

三股町

介護予防ケアマネジメント  
マニュアル

三股町高齢者支援課

令和3年4月

人は生きる上で、直接的・間接的に地域と関わりを持って生活しています。しかし介護保険制度が始まり、サービスが入ることにより、地域とのつながりが疎遠になってしまう傾向がありました。

専門職によるサービスは、『支援する・支援される』関係であることが多く、地域のような『互助』のお互いに助け合う関係性ではありません。

支援されることに慣れてしまうと、生きがいや意欲、自分の役割を感じにくくなってしまいます。できるだけ地域との関係性を継続し、関係性が少ない人には関係性をつくるようなマネジメントがあれば、その人の生活はサービスだけで支えられる生活よりも、豊かな生活となります。

『地域包括ケア』とは、地域のお互いに助け合う関係性を守りながら、公的サービス(介護保険サービスや高齢者福祉サービス)を活用することでできる、地域を基盤とした統合的なケアであり、三股町はそれを推進します。



本マニュアルは「三股町介護予防ケアマネジメントマニュアル」として、地域包括支援センター職員及び介護支援専門員(ケアマネジャー)等だけでなく、介護保険従事者も活用できるマニュアルとして作成いたしました。

### ケアマネジメントのポイント

- 1 「自立支援」を基本としたケアマネジメント
- 2 高齢者自身の気づきにより、生活への意欲を引き出すセルフマネジメントの推進
- 3 高齢者の生活ニーズや状態像を的確に把握し、高齢者本人の選択による適切なサービスの提供と地域資源の提案
- 4 高齢者の心身の状態が改善した後も、高齢者本人が望む地域の居場所に「戻す」「つなぐ」までの支援
- 5 地域の高齢者が望む生活を実現していくための地域づくりの推進

《介護保険制度の基本的な考え方》

■介護保険の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

つまり

○介護を要する状態となっても、できる限り自宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること。

○利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めることがあげられます。

## 介護保険法

### 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。

### 第4条第1項(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。

1 三股町が目指すケアマネジメント				
(1) 自立支援型ケアマネジメント総論	P	1		
(2) 自立支援の主役は？	P	2		
(3) 生活を支える～自助・互助・共助・公助	P	3	～	6
(4) 自立支援型ケアマネジメントのポイント				
(5) 自立支援型ケアマネジメントの手法				
2 介護予防ケアマネジメントとは				
(1) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	P	7	～	8
(2) 介護予防ケアマネジメントのあり方				
3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方				
(1) 介護予防ケアマネジメントの実施	P	9		
(2) 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類	P	10		
4 実施のための参考資料				
(1) ICFを活用した介護予防ケアマネジメント	P	11	～	12
(2) 三股町高齢者生活支援体制整備事業	P	13		
(3) 三股町自立支援型地域ケア会議	P	14	～	16
5 三股町の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務について				
(1) 介護予防支援委託業務の流れ	P	17	～	24
(2) 各種様式と記入方法	P	25	～	35
(3) 1回報酬制による報酬選定について(算定例)	P	36	～	37
(4) 障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度	P	38		
(5) 住所地特例者が介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際の留意点	P	39		
(6) 介護支援専門員 倫理綱領	P	40		
(7) 要介護のケアマネジメントについて/参考文献	P	41		

ひとりの力が みんなのために  
みんなの力が ひとりのために  
ささえあう力を育むまち  
みまた

「三股町高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画」においては、



誰かを支えようとするひとりひとりの小さな力が、



みんなを支える大きな力につながっていくこと。



誰かひとりのために手を差し伸べようとするみんなの力が、  
きっとひとりひとりを幸せにする力につながっていくこと。

そんな思いを込めて

「ひとりの力が みんなのために みんなの力が ひとりのために  
ささえあう力を育むまち みまた」

を基本理念とし、高齢者福祉施策及び介護福祉サービスの充実に努めます。



# 1 三股町が目指すケアマネジメント

## (1) 自立支援型ケアマネジメント総論

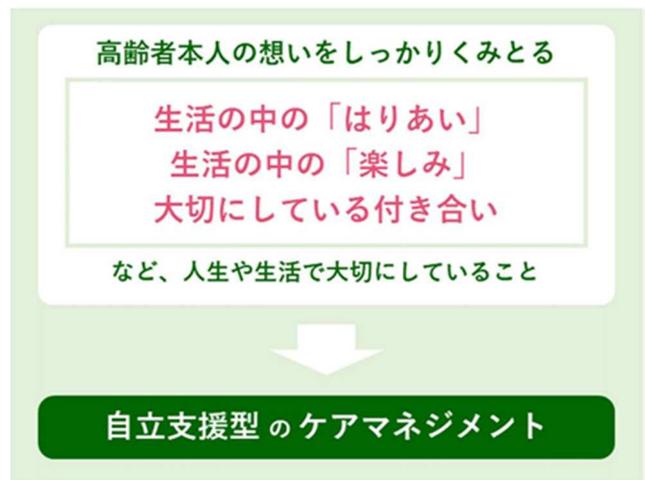
「地域包括ケア」が目指す住み慣れた地域での継続は、単純に「住む場所が変わらない」と言うことではありません。その人らしい生活を続けるためには、**なじみの関係をいかに続けるか**ということが大切です。

これからの高齢者の支援は、活動や外出が難しくなってきたら、本人は「サービス」でリハビリを行いつつ、ご近所や友人の協力のもと、負担にならない範囲で買い物に付き添ってもらったり、ゴミ出しをしてもらったりすることなども重要になります。

介護が必要になっても、**ご近所に少し気にかけてもらえれば、訪問介護や通所介護を利用していない時間でも安心して過ごすことができる**のではないのでしょうか。

しかし、ケアマネジャーが、今までの高齢者本人の生活や地域との関係をアセスメントすることなく、現状の「支援する、支援される」関係のみで判断をすると、地域の方に支援をお願いすることはできないと思ってしまうがちです。

そこに高齢者本人の希望と今まで培ってきた「お互い様」の関係性があれば、必ずしもできないことはありません。もちろん心身の状態が悪くなっていけば、助け合いでできることは少なくなっていくますが、それでも、**なじみの関係を最後まで途切れさせない**ことが大切です。



出典：新しい総合事業の移行戦略-地域づくりに向けたロードマップ  
報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）-

## (2)「自立支援」の主役は？

三股町では、「自立支援」を実現するために必要なサービス・支援を高齢者につなぐ手法を「自立支援型ケアマネジメント」として推進しています。

ここでの「自立支援」は、単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」を目指すのではなく、利用者本人の「したい」「できるようになりたい」ことの実現に向けて必要な支援を行うことです。できるようになった後は、日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ(あるいは地域活動に戻し)、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで、つなぐことを目指しています。

