

四国中央市

介護予防支援・

介護予防ケアマネジメント
マニュアル



四国中央市地域包括支援センター

令和3年度改定版

目次

事業内容	1
介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	3
介護予防ケアマネジメントの手順のポイント	4
《ケアマネジャー業務のポイント》	
○アセスメント	5
四国中央市アセスメントシート（別紙1）の記入について	7
○ケアプラン原案の作成	8
○サービス担当者会議	10
○モニタリング・評価	11
～参考～	
医療系サービスの位置づけについて	12
多職種によるケアマネジメント支援について	
～地域ケア個別会議の活用～	13
介護保険・総合事業（事業対象者）利用申請について	14
変更申請の取り扱いについて	18
介護予防ケアマネジメント実施における関連様式の記載例	
・利用者基本情報	
・介護予防サービス・支援計画書	
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防事業）経過記録 （サービス担当者会議の要点を含む）	
・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表	
参考資料	
別紙1：四国中央市アセスメントシート	
別紙2：興味・関心チェックシート	
別紙3：基本チェックリストの考え方	
別紙4：業務の流れ（四国中央市地域包括支援センター版）	

事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）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）（以下「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、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）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況にあった適切なサービス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事業です。

このマニュアル中に出てくる用語について

- **事業対象者**とは、基本チェックリストの記入内容が事業基準に該当した者のことを言います。
- 「**介護予防ケアマネジメント**」とは、**要支援認定者および、事業対象者**に対して、介護予防及び日常生活支援を目的としてケアマネジャー等によって行われる一連の過程のことを言い、本文中では、その一連の過程によって作成された計画を、総称として「**ケアプラン**」と呼ぶこととします。

介護保険給付・地域支援事業の全体像



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成

介護予防ケアマネジメントの種類

具体的な介護予防ケアマネジメントの種類の考え方

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のプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービスの事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント ⇒ケアプラン原案作成 ⇒サービス担当者会議 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 ⇒モニタリング【給付管理】
ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合 	アセスメント ⇒ケアプラン原案作成 （⇒サービス担当者会議） ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 ⇒サービス利用開始 （⇒モニタリング（適宜））
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のプロセス）	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 	アセスメント ⇒ケアマネジメント結果案作成 ⇒利用者への説明・同意 ⇒利用するサービス提供者等への説明・送付 ⇒サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

※四国中央市では、現時点では、ケアマネジメントAのみです。

介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

老振発 0605 第 1 号 平成 27 年 6 月 5 日 介護予防・日常生活支援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）の実施及び介護予防手帳の活用については、「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出来る限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持し、高齢者 1 人 1 人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進にむけた取り組みを行うことが重要となる。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用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のではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。」と定められています。

