

長岡市

介護予防ケアマネジメントマニュアル

長岡市福祉保健部長寿はつらつ課
令和4年4月

目次

1 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業).....	1
2 長岡市の方針.....	2
3 介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の目的.....	4
4 介護予防ケアマネジメントの考え方.....	5
5 サービス利用対象者の考え方.....	6
6 基本チェックリストについて.....	6
7 介護予防ケアマネジメント類型.....	8
8 相談からサービス利用までの流れ.....	9
9 介護予防ケアマネジメントの概要.....	11
10 給付管理業務.....	15
11 予防給付とサービス事業を併用する場合.....	16
12 要介護認定等を申請している場合における介護予防ケアマネジメント.....	17
13 アセスメントフロー.....	20
14 介護予防ケアマネジメント報酬(単価、加算)、支払.....	20
15 支給限度額.....	25
16 ケアマネジメント類型別利用様式.....	25
17 サービス利用の方法とサービス提供事業所への提出書類.....	27
18 住民票登録地や保険者が居住市町村と異なる場合の取扱い.....	28
19 総合事業サービスの併用について.....	29
20 生活保護法における介護扶助について.....	30

<ケアマネジメント関連様式>

様式1-1 基本チェックリスト.....	32
様式1-2 基本チェックリストについての考え方.....	33
様式2 居宅(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・委託先(変更)届出書	35
様式3-1、3-2 興味・関心チェックシート(必要時活用).....	36
様式4-1、4-2 実態把握・利用者基本情報.....	38
様式5 介護予防サービス・支援計画書(簡略版)(ケアマネジメントA, B).....	41
様式6-1、6-2 サービス担当者会議の要点.....	42
様式7 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(ケアマネジメントA, B).....	44
様式8-1 課題整理表.....	45
様式8-2 生活行為向上アセスメント①.....	46
様式8-3 生活行為向上アセスメント②.....	47
様式8-4 課題整理表・生活行為向上アセスメント①②.....	48
様式9 私のプラン(ケアマネジメントC).....	54
様式10 利用申請書(短期集中レベルアップ事業、筋力向上トレーニング事業、生活サポート事業)59	

<参考>

資料1 介護予防ケアマネジメント単価一覧表.....	61
資料2 アセスメントフロー.....	62
資料3 初回及び評価作成料の算定可否一覧表.....	63
資料4 介護予防ケアマネジメント早見表.....	64
資料5 介護予防サービス・支援計画書「介護予防支援業務の手引きより」.....	65
資料6 介護予防支援・サービス評価表「介護予防支援業務の手引きより」.....	66
資料7 居宅(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・委託先(変更) 届出書の再提出.....	67
資料8 同行訪問について.....	68
資料9 介護予防マネジメントについて「H29.6.30 研修会資料」.....	69
関係機関連絡先.....	76

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

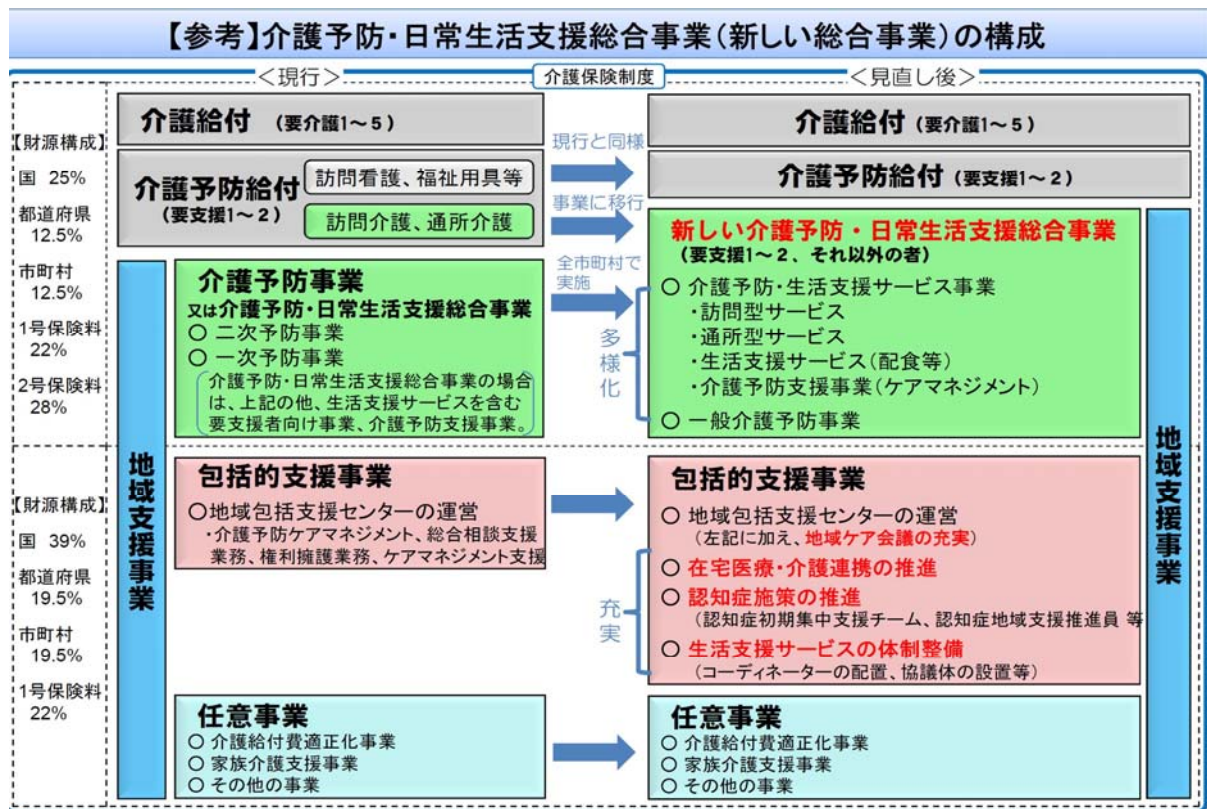
「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）の施行に伴い、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という）第 115 条 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）の実施が規定されました。

これにより市町村は平成 27 年 4 月 1 日以降、総合事業の実施が義務付けられましたが、円滑な移行のために猶予条例を制定することで平成 29 年 3 月 31 日まで実施の猶予をすることができ、本市は、平成 29 年 4 月 1 日から、本事業を実施しています。

総合事業は、市町村が地域の実情に応じ、住民等の多様な主体の参画の下、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進していくものです。

具体的には、従前の要支援の通所介護、訪問介護が地域支援事業に移行し、市町村で内容や単価を決める多様なサービスが新たに整えられました。（図 1）

◆ 図1(厚生労働省 ガイドライン抜粋)



2. 長岡市の方針

長岡市では、「自立」について次のように定めています。

「長岡市の高齢者が、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても、生活の質を維持・向上しながら、自分らしく暮らすこと」

補 足

- 一人一人が自分の健康や生活状況についての意識をもち、自ら生活の質の維持・向上に向けて取り組むことが必要です。
- 「自立」とは身体的な自立のみではなく、心理的、経済的、社会的等の複合的な概念です。
- 人によって「自立」の尺度は異なるものの、あらゆる状況にいるすべての高齢者の目標と考えます。
- 医療や介護、生活支援を受けながらも、その人らしい生活を主体的に継続していければ、それは自立といえると考えます。

自立支援には多様な考え方がありますが、自立した生活の根底には「自己選択・自己決定」そして「最期までその人らしい生活ができること」があると考えています。ただし、「ご本人の希望をすべて受け入れること＝自立支援」ではないことに注意が必要です。実際の状態とかけ離れた意向や要望（消極的・拒否的な場合は特に留意）がある場合には、その理由の解明や本人の現状認識を深める働きかけをするなどして、意思決定の支援を行うよう努めてください。

長岡市の総合事業が目指すのは、ここに示した「自立」をふまえ、次のようになります。

「高齢者が生活力を高め、生活の場で人々とつながりを持ち続けられるように、介護予防の充実を図っていきます。」

基本的な考え方

■ 従前の訪問・通所の予防給付相当サービスは引き続き同様に実施

- 従来どおりのサービスが必要な人へは、サービスの低下はさせず、他の選択肢を広げます。

■ 生活機能の向上でくらしの幅を広げる

- 従来介護予防事業を実施してきた事業者やモデル事業を実施してきた事業者のノウハウを生かし、多様なサービスとしての通所型サービス A（緩和した基準）や、通所型サービス C(短期集中予防) を実施します。

■ 地域との交流と人づくり

- 身体的機能訓練だけでなく、地域の行事、地域の人とつながりのある通所型サービス A（緩和した基準）を実施します。また、地域のサークル等からの依頼に応じ講座等活動支援をしていきます。
- 生活支援を提供する訪問型サービスだけでなく、高齢者が担い手となるサービスとして訪問型サービス B（住民主体の支援）を実施します。

【長岡市が実施するサービス事業(令和 4 年 4 月現在)】

長岡市サービス名称	国ガイドライン名称	内 容
介護予防訪問サービス	従前の訪問介護相当	従前の予防給付と同様（訪問介護員による身体介護、生活援助）
生活サポート事業 (委託・補助)	訪問型サービス B	住民主体（ボランティア主体）の自主活動として行う生活援助等
介護予防通所サービス	従前の通所介護相当	従前の予防給付と同様 (通所介護事業所の従事者による生活機能向上のための機能訓練)
くらし元気アップ事業	通所型サービス A	従前の通所介護相当の基準を緩和したサービス (主に雇用労働者による生活機能向上のための機能訓練)
短期集中レベルアップ事業	通所・訪問型サービス C	保健・医療の専門職により行われる短期集中予防サービス (生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等の支援)
筋力向上トレーニング事業	通所型サービス C	高齢者専用の機器を用いたトレーニングを行う短期集中サービス

3. 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の目的

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、要支援者及び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もの（以下「事業対象者」という。）に対し実施します。

訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、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も含め、その心身の状態、置かれている環境その他の状況に応じて、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事業です。

【健康増進法】

第二条

国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解しを深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

【介護保険法】（抜粋）

第一条(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。

第二条（介護保険）

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

第四条(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。

総合事業においても、常に自ら健康状態を自覚し、健康の保持増進のために、自ら介護予防に取り組むことが必要であるという考えに沿って事業の実施を行うものです。

そのため、要支援者及び事業対象者には、この事業の目的をよく説明し、理解してもらい、法第1条の基本理念にあるように「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができる」ような、要介護状態となることを予防するための効果的な介護予防ケアマネジメントを実施していく必要があります。

4. 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 原点としての自立支援に改めて立ち返ること

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に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す。

医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても、生活の質を維持・向上しながら、住み慣れた地域で暮らし続けることを目指します。

そのためには、高齢者一人一人が自分の健康増進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・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

(2) 総合的・効率的な支援の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせること

総合事業においては、「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が結果として介護予防につながっていく。」という視点から、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みならず、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善のほか、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など、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における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うえで、その達成のために必要な介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）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。

★大切にしたいポイント★ ★ ★

- **利用者本人やその家族の意向を的確に把握する**
- **専門的な視点からサービスを検討する**
 - ・ 生活機能の低下の原因や背景を分析
- **利用者の理解と同意を得てサービスを提供する**
 - ・ ケアマネジメントの結果、適当と判断した内容について利用者が十分な理解と納得をする必要がある。
 - ・ 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けており、それによりどうなっていくことを期待しているかを丁寧に説明する。
- **本人の活動や参加の意欲を引き出す**
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、**高齢者が自らのケアプランであると実感し、目標の設定はスモールステップからの達成可能な本人のやる気のあるものを具体的に設定する。**

5. サービス利用対象者の考え方

状態レベル：要支援者に相当する状態の者を想定

- ① 要介護認定等申請(新規、区分変更、更新)により要支援認定を受けた者。
- ② 事業対象者 = 65 歳以上の者で、心身の状態、環境等から要介護状態になることを予防するための援助の必要があるとし、「**基本チェックリスト**」の実施により該当となった者。

【留意事項】

- 第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う。
- 予防給付を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。
- 上記①、②いずれも、サービス事業を利用する場合は、介護予防ケアマネジメントが必要となるため、『居宅（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・委託先（変更）届出書（様式2）（以下「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」という）』を市へ提出する。

6. 基本チェックリストについて

【基本チェックリストの実施】

基本チェックリストの実施により〈事業対象者に該当する基準〉に該当した場合、事業対象者となります。実施に際しては「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に記入してもらいます。（様式 1-1 及び様式 1-2）

【基本チェックリストの有効期限】

◆ 基本チェックリスト実施日より24か月とする。

- 基本チェックリストを実施後、一定期間（3か月以上）サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合には、新規と同じ扱いとなるため再度基本チェックリストを実施し、介護予防ケアマネジメント依頼届出書を提出します。

（“3か月以上”とは、基本チェックリストを実施した日が属する月の翌月から数えて、プラン開始日の属する月までの間とする。）

※参考

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要)」より

基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う。

「介護保険法施行規則 第四十条の六二の四 二」より

二回以上にわたり当該基準の該当の有無を判断した場合においては、直近の当該基準の該当の有無の判断の際に当該基準に該当した第一号被保者。

→2回以上基本チェックリストを実施した場合は、直近の基本チェックリストの該当により事業対象者とする。

【事業対象者の有効期限】

- 基本チェックリスト有効期限の約2か月前を目途に長寿はつらつ課が本人へ通知します。

事業対象者の有効期間	
一般高齢者→事業対象者	基本チェックリスト実施日から24か月間
要支援者→事業対象者	認定有効期間終了日の翌日から24か月間
事業対象者→要支援（介護）認定	認定有効期間開始日の前日まで

Q&A

Q：事業対象者の有効期間は24か月でありその旨保険証に記載されるが、サービス事業に参加した結果、状態の改善が図られ基本チェックリストに該当しなくなった場合は保険証の返還は必要か。

A：サービスの利用は状態改善のため終了となります。しかし、対象区分は事業対象者の有効期間は24か月のため、事業対象者のままとなり保険証の返還は必要ありません。

この有効期間の間は再度機能低下の際は、この保険証にてサービス事業の利用が可能です。

但し、一定期間（3か月以上）サービス事業の利用がなかった場合は、再度基本チェックリストを実施し、アセスメントを行ってください。

7. 介護予防ケアマネジメント類型(資料1 介護予防ケアマネジメント単価一覧表)

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービスを踏まえて、以下の3パターンに分けて実施します。

サービス併用時は上位のケアマネジメントに含まれるため作成費用は加算されません。

国のガイドラインの例示を基に長岡市方式で実施

国が示す類型	対象事業	ケアマネジメント費	内容	委託
ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	介護予防 訪問サービス 介護予防 通所サービス	・基本報酬：438単位/月 ・初回加算：300単位 ・委託連携加算：300単位	介護予防支援と同じ	○
ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	①くらし元気 アップ事業 ②短期集中レベル アップ事業 筋力向上 トレーニング事業	① ・基本報酬：71単位/月 ・初回加算：300単位 ・委託連携加算：300単位 ② ・初回、評価作成 料：359単位/月 (開始時・終了時)	・サービス担当者会議は必要に応じて開催 ・モニタリングはサービス実施会場での状況確認でも可。 ※但し、事業所とは連絡を取り合い連携を図る事 ②については利用申請書作成必要	○
ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)	生活サポート事業 (委託分・補助分)	・初回作成料：77単位	<生活サポート事業委託分> ・利用申請書作成必要 <生活サポート事業補助分> ・団体に照会	×
	一般介護予防事業 地域活動等			

※令和4年4月現在

<介護予防ケアマネジメント類型別サービス>

● ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)

予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを行う。

→ 介護予防訪問サービス、介護予防通所サービス

● ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)

サービス担当者会議は必要に応じて設定する。長岡市は様式も簡略化したものを利用する。

→ くらし元気アップ事業、短期集中レベルアップ事業、筋力向上トレーニング事業

※ 国のガイドラインでは、指定事業者で実施する事業や、短期集中予防サービスのケアマネジメントの考え方は原則的なケアマネジメント(ケアマネジメントA)として示されています。

長岡市では、緩和した基準による通所型サービスAは、**状態が安定しているが地域の通いの場へは自力で行くのが困難な人の、状態改善・維持の場とし、事業者が、参加者の機能評価を行い状態変化等必要時、地域包括支援センターと連絡を取り合う体制を作ることを前提に、**ケアマネジメントB(簡略化したケアマネジメント)とします。

短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業のケアマネジメントも、利用初回と終了時にモニタリングを事業者と検討を行うことで、簡略化したケアマネジメント(ケアマネジメントB)とします。