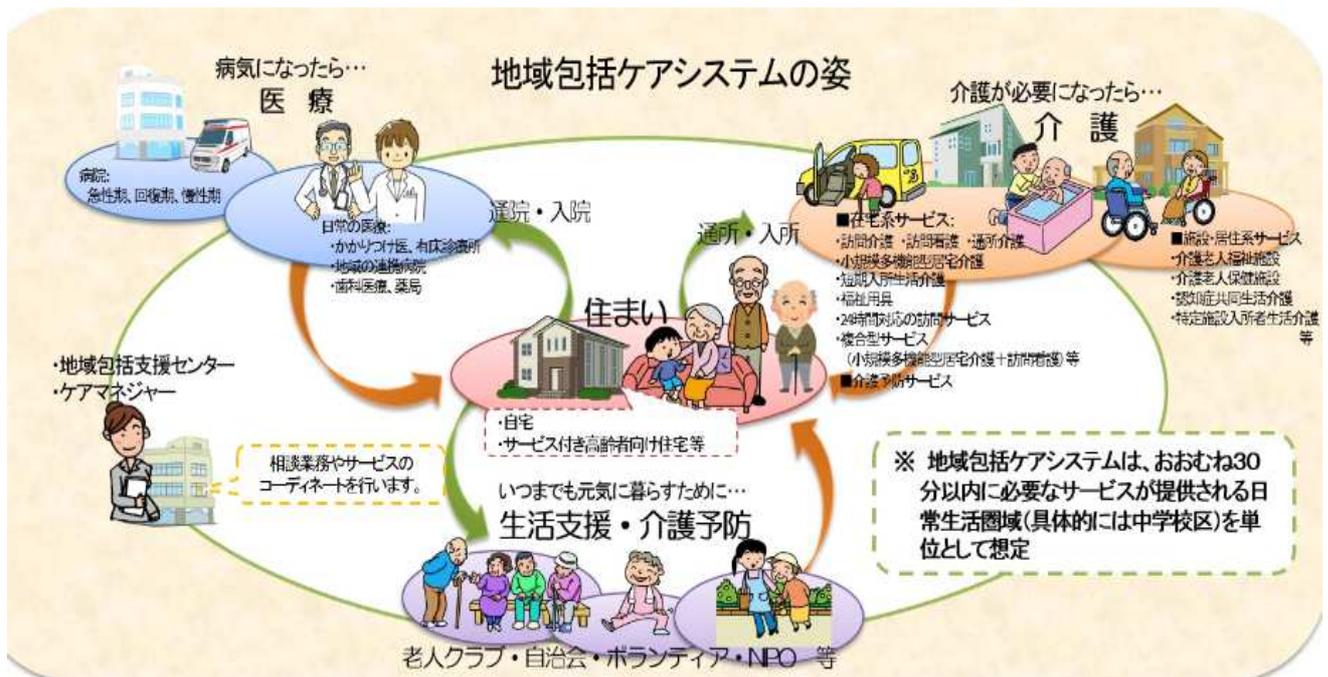
役割や生きがいを持って生活する



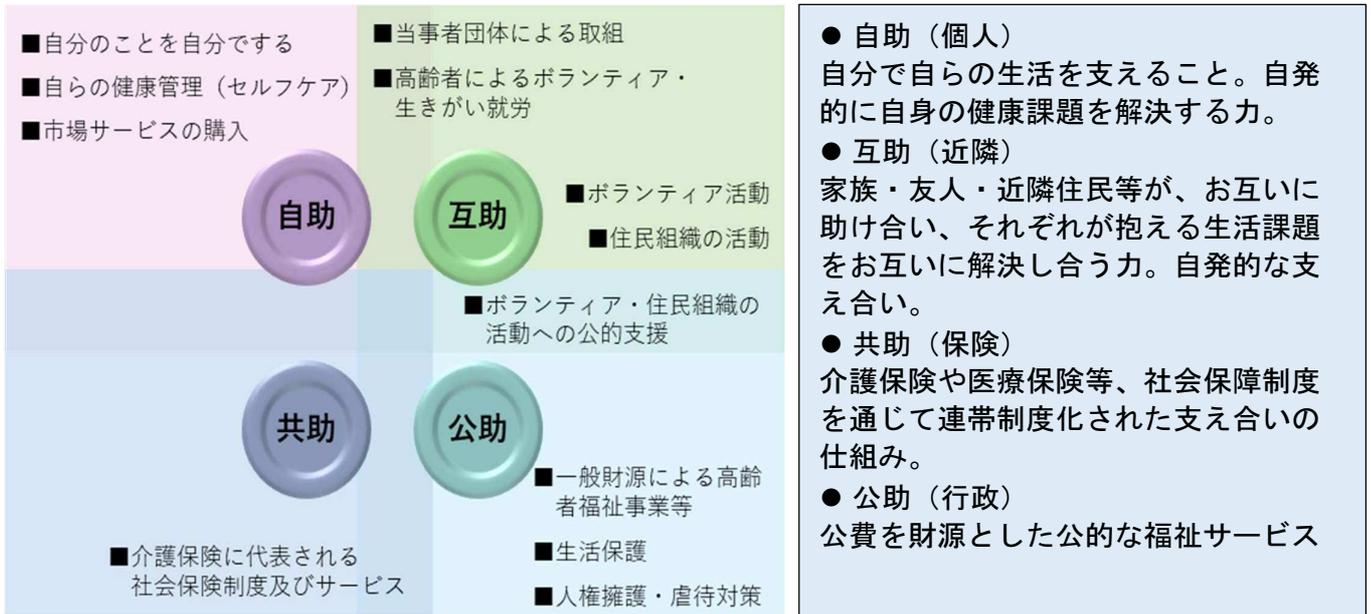
『したい』『できるようになりたい』の実現に向けた取組



地域の活動への参加



### (3) 生活を支える～自助・互助・共助・公助



介護保険制度は、介護が必要な高齢者を社会全体で支える制度として制定されました。しかし、**介護保険サービスだけで高齢者の生活全般を成り立たせることは困難**であり、実際は、自助・互助を中心に成り立っています。例えば、便利な家電の利用も自助と言えます。また、自助に近い家族や隣近所の「支え合い」から、共助や公助に近い自治会などの組織活動等も地域にはあり、**介護保険のサービスよりもさらに多岐にわたった地域活動等によって生活は成り立っています。**

### (4) 自立支援型ケアマネジメントのポイント

適切なアセスメントを行い、自立支援に向けたケアマネジメントを行うために重要なポイントが2点あります。

**意欲の源**を見極めること

**なじみの関係**からなるべく切り離さない

例えば、近所の囲碁教室に通っていた鈴木さんは、足腰が弱くなってきたので、送迎付きのデイサービスを利用することになりました。

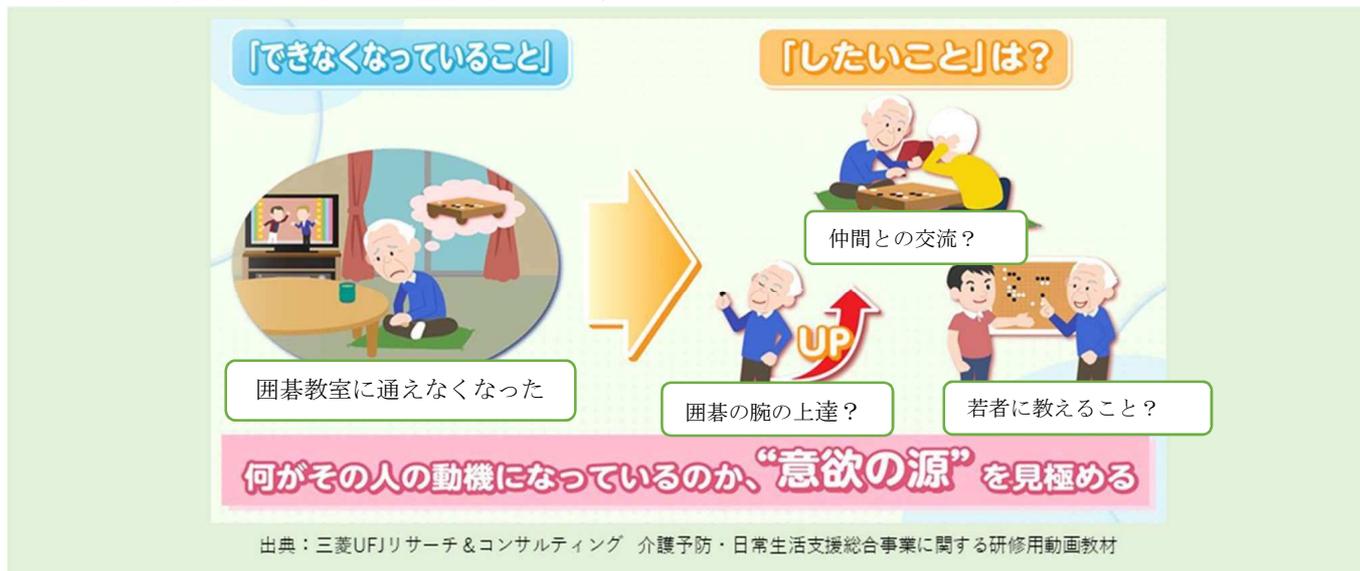
これで、問題は解決するのでしょうか？

前述のとおり、自立支援では「できなくなっていること」をただ補うのではなく、本人が「したいこと」や「今できていること」を続けられるよう支援することが重要です。

では、鈴木さんが囲碁教室でしたいことは何でしょうか？  
囲碁の腕に磨きをかけることでしょうか？ 仲間との交流でしょうか？  
それとも、若者に囲碁を教えることでしょうか？

**「できなくなっていること」は同じでも、「したいこと」は人それぞれ**です。

だからこそケアマネジメントでは、本人の話をよく聞き、何がその人の動機になっているのか、つまり「意欲の源」を見極めることが重要なのです。



虚弱になった高齢者の場合、効果的な介護予防を行うことで状態が良くなり、支援やサービスの量を徐々に減らしていくことができますが、状態が良くなっても、外出せずに活動的でない生活を送っていると元に戻ってしまいます。

つまり介護保険サービスだけのケアプランでは、本人の状態が良くなると、使えるサービスの量は減るため、そのまま外出の機会が減ったまま、元の状態に戻ってしまいます。そこに **地域の活動をケアプランに加えることで社会参加を継続し、状態を維持することができます。**

「自助・互助・共助・公助」について前述しましたが、高齢者を支える地域の資源は大きく分けると2つのタイプになります。

## 1つは **サービス**

介護保険や民間企業、NPO等によるものが多く、専門職や雇用労働者が提供しています。



## もう1つは助け合い

見守りやゴミ出しの手伝いなどが、ご近所や友人、ボランティア等なじみの関係の中で自然と行われています。



元気な頃は

ご近所や友人との付き合いがある

方がほとんど

誰もが、家族やご近所、お友達と一緒にお茶を飲んだり、趣味やスポーツを楽しんだり、**お互いに気かけ、困った事があれば助け合う関係**を築いています。

しかし訪問介護や通所介護を利用するようになると、**ご近所や友人と接する機会が減り、なじみの関係と疎遠になってしまう**ことが多くみられます。高齢者も、住民による活動の支援を受ける時には、消費者としてお客様のようにサービスを利用するのではなく、「助けられ上手」になれるように、**活動の意義について、ケアマネジャーがよく理解し伝えていくことが必要**です。

また、要支援等の状態になっても、例えばサロンなどの場に、利用者というよりも担い手として参加しながら、自分ができる範囲で運営の役割の一部を担ったり、**他の利用者を支えたり、みんなと一緒に地域活動に参加したり**することが、喜びや生活の張り、すなわち「自立」にもつながります。

介護サービス事業者や専門職も、住民の活動を資源の一つだけ考えて「して欲しいこと」を伝えるだけでは住民活動との協働はできません。

フォーマルなサービスでは対応できない柔軟な支援を実施すること、「支えられる側・支える側」の区別があまりないことで豊かな関係性や役割が持てることなど、**住民による活動の意義を十分理解することが必要**です。

### (5) 自立支援型ケアマネジメントの手法

要支援1・2では、約半数の方が廃用性症候群(活動量が低下したことにより心身機能が衰え様々な症状が発生すること)により介護を必要とするに至ったとするデータがあります。