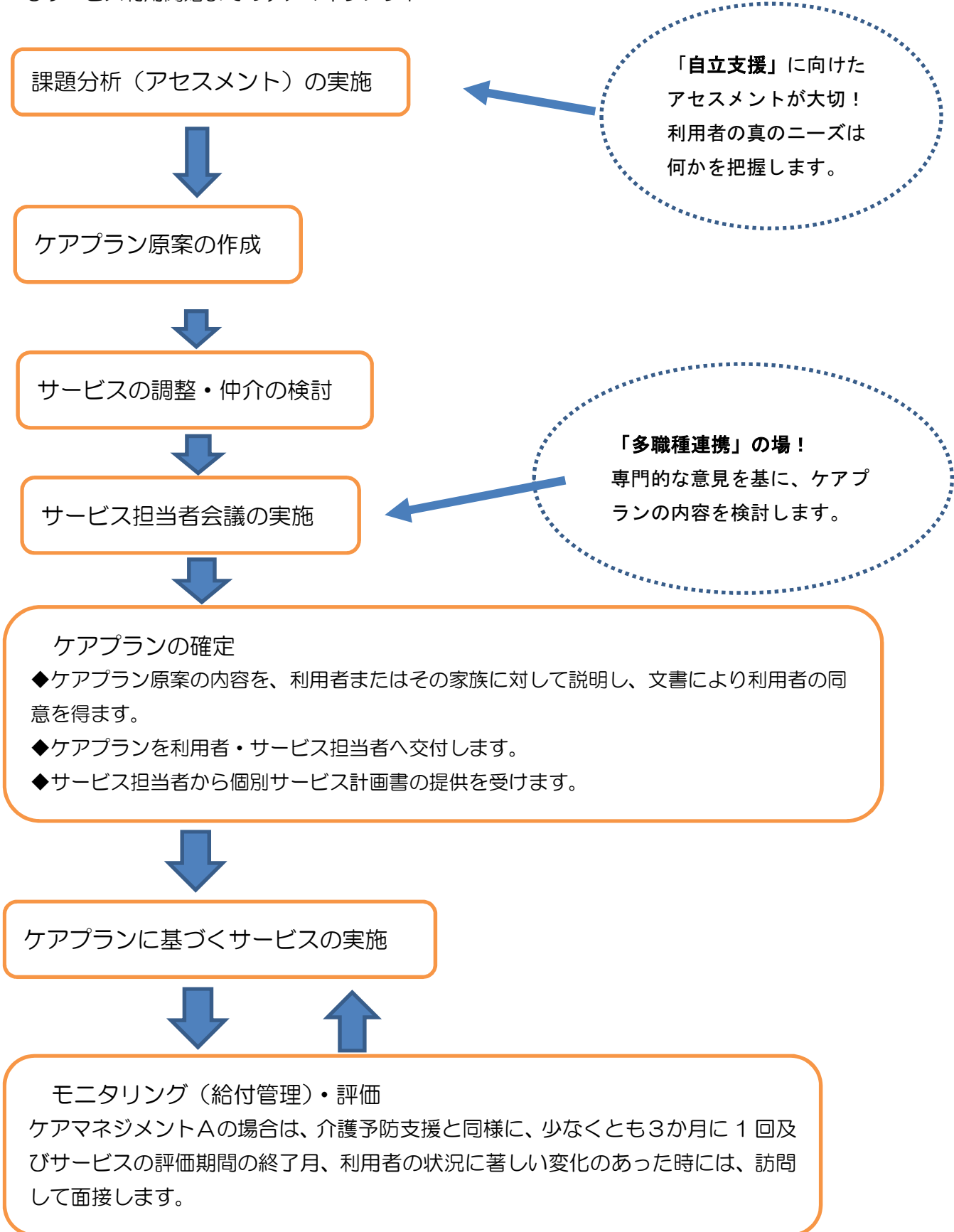
（参考）介護予防支援の提供にあたっての留意点

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業（法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第十八条第一号に規定する介護給付をいう）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

厚労令 37 「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」より

《介護予防ケアマネジメントの手順のポイント》

◎サービス利用開始までのケアマネジメント



《ケアマネジャー業務のポイント》

課題分析（アセスメント）

何のために

利用者が抱える課題を明らかにして、具体的な生活の目標を設定するためにアセスメントを行います。そのためには、情報を収集・整理して、利用者のおかれている状況を多角的に分析することが求められます。

その分析結果をもとにして、改めて利用者とともに課題や目標を共有化しましょう。

こんなことをします

○利用者の自宅に訪問して、本人と面接による聴き取り等を行い、情報把握、整理分析をします。
より本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していきます。利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。

- 総合的な情報収集
- 情報の整理
- 情報の関連性の検討・分析
- 課題の把握と整理
- 目標の検討

ここがポイント！！

○アセスメントは利用者と課題分析者との協働作業です。利用者宅を訪問して、利用者及び家族へ面接して解決すべき課題の把握をしましょう。

○それぞれの課題について

「その課題が誰の課題か」「解決する力は（誰に）どの程度あるか」を検討してみましょう。

現在の状況に至った経過や、今までの生活歴にも注目しましょう。

○目の前の状況だけではなく、利用者の将来について、予後予測のイメージを図りましょう。

コラム ～サービス卒業に向けた視点～

サービス利用を続けることが、目的にならないように

地域の力を借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけましょう。

利用者基本情報

本人の居住環境・経済状況・家族構成・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・友人・地域との関係・現病歴、既往歴と経過、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）など



