

介護福祉課職員・地域包括支援センターのための

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル

第1版

苫小牧市

(令和6年4月改訂)

基本

・目的や考え方

ポイント

・取り組む上で留意すること

注意点

・運営指導での確認ポイント  
・ケアプラン点検での確認ポイント

# もくじ

1	介護予防について	p2
2	介護予防ケアマネジメントについて	p3
3	ケアマネジメントの類型	p4
4	ケアマネジメントの手順	p7
5	インテーク	p9
6	アセスメント	p10
7	ケアプラン原案の作成	p12
8	サービス担当者会議	p16
9	説明と同意、プランの確定と交付、サービス開始	p17
10	モニタリング・評価	p18
11	暫定プランの立て方	p20
12	ケアマネジメントCについて	p22
13	ケアマネジメントに係る手続き	p24
14	引用・参考、ケアプランチェック様式	p26

# 1 介護予防について

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

## 2 介護予防ケアマネジメントについて



### 基本

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者が地域で自立した日常生活を送れるよう支援するもの。



### ポイント

介護予防ケアマネジメントでは、介護保険法第4条に基づき高齢者一人ひとりが自分の健康や介護予防について関心を持ち、適切な支援を受けながら、高齢者自身が自分でできることを自分で行う、できなくなったことを取り戻していくことが重要。



### 注意点

介護予防ケアマネジメントは、高齢者本人が訴える困りごとだけではなく、高齢者が地域で自立した生活を送っていくために解決が必要な課題を見つけ、高齢者が自分の力で達成できる目標を設定し、その目標の達成に向かっていくことができるように行わなければならない。高齢者本人が“できることを増やす”視点が大切であるといえる。

# 3 ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、苫小牧市は以下のような類型を設定している。

## (1) ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）

現行の予防給付に対する介護予防支援と同様にアセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用者との面接によるモニタリングは、少なくとも3か月に1回行い※、高齢者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとる。

### ※ケアマネジメント A におけるモニタリングの実施方法について

ケアマネジメント A で3か月に一回行われる面接によるモニタリングは下記の全てを満たす場合に限り、電話で行うことを認める。(但し、半年に一度は必ず本人と面接すること)

#### ① ここ半年間に渡り利用者の心身の状態が安定している。

- ・入退院がない
- ・体調不良等により予定していたサービスの利用のキャンセルが続いていない

#### ② 利用者本人以外から利用者についての情報が得られるような集団活動に参加している。

- ・デイサービスやふれあいサロン等に参加している

利用者の状態が安定しており、利用者の生活について客観的な視点での情報源が確保されているという主旨のもと、上記の条件を設定している。上記①②を満たしている場合であっても、利用者の希望があれば電話ではなく、面接にてモニタリングを行うことが必要である。

## (2) ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）実施手順は p22 を参照

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービスの利用又は地域の予防活動への参加の開始時のみに行われるもの。ケアマネジメントの結果、利用者自身が自分の状況・目標の達成等を確認できること、利用者自身のセルフマネジメントによって住民主体の支援の利用等を継続することが必要となる。なお、モニタリングや評価は行わないため、利用者の状況の悪化や利用者本人・家族からの相談があった場合には、利用者自身のセルフマネジメントを中断し、地域包括支援センターに職員によるケアマネジメントに移行することができるよう、包括支援センターは支援体制を整えておくことが重要となる。

類型を決めるときに考える内容	目標達成のために必要なサービス			ケアマネジメントの種類
	介護予防サービス	訪問型・通所型サービス (総合事業)	一般介護予防事業、 民間のサービス等	
利用者の希望とその背景 計画作成者が気づいた利用者の課題 利用者の心身の状態の安定性 モニタリングの必要性 今後の関わりの必要度合い セルフマネジメントが可能か	○	○	○	予防支援
	○	○	-	
	○	-	○	
	○	-	-	ケアマネジメント A
	-	○	○	
	-	○	-	ケアマネジメント C 状況により ケアマネジメント A
	-	○訪問 B または D のみ	○	
	-	○訪問 B または D のみ	-	



ケアマネジメント A、C の類型については、高齢者の意向や状態、ケアマネジメントを実施する専門職（計画作成者）としての判断を元にしなが、アセスメントの過程の中で決定されていくものである。