これらの方々には、本人の有する能力を生かして、「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善し、本人の生活の質を向上できる可能性が高いと考えられることから、**介護保険サービスの一時的な利用により生活機能が向上するよう支援(期間的自立支援)**を行うことが望ましいです。

一方、要介護の方や要支援1・2でも約2割の方は、脳血管疾患等による身体の部位等の重度な機能不全が原因で生活機能が低下し、介護を必要とするに至っています。このような場合は、介護保険サービスを永続的に使いながら、**可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援(永続的自立支援)**を行うことが望ましいです。

<p>期間的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの一時的な利用を想定                  (例) 廃用性症候群等により生活機能が低下したケース                  ■ 介護保険サービスの一時的な利用により生活機能が向上するよう支援</p>
<p>永続的自立支援</p>	<p>介護保険サービスの永続的な利用を想定                  (例) 脳血管疾患等による身体の部位等の重度な機能不全が原因で生活機能が低下したケース                  ■ 介護保険サービスを永続的に使いながら、可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援</p>

最も重要なことは、これらの支援を行うことで、

**高齢者の QOL (Quality of Life) が 向上し**

**住み慣れた地域で“いきいき”と輝きながら暮らせる ことです。**



## 2 介護予防ケアマネジメントとは

三股町介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)(以下、『介護予防ケアマネジメント』という。)は、要支援認定者及び事業対象者(基本チェックリスト実施結果で基準に該当した者)に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じて、利用者本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの他、一般介護予防事業も含め、利用者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うものです。

### (1) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である『高齢者が要介護状態となることをできる限り防ぐ(遅らせる)』『要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ』ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は、適切な支援を受けて改善に向かい、もし医療や介護、生活支援を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康管理や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要です。

高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、『心身機能』『活動』『参加』にバランス良くアプローチしていくことが必要です。

このようなことから、介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・日常生活支援総合事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

### (2) 介護予防ケアマネジメントのあり方

#### 目標指向型のケアマネジメントを意識

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析。
- ・興味や関心のあることを中心に目標設定することが大切です。『～したい』『～になりたい』という意識を高めて、自立に向かっていけるように動機づけを行いましょ。
- ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込みます。
- ・利用者が持つ強み(ストレングス)に着目し、できていたこと、できそうなこと、頑張っていることを把握し、QOLの向上への『自己決定』をサポートします。
- ・心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場に結びつけていきます。
- ・利用者のための目標設定がポイント。

- ・利用者自身がその生活課題に気づき、状況が改善されたときのイメージをもつことが必要です。利用者が主体的になれるよう支援します。
- ・非現実的な目標ではなく、実現可能で具体的な目標設定を行い、利用者が実際に行動に移せるよう支援します。一定期間取り組んだ後、目標が達成されたかどうかを具体的にモニタリング、評価できる目標にしましょう。

### **循環するしくみ**

- ・利用者と支援者が、『目標が達成したらどうなるのか』を具体的にイメージしておくことが重要です。ケアプラン作成時に、目標達成したら、相当サービスから住民主体型サービスや地域の様々な活動の場など、より自立度の高い次のステップに移行していくことを確認しておきましょう。
- ・同じサービスを継続ではなく、状態や自立度に応じてサービスを選択し、循環するしくみにしていきましょう。
- ・本人にとってステップアップの場となる社会資源が地域にない場合、その社会資源を検討するために、生活支援コーディネーターとの関わりを通じて、情報提供を行いましょう。

### **初期サインを見逃さず、重症化予防**

- ・要支援認定者及び事業対象者が主に抱えている課題は IADL の低下ですが、原因には自分で気づきにくいものです。生活不活発病に陥る初期サインを見逃さずに、早期に予防に取り組むことが重症化の予防になります。
- ・生活不活発病の症状は、人に任せれば機能低下の一途をたどります。利用者自身が『自分でやる』ことの意味を考え、主体的な取り組みをすることが重要です。
- ・ADL の改善により、『できるようになったこと』を増やした後、その機能を維持するために日常生活のなかで『自分でできること』に取り組んでいく必要があります。(セルフケア)
- ・セルフケアの継続に向けた一般介護予防事業の紹介や地域の様々な活動の場の情報提供、アドバイスを行うことが不可欠です。

### 3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

#### (1) 介護予防ケアマネジメントの実施

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)(以下、「介護予防ケアマネジメント」)の対象者は、基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した方(以下、「事業対象者」という)及び要支援認定者です。

介護予防及び日常生活支援を目的として、利用者の心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

サービス内容は、介護予防・日常生活支援サービス事業のほか、一般介護予防事業や町の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービス、本人の取り組み、家族や地域住民による支援も含まれます。

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）			
対象者	実施者	目的	手段
事業対象者	<b>地域包括支援センター</b> 一部を指定居宅介護支援事業者へ委託することも可能	<b>日常生活支援（自立支援）</b> + <b>介護予防</b>	<b>&lt;自助努力&gt;</b>
要支援認定者 予防給付サービスを利用する方を除く			<b>&lt;インフォーマルサポート&gt;</b> 地域の集まり・自主活動 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
			<b>&lt;公的サービス&gt;</b> 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 三股町の独自施策
心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の選択に基づき、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。			

介護予防ケアマネジメントは、町から指定を受けた**地域包括支援センター**が実施します。地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する場合においても、適宜、**地域包括支援センターが関与することを想定**しています。

介護予防ケアマネジメントの実施については、介護予防支援と同様に、基本的なプロセスに基づいて行います。特に、アセスメントにあたっては、利用者の置かれている環境や、日常生活及び社会参加の状況等を正確に把握する必要があるため、利用者が入院中などの場合を除いて、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族と面接をして行います。適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものです。

(2)介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類 (令和3年4月現在)

支援方法		事業対象者	要支援1	要支援2
自助努力 介護保険外のサービス 地域の集まり・自主活動 家族の支援				日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点を当てる。 また、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつける。
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護予防事業	足もと元気教室		介護予防事業として高齢者が介護を受ける状態にならないよう転びにくい体づくりを目的とした教室。専門職が指導を行う。
	※65歳以上の全ての方が対象	地域リハビリテーション活動支援事業		介護予防の取組を強化するため、リハビリ専門職等を通所系サービス事業所や高齢者サロン、こけないからだ体操実施団体等へ派遣、また個別訪問を行う。
		こけないからだ体操		地域住民主体による介護予防教室。 おもりをつけて音楽に合わせて、ゆっくりと体操を行う。週1回程度開催することで、介護予防の効果も期待できる高齢者の集いの場。
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・日常生活支援サービス事業	介護予防訪問介護サービス(従前相当) ・介護予防通所介護サービス(従前相当) ・みまたんデイサービス(緩和した基準によるサービス) ・生きがいデイサービス(緩和した基準によるサービス)	総合事業について利用限度額(5,032単位)の範囲内で給付管理	
予防給付	介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売	利用不可	予防給付と総合事業を一体的に利用 限度額(5,032単位)の範囲内で給付管理
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)		予防給付と総合事業を一体的に利用 限度額(10,531単位)の範囲内で給付管理

## 4 実施のための参考資料

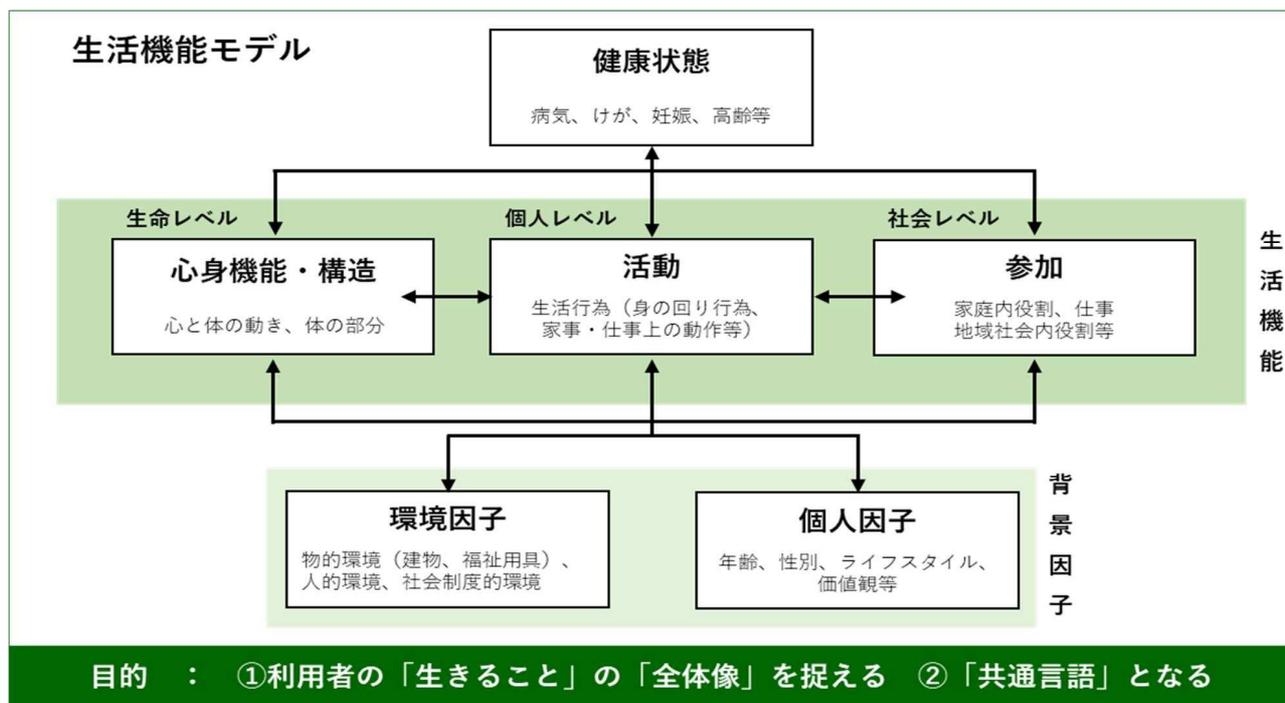
### (1) ICF を活用した介護予防ケアマネジメント

自立支援型ケアマネジメントを行うにあたっては、ICF (の考え方) を理解し、活用することが重要なポイントになります。

ICF(国際生活機能分類)とは、2001年にWHOが定めた、人々の健康状態や障害などの分類方法です。

ICFは、①利用者の「生きること」の「全体像」を適切に捉えることができる(意欲の源を見極めるのに活用できる)、また、②ケアマネジャーだけでなく介護サービス事業者や専門職、また、利用者との間での「共通言語」となり、目標の共有ができるという点で、自立支援型ケアマネジメントの実施には欠かせないものといえます。特に①について、ケアマネジメントの結果、「生きること」の「一部」だけに働きかけてしまった場合、かえってマイナスの効果を発揮することもあるため、「全体像」を捉えることが重要となります。