基本チェックリスト



アセスメント領域と現在の状況	
運動・移動	室内外の歩行状況。転倒歴や転倒不安。ふらつきの有無や移動先（距離）。交通機関を利用しての移動状況等。
日常生活 （家庭生活）	身の周りのことや家事全般をどうしているかについて、事実を記載。預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況等。
社会参加・対人関係・コミュニケーション	近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味等に関することについて事実を記載。
健康管理	健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無や清潔保持についての状況を記載。

各種アセスメント方式も上手に活用しましょう。

アセスメントツールには、四国中央市アセスメントシート（別紙1）や興味・関心チェックシート（別紙2）があります。積極的に活用しましょう！！

コラム～「実行状況」と「能力」を区別する視点～

「能力」と「行為」の差を明確にすることが重要！

- ①実行状況 ⇒ 「している活動」
毎日の生活の中で特別な努力なしに実行している活動
（促し・見守り・介助を受けている場合も含む）
- ②能力 ⇒ 「できる活動」
訓練や評価の場面で発揮することができる活動能力
生活行為をよくするために、潜在能力を引き出す

四国中央市アセスメントシート（別紙1）の記入について

事業対象者の判定には、主治医意見書、認定調査票がありません。適切なアセスメントの実施のため、四国中央市では、このアセスメントシートを利用します。

このアセスメントシートの領域は、介護予防サービス・支援計画書の領域と対応しています。

＜記入方法＞

○アセスメント項目は、チェック方式になっています。該当項目にチェックを入れてください。

○「本人の意向、希望等」の欄は、各領域のことがらに対して本人がどのように感じているか、どうなりたいか、どう思っているか等を記載してください。

四国中央市介護予防ケアマネジメントアセスメントシート		
被保険者番号：		氏名：
		実施日： 年 月 日
領域	アセスメント項目	本人の意向、希望等
運動・移動	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	関節等の可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： ）
	（イスからの）立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	歩行レベル（屋内）	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や手すりなどがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	歩行レベル（屋外）	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や歩行器などがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	つまづきや転倒	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（場所等： ）
	日用品を買う店まで	<input type="checkbox"/> 行ける（手段： ） <input type="checkbox"/> 付き添いを頼む <input type="checkbox"/> 行けない
	かかりつけ医まで	<input type="checkbox"/> 行ける（手段： ） <input type="checkbox"/> 付き添いを頼む <input type="checkbox"/> 行けない
日常生活	買い物	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない
	調理	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない
	食事	<input type="checkbox"/> 3食/日 <input type="checkbox"/> 2食/日 <input type="checkbox"/> 1食/日 <input type="checkbox"/> その他 食/日
	食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない
	洗濯	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない
	掃除	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない
	ゴミだし	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 一部している <input type="checkbox"/> してみたい <input type="checkbox"/> していない
	家族状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 同居者が障害・疾病・介護が必要な状態
社会参加・対人関係	日中、過ごす相手は	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人等 <input type="checkbox"/> ほとんど1人で過ごす
	外出する頻度（通院以外）	<input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんど外出しない
	外出の目的	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> 地域活動（老人会、サロンなど） <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 仕事やボランティア <input type="checkbox"/> その他（ ）
	家族・友人との連絡頻度	<input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどない
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> 気にしている <input type="checkbox"/> 気にならなくなった
	健康管理	受診の状況
年1回の健康診断		<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
医師からの運動制限		<input type="checkbox"/> 制限されていない <input type="checkbox"/> 制限されている
その他医師からの注意		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 注意を受けている（ ）
服薬管理の状況		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 指示があれば飲める <input type="checkbox"/> 他の人が管理 <input type="checkbox"/> できない
口腔機能の状況		<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> くちの湯き
歯の手入れ（義歯含む）		<input type="checkbox"/> している（ 回/日） <input type="checkbox"/> していない
排泄		<input type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 気がかりなこと（ ）
入浴		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 見守りや協力を得てしている <input type="checkbox"/> していない 場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在の健康状態		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある（睡眠薬服用 有・無）
その他	物忘れが気になる	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり
	悪徳商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験あり
	金融機関や市役所の手続き	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 尋ねながらしている <input type="checkbox"/> 家族等に任せている
身の回りのことで不自由に感じていること、その原因は何だと思えますか？		
これからの目標（どんな生活を送りたいですか？どんなことをしたいですか？）		
1日		
1年		

