

総合事業実施に伴う

介護予防ケアマネジメント マニュアル

第7版

変更箇所 赤字版

令和8年5月1日改訂
川口市

<目次>

第1章	高齢者を取り巻く背景	
1	はじめに	3
2	介護予防の基本的考え方	3
3	マニュアルの活用にあたって	4
4	目指すべき姿～高齢者が健やかに暮らし、活躍できるまちづくり・地域包括ケアシステムの発展～	5
第2章	介護予防・日常生活支援総合事業	
1	総合事業とは(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより一部抜粋)	8
2	川口市の総合事業	11
3	予防給付と総合事業のフロー	14
4	ケアマネジメントの実施体制	16
5	介護予防ケアマネジメントの考え方	18
6	介護予防ケアマネジメントの類型	19
第3章	相談受付からケアマネジメントの進め方	
	フロー図	23
1	聞き取り、説明	24
2	対象者、住所地特例	25
3	基本チェックリストの活用・実施	28
4	介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出	33
5	介護予防ケアマネジメントの実施	33
	【訪問】	34
(1)	アセスメント(課題分析)	36
(2)	ケアプランの作成	40
(3)	サービス担当者会議	44
(4)	利用者への説明。ケアプランへの同意・確定・交付	45
(5)	ケアプランの実行。サービス利用	45
(6)	モニタリング	46
(7)	評価	46
6	限度額管理・請求	56
(1)	限度額管理	56
(2)	給付管理票	57
(3)	地域包括支援センターが行うケアマネジメント費の請求方法	57
(4)	サービスの請求方法	57
7	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託について	63
(1)	居宅介護支援事業者への委託の範囲	64
(2)	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを委託した場合の手順(詳細)	65
(3)	訪問型/通所型サービス・活動C(短期集中予防サービス)、一般介護予防事業(口腔教室)を利用した場合の手順	73
	介護予防教室のご案内	77
	《参考》事例	78
	《参考》各種様式	84

第1章 高齢者を取り巻く背景

1 はじめに

近年、わが国の人口構造の高齢化は急速に進み、令和7年10月1日現在総務省による人口推計では、高齢者人口は3,622万人、総人口に占める割合（高齢化率）は29.4%となっています。さらに、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17年（2035年）頃まで一貫して増加し、介護保険法（以下「法」という。）第115条の45条第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。）や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していきます。加えて、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想される中、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、地域包括ケアシステムの一層の推進や地域づくり等に取り組み地域共生社会の実現を図っていくことが重要です。

川口市は目指すべき姿として「高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で、いかなる心身の状態にあっても、尊厳を保ち、安心して幸福に暮らせる地域社会を構築する」ことの実現に向けた取組みを推進します。

今後も、個々の健全な生活を継続するため、高齢者の様々なニーズに対応できるような環境整備と、多様なサービスを提供することが求められます。

そのため、川口市ではこれまでの介護サービスの提供に加え、新たな生活支援サービスの創設の取組み、高齢者の住みやすい充実したまちづくりを推進します。

2 介護予防の基本的考え方

昨今、全国的に平均寿命は延びているものの、健康寿命と10歳近くの差があるのが現状です。2040年に団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となることから、今まで以上に自立期間を延伸しなければ、平均寿命と健康寿命の差が更に拡大することが懸念されていることから、改めて自立を促進できるような介護予防に積極的に取り組む必要があります。

本来、介護保険制度は、平成27年の制度改正の有無にかかわらず、法の基本理念である「尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した生活が営むことができる（法第1条）」こととしています。

そのために、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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（法第4条）」となっていることから、川口市としては「介護状態となることを予防すること」「その有する能力の維持向上に努めること」が必要不可欠と考えます。

平成29年4月から開始となった「総合事業」は、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効率的かつ効果的な支援等を可能にしようとするものであることから、既存の枠組みにとらわれることなく、インフォーマルな支援等も含めた地域資源を積極的に活用することが重要だと考えます。

そのために、地域資源に精通した生活支援コーディネーターと、それを補完する協議体と共にインフォーマルサービスの調整が可能な状態を確立することにより、充実したケアマネジメントが初めて可能となります。体制・サービスの整備を進めていき、基礎・基本を忘れることなく実施することが、将来に向けての基礎となるのです。

3 マニュアルの活用にあたって

川口市は、平成29年3月本マニュアル初版を作成しました。当時、地域の窓口である地域包括支援センター（全箇所委託）と実施方法等を検討する中で、基本チェックリストで事業対象者として特定されることで、地域包括支援センター等で実施するケアマネジメントを適切に実施しないと、結果的にサービス利用者の増加につながる等が懸念されることから、総合事業において目指すべき、費用の効率化の実現ができないのではないかとの問題が提起されました。そのため、ケアマネジメント適正な運用ができるよう川口市と地域包括支援センター、介護事業者協議会等が共同でマニュアルを作成した経緯があります。

「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）」に関わるみなさんが、適切に事業を実施する際の指標とし、以下の基本的な事項について共通認識を持ち活用してください。

- ①相談（インテーク）
- ②アセスメント
- ③ケアプラン作成

なお、本マニュアルは今後、生活支援のための多様なサービスの実施等に合わせ、適宜見直しを行っていきます。

※マニュアル内の表記

本書に記載されている名称は、以下のように省略して表記します。

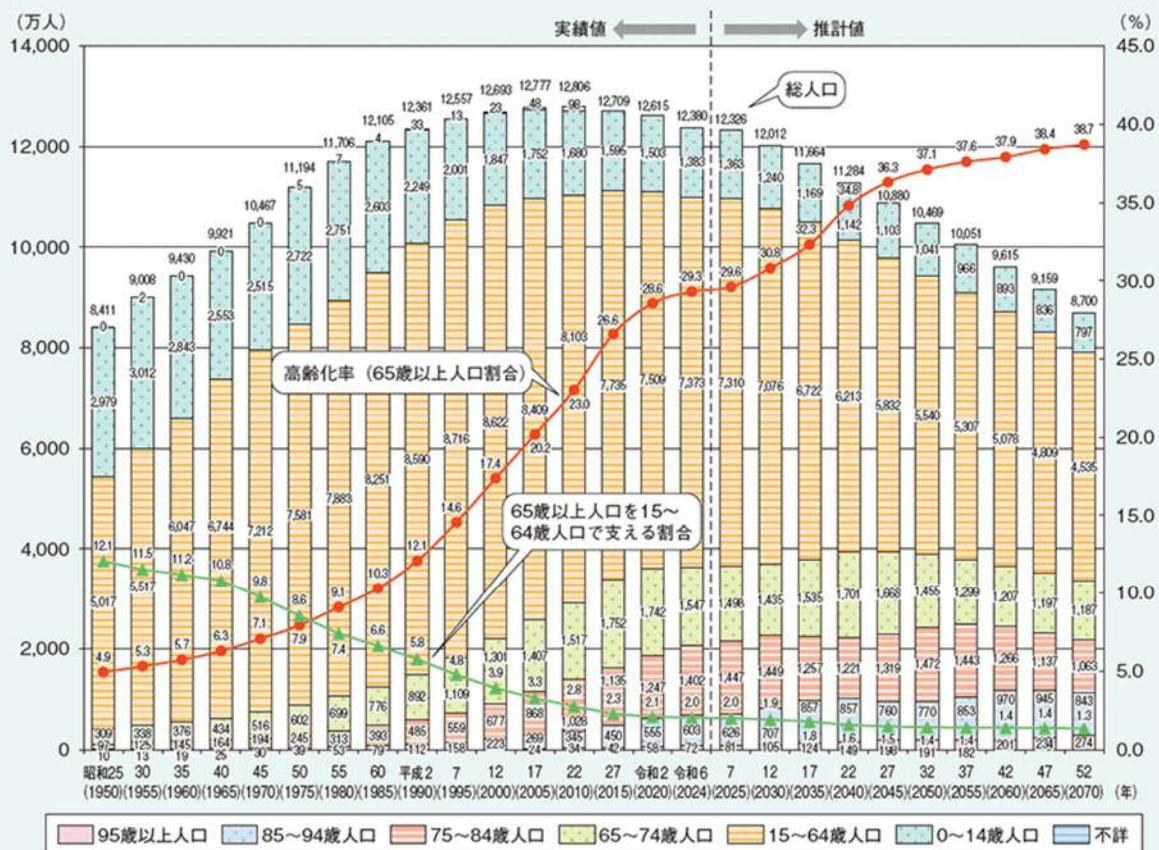
省略名	名称
サービス・活動A	サービス・活動A（基準緩和サービス）
サービス・活動C	サービス・活動C（短期集中予防サービス）
認定申請	介護保険要介護・要支援認定申請
被保険者証	介護保険被保険者証
国保連	国民健康保険団体連合会
予防居宅	介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所
業務委託契約書	介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書
代理受領委任状	代理受領委任状（介護予防支援サービス計画費（様式第4号）、介護予防ケアマネジメント費（様式第3号））
業務委託依頼書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託依頼書
利用契約書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書
個人情報同意書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約に関する個人情報使用同意書
様式第14号届出書	様式第14号居宅（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（変更）届出書
資料提供申請書	認定関係資料提供申請書
介護予防サービス・支援計画書	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）
サービス利用票・別表	サービス利用表（第6表）、別表（第7表）
業務委託完了報告書	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託完了報告書 [介護予防支援用][介護予防ケアマネジメント用]
経過記録	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）
サービス評価表	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

4 目指すべき姿～高齢者が健やかに暮らし、活躍できるまちづくり・地域包括ケアシステムの発展～

1 高齢者人口の現状と今後の見込み～川口市の現状～

総人口に占める65歳以上の割合は、今後もゆるやかに増加を続け、75歳以上の後期高齢者数は、令和2年度から前期高齢者数を上回りました。

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2020年までは総務省「国勢調査」(2015年及び2020年是不詳補完値による)、2024年は総務省「人口推計」(令和6年10月1日現在(確定値))、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

(注1) 2015年及び2020年の年齢階級別人口は不詳補完値によるため、年齢不詳は存在しない。2024年の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和2年国勢調査」(不詳補完値)の人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。2025年以降の年齢階級別人口は、総務省統計局「令和2年国勢調査 参考表:不詳補完結果」による年齢不詳をあん分した人口に基づいて算出されていることから、年齢不詳は存在しない。なお、1950年～2010年の高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。ただし、1950年及び1955年において割合を算出する際には、(注2)における沖縄県の一部の人口を不詳には含めないものとする。

(注2) 沖縄県の昭和25年70歳以上の外国人136人(男55人、女81人)及び昭和30年70歳以上23,328人(男8,090人、女15,238人)は65歳以上の人口から除き、不詳に含めている。

(注3) 将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じうるものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直すこととしている。

