

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8年6月



## 目 次

1 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業） .....	1
2 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 .....	3
3 介護予防ケアマネジメントの概要 .....	4
4 介護予防ケアマネジメントの考え方 .....	6
5 長岡市の方針 .....	7
6 サービス利用対象者の考え方 .....	8
7 基本チェックリストについて .....	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類型 .....	11
10 介護予防ケアマネジメント類型別作成書類 .....	15
11 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 .....	16
12 介護予防ケアマネジメント報酬 .....	17
13 要介護認定等申請した場合の資格の取扱い及びケアプランについて .....	22
14 生活保護法における介護扶助について .....	23
15 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 .....	24
16 総合事業サービスの併用について .....	25

### <ケアマネジメント関連様式>

様式1 基本チェックリスト .....	28
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 .....	31
様式3 興味・関心チェックシート .....	32
様式4-1 実態把握・利用者基本情報 .....	34
様式4-2 利用者基本情報 .....	35
様式5 介護予防サービス・支援計画書 .....	37
様式6-1 サービス担当者会議の要点 .....	38
様式6-2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 .....	39
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 .....	40
様式8 介護予防サービス利用申請書 .....	41
様式9 介護予防手帳～私のプラン～ .....	42
様式10-1 課題整理表 .....	44
様式10-2 生活行為向上アセスメント① .....	45
様式10-3 生活行為向上アセスメント② .....	46
参考：「課題整理表・生活行為向上アセスメント①②」の活用方法 .....	47

<参考>

資料 1	介護予防ケアマネジメント早見表 .....	54
資料 2	アセスメントフロー .....	55
資料 3	初回及び評価作成料の算定可否一覧表 .....	56
資料 4	介護予防サービス・支援計画書 .....	57
資料 5	介護予防支援・サービス評価表 .....	58
資料 6	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 .....	59
資料 7	同行訪問について .....	60
資料 8	介護予防マネジメントについて「H29.6.30 研修会資料」 .....	61
	関係機関連絡先 .....	65

# 1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

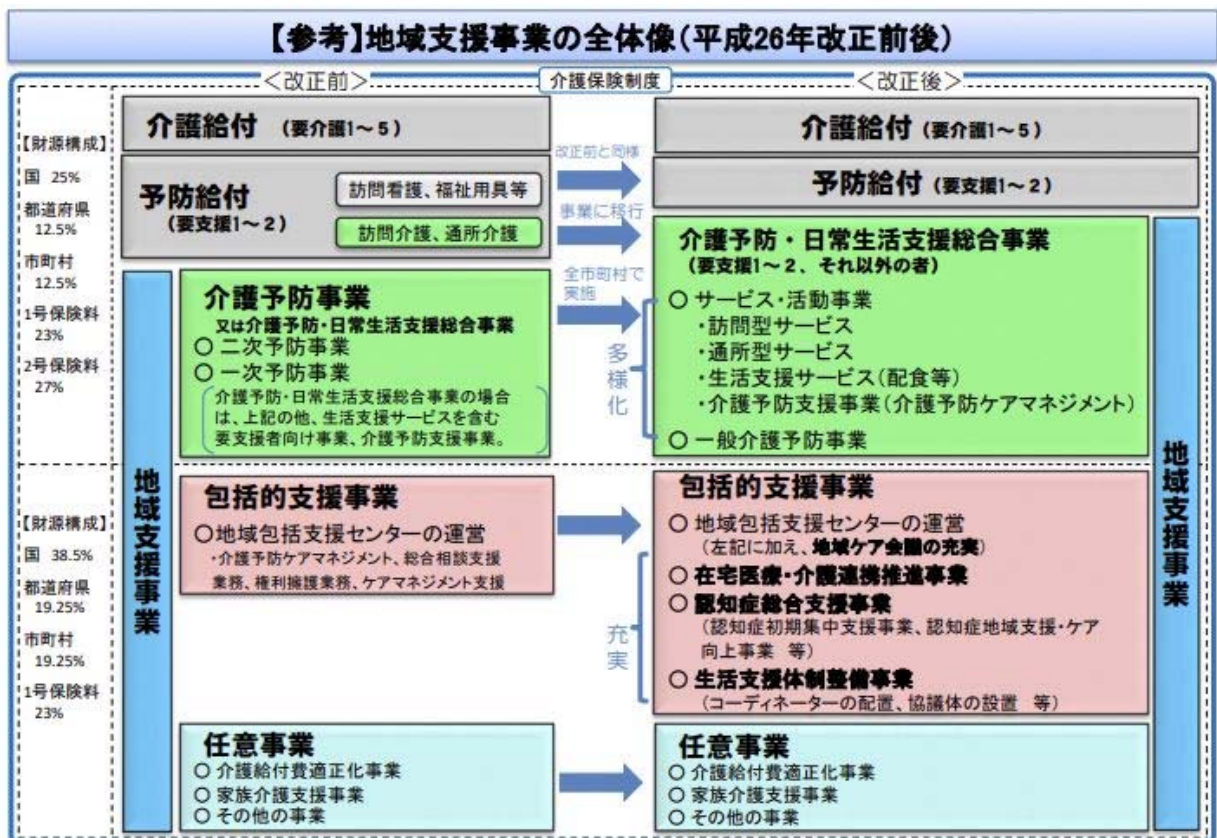
「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）の施行に伴い、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という）第 115 条 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）の実施が規定されました。

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)



## 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サービス・活動 A（緩和した基準）や、サービス・活動 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サービス・活動 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サービス・活動 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8年6月現在)】

長岡市サービス名称	国が示す分類	内 容
指定相当訪問型サービス	従前相当サービス	旧介護予防訪問介護に相当するもの
生活サポート事業 (委託・補助)	サービス・活動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
指定相当通所型サービス	従前相当サービス	旧介護予防通所介護に相当するもの
くらし元気アップ事業	サービス・活動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	サービス・活動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	サービス・活動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

## 2. 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。

### 3. 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、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（以下「居宅介護支援事業所」という）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。

（令和8年3月13日一部改正 「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）の実施及び介護予防手帳の活用について」 P4）

- 居宅介護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事業所は、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 ケア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 (予防給付)
	サービス・活動事業	第 1 号介護予防支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者指定【法第 115 条の 45 の 3 第 1 項】</li> <li>・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】</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第 1 号事業支給費(総合事業)</li> <li>・委託料(総合事業)</li> </ul>
事業対象者	サービス・活動事業	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	介護予防ケアマネジメント
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防給付のみ利用者</li> <li>・予防給付とサービス・活動事業の両方を利用する要支援 1, 2</li> </ul>	サービス・活動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"> <li>・指定介護予防支援事業所</li> <li>・居宅介護支援事業所へ委託可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター</li> <li>・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)</li> </ul>
報酬単位	国の定める額	介護予防ケアマネジメント早見表参照(資料 1)
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

