

令和6年度 介護予防・日常生活支援総合事業 集団指導

和歌山県紀の川市
福祉部高齢介護課 総合事業班

令和7年2月

介護予防でストップフレイル



「フルーツとフレイル予防推進のまち」 いもいも 紀の川市

住いも ♥ 甘いも
紀の川市

本年度の集団指導は、サービス提供事業所が作成する「通所・訪問介護計画(以下、介護計画書)」に重点を置いた内容となっています。
本動画をご視聴いただき、再度事業所の皆さまが介護保険制度に基づいたサービスの提供ができているかをご確認ください。
個別性の高い介護計画書は、利用者の自立支援・フレイル予防・サービスの多様性・質の向上につながります。

今回の集団指導は紀の川市指定における第1号事業を実施する事業所の皆さまを対象とさせていただきます。
資料については当市ホームページをご確認ください。

介護保険を取り巻く状況は、財政状況も厳しく介護人材の不足している中、サービスの質の向上、多様化する生活支援ニーズへの対応等が求められています。
紀の川市総合事業では、フレイル予防の強化や専門職以外の生活支援の担い手の確保に重点を置き事業を進めています。
今後も地域包括ケアシステムの充実と適正な介護保険制度に皆さまのご理解とご協力をよろしくお願いします。

介護保険制度の理念

第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

要介護状態となり支援が必要な方々を対象に、その方々が有する能力に応じたその人らしい生活が営めるように必要なサービスを行う。

介護保険制度の理念

第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする



要介護状態にならないように努力すること。要介護状態になった場合でも機能の維持・向上に努めること。

介護計画書とは

※様式や名称は事業所ごとに変わります

利用者一人ひとりの異なる希望やニーズを踏まえ、その人らしい自立した生活を支援できるように、具体的な目標やサービス内容を記載した、サービス提供する事業所が作成する計画書のことを言います。

ここでは一括して「介護計画書」と言います。

介護計画書は、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づいて作成される必要があります。

介護計画書は、運営基準等を定めた介護保険法施行規則第 140 条の 63 の6 第1号に、作成義務が規定されており、作成していない場合は運営基準の違反となります。

介護計画書の作成ポイント

- ・通所型サービスは管理者が作成
- ・訪問型サービスはサービス提供責任者が作成
- ・ケアプランの内容に沿って作成
- ・利用者の心身の状況・希望・環境を踏まえた目標を記載
- ・目標を達成のための、具体的なサービス内容を記載
- ・利用者の変化に合わせて計画を見直す
- ・ケアマネジャーとの連携

運営指導の結果

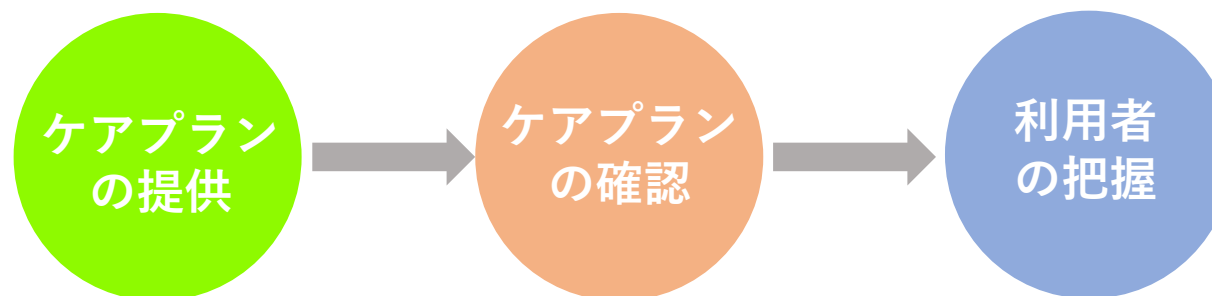
介護計画書が…

- ・ケアプランに沿った内容で計画されていない
- ・ケアプランの内容が丸写しになっている
- ・目標やサービス内容が具体的ではない
- ・計画作成の責任者が作成していない



今一度、介護計画書の作成について見直しましょう

介護計画書作成の流れ



ケアプランとは…

ケアマネジャーが作成する、利用者の個人ニーズに合わせてカスタマイズされたケアや支援の計画であり、ケアプランを正しく理解することは質の高いサービス提供につながります。

利用者のニーズや希望に対応するため、ケアプランに記載されている「目標」を意識してサービスを提供することが大切です。

介護計画書作成の流れ



ケアプランの理解が大事!!