(注4) 平成12年までは、85歳以上はまとめて「85歳以上」の区分としている。

(注5) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

出典：内閣府，令和7年 高齢社会白書

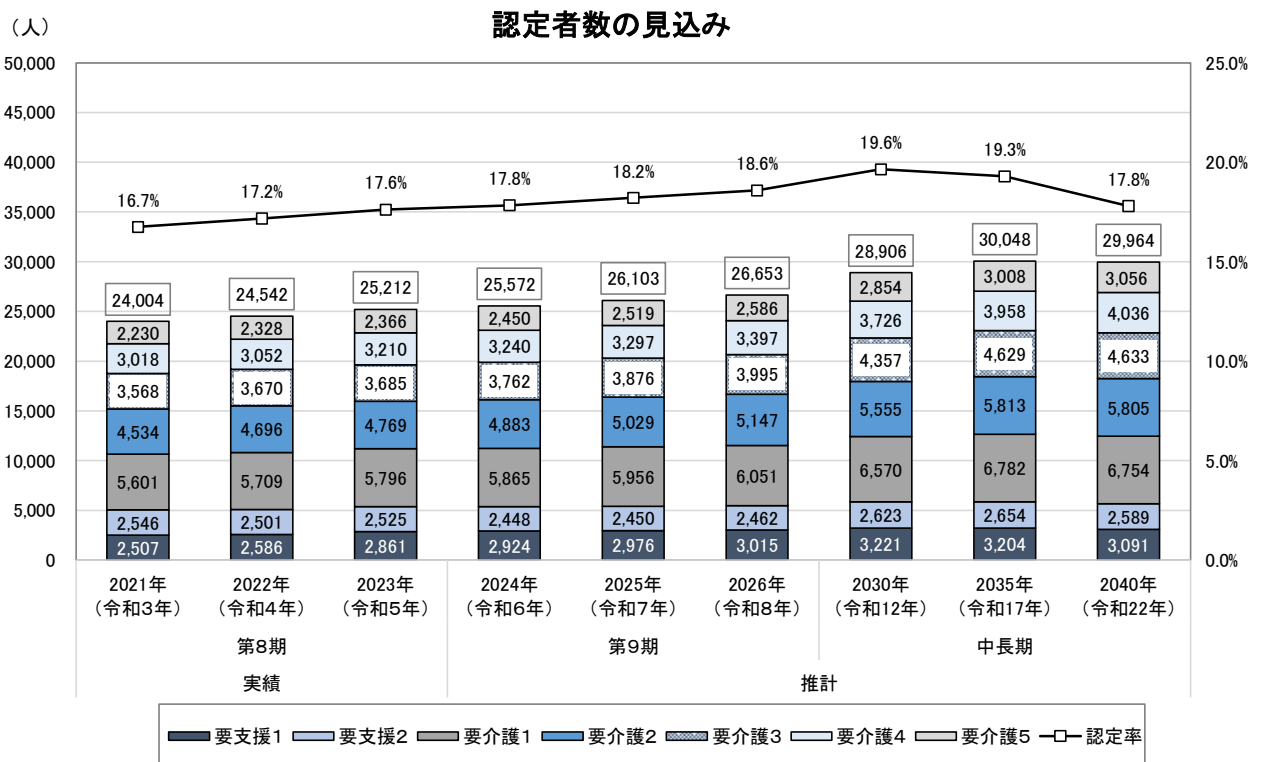
要支援・要介護認定者数は増加が続きます。
川口市も要支援・要介護認定者数は、国と同様、増加していきます。

図1-2-2-6 第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」
（注）四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

出典：内閣府，令和7年 高齢社会白書

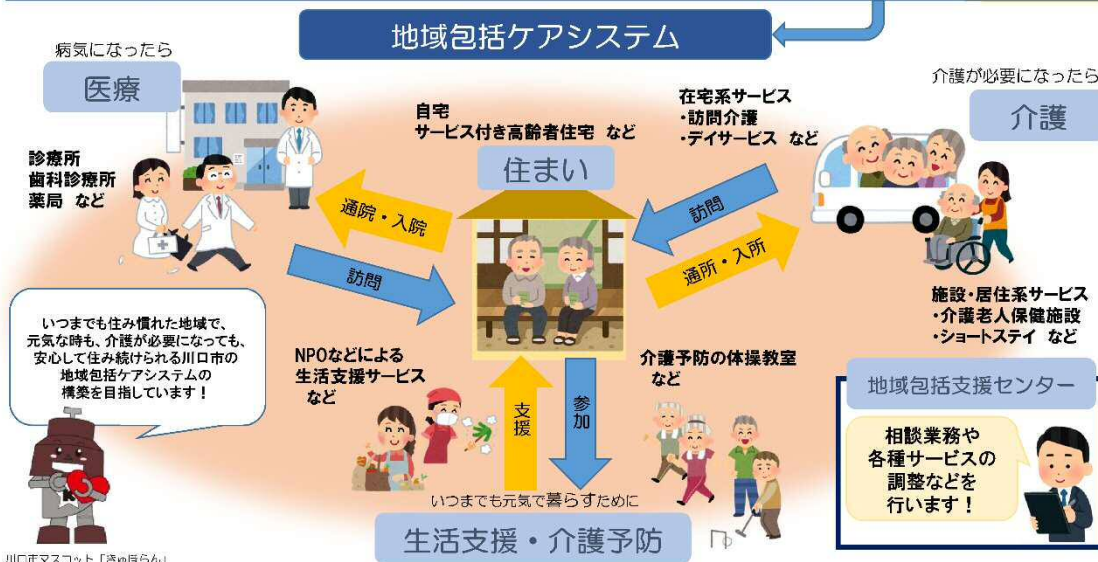


※川口市の各年9月末現在

出典：第9期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

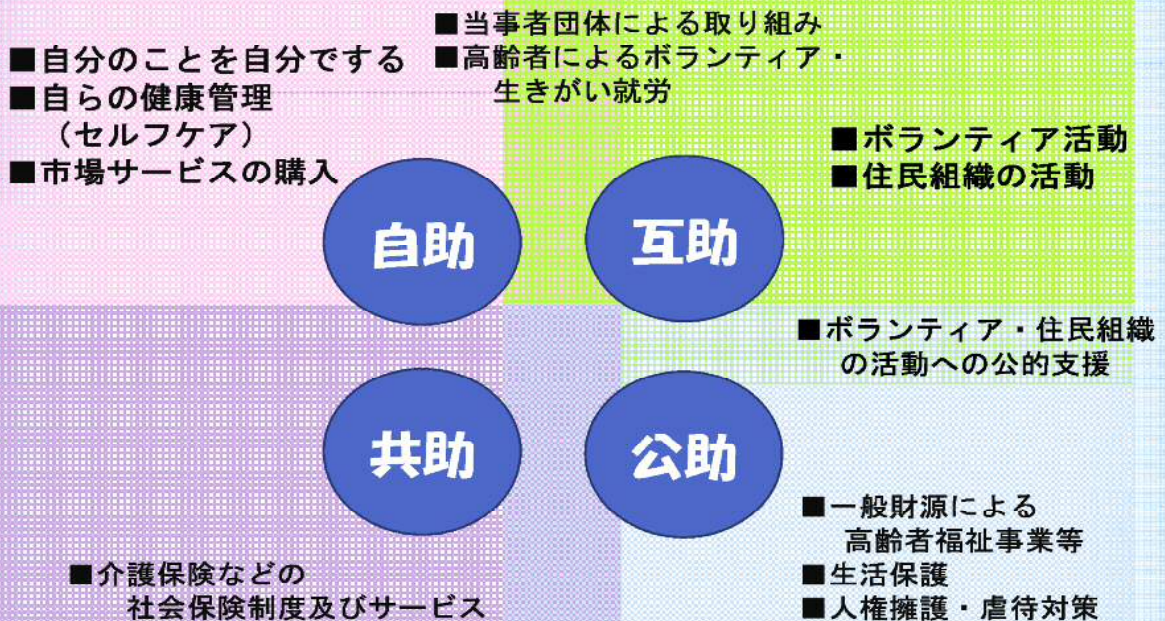
地域包括ケアシステムのイメージ図

主役は皆さんです!!
みんなでつながりましょう



出典：第9期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

これからの地域の姿



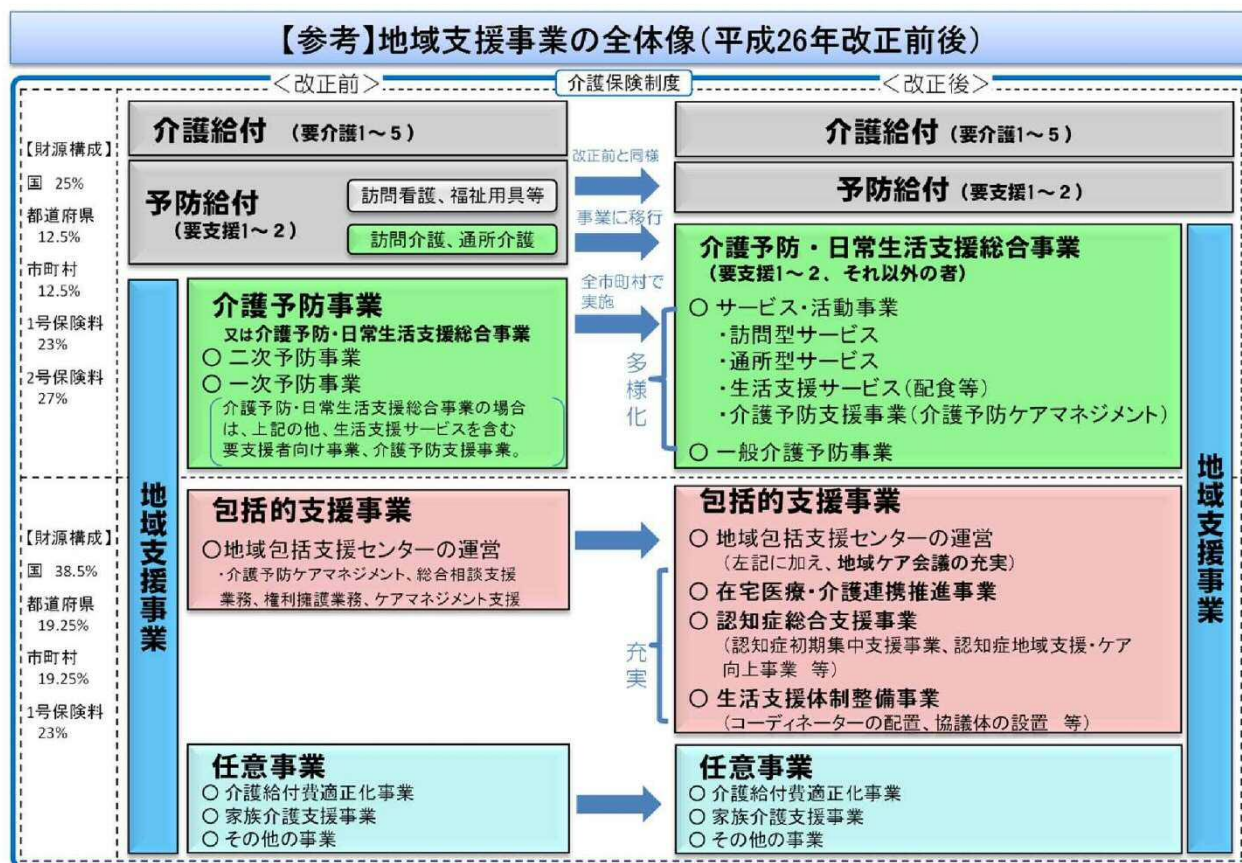
資料：H25年3月厚生労働省地域包括ケア研究会報告書より 「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

第2章 介護予防・日常生活支援総合事業

1 総合事業とは（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより一部抜粋）

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の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。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。

具体的には、①住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等が選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、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等により、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。



出典：厚生労働省、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン [最終改正：令和6年8月5日（老発0805第4号）]