## 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サービス・活動事業（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. 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。」**

## 6. 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**」（様式 1）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。

## 7. 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に記入してもらいます。

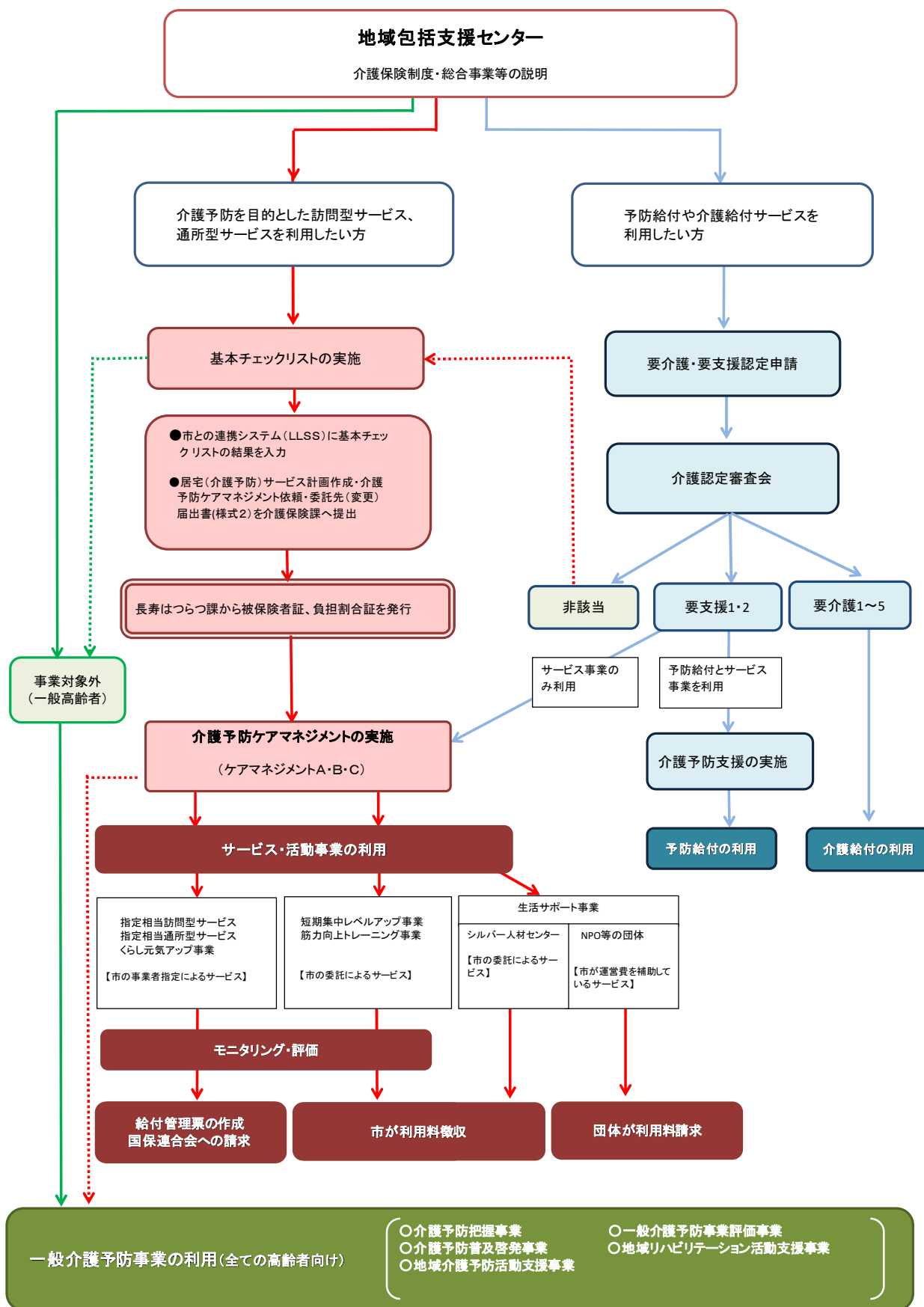
### 【事業対象者の有効期限】

- ◆ 基本チェックリスト実施日より 2 4 か月とする。

更新時は有効期限の約 2 か月前を目途に長寿はつらつ課が利用者へ通知します。

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

## 8. 相談からサービス利用までの流れ



**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

**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

(R4年改正 ガイドライン P64)

○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し、介護保険課へ「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（以下「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」という）」（原本）を提出してください。なお、認定区分の変更やサービスの変更で介護予防ケアマネジメント依頼届出書の再提出が必要な場合もありますので、「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」（資料6）を確認してください。

○居宅介護支援事業所が基本チェックリストを実施する場合は、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てください。

## 【利用契約について】

### ○ 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。

### ○ 重要事項説明書

ケアマネジメントA, Bについて実施する場合に説明を行ってください。

#### ※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た上で、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。

## 9. 介護予防ケアマネジメント類型

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、3パターンに分けて実施します。

ケアマネジメント類型	対象事業	内容
ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	指定相当訪問型サービス 指定相当通所型サービス	原則的なケアマネジメントを実施。 (介護予防支援と同様)
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 短期集中レベルアップ事業 筋力向上トレーニング事業	簡略化したケアマネジメントを実施。 (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確認可。 様式は簡略化したものでも可※)
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)	アセスメントを実施。 介護予防手帳を活用