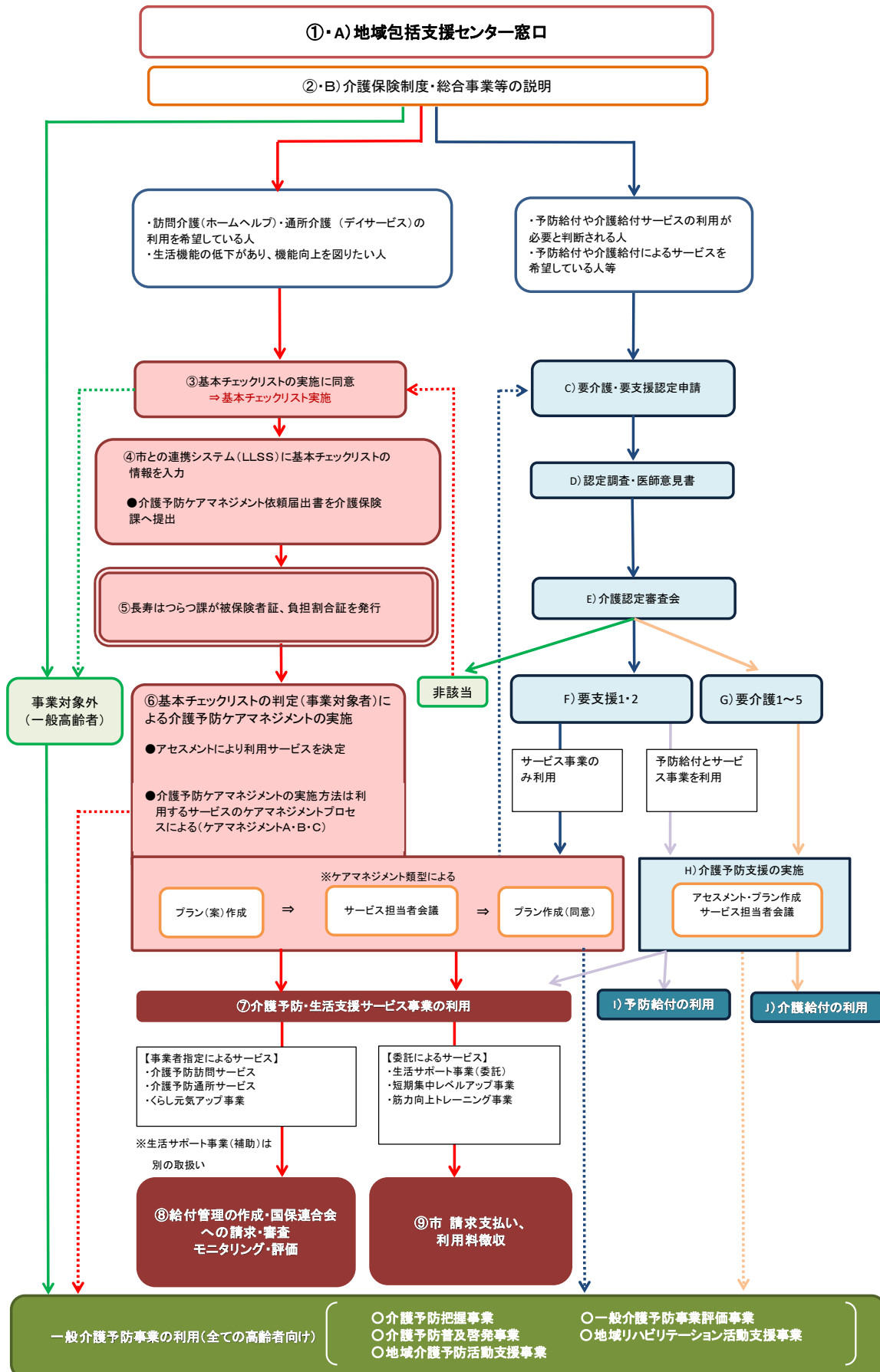
● ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)

→ 生活サポート事業(委託分・補助分)

● その他のケアマネジメント(総合相談として実施)

→ 一般介護予防事業、民間の各種サービス等

8. 相談からサービス利用までの流れ（地域包括支援センターが窓口の場合）



○介護保険制度や総合事業等の説明をする際は、総合事業のパンフレットをもとに、その目的や内容、手続き等について次のことを十分に説明します。

- 要介護認定等の申請を行わなくても多様なサービス利用が可能であること
- サービス事業によるサービスのみを利用する場合は、要介護認定等を省略できるため、迅速なサービスの利用が可能であること
- サービス事業の対象となった後や、サービス事業によるサービスを利用しはじめた後も、必要に合わせて要介護認定等の申請が可能であること

また、総合事業の趣旨について、次のことを説明します。

- 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による、要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進をはかる事業であること
- 本人が目標を立てて、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと

(R3年改正 ガイドライン P65)

○場合によっては居宅介護支援事業所等が基本チェックリストを実施する事があります。その際は居宅介護支援事業所等は基本チェックリストを担当の地域包括支援センターに提出し、地域包括支援センターは市との連携システム（LLSS）に基本チェックリストの情報を入力します。

○サービス事業を利用する場合は、基本チェックリストを実施し、市との連携システム（LLSS）に基本チェックリストの情報を入力すると合わせて、介護保険課へ介護予防ケアマネジメント依頼届出書（原本）を提出してください。

(なお、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の再提出については、資料7のとおり。)

9. 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施し、センターを設置した法人と市で「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）業務」の委託契約を行い実施します。

ケアマネジメント費の請求支払は、新潟県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)経由の請求支払となります。

また、介護予防ケアマネジメントの種類によっては、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する再委託も可能です。

<再委託することが可能な介護予防ケアマネジメントの種類>

- ・原則的なケアマネジメント（ケアマネジメントA）
- ・簡略化したケアマネジメント（ケアマネジメントB）

■再委託する場合

地域包括支援センターは予防給付の介護予防支援と同様に、指定居宅介護支援事業所の作成したプラン原案の提出を受け、確認をする。

※ 地域包括支援センターは居宅介護支援事業所に委託した場合であっても、介護予防ケアマネジメントに関与することが望ましい実施体制として位置付けられています。

（R3年改正 ガイドライン P72）

- 指定居宅介護予防支援事業所への再委託根拠法令
要支援者：介護保険法第115条の47第5項
事業対象者：地域包括支援センターの設置運営について
（厚生労働省通知 老計発第1018001号）

■受託に際しての留意事項

- ① 「介護予防ケアマネジメント」業務を受託する場合は、地域包括支援センターと委託契約を締結してください。
- ② 介護予防ケアマネジメントを開始するときは、利用者に重要事項説明を行ってください。
- ③ 予防給付の介護予防支援と同様に、プラン原案を地域包括支援センターへ提出し、確認を受けてください。

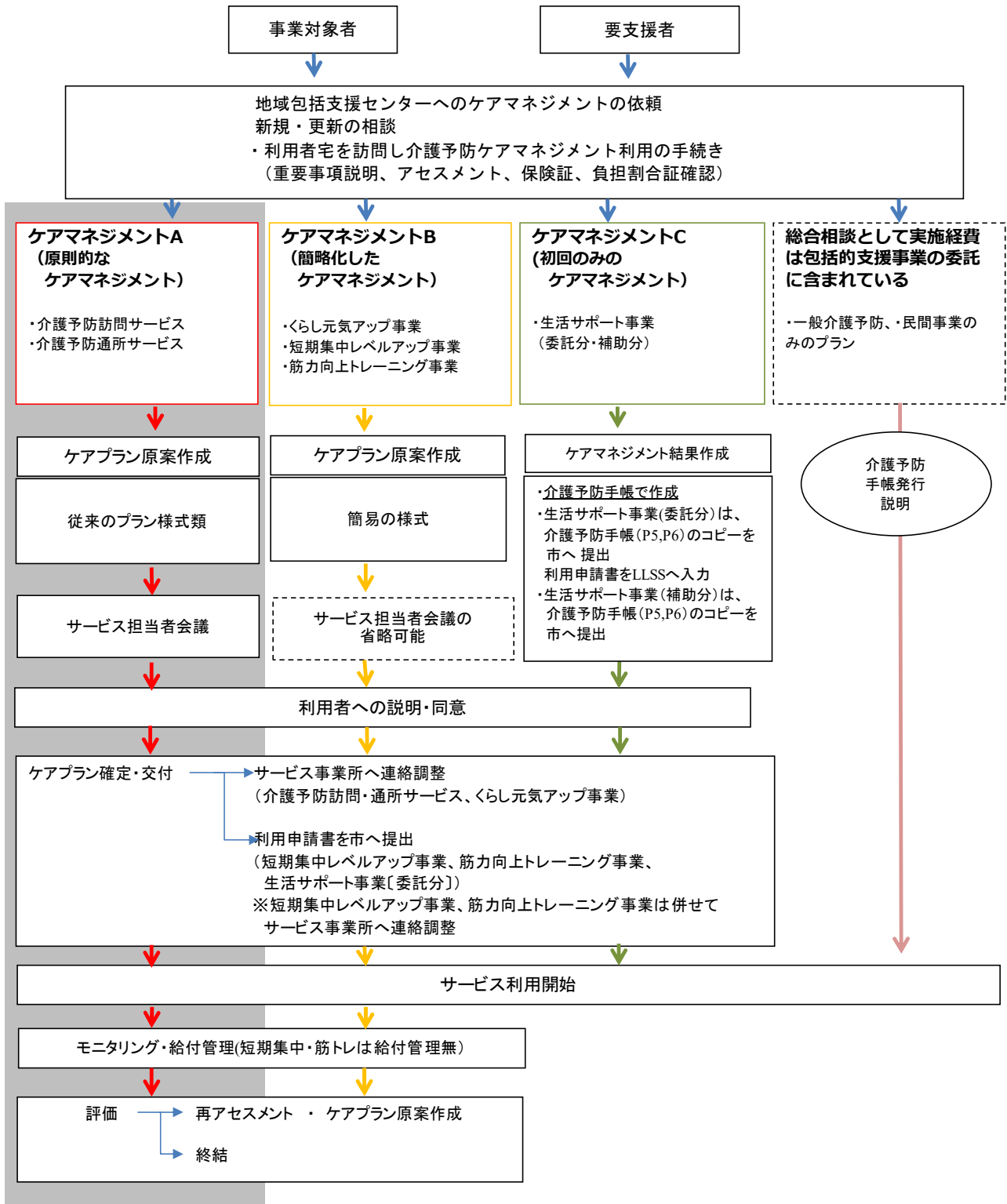
【介護保険法の位置づけ】

対象者	利用サービス	介護保険法の事業名	実施方法	費用
要支援者	介護予防サービス	指定介護予防支援	事業者指定【法第 58 条】	介護予防サービス費 (給付)
	サービス事業 (総合事業)	第 1 号介護予防支援 事業	<ul style="list-style-type: none"> ・事業者指定【法第 115 条の 45 の 3 第 1 項】 ・厚生労働省令で定める基準に適合する者（地域包括支援センター）に委託【法第 115 条の 47 第 4 項】 	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 号事業支給費 (総合事業) ・委託料 (総合事業)
事業対象者	サービス事業 (総合事業)	第 1 号介護予防支援 事業	包括的支援事業に位置づけられ 地域包括支援センターに委託【法第 115 条の 46 第 1 項】	委託料 (総合事業)

【介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い】

	介護予防支援〔介護予防サービス計画〕	総合事業 〔介護予防ケアマネジメント〕
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・予防給付のみ利用者 ・予防給付とサービス事業の両方を利用する要支援 1, 2 	サービス事業のみを利用する要支援 1, 2 と事業対象者
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ・指定介護予防支援事業所 ・指定居宅介護支援事業所へ委託可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・指定居宅介護支援事業所へ委託可能 (ケアマネジメント A,B のみ)
報酬単位	<ul style="list-style-type: none"> ・基本報酬 438 単位/月 ・初回加算 300 単位 ・委託連携加算 300 単位 	資料 1 介護予防ケアマネジメント単価一覧表参照
支払方法	国保連経由で支払い	国保連経由で支払い
委託した場合の 支払い方法	委託された指定居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業所経由で支払い	委託された指定居宅介護支援事業所は地域包括支援センター経由で支払い

【介護予防ケアマネジメントのプロセス】



※ケアマネジメントAとBは、居宅介護支援事業所へ委託可能

【介護予防ケアマネジメント各プロセスについて】

（１）アセスメント（課題分析）

- ① 相談者宅を訪問し本人及び家族との面談を実施します。
- ② 本人にあった目標設定に向けて興味・関心チェックシートなどを活用しながら、現在の状況を把握しながら、「活動・参加」の糸口を探り出し本人とともに目標設定していきます。

（２）ケアプラン原案

本人の状況に応じて利用するサービスの選択を支援し、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

＜居宅介護支援事業所＞

- ・従来どおりケアプラン原案を地域包括支援センターへ提出し、**確認印**をもらいます。

（３）サービス担当者会議

ケアマネジメント A、B において実施します。

ケアマネジメント B においては、サービス提供事業者と連絡調整を図ることを前提に省略可能です。初回サービス担当者会議を実施しない場合においても、事業者、本人と目標の共有をはかります。

（４）利用者への説明・同意

サービス担当者会議を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し同意を得ます。

（５）ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- ① ケアプランを利用者に交付するとともに、サービス提供者にも交付します。
- ② ケアマネジメント B については、ケアマネジメントの結果、簡略化した支援計画に下記の事項を記載します。
 - ・利用者氏名
 - ・認定年月日
 - ・認定有効期間
 - ・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）
 - ・計画作成日（変更日）（初回作成日）
 - ・担当地域包括支援センター
 - ・アセスメント領域と現在の状況
 - ・本人・家族の意欲意向
 - ・目標
 - ・支援計画（※目標についての支援のポイントは省略可）
 - ・主治医意見、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

- ③ ケアマネジメントCについては、介護予防手帳を活用します。
“私のプラン”と一緒に作成し、セルフマネジメントの重要性を伝えます。
- ・維持・改善すべき課題
 - ・その課題の解決への具体的対策
 - ・目標を達成するための取り組み
 - ・生活サポート事業の内容（サービス種類、利用団体名、期間）
- ④ 一般介護予防利用は、総合相談として介護予防手帳を活用しセルフマネジメントの重要性を伝えます。

（6）サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施します。

（7）モニタリング(給付管理 ※10. 給付管理業務を参照)

サービス提供事業者と利用者の状況については中間モニタリング以外でも必要時連絡をとり合います。

- ・利用者の状態に変化があった場合
- ・課題解決、目標達成がうまく進まない時

○ ケアマネジメントA

介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス利用者に対し、介護予防支援と同様のモニタリング、給付管理を実施。

○ ケアマネジメントB

くらし元気アップ事業の利用者に対し、6か月後、12か月後にモニタリングを行う。給付管理は毎月実施。

短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業の利用者に対し、中間、終了評価時モニタリングを行う。給付管理は不要。

○ ケアマネジメントC

生活サポート事業の利用者に対しモニタリング、給付管理は不要。

（8）評価

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定していきます。

10. 給付管理業務

総合事業において事業者指定で実施するサービス（介護予防訪問サービス、介護予防通所サービス、くらし元気アップ事業）を利用の際は、給付管理が必要となります。

従来の介護保険サービスと同様の方法です。

サービス提供事業者はサービス費（利用者負担分を除くサービス利用料）を国保連に請求することとなります。国保連は審査を行ったうえで、サービス事業所に給付を行います。その審査の際に必要なのが、ケアマネジャーが作成する書類です。具体的にどのような書類を作成するのか一連の流れを記載します。

- 給付管理業務の流れと書類の作成について ※予防給付の給付管理と同様の方法です
 ケアマネジャーが行う給付管理業務は、①初回作成時（更新時）個々の利用者のサービスの利用予定を作成し、②サービス提供事業者との調整を行い、③サービス提供後は実施内容を確認し、④国保連に必要書類を送付するという一連のプロセスから構成されています。この流れを基本的な書類の作成として、整理したのが以下の図です。
各書類については、介護予防支援では作成していないものは省略可能です。適宜事業所と調整の上給付管理を行ってください。



1 1. 予防給付とサービス事業を併用する場合

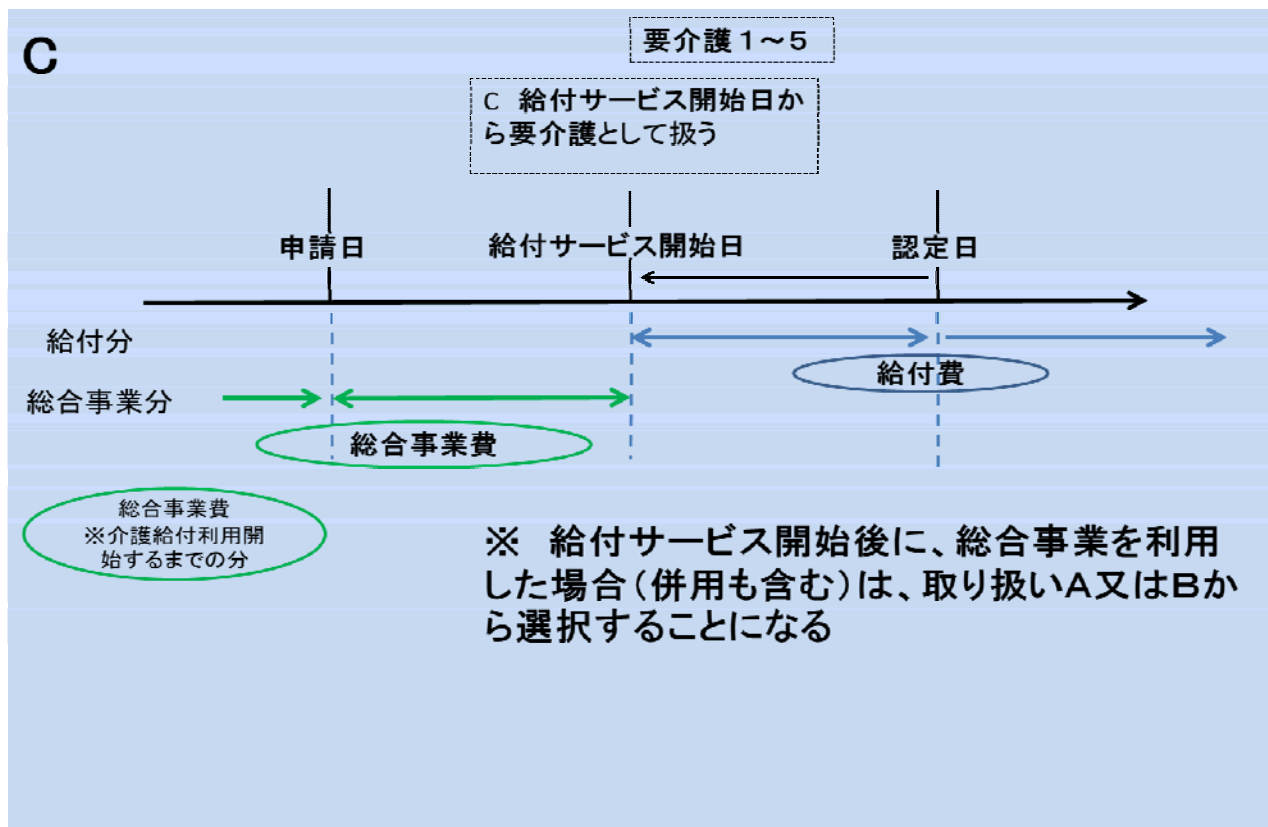
予防給付とサービス事業をともに利用する場合にあつては、予防給付によるケアマネジメント（介護予防支援費）により介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われます。給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行います。

