

ケアマネジメントの流れとその内容

～ケアマネジャーの業務の流れ～

【参考】H20.7.11 介護保険最新情報 Vol.37「ケアプラン点検
支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検
支援マニュアルの指標」について

① 受付・相談 ・契約

- ・介護サービスを受けたいと希望する利用者よりケアプラン作成の依頼があった場合は、契約及び重要事項の説明を行い、文書の取り交わしを行う。（同意した日付の記載と署名）
- ・「居宅サービス計画作成依頼届出書」を市役所に提出（サービス利用開始日以前）。

② アセスメント （課題分析）

- ・利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。
- ・23項目にかかる利用者とそれを取り巻く環境について情報収集を行う。
- ・心身機能の低下の背景や要因を分析する。
- ・予後予測を立て、解決すべき生活課題（ニーズ）をみつける。

③ ケアプラン （居宅サービス計画） 原案作成

- ・生活課題の解決のための総合的な援助方針、目標及び達成時期を設定する。
- ・目標達成のために必要と思われる介護サービスを中心に、医療・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせた包括的援助計画（ケアプラン原案）を作成する。
- ・介護サービスについては複数の事業所を紹介し、最終的に利用者が選択する。

④ サービス担当者会議

- ・新規の場合はもちろん、要介護更新認定・区分変更の認定・居宅サービス計画の変更を行う場合は必ず開催する。
- ・本人及び家族、プランに位置付けた全ての事業所のスタッフや医師等に出席してもらい、それぞれからケアプラン原案について専門的意見を聴取する。それをもとに会議後、ケアプラン原案の追加・修正を行う。
- ・医療系サービスを位置付ける場合は（歯科）医師からの専門的意見の確認が必要。

⑤ ケアプラン本案作成

⑥ ケアプランの説明 ・同意・交付

- ・ケアプラン内容について利用者へ丁寧に説明し、利用者から同意を得た日付を記載。
- ・同意日は、サービス担当者会議以降であり、サービス利用開始以前であること。
- ・同意後のケアプラン本案を利用者及び介護サービス事業所の担当者に交付する。
- ・医療系サービスを位置付けた場合は（歯科）医師への交付も必要。

⑦ ケアプランに基づき介護サービスを提供

①～⑥の過程を踏んだ後に介護サービスの利用が開始

⑧ モニタリング（評価）

- ・少なくとも1月に1回、利用者の居宅（居室）を訪問し、利用者とは面接している（テレビ電話装置を活用して面接する場合、少なくとも2月に1回は訪問している）。
- ・各サービス事業所から個別サービス計画や報告を求め、ケアプランどおりにケアが実施されたか、本人及び家族の満足度、目標の達成の有無を確認し記録する。
- ・ケアプランどおりにケアが実施できなかった場合や、本人及び家族が現在のサービスに満足していない場合、効果がみられない場合、目標達成が確認できた場合は、②アセスメントからの一連の流れを踏んで、遅滞なくケアプランの変更を行う。

支援経過記録

- ・利用者やサービス事業者等とのやりとり内容、保険者との相談内容およびケアマネジャーの所感など。
- ・アセスメントやモニタリングの実施、ケアプランの同意や交付などの業務の実施。

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し

ケアマネジメントの流れとその内容

～ケアマネジャーの業務の流れ～

【参考】H20.7.11 介護保険最新情報 Vol.37「ケアプラン点検
支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検
支援マニュアルの指標」について

① 受付・相談 ・契約

- ・介護サービスを受けたいと希望する利用者よりケアプラン作成の依頼があった場合は、契約及び重要事項の説明を行い、文書の取り交わしを行う。（同意した日付の記載と署名）
- ・「居宅サービス計画作成依頼届出書」を市役所に提出（サービス利用開始日以前）。

② アセスメント （課題分析）

- ・利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。
- ・23項目にかかる利用者とそれを取り巻く環境について情報収集を行う。
- ・心身機能の低下の背景や要因を分析する。
- ・予後予測を立て、解決すべき生活課題（ニーズ）をみつける。

③ ケアプラン （居宅サービス計画） 原案作成

- ・生活課題の解決のための総合的な援助方針、目標及び達成時期を設定する。
- ・目標達成のために必要と思われる介護サービスを中心に、医療・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせた包括的援助計画（ケアプラン原案）を作成する。
- ・介護サービスについては複数の事業所を紹介し、最終的に利用者が選択する。

④ サービス担当者会議

- ・新規の場合はもちろん、要介護更新認定・区分変更の認定・居宅サービス計画の変更を行う場合は必ず開催する。
- ・本人及び家族、プランに位置付けた全ての事業所のスタッフや医師等に出席してもらい、それぞれからケアプラン原案について専門的意見を聴取する。それをもとに会議後、ケアプラン原案の追加・修正を行う。
- ・医療系サービスを位置付ける場合は（歯科）医師からの専門的意見の確認が必要。