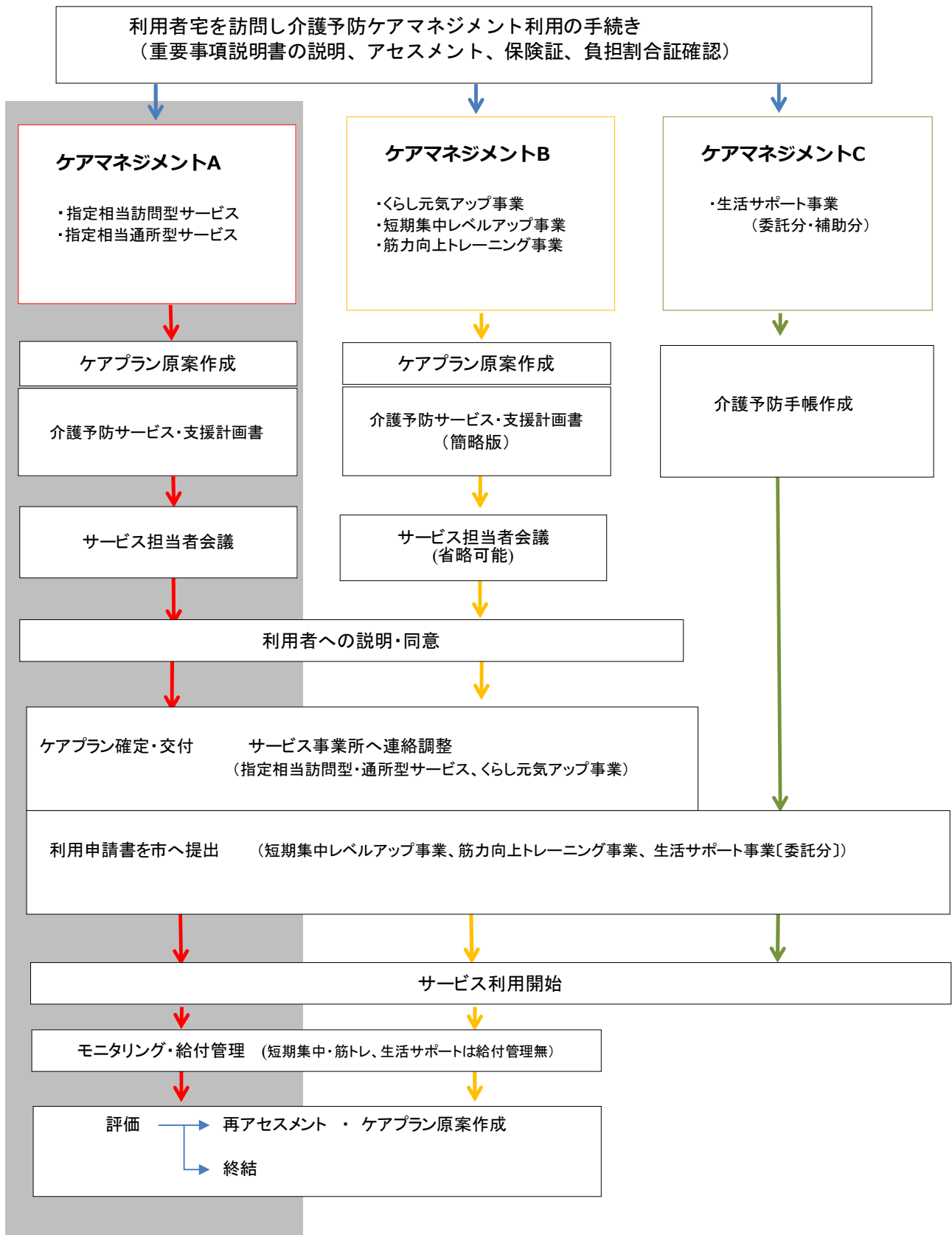
その他のケアマネジメント(総合相談として実施)

一般介護予防事業、民間の各種サービス等

※ 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サービス・活動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、利用初回と中間、終了時にモニタリングを実施し事業者と検討を行うことで、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。

# 【介護予防ケアマネジメントのプロセス】



## 【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 居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（様式3）などを活用しながら、現在の状況を把握し、「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。  
※アセスメントフロー（資料2）参照

### (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の類型を決め、介護予防サービス・支援計画書（様式5）（以下、「ケアプラン」という）を作成します。（ケアマネジメントBの様式は簡略版でも可）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。

<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。

総合事業のサービス・活動の実施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  
と実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出  
せるよう明確に設定される必要がある。そのため①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい。

「令和7年7月17日改正 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン P66、67」より

### (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。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**

ケアプランを利用者に交付するとともに、サービス提供事業者にも交付します。

#### **(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**

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

指定相当訪問型サービス・指定相当通所型サービス利用者に対し、介護予防支援と同様に実施。

##### ○ ケアマネジメント B

- ・ 暮らし元気アップ事業の利用者に対し、6か月毎を目安に行う。
- ・ 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、評価時に行う。

##### ○ ケアマネジメント C

生活サポート事業は不要。

#### **(8) 評価**

ケアプランの期間の終了時に居宅を訪問し、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. 介護予防ケアマネジメント類型別作成書類

(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	提出書類 ※1	作成書類
ケアマネジメントA	指定相当訪問型サービス 指定相当通所型サービス	<input type="radio"/> 利用者基本情報 (様式4-1、4-2) ※2 <input type="radio"/> ケアプラン (様式5) <input type="radio"/> アセスメント (参考様式10-1、10-2、10-3) ※3 <small>(様式は各事業所で使用しているもので可)</small> <input type="radio"/> サービス担当者会議録 (様式6-1、6-2) ※3 介護予防支援経過記録 (様式6-2) <input type="radio"/> サービス評価表 (様式7)	
ケアマネジメントB	くらし元気アップ事業	<input type="radio"/> 利用者基本情報 (様式4-1、4-2) ※2 <input type="radio"/> ケアプラン (様式5) 介護予防支援経過記録 (様式6-2) <input type="radio"/> サービス評価表 (様式7)	
	短期集中レベルアップ事業 筋力向上トレーニング事業	<input type="radio"/> 利用者基本情報 (様式4-1、4-2) <input type="radio"/> ケアプラン (様式5) <input type="radio"/> 利用申請書 (様式8) ※4 介護予防支援経過記録 (様式6-2) <input type="radio"/> サービス評価表 (様式7)	
ケアマネジメントC	生活サポート事業 (委託分)	<input type="radio"/> 利用者基本情報 (様式4-1、4-2) <input type="radio"/> 介護予防手帳 ※5 <input type="radio"/> 利用申請書 (様式8) ※4	
	生活サポート事業 (補助分)	<input type="radio"/> 利用者基本情報 (様式4-1、4-2) <input type="radio"/> 介護予防手帳 ※5	
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	介護予防手帳 一般介護予防事業の申し込みは健康増進課へ 電話申し込み	

- ※1 書類作成後、市に写しを提出。
- ※2 ケアプラン更新時に、変更がなければ提出不要。
- ※3 新規の場合に提出。(“新規”とは過去に介護保険サービス(福祉用具購入、住宅改修含む)の利用がないもの) 同行訪問した場合提出不要。
- ※4 地域包括支援センターが担当している事業対象者の場合、LLSSの利用申請管理へ入力。利用申請書の提出は不要。
- ※5 介護予防手帳の5、6ページの写しを提出。更新時(または一旦サービスを終了した後に再開する場合)、変更がなければ初回に作成した手帳の写しを提出。変更がある場合は見え消し修正または再作成した手帳の写しを提出。