総合事業の趣旨・考え方

○総合事業の趣旨

- ・市区町村が中心となって、地域の実情に応じた事業の実施
- ・住民等の多様な担い手・多様なサービスの活用
- ・地域の支え合い体制づくりを推進

○基本的な考え方

◆多様な生活支援の充実

- ・住民主体の多様なサービスを支援の対象とする。
- ・NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。
- ・サービスにアクセスしやすい環境を整備する。

◆高齢者の社会参加と地域における支え合いづくり

- ・高齢者の地域の社会的活動への参加は、高齢者の生きがいや介護予防等にもなるため、積極的に社会参加を進める。

◆介護予防の推進・生活環境の調整や居場所と出番づくり等の環境へのアプローチを含め、バランスの取れたアプローチを行い、QOLの向上を目指す

- ・リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組みを推進し、要介護状態であっても生きがい・役割を持って生活ができるようにする。

◆関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

- ・地域の関係者間で、自立支援・介護予防の理念を共有する。
- ・高齢者自らが介護予防に取り組む基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有する。

◆認知症施策の推進

- ・ボランティア活動に参加する高齢者等に、研修を実施する等、認知症の人に適切に支援が行えるようにする。
- ・認知症サポーターの養成等、認知症に優しいまちづくりに積極的に取り組む。

◆共生社会の推進

- ・多様な人との関わりが、高齢者の支援にも有効で豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者以外の高齢者、障害者、児童等が共に集える環境づくりに向けた具体的な取組み方を検討する。

◆総合事業の充実

- ・地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるようにする。

○サービスの類型

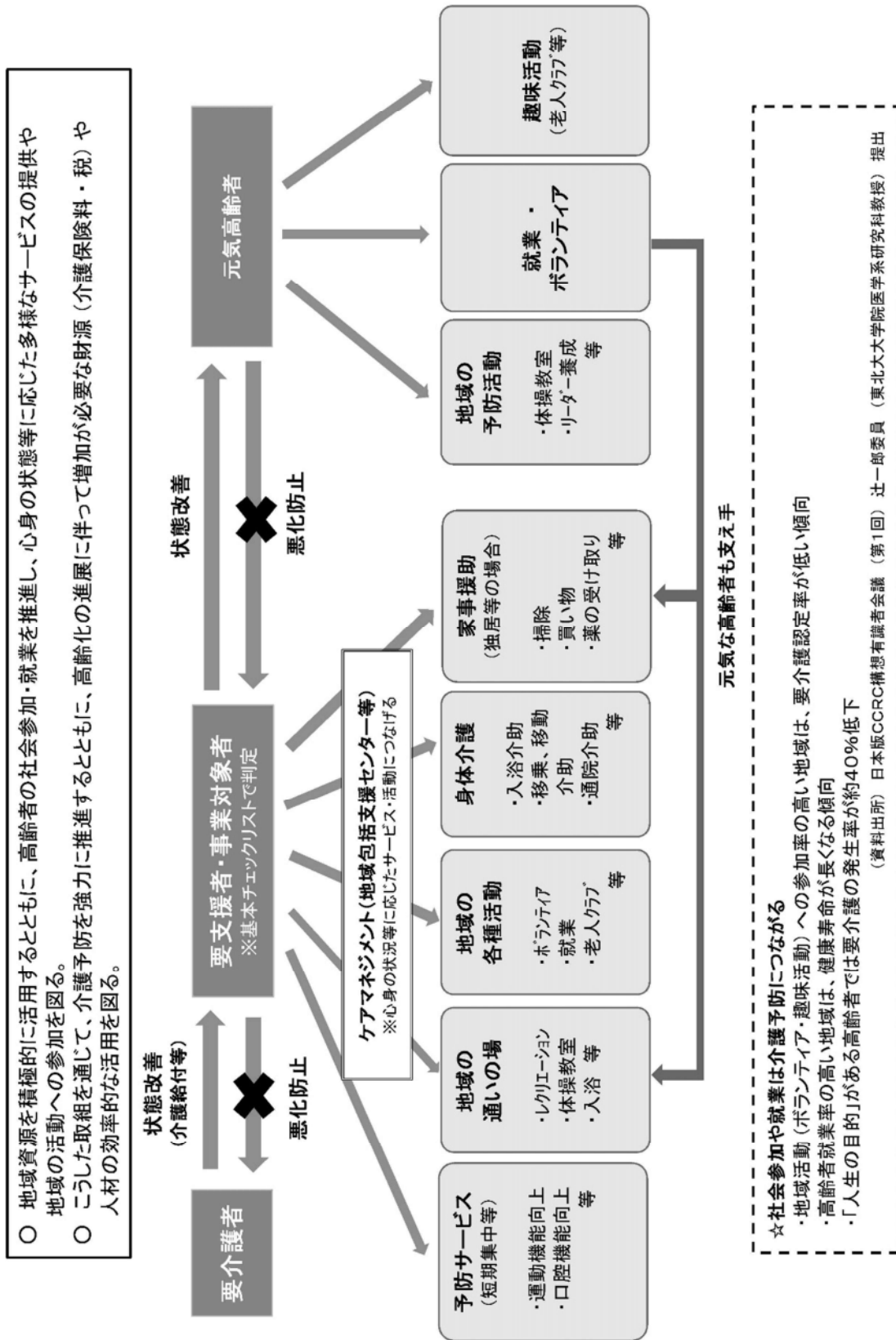
多様なサービス・活動の分類（交付金の取扱いによるもの）						
(注) 以下に示す総合事業の類型については、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であり、多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものである必要がある。						
訪問型サービス・通所型サービス	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)		サービス・活動B、 サービス・活動D (訪問型のみ) (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
実施手法	指定事業者が行うもの（第1号事業支給費の支給）	委託費の支払い	活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い		
想定される実施主体	● 介護サービス事業者等 (訪問介護・通所介護等事業者)	● 介護サービス事業者等以外の多様な主体 (介護サービス事業者等)	● ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ● 当該活動を支援する団体	● 保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等		
基準	国が定める基準※1を例にしたもの					
費用	国が定める額※2（単位数）		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額			
	額の変更の可否	加算設定も可				
対象者	● 要支援者・事業対象者	● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者	● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	● 要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が增大すると認められる者	これらによらないもの (委託と補助の組み合わせなど)	
サービス内容 (訪問型)	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により老計10号の範囲を超えてサービス・活動を行うことも可能 ● 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）		● 対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス		
サービス内容 (通所型)	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ● 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など ● 送迎のみの実施				
支援の提供者	国が定める基準による	市町村が定める基準による				
その他の生活支援サービス	訪問型：訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型：生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員					
その他の生活支援サービス	その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）からなる。					

出典：厚生労働省、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン〔最終改正：令和6年8月5日（老発0805第4号）〕

- ・ 地域の実情に応じて「その支援がないと高齢者の生活が成り立たないものは何か？」だけでなく、「公的サービス以外で行うにはどうしたらいいか？」という視点も含めて検討する。
- ・ 現在の事業ですぐに移行できるものはないか、応用できるものはないか考える。
- ・ 訪問型・通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動）は、新たに作ろうとする前に、既存の団体や集まりの機能を活用する。ただし、住民ボランティアには、十分に制度の趣旨とルールを理解してもらう必要がある。
- ・ 「集まることへのメリット」や「通える能力」の視点を持ってサービスへつなげる。
- ・ 既存事業から移行する場合は、十分に制度の趣旨とルールを理解してもらう必要がある。
- ・ 訪問型サービス・活動C（短期集中予防サービス）の終了後に、訪問型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動）や一般介護予防事業における地域の通いの場につなげる等、継続できる工夫をする。
通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）も同様に、終了後に通所型サービス・活動B（住民主体によるサービス・活動）や一般介護予防事業における地域の通いの場につなげる等、継続できる工夫をする。
- ・ 専門職でないとできないことは何か（これまでの要支援対象への対応、専門的なアセスメントや方針づくり、専門技術を要する支援等）を十分に考慮し、住民主体による支援とは差別化することが大切である。

2 川口市の総合事業

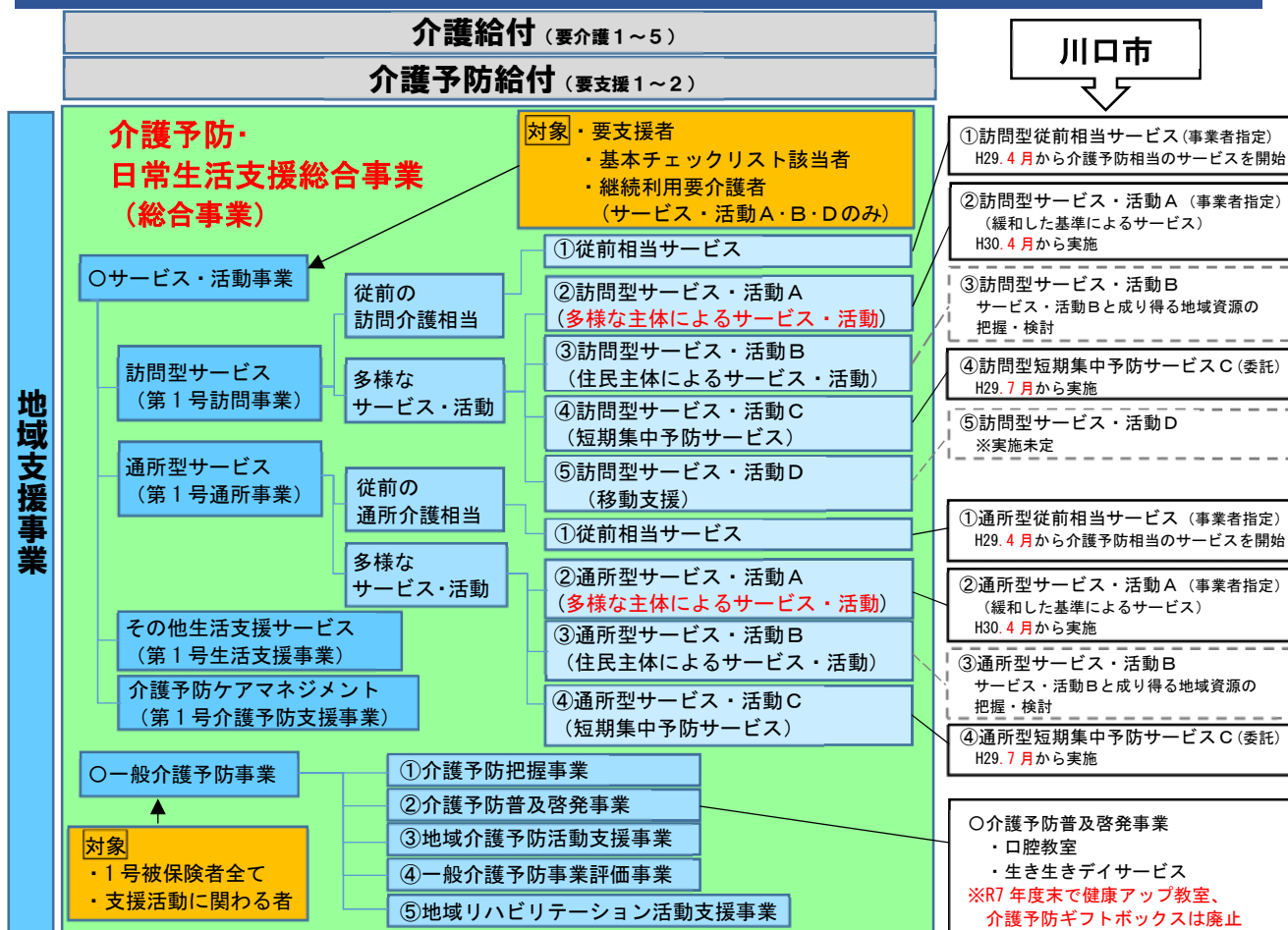
○川口市「介護予防・日常生活支援総合事業」の概要(イメージ)



