

(3) プランの継続・変更・終了

評価の結果、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの継続・変更・終了を判断する。「継続」「変更」の場合は、アセスメントを経て「目標達成しない原因」や「今後の方針」などを考慮し、新たな介護予防サービス・支援計画表（原案）を作成する。

『プラン変更』：新たに介護予防サービス計画を作成した、あるいは認定が予防⇒介護になった場合等。

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。

『プラン継続』：ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用がなかったが、本人の状態や意向に変化がなく、改めて同じ目標・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等。

『プラン終了』：サービスが不要になり、次の介護予防サービス計画を作成する必要がない場合。（⇒セルフケア、死亡等）

4 評価の反映

評価後の流れとしては、予防給付、介護給付、生活支援サービス事業のそれぞれについて以下の可能性が考えられる。

《効果の評価》

	予防給付	地域支援事業
改善	要支援2→要支援1へ変更要請	一般介護予防事業へ移行
	介護予防・生活支援サービス事業へ移行	セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了
	一般介護予防事業へ移行	
	セルフケアで日常生活が成立するため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了	
維持	予防給付の利用を継続	介護予防事業の利用を継続
悪化	変更申請等 (要支援1→要支援2へ変更申請) (要支援2→要介護へ新規申請)	要支援・要介護認定を申請

(地域包括支援センター運営マニュアル3訂：令和4年4月発行)

状態の改善・悪化に応じて、予防給付と介護予防・生活支援サービス事業という両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、両制度の円滑な利用にあたって重要である。

評価の内容は、介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用することができる。

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

利用者名 △△ △△ 担当者氏名 △△ △△

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因		今後の方針	
			本人・家族の意見	計画作成者の評価		
<p>目標</p> <p>介護予防サービス・支援計画表③の「目標」欄に記載した内容と一致すること</p>	<p>評価期間</p> <p>介護予防サービス・支援計画表③の「期間」欄に記載した期間と一致。但し、計画期間中に計画変更した場合はこの限りではない</p>	<p>目標達成状況</p> <p>評価期間内の目標について、具体的に記載する</p>	<p>目標達成/未達成</p> <p>各目標を「達成」「未達成」から選択する</p>	<p>本人・家族の意見</p> <p>目標が「未達成」の場合、なぜ達成しなかったのか、目標設定の妥当性も含めて利用者・家族の認識を確認した上で原因を記載する</p>	<p>計画作成者の評価</p> <p>なぜ目標が達成しなかったのか、利用者・家族の意見、サービス事業所等の評価も含めて、担当者としての評価を記載する</p>	<p>今後の方針</p> <p>個々の目標について、「目標達成状況」、「目標達成しない原因」から、今後の方針を、専門的観点を踏まえて記載する ※サービス種別は記載しない</p>

窃盗

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
<p>総合的な方針</p> <p>個々の目標に対する「今後の方針」を総合し、今後の支援の方針を専門的な観点から記載する ※サービス種別は記載しない</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>○プラン継続 ○プラン変更 ○終了</p>	<p>地域包括支援センター意見</p> <p>○総合事業 ○予防給付 ○介護給付 ○終了</p>

X 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録について

時系列に相談内容や出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、毎月のモニタリングの内容、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントや各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合は方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記載する。

サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属・職名・氏名）、検討項目、検討内容、検討結果、残された課題等を記載する。

1 記入方法

(1) 「利用者名」欄

- ・利用者の氏名を記載する。

(2) 「計画作成者名」欄

- ・計画作成者の氏名を記載する。

※介護予防ケアプランを作成していない場合は、相談対応者、また、今後作成予定の場合は、介護予防ケアプランを作成する担当者名。

(3) 「年月日」欄、「内容」欄

- ・訪問、電話、来所、アセスメント、毎月のモニタリング、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合、その日時・手段・目的と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。

・事実の記載は最重要事項であるが、「いつ、どこで、何を行った」ということだけでなく、はたらきかけによって利用者の状態がどのように変化したのかまで記録する。

- ・交付書類、交付先は必ず記載する。（介護予防サービス・支援計画表、利用・提供票など。）

- ・利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表①～③において、書ききれなかった利用者の状況等について、ここに記録として残しておく。

- ・その他、契約に関する事項が事務手順どおりに実行できなかった経緯等記載する。

「記録のポイント」

- 1 簡潔明瞭に、事実と記録者の考えは分けて書く。
- 2 「いつ」「だれが」「何を」「どうした」
- 3 「そのことについての対応」「記録者の考え」を明確に記載する。
- 4 経済面や虐待の疑い、認知症の状況など、本人の意欲低下につながる内容は追記で記載する。
- 5 次回のプラン作成時のアセスメントに生かすことを意識して記録する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 様 計画作成者氏名