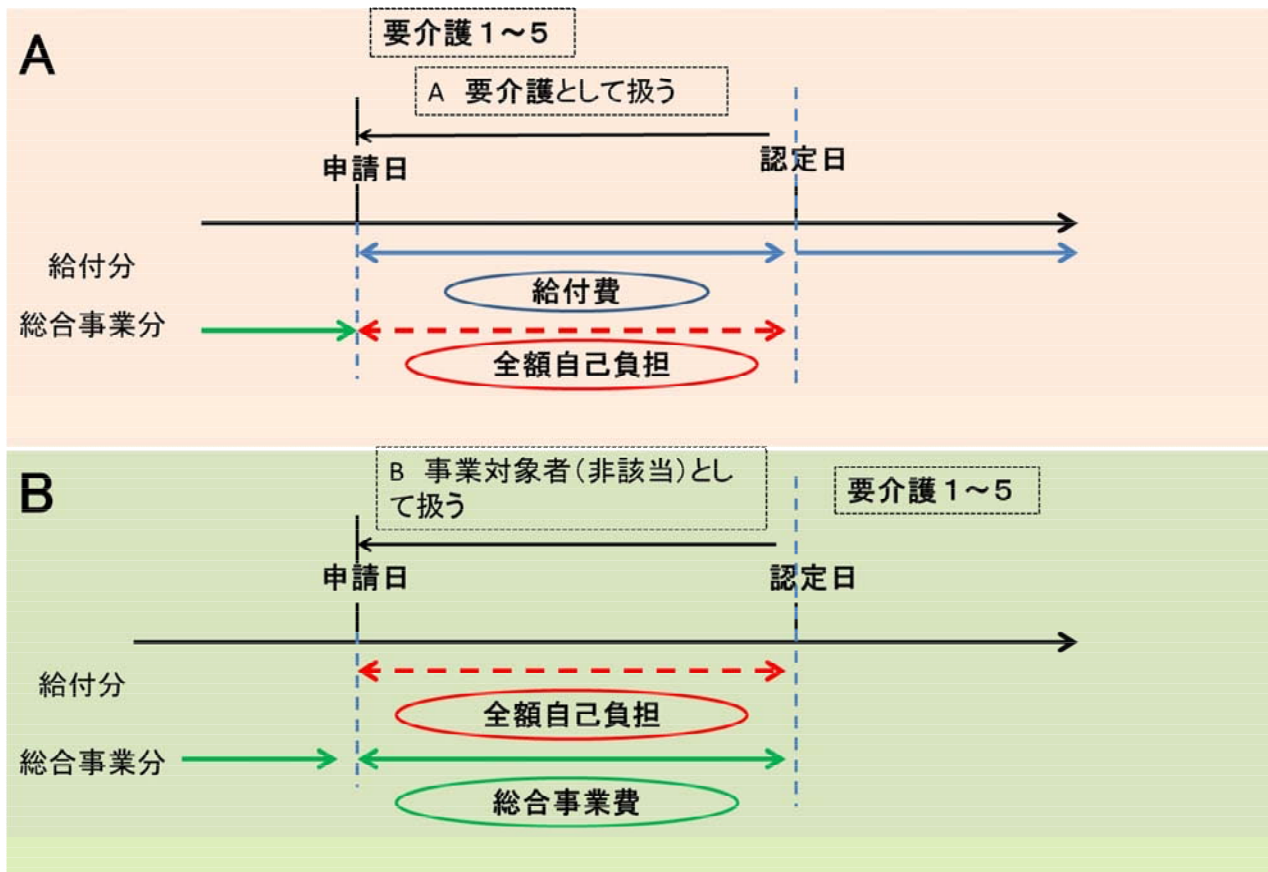
12. 要介護認定等を申請している場合における介護予防ケアマネジメント

総合事業利用中の要介護認定等申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定申請期間中の 利用サービス	請求区分	認定の結果				
		事業対象者（非該当）	要支援	要介護		
				A 申請日によって要介護として 取り扱う	B 申請日から認定日の前日まで 事業対象者として取り扱う場合	C 介護給付サービス利用開始日に よって要介護として取り扱う
給付のみ	給付サービス費	全額自己負担	予防給付	介護給付	—	介護給付
	ケアマネジメント費	全額自己負担	予防給付	介護給付	—	介護給付
給付 + 総合事業	給付サービス費	全額自己負担	予防給付	介護給付	全額自己負担	介護給付
	総合事業サービス費	総合事業費	総合事業費	全額自己負担	総合事業費	申請日以降、介護給付サービス 利用を開始するまでの総合事業 サービス提供分は総合事業費より 支給（自己負担は発生しない）
	ケアマネジメント費	総合事業費	予防給付	介護給付	総合事業費	介護給付
総合事業のみ	総合事業サービス費	総合事業費	総合事業費	—	総合事業費	—
	ケアマネジメント費	総合事業費	総合事業費	—	総合事業費	—

<取り扱い例>





【事業対象者、要支援認定及び要介護認定の区分変更にもなう資格の取扱い及びケアプランについて】

① 要介護（支援）認定者が事業対象者としての登録を希望する場合

既に要介護（支援）認定を受けており、その有効期間内にある場合は、要介護（支援）認定を優先するため、認定の取り下げを行わない限り事業対象者としての登録を受けることはできません。

② 事業対象者が要介護等認定等申請を行った場合

a. 要支援認定を受けた場合

要介護認定等申請日に遡って要支援の資格が発生し、その前日に事業対象者としての資格を喪失します。

b. 要介護認定を受けた場合

要介護認定等申請日に遡って要介護の資格が発生し、その前日に事業対象者としての資格を喪失します。

ただし認定日以前にサービス事業を利用していた場合は、認定日の前日まではサービス事業を利用することができます。

(※a、bともに給付のサービスを併用する場合は注意が必要。P17、18〈取扱い例〉を確認。)

- なお、認定結果が非該当になった場合、それまで利用していたサービスは全額利用者の実費負担となるため、非該当の可能性がある場合、申請と同時に基本チェックリストを実施する事がのぞましい。(市との連携システム(LLSS)への入力には認定結果が非該当になったのを確認したのち行う。)
- 事業対象者として総合事業のサービスを利用していた場合、要介護認定等申請以降そのままサービス利用を継続する場合は、認定日の前日までは事業対象として作成したプランを引き続き利用できる。認定日以降は新しい認定結果にもとづいてプランを作成する。サービスの変更がある場合は暫定プランを作成する。(ただし、要介護認定等申請の結果が非該当の場合を除く。)

③ 要支援認定者(サービス事業を利用)が要介護認定等申請(区分変更含む)を行った場合

介護予防支援と同様の扱いとなります。

13. アセスメントフロー 資料2

14. 介護予防ケアマネジメント報酬(単価、加算)、支払

類型	開始月(単位)
ケアマネジメント A	基本報酬 438 単位/月 初回加算 300 単位 ※委託連携加算 300 単位
ケアマネジメントB	【くらし元気アップ】 基本報酬 71 単位/月 初回加算 300 単位 ※委託連携加算 300 単位 【短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業】 初回・評価作成料 359 単位/月
ケアマネジメントC	初回作成料 77 単位

(1) 初回加算

指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

- ① 新規にケアマネジメント A またはケアマネジメント B(くらし元気アップ事業)を行った場合について算定可能。

※過去 2 か月以上介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合、新たにケアマネジメント A またはケアマネジメント B(くらし元気アップ事業)が行われれば、初回加算の算定可能

- 新規 ケアマネジメント A またはケアマネジメント B【くらし元気アップ事業】
(介護予防ケアマネジメント)
- × 介護予防サービス計画(介護予防支援)
→ ケアマネジメント A またはケアマネジメント B【くらし元気アップ事業】
(介護予防ケアマネジメント)
- × ケアマネジメント B(【短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業】) またはケアマネジメント C(介護予防ケアマネジメント)
→ ケアマネジメント A またはケアマネジメント B【くらし元気アップ事業】
- 介護予防サービス計画(介護予防支援)・介護予防ケアマネジメント終了
→ (算定の翌月から 2 か月以上経過) ケアマネジメント A またはケアマネジメント B【くらし元気アップ事業】 (介護予防ケアマネジメント)

○ ケアマネジメント C 初回作成料算定

→ (算定の翌月から 2 か月以上経過) ケマネジメント A またはケアマネジメント B【くらし元
気アップ事業】 (介護予防ケアマネジメント)

② 総合事業による介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場
合は、介護予防支援の初回加算は算定不可。逆の場合も算定不可。

③ 要介護者が要支援認定、あるいは事業対象者としてサービス事業利用に移行するときは、算
定可能。

(初回加算、新規の考え方は「介護報酬の解釈 1 単位数表編」平成 29 年 4 月版 P 1138 参照※平成 27
年度介護報酬改定に関する Q&A VOL.1 (平成 27 年 4 月 1 日))

④ 転居等により地域包括支援センターが変更になった場合については、転居先の地域包括支援
センターは初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算の算定可能。委託している居宅
介護支援事業所の変更については算定不可。

(H18.3.27 介護保険制度改革 Information VOL80)

(2) 委託連携加算

介護予防ケアマネジメント事業所が利用者に提供する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際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業
所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、
当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者 1 人につき 1 回を限度として算定すること
ができます。

(「介護報酬の解釈 1 単位数表編」令和 3 年 4 月版 P 1584 参照)

Q&A

Q：提供方法に決まりはあるのか？

A：双方に情報提供をしたことの記録(提供年月日、提供者、提供内容等)が残るようにしてあれば、情報
提供の方法は問いません。

Q：情報提供の内容に決まりはあるのか？

A：内容は問いません。その時点で持っている情報を提供することを想定しています。

Q：委託を開始した日の基準日は？

A：利用者との契約日になります。

Q：該当する月に給付管理が発生しない場合の請求は？

A：サービスが初めて発生した月に算定可能です。

Q：初回加算は 2 か月介護予防ケアマネジメントの提供がなければ算定できるが、委託連携加算も同様
の考えか？

A：算定はできません。

Q：包括や委託先が変更になった場合、再算定は可能か？

A：包括や委託先が変更になれば、再算定は可能です。

Q：同事業所が担当している利用者が、要支援→要介護→要支援となった場合、再算定は可能か？

A：新たにプランを作成すれば、算定は可能です。

委託連携加算について、不明な点は担当の地域包括支援センターへ問い合わせてください。

(3) ケアマネジメント B(短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業)とケアマネジメント Cの報酬に関する留意点(資料3 初回及び評価作成料算定可否一覧)

ケアマネジメント B(短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業)とケアマネジメント Cについては、初回(評価)作成料の算定ができます。

- ① 初回作成料については、初回サービス利用月に算定。評価作成料については、サービスの最終利用月に評価を行い算定。
- ② 短期集中レベルアップ事業を利用後、筋力向上トレーニング事業を利用する場合(逆も同じ)、先の事業の評価作成料の算定から2か月未満での利用の場合、初回作成料の算定は不可。
- ③ ケアマネジメントタイプが変更する場合は初回作成料は算定可。また、同じケアマネジメント Bであっても、くらし元気アップ事業から短期集中レベルアップ事業(または、筋力向上トレーニング事業)へのサービス変更においては初回作成料の算定可。
- ④ ケアマネジメント Cの初回作成料は一人につき1回となる。ただし転居等により地域包括支援センターが変更になった場合は算定可。

(4) 請求・支払い

地域包括支援センターは、国保連へ介護予防ケアマネジメント費を請求し、国保連経由で地域包括支援センターへ支払いが行われます。

また、サービス種別によってサービス費の請求、支払いの流れが変わるので注意してください。

介護予防ケアマネジメントの委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告請求を行います。

利用するサービスにより、ケアマネジメントが介護予防支援と介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)に変わる点に注意してください。

利用するサービスが「予防給付」または「予防給付+サービス事業」

→ 介護予防サービス計画(介護予防支援)を作成



介護予防サービス計画（介護予防支援）のケースでも、予防給付の利用の無い月は介護予防ケアマネジメント費となります。

国保連のシステム上、月単位の処理であり予防給付が無い月は、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）としてとらえられ、介護予防支援として請求すると返戻になります。

（例）要支援1、介護予防サービス計画・・・デイ+ショート

	6月	7月	8月
デイの利用	○	○	○
ショートの利用	×	○	×
請求種別	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント

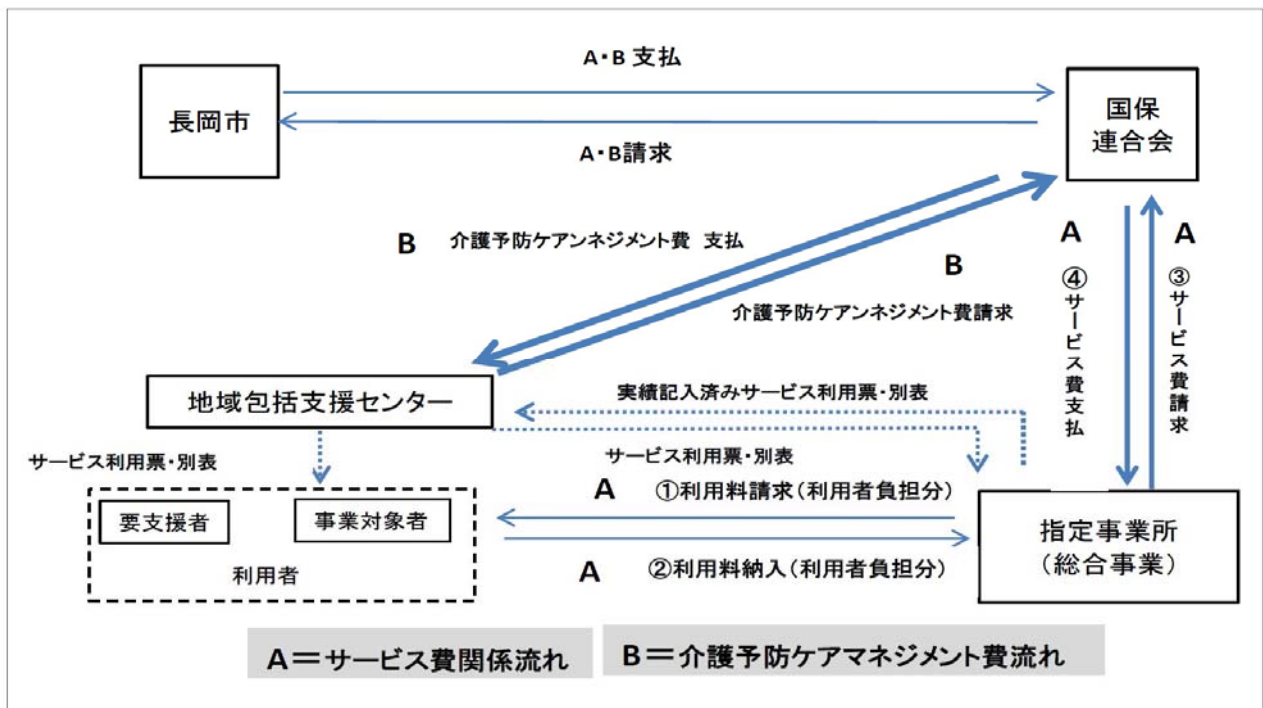


介護予防ケアマネジメント費は、利用するサービス（介護予防訪問・通所サービス、くらし元気アップ、短期集中レベルアップ等）によって単価が変わります。

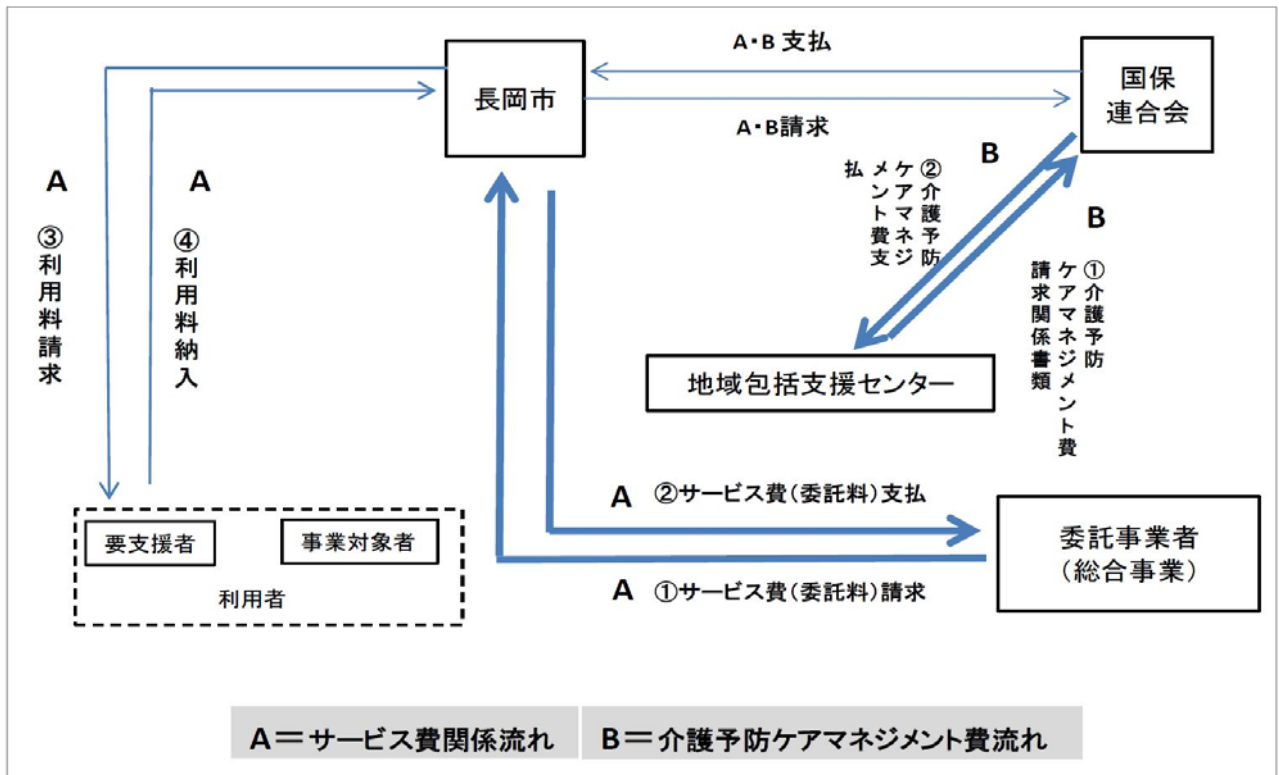
介護予防ケアマネジメント類型ごとの請求コード・・・長岡市ホームページ参照

【サービス種別によるサービス費の請求、支払いの流れ】

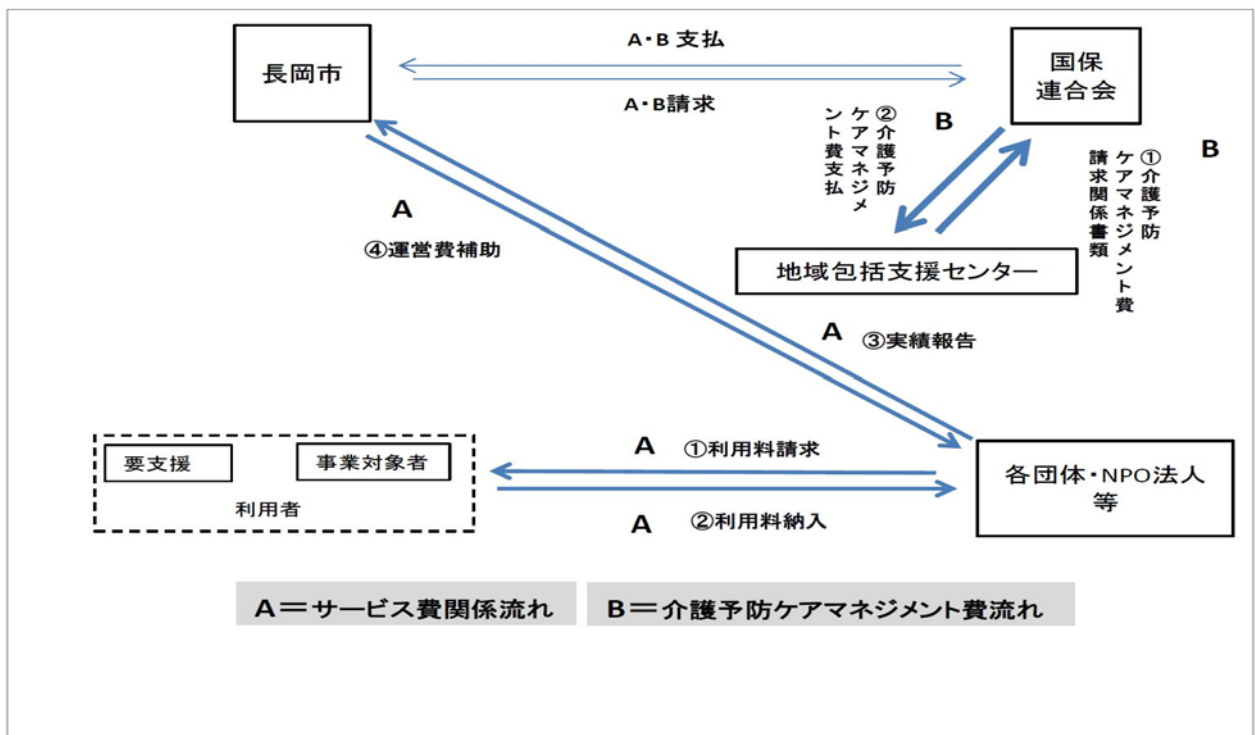
- 利用者が介護予防訪問サービス・介護予防通所サービス・くらし元気アップ事業のいずれかのみを利用する場合（給付管理実施）



- 利用者が短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業又は生活サポート事業（シルバー委託分）のいずれかを利用する場合(給付管理無)



- 利用者が生活サポート事業（補助）を利用する場合



15. 支給限度額

利用者区分	支給限度額
要支援1・事業対象者	5,032単位
要支援2	10,531単位

※事業対象者のサービス利用頻度は、要支援1相当です。

16. ケアマネジメント類型別利用様式

(サービス併用時は上位のマネジメントに含む)

ケアマネジメント 類型	サービス種別	プラン作成書類	市へ提出 (※2)		
			初回・更新	毎月	評価時
ケアマネジメント A (原則的な ケアマネジメント)	介護予防訪問サービス 介護予防通所サービス	① 利用者基本情報 (様式 4-1、4-2) (更新時は追記変更なければ提出不要) ② 介護予防サービス・支援計画書 (様式 5) (指定介護予防支援と同じ様式) ③ 新規(※1)のみ :各種アセスメントシート(参考様式 8-1、8-2、8-3)及びサービス担当者会議録(様式 6-1、6-2) ・介護予防訪問(通所)サービス利用の原則ケアマネジメントAの新規。同行訪問者は提出不要。 要介護で同種サービス利用者が、要支援となったケースは不要。アセスメントシートについては各事業所で使用しているもので可。 ④ 介護予防支援経過記録(様式 6-2) ⑤ 介護予防サービス・支援評価表(様式 7)	① ② ③	—	⑤
ケアマネジメント B (簡略化した ケアマネジメント)	くらし元気アップ事業	① 利用者基本情報 (更新時は追記変更なければ提出不要) ② 介護予防サービス・支援計画書(簡略版) ③ 介護予防支援経過記録 ④ 介護予防サービス・支援評価表	① ②	—	④
	短期集中 レベルアップ事業 筋力向上 トレーニング事業	① 利用者基本情報 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 利用申請書(様式 10)(LLSS入力 ※3) ④ 介護予防支援経過記録 ⑤ 介護予防サービス・支援評価表	① ② ③	—	⑤
ケアマネジメント C (初回のみ ケアマネジメント)	生活サポート事業 (委託分)	① 利用者基本情報 ② 介護予防手帳(様式 9)(P5,6提出) ③ 利用申請書(LLSS入力 ※3)	① ② ③	—	—
	生活サポート事業 (補助分)	① 利用者基本情報 ② 介護予防手帳作成(P5,6提出)	① ②	—	—
介護予防手帳の 活用	一般介護予防事業 地域活動・民間事業のみ	① 介護予防手帳 一般介護予防事業の申し込みは長寿はつらつ課へ電話申し込み	—	—	—

- ※1 ここでいう“新規”とは過去に一度も介護保険サービスの利用がないものをいう（福祉用具購入、住宅改修含む）
- ※2 初回又は更新時、及び評価時に必要な書類の写しを市へ提出。
- ※3 利用申請書について、包括は LLSS（利用申請管理）に直接入力。委託事業所の場合は、書類で包括へ提出。
LLSS（利用申請管理）の利用開始年月日はプラン期間の開始日（介護予防手帳は作成日）と同じ様。

■ 上記の他作成必要書類

- ケアマネジメントA, B共通
 - ・ 重要事項説明書（利用者へ）
- ケアマネジメントA, とケアマネジメントBのうち、くらし元気アップ事業
 - ・ 給付管理関係書類

【重要事項説明書・利用契約書について】

- 参考様式 長岡市ホームページ
健康・福祉>高齢者・介護>事業者向け情報 介護予防・生活支援サービス事業所指定申請について>重要事項説明書（介護予防ケアマネジメント）又は契約書（介護予防ケアマネジメント）
<http://www.city.nagaoka.niigata.jp/fukushi/cate02/kaigo-nichijyo.html>

○ 重要事項説明書

重要事項説明書は指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した様式です。

なお、すでに指定介護予防支援の利用契約を締結していても、これまで第1号介護予防支援事業に係る重要事項説明を行ったことのない人に対してケアマネジメントAを実施することになった場合は、指定介護予防支援と第1号介護予防支援事業を一体化した重要事項説明書によって重要事項説明を行ってください。一本化した重要事項説明書で説明した後に、同一人物に対して行うケアマネジメントが「指定介護予防支援」と「第1号介護予防支援事業の間で変わっても、重要事項説明を再度行う必要はありません。

○ 契約書

契約書については、作成しなくても差し支えありません。

※参考

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【9月30日版】P30
生活支援・介護予防サービス事業（以下「サービス事業」という。）においては、従来の要支援相当の者に対して、指定介護予防支援と同様にケアマネジメントに基づいてサービス事業の内容等を決定していくことから、介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)を行う地域包括支援センター（又は委託された居宅介護支援事業者）においては、現行の指定介護予防支援の開始の際と同様に、重要事項を記した文書を交付して説明を行い、利用者の同意を得ていただいて上で、ケアマネジメントを開始することになると考えている。なお、契約書については、現行と同様に、必ずしも作成しなくても差し支えないと考えている。

17. サービス利用の方法とサービス提供事業所への提出書類

サービス種別	利用方法	サービス提供事業所等へ提出書類
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問サービス ・介護予防通所サービス ・くらし元気アップ事業 	包括(ケアマネジャー)が、事業所と利用の調整	【包括→事業所】 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画 (<input type="checkbox"/> サービス提供票・サービス提供票別表) ※保険証・負担割合証は事業所が本人に確認する。
<ul style="list-style-type: none"> ・短期集中レベルアップ事業 ・筋力向上トレーニング事業 	①事前に包括(ケアマネジャー)から事業所へ利用希望者の状況説明を行い利用の検討。 ②プラン作成と、長寿はつらつ課へ利用申請。(ケアマネジャーは利用申請書他書類を包括へ、包括はその書類を長寿はつらつ課へ送付) ③市から業務依頼を受けた事業所は利用者へ詳細連絡を入れる。	【包括→長寿はつらつ課→サービス提供事業所】 ※利用申請書、利用者基本情報を包括がLLSSに入力することにより、長寿はつらつ課が下記資料を事業所へ送付。申請者へ利用決定通知を送付。 <ul style="list-style-type: none"> ■利用申請書 ■利用者基本情報 ■業務依頼書 ■下記プランのいずれか作成送付 <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画 <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント A、B ・介護予防支援(総合事業併用時) ●介護予防手帳 ■基本チェックリスト(短期集中レベルアップ事業または、筋力向上トレーニング事業を利用する事業対象者のみ)
生活サポート事業(委託) ※シルバー人材センター	①プラン(介護予防手帳)作成と、長寿はつらつ課へ利用申請。(ケアマネジャーは利用申請書他書類を包括へ、包括はその書類を長寿はつらつ課へ送付) ②市から業務依頼を受けた事業所は利用者へ詳細連絡を入れる。	
生活サポート事業(補助)	①プラン(介護予防手帳)作成と、事前に包括(ケアマネジャー)から団体へ連絡を入れ調整 【長寿はつらつ課へ送付】 <input type="checkbox"/> 利用者基本情報と 下記プランのいずれか作成送付 <ul style="list-style-type: none"> ●介護予防サービス・支援計画 <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメント A、B ・介護予防支援(総合事業併用時) ●介護予防手帳 	【団体へ提出書類は無】 電話連絡の際、要支援(事業対象者)であり、生活サポート事業として利用希望である事を団体に伝える。

【生活サポート事業委託と補助のサービス内容の違い】

	委託実施事業	補助実施事業
サービス提供者	シルバー人材センター	※長岡市のホームページ参照
利用対象者	①②の両方に該当し、介護予防ケアマネジメントによりサービス必要となった者 ① 要支援1・2又は事業対象者 ② <u>利用者が単身である。又は同居家族に障害・疾病その他やむを得ない理由があつて家事等の実施が困難であること(介護予防訪問サービスの対象者基準と同様)</u>	①要支援1・2又は事業対象者であり、介護予防ケアマネジメントによりサービス必要となった者 ②要介護認定による介護給付サービスを受ける前から、上記①の資格を有し、生活サポート事業(補助分)を継続的に利用していた居宅要介護被保険者

支援内容	・家事援助(掃除、洗濯、買い物、調理) ・病院受診付き添い・草取り(生活行為の妨げとなる範囲)	各団体で対応可能な支援
利用料	1時間あたり 500円	各団体の設定金額
利用上限	1人年間 48時間まで	無

18. 住民票登録地や保険者が居住市町村と異なる場合の取扱い

住所地特例者に対する総合事業は、より円滑にサービスを受けることができるよう利用者が居住する施設が所在する市町村が実施します。

住所地特例対象者に対する総合事業については、居住する施設が所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）が行います。したがって、他市町村の被保険者であっても、長岡市に施設がある住所地特例対象者については、長岡市の総合事業のサービスを提供します。

また、平成27年4月から、総合事業の基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメントとともに、予防給付による介護予防支援について、施設所在市町村の地域包括支援センターが行うことになりました。

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、被保険者証の住所欄を必ず確認してください。（他市町村の被保険者証であっても住所欄が長岡市内であれば実施の対象となります。逆に、長岡市の被保険者証であっても住所欄が他市町村であれば、対象外となります。）

なお、要介護認定等については、これまでどおり保険者市町村が行います。

	保険者	住民票登録地 (被保険者証の住所)	居住地	住所地特例	取扱い				
					基本チェックリスト	介護予防ケアマネジメント 依頼届	総合事業サービスの提供	費用負担	要介護(要支援) 認定申請
1	長岡市	長岡市	長岡市		長岡市	長岡市	長岡市	長岡市	長岡市
2	長岡市	長岡市	他市町村		長岡市	長岡市	長岡市の指定を受けている事業所(他市町村)は利用可能。提供サービス種別は、長岡市が実施しているものに限る。内容は施設所在地自治体の基準で実施。	長岡市	長岡市
3	長岡市	他市町村 (他市町村の住所地特例施設の住所等)	他市町村	長岡市の住所地特例者	他市町村	他市町村 (→長岡市)	他市町村	長岡市	長岡市
4	他市町村	長岡市 (長岡市の住所地特例施設の住所)	長岡市	他市町村の住所地特例者	長岡市	長岡市 (→他市町村)	長岡市	他市町村	他市町村
5	他市町村	他市町村	長岡市		他市町村	他市町村	住民票登録地の保険者の指定を受けている事業所	他市町村	他市町村
6	他市町村	他市町村	他市町村		他市町村	他市町村	他市町村	他市町村	他市町村

※1, 2の場合で総合事業サービス提供を行う事業所が長岡市以外の場合は長岡市の指定が必要

19. 総合事業サービスの併用について

利用するサービス 併用するサービス		介護予防・生活支援サービス													
		介護予防訪問サービス		生活サポート事業		短期集中レベルアップ事業(単発訪問コース)		介護予防通所サービス		くらし元気アップ事業		短期集中レベルアップ事業(通所・訪問コース)		筋力向上トレーニング事業	
		要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2	事業対象者
居宅サービス・施設サービス		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
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	○	×	○	×	△1	×	○	×	○	×	×	×	△3	×
	介護予防居宅療養管理指導	○	×	○	×	△2	×	○	×	○	×	○	×	○	×
	介護予防通所リハビリテーション	○	×	○	×	△1	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	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	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×	○	×
地域密着型予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護	○	×	○	×	△4	×	×	×	×	×	△4	×	△4	×
	介護予防小規模多機能型居宅介護	×	×	△5	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	介護予防認知症対応型共同生活介護(要支援2のみ)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
介護予防・生活支援サービス	介護予防訪問サービス			△6	△6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生活サポート事業	△6	△6			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	短期集中レベルアップ事業(単発訪問コース)	○	○	○	○			△7	△7	○	○	×	×	×	×
	介護予防通所サービス	○	○	○	○	△7	△7			×	×	△8	△8	△8	△8
	くらし元気アップ事業	○	○	○	○	○	○	×	×			○	○	○	○
	短期集中レベルアップ事業(通所・訪問コース)	○	○	○	○	×	×	△8	△8	○	○			×	×
	筋力向上トレーニング事業	○	○	○	○	×	×	△8	△8	○	○	×	×		

- △1:短期集中レベルアップ事業(単発訪問コース)において、管理栄養士又は歯科衛生士による指導を受ける場合に限り併用可
- △2:短期集中レベルアップ事業(単発訪問コース)において、理学療法士又は作業療法士による指導を受ける場合に限り併用可
- △3:筋力向上トレーニング事業のみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めたりハビリが必要と判断される場合に限り併用可
- △4:介護予防認知症対応型通所介護において、個別機能訓練加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していない場合に限り併用可
- △5:介護予防小規模多機能型居宅介護で行えないサービスを生活サポート事業で補完する場合に限り併用可
- △6:介護予防訪問サービスで行えないサービスを生活サポート事業で補完する場合に限り併用可
- △7:介護予防通所サービスにおいて、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定していない場合に限り併用可
- △8:介護予防通所サービスにおいて、運動器機能向上加算を算定していない場合に限り併用可

20. 生活保護法における介護扶助について（生活保護法第15条の2）

総合事業の全サービス（介護予防支援計画又は第1号介護予防支援事業による援助に相当する援助に基づき行うものに限る。）の利用料は、介護扶助費として給付されます。

手続きについては、長岡市福祉保健部生活支援課にお問い合わせください。

<ケアマネジメント関連様式>

基本チェックリスト

実施日 年 月 日

※ 「はい」か「いいえ」のいずれかに○をお付け下さい

利用者氏名

番号	質問項目	回答		要件該当
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	1~20の 該当 10以上○ /20
2	日用品の買物をしていますか	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	3以上○ /5
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ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1 .はい	0 .いいえ	2以上○ /2
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	2以上○ /3
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	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	16該当○ /2
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	1以上○ /3
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	2以上○ /5
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で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。

【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、つかまつ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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ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カ月以内の値を、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	口の渴きが気になりますか	口の中の渴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カ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されますか	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	

居宅(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・委託先(変更)届出書

種別	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 変更
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号			
フリガナ						
			個 人 番 号			
生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日				
居宅(介護予防)サービス計画作成を依頼する事業所または介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター						
事業所(地域包括支援センター)名			事業所の所在地	〒		
事業所番号			電話番号	-	-	
			FAX番号	-	-	
委 託 先 名			委託先事業所所在地	〒		
事業所番号			電話番号	-	-	
			FAX番号	-	-	
サービス開始(変更)年月日 (介護予防ケアマネジメント依頼書作成年月日)			年 月 日付			
下記の※印の項目は、該当する場合のみ記入してください。						
※事業所を変更する場合の事由						
※委託を止める場合には次の項目に チェックしてください。			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが担当します。			
※(介護予防)小規模多機能型居宅介 護・看護小規模多機能型居宅介護の 利用開始月における居宅サービス等 の利用の有無			<input type="checkbox"/> あり	利用したサービス：		
			<input type="checkbox"/> なし			
長 岡 市 長 様						
上記の事業所または地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画作成または介護予防ケアマネジメント を依頼することを届け出ます。						
年 月 日						
被保険者	住所					
	氏名					
	電話番号					