## 1 1. 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
指定相当訪問型サービス 指定相当通所型サービス くらし元気アップ事業	地域包括支援センター(またはケアマネジャー)が、事業所と利用の調整	<b>【地域包括支援センター → 事業所】</b> <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス提供票・サービス提供票別表 ※保険者証・負担割合証は事業所が本人に確認する。
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 <u>事前に地域包括支援センター(またはケアマネジャー)から事業所へ利用希望者の状況説明を行い、利用の検討、開始時期の調整を行う。</u> ② ケアプランを作成し、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、他書類を地域包括支援センターへ。地域包括支援センターは、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が利用者へ詳細連絡を入れる。	<b>【地域包括支援センター → 長寿はつらつ課 → サービス提供事業所】</b> ※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。 ■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 ( ●ケアプラン ) ( ●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 介護予防手帳(またはケアプラン)を作成し、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、他書類を地域包括支援センターへ。地域包括支援センターは、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シルバー人材センターが利用者へ詳細連絡を入れる。	
生活サポート事業(補助)	① <u>事前に地域包括支援センター(またはケアマネジャー)から団体へ連絡を入れ調整し、介護予防手帳(またはケアプラン)を作成</u>  <b>【長寿はつらつ課へ送付】</b> ■利用者基本情報 ■下記プランのいずれか ( ●ケアプラン ) ( ●介護予防手帳 )	<b>【団体への提出書類は無】</b> 電話連絡の際、事業対象者(要支援)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	<p>下記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が必要となった者</p> <p>① 要支援1・2又は事業対象者</p> <p>② 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（指定相当訪問型サービスの対象者基準と同様）</p>	<p>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が必要となった者</p> <p>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</p>
支援内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家事援助(掃除、洗濯、買い物、調理)</li> <li>・病院受診付き添い</li> </ul>	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か月4時間まで	無

## 12. 介護予防ケアマネジメント報酬

類型	基本報酬・加算・減算(単位または%)
ケアマネジメントA	<p>基本報酬 442単位</p> <p>初回加算 300単位</p> <p>委託連携加算 300単位</p> <p>介護職員等処遇改善加算 2.1%※</p> <p>高齢者虐待防止措置未実施減算 減算後報酬 438単位</p> <p>業務継続計画未実施減算 減算後報酬 438単位</p>
ケアマネジメントB	<p>【くらし元気アップ事業】</p> <p>基本報酬 73単位</p> <p>初回加算 300単位</p> <p>委託連携加算 300単位</p> <p>移行加算 300単位</p> <p>介護職員等処遇改善加算 2.1%※</p>
	<p>【短期集中レベルアップ事業・筋力向上トレーニング事業】</p> <p>初回・中間モニタリング・評価作成料 370単位</p> <p>移行加算 300単位</p> <p>介護職員等処遇改善加算 2.1%※</p>
ケアマネジメントC	<p>初回作成料 79単位</p> <p>更新・再作成 79単位</p> <p>移行加算 300単位</p>

※基本報酬に各種加算減算(処遇改善加算を除く)を加えた1月当たりの総単位数に、加算率を乗じた単位数を算定する。

## (1) 初回加算

居宅介護支援、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。  
※また、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&AVOL.1 (平成 27 年 4 月 1 日) )
- ② ケアマネジメント C の初回作成料または更新料、再作成料算定の翌月から 2 か月以上経過している場合、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)を開始する際は算定可能
- ③ 介護予防支援からケアマネジメント A またはケアマネジメント B(くらし元気アップ事業)に移行した場合は算定不可
- ④ 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 から、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)に移行する場合は算定不可
- ⑤ 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ことになるので、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 VOL.80)

## (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)

## (3) 移行加算

下位プランへ移行した、以下の場合に算定できます。

介護予防支援もしくはケアマネジメント A から、ケアマネジメント B または C に移行した場合。

※上位プランと下位プランの間にサービス利用のない期間がある場合は算定不可。

※初回加算、委託連携加算との併用不可。

※算定した月より 1 年間は、同一条件での再算定不可。

#### (4) 介護職員等処遇改善加算

ケアマネジメント A またはケアマネジメント B において、所定の要件を満たし、届出を行った場合に算定することができます。

(算定要件等の詳細については R8.3.13「介護保険最新情報 Vol.1479」参照)。

#### (5) 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 の支援費に関する留意点 (資料 3)

- ① 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)については、初回作成料については初回サービス利用月に、中間モニタリングについては開始翌月のモニタリング時に、評価作成料はサービス利用最終月に評価をし算定となる。
- ② 短期集中レベルアップ事業の通所コースまたは筋力向上トレーニング事業の利用後に、続けて短期集中レベルアップ事業の訪問コースを利用する場合(逆も同じ)、初回作成料は算定可。
- ③ 短期集中レベルアップ事業の通所コースを利用後、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 か月以上期間が空いていれば、初回作成料は算定可。
- ④ ケアマネジメント類型を変更する場合、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ついても初回作成料は算定可。
- ⑤ 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。生活サポート事業の更新をした場合及びサービス内容変更や再開など介護予防手帳を再作成した場合にも算定可。

#### (6) 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をしてください。(次頁、図 1～図 3)

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に変わる点に注意してください。

「予防給付サービス+サービス事業」で介護予防支援を実施する場合の注意



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の請求となります。

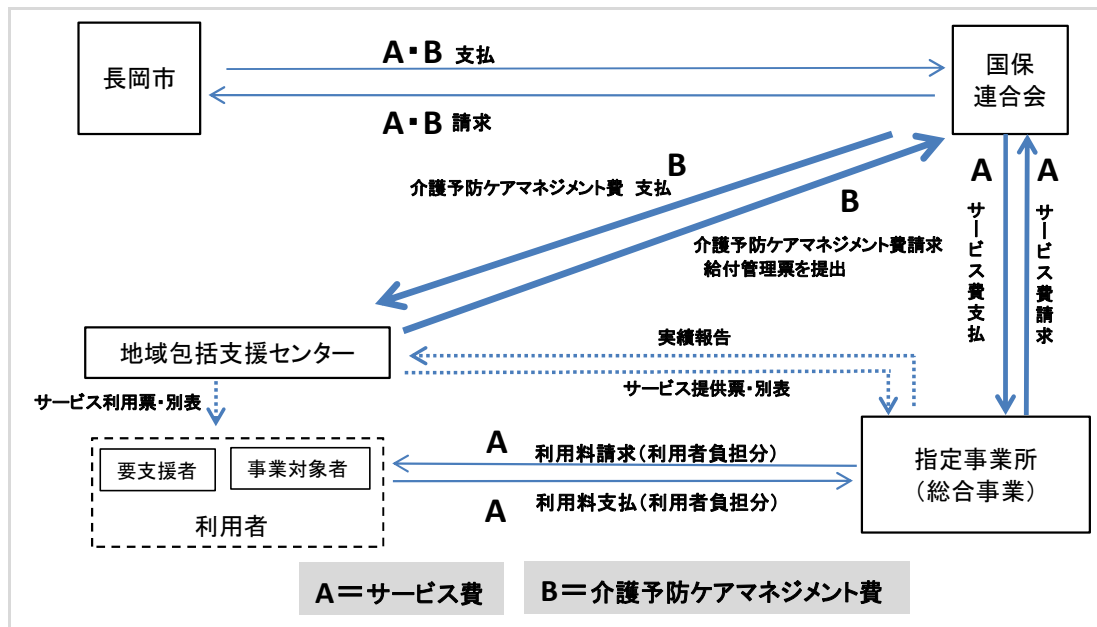
国保連のシステム上、月単位の処理であり予防給付が無い月は、介護予防ケアマネジメントとしてとらえられ、介護予防支援として請求すると返戻になります。