ケアプラン原案の作成

何のために

アセスメントによって把握された課題や設定した目標を達成するためには、具体的な方法を検討する必要があります。様々な課題を日常生活の中でどのように解決していくことができるかを総合的かつ具体的に検討し、ケアプラン原案を作成します。原案として書面にまとめて提示することで、利用者及び事業者がより具体的にケアプランの検討を行うことが可能になります。

こんなことをします

- 具体的サービスの抽出・選定
- 利用者負担額の検討
- サービス提供事業者との調整
- 利用者及び関係者へのケアプラン原案の提示

ここがポイント！！

- アセスメントの結果、ケアマネジャーとして把握した課題や利用者の意向に基づき、課題解決及び目標達成に向けて適切なサービスの組み合わせについて検討しましょう。さらに、さまざまなサービス・インフォーマルサービスを取り入れた総合的な援助方針を立てましょう。
- 利用者負担額について説明し、利用者・家族の意向を確認しておきましょう。
- 利用者ができないことを補う形でのサービス提供が、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者本人が「できること」について利用者とともにこれを発見し向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指した支援を行うことが必要です。
- ケアプラン作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成された後は、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要です。作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければなりません。

コラム～家族・本人とのコミュニケーションの取り方のポイント～

- ①出来ていないことばかりに目を向けず、自分で出来ること、出来そうなこと（潜在能力）を探す。
- ②目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。（興味・関心シートの活用）
- ③家族や友人、仲間との人間関係の中で動機付けが促されたり、取り組みが継続されることを活用する。（環境づくり）

目標作成する時の7つのポイント！



1. 個性を持たせる
2. 具体的に
3. 本人が主語の表現
4. 数値化する
5. 親しめる表現
6. ポジティブな表現
7. 合意形成

参考

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
<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	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
<u>家庭生活</u> 日常の買物、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	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買物や銀行の用事を自分ですます
<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	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
<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の人の役に立つ活動、預貯金出し入れ	仕事：店番や畑仕事などの自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済活動：預貯金の出し入れや管理
<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	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
<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	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
<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	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
<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	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

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

サービス担当者会議

何のために

ケアプランの原案を作成したら、サービス担当者会議を行います。これらを行うことで、ケアマネジャー1人の手によって作成されたケアプラン原案は、利用者やその家族をはじめ関係機関との情報交換や多角的な検討がなされ、より良いものになっていきます。

チームケアを実践するためには、お互いのコミュニケーションをとることがとても大切です。目標を共有し、それぞれの役割分担を確認することで、効果的な介護予防ケアマネジメントの実践が可能となります。

こんなことをします

- 情報交換
- 課題の共有化
- 援助目標の共有化
- ケアプランの妥当性の検討
- サービス内容及び提供量の調整
- 役割分担の明確化
- チーム形成・連携

ここがポイント！！

- 担当者及び利用者やその家族等の中で、「どのようなサービスを」「誰が」「何のために」「どの程度」「いつまで行うのか」を明らかにしていきます。
- できる限り多くの人が出席できるような日程調整や場所の選定を心がけましょう。
- 結論（利用サービスの時間帯や量等）を支援経過記録にきちんと記載しましょう。

コラム ～サービス担当者会議の開催時期と内容～

1) ケアプラン作成時

- ①利用者の生活状況とケアプランの内容
- ②サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

2) 臨時的開催

提供されているサービスがケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、サービスや事業の利用中断がある場合に臨時的に開催します。

また、利用者の状態等に变化があり、ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

- ①サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ②新たなケアプラン作成のためのアセスメント
- ③新たなケアプランの作成