○川口市介護予防・日常生活支援総合事業の概要

図の差替え

川口市介護予防・日常生活支援総合事業の概要



川口市 名称変更一覧

新設

現在	以前
サービス・活動事業	介護予防・生活支援サービス事業
訪問型／通所型 従前相当サービス	介護予防 訪問型／通所型 介護相当サービス
訪問型／通所型 サービス・活動A (基準緩和サービス) ※	訪問型／通所型 サービスA (基準緩和サービス)
訪問型／通所型 サービス・活動B (住民主体によるサービス・活動)	訪問型／通所型 サービスB (住民主体によるサービス)
訪問型／通所型 サービス・活動C (短期集中予防サービス)	訪問型／通所型 サービスC (短期集中予防サービス)
訪問型 サービス・活動D (移動支援)	訪問型 サービスD (移動支援)

※国の類型では、(多様な主体によるサービス・活動)だが、川口市では介護サービス事業者による提供のため、基準緩和サービスと表記。

○川口市の総合事業サービス類型

川口市の「介護予防・日常生活支援総合事業」サービス一覧					対象者				
サービス名称		期間	場所	概要	要支援 1・2	事業 対象者 (認定 更新時) ★1	事業 対象者 (未認定) ★2	元気な 高齢者	
サービス・ 活動事業	従前相当 サービス	訪問	6か月 (更新可)	自宅	従前の訪問ヘルプサービス	○	○	×	×
		通所	6か月 (更新可)	デイ サービス	従前の通所デイサービス	○	○	×	×
	サービス・ 活動A (基準緩和 サービス)	訪問	6か月 (更新可)	自宅	家事援助に特化した訪問ヘルプサービス	○	○	×	×
		通所	6か月 (更新可)	デイ サービス	機能訓練に特化した通所デイサービス	○	○	×	×
	サービス・ 活動C (短期集中 予防 サービス)	訪問	3か月 (最大6か月)	自宅	自宅に閉じこもりがちな高齢者に対し短期的に集中して訪問を行うことで意欲の向上、運動機能を改善し通所サービスにつなげることを目指すサービス	○	○	○	×
		通所	3か月 (最大6か月)	たたら荘、 公民館等 市内	運動機能が低下した高齢者が短期に集中して通所し、運動機能改善を目指すサービス(健康運動教室)	○	○	○	×
一般 介護 予防 事業	口腔教室		3か月 (全6回)	たたら荘、 公民館等 市内	口腔機能の向上を目的とし、対象者自身による改善方法の習得とその定着を目指す教室	○	○	○	○
	生き生き デイサービス		通年	たたら荘等 市内	たたら荘を中心に誰でも参加でき、健康づくりや生きがいづくりなどの介護予防プログラムを行う事業	○	○	○	○

★1：事業対象者（認定更新時）

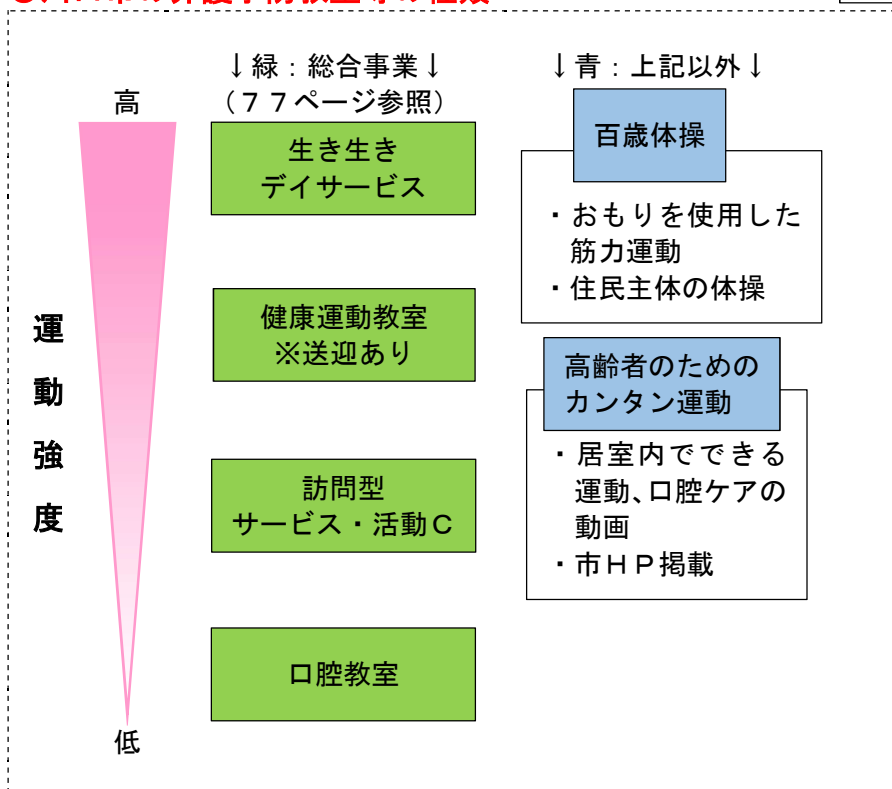
要介護・要支援認定を受けたかたが、認定更新をせず、基本チェックリストにより事業対象者と判断された場合。

★2：事業対象者（未認定）

要介護・要支援認定を受けたことがないかた、または非該当の判定を受けたかたが、基本チェックリストにより事業対象者と判断された場合。

○川口市の介護予防教室等の種類

新設



かわぐち元気ナビ
「百歳体操」または
「100歳体操」等で検索

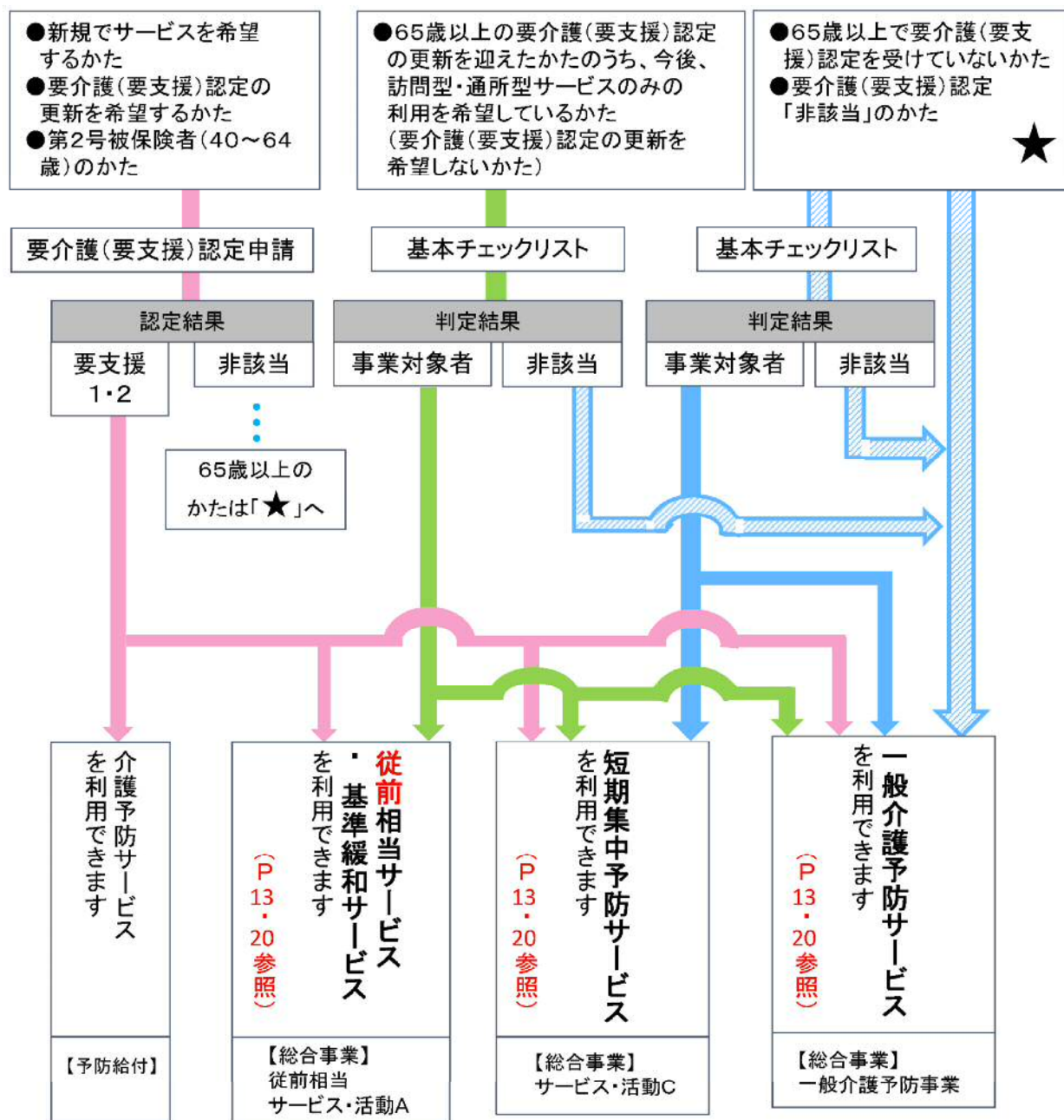


川口市HP
「介護予防事業一覧」



※百歳体操等の地域活動
は、地域包括支援セン
ターでもご確認いただ
けます。

3 予防給付と総合事業のフロー



◆基本チェックリストについては、28ページ基本チェックリストの活用・実施を参照ください。

◆住所地特例者に対しても、上記川口市のルールを適用します。
 ここでの住所地特例とは：川口市の介護施設等に住所があり、他市区町村が保険者になっているかた (26ページ パターン2参照)

◆他市区町村で事業対象者であったかたが川口市に転入し、従前相当サービスの利用を希望される場合は、認定申請が必要です。ただし、①と②の両方を満たす場合は、事業対象者としてサービスを利用することができます。

- ①転入元の市区町村で介護サービスを利用しており、今後、訪問型・通所型のみの利用を希望している。
- ②川口市に転入後、改めて基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当する。

◆要介護になり、継続して総合事業を利用する場合には、事前に介護保険課給付係 (048-259-7296) へご相談ください。

○総合事業サービスの併用について

従前相当サービスとサービス・活動Aは、通所同士・訪問同士の併用はできませんが、通所と訪問での利用は可能です。ただし、訪問型サービス・活動Cは、外出できる体力・気力作りを目的としているため、外出につながるまでの支援としていることから、訪問介護に関するもののみ併用可能とする。

		これから利用したいと思っているサービス						
		訪問型			通所型			
		従前相当 (A2)	サービス・活動 A (A3)	サービス・ 活動C	従前相当 (A6)	サービス・活動 A (A7)	サービス・ 活動C	
現在 利用 している サービス	訪問型	従前相当 (A2)	×	○	○	○	○	
		サービス・ 活動A (A3)	×		○	○	○	
		サービス ・活動C	○	○		×	×	×
	通所型	従前相当 (A6)	○	○	×		×	×
		サービス・ 活動A (A7)	○	○	×	×		×
		サービス ・活動C	○	○	×	×	×	