下の図は、ICFの最も基本的な概念である「生活機能モデル」を示したものです。このモデルに沿って、人々の健康状態や障害などを分類することとなります。



図の中段に記載しているとおり、ICFでは、人の「生活機能」を、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という3つの要素で構成しています。そして、その「生活機能」に影響を与える因子として「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」の3つがあります。これらが「生活機能モデル」の6つの要素です。

また、このモデルにおいて注目すべきなのは、6つの要素をつなぐ矢印が、全て双方向に向いていることです。6つの要素は、相互に影響し合う関係にあることを示しています。

## 目標設定場面での ICF

「生活機能モデル」における具体的な分類をみると、今までのケアマネジメントでは「心身機能・構造」の向上を目指すだけの目標を立てることが多かったのではないのでしょうか。10mしか自立歩行できなかった方に対し、20m自立歩行ができるようになる、という目標を立てるように。

しかし、10m多く歩けることが、その方の生活の何に役立つのでしょうか？ 何ができるようになるのでしょうか？

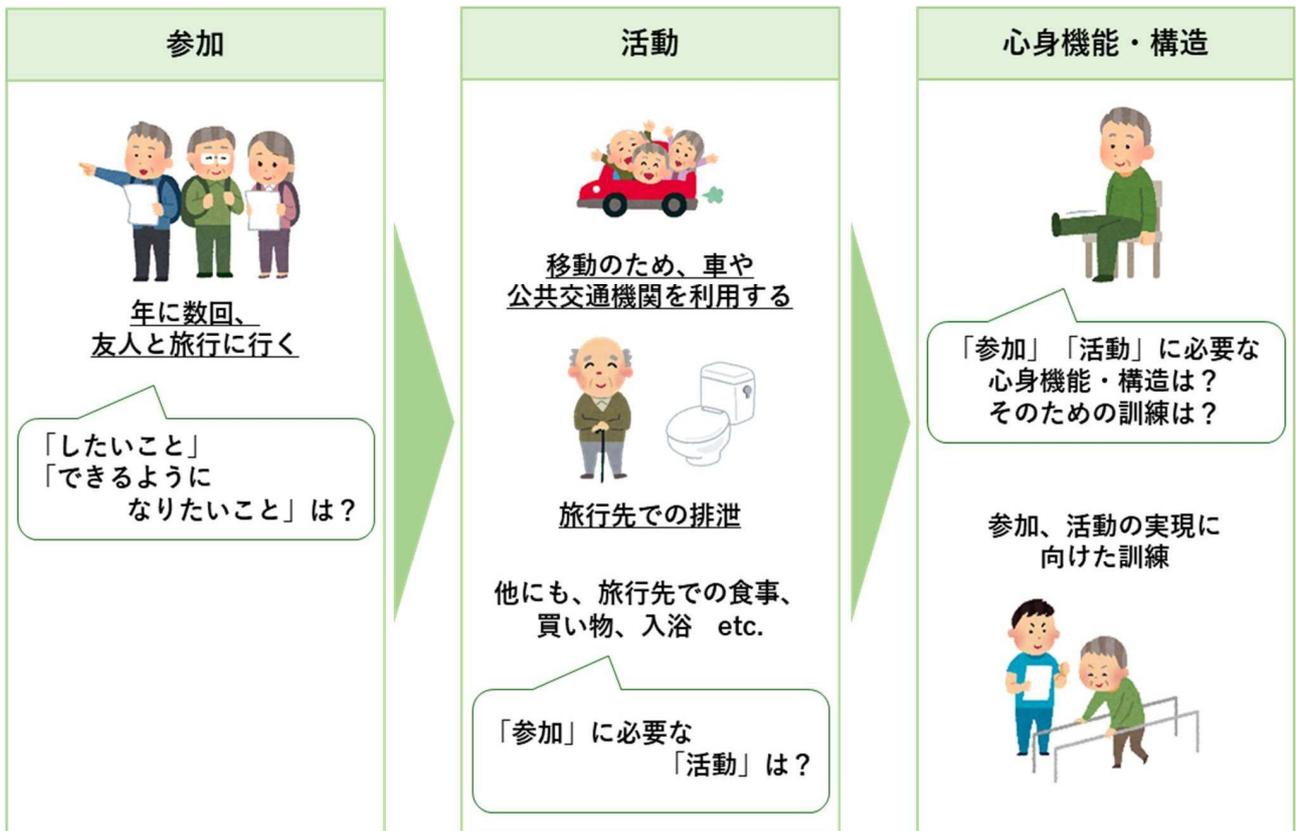
本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為から切り離された目標設定では、自立支援を実現することはできないのではないのでしょうか。

自立支援のためには、本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為、つまり、「生活機能モデル」における「参加」と「活動」に着目したケアマネジメントが重要になります。

以下に、「参加」と「活動」に着目したケアマネジメントの例を示します。



### 「参加」と「活動」に着目したケアマネジメント



## (2) 三股町高齢者生活支援体制整備事業

### 生活支援体制整備事業の目的

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図って行くことを目的としています。

### 生活支援体制整備事業の概要

三股町では、生活支援コーディネーターを社会福祉協議会に配置(委託事業)して、地域にある支え合いの活動や地域のニーズなどの把握を行い、必要な社会資源の開発や関係機関とのネットワークづくりを行っています。

サービス提供主体や地域住民等が参加する協議体では、地域ニーズや課題、支え合いの活動等の情報共有を図り、不足するサービスの創出等について協議をします。

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

#### (1) 地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）の配置

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。

コーディネート機能は、以下のA～Cの機能がある。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 地域に不足するサービスの創出</li><li>○ サービスの担い手の養成</li><li>○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 関係者間の情報共有</li><li>○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など</li></ul>

※市全域を担当する第1層、日常生活圏域を担当する第2層があります。

#### (2) 協議体の開催（設置）

多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進。

##### 介護予防・生活支援サービスの多様な関係主体の参画例

NPO法人

地縁組織  
(自治会・民生委員など)

ボランティア

民間企業・協同組合

社会福祉法人

等

### 生活支援体制整備事業の活用

高齢者が“いきいき”と安心して暮らせるように、趣味や特技を介した通いの場や日常生活のちょっとした困りごとを支援するサービスの情報を収集し、ケアプランに活かしましょう。

※三股町の社会資源は、別冊の『福祉サービスガイドブック』『地域を楽しむカタログ』を参照してください。

### (3) 三股町自立支援型地域ケア会議

「地域ケア会議」は、多様な専門職が協働し、介護支援専門員への支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるよう、地域全体で支援するための手法です。

このうち、自立支援型地域ケア会議とは、高齢者の自立(介護が必要な状態の改善または悪化防止)を支援するため、ケアプランの作成にあたり、介護分野だけでなく、医療分野を含めた、多様な専門職(リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等)の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討する会議のことです。