- (注意) 1 この届出書は、居宅(介護予防)サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第、速やかに長岡市へ提出してください。
- 2 居宅(介護予防)サービス計画作成または介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等を変更するときは、新たな事業所名、変更年月日、変更の事由を記入の上、必ず長岡市に届け出てください。届出のない場合は、サービスにかかる費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出る場合で、住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村へ提出してください。

興味・関心チェックシート

作成日： 年 月 日

氏名： 性別：(男 ・ 女) 生年月日： 年 月 日 年齢 歳

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインより

興味・関心チェックシート

作成日： 年 月 日

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 歳

生活行為	興味がある している	興味がある してみたい	生活行為	興味がある している	興味がある してみたい
自分でトイレへ行く			生涯学習・歴史		
一人でお風呂に入る			読書		
自分で服を着る			俳句		
自分で食べる			書道・習字		
歯磨きをする			絵を描く・絵手紙		
身だしなみを整える			パソコン・ワープロ		
好きなきときに眠る			写真		
掃除・整理整頓			映画・観劇・演奏会		
料理を作る			お茶・お花		
買い物			歌を歌う・カラオケ		
家や庭の手入れ・世話			音楽を聴く・楽器演奏		
洗濯・洗濯物たたみ			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等		
自転車・車の運転			体操・運動		
電車・バスでの外出			散歩		
孫・子供の世話			ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		
動物の世話			ダンス・踊り		
友達とおしゃべり・遊ぶ			野球・相撲等観戦		
家族・親戚との団らん			競馬・競輪・競艇・パチンコ		
デート・異性との交流			編み物		
居酒屋に行く			針仕事		
ボランティア			畑仕事		
地域活動(町内会・老人クラブ)			賞金を伴う仕事		
お参り・宗教活動			旅行・温泉		
その他()			その他()		
その他()			その他()		

① 目標はできるだけ具体的に設定する。

本人の述べた内容が漠然としていたり、基本的な動作であった場合は、それができるようになって、その先は何がしたいと思うのか、具体的な作業につながるように。

(例) 「歩けるようになりたい」

→ 「歩けるようになつて近所の友達の家を訪ねたい」

② 興味・関心チェックリスト

生活の目標を述べることでできない場合にサブシートとして左記のシートを活用する。

このシートで具体的な行為を提示し、漠然とした本人の望む行為について的を絞っていく。「そういえば、こんなことしたいと思っていた、昔こんなことをやっていた、今もできるだろうか」といった活動や参加の発見の手助けになるように活用する。

a 本人が好きな趣味・役割、またはしたいと思っていることを各項目について聞き取りチェックする。

「これらの事について、現在しているものには「している」過去にしていたが「してみたい」、してみたいが出来ないと思っ
ていないものに「してみたい」、する、しないに関わらず興味があるものに「興味がある」に○をつけてください。」

b チェックがあった項目について、いつ・どこで・誰と・どんなふうに・どの程度「しているのか」「してみたい」のかを確認する。

● 興味があると回答のあった項目については、どのように興味があるのか、どのような条件であれば実施するのか確認する。

実態把握・利用者基本情報

実施年月日: 年 月 日

担当者:

フリガナ:									
氏名:			様 性別:		生年月日: 年 月 日 (歳)				
住所:					TEL:				
相談方法:電話					介護情報				
相談者:民生委員 (連絡先:)					被保険者番号:				
相談主旨:					要介護○ 事業対象者				
緊急時 連絡先					氏名:		続柄:		認定日: 年 月 日
					住所:		TEL:		期 間: 年 月 日~ 年 月 日
利用サービス					家族構成				
					福祉手帳 身障 級 精神 級 療育				
					家族形態				
					家族構成備考				
病歴・薬歴					収入状況				
					身 長		cm		
					体 重		kg		
					B M I				
					難 聴		補聴器(左右)		
					医療機関名				
本人					家族				
主治医									
区分	時間	過ごし方	区分	時間	過ごし方	趣味・楽しみ・特技など			
生活歴・生活習慣、交流									
環境 自宅			1.できる		歩行		掃除		
集合住宅 (階の 階に居住)			2.介助でできる		食事		洗濯		
ベット ポータブルトイレ			3.できない		排泄		買い物		
段差:			4.していない		入浴		調理		
手摺有り()					整容・更衣		金銭管理		
課題と対応					アセスメント				
<p>長岡市及び地域包括支援センターが行う業務(相談、介護予防支援、地域ケア会議等)の実施に当り、利用者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係わる調査内容、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、ケアプラン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、主治医その他本業務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。</p> <p>また、介護予防事業利用の際は、健康状態に留意し自己責任のもと参加するとともに、各種調査データは事業の評価に活用することに同意します。</p>									
					年 月 日		氏名		印

利用者基本情報

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	

<参考>

利用者基本情報

《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

印

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）

* ケアマネジメント B は網掛け部分省略可能

様式 5

No. _____ 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 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

利用者名 _____ 計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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				期間	
							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)		
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
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				()						

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

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
 適切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○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
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

【意見】
 地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。
 年 月 日 氏名

サービス担当者会議の要点

様式 6-1

殿

居室サービス計画作成者(担当者)氏名

利用者名

開催日	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 (次回の開催時期)						

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 <small>達成/未達成</small>	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

総合的な方針

地域包括支援センター意見

	<ul style="list-style-type: none"> プラン継続 プラン変更 終了 	<ul style="list-style-type: none"> 介護給付 予防給付 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 終了
--	---	--

課題整理表(生活機能・健康状態)

	◎自立(支障なし) ○見守り(支障は少ない) △一部介助(一部支障あり) ×全介助(支障あり) ★の領域は ()に読み替え	現在	見通し	本人の意欲 ○意欲あり ×意欲なし	結果				備考 (状況・支援内容・判断した根拠など)
					改善		維持	悪化	
					完全自立	向上(増加)			
A社会的役割 ★	1 家庭外での役割								
	2 家庭内での役割								
	3 友人・知人との交流								
	4 家族との交流								
	5 介護保険外の集団へ参加し他者と交流								
	6 介護保険通所サービスへ参加し他者と交流								
B状況対応★	1 趣味、生きがい								
	2 好奇心・生活意欲								
	3 契約行為・公的手続き								
C手段的自立 (IADL) ※生活行為向上アセスメント ②で詳細検討	1 調理								
	2 掃除								
	3 洗濯								
	4 買い物								
	5 ごみ出し								
	6 通院								
	7 服薬								
	8 金銭管理								
	9 電話をかける								
	10 持ち物や着替えの準備、身だしなみ								
	11 公共交通の利用								
D身体的自立 (ADL) ※生活行為向上アセスメント ①で詳細検討	1 移乗								
	2 自宅外での移動								
	3 自宅内での移動								
	4 排泄動作								
	5 入浴動作								
	6 更衣動作								
	7 保清行為(口腔ケア、整髪、整容、皮膚、爪の手入れ)								
	8 食事摂取・飲水行為								
	9 姿勢保持								
E機能的健康度 ★	1 筋力								
	2 関節可動域								
	3 手指巧緻性								
	4 痛み								
	5 身体機能								
F知覚・認知★	1 計算能力								
	2 記憶力								
	3 見当識								
	4 集中力・注意力								
	5 言語能力(構音含む)								
	6 実行機能								
	7 情動機能								
	8 睡眠機能								
	9 精神・行動障害								
G健康状態★	1 主症状								
	2 喪失感・孤独感								
	3 視力・聴力								
	4 排尿・排便・尿漏れ								
	5 褥瘡・皮膚の問題								
	6 口腔機能(清潔・飲み込み)								
	7 栄養面(食事内容等)								
	8 問題行動								
H介護力、環境 ★	9 介護力								
	10 居住環境								

↑
(より高い活動能力へ)

生活行為向上アセスメント① (D 身体的自立 ADL)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(O)少し(△)困難(×)	できる(O)少し(△)困難(×)	
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる			
	2 乗り移る先に向きをかえる			
	3 椅子・床(畳)等に座る			
2 自宅外での移動	1 整地を移動する			
	2 不整地を移動する			
	3 溝をまたぐ			
	4 段差を上がる			
	5 段差を降りる			
	6 障害物をまたぐ			
	7 信号が変わるまでに横断歩道を渡る			
3 自宅内での移動	1 自宅内を移動する			
	2 段差や障害物をまたぐ			
	3 ドア・引き戸を開け閉めする			
4 排泄動作	1 ズボン・下着を下ろす			
	2 便座に腰掛ける・しゃがむ			
	3 後始末(ふき取り)をする			
	4 水を流す			
	5 ズボン・下着を上げる			
5 入浴動作	1 浴室での安全確保			
	2 浴槽をまたぐ			
	3 浴槽にしゃがむ			
	4 浴槽をでる			
	5 浴室にすわる(椅子利用可)			
	6 シャワー、蛇口の操作			
	7 洗髪			
	8 体を洗う			
6 更衣動作	1 ズボンファスナー			
	2 小さなボタンとめ			
	3 靴下を履く			
7 保清行為	1 洗顔			
	2 歯磨き			
	3 手洗い			
8 食事摂取・飲水行為	1 箸・フォーク・スプーンを使用			
	2 茶碗やお皿・コップ等を持つ			
	3 口に運べる			
9 姿勢保持	1 傾きなどなく安定した座位を保つ			
	2 安定した座位で日常生活行為が出来る			
	3 傾きやふらつきなく安定した立位を保つ			
	4 安定した立位で日常生活行為が出来る			

生活行為向上アセスメント② (C 手段的自立 IADL)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(O)少し(△)困難(x)	できる(O)少し(△)困難(x)	
1 調理	1 メニューを考える			
	2 必要な食材を揃える			
	3 必要な調理道具を揃える			
	4 料理の段取りを決定する			
	5 皮をむく			
	6 食物を切る			
	7 食べ物を混ぜる			
	8 煮る・焼く・揚げる・茹でる			
	9 火気の取り扱い			
	10 食器に盛りつける			
2 掃除や整頓	1 掃除場所の決定			
	2 目的に適した掃除方法の選択			
	3 整理・収納			
	4 モップがけ			
	5 ほうきがけ			
	6 雑巾しぼり			
	7 掃除機操作			
	8 掃除道具の後片付け			
3 洗濯 ＜洗濯機＞ ＜干す＞	1 洗濯物を洗濯機に入れる			
	2 洗剤を入れる			
	3 洗濯機を操作する			
	4 洗濯物を取り出す			
	5 洗濯物を運ぶ			
	6 物干しの選択			
	7 洗濯物を干す			
	8 洗濯バサミではさむ			
	9 洗濯物を取り込む			
	10 洗濯物をたたむ			
	11 洗濯物をかたづける			
4 買い物	1 買い物のリストをつくる			
	2 お金と運搬用の道具を選択			
	3 お店を選択、決定			
	4 移動方法を選択、決定			
	5 お店まで移動する			
	6 お店の中の移動方法を選択、決定			
	7 必要な物品の買い物			
	8 お金の支払い			
	9 買ったものの運搬方法の選択、決定			
	10 買ったものを持ち帰る			
	11 買ったものの片付け			
5 ごみ出し	1 ごみを分別する			
	2 ごみをごみ収集所に持ち運ぶ			
6 通院	1 通院日を理解する			
	2 診察の受付(手続き)をする			
	3 診察内容を理解する			
	4 会計をする			
	5 薬の処方手続きをし受け取る			
7 服薬	1 服薬時間を理解する			
	2 薬を取り出す			
	3 薬をのむ			
8 金銭管理	1 通帳の管理をする			
	2 おこづかいの管理をする			
9 電話をかける (連絡)	1 電話番号を調べる			
	2 電話利用			
	3 緊急連絡の不安対処ができる			
10 持ち物着替えの準備・身だしなみ	1 ひげを剃る			
	2 化粧をする			
	3 目的にあった衣服を選ぶ			
	4 目的にあった持ち物を準備する			
11 公共交通の利用	1 利用したい交通機関の時間を調べる			
	2 バス停・駅まで移動する			
	3 運賃を払う			
	4 バス・電車の乗り降り			

課題整理表・生活行為向上アセスメント①②

課題整理表の目的は対象者の現在の状態や有する能力を把握し、改善・維持の可能性の領域を漏れなく捉え、生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにすることです。

課題を解決するために、生活行為向上アセスメント①②を用い、作業工程のつまづき箇所や、目指す段階を確認し、目標設定や援助内容の検討に活用します。

■ 課題整理表は、「課題整理総括表」(厚生労働省)のものを参考に作成しました。

生活行為向上アセスメント①②は、課題領域の分析をするために、作業工程を理学療法士・作業療法士の方々から意見をいただき作成したものです。

参考：介護保険最新情報V O I .379(平成 26 年 6 月 17 日)

【課題整理表・生活行為向上アセスメント①②の関連】

様式 8-1 と様式 8-2、様式 8-3 は関連していますので、様式 8-1 記載後に様式 8-2、様式 8-3 を記載します。(様式 8-1 で課題となっている項目を、様式 8-2 と様式 8-3 で詳細に分析します。様式 8-1 で自立等課題とならなかった項目については、様式 8-2 と様式 8-3 の該当項目への記載は不要です。)

様式 8-1

課題整理表(生活機能・健康状態)

◎自立(支障なし) ○見守り(支障は少ない) △一部介助(一部支障あり) ×全介助(支障あり)	★の領域は ()に読み替え。	現在	見通し	本人の意欲 ○意欲あり ×意欲なし	結果				備考 (状況・支援内容・判断した根拠など)
					改善		維持	悪化	
					完全自立	向上 (増加)			
D身体的自立 (ADL) ※生活行為向上アセスメント①で詳細検討	1 移乗								
	2 自宅外での移動								
	3 自宅内での移動								
	4 排泄動作								
	5 入浴動作								
	6 更衣動作								
	7 保清行為(口腔ケア、整容、整容、皮膚、爪の手入れ)								
	8 食事摂取・飲水行為								
	9 姿勢保持								

様式 8-2

生活行為向上アセスメント① (D 身体的自立 ADL)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(O)少し(Δ)困難(x)	できる(O)少し(Δ)困難(x)	
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる	} 作業工程詳細確認		
	2 乗り移る先に向きをかえる			
	3 椅子・床(畳)等に座る			
2 自宅外での移動	1 整地を移動する			
	2 不整地を移動する			
	3 溝をまたぐ			
	4 段差を上げる			

様式 8-1

課題整理表(生活機能・健康状態)

◎自立(支障なし) ○見守り(支障は少ない) △一部介助(一部支障あり) ×全介助(支障あり) ★の領域は ()に読み替え。	現在	見通し	本人の意欲 ○意欲あり ×意欲なし	結果				備考 (状況・支援内容・判断した根拠など)
				改善		維持	悪化	
				完全自立	向上(増加)			
○手段的自立(IADL) ※生活行為向上アセスメント②で詳細検討	1 調理							
	2 掃除							
	3 洗濯							
	4 買い物							
	5 ごみ出し							
	6 通院							
	7 服薬							
	8 金銭管理							
	9 電話をかける							
	10 持ち物や着替えの準備、身だしなみ							



様式 8-3

生活行為向上アセスメント② (C 手段的自立 IADL)

生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(O)少し(△)困難(×)	できる(O)少し(△)困難(×)	
1 調理	1 メニューを考える			
	2 必要な食材を揃える			
	3 必要な調理道具を揃える			
	4 料理の段取りを決定する			
	5 皮をむく			
	6 食物を切る			
	7 食べ物を混ぜる			
	8 煮る・焼く・揚げる・茹でる			
	9 火気の取り扱い			
	10 食器に盛りつける			

作業工程詳細確認

課題整理表 (生活機能・健康状態)

		現在	見通し	本人の意欲 ○意欲あり ×意欲なし	結果			備考 (状況・支援内容・判断した根拠など)
					改善 完全自立	向上 (増加)	維持 悪化	
A社会的役割★	1 家庭外での役割							●全項目を記載してください。 ●「現在」は「日常的にしているかどうか」で判断してください。 ●「見通し」は概ね半年後に向けて、ケアマネの専門的な判断で「こうなりそうだ」、「こうなってほしい」を記載してください。(サービスを利用すれば、こうなりそうだ!で記載)
	2 家庭内での役割							
	3 友人・知人との交流							
	4 家族との交流							
	5 介護保険外の集団へ参加し他者と交流							
	6 介護保険通所サービスへ参加し他者と交流							
B状況対応★	1 趣味、生きがい							●意欲があり、低い活動能力レベルから、改善に取り組みます。 ●本人の意欲がある項目は、そこを伸ばす「見通し」を検討してください。
	2 好奇心・生活意欲							
	3 契約行為・公的手続き							
C手段的自立 (IADL) ※生活行為向上アセスメント②で詳細検討	1 調理							●全項目を記載してください。 ●本人が「したい」というものは改善の可能性を考えます。 ●「見通し」は概ね半年後に向けて、ケアマネの専門的な判断で「こうなりそうだ」、「こうなってほしい」を記載してください。(サービスを利用すれば、こうなりそうだ!で記載)
	2 掃除							
	3 洗濯							
	4 買い物							
	5 ごみ出し							
	6 通院							
	7 服薬							
	8 金銭管理							
	9 電話をかける							
	10 持ち物や着替えの準備、身だしなみ							
	11 公共交通の利用							
D身体的自立 (ADL) ※生活行為向上アセスメント①で詳細検討	1 移乗							●ADL IADLは補助具を使用した状態で判断してください。 ●ロートンの「活動能力の階層性概念」に基づき、上にいくほどより高次で複雑な能力を表しています。
	2 自宅外での移動							
	3 自宅内での移動							
	4 排泄動作							
	5 入浴動作							
	6 更衣動作							
	7 保清行為(口腔ケア、整髪、整容、皮膚、爪の手入れ)							
	8 食事摂取・飲水行為							
	9 姿勢保持							
E機能的健康度★	1 筋力							●「手指巧緻性」とは、手先の器用さや精巧、緻密の度合いなどを指します。 ●「身体機能」とは、身体を構成する各臓器の働きを指します。心機能、呼吸機能、肝機能、腎機能、消化機能(咀嚼、嚥下含む)などのことをいいます。 ●「実行機能」とは、場面や時節、気候に応じた行動のことをいいます。 ●「情動機能」とは、恐怖・驚き・怒り・悲しみ・喜びなどの感情で、急激で一時的なものをいいます。
	2 関節可動域							
	3 手指巧緻性							
	4 痛み							
	5 身体機能							
F知覚・認知★	1 計算能力							●「身体機能」とは、身体を構成する各臓器の働きを指します。心機能、呼吸機能、肝機能、腎機能、消化機能(咀嚼、嚥下含む)などのことをいいます。 ●「実行機能」とは、場面や時節、気候に応じた行動のことをいいます。 ●「情動機能」とは、恐怖・驚き・怒り・悲しみ・喜びなどの感情で、急激で一時的なものをいいます。
	2 記憶力							
	3 見当識							
	4 集中力・注意力							
	5 言語能力(構音含む)							
	6 実行機能							
	7 情動機能							
	8 睡眠機能							
	9 精神・行動障害							
G健康状態★	1 主症状							●「情動機能」とは、恐怖・驚き・怒り・悲しみ・喜びなどの感情で、急激で一時的なものをいいます。
	2 喪失感・孤独感							
	3 視力・聴力							
	4 排尿・排便・尿漏れ							
	5 褥瘡・皮膚の問題							
	6 口腔機能(清潔・飲み込み)							
	7 栄養面(食事内容等)							
	8 問題行動							
H介護力・環境★	9 介護力							●「情動機能」とは、恐怖・驚き・怒り・悲しみ・喜びなどの感情で、急激で一時的なものをいいます。
	10 居住環境							