併用不可のサービスにご注意ください。

		利用中のサービス	左記と併用可能なサービス
訪問		従前相当サービス利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス・活動C ・通所型従前相当サービス ・通所型サービス・活動A ・通所型サービス・活動C ※上記サービス同士の併用は不可
		サービス・活動A利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス・活動C ・通所型従前相当サービス ・通所型サービス・活動A ・通所型サービス・活動C ※上記サービス同士の併用は不可
		サービス・活動C利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型従前相当サービス ・訪問型サービス・活動A ※上記サービス同士の併用は不可
通所		従前相当サービス利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型従前相当サービス ・訪問型サービス・活動A ※上記サービス同士の併用は不可
		サービス・活動A利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型従前相当サービス ・訪問型サービス・活動A ※上記サービス同士の併用は不可
		サービス・活動C利用のかた	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型従前相当サービス ・訪問型サービス・活動A ※上記サービス同士の併用は不可

※一般介護予防事業については、それぞれの利用条件に基づき利用可能。

●この運用に当てはまらない例

- ・通所型サービス・活動Cの利用を中止し、同月中に通所型サービス・活動Aの利用を開始する場合
- ・事業所廃止などの理由により、訪問型従前相当サービスの利用を途中で中止し、その後訪問型サービス・活動Aに切り替えて利用する場合（ただし、サービス分にかかる月の合計単位が、従前相当サービスの月額報酬単位を超過することがないように留意する必要がある）

4 ケアマネジメントの実施体制

「予防給付のケアマネジメント」と「総合事業のケアマネジメント」があります。
 予防給付（訪問看護や福祉用具などの予防給付によるサービス）を利用する場合は、「介護予防支援」が行われます。

対象者	利用するサービス	ケアプラン	実施主体	追加
要支援者	予防給付のみ	介護予防サービス計画 (介護予防支援)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 (R6.4月～) ※ただし、介護予防支援の指定を受けていること (17ページ参照)	
	予防給付 + 総合事業	介護予防サービス計画 (介護予防支援)	地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 (R6.4月～) ※ただし、介護予防支援の指定を受けていること (17ページ参照)	
	総合事業のみ	介護予防 ケアマネジメント	地域包括支援センター	
事業対象者	総合事業のみ	介護予防 ケアマネジメント	地域包括支援センター	

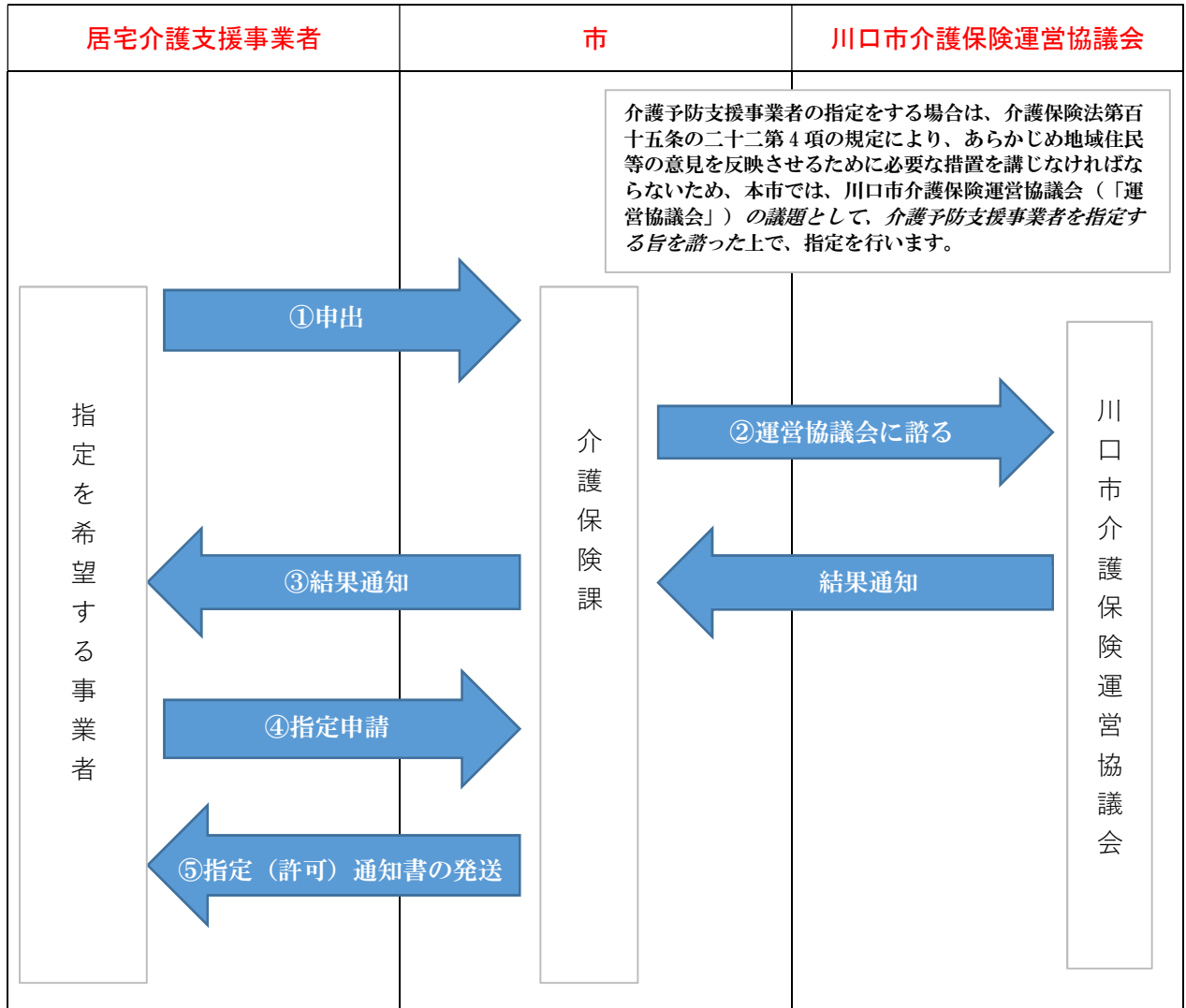


※介護予防ケアマネジメントA：居宅介護支援事業者へ業務の一部委託○（可）
※介護予防ケアマネジメントC：居宅介護支援事業者へ業務の一部委託×（不可）

◆川口市は「包括的な委託」については現在のところ実施しない。Q&A No. 29、30も参照。

指定居宅介護支援事業者が、介護予防支援の指定を受ける流れについて

新設



指定居宅介護支援事業者が、介護予防支援の指定を受けて実施する場合、以下の手続きを行う。

【担当：介護保険課事業者係】

①介護予防支援の指定の希望がある場合、随時、申出フォーム（LoGo フォーム）から申し出る。

②申出の内容をもとに運営協議会の議題として、介護予防支援事業者を指定する旨を諮る。

※運営協議会は不定期の開催。

※運営協議会の開催予定が立ち次第、申し出のあった事業所あてに連絡する。

③運営協議会で諮った結果を、申出者あてにお知らせする。

※諮った結果、承認を得られない場合があります。

④承認の場合は、運営協議会の開催月の末日までに、必要書類をすべて揃えた上で、指定申請をする。なお、申請は原則電子申請・届出システムにて受け付ける。

【提出書類】

- ・ 指定（許可）申請書
- ・ 指定に係る記載事項
- ・ 登記事項証明書又は条例等
- ・ 運営規程
- ・ 誓約書
- ・ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書等
- ・ 業務管理体制に係る届出★

★は該当する事業所のみ

詳細は、川口市ホームページをご確認ください。

⑤書類の審査の結果、不備等なければ指定（許可）通知書を発送する。指定日は運営協議会の開催月の翌々月1日。

5 介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。また、利用者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

このようなことから、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス・活動事業や一般介護予防事業等を含めた利用について検討していきます。

<p>介護予防 ケアマネジメント の留意点</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆本人やその家族の意向を的確に把握する <ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の意向は、現実的なものか？実現できないような希望的な意向ではないか？ ◆専門的な視点からサービスを検討する <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の意向を実現可能な形にしていく。本人、家族の希望的意向については、専門的な視点により、実現可能な目標になるよう、アドバイスを重ねていく。 ◆本人および家族に丁寧に説明する <ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果適当と判断したサービス内容について本人および家族が十分に理解し、納得する必要がある。 ・自立支援や介護予防に向けて必要なサービス等をケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果が期待されるのか等を丁寧に説明する。 ・介護保険サービス等の役割を、当初の段階で理解していただく。 ◆本人の理解・同意を得て、サービスを提供する ※ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。
<p>本人の意欲を 引き出す</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆総合事業のサービス提供におけるケアプランは、本人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、実現可能で、しかも本人の意欲を引き出せるように設定される必要がある。

例えば、こんな場合あなたならどうしますか？

- ・脳梗塞で右片麻痺の方が「今までと同様に右手を使って趣味の木工がしたい」等、実現不可能と思われる希望を叶えてほしいと言われたら？
- ・明らかに本人、家族の年金収入等では支払不可能なサービスを利用したいと言われたら？

答えは一つではありません～考えてみましょう～

「答えは一つだけではない」「答えはたくさんある」ということを念頭に、まず事業所内で検討します。

経験や年齢、元の職業等によっても、答えが異なります。様々な意見を聞き、検討を重ねましょう。

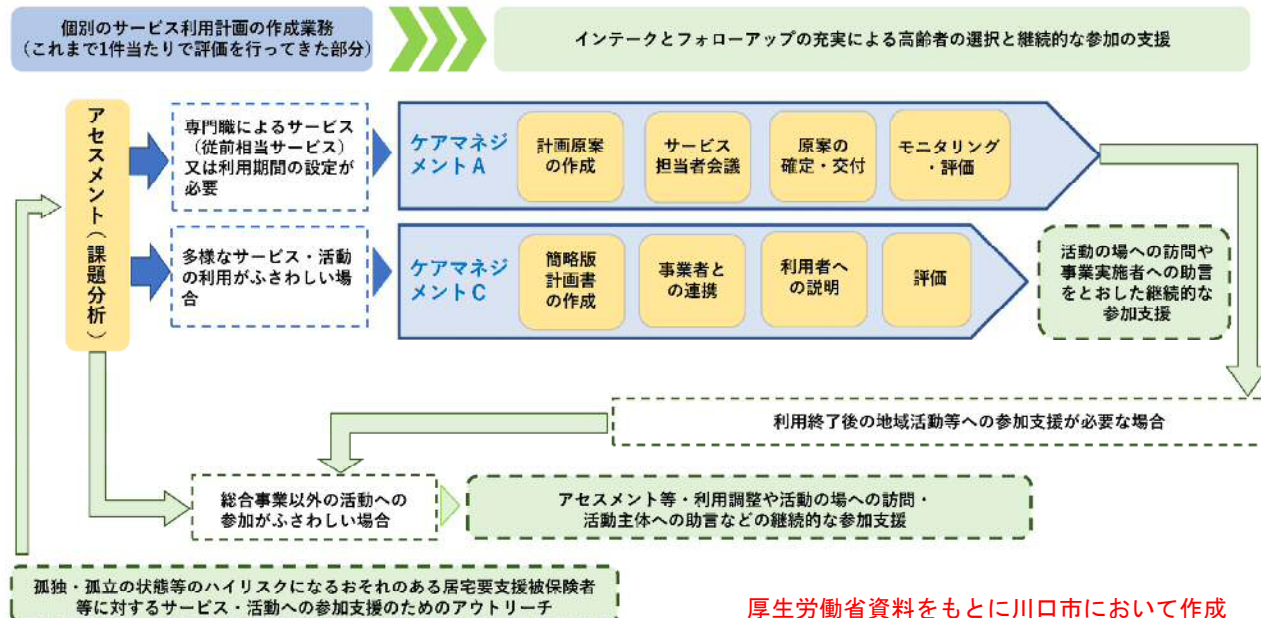
6 介護予防ケアマネジメントの類型

川口市が実施している介護予防ケアマネジメントの類型は以下の2つがあります。

- ①介護予防ケアマネジメントA（原則的なもの）
- ②介護予防ケアマネジメントC（初回のみもの）

新設

川口市の介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等について



出典：厚生労働省, 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[最終改正：令和8年3月13日(老認発0313第3号)]