(例) 要支援1・・・デイサービス+ショートステイ

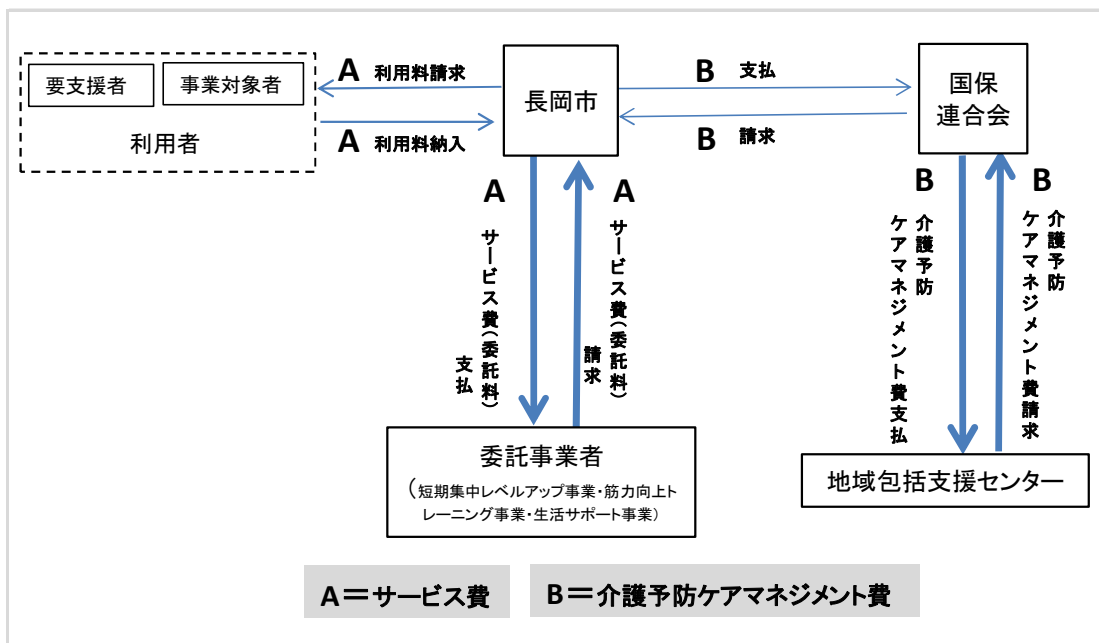
	6月	7月	8月
デイの利用	○	○	○
ショートの利用	×	○	×
請求種別	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント

【サービス種別によるサービス費の請求、支払いの流れ】

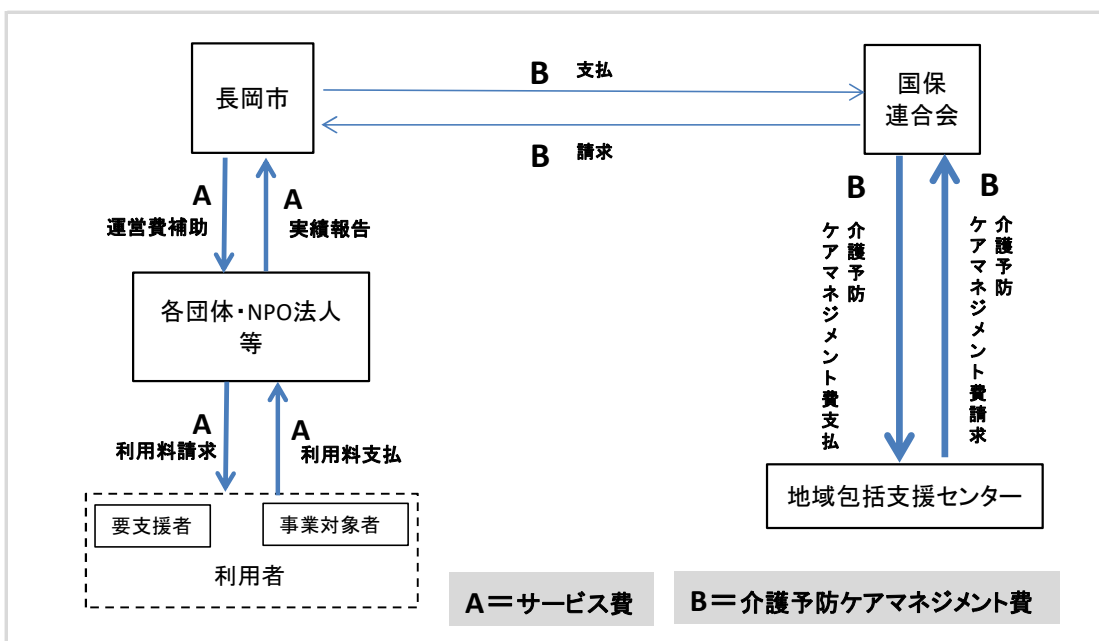
【図1】指定相当訪問型サービス・指定相当通所型サービス・くらし元気アップ事業のいずれかのみを利用する場合(給付管理実施)



(図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)