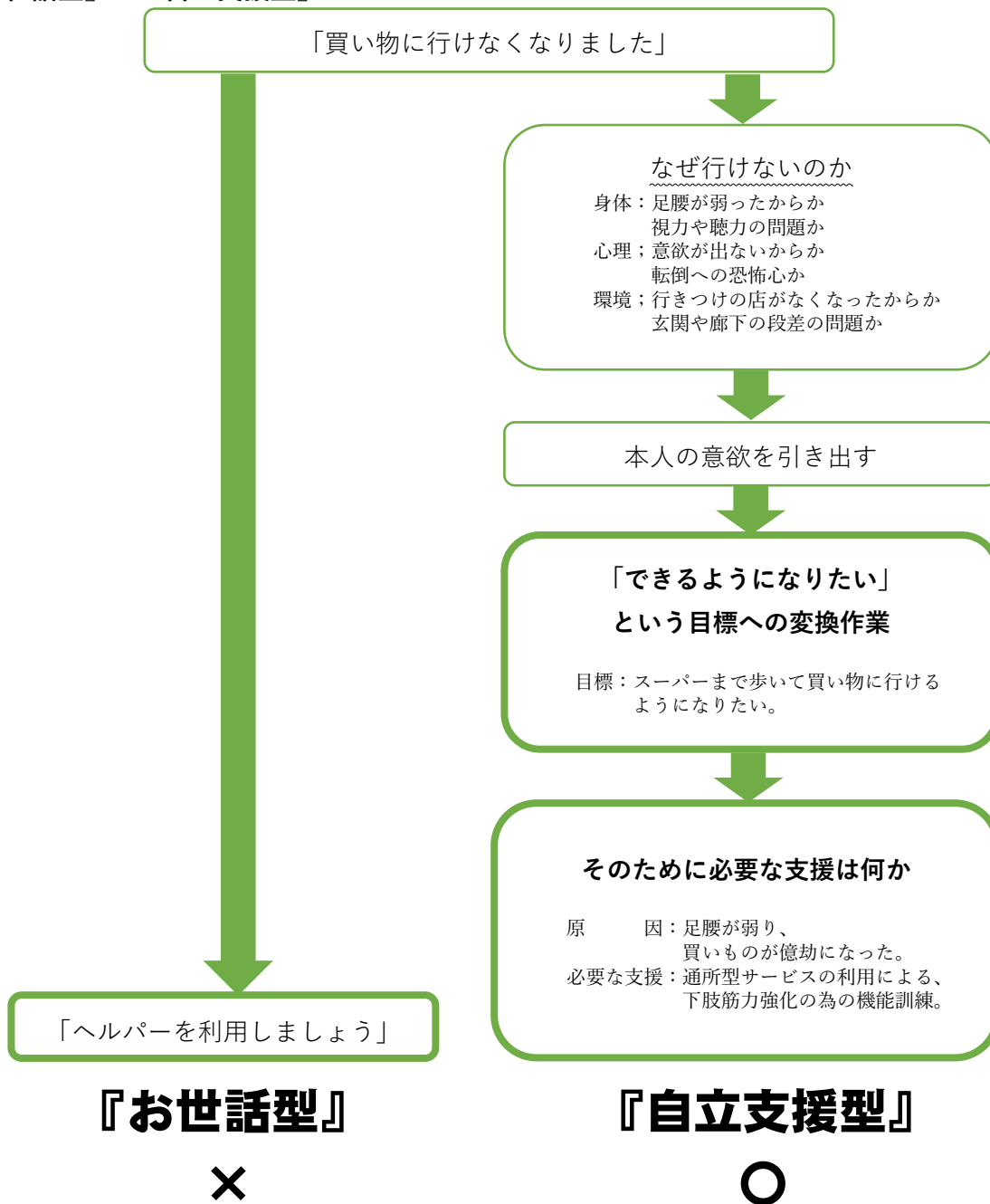


利用者の希望サービスが訪問 B や D のみの利用でも、心身の状態が安定していない場合や、意向等により今はまだ解決できない課題がある場合は、ケアマネジメント C とせずに、あえてケアマネジメント A とし、スモールステップで目標を設定し継続して支援しながら、利用者自身が自分の課題に気づき、自立に向かって自分の意思で取り組んでいけるような関わりが必要となる。



- ・ A、C いずれの類型であっても、高齢者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめる『お世話型』※とならず、高齢者の自立支援に資する『自立支援型』の支援となるように留意する。
- ・ 高齢者の心身機能の改善だけではなく、高齢者自身が地域の中で生きがいや役割をもって生活できるよう、地域の予防活動や集いの場に参加し続けられるような環境整備を図っておくことが重要である。

