記載する。

7 目標

- ・ 5欄と同じ場合には、「⑤の目標1と同じ」や「⑤の目標2の具体策3と同じ」などの記載でよい。
- ・ 具体的、定量的(何が、どれだけ、できるようになるか)であり、その達成の判断が容易で利用者の実際の行動として確認することが可能な目標とすることによって、すぐに行動に移せる内容とするとともに、評価もしやすくなる。

8 目標についての支援のポイント

- ・ 9・10欄と混同しやすいが、「支援のポイント」ではなく「支援の留意点」と解して記載する。
- ・ 留意点等の特記事項があれば記載する、という程度でよい。
- ・ プラン全体としての留意点は16欄(総合的な方針)に記載する。

9 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

- ・ 5欄で提示された内容を、誰が、具体的に何を行うかを、できるだけ箇条書きで簡潔に記載する。
- ・ この欄を記載することにより、利用者自身の目的意識を高める効果がある。
- ・ 5欄で相当程度に具体的な記載がされている場合は、「⑤の目標1－具体策2と同じ」などの記載でもよい。

10 介護保険サービスまたは地域支援事業

- ・ 11 欄との混同を避けるため、11 欄と 10 欄を逆にして、先に 11 欄で「サービス種別」を記載し、10 欄は「11 欄で行うサービスの内容、量(必要な回数)など」を記載する欄と考えると分かりやすい。
利用者に対して、11 欄、10 欄の順で説明すればよい。
- ・ この記載欄を見て各サービス事業者が個別サービス計画を作成することを想定して記載する。
- ・ 単に「介護保険サービス」又は「地域支援事業」と記載するのではない。

13 期間

- ・ 利用期間や利用頻度を記載するほか、**サービス担当者会議後に、便宜上、利用の曜日や時間等を記入して、利用者のスケジュール管理を行う。**(23ページを参照)

14 健康状態について

- ・ 主治医意見書等からの医師の指示等について記載する。

16 総合的な方針

- ・ プラン全体としての留意点、チームケアを行うにあたっての留意点、「目標とする生活」に向けた取組の留意点や、8欄(7欄の「目標」に係る留意点)で記載しきれなかった点など特記すべきことがあれば記載する。

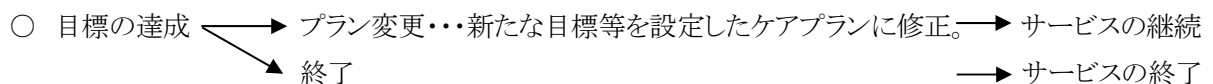
4 包括支援センター等による「評価」の視点

介護予防支援事業所（居宅介護支援事業所）は、「介護予防支援・サービス評価表」により、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックし、利用者の生活機能がどのように変化したか（改善、維持、悪化）を踏まえた上で、利用者の生活の自立支援の観点から、今後のケアプランを継続、変更、終了（他サービスへの移行を含む。）のいずれとするかを判定する。

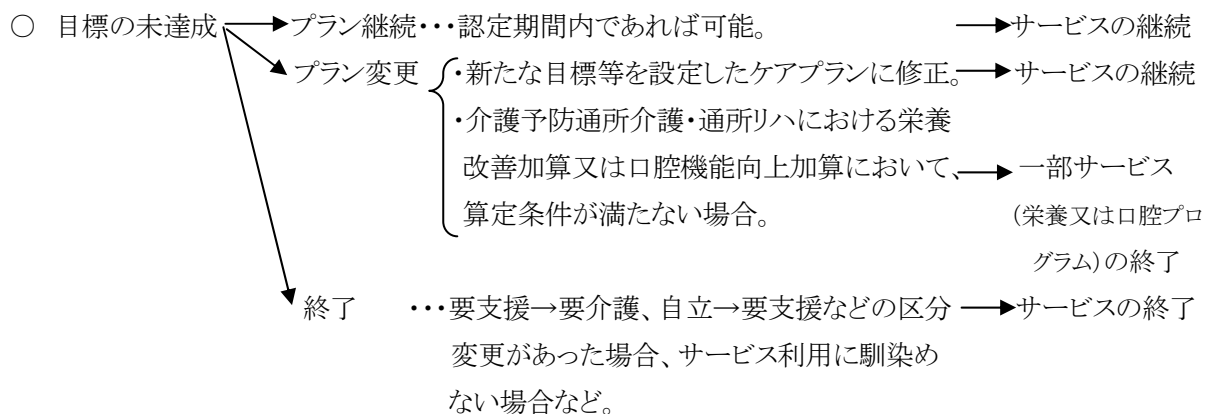
このとき、目標の達成・不達成の判断は公平、公正に行った上で、**達成の場合はサービスを終了する、又は新たな目標を設定した介護予防ケアプランを作成するなど、安易なサービス提供の継続にならないよう十分留意する。**

目標不達成の場合は、その原因を分析して介護予防ケアプランを見直すとともに、適切な介護予防サービスの提供がなされるよう配慮する。

《評価時の目標達成・未達成の判断》



※ サービスを終了すると自立が困難と考えられるケースであっても、安易なサービスの継続は行わず、新たな目標を設定することによって、自立を目指した介護予防サービスを提供することとする。



※ 生活機能が悪化した場合は、適切なサービス提供を行うよう、原則として介護予防ケアプランを見直すこととする。

評価の実施時期については、サービス期間内（終了月）かサービス期間後に行うのか一部に混乱が見られるが、**サービス期間内（終了月）に実施することとし、サービスを継続する場合はサービス期間終了後直ちに新たな介護予防ケアプランによりサービス提供を行うこととする。**