- ・利用目的は？
- ・利用者の希望は？
- ・事業所に求められる役割は？
- ・ケアマネジャーとの連携は？

など…

ケアプランの確認

介護予防サービス・支援計画書

NO.

利用者名

様

認定年月日

平成 年 月 日

認定の有効期間

年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

担当地域包括支援センター

目標とする生活

1日

1年

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	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	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所
運動・移動について		□有 □無					()				
日常生活（家庭生活）について											
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて											

利用者がどういった生活を送りたいかの目標がここに記載されています

この目標を達成するために、ケアプランが作成されます

利用者がどういった生活を送りたいかの目標がここに記載されています
この目標を達成するために、ケアプランが作成されます

ケアプランの確認

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について		☐ 有 ☐ 無			
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無			
健康管理について		☐ 有 ☐ 無			

各項目における現状とそれに対する本人や家族の意向などが記載されています

ケアプランの確認

総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支		
				目標についての 支援のポイント	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	介護保険等 また 地域支援
				()		
				()		
				()		

各項目における総合的課題から目標と
具体策が記載され、
その具体策に対する本人や家族の意向
が記載されています

ケアプランの確認

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
	()					
	()					
	()					

各項目における、希望する生活を送るにあたり、必要な目標が記載されています
この目標は各サービス事業所のサービス提供に直結する具体的な目標となります

ケアプランの確認

支援計画					
目標についての 支援のポイント	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	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
()					
()					
()					

各項目における、
目標についての支援ポイントや
セルフケア・フォーマル・インフォーマ
ルの各種サービスを目標達成のため
に、どのように支援するか、それらを
いつまで行うか各事業所ごとに記載
されています

ケアプランの確認

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印



生活不活発病の改善・予防の為、
この計画に関わる全ての関係者が
共有する方向性や留意するべき点
が記載されてます

介護計画書作成の流れ



利用者、家族について知ろう!!