(より高い活動能力へ)

生活行為向上アセスメント① (D 身体的自立 ADL)

様式 8-2

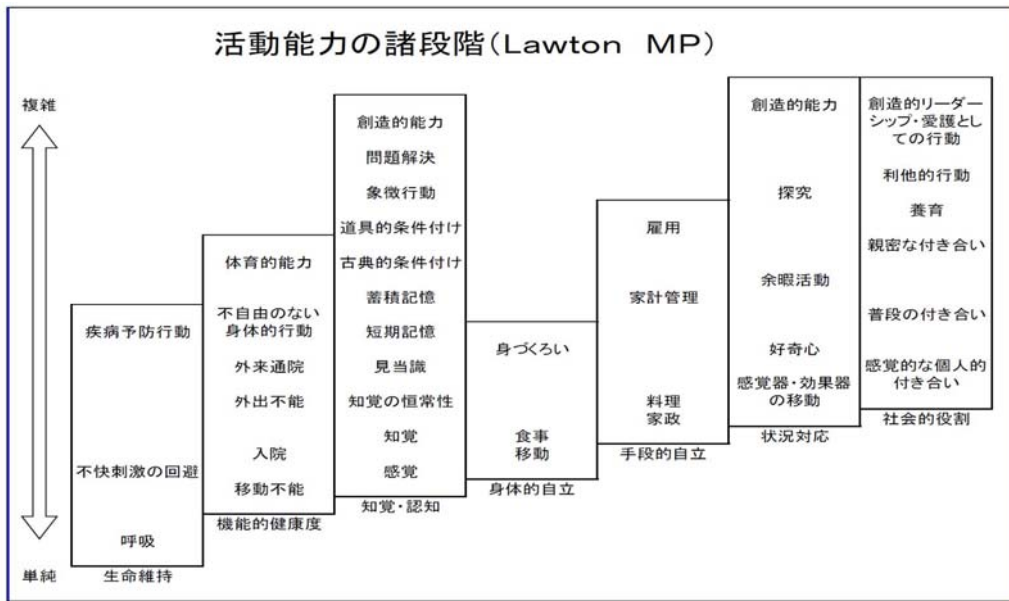
生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(○)少し(△)困難(×)	できる(○)少し(△)困難(×)	
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる			
	2 乗り移る先に向きをかえる			
	3 椅子・床(畳)等に座る			
2 自宅外での移動	1 整地を移動する			<p>・№6課題整理表のD身体的自立(ADL)で課題となった項目の作業工程をアセスメントし、具体的な目標や評価の指標として活用してください。</p> <p>・№6課題整理表のD身体的自立(ADL)の「現在」欄に「○、△、×」の記載があった箇所をアセスメントし記載してください。</p>
	2 不整地を移動する			
	3 溝をまたぐ			
	4 段差を上がる			
	5 段差を降りる			
	6 障害物をまたぐ			
	7 信号が変わるまでに横			
3 自宅内での移動	1 自宅内を移動する			
	2 段差や障害物をまたぐ			
	3 ドア・引き戸を開け閉めする			
4 排泄動作	1 ズボン・下着を下ろす			
	2 便座に腰掛ける・しゃがむ			
	3 後始末(ふき取り)をする			
	4 水を流す			
	5 ズボン・下着を上げる			
5 入浴動作	1 浴室での安全確保			
	2 浴槽をまたぐ			
	3 浴槽にしゃがむ			
	4 浴槽をでる			
	5 浴室にすわる(椅子利用可)			
	6 シャワー、蛇口の操作			
	7 洗髪			
	8 体を洗う			
6 更衣動作	1 ズボンファスナー			
	2 小さなボタンとめ			
	3 靴下を履く			
7 保清行為	1 洗顔			
	2 歯磨き			
	3 手洗い			
8 食事摂取・飲水行為	1 箸・フォーク・スプーンを使用			
	2 茶碗やお皿・コップ等を持つ			
	3 口に運べる			
9 姿勢保持	1 傾きなどなく安定した座位を保つ			
	2 安定した座位で日常生活行為が出来る			
	3 傾きやふらつきなく安定した立位を保つ			
	4 安定した立位で日常生活行為が出来る			

生活行為向上アセスメント② (C 手段的自立 IADL)

生活行為	作業工程	事前 できる(○)少し(△)困難(×)	事後 できる(○)少し(△)困難(×)	備考
1 調理	1 メニューを考える			<p>・№6課題整理表のC手段的自立(IADL)で課題となった項目の作業工程をアセスメントし、具体的な目標や評価の指標として活用してください。</p> <p>・№6課題整理表の手段的自立(IADL)の「現在」欄に「○、△、×」の記載があった箇所をアセスメントし記載してください。</p>
	2 必要な食材を揃える			
	3 必要な調理道具を揃える			
	4 料理の段取りを決定する			
	5 皮をむく			
	6 食物を切る			
	7 食べ物を混ぜる			
	8 煮る・焼く・揚げる・茹でる			
	9 火気の取り扱い			
	10 食器に盛りつける			
2 掃除や整頓	1 掃除場所の決定			
	2 目的に適した掃除方法の選択			
	3 整理・収納			
	4 モップがけ			
	5 ほうきがけ			
	6 雑巾しぼり			
	7 掃除機操作			
	8 掃除道具の後片付け			
3 洗濯 ＜洗濯機＞ ＜干す＞	1 洗濯物を洗濯機に入れる			
	2 洗剤を入れる			
	3 洗濯機を操作する			
	4 洗濯物を取り出す			
	5 洗濯物を運ぶ			
	6 物干しの選択			
	7 洗濯物を干す			
	8 洗濯バサミではさむ			
	9 洗濯物を取り込む			
	10 洗濯物をたたむ			
	11 洗濯物をかたづける			
4 買い物	1 買い物のリストをつくる			
	2 お金と運搬用の道具を選択			
	3 お店を選択、決定			
	4 移動方法を選択、決定			
	5 お店まで移動する			
	6 お店の中の移動方法を選択、決定			
	7 必要な物品の買い物			
	8 お金の支払い			
	9 買ったものの運搬方法の選択、決定			
	10 買ったものを持ち帰る			
	11 買ったものの片付け			
5 ごみ出し	1 ごみを分別する			
	2 ごみをごみ収集所に持ち運ぶ			
6 通院	1 通院日を理解する			
	2 診察の受付(手続き)をする			
	3 診察内容を理解する			
	4 会計をする			
	5 薬の処方手続きをし受け取る			
7 服薬	1 服薬時間を理解する			
	2 薬を取り出す			
	3 薬をのむ			
8 金銭管理	1 通帳の管理をする			
	2 おこづかいの管理をする			
9 電話をかける (連絡)	1 電話番号を調べる			
	2 電話利用			
	3 緊急連絡の不安対処ができる			
10 持ち物着替 えの準備・身だし なみ	1 ひげを剃る			
	2 化粧をする			
	3 目的にあった衣服を選ぶ			
	4 目的にあった持ち物を準備する			
11 公共交通 の利用	1 利用したい交通機関の時間を調べる			
	2 バス停・駅まで移動する			
	3 運賃を払う			
	4 バス・電車の乗り降り			

●活動能力の階層性概念

アメリカの老年学者であるロートンの提唱した活動能力指標です。ロートンは人間の活動能力にはいくつかの段階があるということに着目し、下記の図のように7つの水準に体系化しています。この概念図は左から右へ、また下から上へ移るに従って、より高次で複雑な能力を表しており、左端の生命維持はもっとも単純な能力、右端の社会的役割はもっとも高次で複雑な能力を示しています。

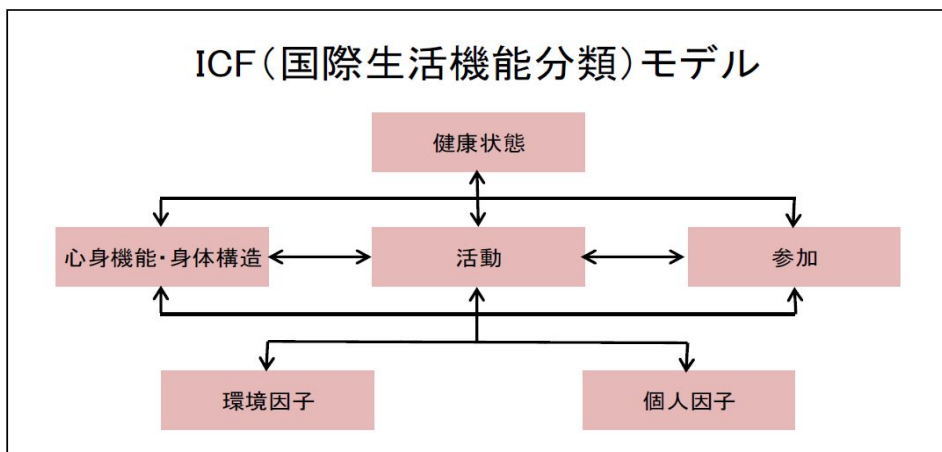


● ICF (国際生活機能分類)モデル

ICFモデルは「生活障害」というマイナス面ではなく、「生活機能」というプラスの側面に着目したモデルであり「心身機能・身体活動」「活動」「参加」という生活機能の3つのレベルがそれぞれ相互に影響を及ぼすことを表しています。

また、生活機能に大きな影響を与える背景因子として「環境因子」「個人因子」「健康状態」などすべての要素が他のすべての要素と影響しあう相互作用モデルです。

ICFモデルを活用することで「残存機能」だけでなく「潜在能力」を引き出していくマネジメントが行われます。



長岡市

介護予防手帳
～ 私のプラン ～

年 月 日 交付

● 氏名

● No.

していることや興味の確認

あなたが日常的に行っている行為や興味のあることなどを確認しましょう。

■ 以下の行為について 該当するものに○をつけてください。

01	買い物をする	している・してみたい・やっていた
02	料理を作る	している・してみたい・やっていた
03	掃除をする	している・してみたい・やっていた
04	洗濯物を干す	している・してみたい・やっていた
05	草取りをする	している・してみたい・やっていた

■ 趣味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。

01	はつらつ広場	している・してみたい・やっていた
02	介護予防サークル	している・してみたい・やっていた
03	介護予防サポーター「転ばん隊」	している・してみたい・やっていた
04	介護予防教室	している・してみたい・やっていた
05	ボランティア	している・してみたい・やっていた
06	地域活動（町内会・老人クラブ）	している・してみたい・やっていた
07	お茶・お花	している・してみたい・やっていた
08	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい・やっていた
09	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい・やっていた
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい・やっていた
11	読書・編み物	している・してみたい・やっていた
12	畑仕事	している・してみたい・やっていた
13	孫の世話	している・してみたい・やっていた
14	地域の子どもの世話	している・してみたい・やっていた
15	動物の世話	している・してみたい・やっていた

■ 趣味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。

16	絵を描く・絵手紙	している・してみたい・やっていた
17	パソコン・ワープロ	している・してみたい・やっていた
18	写真	している・してみたい・やっていた
19	友達とのおしゃべり	している・してみたい・やっていた
20	将棋・囲碁	している・してみたい・やっていた
21	お参り・宗教活動	している・してみたい・やっていた
22	散歩	している・してみたい・やっていた
23	スポーツ観戦	している・してみたい・やっていた
24	旅行・温泉	している・してみたい・やっていた
25		している・してみたい・やっていた
26		している・してみたい・やっていた
27		している・してみたい・やっていた
28		している・してみたい・やっていた
29		している・してみたい・やっていた
30		している・してみたい・やっていた

※得意なことを活かして活動してみたいことがありましたら、下記にご記入ください。

(例：お花の免許を活かして、お花を教えてみたい。)

私のプラン

していることや興味の確認で、しているまたはしてみたいとした行為・活動について再度書き出し、「これからも継続したい」「実際にやってみよう」と思うことについて、プランを考えてみましょう。

私の生活の目標				
例	子どもたち読み聞かせをするボランティア活動に参加したい。子どもたちにわいわい囲まれたら楽しい。			
	目標を達成するために取り組むこと		自己評価（半年後）	
	ボランティアの人たちが集まって練習している二丁目の集会に行ってみる。	実行度	できた・まあまあ・できていない	
		満足度	満足・まあまあ・不満足	

作成日 年 月 日

No	私の生活の目標			
1				
	目標を達成するために取り組むこと		自己評価（半年後）	
		実行度	できた・まあまあ・できていない	
		満足度	満足・まあまあ・不満足	

作成日 年 月 日

No	私の生活の目標			
2				
	目標を達成するために取り組むこと		自己評価（半年後）	
		実行度	できた・まあまあ・できていない	
		満足度	満足・まあまあ・不満足	

生活サポート事業のプラン

【委託分】生活サポート事業		事業所（シルバー人材センター）
		連絡先（35-2380）
家事援助		【備考】（利用する家事援助の種類等）
草取り		
通院付き添い		
利用頻度		利用期間：1年間 年間利用上限：48時間

【補助分】生活サポート事業		事業所（ ）
		連絡先（ ）
内容		
利用頻度		
期間		

一緒に作ったひと			
名前		包括名	
包括連絡先	〒		TEL
コメント			

介護予防サービス利用申請書

長岡市長様

年 月 日

健康状態を自己管理のもと無理をせず、場合により主治医と相談し、下記の介護予防サービスを利用します。

利用事業	<input type="checkbox"/> 短期集中レベルアップ事業 <input type="checkbox"/> 筋力向上トレーニング事業 <input type="checkbox"/> 生活サポート事業(委託)			
対象区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 一般高齢者			
申請者 (利用者)	住所			
	フリガナ 氏名		宛名 番号	
	生年月日	年 月 日	電話	
緊急連絡先	住所		電話	
	氏名		続柄	
利用希望 会場				
利用開始 年月日	年 月 日			
生活保護 受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
備考				

* 添付書類

- (1) 利用者基本情報の写し
- (2) 基本チェックリスト
- (3) 介護予防ケアマネジメント (計画書)

<参 考>

介護予防ケアマネジメント単価一覧表

資料1

ケアマネジメントプロセス	利用するサービス	サービス形態	プラン作成	プラン用紙・その他書類	ケアマネジメント単価/件	支払方法	年度内支払回数	サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌2月)	4月目(3か月後)	5月目(4か月後)	6月目(5ヶ月後)	7月目(6か月後)	8月目(7か月後)	9月目(8か月後)	10月目(9か月後)	11月目(10か月後)	12月目(11か月後)	年間ケアマネジメント費					
ケアマネジメントA (個別ケアマネジメント)	介護予防訪問サービス	指定事業者	有	予防プランと同様	基本報酬 4,380円/月 初回加算 3,000円 委託運搬加算 3,000円 (※)	サード担当会議	12回	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	55,560				
					モニタリング等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	55,560
					給付管理票表作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	55,560
ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	介護予防訪問サービス	指定事業者	有	予防プランと同様	基本報酬 4,380円/月 初回加算 3,000円 委託運搬加算 3,000円 (※)	サード担当会議	12回	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	55,560			
					モニタリング等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	55,560
					給付管理票表作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	55,560
ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)	生活サポート事業	委託(材料センター)	無	①予防プランと同様 ②利用申請書(LLSSへ入力)	初回・評価作成料3,590円/月 初回・評価作成料3,590円/月 初回・終了時	サード担当会議	2回	△(必要に応じて)	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	7,180				
					モニタリング等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7,180	
					給付管理票表作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	7,180	
ケアマネジメントD (初回のみケアマネジメント)	生活サポート事業	補助	無	①介護予防手帳の作成 ②利用申請書(LLSSへ入力)	初回作成料770円	サード担当会議	1回	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	770				
					モニタリング等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	770	
					給付管理票表作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	770	
ケアマネジメントE (初回のみケアマネジメント)	生活サポート事業	補助	無	①介護予防手帳の作成 ②利用申請書(LLSSへ入力)	初回作成料770円	サード担当会議	1回	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	770			
					モニタリング等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	770	
					給付管理票表作成	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	770	

包括的支援事業の委託業務である総合相談として実施とする。

※委託運搬加算を算定した場合、報酬(円)に3,000円が加わる

アセスメントフロー

【基本チェックリスト判断】

分類	対象者判定基準
① 複数項目に支障	No.1～20のうち10項目以上該当
② 運動機能低下	No.6～10のうち3項目以上該当
③ 低栄養状態	No.11～12のすべてに該当
④ 口腔機能低下	No.13～15のうち2項目以上該当
⑤ 閉じこもり	No.16に該当
⑥ 認知機能低下	No.18～20のうち1項目以上該当
⑦ うつ病のリスク	No.21～25のうち2項目以上該当