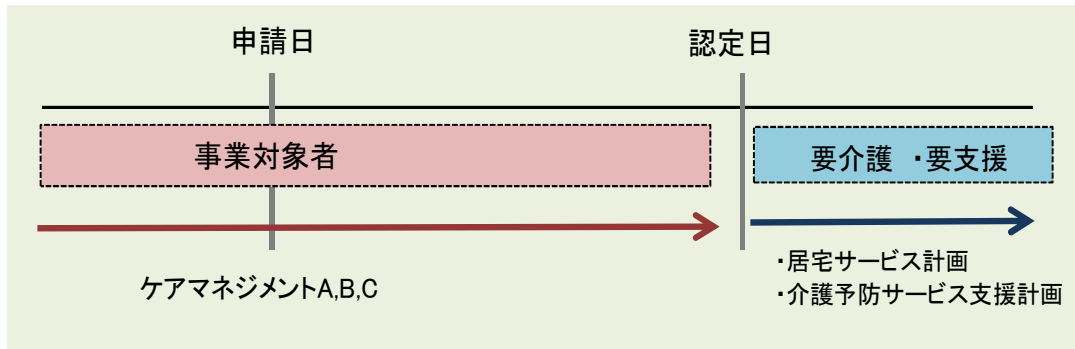


(図3) 生活サポート事業（補助）を利用する場合

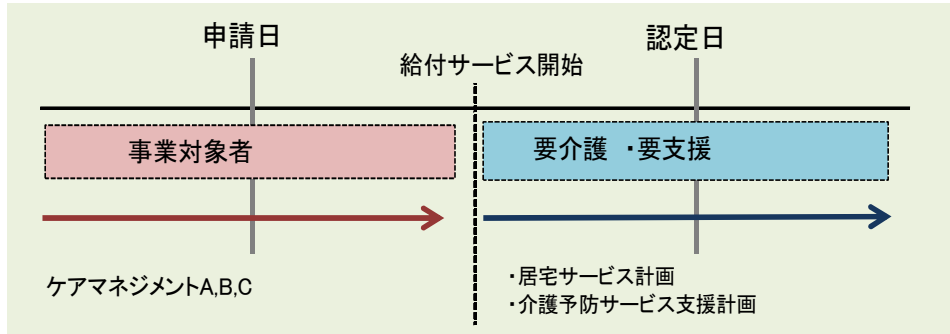


### 1.3. 要介護認定等申請した場合の資格の取扱い及びケアプランについて

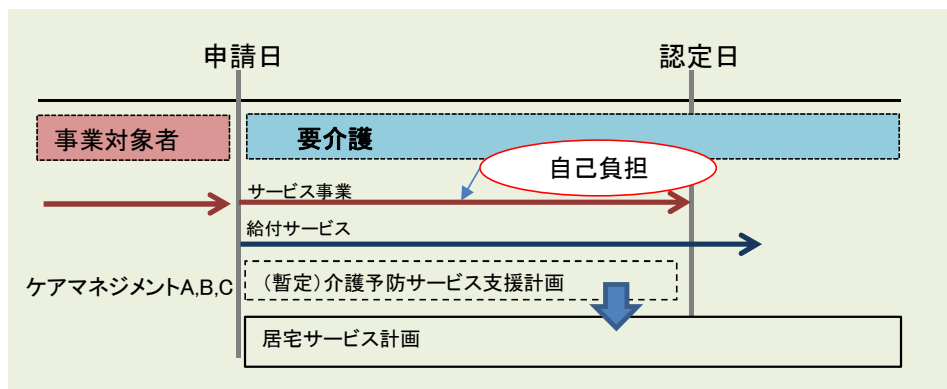
- ① 事業対象者が要介護認定等申請（以下、「申請」という）を行い、要支援、要介護認定を受けた場合、申請日に遡って要支援、要介護の資格が発生し、その前日に事業対象者としての資格を喪失します。ただし、事業対象者がサービスを利用中に申請をした場合、認定日前日までは、事業対象者として作成したケアプランをそのまま引き続き利用することができます。（事業対象者の有効期間内に限る）



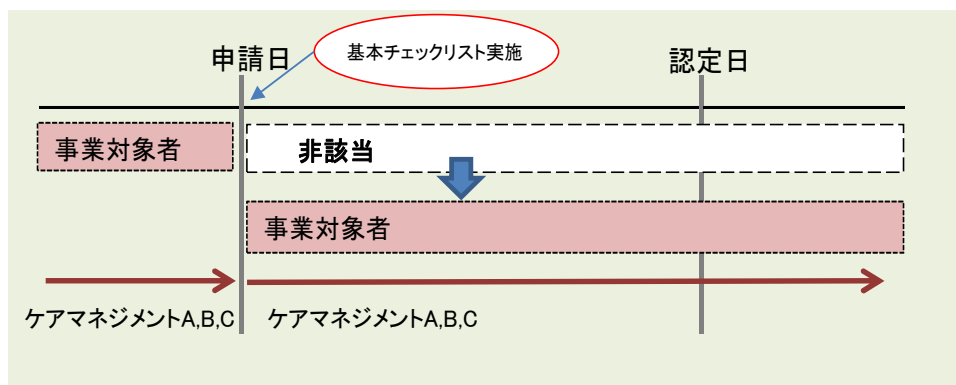
- ② 申請後、①のように事業対象者としてサービス事業を継続している中で、給付サービスを開始する必要がでてきた場合は、事業対象者として作成したケアプランを評価し、暫定プランを作成することで給付サービスを開始することができます。ただし、同月内に指定相当サービスと同じ種別の介護給付サービスを利用した場合、請求が通らなくなる可能性があるため注意が必要です。



- ③ 申請後に、要支援の暫定ケアプランで給付サービスとサービス事業を併用した場合、結果が要介護になるとサービス事業の費用は自己負担になるので注意が必要です。



- ④ 認定結果が非該当の場合、申請日に遡って非該当となるため、それまで利用していたサービスは全額自己負担になります。非該当になる可能性がある場合は申請と同時に基本チェックリストを実施しておいてください。ただし、サービス事業のみ利用に限ります。（市との連携システム（LLSS）への入力是非該当の結果を確認したのちに行う）



- ⑤ 要支援者が申請（区分変更含む）を行う場合は、サービス事業のみ利用している場合であっても、介護予防支援と同様の扱いとなります。

#### 1 4 . 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。

## 15. 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

## 16. 総合事業サービスの併用について

サービスを併用される場合、下記の表で可否を確認してください。

表の中にないサービスについては、併用不可となります。○は併用可。△については該当しない場合がありますので、併用を検討される場合はお問い合わせください。

### 介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの併用の可否早見表

利用するサービス		サービス・活動事業													
		指定相当訪問型サービス		生活サポート事業		短期集中レベルアップ事業（訪問コース）		指定相当通所型サービス		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
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	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
サービス・活動事業	指定相当訪問型サービス			△6	△6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	生活サポート事業	△6	△6			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	短期集中レベルアップ事業（訪問コース）	○	○	○	○			△7	△7	○	○	×	×	×	×
	指定相当通所型サービス	○	○	○	○	△7	△7			×	×	○	○	○	○
	くらし元気アップ事業	○	○	○	○	○	○	×	×			○	○	○	○
	短期集中レベルアップ事業（通所コース）	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○			×	×
	筋力向上トレーニング事業	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○	×	×		

△1：短期集中レベルアップ事業（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（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：指定相当訪問型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：指定相当通所型サービスにおいて、栄養アセスメント加算、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



## **<ケアマネジement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	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。

## 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ヵ月間で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又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						
※(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						
上記の事業所又は地域包括支援センターに居宅(介護予防)サービス計画作成若しく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。合わせて、介護サービス計画を依頼(変更)する居宅介護(介護予防)支援の提供にあたり、被保険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を当該居宅介護(介護予防)支援事業所に必要な範囲で提示することに同意します。						
年 月 日						
被保険者	住所					
	氏名					
	電話番号					

(注意)

- 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。
- 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。
- 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 活用方法

興味・関心チェックシートはケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして開発されています。

- 表の生活行為について提示し、下記のようにチェックする。
  - a 現在しているものには「している」
  - b 現在していないがしてみたいものには「してみたい」
  - c する・しない、できる・できないにかかわらず、興味のあるものには「興味がある」
- 本人が好きで趣味・役割、またはしたいと思っていることを聞き取り、漠然とした本人の望む行為についての的を絞っていく。
- 「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。
- してみたい・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できるのかなどを確認する。
- してみたい・興味がある項目の中で優先順位を確認し、高齢者が主体的に行動していけるよう、支援計画に位置づけていく。