類型別 使用する帳票一覧

体裁の調整

プロセス	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC
届出書	様式第14号届出書	
アセスメント	【必須】基本チェックリスト	
	【必須】利用者基本情報	
	(必要に応じて※) 興味・関心チェックシート	
	(必要に応じて※) 口腔の状況シート	
	(必要に応じて※) 食生活情報	
	(必要に応じて※) 食生活チェック表	
	(必要に応じて※) 服薬管理	
	(必要に応じて※) アセスメントシート	
プラン	介護予防サービス・支援計画書	介護予防サービス・支援計画書 簡略版
サービス担当者 会議	経過記録 (サービス担当者会議の要点を含める ことで、下記要点様式を省略可) サービス担当者会議の要点	不要
モニタリング	経過記録	不要
評価	サービス評価表	

介護予防給付の帳票は62ページ、各種様式は84ページ参照。
(必要に応じて※)は33、34ページ参照。

類型別 利用できるサービス

体裁の調整

ケアマネジメントA	
従前相当サービス【ケアプラン必須】	介護予防相当サービス
訪問型（ホームヘルパー）	
通所型（デイサービス）	
サービス・活動A【ケアプラン必須】	基準緩和サービス
訪問型サービス・活動A（家事だけサービス）	
通所型サービス・活動A（運動だけサービス）	
ケアマネジメントC	
サービス・活動C【ケアプラン必須】	短期集中予防サービス
訪問型サービス・活動C	
通所型サービス・活動C（健康運動教室）	
一般介護予防教室（口腔教室） 【必須ではないが、ケアプランを作成した場合のみ請求可】	

ポイント1

介護予防ケアマネジメントについて

高齢者が住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで暮らすためには、衣食住の最低限の生活が保障されるとともに、高齢者一人一人が、できるだけ健康な状態であり続け、生きがいや楽しみを持って、生き生きと地域で暮らせることが必要だと考えます。

ケアマネジメントとは、食事、買物といった基本的な生活を支える分野にとどまらず、旅行、外出、趣味なども含め、幅広い領域の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活を自分自身でも具体的にイメージできるよう、本人及び周辺の情報を把握、整理し、日常生活における行為について具体的な目標を立て、介護保険等の社会保障制度や公的サービスに加え、ボランティアや住民主体の活動である「互助」、また、自分で行う自身へのケア、市場サービス購入等である「自助」を整理し、本人が理解したうえで、『本人ができることはできる限り行っていく』という今後の生活を構築するためのケアプランを作成することにあります。また、作成したケアプランの達成状況を確認・評価して必要に応じてケアプランの見直しを行うこと（モニタリング）が重要となります。

アセスメントでは、介護予防の考え方を本人に説明、理解してもらい、本人や家族に生活機能を低下させている行為やその関連性について気付いてもらうことが肝心です。

特に、ADL・IADLでは、本人の能力（できること）と実施状況（していること）、できそうだがやっていないことを整理することで、「なぜ、できそうだがやっていないのか」「どうすれば、できるようになるか」等の課題の解決に向けた取組みを、本人の生活の意向に合わせながら、本人自身が積極的かつ主体的に改善点を考えることが重要となります。本人の自立への意欲を引き出すような、具体的で達成可能な目標を共に探し、成功体験を積み重ねることが本人自身の自信となり、QOLの改善につながっていくのです。

また、意欲の向上・促進、課題の解決にはサービス担当者会議で各専門職種からの意見やアドバイスが非常に有効です。介護保険サービスだけでなく、保険外サービスや地域の活動、必要であれば、地域の住民等とも連携を図り、チームで本人を支援していきましょう。

川口市

対象者の生活スタイルに関わることへの難しさ ～「知識」がなければ「自立」を目指すケアマネジメントは不可能～

要支援者は、ADLは自立し、わずかにIADLの一部に援助を要する程度——これが平均的な要支援者像と考えられます。このため、日常生活上の問題は少ないとみなされ、ケアマネジメントも簡単に行うことが出来る、と思われがちです。しかし、こうした考えは、対象者の「あるがままの状態への支援」であれば構いませんが、「自立」に向けたケアマネジメントとなると全く違ったものになります。

これまで、要支援者の自立に向けたケアマネジメントの発想が乏しかったのは、ケアマネジメントを「日常生活に不足しているものの提供」「あるがままの状態を支えるサービス提供」程度しか実践してこなかった。つまり自立性を回復させて、対象者の生活上の問題を解決、または最大限軽減する、そして家族の「介護負担軽減」につなげる「自立に向けたケアマネジメント」の発想を持たなかったからです。その結果、担当のケアマネジャーのもとで、各種のサービスが提供されているにもかかわらず、多くの対象者は重度化し、家族の生活も含めて生活困難度は増していきました。「ケアマネジメントの質」が常に指摘され続けてきた根本原因はここにあるのです。

「要支援」のみならず、全ての対象者において「自立」を目指すケアマネジメントを行おうとするときに、その「自立支援に関わる知識」がなければ、それは不可能です。

「要支援」をはじめ「軽度要介護者」の自立に向けたケアマネジメントで難しいのは、このアプローチが通常の介護保険サービスを利用するだけでは達成されにくく、しばしばその対象者のライフスタイルの変化を必要とするからです。

生活機能の向上には、「活動的な生活」を送る必要があり、重度者の場合には通所型サービス等での機能訓練（運動、体操、レク活動等）等のメニューによって成果を上げられる可能性が大きくなります。

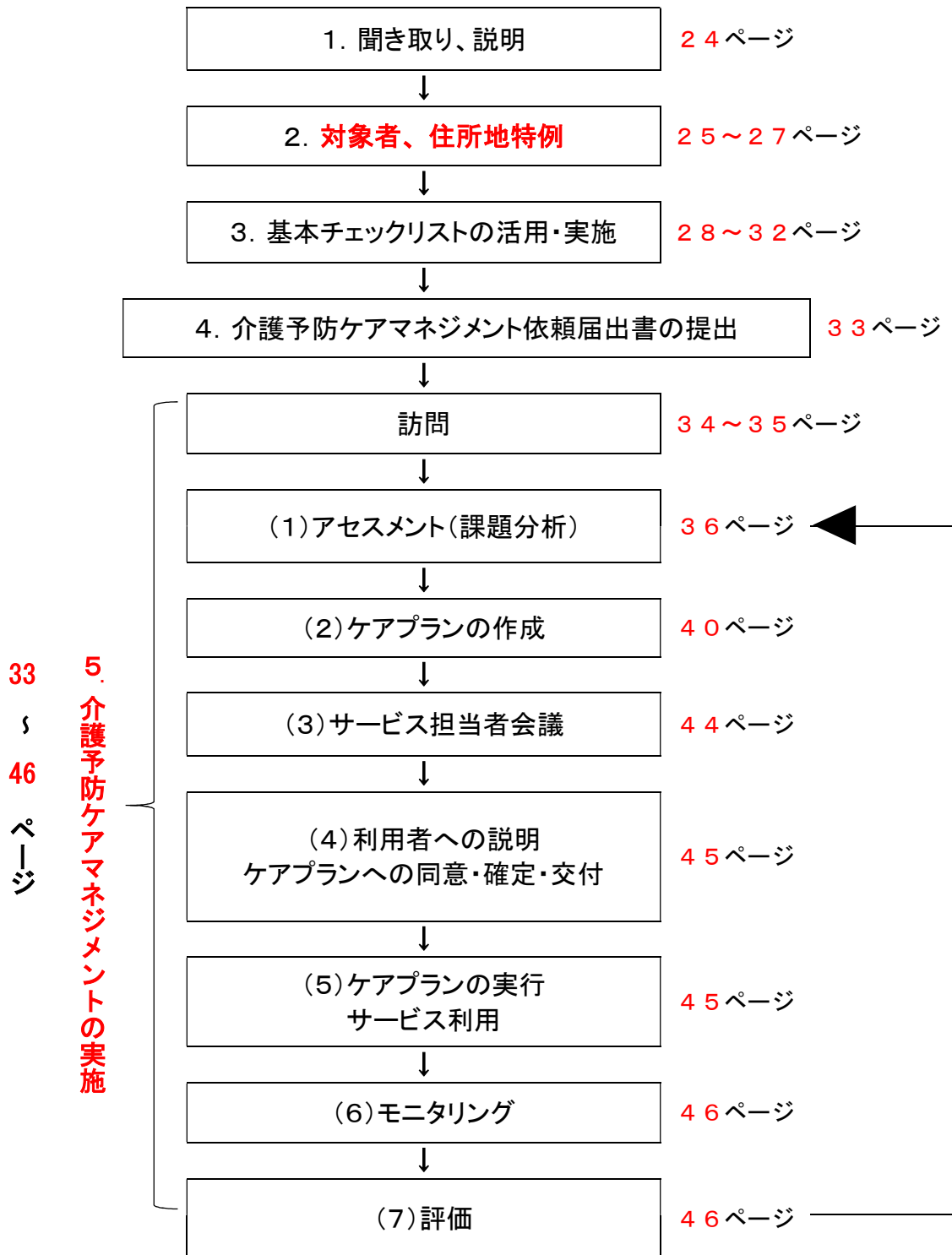
一方、特に要支援者の場合では、活動的な生活を送るか否かは、その人が自ら行おうとするか否かにかかっている、いわばライフスタイルにかかっていることが多く、そのような場合に「生き方を変えてもらう」のは容易なことではありません。その背後には、その人の長年の生活習慣、生活観、価値観、人生観などが潜んでいるからです。

自立支援に向けたケアマネジメントを実践しようとするれば、要支援こそ難しいと見るべきなのです。

第3章 相談受付からケアマネジメントの進め方

フロー図

体裁の調整



※地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ業務を委託する場合の流れは63ページも参照。

1 聞き取り、説明

高齢者の生活の困りごと等の相談は、市や地域包括支援センターで受付けます。

【聞き取り】

◆相談の目的や困りごとを聞き取る。47～51ページも参照。

◆原則、本人が直接窓口に来て相談を行うが、本人が来所できない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、改めて本人に面談の上、状況や相談の目的等を聞き取る。