年月日	内容
○年○月○日（ ）	相談の経緯、支援に至った経緯を記載する。
【初回相談】	▲▲氏より電話あり。転倒して骨折して以降、足の動きが悪くなり、屋内外の出入りや日常生活が大変になっているとの事。
○年○月○日（ ）	▲▲氏宅訪問。
【初回訪問】	□□氏（長女）と■氏（友人）が同席。
○時～○時○分	アセスメント実施。・・・・・・・・・・・・・・・・。
	本人・家族に契約書、重要事項説明書、覚書を説明し同意を得て、署名・捺印を頂く。
	利用者が入院する必要がある場合は、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるように説明、依頼した。
	通所リハビリテーション利用の意向あり。本人・家族に医師の意見を確認させて頂く旨を説明し、了承を得る。
○年○月○日（ ）	○○区統括支援センターへ、介護認定審査会資料請求の予約を入れる。
○年○月○日（ ）	契約書、重要事項説明書、覚書、作成依頼（変更）届出書を提出。審査会資料、委託書を受け取る。
○年○月○日（ ）	○○病院◇◇医師に連絡。意見聴取の為、訪問したい旨を伝え○月○日○時面談予定となる。
○年○月○日（ ）	○○病院訪問し、◇◇医師と面談。
	本人の意向を説明。通所リハビリの必要性についての意見を確認。他、通所リハビリ利用についての禁忌事項や留意点等について確認。（内容記載）・・・・・・・・・・・・・・・・。
	▲▲氏宅でサービス担当者会議開催。
	出席者：本人、□□氏（長女）
	◆◆◆◆氏（●●デイケアセンター管理者）
	▼▼▼▼氏（▽▽ヘルパーステーションサージャニース提供責任者）
	●●●●氏（ケアプランセンター○□○ 介護支援専門員）
	検討課題・・・・・・・・・・・・・・・・。
	検討内容・・・・・・・・・・・・・・・・。
	結論・・・・・・・・・・・・・・・・。

【本人宅訪問】

- ・自宅訪問し、本人・家族（統括記載）と面談。
- ・『介護保険被保険者証』確認【要支援○】
- ・『介護保険負担割合証』確認【○割】

【契約】

- ・本人・家族（統括）へ『介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約書』『重要事項説明書』『覚書』『介護予防支援・介護予防支援事業（ケアマネジメント）契約』における個人情報使用同意書』の内容について説明、同意の上、署名・捺印をいただく。（代筆の場合は代筆に至った経過を記載）

- ・介護予防サービス計画作成依頼届出書提出のため、介護保険被保険者証を預かることを説明し預かる。

【初回アセスメント】

利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表①②または北九州市アセスメントシートに基づきアセスメント実施。

※1 介護支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整など記入する

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
	ケアプランについて本人、長女に同意を得て、本人に署名を頂く。各サービス事業所に個別サービス計画の提出を依頼した。		【ケアプラン目標2】について
○年○月○日（ ）	地域包括支援センター○○1へ、○月○日○時原案確認の予約を入れる。		【その他】について 2日分の残薬あり。1か月で1kgの体重減少がある。
○年○月○日（ ）	地域包括支援センター○○1で原案確認を受ける。		【結論】
	〔 包括支援センターから助言があれば、それを支援経過記録に記載しておく。〕		【利用提供票】の交付（誰に交付したか記載）
○年○月○日（ ）	本人、●●デイケアセンター管理者◆◆氏、▽▽ヘルパーステーションサンサービス提供責任者▼▼氏へ	○年○月○日（ ）	○○病院◇◇医師へ連絡。 最近の本人の様子や服薬状況を伝え、次回、本人受診時に同行受診する旨を伝える。.....
	地域包括支援センターで承認されたケアプランの写し、及び利用提供票の○月～○月分を交付。		
○年○月○日（ ）	本人へ電話によるモニタリングを行う。		
【モニタリング】	〔モニタリングは、目標達成に向けてどのように本人が取り組んでいるか、サービスの実施状況、本人の満足度、モニタリングした上での今後の課題について記載する。〕		
○年○月○日（ ）	▽▽ヘルパーステーション▼▼サービス提供責任者より連絡あり。プログラム参加に消極的な様子が見られ、食欲低下がある。服薬も出来ていない状況であるとの事。.....		
○年○月○日（ ）	自宅訪問し、本人と面接。		
【モニタリング訪問】	【ケアプラン目標1】について		
○時～○時○分		