⑤ ケアプラン本案作成

⑥ ケアプランの説明 ・同意・交付

- ・ケアプラン内容について利用者へ丁寧に説明し、利用者から同意を得た日付を記載。
- ・同意日は、サービス担当者会議以降であり、サービス利用開始以前であること。
- ・同意後のケアプラン本案を利用者及び介護サービス事業所の担当者に交付する。
- ・医療系サービスを位置付けた場合は（歯科）医師への交付も必要。

⑦ ケアプランに基づき介護サービスを提供

①～⑥の過程を踏んだ後に介護サービスの利用が開始

⑧ モニタリング（評価）

- ・少なくとも1月に1回、利用者の居宅（居室）を訪問し、利用者とは面接している（テレビ電話装置を活用して面接する場合、少なくとも2月に1回は訪問している）。
- ・各サービス事業所から個別サービス計画や報告を求め、ケアプランどおりにケアが実施されたか、本人及び家族の満足度、目標の達成の有無を確認し記録する。
- ・ケアプランどおりにケアが実施できなかった場合や、本人及び家族が現在のサービスに満足していない場合、効果がみられない場合、目標達成が確認できた場合は、②アセスメントからの一連の流れを踏んで、遅滞なくケアプランの変更を行う。

支援経過記録

- ・利用者やサービス事業者等とのやりとり内容、保険者との相談内容およびケアマネジャーの所感など。
- ・アセスメントやモニタリングの実施、ケアプランの同意や交付などの業務の実施。

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し

ケアマネジメントの流れとその内容

～ケアマネジャーの業務の流れ～

【参考】H20.7.11 介護保険最新情報 Vol.37「ケアプラン点検
支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検
支援マニュアルの指標」について

① 受付・相談 ・契約

- ・介護サービスを受けたいと希望する利用者よりケアプラン作成の依頼があった場合は、契約及び重要事項の説明を行い、文書の取り交わしを行う。（同意した日付の記載と署名）
- ・「居宅サービス計画作成依頼届出書」を市役所に提出（サービス利用開始日以前）。

② アセスメント （課題分析）

- ・利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。
- ・23項目にかかる利用者とそれを取り巻く環境について情報収集を行う。
- ・心身機能の低下の背景や要因を分析する。
- ・予後予測を立て、解決すべき生活課題（ニーズ）を見つける。

③ ケアプラン （居宅サービス計画） 原案作成

- ・生活課題の解決のための総合的な援助方針、目標及び達成時期を設定する。
- ・目標達成のために必要と思われる介護サービスを中心に、医療・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせた包括的援助計画（ケアプラン原案）を作成する。
- ・介護サービスについては複数の事業所を紹介し、最終的に利用者が選択する。

④ サービス担当者会議

- ・新規の場合はもちろん、要介護更新認定・区分変更の認定・居宅サービス計画の変更を行う場合は必ず開催する。
- ・本人及び家族、プランに位置付けた全ての事業所のスタッフや医師等に出席してもらい、それぞれからケアプラン原案について専門的意見を聴取する。それをもとに会議後、ケアプラン原案の追加・修正を行う。
- ・医療系サービスを位置付ける場合は（歯科）医師からの専門的意見の確認が必要。

⑤ ケアプラン本案作成

⑥ ケアプランの説明 ・同意・交付

- ・ケアプラン内容について利用者へ丁寧に説明し、利用者から同意を得た日付を記載。
- ・同意日は、サービス担当者会議以降であり、サービス利用開始以前であること。
- ・同意後のケアプラン本案を利用者及び介護サービス事業所の担当者に交付する。
- ・医療系サービスを位置付けた場合は（歯科）医師への交付も必要。

⑦ ケアプランに基づき介護サービスを提供

①～⑥の過程を踏んだ後に介護サービスの利用が開始

⑧ モニタリング（評価）

- ・少なくとも1月に1回、利用者の居宅（居室）を訪問し、利用者とは面接している（テレビ電話装置を活用して面接する場合、少なくとも2月に1回は訪問している）。
- ・各サービス事業所から個別サービス計画や報告を求め、ケアプランどおりにケアが実施されたか、本人及び家族の満足度、目標の達成の有無を確認し記録する。
- ・ケアプランどおりにケアが実施できなかった場合や、本人及び家族が現在のサービスに満足していない場合、効果がみられない場合、目標達成が確認できた場合は、②アセスメントからの一連の流れを踏んで、遅滞なくケアプランの変更を行う。

支援経過記録

- ・利用者やサービス事業者等とのやりとり内容、保険者との相談内容およびケアマネジャーの所感など。
- ・アセスメントやモニタリングの実施、ケアプランの同意や交付などの業務の実施。

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し