モニタリング・評価

何のために

ケアマネジャーの業務はケアプランを作って終わりではありません。サービス利用開始にともなって、利用者はさまざまな変化をみせているはずで、「ケアプランどおりにサービスが提供されているか」「目標の達成状況はどうか」「新たな課題が生じていないか」等をチェックして、場合によってはケアプランの変更も検討します。『ケアプランは常に変化するものであり、完璧なプランは存在しない』のです。そのためには、利用者の心身状況だけでなく、家族や自宅周辺的生活環境の把握や、サービス事業者などとの情報交換も重要となります。

こんなことをします

- 居宅を訪問して利用者・家族に面接
- サービス提供事業者からの情報収集
- 心身の状態や生活の変化の把握
- ケアプランの評価・見直し

ここがポイント！！

- サービスを利用することで、利用者の心身状態や生活は必ずどこかが変化しています。どこがどのように変化したのでしょうか。新たな課題が出てきていないのでしょうか、訪問して確認しましょう。
- モニタリングを行う際は、訪問をして、本人の様子だけでなく、住環境や自宅周辺の様子の変化にも注意しましょう。
- ケアプランに組み込まれたサービスが的確に提供されているか、サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているかを、サービス利用票の記録や事業者からの報告の他に、利用者や家族との面談などで把握しましょう。また、状況に応じて、サービスが提供されている場面を訪問しましょう。



- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- ⑤その他、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

★医療系サービスの活用について

介護度が増すにつれ、何らかの疾患がある方が多くなります。そのため、ケアプラン等に医療系サービスを適切に位置付け、利用者の自立支援に繋げていくことが重要です。

医療系サービスとは？

- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 通所リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 短期入所療養介護



主治医の指示が必要！！

ケアプランに位置づけができる医療系サービスは、主治医が必要と認めたものに限られます。ケアマネジャーは、利用者の同意を得て、あらかじめ主治医または、歯科医師の指示・意見を求める必要があります。

【確認】

意見を求める先は、主治医であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者の医師ではありません。

【記録】

主治医の指示は、文書のほか、電話や訪問等でもやり取りは行えますが、主治医とのやり取りをした内容については、ケアプランを立案するにあたっての検討・判断になるため、必要な情報を支援記録に記録しておきましょう。

(例) 確認した日時 主治医

指示を受けた内容 (必要性や留意事項など)

【担当者会議開催上の留意点】

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえでケアプランを作成することが大切です。意見の確認方法として、受診時や休診時間に主治医の医療機関内で、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

多職種によるケアマネジメント支援について

～地域ケア個別会議等の活用を～

ケアプランは、これまでケアマネの視点を中心に作成されてきましたが、今後は利用者の『自立支援・介護予防』のために、多職種の視点を取り入れたケアプランの作成が求められています。要介護状態の改善あるいは軽減、悪化防止だけでなく、利用者本人の自己実現、自分らしい生活を送ることができるようにしていくことが重要であるとされています。

その取り組み支援として、四国中央市では多職種による地域ケア個別会議を定期開催しています。会議では、多職種の視点でケース検討を行うことで、ケアマネジャーの視点だけでは気づかなかった点や注意すべき点などの助言を受けることができます。助言等を今後のケアプラン作成に反映させてケアマネジメントの質の向上につながるよう努めましょう。

現在ケースの選定にあたっては、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所と協議の上決定しています。なお、傍聴することも可能ですので、お気軽にご相談ください。



【地域ケア個別会議の目的】

- 高齢者の課題解決や自立促進及び生活の質の向上を目指します。
- 多職種で支援を検討することにより、参加者のスキルアップやネットワークづくりへとつなげていきます。
- 事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源や地域課題の発見・解決策の検討を行います。

参加者の感想

【ケアマネジャー】

- 助言を受けて疾患の予後についても考えることができた。今後の支援に活かしていきたい。
- 疾患と食前薬の飲み方・薬効について助言をもらったので、本人と服薬について再度確認していこうと思う。