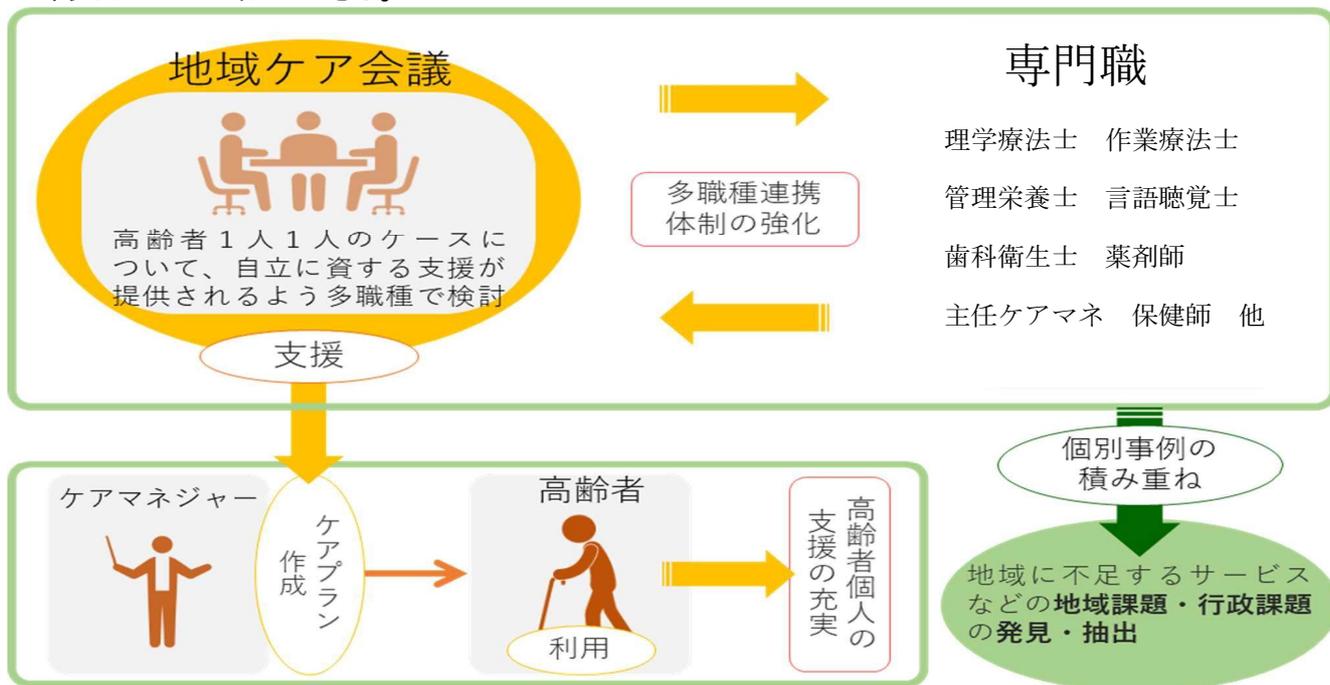
「高齢者の QOL 向上に資すること」に加え、次のような目的があります。

■ 自立支援型地域ケア会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得する。

(OJT・スキルアップの場合)

■ 事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源を把握し、**行政課題の発見・解決策の検討**につなぐ。

■ 多専門職が参集し協議を行うことで、顔の見える関係づくりができ、その後の**地域包括ケア推進のネットワークづくり**ができる。



自立支援型地域ケア会議では、医療分野を含めた地域の**多様な専門職**(リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等)が、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、**各分野から自立に資する助言**を行います。

そのため、プラン作成担当が、事例提出者として利用者基本情報、ケアプラン等に基づき事例の概要や現在の支援方針・内容を要約して説明します。

その際、本人の「したい」「できるようになりたい」ことや、生活行為の課題について説明するとともに、**できないことの工程分析をし、自立を妨げる要因の見立てを説明することが助言を受けるうえで大切です。**

## ●三股町自立支援型地域ケア会議について

- ① 開催日時 偶数月 第4木曜日 13時30分～  
※日程は変更する場合があります。
- ② 開催場所 三股町役場 4階 会議室
- ③ 検討事例数 2事例(事業対象者または要支援1・2認定者)  
※居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの2事業所から  
1事例ずつ提供
- ④ 1事例の検討時間 45分
- ⑤ 専門職種(助言) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士  
薬剤師・主任介護支援専門員・保健師・保険者 等
- ⑥ 会議の進行

担当(発言者)	内容	所要時間(めやす)
司会者	開会挨拶	約1分
介護支援専門員	基本情報・生活機能評価・ケアプラン等を簡潔に説明	約5分
介護サービス提供事業所	ケースへの支援内容・方針について説明	約5分
司会者	介護支援専門員とサービス事業所の説明に関する不明点等の確認	約3分
専門職(助言者)	質問・助言	約29分
司会者	まとめ	約2分



## ■三股町自立支援型地域ケア会議様式

### 1, 【事業対象者・要支援者】

- ① 利用者基本情報（標準様式）
- ② 生活機能評価（和光市様式）
- ③ 基本チェックリスト 25 項目（標準様式）＋追加項目 30 項目（和光市様式）
- ④ 介護予防メニューリスク確認（和光市様式）
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画表（標準様式）
- ⑥ 主治医意見書 ※高齢者支援課で準備、提出不要
- ⑦ 服薬情報（薬剤情報提供書）
- ⑧ 血液検査データ(医療機関が発行したものや検診結果等)
- ⑨ その他(事例検討に必要と思われる資料 例;住宅内の写真)

### 2, 【要介護者】

- ① 生活機能評価（和光市様式）
- ② 居宅サービス計画書 第1表～第3表（標準様式）
- ③ 基本情報・アセスメントシート（各事業所様式）
- ④ 課題分析表（各事業所様式）
- ⑤ 主治医意見書 ※介護高齢者係で準備、提出不要
- ⑥ 服薬情報（薬剤情報提供書）
- ⑦ 血液検査データ（医療機関が発行したものや健診結果等）
- ⑧ その他（事例検討に必要と思われる資料 例；住宅内の写真など）

### 3, 【訪問系及び通所系サービス提供事業所】

- ① 介護予防メニューアセスメント(和光様式 通所用・訪問用)
- ② 生活行為アセスメント(和光様式 通所用・訪問用共通)
- ③ 介護予防サービス 個別サービス計画書(和光様式 通所用・訪問用)
- ④ 介護予防サービス計画・総合評価(和光様式 通所用・訪問用)

### 4, 【上記3以外のサービス】

- ① サービス計画書（各事業所様式）
- ② その他（事例検討に必要と思われる資料）

※上記3以外とは、福祉用具貸与・購入や住宅改修、短期宿泊等があります。

- ・資料は、計画作成者とサービス提供事業所、できるだけ一緒に提出してください。
- ・自立支援型地域ケア会議開催日の2週間前までに、提出してください。

留意点

担当利用者が、★要支援認定が出た場合

★認定結果は出ていないが、要支援認定の可能性のある場合は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の受託の有無にかかわらず、早めに三股町地域包括支援センターに連絡し、利用者のサービス利用などに支障が出ないように心がけ、計画性を持って対応してください。

○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を行うために・・・

居宅介護支援事業所が要支援者・事業対象者の介護予防支援・介護予防マネジメントを行うには、地域包括支援センターと業務委託契約が必要です。地域包括支援センターの示す条件を確認いただき、「受託意向申出書」等の書類を提出ください。

契約にあたっては、地域包括支援センター運営協議会での議を経る必要がありますので、受託意向がある場合は、期間に余裕を持ってご相談ください。

17  
↳ 契約をしたら

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務を行っていただく際には、別表の流れに沿って、計画表などの受け渡しを【プリントした書類】で行います。また、委託料の請求にかかる書式についても、お渡しします。

○介護予防支援サービス、介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業契約をする場合

・利用者や、その家族の都合を調整し、契約日を決めて、地域包括支援センターへ連絡ください。

（介護認定者が、支援認定になった場合を想定しています。）

・原則、契約は自宅で行います。家族の同席をお願いします。

個人情報の同意は、緊急連絡先等情報として、得ている方にも同意を取ってください。

・契約の際に、サービス担当者会議の日程をある程度決めておくといいです。

・介護予防支援委託にかかる情報提供請求は、包括支援センターで行います。資料をお渡ししますので、それらを踏まえて、支援計画原案作成をお願いします。

【介護予防支援業務委託における業務の流れ】

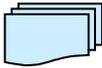
業務の流れ	地域包括支援センター(以下、「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所。以下「居宅」と略す)
1 相談申出	利用者等から相談申出を受ける。	
2 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険被保険者証・介護保険負担割合証を確認する。</li> <li>・重要事項説明書(個人情報使用同意書を含む)について説明し、同意を得る。</li> <li>・契約書にて利用者と契約締結する。</li> <li>・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を被保険者証とともに、三股町に届出。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約への立会い</li> <li>※日程調整</li> </ul>
3 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅からの依頼により、認定調査票・主治医意見書について三股町から取り寄せる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認定調査票(写)、医師意見書(写)を包括から受けとる。</li> <li>・利用者基本情報を作成する。</li> <li>・基本チェックリストを作成する。</li> <li>・支援計画書の原案の方向性を確認する。</li> </ul>
4 支援計画書の原案の作成	居宅から介護予防支援サービス計画書原案等を受け取る。	利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防支援サービス計画書原案を作成し、包括に提出。
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="315 959 1332 1410"> <p>【プリント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者基本情報 </li> <li>基本チェックリスト (アセスメントシート)</li> <li>介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)</li> <li>平成27年9月～プラン期間については12か月以内とします</li> </ul> </div> <div data-bbox="1332 1007 2101 1246" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>【お願い】</p> <p>支援計画書の原案は、すぐに確認ができない場合もありますので、できるだけ、日数に余裕を持って提出してください。</p> </div> </div>	
5 支援計画書原案承認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書の確認をする。</li> <li>・日付と職員名を入れて、居宅に渡す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括確認後の介護予防サービス・支援計画書を受け取る。</li> </ul>