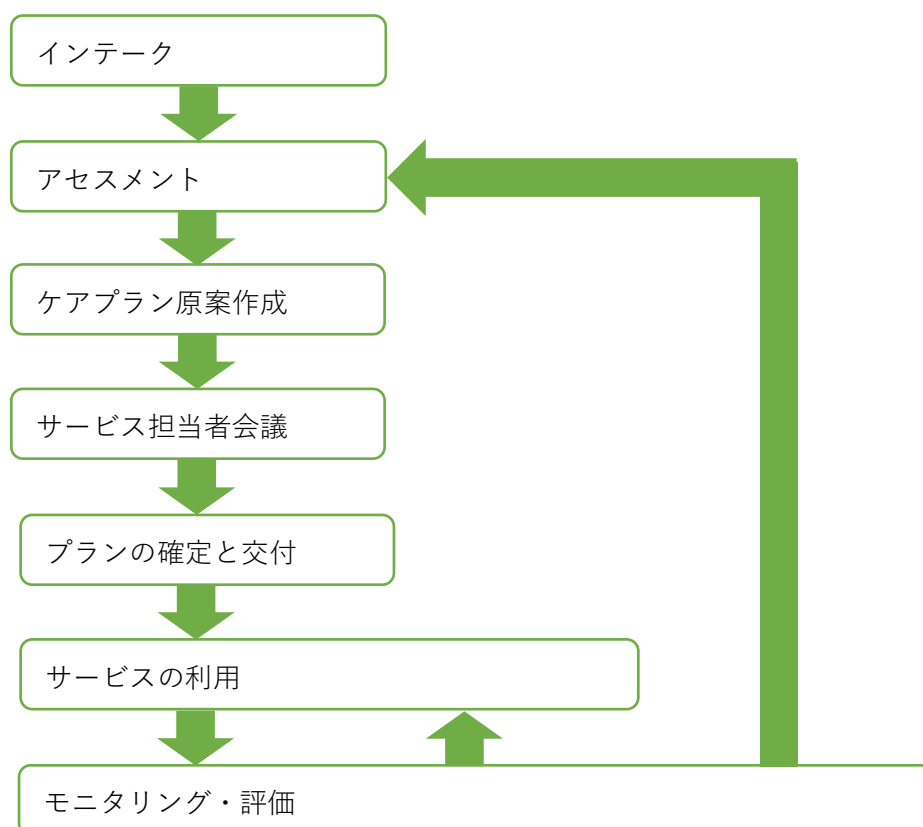
※『お世話型』と『自立支援型』について



安易な役割の代行は、それまでのしんどさ等からは解放してくれるが、それは同時に利用者本人の役割を奪うことにもつながりかねない。過剰なサービス利用は依存を生み、その結果である意欲低下が危惧される。原因となる要素の改善で生活機能の向上を図り、もう一度役割の回復を検討する視点が専門家には求められる。

# 4 ケアマネジメントの手順

## ☞介護予防ケアマネジメントのプロセス



※次のページ以降で各手順の考え方やポイント、注意点について説明していく。

実地指導やケアプラン点検で指摘を受けている点には、重要度に合わせて三段階で★印つけている。



## 📄 ケアプランの構成

No. \_\_\_\_\_ 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）（2/3）

利用者名 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_

【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】 チェックリスト参照

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
〇	〇	〇	〇	〇	〇

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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 本人・家族の意向
運動・移動について					
健康管理について					
その他の事項について					

アセスメント
提案・合意

No. \_\_\_\_\_ 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）（3/3）

利用者名 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_

目標	目標についての 支援のポイント	支 援 計 画					
		具体的な支援の内容	※1	サービス 種別	サービス提供者 (事業所)	頻度	期間
		本人の取組					
		家族・地域の 支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					
		区市町村サービス					
		本人の取組					
		家族・地域の 支援、民間 サービス等					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス					

ケアプラン

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防・生活支援サービス事業の場合は、○をつける。  
 【本来进行べき支援が実施できない場合：適切な支援の実施に向けた方針】

### 予防ケアプランの様式

予防ケアプランの様式の構成の特徴は「ケアマネジメントの思考過程を明らかにできる」こと。  
 アセスメント～提案・合意～ケアプランに至るプロセスを確認することができる。

# 5 インテーク

## 📌 インテークの手順

- ① 相談目的の聞き取り
- ② 利用者が希望するサービスを確認する
- ③ 総合事業の趣旨※を説明
- ④ 重要事項の説明と同意

### 基本

- ・ インテークは依頼に対し、計画作成者が担当する内容かを確認し、ケアマネジメントのプロセスを通して生活のニーズや課題を整理し、生活の目標を明らかにしていくもの。

### ポイント

- ・ 介護保険は“お手伝いさん”ではなく、“自立のための支援”であることの理解を得ることが、予防意識の向上のために必要。
- ・ 予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等申請の案内を行う。

### ※総合事業の趣旨

- ・ 総合事業は効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業である。
- ・ ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていく。

※対象者の理解度に合わせてわかりやすく説明する。

# 6 アセスメント

## 🔍 アセスメントの手順

- ① 基本チェックリスト、興味・関心チェックシートに記入してもらう
  - ② 各領域ごとの聞き取り（①を元に※）
  - ③ 各領域における課題の背景、原因の聞き取り
  - ④ 総合的な課題の確認
  - ⑤ ケアマネジメントの種類の決定
- + α 居住環境（屋内、居室）と  
近隣環境（家の周囲、近隣）のアセスメント

現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	背景・原因	総合的課題
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
日常生活（家庭生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
社会参加、対人関係・コミュニティについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他の事項について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

### 基本

- ・アセスメントは『計画作成者が利用者を知る作業』であり、同時に『利用者が自分を知る作業』。利用者の自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出すもの。
- ・生活環境は本人の自立した暮らしに大きく影響する。身体機能が衰えて外出の機会が減少すると、居住環境が「人生そのもの」となる。

### ポイント

- ・利用者が消極的、拒否的意向の場合は、背景・理由を明らかにする。
- ・「～できない」⇒「～したい」「～できるようになる」という目標の変換をする。
- ・本人と家族各々が原因についてどのように考え受け止めているか、どのように改善したいと考えているのか、そのために家族はどのように関わられるのかを確認し、記載する。
- ・アセスメント結果について一緒に考察し、本人の生活機能の低下についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出す。
- ・アセスメントはモニタリングや評価を元にプラン更新の度に更新する。★★
- ・主治医からの情報収集は主治医意見書のみでは不十分な場合がある為、医療との連携を図るようする。★
- ・住宅見取り図の作成を行う。★★