## 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					
					認定日: 年 月 日					
緊急時 連絡先					氏名:		続柄:		期 間: 年 月 日~ 年 月 日	
					住所:		TEL:		自立度:	
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		
						BMI				
						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		
ペット 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	性別	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・ 総合事業 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 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
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)			<b>家族構成</b> ◎=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	

《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・過ごし方			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 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 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、基本チェックリスト記入内容、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、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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

介護予防サービス・支援計画書

※網掛け部分は省略可能

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

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳

認定年月日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 認定の有効期間 令和 \_\_\_\_ 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：計画作成事業者・事業所名および所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（初回作成日 令和 \_\_\_\_ 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	
----	--	----	--

							支援計画					
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	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
【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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

必要な事業プログラムの下欄に○印と基本チェックリストの点数をつけてください

	運動	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						

地域包括支援センター	[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。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_

## サービス担当者会議の要点

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 \_\_\_\_\_ 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 \_\_\_\_\_

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)						

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）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

※1 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)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・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)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 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

利用者氏名 : \_\_\_\_\_

評価日 : \_\_\_\_\_  
 計画作成者氏名 : \_\_\_\_\_  
 評価者 : \_\_\_\_\_

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
総合的な方針				地域包括支援センター意見		
				<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了		

## 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			
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) 介護予防ケアマネジメント (計画書)

# 私のプラン

「介護予防手帳～私のプラン～」より

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。

例	私の生活の目標		
	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		<del>利用期間：1年間</del> <b>月利用上限：4時間</b> <del>年間利用上限：48時間</del>

【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			

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)

様式10-2

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			
	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)

様式10-3

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 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 への準備・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			

## 参考：「課題整理表・生活行為向上アセスメント①②」の活用方法

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 10-1 と様式 10-2、様式 10-3 は関連していますので、様式 10-1 記載後に様式 10-2、様式 10-3 を記載します。(様式 10-1 で課題となっている項目を、様式 10-2 と様式 10-3 で詳細に分析します。様式 10-1 で自立等課題とならなかった項目については、様式 10-2 と様式 10-3 の該当項目への記載は不要です。)

様式 10-1

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・判断した機関など)
◎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。					改善	維持	悪化	
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 保潔行為(口顔ケア、髪髪、整容、皮膚、爪の手入れ)							
	8 食事摂取・飲水行為							
	9 姿勢保持							

### 生活行為向上アセスメント① (D 身体的自立 ADL)

様式 10-2

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 10-1

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)			
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								



様式 10-3

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(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			

作業工程詳細確認

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	●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「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)							●評価時に使用します。	
	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。								
	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	●ロートの「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 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	●「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。								
	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	●「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。								
	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	●「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。								
	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 10-2

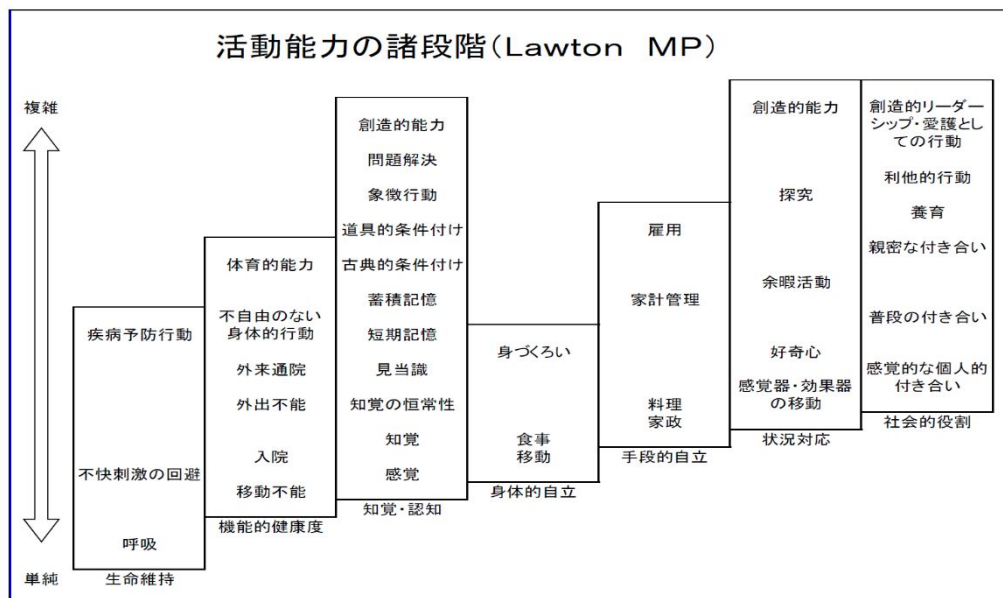
生活行為	作業工程	事前	事後	備考
		できる(O)少し(Δ)困難(×)	できる(O)少し(Δ)困難(×)	
1 移乗	1 椅子・床(畳)等から立ち上がる			<p>・№6課題整理表のD身体的自立(ADL)で課題となった項目の作業工程をアセスメントし、具体的な目標や評価の指標として活用してください。</p> <p>・№6課題整理表のD身体的自立(ADL)の「現在」欄に「O、Δ、×」の記載があった箇所をアセスメントし記載してください。</p>
	2 乗り移る先に向きをかえる			
	3 椅子・床(畳)等に座る			
2 自宅外での移動	1 整地を移動する			
	2 不整地を移動する			
	3 溝をまたぐ			
	4 段差を上げる			
	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待			
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(×)	できる(O)少し(△)困難(×)	
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「O、△、×」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。