6 サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・会議に出席（必要時）</li> <li>・会議録を受け取る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議の開催（目標の共有と役割分担等の確認） 支援計画書について、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス頻度や内容を確認する。</li> <li>・支援計画書を決定する。</li> <li>・「担当者会議録」、サービス担当者に対する照会内容を包括に提出</li> </ul>
7 支援計画書の説明・同意		<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書の内容を利用者・家族に説明し、同意を得る。</li> <li>・支援計画書に利用者の署名を受け取る。一部を利用者に交付。</li> </ul>
8 支援計画書の提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書（原本）を受け取る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書の複写を必要分。支援計画書（原本）を包括に提出。</li> <li>・支援計画書（写）をサービス事業所へ配布し、一枚は保管する。</li> </ul>
9 介護予防サービスの利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス提供事業所の個別支援計画書等（写）の受け取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用状況を確認、調整する。</li> <li>・各サービス提供事業所から、個別サービス支援計画書等を受け取る。</li> </ul>
	<p>【各種個別サービス計画書等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護・通所介護・通所リハビリ等の個別支援計画書</li> <li>・主治医の指示書 ※医療系サービスの利用の場合は必ず</li> </ul>	
10 モニタリング		<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問、電話、サービス事業所での面接等によりモニタリングを実施する。少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回、およびサービスの評価月は、利用者の居宅を訪問し、面接を行う。基準以上の訪問を行うことは差し支えない。</li> <li>・状況に変化のあった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。</li> <li>・モニタリングの状況は支援経過に記録する。モニタリングの記録については、少なくとも月に1回行う。</li> </ul>
11 サービス実績報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス実績と支援経過記録等を受け取る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者から、サービス実績報告書を受け取る。 内容を確認する。</li> <li>・サービス実績報告書と支援経過等を、毎月5日を目安に包括に提出する。</li> </ul>

	<p>【プリントアウト・写し等】</p> <p>○利用実績のわかるモノ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実績が記入された書類</li> <li>・サービス提供事業者から提出された実績記載の提供票やその写し</li> </ul> <p>○支援経過のわかるモノ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援経過記録</li> <li>・サービス提供事業者から提供される報告書類</li> </ul> <p>○給付管理票</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【サービス利用がなかった場合】</p> <p>実績がなかった事を書面でご連絡ください。</p> <p>また、支援経過にも退院見込みなどの状況を確認し、提出をお願いします。</p> </div>
12 給付管理	毎月 10 日までに給付管理票を作成し、国保連へ提出する	
13 委託料の請求	実績などとあわせて確認。国保連から、支払い決定通知と入金を確認後、支払い	委託料の請求書と、請求明細書を提出する。
14 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅から、評価表等を受け取る。</li> <li>・内容について確認し、日付と職員名を入れて、居宅に渡す。</li> </ul>	<p>【プリントアウト】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス支価表</li> <li>サービス提供事業者からの個別サービス計画評価などを含む、計画の達成状況について評価を行う。評価表を包括へ提出。</li> </ul>
15 評価後プランの作成		<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果に基づき、介護予防サービス計画を見直す。</li> <li>・以後、アセスメント以降を繰り返す。</li> </ul>
16 変更・更新申請代行		<ul style="list-style-type: none"> <li>・変更申請を行う場合は、必ず、包括に連絡をしてから申請する。</li> <li>・更新・変更認定結果が出た場合、新しい介護保険証の写しを包括へ提出。</li> </ul>

【三股町地域包括支援センターにおける介護予防支援、介護予防ケアマネジメントA業務の流れ】

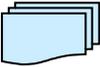
(令和3年4月)

業務の流れ	業務内容
1 相談申出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等から相談申出を受ける。</li> <li>・契約は原則自宅で行うため、初回の訪問日を決める。</li> </ul>
2 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険被保険者証を確認する。</li> <li>・重要事項説明書について説明し、同意を得る。</li> <li>・介護予防支援契約書にて利用者と契約締結する。</li> <li>・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を被保険者証とともに、三股町に届出。</li> <li>・介護予防支援事業者を印字された介護保険被保険者証と介護保険負担割合証をコピーし保管する。</li> </ul>
3 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認定調査票・医師意見書を受け取る。(情報提供請求書)</li> <li>・利用者基本情報を作成する。</li> <li>・基本チェックリストを作成する。</li> <li>・アセスメント表を作成し支援計画書の原案の方向性を確認する。</li> <li>・医療系サービスを利用の場合は「主治医の指示書」等により意見を求める。</li> </ul>
4 支援計画書の原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画書原案を作成する。</li> </ul>
	<p>【記録の整備】 </p> <p>利用者基本情報</p> <p>基本チェックリスト (アセスメントシート)</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)</p> <p><b>平成27年9月～プラン期間については12か月以内とする</b></p>
5 サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議を開催する。 支援計画書について、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービスの頻度や内容を確認する。</li> <li>・支援計画書を決定する。</li> <li>・支援経過記録に「サービス担当者会議の記録」を記載する。</li> <li>・やむを得ない理由がある場合については、「サービス担当者に対する照会」等により意見を求めることができる。</li> </ul>

6 支援計画書の説明・同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書の内容を利用者、家族に説明し同意を得る。</li> <li>・支援計画書に利用者の署名を受け一部を利用者に交付。</li> </ul>
7 支援計画書の提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書をコピーしサービス事業所へ配布する。</li> </ul>
8 介護予防サービスの利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス提供事業所の個別支援計画書等を受け取る。</li> <li>・サービス利用状況を確認・調整する。</li> </ul>
9 モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問、電話、サービス事業所での面接等によりモニタリングを実施する。少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回、およびサービスの評価月は、利用者の居宅を訪問し、面接を行う。基準以上の訪問を行うことは差し支えない。</li> <li>・状況に変化のあった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。</li> <li>・モニタリングの状況は支援経過に記録する。モニタリングの記録については、少なくとも月に1回行う。</li> </ul>
10 サービス実績報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者から実績記載の提供票や報告書類を受け取る。</li> <li>・内容を確認し必要であれば記録に記載する。</li> </ul>
11 給付管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月10日までに国保連へ提出する。</li> <li>・その月の提出日最低でも2日前までには実績を入れる。</li> <li>・システムに注意：計画区分（実績）給付管理（する）請求管理（する）</li> </ul>
12 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者からの個別サービス計画評価などをもとに、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援サービス支援評価表を記載する。</li> </ul>
13 評価後プランの作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果に基づき、介護予防サービス計画を見直す。</li> </ul>
14 変更・更新申請代行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更新や変更申請が必要な場合は、利用者・家族の意思を踏まえ必要な協力をする。</li> </ul>

【三股町地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントB業務の流れ】 (令和3年4月～)

◆みまたん DS のみ利用の方

業務の流れ	業務内容
1 相談申出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者等から相談申出を受ける。</li> <li>・契約は原則自宅で行うため、初回の訪問日を決める。</li> </ul>
2 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険被保険者証を確認する。</li> <li>・重要事項説明書および個人情報使用同意書について説明し、同意を得る。</li> <li>・介護予防支援契約書にて利用者と契約締結する。</li> <li>・介護予防サービス計画作成依頼届出書を被保険者証とともに、三股町に届出。</li> <li>・介護予防支援事業所を印字された介護保険被保険者証と介護保険負担割合証をコピーし保管する。</li> </ul>
3 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認定調査票・医師意見書を介護高齢者係から取り寄せる。(情報提供請求書)</li> <li>・利用者基本情報を作成する。</li> <li>・基本チェックリストを作成する。</li> <li>・アセスメント表を作成し支援計画書の原案の方向性を確認する。</li> <li>・医療系サービスを利用の場合は「主治医の指示書」等により意見を求める。</li> </ul>
4 支援計画書の原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)原案を作成する。</li> <li>・支援計画書の内容確認後、日付と職員名のゴム印を押す。</li> </ul> <p>【記録の整備】 </p> <p>利用者基本情報</p> <p>基本チェックリスト</p> <p>アセスメントシート</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)</p> <p><b>平成27年9月～プラン期間については12か月以内とする</b></p>
5 サービス担当者会議(必要時)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議を開催する。</li> <li>支援計画書について、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービスの頻度や内容を確認する。</li> <li>・支援計画書を決定する。</li> <li>・支援経過記録に「サービス担当者会議の記録」を記載する。</li> <li>・やむを得ない理由がある場合については、「サービス担当者に対する照会」等により意見を求めることができる。</li> </ul>

6 支援計画書の説明・同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書の内容を利用者、家族に説明し同意を得る。</li> <li>・支援計画書に利用者の署名を受け一部を利用者に交付。</li> </ul>
7 支援計画書の提出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援計画書をコピーしサービス事業所へ配布する。</li> </ul>
8 介護予防サービスの利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス提供事業所の個別支援計画書等を受け取る。</li> <li>・サービス利用状況を確認・調整する。</li> </ul>
9 モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問、電話、サービス事業所での面接等によりモニタリングを実施する。少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回、およびサービスの評価月は、利用者の居宅を訪問し、面接を行う。基準以上の訪問を行うことは差し支えない</li> <li>・状況に変化のあった場合についても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。</li> <li>・モニタリングの状況は支援経過に記録する。モニタリングの記録については、少なくとも月に1回行う。</li> </ul>
10 サービス実績報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者から実績記載の提供票や報告書類を受け取る。</li> <li>・内容を確認し必要時は記録に記載する。</li> </ul>
11 給付管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月10日までに国保連へ提出するので8日頃までには実績を入れる。</li> <li>・システムに注意：ケアマネジメントB、計画区分（実績）給付管理（する）請求管理（する）</li> </ul>
12 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業者からの個別サービス計画評価などをもとに、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表を記載する。</li> </ul>
13 評価後プランの作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価結果に基づき、計画を見直す。</li> </ul>
14 変更・更新申請代行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・更新や変更申請が必要な場合は、利用者・家族の意思を踏まえ必要な協力をする。</li> </ul>

利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳	
住所		Tel ( ) Fax ( )		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 )			
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、( )			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・( )			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