### 注意点

※各領域とチェックリスト、興味関心シートの項目をアセスメント領域に沿って分類した場合

【運動・移動について】

チェックリストで使用する質問項目	興味関心シートで使用する質問項目
No6 階段や手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自転車、車の運転</li> <li>・ 電車、バスでの移動</li> <li>・ 体操、運動</li> <li>・ 散歩</li> </ul>
No7 椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	
No8 15分位続けて歩いていますか	
No9 この1年間に転んだことがありますか	
No10 転倒に対する不安は大きいですか	

【日常生活（家庭生活）について】

チェックリストで使用する質問項目	興味関心シートで使用する質問項目
No1 バスや電車で一人で外出していますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分でトイレへ行く</li> <li>・ 自分で服を着る</li> <li>・ 歯磨きをする</li> <li>・ 好きなききに眠る</li> <li>・ 料理を作る</li> <li>・ 家や庭の手入れ</li> </ul>
No2 日用品の買物をしていますか	
No3 預貯金の出し入れをしていますか	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一人でお風呂に入る</li> <li>・ 自分で食べる</li> <li>・ 身だしなみを整える</li> <li>・ 掃除、整理整頓</li> <li>・ 買い物</li> <li>・ 選択・洗濯物たたみ</li> </ul>

【社会参加・対人関係・コミュニケーション・趣味等領域について】

チェックリストで使用する質問項目	興味関心シートで使用する質問項目
No4 友人の家を訪ねていますか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 孫、子どもの世話</li> <li>・ 動物の世話</li> <li>・ 友達とおしゃべり、遊ぶ</li> <li>・ 家族、親戚との団らん</li> <li>・ デート、異性との交流</li> <li>・ 居酒屋に行く</li> <li>・ ボランティア</li> <li>・ 地域活動</li> <li>・ お参り、宗教活動</li> </ul>
No5 家族や友人の相談にのっていますか	
No16 週に1回以上は外出していますか	
No17 去年と比べて外出の回数が減っていますか	
No18 周りの人からいつも「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	
No19 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	
No20 今日が何月何日かわからない時がありますか	

【健康管理について】

チェックリストで使用する質問項目	興味関心シートで使用する質問項目
No11 6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	-
No12 身長 cm 体重 kg (BMI ) ★★★	
No13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	
No14 お茶や汁物等でむせることがありますか	
No15 口の渇きが気になりますか	

※チェックリストの No12 はアセスメントの重要項目。高齢者の栄養状態はケアの基本のため、身長・体重・BMI の確認と記載を行うこと。★★★

# 7 ケアプラン原案作成

## ☞ ケアプラン原案の作成手順

- ① 「課題に対する目標と具体策の提案」と「具体策についての本人・家族意向」の確認
- ② 「目標とする生活」の確認
- ③ 「目標」の決定（※①②で同意が得られれば書き方は“同左”が良い。）
- ④ 「目標に対する支援のポイント」と「具体的な支援の内容」について話し合う

	1/5	1/3	1/2	1/3	1/5
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 本人・家族の意向					

利用者名	性別	支援計画			
		目標	目標についての 支援のポイント	具体的な支援の内容	※
			本人の取組		
			家族・地域の 支援、民間 サービス等		
			介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス		
			本人の取組		
			家族・地域の 支援、民間 サービス等		
			介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス		
			本人の取組		
			家族・地域の 支援、民間 サービス等		
			介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス		

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防・生活支援サービス事業の場合は、○をつける。  
【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】

計画作成事業者 事業所名及び所在地		評価予定日
計画作成日		
目標とする 生活	1日、一週間、 または1月	
	1年	
記入の氏名		

## 基本

- ・ケアプラン原案の作成は、本人に「私のプラン」という意識をもってもらうために、利用者と共に行われるもの。
- ・「課題に対する目標と具体策の提案」と「具体策についての本人・家族意向」はケアプランの合意のプロセス。

## ポイント

- ・目標は「目標とする生活」の実現のために必要な条件となるものであると同時に、モニタリングの指標となるものであるため、距離や時間、期間、場所は固有名詞まで明らかにした上で決める。
- ・達成可能なものにし、本人の達成感や意欲の向上につなげる。★★★
- ・目標は利用者の自立（目指す姿）に向かい、達成感を持ちながら取り組んでいけるよう、スモールステップで段階的な設定※を行う。
- ・かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）は何かという視点での目標設定が望ましい。

## 注意点

- ・ケアプランは本人のものであるため、難しい表現は避け、目標の主語は本人にする。★★
- ・「安心して」「安全に」等の目標表現は、評価を本人の主観に頼るものとなる上、抽象的で漫然として本人の意欲向上に繋がらないため避ける。★★
- ・家族の意向を確認できる場合は、必ず確認して記載する。★
- ・目標とサービス内容は整合性の取れるものとする。★

### ※スモールステップで段階的な設定の例

月1回地域サロンで近所の人とカラオケで歌ったり、

おしゃべりをしたりして楽しい時間を過ごす。



- 〈目標1〉3食を食べ、体力をつけて近所を散歩できるようになる
- 〈目標2〉毎日15分程度、近所の公園まで散歩できるようになる
- 〈目標3〉週1回は1時間、友人たちとのカラオケを楽しむ