【事業所】

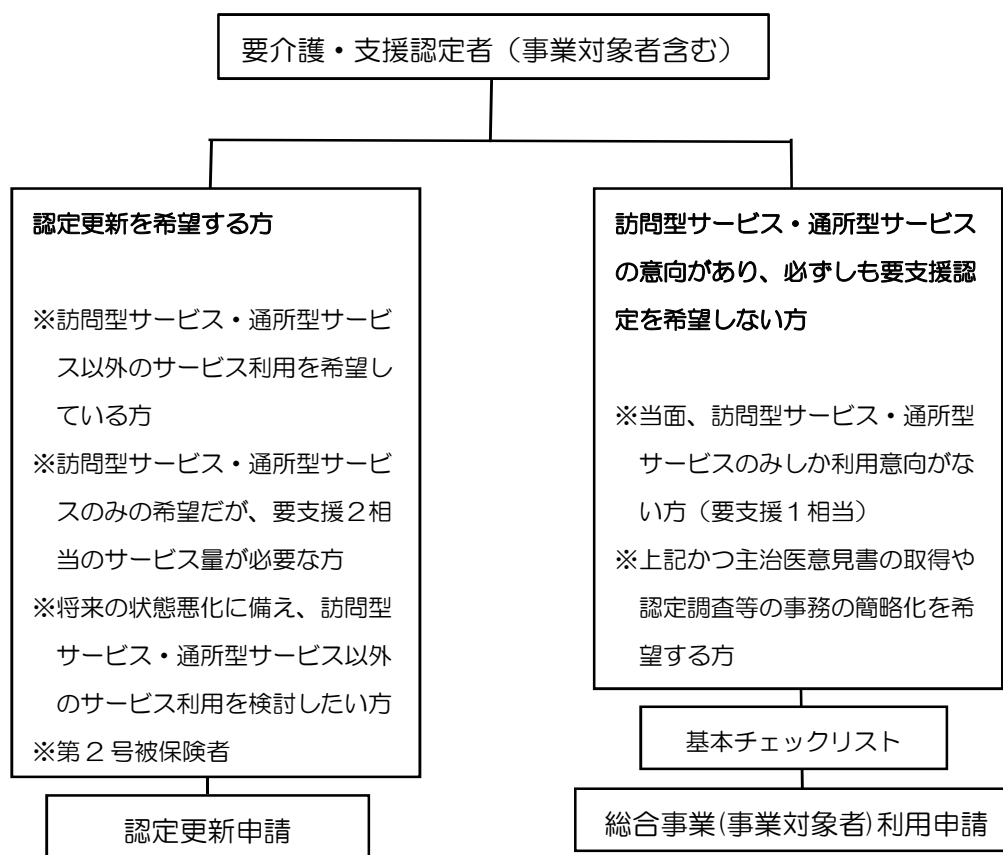
- 本人の興味あること（仕事につながるような）に関連したりハビリの内容を検討したいと思う。
- 自宅での生活の様子や食事内容などについて知ることができたので、次回からの利用時の対応に活かしていきたい。

介護保険サービス・総合事業サービス利用申請について

- ・サービスの利用は、あくまでも本人の自立のための利用であることを理解し、申請の必要性について判断してください。
- ・新規申請の場合は、要介護・要支援認定の申請が必要です。更新申請から基本チェックリストによる総合事業（事業対象者）申請が可能になります。

1) 介護保険・総合事業（事業対象者）利用申請の考え方

要介護・要支援認定者（事業対象者）が更新を行う場合は、要介護・要支援認定更新のほか、要支援1相当で当面訪問型・通所型サービスのみ利用が考えられる場合には、基本チェックリストによる総合事業（事業対象者）利用申請が可能です。（基本チェックリスト実施はあくまでもスピーディなサービス利用につなげるためであり、更新申請を阻害するものではありません。）



注意点

- ・要支援1・2の方で、訪問型サービス・通所型サービスのみ利用であっても、被保険者本人が認定申請を希望している場合は認定申請を行います。
- ・認定有効期間満了までは、事業対象者利用申請はできません。
- ・事業対象者の認定有効期間は1年間です。

2) 申請の流れ

①要介護・支援認定申請を行う

②要介護・支援認定者が認定更新申請を行う場合

- ・有効期間満了日の60日前から申請できます。

③要介護・支援認定者、事業対象者が総合事業(事業対象者)申請を行う場合

例) 要支援1, 2→事業対象者の場合、事業対象者→事業対象者など

- ・介護認定者が事業対象者として申請を行う場合、もしくは事業対象者が更新申請を行う場合は居宅介護支援事業所からの代行申請も可能とします。

(有効期間満了日30日前から申請可能。)