## 利用者基本情報（裏面）

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

### 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

\_\_\_\_\_年 月 日 氏名

## 【 利用者基本情報の記入の仕方 】

### [ 「作成担当者」欄 ]

課題分析及びサービス・支援計画者（アセスメントを行う者）の名前を記載する。

## 《 基本情報 》

### [ 「相談日」欄 ]

初回の相談日でこの利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

### [ 「本人の現況」欄 ]

本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

### [ 「本人氏名」欄 ]

利用者名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認して、利用者の生年月日と年齢を記載する。

### [ 「住所」「電話番号」欄 ]

利用者の現在居住している居住地と住民票の住所地が異なる場合の住所の記載は、介護保険被保険者証に記載されている住所とする。電話番号は利用者自宅の電話番号を記載する。

### [ 「日常生活自立度」欄 ]

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、課題分析者が現在の状態に該当するものに○印を付ける。

### [ 「認定情報」欄 ]

利用者の要支援認定の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期限と前回の介護度を記載する。

### [ 「障害者等認定」欄 ]

障害等の種別について○印を囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

### [ 「本人の住居環境」欄 ]

該当するものみについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

### [ 「経済状況」欄 ]

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

### [ 「来所者（相談者）」欄 ]

来所者または相談者について、氏名を記載する。

### [ 「住所連絡先続柄」欄 ]

来所者または相談者の住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

### [ 「緊急連絡先」欄 ]

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。高齢者世帯では介護者の体調不良などによる

緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変時、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。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族も職場等確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

[ 「家族構成」欄 ]

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域（〇〇県、△△市など）も可能は範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、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。なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載する。

《 介護予防に関する事項 》

[ 「今までの生活」欄 ]

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を機関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 ]

「一日の生活・過ごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物など、仕事や日課にしていること散歩・園芸など、テレビを見て過ごすなどの1日の過ごし方を記載する。一日ごろごろしていて、横になっていることが多いのなどは、上段に記入し、食事や入浴、家事など毎日の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入する。

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。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいたものも聞き取れる。

「友人や地域との関係」は、交流頻度や方法、内容を書く。

《 「現病歴・既往症と経過」欄 》

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師について★印をつけてください。

《 「現在利用しているサービス」欄 》

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なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公式なサービスを分けて記載する。

[ 「個人情報の第三者提供に関する同意」欄 ]

地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に主治医その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に呈することに同意します。

## 基本チェックリスト

記入日：令和 年 月 日（ ）

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長            cm      体重            kg      (BMI =            ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当すること  
をいう。この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をい  
う。

## 基本チェックリストについての考え方

### 【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
	1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。	
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
	6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
	11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。	

11	6 ヶ月で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか	6 ヶ月間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6 ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は 1 ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15 の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17 の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に 1 回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去 1 ヶ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20 の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25 の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ 2 週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ 2 週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする	

## 介護予防サービス・支援計画書の記入に伴う視点

- ◆ 「目標とする生活」の欄
  - ・どのような生活を贈りたいか本人の意志・意欲を尊重し引き出しているか。
  - ・意欲が低下している場合は、改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。
- ◆ 「アセスメント領域の現在の状況」
  - ・アセスメントシートを参考に、それぞれの項目において「現在自分で実施しているかどうか」「家族等の介助を必要とする場合」はどのように介助されているか。
- ◆ 「運動・移動について」
  - ・生活不活発病であれば、参加型のサービス利用のケアプランになっているか。
  - ・毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなケアプランになっているか。
- ◆ 「健康管理について」
  - ・医療の中断や病状の悪化及び服薬管理等の状況から医師連絡の必要性の有無が記載されているか。
- ◆ 「本人、家族の意欲、意向」
  - ・具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇したくない」等本人の意志とその理由が記載されているか。
- ◆ 「総合的課題」
  - ・2回目以降のケアプランにおいては、前回の評価がされているか。
- ◆ 「必要な総合事業プログラム」
  - ・基本チェックリスト等を参考にし、サービスの選択が妥当か。
  - ・「閉じこもり予防」においては外出機会が確保されているケアプランになっているか。
- ◆ 「目標」
  - ・本人と家族が同意した目標になっているか。
  - ・困難でない自信につながる達成可能な目標になっているか。
  - ・具体的な記載になっているか。
  - ・2回目以降では、前回の評価が生かされているか。
- ◆ 「目標についての支援のポイント」
  - ・「目標とする生活」が実現できる支援のポイントが記載されているか。
- ◆ 「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」
  - ・本人ができる健康管理や生活習慣の改善などの取り組みがあるか
- ◆ 「サービス事業所選定」
  - ・特定の事業所に偏っていないか。
- ◆ 「総合的な支援の方針」
  - ・2回目以降のケアプランにおいては前回の評価が生かされているか。

# 介護予防サービス・支援計画書

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳 認定年月日 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 事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成者事業名 \_\_\_\_\_ 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	具体的でなおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年とどちらかの目標設定だけでも可。	1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	--------------------------------------------------------	----	---------------------------------

●左側の支援内容に選したサービス種別を具体的に記述する。  
※該当事項のサービスの内容は市区町村によって異なる。

●当該サービス提供を行う、事業所名を記述する。  
●地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを記述する。

●状態の否定的要素を4領域に分けて書く  
●主観的な判断や思いは書かない  
●できるか、できないか  
●しているか、していないか  
●誰が手伝っているか

●自ら行きたい場所に移動できているか  
●杖や福祉用具、手段  
●自宅や屋外での歩行  
●交通機関を使っているか

●日常生活に必要な物品の状況  
●自分で選んで買っているか  
●服立、調理の状況  
●家事(家の掃除、洗濯、こみ捨て等)についての状況  
●預貯金の出し入れの状況

●家族や友人との関係、交流の状況  
●友人を招いたり友人宅を訪問する状況  
●家族・友人などとの会話や電話での意思疎通  
●認知機能(見当識等)  
●地域での役割(老人クラブや町内会)  
●趣味や楽しみ  
●緊急時の対応状況

●排泄の状況  
●入浴やシャワーの状況  
●肌、爪、歯などの手入れ  
●健康への配慮(食事・運動・睡眠に気を付けている状況)  
●医療管理、定期検診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	●各領域における課題を総合して全体像をとらえる。 ●領域における各課題共通の原因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入する。 ●危険性や可能性の予測を記入する。 ●利用者にとって優先順位の高い課題を列挙する。 ●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、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を把握し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとに、1・2、と番号をふる。	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、複雑することが多いなど、利用者や家族の意向や意向を聞き、記述する。 ●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の含意が得られなかった場合には、その理由や追加等について、利用者や家族の考えを把握し記述する。その理由や追加が、次の項目の「目標」欄の追加となってくる。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を含意する上で足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。	●前項目で利用者や家族とともに考え、含意した目標を記述する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について含意を得られた場合にはそのまま記述する。 ●効果目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。  例) ・ひとりで〜まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。	( )						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記述する。  
●「〇月〇日〜〇月〇日」と記述する。  
●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。  
●開始、実施日など提案があればそれも記述する。  
●サービス担当者会議でサービス実施者と同意し、最終的に記述するかどうか含意すること。

●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・家族の意向を把握する。「〇〇できるようにしたい」「〇〇をやりたい」と記述し、利用者・家族と意向が一致しているか、その理由について記述する。  
●利用者や家族の意向が異なる場合には、それぞれ記述する。  
●家族が書いていることで、本人が気づく意欲はそのまま書かない。  
●否定的でない、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプラン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。これは具体策を根拠する際に参考情報となる。

●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの原因・背景を分析する。  
●何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。  
●課題がある場合「〇有」に点を付け、分析した内容を記述する。課題がない場合は「〇無」に点を付ける。  
●分析する場合は、実際の領域中の様子、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・環境・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。  
●ここでは、各領域ごとに記述する。

●「総合的課題」に対して目標と具体策を記述する。  
●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。  
●このため、目標は現実としたものではなく、評価可能な具体的なものである。  
●また、具体策についても、総合事業や予防給付だけでなく、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、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述する。  
●具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記述し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。  
  
例) 【目標】(3か月後には)ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる。  
【具体策】Dvvyを利用した〇〇を行う。  
お風呂が買ってくる。

●支援者が実施にあたっての安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者の留意点を記述する。  
●健康状態について記述されている主治医の指示や薬品などを記述する。(リスクマネジメント)  
●担当者の役割分担や配慮すべき事項を記述する。

●本人自ら取り組むこと、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などを具体的に記述する。  
●誰が何をやるかを記述する。  
●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と含意してきた「当面の支援」を「」書きで記述する。  
「当面の支援」がない場合は強く、必要はない。  
  
例) ・家族と一緒に掃除の手入れを行う。  
・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。

●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記述する。(介護予防福祉用具貸与等サービス種別の記述ではない。)  
●「掃除」や「買い物」、「リハビリ」だけではなく、「どこかの掃除をどのように行うのか、代行するのかが共に行うのか」「どのようなリハビリを行うのか」を記述する。  
  
例) 自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようになる。  
例) できる限り、日中は起き上がり居室で過ごすこととベッドから起きる。

●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記述する。

主治医意見書などから特に注意すべき事項を書く。  
副作用を注意すべき薬や食品の可能性のある薬状、注意事項などを書く。

健康状態について  
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本 coming うべき支援が実施できない場合】  
必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入して下さい  
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に〇印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3	/5

【意見】  
【確認印】

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 \_\_\_\_\_

基本チェックリストの結果を参考に記述する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

●居宅介護支援事業所に委託している場合に入力しない。  
●意見書利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文書を記述する。  
●特になければ無理に入力する必要はない。  
●確認印必ず記入すること