具体的な目標設定の鍵はスモールステップで段階的な目標設定にある。

参考；基本チェックリストの該当項目に沿ったサービス内容や活動の例

No	質問項目	事業対象者に該当する基準	想定されるサービス内容や活動の例
1	バスや電車で1人で外出していますか	① 複数の項目に該当 10項目以上に該当	⇒②～⑦のうち該当する基準又は該当に近い基準に対応するサービスや活動に繋げる。
2	日用品の買物をしていますか		
3	預貯金の出し入れをしていますか		
4	友人の家を訪ねていますか		
5	家族や友人の相談にのっていますか		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	② 運動機能の低下 3項目以上に該当	⇒訪問B 訪問D
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか		
8	15分位続けて歩いていますか		
9	この1年間転んだことがありますか		
10	転倒に対する不安は大きいですか		
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	③ 低栄養状態 2項目以上に該当	
12	身長 cm 体重 kg (BMI ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	④ 口腔機能の低下 2項目以上に該当	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渇きが気になりますか		
16	週に1回以上は外出していますか	⑤ 閉じこもり No16に該当	⇒地域の通いの場 地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等）
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
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されますか		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか	⑥ 認知機能の低下 1項目以上に該当	⇒地域の通いの場 地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等） 訪問B
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しくめなくなった	⑦ うつ病の可能性 2項目以上に該当	⇒地域の通いの場 地域の各種活動（ボランティア、就労、老人クラブ等） 受診勧奨の必要性を判断 専門相談（窓口）照会
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		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当となる。

## 参考；よくある目標からみたより良い目標と具体策の例

よくある目標	書き換えのポイント	より良い目標と具体策の例
病状が悪化せずに、自宅での生活を継続することができる。	“自宅での生活”という表現ではなく、何ができるようになる（何をし続けられる）ことが利用者の自宅での生活に必要なことを記載する。 “病状”が何を指すのか、また病状を悪化させないために、本人が取り組む内容は何か、本人の予防の自覚を促すためにも具体的な記載を行う必要がある。	<目標> 自分で〇〇スーパーまで買い物に行ける。 <具体策> 月に1度の通院と毎日の内服・血圧測定を忘れずに行い、体調管理を行う。
無理のない範囲で運動を続け、体力を維持し、趣味を続けていく。	“無理のない範囲”という表現が曖昧なため、本人が取り組みにくく、評価も漠然としやすい。本人にプランを身近に感じてもらうためにも、趣味などは内容を明らかにする。	<目標> バスで市外へのお出かけができるように体力をつける。 <具体策> 膝の痛みが長引かない程度（〇〇分程度）ウォーキングをする。 毎日2回、家の階段の上り下りをする。
通院により体調を管理する。	体調管理は目標ではなく、目標達成のための具体策。体調管理の先にどんな生活があるか、どんな生活を送りたいのかを具体的に示すことが、利用者の意欲向上につながる。	<目標> 孫と〇〇公園まで散歩できるようになる。 <具体策> 月に1度の通院と内服により体調を管理する。
外出する機会を持ち、体力や筋力が維持・向上できる。	“外出する機会”だと本人が具体的にイメージしにくく、行動につながりにくい。また、“体力や筋力”という表現は曖昧で評価しにくい。	<目標> 一人で〇〇に行けるようになるため、〇〇分程度は続けて歩けるようになる。 <具体策> デイサービスや〇〇体操教室を利用して運動する機会をもつ。
怪我や病気に気を付けて過ごしたい。	高齢者に限らず、どの年齢でも当てはまる基本的な欲求である。自立支援の視点から、怪我や病気に気を付けてどのような生活をしたいのか、何ができるようにしたいのかといった自己実現欲求を踏まえた目標設定が必要。	<目標> 転倒や糖尿病の悪化を防ぎ、庭仕事を続けられる。 <具体策> 立ち座りの動作をゆっくりと慎重に行う。 糖尿病が悪化しないように、正しい食事管理や服薬管理を行う。
デイで入浴できる。	デイで入浴していれば目標が達成となる。清潔を保つこと、清潔を保って何をしたいかが目標となる。入浴できない原因は何かを考えつつ、参加の視点を忘れずに目標設定することがより望ましい。	<目標> 体を清潔にし、積極的に外に出かけて友人たちと会う。 <具体策> 背中を洗う介助や浴槽に入る動作の手助けを受けて入浴し、体の清潔を保つ。
自分でできる身の回りのことを続けて行い活動量を保ち、楽しみのある生活を送れる。	“身の回りのこと”や本人にとっての“楽しみ”が指している内容が不明確。本人がプランを自分のものと認識して、何に取り組むかが分かるような記載が必要となる。	<目標> 掃除や洗濯、買い物を自分で行うことで身体を動かす機会を保ち、お稽古事（生け花）を続けられる。

要支援者（事業対象者）は状態の大きな変化がなく目標の設定の仕方が難しいが、目標に固有名詞を用いたり、できる部分は数値化することで、本人が明確に認識して取り組むことができる。また、目標が具体的だと評価しやすく、更新時にもプランに変化をつけやすくなる。



