

令和5年度さいたま市介護予防従事者研修

主任介護支援専門員、看護師
岩男久二子

2024年介護保険法改正に向けて

1. 改正の背景
2. 居宅介護支援トピックス

帳票類の準備をお願いします。

1. 基本情報
2. チェックリスト
3. 介護予防サービス・支援計画書（A3）
4. サービス評価表
5. 主治医意見書

業務委託に際しての留意点

予防給付のケアマネジメント業務を委託する場合には、一般的に当該居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメント業務を適切に行っているか、について確認することが重要です。

具体的には、委託事業所が作成した介護予防サービス計画原案の適切性や内容の妥当性を確認する必要があります。予防給付の対象者についても介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防サービス以外にインフォーマルサービスを活用することができます。適切なケアマネジメントを経て、介護予防サービスとインフォーマルサービス等の適切な連携と活用を図ることが重要です。

業務マニュアル H22.3月 P.163

受託した指定居宅介護支援事業所は、介護予防ケアプラン原案を作成し、指定介護予防支援事業者に介護予防ケアプランについて確認を受ける必要があります。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防ケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることになります。

指定介護予防支援事業所の担当者は、確認を行った際、本欄にその氏名と確認日を記載し（指定介護支援事業所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の確認を行っても差し支えない）印鑑は省略可とし、意見欄は必要な場合のみ記載します。

業務マニュアル H22.3月 P,180

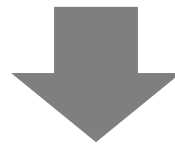
第12条（資料の引渡し）乙は、この契約による予防支援業務を処理するに当たって使用した個人情報に記載された主治医意見書等資料を、予防支援事業完了後速やかに、甲に引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときには、その方法によるものとする。

委託契約書（さいたま市）抜粋

介護予防の基本的な考え方

• 介護予防とは・・・

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと
- ② 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと



その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。 即ち「自立支援」（＝介護保険の基本理念）

利用者基本情報の記入の仕方

《基本情報》

地域包括支援センター運営マニュアルH27.6より

「相談日」欄

- 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。

「本人氏名」「住所」「電話番号」欄

- 介護保険被保険者証と一致していることを確認し、記載する。「電話番号」は当該利用者と連絡の取れる電話番号を記載する。

「日常生活自立度」欄

- 要介護認定で用いられた主治医意見書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○印を付ける。

「緊急連絡先」欄

- 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。家族がはたらいている場合は、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。

「家族構成」欄

- 介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地区（○○県△△市など）も可能な範囲で記載する。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。

《介護予防に関する事項》

「今までの生活」欄

- 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。

「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」欄

- 起床から就寝までの1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、1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載し、食事や入浴、家事など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載する。
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・楽しみ・特技」欄

- 現在の趣味だけでなく、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・地域との関係」欄

- 友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

《現病歴・既往歴と経過》

- 主事意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから順に記載する。
記載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○印を付け、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○印をつける。その他の状況の場合には「その他」に○印をつける。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印をつける。

《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サービスに分けて記載する。

介護予防サービス・支援計画書の記入の仕方

地域包括支援センター運営マニュアルH27.6より

「目標とする生活」欄

- 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、利用者が介護予防に主体的に取り組む動機づけとなる。
- この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の中には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が楽しい・得意だと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することも必要である。
- 生活に対する意欲が著しく低下している利用者の中には、必要に応じて、専門的な視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示する。
- 利用者の意欲を引き出すような働きかけや介護予防サービス計画等作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要である。

- 具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1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。
- 1日および1年単位の目標は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。
- この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く、または一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、介護予防サービス計画作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞くものである。

(記載例)

- 1日：毎朝玄関まで新聞を取りに行く。
- 1年：孫の結婚式に出席する。
近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。

「アセスメント領域と現在の状況」欄

- 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する。アセスメントは、利用者が回答した基本チェックリストの状況、事前に入手した認定調査情報や主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
- 聴取するに当たっては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。
- 初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないように留意する。
- 複数の領域で重複する内容については、ひとつの領域に記載すればよい。

《運動・移動について》

- 自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、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。

(確認する項目例)

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

(記載例)

転倒後は、一人で外出することはなくなり、外出する時は家族に車で連れて行ってもらっている。室内は手すりを利用して、歩行している。

《日常生活（家庭生活）について》

- 家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）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。

（確認する項目例）

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うこと
- 献立を考え、調理すること
- 家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 預貯金の出し入れを行うこと