事業対象者

本人の興味関心、生活上の困りことを把握し、興味関心を深め、サポートややりたい活動を引き出す。したいことは何か相談をすすめる。

【アセスメント指標】

課題整理表	
① 身体介護の必要性	D ADL × (全介助) が1つ以上ついている D ADL △ (一部介助) が1つ以上ついている G 健康状態 心疾患、呼吸器疾患等医学的ケアが必要で症状観察が必要 D ADL ○ (見守り) が1つ以上 C IADL △ (一部介助) が1つ以上ついている G 健康状態 6口腔 : △× 7栄養: △× D ADL ◎自立 C IADL ◎自立
② 運動機能訓練の必要性	生活行為向上アセスメント④ (ADL) D ADL 生活行為項目1～5の作業工程で△か×が2つ以上
⑤ 閉じこもり予防の必要性	A 社会 △ (一部支障あり) × (支障あり) のいずれかが3つ以上
⑥ 認知症予防の必要性が高い	課題整理表 B 状況対応 3契約行為、公的手続き C IADL 8金銭管理 D ADL 7保清行為 F 知覚認知 1～9 G 健康状態 8問題行動
⑦ うつ病の必要性が高い	課題整理表 B 状況対応 1趣味生きがい 2好奇心生活意欲 F 知覚・認知 7情動行動 8睡眠機能 G 健康状態 2喪失感・孤独感
⑧ 家事支援の必要性	以下に該当するもの 利用者自身が単身であること又は、同居家族に「障害・疾病その他やむを得ない理由があつて家事の実施が困難であること(利用者基本情報より) C 手段的自立 一部介助～全介助

【想定サービス・活動例】

→ 介護保険申請	→ 介護予防訪問サービス
→ 介護予防通所サービス	→ 介護予防通所サービス
→ ぐらし元氣アップ事業・短期集中レハアルアップ事業・筋力向上トレーニング事業	→ ぐらし元氣アップ事業・短期集中レハアルアップ事業・筋力向上トレーニング事業
→ 受診動向の必要性を判断	→ 受診動向の必要性を判断
→ 身体機能低下を合わせもつ場合、ぐらし元氣アップ事業	→ 身体機能低下を合わせもつ場合、ぐらし元氣アップ事業
→ 地域の通いの場等一般介護予防	→ 地域の通いの場等一般介護予防
→ 地域の各種活動	→ 地域の各種活動
→ 短期集中レハアルアップ事業	→ 短期集中レハアルアップ事業
→ 筋力向上トレーニング事業	→ 筋力向上トレーニング事業
→ 一般介護予防 (ばつらつ広場、自主サークル、各種教室等)	→ 一般介護予防 (ばつらつ広場、自主サークル、各種教室等)
→ 地域の各種活動 (老人クラブ、ボランティア等)	→ 地域の各種活動 (老人クラブ、ボランティア等)
→ 介護予防訪問サービス	→ 介護予防訪問サービス
→ 介護予防通所サービス	→ 介護予防通所サービス
→ ぐらし元氣アップ事業	→ ぐらし元氣アップ事業
→ 受診動向の必要性を判断	→ 受診動向の必要性を判断
→ 専門機関の相談紹介	→ 専門機関の相談紹介
→ 短期集中レハアルアップ事業・筋力向上トレーニング事業	→ 短期集中レハアルアップ事業・筋力向上トレーニング事業
→ ぐらし元氣アップ事業	→ ぐらし元氣アップ事業
→ 介護予防訪問サービス	→ 介護予防訪問サービス
→ 生活サポート事業	→ 生活サポート事業
→ (シルバー人材センターは (ア) 該当必須)	→ (シルバー人材センターは (ア) 該当必須)

<留意事項>

基本チェックリストは、事業対象者の判定基準として用います。
支援計画は、各種アセスメント指標や病歴、予後予測、本人の意欲をアセスメントしうえで、適切なサービスや活動を考えて作成して下さい。

資料 3

初回及び評価作成料の算定可否一覧表（新規を除く）

ケアマネジメントB（くらし元気アップ事業）：くらし元気
 ケアマネジメントB（短期集中レベルアップ事業）：短期集中
 ケアマネジメントB（筋力向上トレーニング事業）：筋トレ

	事 例	初回作成料	評価作成料	備 考
1	<p>ケアマネジメント類型が変更になった場合</p> <p>①ケアマネジメントA → 短期集中（または筋トレ）もしくは生活サポート ②くらし元気 → 短期集中（または筋トレ）※類型は同じが算定可 ③くらし元気 → 生活サポート ④短期集中（または筋トレ） → 生活サポート ⑤介護予防支援 → 短期集中（または筋トレ）もしくは生活サポート</p>	○	○	<p>途中でケアマネジメント類型を変更した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その月のケアマネジメント費は上位プランが優先。 (例：①の場合、ケアマネジメントAの算定となり、初回作成料は算定できない。評価料は算定可。) ・ケアマネジメントCの初回作成料は原則初回のみ算定可。
	<p>サービスマネジメントAまたはくらし元気</p>			<p>例)</p> <p>7月 ケアマネジメントAまたはくらし元気のプラン評価 8月 短期集中（または筋トレ）開始 → 初回作成料算定 10月 短期集中（または筋トレ）評価 → 評価料算定</p>
2	<p>ケアマネジメントAまたはくらし元気に、短期集中(または筋トレ) もしくは生活サポートを追加する場合</p>	×	×	<p>ケアマネジメント費は上位プランが優先</p>
	<p>サービスマネジメントAまたはくらし元気 + 短期集中（または筋トレ）もしくは生活サポート</p>			<p>例)</p> <p>6月 ケアマネジメントAまたはくらし元気のプランを評価 7月 短期集中（または筋トレ）もしくは生活サポートを追加したプラン開始 → 上位プランが優先になるため、短期集中（または筋トレ）もしくは生活サポートの初回作成料は算定不可。 10月 プラン評価 → マネジメントAまたはくらし元気の基本報酬算定</p>
3	<p>短期集中の評価後、筋トレを利用する(またはその逆)場合</p>	○	○	<p>初回加算の考え方と同様</p>
	<p>サービスマネジメントAまたはくらし元気</p>			<p>例)</p> <p>①6月 短期集中（または筋トレ）評価 → 評価料算定 9月 筋トレ（または短期集中）開始 → 初回作成料算定</p> <p>②6月 短期集中（または筋トレ）評価 → 評価料算定 8月 筋トレ（または短期集中）開始 → 初回作成料算定不可 10月 筋トレ（または短期集中）評価 → 評価料算定可。</p>

介護予防ケアマネジメント早見表

地域包括支援センター				市		市		市		市		市				
ケアマネジメント類型	相談受付	居宅への委託	サービス種別	プラン作成書類		プラン作成書類		市へ提出		給付管理		市へ提出				
				初回・更新	毎月	評価時	給付管理	毎月	評価時							
地域包括支援センター アフォーレ福祉窓口 支所市民生活動	相談受付		・基本チェックリスト (LLSS入力) ・要介護認定等申請	保険証・負担割合証 (市・本人)	アセスメントによりサービス決定 (事業対象者・要支援の区分はされてくるが、アセスメント結果により給付サービス必要者は認定申請に直す) アセスメントによりサービス決定 (事業対象者・要支援の区分はされてくるが、アセスメント結果により給付サービス必要者は認定申請に直す)	介護予防ケアマネジメント依頼書 (プラン作成日より前の日付にする)	プラン作成	要支援認定	取り扱い	マネジメント費 請求先	プランについて					
通所訪問 サリサービス 希望																
ケアマネジメントA (原則的な ケアマネジメント)	○		介護予防訪問サービス 介護予防通所サービス		① 利用者基本情報 (様式4-1, 4-2) ※更新時は追記変更なければ提出不要 ② 介護予防サービス・支援計画書 (指定介護予防支援と同じ様式) (様式5) ③ 新規のみ:各課アセスメントシート(参考様式8-1, 8-2, 8-3)及び担当者会議議(様式6-1, 6-2) ※介護予防訪問(通所) サービス利用の原則ケアマネジメントAの新規。同行訪問者は提出不要。要介護度で同種サービスの利用者が要支援となったケースは不要。アセスメントシートについては各事業所で使用しているもの可。 ④ 介護予防支援経過記録 (様式6-2) ⑤ 介護予防サービス・支援評価表 (様式7)	① 利用者基本情報 (様式4-1, 4-2) ※更新時は追記変更なければ提出不要 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ④ 介護予防サービス・支援評価表	無	○	○	無	必要 (要支援)	予防給付 申請書は介護予防 ケアマネジメント費として取 扱はつらつ請へ請求	介護予防支援 ケアマネジメント	国保連 国保連	介護予防支援 類型によって異なる	
ケアマネジメントB (簡略化した ケアマネジメント)	○		くらし元気アップ事業		① 利用者基本情報 ※更新時は追記変更なければ提出不要 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 介護予防支援経過記録 ④ 介護予防サービス・支援評価表	① 利用者基本情報 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 利用申請書 (様式10) (包括はLLSS入力) ④ 介護予防支援経過記録 ⑤ 介護予防サービス・支援評価表	無	○	○	無	不要 (事業対象者)	○	○	○	○	【直接サービス提供事業所へ提出】 □利用者基本情報 □介護予防サービス・支援計画書 (ロサービス提供票・サービス提供票別表) ※保険証・負担割合証はサービス事業所が本人に確認する
ケアマネジメントC (初回のみ)	×		生活サポート事業 (委託分) 生活サポート事業 (補助分)		① 利用者基本情報 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 利用申請書 (包括はLLSS入力) ④ 介護予防支援経過記録	① 利用者基本情報 ② 介護予防サービス・支援計画書 (簡略版) ③ 利用申請書 (包括はLLSS入力) ④ 介護予防支援経過記録	無	×	×	無	×	○	×	×	【包括一長業はつらつ課→サービス提供事業所】 ※利用申請書、利用者基本情報を包括がLLSSに入力することにより、長業はつらつ課が下記資料を事業所へ送付。申請者へ利用決定通知を送付 ■利用者基本情報 ■業務評価書 ■下記プランのいずれか作成送付 ●介護予防サービス・支援計画書 ・ケアマネジメントA, B ●介護予防支援(総合事業併用時) ●介護予防手帳 ■基本チェックリスト (短期集中レベルアップ事業または、筋力向上トレーニング事業を利用する事業対象者のみ)	
			一般介護予防事業 地域活動・民間事業のみ		① 介護予防手帳	① 介護予防手帳	無	×	×	無	×	無	×	×	団体へは送付書類は無 団体へ電話連絡の際、要支援(事業対象者)であり、生活サポート事 業として利用希望であることを団体に伝える。	

＜介護予防サービス・支援計画書＞

資料5

『介護予防支援業務の手引き』より

No. _____

利用者名 様 (男・女) 歳 認定年月日 令和 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 事業対象者 要支援1・要支援2

計画作成者氏名 長岡 花子 RO年〇月〇日～ 長寿 太郎 ※1 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 _____

イメージ：短期目標 _____

イメージ：長期目標 _____

1日	介護予防のために日課にする事柄	新聞をとりに行く等	1年	1年後に可能となっていることが期待できる事柄	予定したい行事
----	-----------------	-----------	----	------------------------	---------

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					
							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	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
<p>★領域ごとに日常生活の状態を整理。できないことだけでなくできることにも着目。本人の特徴、環境を含め課題や目標に繋がる事を簡潔に記載</p> <p>運動・移動について歩行状態、利用交通機関、環境面など移動に係る状況を記載</p> <p>日常生活(家庭生活)について何をどのように行っているか生活行為、家事、住居の管理、経済の管理など</p> <p>社会参加、対人関係、コミュニケーションについて友人関係、家族間の関係、楽しみ、町内活動、ボランティア活動など</p> <p>健康管理について医療、健診、歯、爪、保清、水分摂取、食事内容等、心身の健康管理で行っていること、気を付けていること</p>	<p>各項目で本人や家族が</p> <ul style="list-style-type: none"> ○現状をどう捉えているか ○機能低下の自覚の有無 ○今後どうしていきたいと考えているかを記載 <p>〈本人〉 ～ができるようになりたい～したいけど自信がない等</p> <p>〈妻・夫〉等 ～を続けるように～はわりないで～ができるように～なっている等</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>どちらかにチェックを入れる</p> <p>各項目において問題となっていることやその原因、背景についてさまざま観点から整理、分析した上で今後の予測も含めて記載する</p> <p>基本チェック、主治医意見書も参考にする</p> <p>～だから～の可能性はある</p> <p>～による～のおそれがある</p> <p>～のために～の必要性がある等</p> <p>★課題が無い場合や課題があっても優先度が低く今回のプランで取り上げない場合は無にチェックし、判断した理由を記載する</p>	<p>領域における課題で分析した結果を踏まえ、そのなかで優先的に取り組む課題を記載。課題が生活にどのような影響をもたしているのかまで言及すると良い</p> <p>★意向や目標、解決策は記入しない</p>	<p>ケアマネジャーが本人・家族に向けて提案する総合的課題を解決するための目標と具体策を記載</p> <p>〈目標〉 課題を解決することのできるようになる (なりたい)日常生活上の動作や作業、行動等のできる限りに具体的に記載</p> <p>〈具体策〉 課題を解決し目標を達成するために取り組む介護保険サービス、セルフケア、家族の支援、インフォーマルサービスを記載</p> <p>★目標と具体策は分けて記載</p>	<p>ケアマネジャーが提案した具体策について本人・家族の感想や意見</p> <p>★本人と家族を分けて記載</p> <p>〈本人〉 …………… 〈妻・夫・長女等〉 ……………</p> <p>★利用者の視点で ★サービスの利用を目的としない ★安全、安楽といった表現は、評価が難しくなる</p>	<p>イメージ：短期目標 ケアマネジャーが提案した目標を含め利用者、家族と一緒に検討し合意した結果を記載</p> <p>～をする ～ができる ～したい</p> <p>★サービスの利用を目的としない ★安全、安楽といった表現は、評価が難しくなる</p>	<p>★家族を含む支援者共通の留意点</p> <p>★記入したい事柄で他の項目に入りきらないもの</p>	<p>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</p> <p>★目標達成のために本人が継続して取り組むこと、新たに取組むこと</p> <p>★現在家族が支援していること、これから新たに支援すること</p> <p>★インフォーマルサービスに依頼すること</p>	<p>介護予防サービス事業所が介護予防サービス計画として立案し実施できるサービスを記入</p>	<p>サービス種別</p>	<p>事業所</p>	<p>期間</p> <p>目標を達成するために必要な期間を設定開始日と終了日を記載</p>

【本来自らケアマネジャーが実施できない場合】
【本人や家族と一緒に目標と具体策を検討】

【CMの提案】

【本人や家族と一緒に目標と具体策を検討】

【ケアプラン】

総合的方針：生活不活発病の改善予防のポイント
状態の改善、予防に向けて取り組む共通の方向性や留意点

記入は必須
主治医意見書、主治医との直接のやり取り、本人等から得られた情報をもとにプラン立案上の留意事項を記入

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

必要事項
主治医意見書、主治医との直接のやり取り、本人等から得られた情報をもとにプラン立案上の留意事項を記入

必要事項プログラムプログラムの下欄に〇印と基本チェックリストの点数をつけてください

No1～20	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
--------	------	------	------	---------	-------	------

【包括の意見】
包括支援センター

[確認印] 包括支援センター名、担当者氏名、確認日を記載 (ゴム印可)

上記計画について、同意いたします。
令和〇年〇月〇日 氏名 地域 支援者

代筆 地域センター

介護予防支援・サービス評価表

評価日

No. 利用者氏名 様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 <small>達成/未達成</small>	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>目標が複数ある場合はそれぞれについて評価を行う 評価期間が終わっていないものについても一旦評価を行う</p>		<p>目標がどの程度達成できているのか具体的に記載する</p> <p>【達成】か【未達成】で判断する 一部達成は【未達成】とする</p>		<p>目標が達成されなかった原因を目標設定の妥当性も含めて利用者・家族の認識を確認して記載する</p>	<p>利用者・家族の意見を含めプラン作成者としての評価を根拠とともに記載する</p>	<p>目標達成状況や達成しない原因を踏まえ、この目標を設定した課題に対する今後の取り組みについてケアマネジャーとしての専門的観点をもつて記載する</p>
<p>委託の場合は包括が記載 評価後新たなプラン作成をする場合は基本的には新たな目標が設定された め変更を選択 サービスが不要になり新たな介護予防サービス計画を立案しない場合は終了 を選択 計画期間中に入院など一時的に中断し、退院後状態や意向の変化がなく改めて同じプランを実施する場合は継続を選択 (参考)地域包括支援センター運営マニュアル 2 訂 p 298 (H30.6 発行)</p>						
<p>地域包括支援センター意見</p> <p>委託の場合は包括が記載する ○プランに基づいて実施したサービスの効果、維持悪化等の判定とその根拠 ○確認日、包括支援センター名、担当者氏名を記載 (捺印不要、ゴム印可)</p>						
<p>総合的な方針</p> <p>今後の方針の総括を記載する 次のプランの総合的方针 (プラン書式右下) と 同一の方向性を持つようすること</p>						
<p>□ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了</p> <p>□ 介護給付 □ 予防給付 □ 介護予防特定高齢者施策 (総合事業) □ 介護予防一般高齢者施策 □ 終了</p>						

居宅(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・委託先(変更)届出書の再提出

	変更内容	届出の提出
担当事業所・包括の変更	全て	○ 必要
サービスの変更	介護サービス ⇄ 介護予防サービス	○ 必要
	介護サービス ⇄ 総合事業サービス	○ 必要
	介護予防サービス ⇄ 総合事業サービス (※要支援1、2の者が、チェックリストを受け 事業対象者になった場合は再提出が必要)	× 不要
認定区分の変更	要介護1～5 ⇄ 要支援1、2	○ 必要
	要介護1～5 ⇄ 事業対象者(チェックリスト該当)	○ 必要
	要支援1、2 ⇄ 事業対象者(チェックリスト該当)	○ 必要