# 8 サービス担当者会議

## ☞ サービス担当者会議の手順

- ① 利用者の基本情報の説明
- ② 利用者が取り組む目標と支援内容の説明
- ③ 残された課題等について協議
- ④ 会議の記録

### 基本

- ・ サービス担当者会議は、利用者本人の現状と課題、サービス提供事業所の分担と役割を共通理解するもの。
- ・ 地域の介護予防サービスやインフォーマルサポートについて情報を共有し、それぞれの役割についても理解する。

### 注意点

- ・ 照会は前もって依頼し、サービス担当者会議の場での活用、プランへの反映ができるようにする。★
- ・ 残された課題は必ず記載し、空欄にしない。★★★  
(残された課題が無いということは介護サービスが不要ということ。)

### 残された課題に記載する内容

- ・ 必要があるにも関わらず、社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合のこと
- ・ 必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかったサービス
- ・ 次回の開催時期、開催方針等

### ※利用者の希望によりプランの変更を軽微な変更として、一連のプロセスの省略を考える場合

今回の変更内容が軽微な変更の内容に合致するかについて『介護保険最新情報 vol959』（別添）居宅介護支援・介護予防支援・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱いを参照して判断すること。

また、軽微とする場合、しない場合のいずれにおいても、一連のプロセスを行う必要性について計画作成者が判断したことが分かるように、支援経過に記録を残す必要がある。



# 10 モニタリング・評価

## 📌 モニタリング・評価の手順

① 利用者や支援の状況等について確認する。

<確認内容>

- ・利用者の生活状況に変わりはないか
- ・目標に対して利用者自身が取り組んでいるか
- ・家族やサービスによる支援は行われているか
- ・支援内容と、役割分担、満足度
- ・新たな課題が生じてないか

② モニタリング・評価の内容を記録

※ケアマネジメント A の面接によるモニタリングは電話で行うことも可とする。詳細は p4 を参照

### 基本

- ・モニタリングは支援計画の実施状況や目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかの確認を行い次の支援計画に結び付けていくもの。
- ・評価は、ケアプランに掲げた目標に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを確認するもの。
- ・目標の終了時期にサービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景（想定よりもうまくいった要因、達成できなかった要因、新たに把握された生活上の課題等）を分析、共有することで次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものにすることができる。

### ポイント

- ・目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行う。
- ・課題が解決されている場合は、次のステップアップとして住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、次の段階へのスムーズな移行に配慮する。

### 注意点

- ・モニタリング、評価共に達成の根拠を明記しながら評価を行う。★★
- ・目標の達成内容と評価内容は整合性がとれるようにする。★

## + α 支援経過の活用★

### 基本

支援経過は計画作成者がケアマネジメントを推進する上での根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するもの。また、計画作成者の判断や働きかけについて記載することで支援の振り返りになる。

#### 【支援経過に記載する内容】

- ・ ケアマネジメントを進めていく上での判断根拠
- ・ 介護報酬請求にかかる内容
- ・ モニタリングを通じて把握した利用者やその家族の意向・満足度
- ・ 目標の達成度
- ・ 事業者との調整内容
- ・ 主治医との対応
- ・ ケアプランの変更の必要性
- ・ 本人、家族に説明し、同意を得たこと
- ・ 記録の日付、情報収集の方法（訪問、電話、ファックス※発信か受信かわかるように）

#### 【支援経過の書き方】

- ・ 支援者のメモではないため、簡潔で誰が見ても理解できるように記載する。
- ・ 項目毎に整理して記載する。
- ・ 事実を書くだけでなく、計画作成者が何を感じ、どういう働きかけ方をしたか、今後の方針について書く。★★
- ・ どんな判断をしたのか、それは正しかったのか、どこが利用者のターニングポイントであったのかの経過をたどれるように記録する。★

# 11 暫定プランの立て方

## 基本

暫定ケアプランの作成にあたっては、認定結果（要支援あるいは要介護）を見込んだ上で、サービス利用前までに「届出」を提出することとし、認定結果が見込みと違った場合は自己作成によってケアプランが作成されたものとみなし、被保険者に対して給付がなされないことがないようにする。（厚生労働省平成18年4月改定関係Q&A Vol.2 Q52）

## ☞ 暫定ケアプランが必要となるケース

- ① 要介護等認定申請中の新規利用者が、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- ② 要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- ③ 要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合
- ④ 事業対象者となりサービス事業を利用している者が新たに要介護等認定申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合

## ☞ 暫定ケアプラン作成に際して ケアマネジメントの一連のプロセスの実施が必要

- ・認定結果が非該当となった場合や、想定していた介護度より低くなった場合には、介護サービスに要する費用が自己負担になることがある。
- ・想定していた介護度より重くなった場合は、負担する費用が増えることについてあらかじめ利用者や家族には十分な説明を行うことが必要。

## ☞ 認定結果確定後の流れ（3パターン）

**パターン1**：想定していた通りの介護区分及び介護度だった場合（①又は②の方法で対応）

- 認定結果が暫定プランに位置付けた介護度と等しい
- 暫定ケアプランの利用者及び家族等の状況やニーズが変わらない
- プランの内容や援助の留意点に変更がない
- 暫定ケアプラン作成時のサービス担当者会議においてこれらの状況等の変化がない場合は、改めて会議は行わず、認定結果が出た後に暫定プランを本プランとすることを利用者や家族、サービス事業者に了承を得ている