（記載例）

膝が痛くなるまでは、近くの商店街に毎日買い物に出かけ、家族の食事を作っていた。

現在は家事全般を家族に行ってもらっている。

昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

《社会参加・対人関係・コミュニケーションについて》

- 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、家庭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。

(確認する項目例)

- 家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなどの関係をつくり、保つこと
- 友人を招いたり、友人の家を訪問すること
- 家族、友人などと会話や手紙などによる交流すること
- 仕事や地域、家庭内での役割をもち、行うこと
- 趣味や楽しみがあり、続けること

(記載例)

電話では友人とやり取りしている。
商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

《健康管理について》

- 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、休養などの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、高齢者の健康に影響する、食事・水分摂取、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。

（確認する項目例）

- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うこと
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況
- 健康のために食事に気をつけること
- 検診を受けること
- 薬を飲み忘れず、管理すること

（記載例）

家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診している。
身の回りのことは自分でできている。
入浴は家族のいる時間に自分でできる。

「健康状態について」欄

- 「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書等を立てる上で留意すべき情報について記載する。
- 具体的には「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」など。
- 単に主治医意見書の疾患などをそのまま転載するものではない。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントを進めていく。

「基本チェックリスト結果記載」欄

- 利用者自身に25項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらい、聞き取った内容なども踏まえ、アセスメント領域と現在状況等に反映する。

「本人・家族の意欲・意向」欄

- 各アセスメント領域において確認した内容について、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「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○したい」と記載し、その理由についても確認する。
- 利用者と家族の意向が異なる場合は、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、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およ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。

(記載例)

本人：(主治医の)先生に「転ばないように気をつけるように」と言われている。一度庭で転んでから外に一人で出るのが怖い。今より悪くならないように気をつけたい。
妻：外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流できたら元気になるのではないか。

「領域における課題（背景・原因）」欄

- 各アセスメント領域において生活上の問題になっていることおよびその背景・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、経済状態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結果についても考慮する。
- 課題については直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を分析することが必要であり、さらに現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことが起こるかなどの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「□印」に印を付ける。
- 利用者が課題を理解し、主体的な取組ができるよう、利用者にわかりやすい表現を使うことが望ましい。

（記載例）

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、足の筋力が低下している。
この状態が続けば、さらに筋力が低下し転倒する可能性が高くなる。

「総合的課題」欄

- 前項目で分析した各「領域における課題（背景・原因）」から、利用者の生活全体の課題を探すため、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。
- 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。
- 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、統合して記述した方が、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およ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から番号をつけておく。
- 意欲が低い利用者の場合、簡単な課題をもって進む方が介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題（坂の上に住宅があり、買い物が困難、疾病・障害によりできないことが明確である等）があがった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

（記載例）

膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、友人との交流の機会がなくなっている。
このままの状態が続けば、足の筋力が低下し、閉じこもりになる可能性がある。

「課題に対する目標と具体策の提案」欄

- 「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、包括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や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。

(記載例)

目 標：週1回家族が休日の時には、一緒に近所の商店街に歩いて買い物に行く。

具体策：膝の痛みについて主治医と相談する。自宅でもできる運動を毎日10分行う。

座ってできる調理（野菜の下準備等）を行う。

「具体策についての意向 本人・家族」欄

- 計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策の提案」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を確認できる。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、「○○が必要だと思う」「○○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。

「目標」欄

- 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の提案」について合意を得られていた場合には、「目標」をそのまま転記する。「同左」「提案通り」などと記載してもよい。
- 後に行う評価では、この目標について達成/未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるように、具体的に記載する。
- 「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。介護予防ケアプラン作成者の提案が押しつけにならないよう留意し、利用者の意欲や家族の支援を引き出すよう支援する。
- 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。はじめから難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標からたてるなどの工夫も必要である。

(記載例)

週1回家族が休日の時には、一緒に近くの商店街に歩いて買い物に行く。

「目標についての支援ポイント」欄

- 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うえ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。

(記載例)

膝の痛みもあり、つまづきやすいため転倒がないよう注意して見守る。転倒への不安が大きいため、自信をつけるよう足の運動を続け徐々に活動の範囲を広げていけるよう、声かけを行う。

「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

- 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）」欄

- 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・事業を利用するか分かるように○印で囲む。
- 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。
- 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。本来の支援のもとに、当面の支援を記載する。

「サービス種別」欄

- 「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。その際、支給区分、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。