- ・生活歴・生活背景・価値観は？
- ・健康状態は？
- ・事業所に求めていることは？
- ・生活課題が発生している環境は？
など…



利用者把握のポイント

ヒアリング

ヒアリングは、ケアプランを事前に把握し課題・目標・家族の意向など聞くべき項目や具体的な内容を決めておきましょう

ADLの評価

評価項目が多いので、バーセルインデックスなどの評価指標を活用しましょう

家屋環境の評価

ADLの評価で課題となった生活環境を中心に家屋環境を把握しましょう

心身の評価

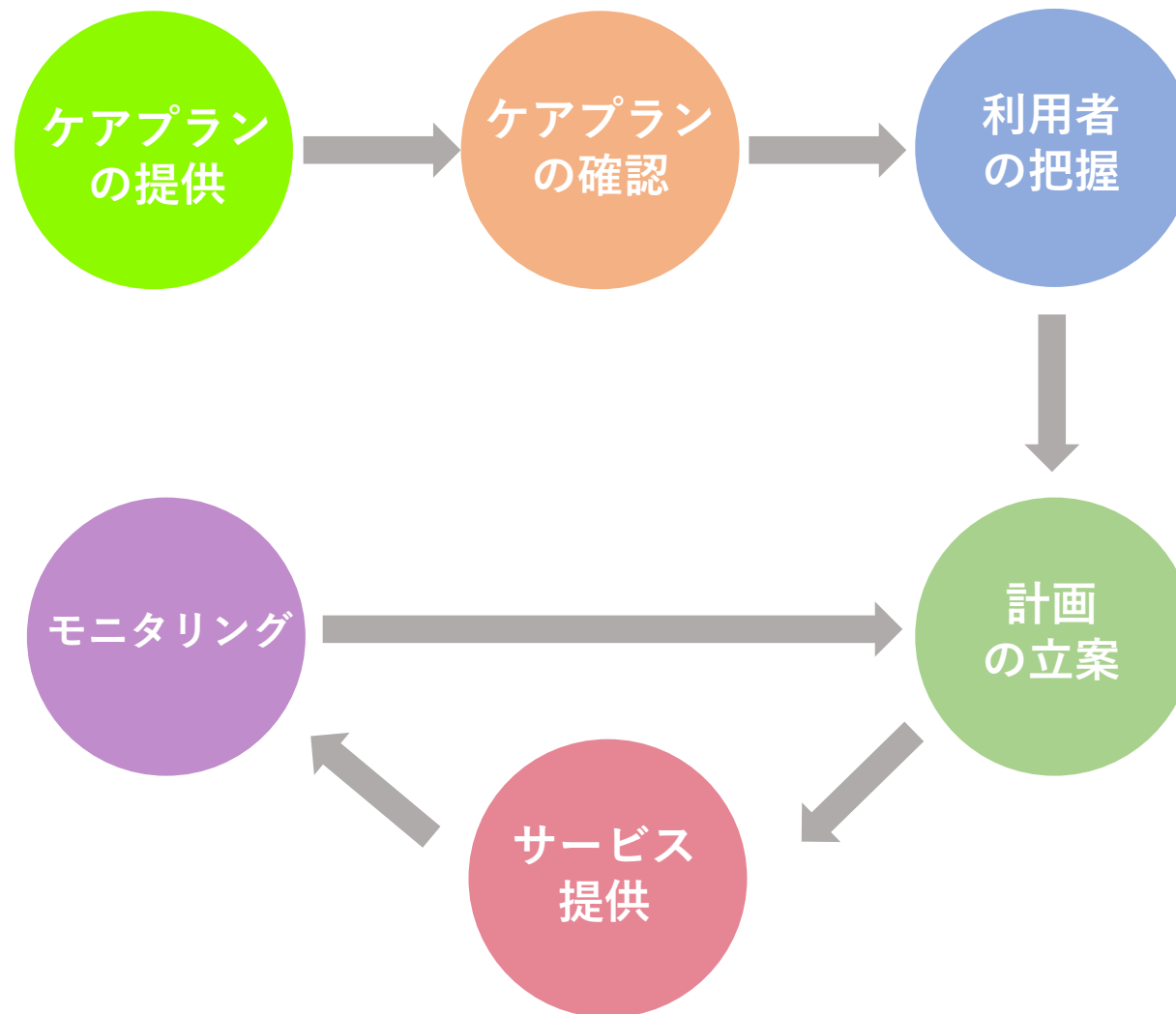
病歴などの健康状態に加え、口腔・運動・栄養・意欲面の把握をしましょう

※市常駐のリハビリ専門職に相談できます

介護計画書作成の流れ

モニタリングとは？

- サービスの提供具合
- 目標の達成度
- 利用者の状況把握



介護計画書作成の流れ

モニタリング(評価)

介護計画書に沿って実施したサービスの進捗状況を定期的に確認することが重要です。設定した目標の達成状況などを確認し、どの程度達成できていて、どこができていないのかを把握し、次の目標を設定してください。モニタリングの結果、状態が変わらず同じ目標を継続することになることもあるかと思います。その際もただ継続するのではなく、状態が維持できていることをしっかりと評価し、次につながるようなモニタリングが必要です。また、新たな課題や問題点があった場合は、計画を見直す必要があります。その際に、ケアプランの変更が必要な場合はケアマネジャーに相談してください。

介護計画書作成の流れ

モニタリング(評価)