① 上記の全てを満たす場合⇒暫定ケアプランをそのまま本プランとする。

- ・暫定プラン作成時に一連の業務を行っていることから、改めてアセスメントやサービス担当者会議を行う必要はない。
- ・必要事項（認定済みに○をつけ、認定日、認定の有効期間を記載する）を追記したり、見え消して修正する等して、暫定プランを本プランとしたことが分かるように作成する。
- ・利用者や家族への説明と同意を得て、その旨を支援経過記録に残す。

② 上記の全てを満たさない場合⇒暫定プランとは別に本プランを作成する。

改めて一連の業務（アセスメント～ケアプランの交付）を行う。

※①②のいずれであっても、暫定プランと本プランのどちらもサービス事業所へ交付することが必要。

**パターン 2：想定していた介護度ではなかった場合**

例) 要介護 3 を見込んでいたが、認定結果が要介護 2 だった場合

見込んでいた介護度と異なる認定結果が出た場合は、暫定プラン作成時に一連の業務を行っても改めて一連の業務を行い、本プランを作成する（サービス担当者会議も必要）。

**パターン 3：想定していた介護区分ではなかった場合**

例) 要介護 1 を見込んでいたが、認定結果が要支援 2 だった場合

要介護 1 の暫定ケアプランと要支援 2 の暫定予防ケアプランの両方を作成せずに、要介護 1 の暫定ケアプランのみを作成していた場合には、要介護 1 のケアプランを「自己作成扱い（セルフケアプラン）」とし、利用者に対して給付がなされるようにすることができる。

※総合事業のみを利用している場合は、自己作成扱いができない。

**法的根拠資料**

- ・厚生労働省平成 18 年 4 月改訂関係 Q&A (vol.2 問 52)
- ・介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（平成 27 年 6 月 5 日付）

# 12 ケアマネジメント C について

## 🔍 実施手順

- ① インテーク
- ② アセスメント
- ③ ケアプラン原案作成（ケアマネジメント結果表の作成）
- ④ 説明と同意
- ⑤ プランの交付
- ⑥ セルフマネジメントへの移行



注意点

- ・利用者の心身の状態に変化があった場合など、必要のあった場合には支援を再開できる体制を構築しておくことが必要\*。
- ・セルフケアマネジメントを行っていくこととなるため、利用者の日常生活を活発にし、家庭や社会へ参加し、生きがいをもつことや自己実現のために継続して取り組んでいけるような目標設定や支援が必要である。

### ※状態悪化を見逃さない仕組みづくりの例

- ・集団での活動に参加するよう導き、プランに位置付ける。
- ・サービスまたは活動提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止や無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・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。
- ・サービスまたは活動提供者が出席簿を作成の上、地域包括支援センターに報告する。

など

## 👉 委託料について

### ① 基本委託料

利用者に対して介護予防ケアマネジメントを行った場合に、所定単位数を算定する。

### ② 初回加算

新規にケアプランを作成する利用者に対し介護予防ケアマネジメントを行った場合に、所定単位数を加算する。

## 👉 請求について

ケアマネジメント C に係る委託料の請求にあたっては、市に請求書の添付書類として以下を提出すること。

- ・ケアマネジメント結果等記録票
- ・訪問型サービス B 又は訪問型サービス D 利用受付票

※ 訪問型サービス B 又は訪問型サービス D のみを利用する場合であって、ケアマネジメントの類型を「ケアマネジメント A」とした場合の請求については、「ケアマネジメント C」と同様に、市に請求書の添付書類として以下を提出すること。

- ・ケアマネジメント結果等記録票（初回のみ提出。ただし、変更があった場合は提出が必要。）
- ・訪問型サービス B 又は訪問型サービス D 利用受付票（初回のみ提出。）

- ・単位数等は法改正により変更される場合があるので留意すること。





## 👉 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) 届出書について

総合事業の利用を開始する場合は、「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」を市へ提出する。届出書の提出にあたっては、利用者へ介護予防ケアマネジメントを受けることについて説明し、個人情報の提供の同意を得た上で、提出すること。



・「ケアマネジメント A」を請求する場合、当該届出書の提出がないと受給者台帳に情報が記載されず、「返戻」となる場合があるので留意すること。

## 👉 住所地特例対象者の届出について

苫小牧市内の住所地特例施設に入居する他市町村の被保険者の介護予防ケアマネジメントについては、以下のとおり処理を行う。

住所地特例施設が所在する圏域の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行う。地域包括支援センターは、苫小牧市に以下の書類を提出する。

- ① 保険者市町村宛のサービス計画作成依頼(変更)届出書
- ② 保険者市町村が発行する介護保険被保険者証(原本)(原本がない場合は写しでも可)