（記載例）

通所型サービス・介護予防通所リハビリテーション、
運動機能向上加算介護予防訪問介護Ⅰ、ふれあい喫茶、
地域の給食会、習字教室等

「事業所（利用先）」欄

- 具体的な「サービス種別」およ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、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

「期間」欄

- 「支援計画」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（○年○月○日～○年○月○日など）。
- 期間の設定において要支援者の場合は「認定の有効期間」を考慮する。
- 「支援計画」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。

「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄

- 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。

「【本来行うことが妥当な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」欄

- 本来の支援が実施でない場合で
 - i. 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。
 - ii. 本来必要な社会資源が地域にない場合には、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。

(記載例)

- ふれあい喫茶など近所の人たちと集まる場所が近くにないため、外出の機会が持てない。地域の役員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。
- 人との交流があまり好きではないので、デイケアには行きたくないとの本人の意向がある。まずは本人に生活の中で運動を実施してもらおうが、機能低下がみられる場合には通所系サービスを取り入れてみる。

「地域包括支援センターの意見・確認印」欄

- 居宅介護支援事業者が包括センターから委託を受けて行う場合、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。
- 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包括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包括センターの担当者が氏名を記載する（当該包括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）。
- 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、介護予防サービス計画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。）

「計画に関する同意」欄

- 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うえで、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おう。この場合、利用者名を記入した原本は、介護予防支援事業所において保管する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表の記入の仕方

地域包括支援センター運営マニュアルH27.6より

「計画作成者氏名」欄

- 当該介護予防サービス計画等作成者（包括センター担当者名）の氏名を記載する。
- 介護予防支援業務また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。

「評価日」欄

- 当該介護予防サービス・事業評価を行った日を記載する。

「目標」欄

- 当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標と一致させる。

「評価期間」欄

- 「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から転記する。

「目標達成状況」欄

- 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。

(記載例)

商店街に毎週1回は行けなかったが、商店街の人との交流が楽しみになり、一人でも行けるようになりたいとデイケアでの運動に対する意欲が向上してきている。転倒はなかった。

「目標 達成/未達成」欄

- 目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。

「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」欄

- なぜ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。

（記載例）

本人：はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが、風邪をひいたので人の多い所にはあまり行かないほうがよいかと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。
家族：商店街の人と会ったときはとても楽しそうな顔をしているので、連れていきたいと思ってはいるが、本人が行きたくないといったときは無理に誘わないようにしていた。

「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄

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

（記載例）

風をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れたとともに、また風邪をひくかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の声かけができていなかった。

「今後の方針」欄

- 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。

(記載例)

体調を整えることは重要だが、外出することで運動の機会となり、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再認識していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。また、支援者からの声かけを積極的に行う。

「総合的な方針」欄

- 利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載する。

(記載例)

感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

「地域包括支援センター意見」欄

- 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。
- 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合、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、包括センターと委託を受けた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。

「プラン継続・プラン変更・終了」欄

- 今後の方針が決定したら、介護予防ケアプラン作成者が「プラン継続/プラン変更/終了」に■印を付ける。
- サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」に■印を付ける。
- 「プラン継続」に関しては、例えば、介護予防ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用ができなかったが退院後、本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防ケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合などである。
- プラン終了に関しては、サービスが不要になり、次の介護予防サービス計画等を作成する必要がない場合に■印を付ける。

※介護予防サービス計画等作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定介護予防支援事業所の意見を踏まえて判断する。

「介護給付、予防給付、二次予防事業、一次予防事業、サービス事業、一般介護予防事業、終了」欄

- 今後の方針として介護予防サービス計画等作成者が該当するものに■印を付ける。

※介護予防サービス計画等作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定介護予防支援事業所の意見を踏まえて判断する。

介護記録とは

1. 記録とは何か（記録することの意味）

2. 記録の目的

- 職員間で情報の共有化を図り、介護を組織的に継続して行うため
- 介護行為を証明するとともに、いざというときの法的な証拠になるため
- ケアプランに反映させるとともに利用者により良い介護サービスを提供するため
- 利用者・家族と職員のコミュニケーションを深めるため
- 記載した記録内容を検証するとともに職員の意識と介護の専門性を高めるため
- 職員の研修に役立てるため

記録のルール

1. 記録の文章表現（常体・過去形・敬語・敬称）
2. 日付・時刻の表記
3. 専門用語による記載
4. 略語による記載
5. 記録用紙の空欄
6. 記録の訂正

お疲れ様でした