評価の期間は3か月から6か月（短期目標設定期間）に一度は行うようにしてください。

利用初期に立案した介護計画書のまま、見直しがされていないケースも多く見受けられます。

サービスの提供にあたり、PDCAサイクルを意識し、利用者にあったサービスが提供できるよう定期的なモニタリングを実施してください。

介護計画書作成の流れ

モニタリングのポイント

サービスの提供具合

利用者個々のサービス記録が、計画書に沿った内容であることが重要

目標の達成度

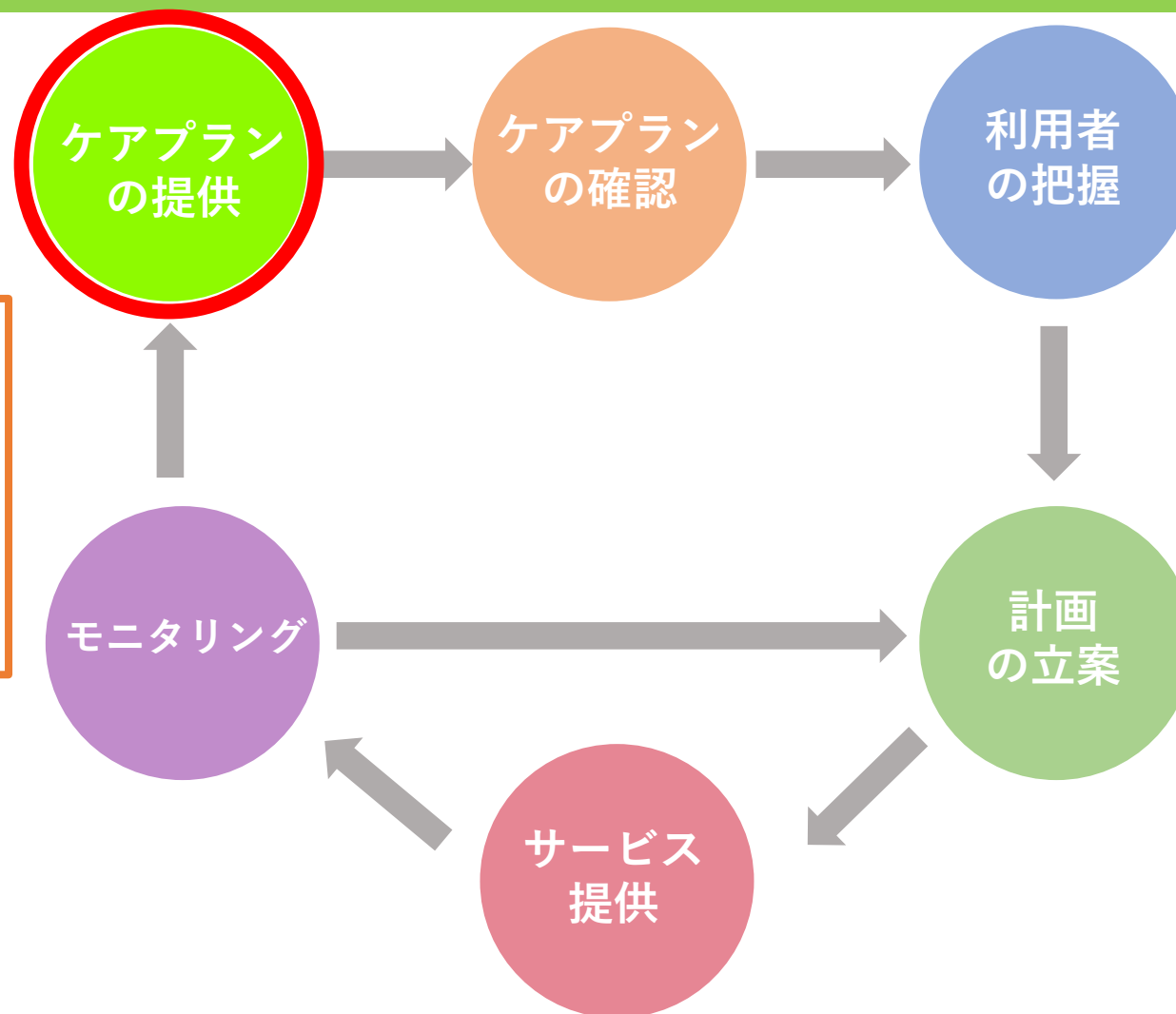
計画書で決めた期間ごとに、目標の達成状況や課題の把握が重要

利用者の状況把握

定期的にヒアリングや各種評価を実施することが重要

介護計画書作成の流れ

利用者の状態等の変化によって
ケアプランの見直しが必要と
考える場合はケアマネと現状の
共有を行いましょう



常駐リハビリ専門職の活用

ケアマネジャーとリハビリ専門職が連携をすることで、利用者の心身機能を評価し、より利用者にあったケアプランの作成ができる。

ケアマネジャーとの同行訪問

介護保険における住宅改修・福祉用具等の給付やサービスを選ぶときに、専門的知識を有するリハビリ専門職等の同行訪問を行い

- A D L の評価・家屋環境の評価・心身の評価
- 課題の抽出や目標設定
- 認知症などの個々の対応に苦慮している… などのお悩みについて一緒に考えます！



同行訪問だけでなく、事業所へお伺いすることもできます
サービス提供にあたり個別の目標設定や評価などについてご相談ください。

POINT 1 いつでも・何回でも気軽に電話相談

POINT 2 費用もかからず、その後の報告もありません

さいごに

ご視聴いただきありがとうございました。

ホームページまたは下記二次元コードからフォームより
視聴報告を行ってください
報告をもって出席とさせていただきます。

（居宅介護事業所における報告は不要です）

ホームページ



報告LoGoフォーム



◎本動画のフォローアップ研修として

令和7年3月19日に管理者向けの介護計画書の作成研修を実施します
のでぜひご参加ください。

今後とも、紀の川市介護保険事業に
ご理解、ご協力をいただきますようお願いします。