

《予防給付のサービス選択に当たっての留意事項》

★介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーション（廃用症候群予防）

廃用症候群予防の観点から、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防サービス計画に積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善を期待できます。

★介護予防訪問介護（本人にできることはできるだけ本人で）

「介護予防訪問介護」は、利用者にとって自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族による支え、地域の支え合いや他の福祉施策などのサービスが利用できない状況の場合、予防給付ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。利用者に対して1対1で提供するサービスであり、必要以上に利用者の希望を優先することは、利用者のできることや目指すことを奪ってしまうことになりかねません。本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本とし、本人の意欲やできることを広げていくような支援を行うことが大切です。

★福祉用具の利用（利用の妥当性と適合性の検討）

福祉用具の利用に当たっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供される等適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査することが必要です。計画作成者は、「福祉用具の選定の判断基準」の通知で使用が規定しにくい福祉用具とされているものをサービス計画に位置づける場合は、サービス担当者会議等を通じて、専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが大切です。

C表

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 _____ 様

計画作成(変更)日 _____

年 _____ 月 _____ 日

目標	支 援 計 画						頻度	期間
	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)			
()		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二次予防事業の場合は、○をつける。

【本来自らうべき支援が実施出来ない場合：当面の方針】

D表

No. _____

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス

第4節 サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議は、原則として介護予防サービス計画の作成・変更時に開催します。サービス担当者会議の目的は以下の通りです。

- ① 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること
- ② 地域の公的サービス・インフォーマルサポートなどについて情報を共有し、その役割を理解すること
- ③ 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
- ④ 介護予防サービス計画におけるサービス提供事業所等の役割を相互に理解すること

[記入する様式]

- ・ サービス担当者会議の要点 (E 表)
- ・ 介護予防支援経過記録 (E 表)

1 会議の開催時期と内容

(1) 介護予防サービス計画作成時

介護予防サービス計画作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- ① 利用者の生活状況と介護予防サービス計画の内容
- 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

モニタリングの中で提供されているサービスが介護予防サービス計画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、利用者の状態等に変化があり、介護予防サービス計画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 新たな介護予防サービス計画作成のためのアセスメント
- ③ 新たな介護予防サービス計画の作成

2 会議の開催方法

(1) 会議の構成員

構成員としては、利用者や家族、介護予防サービス計画作成者、サービス担当者、主治医、関係機関の職員等が想定されます。介護予防サービス計画作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討ができるよう参加者を選定します。

なお、個人情報保護の観点から、インフォーマルサポートの担い手の参加が必要と思われるときは、本人に、インフォーマルサポートの担い手の参加について確認しましょう。

(2) 開催方法

- ① 介護予防サービス計画作成者は、サービス担当者会議の開催の目的を利用者と事業担当者等に伝え、開催についての了解を得ます。
- ② 会議の場については、利用者の生活状況や生活環境を把握する為には利用者の自宅が望ましいですが、主治医や関係機関等と連携する上で、必要に応じて利用中のサービス提供事業所、

主治医の診療所、地域包括支援センターなど、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

(3)会議の進め方

介護予防サービス計画作成者等が主催者となり、サービス担当者会議の目的を達成するために、作成者が提出した介護予防サービス計画の原案について、各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防サービス計画の原案を最終決定します。会議の運用に当たっては、利用者、家族の意向を中心とした上で、それぞれの担当者が目標の達成に向けて、専門的見地からの意見を述べてもらいます。会議においては参加者が自由に意見を述べられるように配慮しましょう。また、会議を効率的に進めるために介護予防サービス計画作成者が事前に議題を示し参加者が予め意見をまとめてくるなどの工夫もしましょう。

介護予防サービス計画の変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

3 会議の記録

サービス担当者会議の参加者や検討内容、結論、サービス提供上の留意点等を「介護予防支援経過記録」に記載します。なお、「サービス担当者会議の要点」や「サービス担当者会議への照会」として別紙記録用紙を設けても良いでしょう。

<サービス担当者会議のポイント>

○主治医意見書の確認

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サービス計画を作成することが大切です。意見の確認は、受診時や休診時間に主治医の医療機関内で行う、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。