提出書類

- 1.介護保険被保険者証
- 2.基本チェックリスト **考え方：別紙3、該当基準：P17参照**
- 3.「介護予防・生活支援サービス事業」事業対象者登録(更新)申請書
- 4.介護予防ケアマネジメント依頼届出書(初回のみ必要)
- 5.介護保険申請書等受付票

上記2~5については申請受付窓口及び市HPよりダウンロード可能。

(※主治医意見書、認定調査なし)

注意 事業対象者についてはサービス利用意向がある場合のみ申請します。

注意 「事業対象者」登録後、利用しなくなった場合は直ちに被保険者証を返却します。

約1週間~10日後・・・介護保険証被保険者証が本人宛に発送されます。

後日・・・委託の場合は居宅介護支援事業所ケアマネジャーが介護保険被保険者証で「事業対象者」であることを確認し、地域包括支援センターへ介護保険被保険者証(写)を提出します。

3) 基本チェックリストの取り扱いについて

1. 基本チェックリストは原則、本人が記入します。
 2. 事業対象者になるかの相談は地域包括支援センターまたは、介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所が行い、基準に該当する人のみ申請を行います。
 3. 事業非該当者には、一般介護予防事業を案内します。(地域包括支援センターへ相談)
- ※『基本チェックリスト』『基本チェックリストの考え方(別紙3参照)』『基本チェックリスト該当基準(P.16参照)』参照



基本チェックリスト該当基準（ケアマネジャー参考資料）※本用紙では申請できません

No.	質問項目	回答項目		該当基準
1	バスや電車で一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	No.1~20
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	
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	No.6~10
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	3以上/5
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
9	この一年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	No.11~12
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	
12	身長 cm 体重 kg BMI= (注)	18.5未満	18.5以上	2/2
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	No.13~15
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	2以上/3
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	No.16
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	該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ	No.18~20
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	1以上/3
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	
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	No.21~25
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	2以上/5
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない	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	

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

この表における該当(No.12を除く)とは回答部分に「1.はい」「1.いいえ」に該当することをいいます。

右の該当基準のいずれかに該当するかどうかを確認します。

変更申請の取り扱いについて

要介護度	申請理由	申請受付区分	暫定プラン	ケアプラン作成等依頼届出書
事業対象者	状態悪化 要支援1～2見込み	新規 (要支援認定申請)	暫定要支援	介護予防サービス計画作成依頼届出書
事業対象者	状態悪化 要介護1～5見込み	新規 (要介護認定申請)	暫定要介護	居宅介護サービス計画作成依頼届出書
要支援1	状態悪化 要支援2見込み	区分変更	暫定要支援2	届出変更不要
要支援1	状態悪化 要介護1～5見込み	新規 (要介護認定申請)	暫定要介護	居宅介護サービス計画作成依頼届出書
要支援2	状態悪化 要介護1～5見込み	新規 (要介護認定申請)	暫定要介護	居宅介護サービス計画作成依頼届出書
要支援2	状態改善 要支援1見込み	区分変更	暫定要支援1	届出変更不要

【注意点】

- ・要支援認定の方の変更申請をする場合には、必ず地域包括支援センター担当者に事前相談・認定結果の報告をしてください。
- ・本人・家族、サービス提供事業所に対して十分な説明をし、同意を得た上で対応してください。
- ・サービス利用にあたっては変更申請日までに見込んだ介護度での暫定プランの作成とサービス担当者会議の開催が必須です（変更申請前のプランは変更申請日前日で終了となります）。
- ・新規要支援・要介護認定申請の場合には上記の「ケアプラン作成等依頼届出書」を申請時に提出してください。
- ・見込みと違った認定結果だった場合には、認定結果に応じた「ケアプラン作成等依頼届出書」を提出するとともに、申請日まで遡及が必要な場合は、居宅届出書の変更年月日の記載と「ケアプラン作成等依頼届出書に関する申出書」の添付をしてください。