★本人が来所できない場合の例

入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある 等

【説明】

◆本人及び家族への意識付け

- ・地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント（ケアプラン等）と、自立支援に向けたサービスを利用することで、自分でできることを増やしていくための事業であること。
- ・本人が描くなりたい姿、家族が本人にあってほしい姿を、聞き取りの中で具体化し、目標を分かりやすく本人、家族に説明し、共有する。
- ・基本チェックリストを使用し、本人の心身の状況を分かりやすく本人及び家族に説明する。
- ・興味・関心チェックシートを用いて、本人の好きなこと、意欲がわくことを本人、家族と共有する。
- ・口腔の状況シート、食生活情報、お薬手帳のコピー等の情報を取得し、アセスメントシート等を活用しながら、本人の状態を整理する。
- ・本人が目標を立て、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。

◆介護保険制度利用に当たっての説明

- ・総合事業の目的や内容、手続き等について十分な説明を行う。
- ・新規利用の場合は、認定申請を行う。
- ・更新の場合で、現在介護サービスを利用しており、今後総合事業のサービスのみ利用する場合は、認定を省略して基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当すれば迅速なサービスの利用ができる。
- ・事業対象者となった後や、総合事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は認定申請ができる。
- ・川口市以外の事業者が提供する総合事業のサービスを利用する場合、その事業者が川口市の指定を受けている必要がある。

<つなぐ>

◆以下の場合、認定申請につなぐ

- ・新規利用の場合
- ・明らかに認定が必要だと判断される場合
- ・予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスを希望している場合 等
- ・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サービスを受ける前提となるため認定申請につなぐ。

◆その他、本人の状態や希望に沿った一般介護予防事業等のサービスにつなぐ。

2 対象者、住所地特例

【対象者】

最初の確認

○介護保険被保険者証の住所が市内（担当圏域内）になっているかた

<注意>

※介護保険被保険者証の住所が市外になっているかたについて

- ・被保険者証記載の住所地の市区町村が指定した地域包括支援センターまたは予防居宅が担当となる。
- ・担当の地域包括支援センターまたは予防居宅、一部委託を受けた居宅介護支援事業者については、被保険者証記載の住所地の市区町村に確認すること。
- ・担当の地域包括支援センターが川口市内の居宅介護支援事業者の一部委託して実施することは可能だが、利用できるサービスは保険者に必ず確認すること。
- ・サービス提供する事業者は、保険者である市区町村のサービス事業を提供できる指定事業者である必要がある。
- ・27ページポイント3も参照。

【事業対象者】

事業対象者とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための支援を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当したかたです。

事業対象者が利用できるサービスについては、原則、介護予防ケアマネジメントに基づいて決定します。

川口市では2種類の事業対象者があり（14ページ参照）、有効期間が異なります。

要介護・要支援であったものが、認定更新時に、更新をせずに事業対象者に移行した場合		【有効期間】 設定しない
ケース別 切り替え日	要支援⇒事業対象者	要支援の有効期間終了日の翌日から (有効期間の終了日は設定しない)
	要介護⇒事業対象者	要介護の有効期間終了日の翌日から (有効期間の終了日は設定しない)
	事業対象者⇒要支援	事業対象者の終了日＝認定申請日の前日
	事業対象者⇒要介護	事業対象者の終了日 ＝認定申請日の前日 または 様式第14号届出日の前日
	事業対象者⇒自立 (認定申請の結果が非該当)	事業対象者の終了日＝非該当と認定された日
認定を受けていない、または「非該当」のかたで、サービス・活動Cを利用するため基本チェックリストを実施し、事業対象者になった場合		【有効期間】 3か月
ケース別 切り替え日	一般高齢者⇒事業対象者	4月～6月、7月～9月、10月～12月、1月～3月のいずれか3か月（訪問型は利用月3か月）
	事業対象者⇒要支援	事業対象者の終了日＝認定申請日の前日
	事業対象者⇒要介護	事業対象者の終了日 ＝認定申請日の前日 または 様式第14号届出日の前日 ※ただし、もともとの有効期間以上には延びない。
	事業対象者⇒自立 (認定申請の結果が非該当)	事業対象者は終了しない ＝もともと設定されている有効期間が生きる

【住所地特例対象者】

住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、施設所在市区町村が指定した地域包括支援センター、**予防居宅（介護予防支援のみ）**、**一部委託を受けた居宅介護支援事業者（ケアマネジメントCは不可）**が行うこととなるため、川口市にて基本チェックリストを実施する対象となる。

＜参考＞住所地特例対象者に対するパターン整理表

体裁の調整

パターン	保険者	被保証に印字されている住所（住民票）	実際の居住地	基本チェックリスト実施（事業対象者の場合のみ）	プラン作成（地域包括支援センターまたは 予防居宅 ）※2	様式第14号届出書提出先等※1	利用できる指定事業者によるサービス事業（訪問・通所）	
通常	1	川口市	川口市	川口市	川口市	川口市の包括または 予防居宅 ※2	川口市（介護保険課）※4	川口市のサービス事業
住所地特例者	2	他市町村	川口市	川口市	川口市（保険者である他市町村に、予め川口市のルールでの対応が可能か確認する必要があります）	川口市の包括または 予防居宅 ※2	川口市（介護保険課）※3	川口市のサービス事業
住所地特例者	3	川口市	他市町村	他市町村	他市町村	他市町村の包括または 予防居宅 ※2	他市町村の担当課※4	他市町村のサービス事業

- ※1 様式第14号届出書：様式第14号居宅（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（変更）届出書
- ※2 介護予防ケアマネジメントCは一部委託×（不可）。
予防居宅：介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者
- ※3 様式は保険者のものを使用。
- ※4 様式は川口市のものを使用。

ポイント3

他市の被保険者が川口市で総合事業を受ける際の留意点

Q. 川口市以外（A県B市）に住民登録している要支援1の高齢者が、川口市在住の長女宅で介護を受けることになりました。B市では、週に1回のホームヘルプサービスとデイサービスを利用していましたが、川口市でもサービスを利用することはできますか。住民登録を川口市に移動する予定はまだありません。

A. 川口市のサービス事業所がB市の総合事業の指定を受けることで利用が可能となります。

利用者が提供を受ける総合事業のサービスは、利用者が住民登録をしている市区町村の総合事業のサービスとなります。川口市に住民登録をしていない利用者は、川口市のサービス事業所を利用した場合でも、提供を受けるサービスの内容は川口市の総合事業のサービスではなく、B市の総合事業のサービスとなります。また、B市の総合事業のサービスを提供するためには、B市の総合事業の指定が必要となります。

したがって、他の市区町村に住民登録があるかたが川口市で総合事業を利用する場合、まず川口市のサービス事業所にB市の総合事業の指定を受けてもらい、そのうえでB市の総合事業のサービスの提供を受けることとなります。なお、ケアプランについては、B市の担当地域包括支援センターと連絡を取り合い、確認することが必要となります。

川口市

3 基本チェックリストの活用・実施

生活の困りごと等の相談をした本人に対して、地域包括支援センター等で基本チェックリストを実施し、利用すべき総合事業（サービス・活動事業、一般介護予防事業）の振り分けを行います。

【チェックリストの実施】

使用関連書類

- 84 ページ 《参考》各種様式 基本チェックリスト
- 31～32 ページ 基本チェックリストについての考え方
- 29 ページ 【参考】基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準
- 30 ページ 川口市「介護予防・日常生活支援総合事業」サービス・活動の判断の参考基準（概要）

事業対象者から医師の判断が必要と考えられるかたの把握に使用する関係書類

- 84 ページ 《参考》各種様式 総合事業に係るチェックシート

記入者

31～32 ページ 「基本チェックリストについての考え方」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う

★基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、実施日が記入されていることを確認する

◆家族の来所による相談の場合

基本チェックリストの実施については、本人や家族が行ったものに基づき、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、総合事業の説明等を行う。

◆基本チェックリストの再実施

- ・本人の状態変化に応じて、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間（原則1年間）サービス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、必要に応じて再度基本チェックリストを行う。ただし、**従前相当サービスおよびサービス・活動A**を希望する場合は認定申請を行う。
- ・認定申請が必要と判断した場合は、認定申請を行う。
- ・要介護1～5と認定されているかたの更新は、原則、認定申請を行う。※

※要介護認定者の基本チェックリストの実施

要介護1～5と認定されているかたの更新は、原則、認定申請を行う。
ただし、要介護認定となった原因が特定されており、現在はその症状が回復し要支援相当の状態であることが明確であれば、本人及び家族の希望により、担当ケアマネジャー及び地域包括支援センターとの話し合いで、基本チェックリストを実施し、事業対象者となることができる。

【参考】基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準

No	質問項目	回答(いずれかに○をお付け下さい)		事業対象者に該当する基準	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買物をしていますか	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	運動機能の低下 3項目以上に該当	複数の項目に支障 10項目以上に該当
7	椅子に座った状態からなに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	低栄養状態 2項目に該当	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ		
12	身長 cm 体重 kg (BMI) (注)	0. はい	1. いいえ	口腔機能の低下 2項目以上に該当	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	閉じこもり No16に該当	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	認知機能の低下 1項目以上に該当	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	0. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	うつ病の可能性 2項目以上に 該当	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめな くなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくう 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。

川口市「介護予防・日常生活支援総合事業」 サービス・活動の判断の参考基準（概要）

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス事業対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や利用者基本情報、アセスメントシートの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加する活動を判断。高齢者の心身の状況等に応じた多様なサービスの利用や活動への参加につなげ、介護予防を推進。
※実際の判断に当たっては、この基準を参考にしつつ、利用者個々人の多様な状況等に即して判断を行う。

基本チェックリストの該当項目に沿った判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
① 複数項目に支障	No. 1～20のうち10項目以上該当	・②～⑦のうち該当する基準又は該当に近い基準に対応するサービスや活動につなげる。 ・必要に応じて、複数のプログラムの提供を検討
② 運動機能低下	No. 6～10のうち3項目以上該当	・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室
③ 低栄養状態	No. 11～12のすべてに該当	・口腔教室
④ 口腔機能低下	No. 13～15のうち2項目以上該当	・口腔教室
⑤ 閉じこもり	No. 16に該当	・訪問型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 (ボランティア、就労、老人クラブ、町会等)
⑥ 認知機能低下	No. 18～20のうち1項目以上該当	・訪問型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 (ボランティア、就労、老人クラブ、町会等)
⑦ うつ病の可能性	No. 21～25のうち2項目以上該当	・訪問型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 (ボランティア、就労、老人クラブ等) ・受診勧奨の必要性を判断 ・専門相談（窓口）紹介

※⑤・⑦の場合に、単に「通所」の観点から通所型 サービス・活動Cを利用することはできない。
※状況によっては、自立支援型地域ケア会議に事例として提出し、専門職や他の介護支援専門員の意見を聞きながら、当該本人の自立支援・重度化防止を目指す。

【基本チェックリストについて】

- ・基本チェックリストの該当項目のみで、サービスの利用を判断しない。
- ・該当項目の状況により、低下している機能の目安として活用する。

【全体的な留意事項】

- ・新たな事業対象者には、能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援やサービス・活動Cの利用、地域の各種活動への参加等を促す。

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習慣を問う質問事項については、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。

項番	質問事項	質問事項の趣旨
1～5の質問事項は、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	日用品の買物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	6か月間で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か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・BMI	身長、体重は整数で記載してください。体重は1か月以内の値を、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	お茶や汁物等でむせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出の頻度が異なる場合は、過去1か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』など物忘れがあるとされますか	本人はもの忘れがあると思っても、周りの人から指摘されない場合は「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ている場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しかわからない場合には「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)以前は楽にでき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)自分が役立つ人間だとは思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