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

年月日	内容	年月日	内容
	訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画の修正が必要と考えられた場合は、記録を残すことも重要である。		当該介護予防サービス計画作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護支援業務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。
	<p>★実施状況把握(モニタリング)について</p> <p>担当者は実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、利用者およびその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところによりおこなわなければならない。</p> <p>○少なくともサービスの提供を開始する月、サービスの評価期間が終了する月および提供および提供開始月の翌月から起算して3月に1回ならびに利用者の状況に著しい変化があった時は利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。</p> <p>○利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り介護予防通所事業所および介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに当該面接ができない場合に当たっては電話等により利用者との連絡を実施すること。</p>		

※1 介護予防支援経過は、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を記入する。

2 サービス担当者開始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・サービス評価表

評価日 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

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	目標達成しない原因(本人・家族の意見)	目標達成しない原因(計画作成者の評価)	今後の方針
<p>当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転載。</p>		<p>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一旦評価を行い、介護予防サービス計画を見直す。</p>	<p>目標を達成した場合には○印、未達成の</p>	<p>何故、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。</p>	<p>何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。</p>	<p>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。</p>

総合的な方針

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

地域包括支援センター意見

- |                                |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> プラン継続 | <input type="checkbox"/> 介護給付   |
| <input type="checkbox"/> プラン変更 | <input type="checkbox"/> 予防給付   |
| <input type="checkbox"/> 終了    | <input type="checkbox"/> 二次予防事業 |
|                                | <input type="checkbox"/> 一次予防事業 |
|                                | <input type="checkbox"/> 終了     |

# 1 回報酬制による報酬算定例 (R3年4月以降)

## 訪問型サービス (予防訪問相当)

提供回数に応じた請求コードを利用する

サービス内容略称	サービスコード	対象者	回数	算定単位
訪問型独自サービスⅣ	A2 2411	事業対象者 要支援1・2	週1回程度 (1月の中で4回まで)	1回 268単位
訪問型独自サービスⅠ	A2 1111	事業対象者 要支援1・2	週1回程度 (月5週提供する場合など月5回以上)	1月 1,176単位
訪問型独自サービスⅤ	A2 2511	事業対象者 要支援1・2	週2回程度 (1月の中で8回まで)	1回 272単位
訪問型独自サービスⅡ	A2 1211	事業対象者 要支援1・2	週2回程度 (月5週提供する場合など月9回以上)	1月 2,349単位
訪問型独自サービスⅥ	A2 2621	事業対象者 要支援2	週3回程度 (1月の中で12回まで)	1回 287単位
訪問型独自サービスⅢ	A2 1321	事業対象者 要支援2	週3回程度 (月5週提供する場合など月13回以上)	1月 3,727単位

5回目からは請求コード変更  
9回目からは請求コード変更  
13回目からは請求コード変更

# 1 回報酬制による報酬算定例

訪問型サービス (予防訪問相当) の場合

区分	回数														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
週1回程度の利用 (1回当たり268単位) 要支援1.2 事業対象者	268	536	804	1072	1176										
週2回程度の利用 (1回当たり272単位) 要支援1.2 事業対象者	272	544	816	1088	1360	1632	1904	2176	2349						
週3回程度の利用 (1回当たり287単位) 要支援.2 事業対象者	287	574	861	1148	1435	1722	2009	2296	2583	2870	3157	3444	3727		

# 1 回報酬制による報酬算定例 (R3年4月以降)

## 通所型サービス (予防通所相当)

提供回数に応じた請求コードを利用する

サービス内容略称	サービスコード	対象者	回数	算定単位	
通所型独自サービス 1回数	A6 1113	事業対象者 要支援1	週1回程度 (1月の中で4回まで)	1回 384単位	5回目からは 請求コード 変更
通所型独自サービス1	A6 1111	事業対象者 要支援1	週1回程度 (月5週提供する場合など月5回以上)	1月 1,672単位	
通所型独自サービス 2回数	A6 1123	事業対象者 要支援2	週2回程度 (1月の中で8回まで)	1回 395単位	9回目からは 請求コード 変更
通所型独自サービス2	A6 1121	事業対象者 要支援2	週2回程度 (月5週提供する場合など月9回以上)	1月 3,428単位	

# 1 回報酬制による報酬算定例

通所型サービス (予防通所相当) の場合

区分	回数									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
週1回程度の利用 (1回あたり378単位) 要支援1	384	768	1152	1536	1672					
週2回程度の利用 (1回あたり389単位) 要支援2	395	790	1185	1580	1975	2370	2765	3160	3428	

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等を利用して外出する。 (2) 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが座位を保つ。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う。 (2) 介助により車椅子移乗する。
	ランクC	一日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 自力では寝返りもうたない。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(抜粋)

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神状態や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

## 住所地特例者が介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際の留意点について

ケース 1) 三股町を転出し、住所を町外の住所地特例施設に変更した場合

三股町の被保険者		町外住所地特例施設入所
住所：三股町	⇒	住所：〇〇市
A デイサービスを利用 (三股町のみ指定)		× A デイサービスを継続利用 (三股町のみ指定) ○ B デイサービスを新規利用 (町外住所が指定)

⇒住所を町外に変更したことで、担当包括が施設所在地のある包括に代わる。

そのため、デイサービスの利用についてはこれまで利用していたデイサービス事業所は施設住所地保険者が指定しているか否かを確認する必要がある。施設住所地保険者が指定していなければ利用できなくなる。その場合は施設住所地保険者が指定している事業所を利用してもらうことになる。

※再確認：新たなデイサービス事業所とは、転出先の市町村が指定している事業所。

ケース 2) 三股法に住所を置いたまま、他市町村の住所地特例施設に入所した場合

三股町の被保険者		住所地特例施設入所
住所：三股町	⇒	住所：三股町
A デイサービスを利用 (三股町のみ指定)		○ A デイサービスを継続利用 (三股町のみ指定) × B デイサービスを新規利用 (三股町指定なし)

⇒住所が町内のままのため、引き続き三股町包括が担当となる。

そのため、デイサービスの利用については継続利用となる。

## 介護支援専門員 倫理綱領

### 前文

私たち介護支援専門員は、介護保険法に基づいて、利用者の自立した日常生活を支援する専門職です。よって、私たち介護支援専門員は、その知識・技能と倫理性の向上が、利用者はもちろん社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本倫理綱領を制定し、これを遵守することを誓約します。

### 条文

#### (自立支援)

1. 私たち介護支援専門員は、個人の尊厳の保持を旨とし、利用者の基本的人権を擁護し、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、利用者本位の立場から支援していきます。

#### (利用者の権利擁護)

2. 私たち介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

#### (専門的知識と技術の向上)

3. 私たち介護支援専門員は、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、介護支援サービスの質を高め、自己の提供した介護支援サービスについて、常に専門職としての責任を負います。また、他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図ります。

#### (公正・中立な立場の堅持)

4. 私たち介護支援専門員は、利用者の利益を最優先に活動を行い、所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持します。

#### (社会的信頼の醸成)

5. 私たち介護支援専門員は、提供する介護支援サービスが、利用者の生活に深い関わりを持つものであることに鑑み、その果たす重要な役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努力します。

#### (秘密保持)

6. 私たち介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守します。

#### (法令遵守)

7. 私たち介護支援専門員は、介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守します。

#### (説明責任)

8. 私たち介護支援専門員は、専門職として、介護保険制度の動向及び自己の作成した介護支援計画に基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者にとって適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明する責任を負います。

#### (苦情への対応)

9. 私たち介護支援専門員は、利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速にその再発防止及び改善を行います。

#### (他の専門職との連携)

10. 私たち介護支援専門員は、介護支援サービスを提供するにあたり、利用者の意向を尊重し、保健医療サービス及び福祉サービスその他関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、当該介護支援サービスを総合的に提供します。

#### (地域包括ケアの推進)

11. 私たち介護支援専門員は、利用者が地域社会の一員として地域での暮らしができるよう支援し、利用者の生活課題が地域において解決できるよう、他の専門職及び地域住民との協働を行い、よって地域包括ケアを推進します。

#### (より良い社会づくりへの貢献)

12. 私たち介護支援専門員は、介護保険制度の要として、介護支援サービスの質を高めるための推進に尽力し、より良い社会づくりに貢献します。

## 要介護のケアマネジメント手引きについて

要介護の方のケアマネジメントも、支援により住み慣れた地域で“いきいき”と輝きながら暮らせるようになるよう、作成することが重要です。

要介護状態になっても、生きがいや役割を持って生活できるよう、ケアマネジメントを行うにあたっては、ICFの考え方を理解し活用することが重要なポイントになります。

高齢者本人へのアプローチ(機能回復訓練など)だけではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチ(生活環境の調整や、地域の中に生きがいや役割をもって生活できるような居場所・出番づくり等)も含めたバランスのとれたアプローチを行いましょう。

## ケアマネジメント参考資料

- ・三股町福祉サービスガイドブック
- ・冒険の書(三股町に生きる者のための手引き);認知症ケアパス
- ・地域を楽しむカタログ

## 参考文献

- ・さいたま市介護予防ケアマネジメントマニュアル(平成 31 年 4 月改訂版)
- ・厚生労働省「これからの介護予防について」
- ・「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用-目標指向的介護に立って(大川弥生 2009 年7月中法法規出版株式会社)
- ・新しい総合事業の移行戦略-地域づくりに向けたロードマップ報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)
- ・介護予防・日常生活支援総合事業に関する研修用動画教材(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

## 作成者

三股町高齢者支援課 地域包括支援センター(地域包括支援係)

三股町高齢者支援課 介護高齢者係

令和3年1月 初版

令和3年4月 第2版