○守秘義務の遵守

サービス担当者会議の出席者は、守秘義務を遵守しなければなりません。個人情報保護の観点から、会議で配布した資料等は回収するようにしましょう。

なお、利用者の意欲向上等にあたっては、インフォーマルサポートの担い手が重要な役割を果たすことがあります。インフォーマルサポートの担い手にサービス担当者会議に出席してもらう必要がある場合には、その出席の是非について利用者の確認をとるとともに、当該支援者に守秘義務があることを説明しておきましょう。

E表 (別紙)

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 作成担当者 _____ 年 月 日 作成年月日 _____ 年 月 日

開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名	所属 (職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						

第5節 介護予防サービス計画の交付

サービス担当者会議において、介護予防サービス計画の原案に対して、利用者・家族や関係専門職からでた意見に基づいて計画の修正を行い、利用者・家族の同意を得て、介護予防サービス計画を利用者及びサービス提供事業所等に交付します。

なお、委託により居宅介護支援事業所が介護予防サービス計画を作成する場合には、当該介護予防サービス計画に対して地域包括支援センターの確認を受ける必要があります。サービス担当者会議において介護予防サービス計画原案が承認された場合等については、サービス担当者会議に出席していた地域包括支援センターの職員がその場で確認を行っても差し支えありません。

第6節 サービスの調整と提供

介護予防サービス計画に組み込まれたサービスや支援について、サービス提供事業所やインフォーマルな支援関係者と調整を行い、計画の目的に沿ってサービスが適切に実施されるように支援します。

第7節 モニタリング

利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防サービス計画どおり実行できているかを把握します。

[記入する様式]

- ・介護予防支援経過記録 (E 表)

1 モニタリングの位置づけ

モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防サービス計画どおり実行できているかを把握する行為です。

モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防サービス計画の修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

<モニタリングの視点>

- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②介護予防サービス計画どおりに、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、介護予防サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか

2 実施方法

モニタリングは、サービス提供事業所からの報告・連絡、事業所への訪問、利用者からの意見聴取などの手法を通じて定期的実施します。

モニタリングは、少なくとも、サービス提供開始月、サービス提供開始の翌月から起算して3か月に1回は、利用者の居宅を訪問し、面接して行わなければなりません。また、利用者の居宅を訪問しない月は、サービス提供事業所の訪問や電話等の手段により、利用者の状況を確認するようにします。

モニタリングに当たっては、サービス提供事業所や利用者との日常的な連絡調整を通じて、「なじみの関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切です。

また、これらの実施状況については、「介護予防支援経過記録」に随時内容を記載します。

第8節 評価

モニタリングで収集した情報等をもとに、定めた目標をどの程度達成しているかどうかを評価します。その際、利用者本人や家族がその目標達成状況をどのように捉えているかについても把握します。

[記入する様式]

- ・ 介護予防支援経過記録 (E 表)
- ・ 介護予防サービス・支援評価表 (F 表)

1 評価の実施

目標の達成状況についての評価は、介護予防サービス計画で定めた期間の終了時に実施し、「介護予防サービス・支援評価表」を作成して行います。サービス提供事業所からの報告を基に、利用者宅を訪問し、利用者の状態を評価し、介護予防サービス計画で設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のサービス計画を見直します。

評価の際は、サービス提供事業所が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果の報告を受けて、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握します。

委託を受けている指定居宅介護支援事業者は、評価結果を地域包括支援センターに報告し、地域包括支援センターが今後の方針を決定します。

2 評価の反映

評価結果を受け、その後の方針を決定します。サービス利用等の判定は、利用者の生活機能の変化に応じて評価、判定されるものですが、その際、利用者や家族の意向に配慮するとともに、利用者の生活の自立を支援する観点から評価判定されることが大切です。

なお、利用者に対して、状態の改善・悪化に応じて、介護予防事業、予防給付、介護給付の制度間でのサービス移行があり得ることをあらかじめ説明しておくことが、制度の円滑な利用に当たって大切です。

維持	予防給付の利用を継続
悪化	区分変更申請 (要支援1 → 要支援2へ変更申請) (要支援2 → 要介護1へ変更申請)
改善	要支援2 → 要支援1へ変更申請
	二次予防事業施策へ移行
	一次予防事業施策へ移行
	特に支援を要しないため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了

F表
No.

介護予防サービス・支援評価表

評価日 年 月 日

利用者名 _____ 様 _____ 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人	家族の意見	

総合的な方針		地域包括支援センター意見	
<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了		