同行訪問について

地域包括支援センター(ケアマネジャー)と市による訪問

<対象>

- ・ **新規**で介護予防訪問サービスまたは介護予防通所サービス利用を希望している**介護予防ケアマネジメント**ケース(※新規とは、過去に介護(予防)給付サービスを利用したことがある者、くらし元気アップ事業等の介護予防・生活支援サービスからの移行ケース、障害サービスからの移行ケース、住宅改修及び福祉用具購入の実績がある者を除いた者)
- ・ 担当者がサービス利用の判断に迷っており、相談のあったケース(新規利用にこだわらない)

同行訪問について

地域包括支援センター(ケアマネジャー)と市による訪問

<留意点>

- ・ 新規については、その時点で具体的なサービス利用の希望がない場合も、介護予防ケアマネジメントAとなる可能性があるものについては同行する。
- ・ 認定申請中も対象とする。
- ・ 訪問当日の依頼は、業務の都合によりお断りする場合もある。
- ・ 新規の場合、すでに担当者が情報収集もしくは課題分析を行った者については、利用者等の負担を考慮し、同行は行わない。

同行訪問について

リハビリ職による同行訪問について

<対象>

- ・ **介護予防・生活支援サービス**を利用している又は利用を考えている者のうち、**リハビリ職によるアセスメント**に基づきケアマネジメントを行う必要がある者

⇒例えば…

- ・ 生活機能の改善見通しが立てにくいケース
- ・ 自立支援の合意が本人や家族ととりにくいケース
- ・ サービスを実施したものの改善効果が得られないケース
- ・ モニタリング等においてサービス継続等の判断に迷うケース

※新規利用のタイミングにはこだわらない

※同行訪問の日程は、依頼から最短でも2週間ほどの期間を要するため、緊急対応は不可

介護予防ケアマネジメントについて

H29. 6. 30

地域包括支援センター研修会資料（一部改正）

介護保険法（介護予防ケアマネジメントマニュアル P4）

介護保険法第 1 章総則第 1 条（目的）

「～ “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～」

介護保険サービスにかかわらず、**地域での暮らしを支援する際には、「自立支援」と「尊厳の保持」は基本理念**となります。（地域包括ケアシステムの基本理念）

1 介護予防ケアマネジメント相談員確認実施項目

- ① 保険証発行者と介護予防ケアマネジメント関係書類の提出書類確認
- ② 認定情報とプラン作成日、プラン期間、評価日等の矛盾が無いように確認
- ③ アセスメント～目標設定～利用サービスのつながり等を確認

2 目標設定 ※4月～6月中旬までの介護予防ケアマネジメント記載目標抜粋

- ・あと 10 年は一人暮らしができるように。
- ・人の世話にならなくても生活できる。
- ・もの忘れを防ぎながら生活したい。
- ・心身ともに今の生活を維持したい。
- ・くらし元気アップ事業の仲間と交流して元気で寝たきり予防する。
- ・今の生活を安定して続けられるように、定期的に運動と他者との交流をする場をつくる。
- ・気分転換をし、元気な気分で生活できる。
- ・転ばない生活をする。
- ・気分転換するために交流する。
- ・楽しく交流に参加し、元気に生活できる。
- ・介護されないよう元気に過ごす。
- ・認知症予防と健康増進
- ・週 1 回以上人と話す。

- ⇒ 上記は本人の希望として発せられた言葉が目標とされていると思います。
 しかし、その中に含まれている個々のいくつかの課題や思いが一括されすぎ、
 無難に誰にでも当てはまる目標となっているものがあります。
 せっかく丁寧に1人1人をアセスメントしたプロセスが生かされないもつ
 たいない結果になってしまいます。
サービス提供事業所が、本人と包括支援センターが**どんな姿を期待**している
 のか読み取れるよう、現状から目標設定までのプロセスについて具体的な記載
 をお願いします。
そうすることで**事業所は、個々に配慮したサービス提供が効果的**に行えると
 考えます。



- ⇒ 介護保険サービスは自立を目指すものであり、特に軽度者は、そもそも本人にその気がなければサービス利用の効果が望めません。**利用者本人が「自分の心身の健康に責任を持つ」あるいは「もちたい」という気持ちを持ち、目指すべき自分の姿をイメージし主体的な取り組み**ができるように。(月刊介護保険 2017.5 N0255 P16, 17)

●暮らし元気アップ事業 対象者像の再確認を

専門スタッフのサポート→ 理解力の低下や身体機能の低下があり地域の住民主体のサークルへの参加が困難な高齢者

地域の通いの場、趣味の場などの活動に参加できている人は対象ではありません。ADL, IADL の低下、基礎疾患等があり専門スタッフの下での参加が必要な人を利用につなげてください。

また、暮らし元気アップ事業で改善や目標達成がなされた際は、サービスを終了とし、次のステップの活動へ移行させて下さい。

介護予防ケアマネジメントマニュアルのアセスメントフローを今一度確認してください。

●生活サポート事業 自立支援につながるサポートを

介護保険外の生活援助サービスが利用できるという点で、利用者にとっては支援の選択肢が広がりますが、それまで本人ができていた行動を妨げられてしまうような支援では、本来の目的から外れてしまうことになります。自立につながるサポートの一つとして利用の検討をお願いします。

- ・調理の援助（・・・〇〇は自分で切る。一緒に作る。）
- ・買い物援助（・・・一緒に歩いて買い物をする。） など

介護保険制度の自立の理念

- ① **身体的自立（ADL、IADL、健康管理）**
 介護が必要になっても自分でできることを可能な限り維持し、増やしていく。
 - ・機能や動作がより自立する
 - ・より少ない支援で生活する
 - ・潜在能力を活用する
 - ・現状以上の悪化防止
 - ・潜在的な危険性を防ぐ
- ② **社会的・精神的自立**
 人の暮らしに不可欠な、地域とのつながりや他者との交流や活動を大切にした暮らしをする。
 - ・より多くのことを自分で意思決定（自己選択・自己決定）できる
 - ・尊厳やその人らしさが守られる（家族や地域の中で、活動への参加）
- ③ **経済的自立**
 必要に応じ、社会保障の機能を発揮させつつ、経済的な継続性をもつ。

3 作成時の振り返り

<課題分析・アセスメント>
1 利用者の身体・心理状態、生活環境等を情報収集し、利用者の姿や状況がわかる。
2 利用者の残存能力や家族の介護力、利用者の望む <u>生活の姿</u> を把握する。
3 利用者の困りごとやどうしていいかわからない混乱の原因や背景を把握する。
4 利用者が今後どうなっていくのか、支援導入によりどのようになっていくか予測する。
5 利用者の課題が明らかになる。
<計画書作成時>
1 基本事項の漏れがないか。
2 利用者及び家族の生活についての意向

①利用者及び家族の生活についての意向とアセスメントの結果を適切に捉えているか。
②単に利用者が発する言葉やサービスの希望のみの記載になっていないか。
3 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）から目標設定へ
①アセスメントにより抽出された課題のための目標につながっているか。
②目標が「元気に過ごせる。」「人と楽しく交流する。」「できることを続ける。」等抽象的で誰にでも通用するものになっていないか。
③目標が「くらし元気アップに行く。」というサービス内容になっていないか。
④1人1人の目標になっているか。
⑤評価のできる目標となっているか。
⑥緊急性の高いものや、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題から記入しているか。
4 その他
◎基礎疾患管理を考える。
※要介護原因 1 位の脳血管疾患、2 位の認知症の予防は全員に不可欠であり、特に高血圧、糖尿病の基礎疾患がある人は適切な管理の確認をお願いします。

利用者名 A 様 (男・女) 85 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 〇〇〇 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地 (連絡先) 居宅介護支援〇〇〇

計画作成 (変更) 日 平成 29 年 4 月 10 日 (初回作成日 平成 29 年 4 月 10 日) 担当地域包括支援センター： 長岡市地域包括支援センター〇〇〇

* 新規の場合 ケアマネジメント届出日より後 (= 認定日より後)

* 継続の場合 評価日より後 (評価→再アセスメント→プラン作成)

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			
							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)
運動・移動について近所であれば歩いて出掛ける事が出来ている。歩行時にふらつきがあるが、杖や歩行器利用無。自宅の中は、以前に建て増した時の段差が多くあり、壁を伝いながら歩いている。日常生活 (家庭生活) についてゴミ当番の時は、ゴミを入れる町内のカゴの出し入れをする。	本人：自分は弱っていられない。	■有 □無	チェック省略可能。	仲間を作り、家族以外の人と会話を楽しむ 〇〇〇〇〇〇〇〇	本人・家族	くらし元氣アップ事業	〇〇〇〇	H29. 4. 20 ~ H30. 3. 31		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	本人：家の仕事がんばってできている。これから自分ができることは行う。	■有 □無								
健康管理について		□有 □無								

認定有効期間内で長くても概ね1年を目安とする。

- ・評価の時期を明確にし、計画的に支援する事を目指します。
- ・評価は定めた期間の終了時に行います

※短期集中レレアルアップ事業・筋力向上トレーニング事業・生活サポート事業についての利用期間は要確認。

* くらし元氣アップ、筋トレ、短期集中のサービス提供事業所へ

①目標を達成するために実施してほしいポイント

②ケースについて経過を確認してほしいポイント

- ・くらし元氣アップ事業は住民主体の通いの場との違いは、専門職が参加者の状態に配慮し経過を追うことができるサービスであるかどうかです。
- しかし、目的が具体的に示されていないと、何となく楽しく1日を過ごさせて終わりになってしまいう可能性が高いことも予測されます。

<例>

もの忘れ→自分から話しているか、相手の話を理解しているか、表情、生活の不便さ等

糖尿病→体重、食事、運動量等

高血圧→血圧、食生活への配慮

具体的にポイントを示し

「〇〇なら包括に連絡してください。」

* 短期目標、長期目標を達成するための具体的な活動目標を記載する箇所となります。

簡易プランは短期、長期目標の記載不要のため、「何が課題で、どうなることを目的にするのか、その目的達成のために何をどうするのか。利用するサービスは何か。」が意識された目標となっていればわかりやすいです。

(例) アセスメント：歩行の不安定さ→他の生活動作はどうか。なぜ不安定で、その改善の可能性と改善方法はどうか。安全配慮(本人が転倒しやすい箇所や動作を予測できるように知識をとるか)

目標は利用者が望む暮らしを踏まえた上で提案する。

本人の状態像として設定し、成功体験や達成感を持つ。

<記載例>

「〇〇できる」「〇〇ができるようになる」

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合】
【適切な支援の実施に向けた方針】

健康状態について
口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点
高血圧、不眠で通院中。高齢であり徐々に下肢の筋力低下があり、歩行時ふらつきがあるため転倒のリスクが高い。
以前転倒し、右肩を痛めている。

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

計画に関する同意

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日 氏名

サービス利用日より前、認定日より後

No. _____ 様 (男・女) 77 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

利用者名 B _____ 様 (男・女) 77 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名 ΔΔΔ 計画作成(変更)日 平成 29 年 5 月 6 日 (初回作成日 平成 29 年 5 月 6 日) 担当地域包括支援センター: ΔΔΔ

委託の場合: 計画作成者事業者・事業所名及び所在地 (連絡先) _____

目標とする生活 _____

要支援 1・要支援 2

事業対象者

要支援 1・要支援 2

認定済・申請中

初回・紹介・継続

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	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 右膝の感覚が鈍く痺れがあるため、立ち座りに時間がかかり正座ができない。足の拳がりが悪く、すり足歩行で階段昇降動作に支障がある。転倒経験あり15分経てて歩けない。 日常生活(家庭生活)について 日常的な家事は家族が行っており妻の受診送迎や買い物に行っている。	<本人> 運動して、階段昇降動作ができなくなるようになりたい。	■有 □無			本人・家族	足がしっかり上がり、歩行が15分続くよう下肢筋力をつけ、友人とゴルフを楽しむようになる。		<本人> ・膝の具合を専門職員に相談しながら無理のない運動をしていく。 ・自主運動を続ける。	筋力向上トレーニング事業 ①膝の痛みに応じた運動メニューの提案 ②身体機能の評価 ③自宅でもできる体操の紹介		〇〇〇	H29. 6. 1 ~ H29. 8. 30
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 膝が痛くなるまでは、友人とゴルフやボーリングを楽しんでいたが、今は交流がなくなってきた。町内会の集まりには出かけている	<本人> 車がないと不便なので、運転ができてほしい。	□有 ■無										
健康管理について 高血圧にて生協がおか月に毎月定期受診している。コントロール良好で、塩分や体重増加に気をつけている。	<本人> 定期受診は続けたい。	□有 ■無										

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
 立ち上がり時や歩行は転倒に留意する。

【本来自らうべき支援が実施できない場合】
 適切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○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	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

【意見】
 地域包括支援センター

【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。
 平成 29 年 5 月 20 日 氏名 ΔΔΔ

事業対象者

要支援 1・要支援 2

認定済・申請中

初回・紹介・継続

No.

利用者名

C 様 (男・女)

89 歳

認定年月日

平成 29 年 5 月 27 日

認定の有効期間

年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名

□□□

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター： □□□

計画作成（変更）日

平成 29 年 5 月 27 日（初回作成日 平成 29 年 5 月 27 日）

□□□

目標とする生活

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	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
<p>運動・移動について腰痛や膝痛があり、時々転倒する事がある。腰が曲がっており歩行不安定。自宅内は柱やテーパーにつかまり移動する。シルバーク一や杖は時々使用する。自宅で運動する機会もない状況。</p>		<p><本人> 転ばないようしたい。 <家族> 転倒が心配。暖かくなったら散歩にでも出かけてほしい。</p>	<p>■有 □無</p>	<p>総合的課題</p>	<p>課題に対する目標と具体策の提案</p>	<p>具体策についての意向</p>	<p>本人・家族</p>	<p>毎日 1 品料理をすることが継続できる。 ・腰痛・膝痛の緩和方法を学び、下肢筋力を維持する。 ・転倒の要因を知り転倒を防ぐ。</p>	<p><本人> 今できている家事を継続する。 ・天候をみてシルバーク一を使い近所を散歩する。 <家族> ・できない家事の支援・地区活動に参加できそうなことがあった際は本人へ提案する。</p>	<p>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） くらし元気アップ事業 ①血圧、めまい、頭痛確認（体調確認） ②腰痛、膝痛の緩和と下肢筋力向上のための運動プログラムを提供。 ③運動指導員から転倒しやすい状況を教えてもらう。 ④歩行時の見守り ⑤料理メニューを確認</p>	<p>〇〇〇</p>	<p>要支援 1・要支援 2</p>	<p>H29. 6. 1 ~ H29. 8. 30</p>	
<p>日常生活（家庭生活）について 毎日味噌汁作りやおかずを 1 品程作っている。買い物は夫の車で行くこともあれば、家族に食材を頼むこともある。時々ミシンを使うこともあるが（ズボン丈上げ等）、手元が見えにくいため以前に比べて作業する回数は減った。</p>		<p><本人> 家事が億劫になってきたが、できることは続けたい。 <家族> 調理するため助かっている。今後も出来る事は続けてほしい。必要時は支援したい。</p>	<p>■有 □無</p>	<p>総合的課題</p>	<p>課題に対する目標と具体策の提案</p>	<p>具体策についての意向</p>	<p>本人・家族</p>	<p>おかず 1 品。「今も作っている。」 「本人も続けたい。」「家族助かっている。」</p>	<p><本人> 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて平成 29 年 3 月まで、はつらつ会に参加していたが、その他定期で外出することはない状況。近所に孫の家があり孫が遊びに来ることがあるが、自分に行くことは少ない。 知人もおらず、お茶のみ等の交流はない。 健康管理について内科は毎月 1 回、定期受診している。整形外科は痛みに応じて行っており不定期。片頭痛あり、内服がある。血圧は内服加療中だが、過去に 160 台と高い時があった。外出先でめまいにて倒れたことがあったが現在は落ち着いている。</p>	<p><本人> 体調に合わせ無理せず過ごしたい。 <家族> 無理のない範囲で家事等を</p>	<p>〇〇〇</p>	<p>要支援 1・要支援 2</p>	<p>H29. 6. 1 ~ H29. 8. 30</p>	

関係機関連絡先

長岡市役所	連絡先	住所（長岡市略）
長岡市役所 長寿はつらつ課	39-2268	幸町2丁目1番1号
中之島支所 地域振興・市民生活課	61-2015	中之島788
越路支所 地域振興・市民生活課	92-5906	来迎寺3697
三島支所 地域振興・市民生活課	42-2246	上岩井1261-1
山古志支所 地域振興・市民生活課	59-2333	山古志竹沢乙461
小国支所 地域振興・市民生活課	95-5900	小国町法坂793
和島支所 地域振興・市民生活課	74-3113	小島谷3434-4
寺泊支所 地域振興・市民生活課	75-3113	寺泊烏帽子平1977-8
栃尾支所 市民生活課	52-5836	金町2-1-5
与板支所 地域振興・市民生活課	72-3190	与板町与板甲134
川口支所 地域振興・市民生活課	89-3112	東川口1974-26

地域包括支援センター	連絡先	住所（長岡市略）
地域包括支援センター なかじま・おもてまち	30-1121	表町2-2-21
地域包括支援センター けさじろ	37-5700	今朝白2-8-18
地域包括支援センター ふそき	25-3354	新保町1399-3
地域包括支援センター みやうち・やまこし	39-0080	曲新町566-7
地域包括支援センター まきやま・みしま	29-7005	槇山町1592-1
地域包括支援センター にしながおか	29-6621	三ツ郷屋下川原383-1
地域包括支援センター なかのしま・よいた	61-2600	中野中甲1666-2
地域包括支援センター こしじ・おぐに	41-3201	浦3060
地域包括支援センター わしま・てらどまり	74-3808	小島谷3422-3
地域包括支援センター とちお	53-2265	栃尾泉419-2
地域包括支援センター かわぐち	89-3974	西川口1168

長岡市介護予防ケアマネジメントマニュアル

発 行 平成 29 年 4 月 27 日

改 訂 平成 30 年 4 月 1 日

令和 4 年 4 月 1 日

編 集 長岡市福祉保健部長寿はつらつ課

電 話 0258-39-2268

FAX 0258-39-2603