苫小牧市で以下の処理を行う。

- ・地域包括システムへ、当該利用者の情報を入力する。
- ・苫小牧市から保険者市町村へ①②の書類を郵送する。



保険者市町村から新たな介護保険被保険者証が発行され、利用者へ交付される。

届出書  
記入例

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									
								区 分	
								新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号				
ナ									
					個 人 番 号				
					生 年 月 日				
					年 月 日				
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター									
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名			介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒			
						電話番号 ( )			
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)番号					サービス開始(変更)年月日				
					年 月 日				
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
介護予防支援又は介護予防					介護予防ケアマネジメントを開始する日を記入				
※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。									
居宅介護支援事業所名			居宅介護支援事業所の所在地			〒			
						電話番号 ( )			
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等									
※変更する場合のみ記入してください。									
介護予防小規模多機能型居宅介護の利 用開始月における介護予防サービス等の 利用の有無			※介護予防小規模多機能型居宅介護の利用前の介護予防居宅サービス(介護予防居 宅療養管理指導及び介護予防特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型介 護予防サービス(介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生 活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。						
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用あり (利用したサービ			<input type="checkbox"/> 介護予防サービス等の利用なし						
)									
届出日を記入									
苦小牧市長 様 上記の介護予防支援(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメン トを依頼することを届出します。									
年 月 日									
住所 被保険者 氏名					電話番号 ( )				
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		(カード確認・職権記載)					
		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所(地域包括支援センター)番号							
介護予防サービス計画の作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者が介 護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼するに当たって、被保険者の 状況を把握する必要がある時は、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 び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。									
同意日を記入									
年 月 日 氏名									

# 14 引用・参考、ケアプラン自己点検様式

## 📖引用・参考

『七訂 居宅サービス計画作成の手引き』長寿社会開発センター（2021年）

『本人を動機づける介護予防ケアプラン作成ガイド』日総研出版（2021年）

『保険者のチェックポイントがわかる！ケアプラン点検ハンドブック』ぎょうせい（2020年）

『実務に直結！ケアプラン作成ガイドブック』中央法規（2019年）

『ケアマネジャーのためのケアプランの書き方&文例ハンドブック』ナツメ社（2022年）

『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』長寿社会開発センター（2022年）



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）（1/3）  
様

認定年月日 \_\_\_\_\_ 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

**日付の整合性**  
 認定年月日  
 認定の有効期間  
 計画作成日  
 同意日  
 ※上記が正しい流れになっているか

計画作成者 \_\_\_\_\_ 担当地域包括支援センター \_\_\_\_\_

計画作成事業者  
事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

**1日、1週間、または1月**  
 利用者が実践し、利用者の努力によって達成し得る目標となっているか  
 支援者側の目標となっていないか  
 抽象的で漫然とした目標となっていないか  
 本人にとってイメージしやすい内容か

計画作成日 \_\_\_\_\_

目標とする生活	1日、1週間、または1月	<p><b>1年</b>  <input type="checkbox"/> 1年以内に達成したい、達成できる目標となっているか  <input type="checkbox"/> 1年間を通して取り組む目標、心掛ける目標となっているか  <input type="checkbox"/> 過去数年に渡り同じ目標となっていないか</p>
	1年	
総合的な方針 (生活不活発化の改善・予防のポイント)		<p><b>同意欄</b>  <input type="checkbox"/> プラン開始前に同意を得ているか  <input type="checkbox"/> 記名があるか          ※代筆の場合は代筆者と本人名</p>

【地域包括支援センター記入欄】

【利用者記入欄】

担当地域包括支援センター	名称		確認印
	意見		

介護予防・支援計画について、同意いたします。  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

## 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）（2/3）

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_

【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】

チェックリスト参照

	<b>チェックリスト</b> □点数、○の記載があるか	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
		/5	/5	/3	/2	/3	/5

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>総合的課題</b> □基本チェックリストの結果が考慮されているか □優先度の高い順に列挙されているか	<b>目標</b> □曖昧な表現となっていないか □固有名詞や数量で表しているか □主語は本人か □本人の努力で達成できるか □達成可能な目標となっているか □目標と手段を混同していないか □単にサービスの利用が目標となっていないか  <b>具体策</b> □本人が取り組みたいと思える具体策となっているか	<b>本人・家族の意向</b> □本人だけでなく、家族の意向が記載されているか
日常生活（家庭生活）について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
健康管理について					
その他の事項について					

**アセスメント（現在の状況～背景・原因）**  
□各アセスメント領域において、「現在、自分（自力）で実施しているか否か」、「家族にどのように介助され実施しているのか」について聴取し、記載されているか  
□利用者や家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、認識の違いなどにも留意されているか  
□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されているか  
□具体的な内容、頻度について記載されており、状態の変化について把握しやすく、第三者がみて利用者の生活像がイメージしやすいものとなっているか

No. \_\_\_\_\_

## 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）（3/3）

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_

目標	支 援 計 画							
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	※1	サービス種別	サービス提供者（事業所）	頻度	期間	
	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;">                     目標についての支援のポイント  <input type="checkbox"/> サービス事業者や支援者に、サービス提供時に配慮してもらいたい点について記載されているか                 </div>	本人の取組	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;">                     具体的な支援の内容  <input type="checkbox"/> 福祉用具が必要な理由が記載されているか  <input type="checkbox"/> 目標との整合性がとれているか  <input type="checkbox"/> サービス事業者が行う支援内容が明確か  <input type="checkbox"/> サービス導入の目的が目標と合っているか                 </div>					
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						
		本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						
		本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防・生活支援サービス事業の場合は、○をつける。

【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】