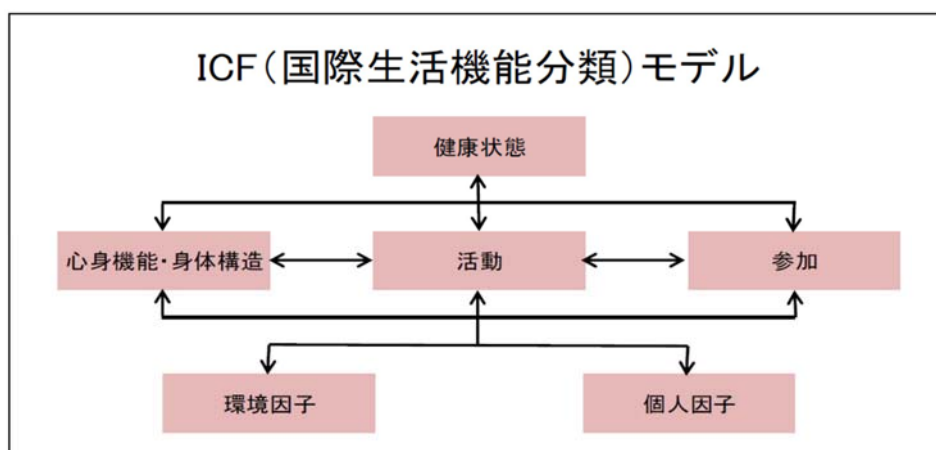


## ● I C F (国際生活機能分類)モデル

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。



## <参 考>

## 介護予防ケアマネジメント早見表

ケアマネジメント類型	サービス種別	再委託	ケアマネジメント費	給付管理	作成書類	市へ提出	サービス提供事業所へ提出書類と提出方法	担当者会議	モニタリング
ケアマネジメントA	指定相当訪問型サービス 指定相当通所型サービス	○	基本報酬 442単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 介護職員等処遇改善加算 2.1% 高齢者虐待防止措置未実施減算 減算後報酬 438単位 業務継続計画未実施減算 減算後報酬 438単位	○	① 利用者基本情報	○	【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 ■サービス提供票・サービス提供票別表	介護予防支援同様に実施	介護予防支援同様に実施 サービス提供事業者、利用者に実施状況の把握
					② 介護予防サービス・支援計画書	○			
					③ 各種アセスメントシート及び担当者会議録 (新規のみ)	○			
					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	○			
ケアマネジメントB	くらし元気アップ事業	○	基本報酬 73単位 初回加算 300単位 委託連携加算 300単位 移行加算 300単位 介護職員等処遇改善加算 2.1%	○	① 利用者基本情報	○	【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 ■サービス提供票・サービス提供票別表	必要に応じて実施	6か月毎モニタリングを実施
					② 介護予防サービス・支援計画書	○			
					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	○			
	短期集中レベルアップ事業 筋力向上トレーニング事業	○	初回作成 370単位 中間モニタリング 370単位 評価作成 370単位 移行加算 300単位 鍵尾職員等処遇改善加算 2.1%	×	① 利用者基本情報	○	【包括→長寿はつらつ課→サービス提供事業所】 ■利用者基本情報 ■利用申請書 ■業務依頼書 ■基本チェックリスト (事業対象者のみ) ■介護予防サービス・支援計画書	必要に応じて実施	中間モニタリングを実施 (事業所、利用者に利用状況の確認)
					② 介護予防サービス・支援計画書	○			
					③ 利用申請書 (包括が担当している事業対象者はLLSSへ入力)	○			
					④ 介護予防支援経過記録				
ケアマネジメントC	生活サポート事業 (委託)	×	初回作成 79単位 更新 79単位 再作成 79単位 移行加算 300単位	×	① 利用者基本情報	○	【包括→長寿はつらつ課→シルバー人材センター】 ■利用者基本情報 ■利用申請書 ■業務依頼書 ■介護予防手帳 (他サービスと併用の場合、介護予防サービス・支援計画書)	・サービス担当者会議、モニタリングは不要 ・認定の有効期間が満了する月に対象者の状況確認を実施し、サービス利用再検討	
					② 介護予防手帳（更新時に再作成は不要）	○			
					③ 利用申請書 (包括が担当している事業対象者はLLSSへ入力)	○			
	生活サポート事業 (補助)	×	初回作成 79単位 再作成 79単位 移行加算 300単位	×	① 利用者基本情報	○	【直接サービス提供事業所へ連絡】 要支援または事業対象者である事を伝え、生活サポート事業を利用希望を伝える。		
					② 介護予防手帳	○			
					① 介護予防手帳	—			



## 初回及び評価作成料の算定可否一覧表（新規を除く）

資料3

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C：生活サポート  
 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
<b>1</b>	<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）※類型は同じだが算定可                      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><b>月途中でケアマネジメント類型を変更した場合</b></p> <p>・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、変更月はケアマネジメントAの算定となり、初回作成料は算定できない。短期(または筋トレ)終了月の評価作成料は算定可)</p>
	<p>サービス</p> <p>利用月      5      6      7      8      9      10</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>
<b>2</b>	<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</p> <p>利用月      5      6      7      8      9      10</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>
<b>3</b>	<p>短期集中(通所コース)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>①期間が2か月以上空く</p> <p>②期間が2か月未満</p>	×	○	
	<p>サービス</p> <p>利用月      5      6      7      8      9      10</p>			<p>例)</p> <p>① 6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>② 6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>

## ケアマネジメントA &lt;介護予防サービス・支援計画書&gt;

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

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 歳 \_\_\_\_\_ 認定年月日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 認定の有効期間 令和 \_\_\_\_ 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：計画作成事業者・事業所名および所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（初回作成日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日） 担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活

1	13	1日：日常生活の中で頑張れること等を記載している 1年：本人が希望する将来のイメージ、本人が近い将来実現したいと思う自分の姿を具体的に記載している
---	----	---

							支援計画					
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	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12
領域ごとに現状や課題に結び付く事項を記載しており、本人のできていること、している（していた）ことにも着目し記載している	利用者と家族の意向を記載している	領域ごとの問題やその背景・原因を整理して課題を記載した上で、課題の有無にチェックを入れている	領域ごとの課題をまとめて記載している	総合的課題に対する具体的な目標を記載し、課題に対して具体策を考えて記載している	提案した目標や具体策について、利用者や家族の意向を記載している	利用者や家族の意向を踏まえ、合意された目標を記載している	支援における配慮や安全管理上の留意点等を記載している	「利用者自身のセルフケア」「家族の支援」「インフォーマルサービス」などを記載している	目標達成に向けて必要なサービス種別、サービス内容を具体的に記載している	サービス種別を具体的に記載している		目標を達成するための期間を記載している。

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

14	ケアプランを立てる上で健康状態について留意すべき点を記載している
----	----------------------------------

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

15	本来の支援が実施できない場合に必要に応じて記載している。
----	------------------------------

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

16	利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認できる内容を記載している。
----	---

必要な事業プログラムの下欄に○印と基本チェックリストの点数をつけてください

17	運動	栄養改善	口腔内	閉じこも	物忘れ予防	うつ予防
	基本チェックリストの結果を漏れなく記載し、総合的課題等に反映している。					

地域包括支援センター	[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。	
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	氏名 _____

## 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

評価日 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_

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
1  ケアプランに記載されている目標と期間を記載している。		2  目標の達成状況を記載している。	3  達成、未達成を記載している。	4  目標が達成しない原因をそれぞれの視点で記載している。		5  今後の方針を記載している。
総合的な方針  6  総合的な方針を記載している。				地域包括支援センター意見  <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了		

## 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 (※ <u>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</u> )	× 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**で指定相当訪問型サービスまたは指定相当通所型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サービス・活動事業からの移行ケース、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。

## リハビリ職による同行訪問について

### ★リハビリ職同行訪問の申し込みは、専用フォームから行ってください★

#### <対象>

- ・ サービス・活動事業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)

●く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、く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、利用者の望む生活の姿を把握する。
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。

## 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 地域振興・市民生活課	52-5836	中央公園1-36
与板支所 地域振興・市民生活課	44-0061	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	三ツ郷屋町字下川原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

令和 6 年 4 月 1 日

令和 8 年 6 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