4 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出

使用関連書類

様式第14号届出書

記載方法

- ・地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けることについて本人に確認。
本人または地域包括支援センター等が様式第14号届出書を介護保険課へ提出。
- ・記入例は、下記川口市ホームページ参照。
<https://www.city.kawaguchi.lg.jp/soshiki/01070/050/kakusyushinseisho/1829.html>
- ・訪問型サービス・活動Cの場合は、付箋に「訪問型サービス・活動C。●～●月利用」と記載し貼る。
- ・介護予防支援は電子申請ができるが、介護予防ケアマネジメントは基本チェックリスト記入日が入力できないため電子申請不可。

<https://www.city.kawaguchi.lg.jp/soshiki/01070/050/kakusyushinseisho/dennisinsei.html>

提出が必要な対象

- ・要介護⇒要支援
- ・要介護⇒事業対象者
- ・要支援⇒事業対象者
- ・事業対象者⇒要支援
- ・新規で事業対象者となった場合
- ・サービス・活動C（短期集中予防サービス）の利用延長する場合
- ・ケアマネジメントC実施する他のサービスを利用する場合（例：健康運動教室が終了し、次にケアマネジメントC実施して口腔教室参加する場合）

5 介護予防ケアマネジメントの実施

【介護予防ケアマネジメントに係る様式】

川口市における介護予防ケアマネジメントについては、従来のケアプラン作成で使用している様式を継続し使用することを基本とするが、平成29年4月より「興味・関心チェックシート」「口腔の状況シート」「食生活情報」「アセスメントシート」「課題整理総括表」等を活用し、より標準的なアセスメントを実施する。

- ◆「興味・関心チェックシート」「アセスメントシート」以外は国より示された様式を使用することも可能。

使用関連書類

19ページ及び84ページ《参考》各種様式を参照

5 介護予防ケアマネジメントの実施【訪問】

【訪問日時の調整】

◆本人と介護予防ケアマネジメントを行うための訪問日時を調整する。

- ・地域包括支援センターに来所した場合においても、後日改めて訪問によるアセスメントを行う。

【参考】訪問時に持っている便利なもの（一例）

1. 身分証（地域包括支援センター職員証、介護支援専門員証など）
2. 説明用パンフレット類
 - ①介護保険パンフレット
 - ②地域包括支援センターパンフレット
 - ③ハートページ（介護サービス事業者ガイドブック） など
3. サービス利用にかかる各種様式
 - ①基本チェックリスト
 - ②認定申請書
 - ③様式第14号届出書 など
4. 介護予防ケアマネジメント様式一式（19ページ参照）
 - ①利用者基本情報
 - ②アセスメントシート
 - ③介護予防サービス・支援計画書
 - ④興味・関心チェックシート など
5. 介護保険サービス・介護保険以外のサービスの利用調整に係る資料
 - ①高齢者福祉事業のご案内（各種サービス利用の申請書など）
 - ②住民参加型福祉サービスのリーフレット（社会福祉協議会） など
6. 文房具（ノート、筆記用具、朱肉、電卓 など）
7. その他必要に応じて
 - ・デジタルカメラ（プライバシーやデータの管理には要注意！）

訪問の意義・重要性、訪問時の心構え・留意点等

★五感をフルに活用

- ・臭い、空気のだよみ等、適正な住環境になっているか
- ・玄関、庭、居室も含めて、掃除や整理整頓がされているか
- ・何のために、なぜその質問をするのかを探りながら、聞く

★信頼関係を築く

- ・話を聴く⇒ただ、聴くのではなく、相手の言葉からその背景を聞き取る。また、相手に安心感を与えるため否定的な言葉を使わない。(アセスメントシートに認知症の確認項目があるが、あえて不安をあおらず、誰でも心当たりのある一つの表現として「もの忘れ」という風に問いかける等、さりげない気遣いを心がける)
- ・認める ⇒ただ、「ほめる・賞賛する」ことではなく挨拶や名前を呼ぶことで存在を認め、「表情が明るくなりましたね」、「ここまできましたね」「今、ここにいるんですね」という事実を伝える。相手の変化や違いに気づき言語化してはっきりと伝えることで、支援しますよという態度を伝える。

★情報の収集・状況の確認

- ・本人の趣味・興味のあると思われるもの（庭木・書・人形・手芸作品・本・絵・写真）
これらの話題から、相手に安心感を与え徐々に信頼関係を築くことで、少し踏み込んで話を聴くことができる。

◎例えば・・・「どのような食べ物がお好きですか？」
⇒同じものをいくつも買い置きしていないか、適当なものを購入していないか、作り置きがあるか（→同意を得て冷蔵庫の中を確認できる場合あり）
- ・訪問時は、居室以外の生活空間にも目を配らせておく
手すりが必要な箇所等を説明する中で、台所や洗面所、浴室等も見せてもらう。その中で、生活環境が清潔に保たれているか、整理できているかといったことも確認することができる。

◎生活環境が過度に汚れていたり、逆に整然としすぎて介護の痕跡が無い等と感ずる場合は、介護放棄や虐待（ネグレクト）の可能性はないか注意を払う。

これらのことを視野に入れながら対象者の状態と生活について情報収集を図っていく。

5 (1) アセスメント (課題分析)

目的

本人の望む生活 (=「したい」) (生活の目標) と現状の生活 (=「うまくできていない」) のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにする。

◆課題分析の過程を通して

生活機能のどこに問題があり、なぜ困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取組みを積極的に促すことができ、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。

◆本人はどのような生活を望んでいるのか

具体的に「(できれば) してみたい・参加してみたい」

ADL・IADL、趣味活動、社会的活動等の内容を聞き取ることが重要である。

「こういうことをできるようにになりたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることにつながる。

状態を把握する際には

- ★ 「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか (申請のきっかけ)」
- ★ 「なぜ、要支援状態・事業対象者になったのだろうか」
- ★ 「なぜ、生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」
- ★ 「それはいつから、具体的にどんなことで困っているのだろうか」
- ★ 「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」

というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報を漏らさず聞き取ることが重要である。

居宅を訪問したうえで、「アセスメントシート」等の項目を参考に状態を把握する。

状態の把握にあたっては

「できていない・問題がある」というマイナス部分だけでなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そうすることで、要支援者等の自尊心を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。

課題整理総括表等の記載に基づく判断

課題整理総括表（100ページ）の記載に基づく判断

分類		対象者判定基準	維持・改善が想定されるサービス・活動例
移動	室内移動	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C
	屋外移動	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	生き生きデイサービス 日常生活用具の給付
食事	食事内容	支援あり・どのような支援内容	口腔教室 配食サービス
	食事摂取	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型サービス・活動C 口腔教室
	調理	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	生き生きデイサービス 配食サービス 日常生活用具の給付
排泄	排尿・排便	支援あり・どのような支援内容	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型サービス・活動C
	排泄動作	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	自立支援（ヘルパー派遣） 寝たきり高齢者等紙おむつ支給
口腔	口腔衛生	支援あり・どのような支援内容	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型サービス・活動C
	口腔ケア	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	口腔教室
服薬	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型サービス・活動C 口腔教室 居宅療養管理指導（薬剤師による訪問）	
入浴	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C	
更衣	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	生き生きデイサービス	
掃除	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C	
洗濯	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	生き生きデイサービス 自立支援（ヘルパー派遣）	
整理・物品の管理	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C	
金銭管理	見守り・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・どのような介助 全介助・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C	

分類	対象者判定基準	維持・改善が想定されるサービス・活動例
買物	見守り・・なぜ見守りが必要なのか 一部介助・・どのような介助 全介助・・本当に必要かどうか	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C 自立支援（ヘルパー派遣）
コミュニケーション能力	支援あり・・どのような支援内容	通所型従前相当サービス 通所型サービス・活動C 生き生きデイサービス
認知	支援あり・・どのような支援内容	訪問型／通所型 従前相当サービス 訪問型／通所型 サービス・活動C 口腔教室 生き生きデイサービス
社会との関わり	支援あり・・どのような支援内容	
褥瘡・皮膚の問題	支援あり・・どのような支援内容	
行動・心理症状(BPSD)	支援あり・・どのような支援内容	
介護力（家族関係含む）	支援あり・・どのような支援内容	
居住環境	支援あり・・どのような支援内容	自立支援（福祉用具貸与） 軽度生活支援 日常生活用具の給付 福祉用具貸与・購入

川口市版アセスメントシート（98ページ）等の記載に基づく判断

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
① 身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア. 項目 1、2、3、12、13 のいずれかで「3」があること イ. 項目 13 が「2」以上であること	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型／通所型 従前相当サービス ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室
② 運動機能訓練の必要性が高い	項目 1、2、3、12（全5項目）のうち2項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型従前相当サービス ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室
③ 家事援助の必要性が高い	以下のいずれにも該当 ア. 利用者が単身であること、又は同居の家族等に「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） イ. 項目 6～10 のうちの 2 項目以上が「3」であること	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型従前相当サービス ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室
④ 閉じこもり予防の必要性が高い	項目 14、15、16 のうちの 1 項目以上が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 （ボランティア、就労、老人クラブ等）
⑤ うつ予防の必要性が高い	項目 16、17、18、19 のうちの 1 項目以上が「2」である	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 （ボランティア、就労、老人クラブ等） ・受診推奨の必要性を判断 ・専門相談（窓口）の紹介
⑥ 認知症予防の必要性が高い	以下の 6 項目のうち 2 項目以上に該当 ・項目 11 が「3」以上 ・項目 17、24、27～30 が「2」以上である	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型／通所型 サービス・活動C ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・地域の各種活動 （ボランティア、就労、老人クラブ等）

※④、⑤の場合に、単に「通所」の観点から、通所型サービス・活動Cを利用することはできない。

5 (2) ケアプランの作成

目的

「維持・改善すべき課題（目標）」を解決するうえで最も適切な目標、支援内容、達成時期を考え、段階的に支援するための計画を作成することである。

◆ケアマネジメントAの場合は原案を作成、ケアマネジメントCのみの場合は簡略版を作成する。
(19ページ参照)

◆手法

3～12か月を目途に、本人がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする短期目標が達成されることを目的に

- ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
- ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的な手段の選択）
- ・「いつ頃までに」（期限）

を考慮し達成可能な現実的な計画を作成する。

◆ケアプランの作成の際には本人・家族と面談をしながら①～③を説明しておくことが重要である。

- ①本人の望む生活（生活の目標）のイメージを共有する（あくまでも理想像ではなく、現実的な目標設定を図る）
- ②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（ニーズ）の解決を図ることが大切であること、
- ③目標が達成されたら、さらに生活機能を維持し、自立した生活を高めていくためには、様々な地域社会の場に通うことが大切であることを伝える。

◆要支援者等の「維持・改善すべき課題」は以下の代表的な状態に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

- ①健康管理の支援が必要な人
- ②体力の改善に向けた支援が必要な人
- ③ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な人
- ④閉じこもりに対する支援が必要な人
- ⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な人

◆適切な目標設定、サービス選定のためには

- ・アセスメントによる本人の心身の状況（特にADL・IADL）を正確に把握する。
- ・本人が自らのケアプランであると実感し、本人が主体的に取り組まなければ十分な効果は期待できない。

◆専門用語の使用はできるだけ避け、十分に説明し理解を得るようにする。

◆短期集中予防サービス（訪問型・通所型）、一般介護予防事業の一部サービス（口腔教室）を追加する場合には、既存のプランを変更し、追加する。

◆78ページ「事例」、84ページ「参考」各種様式「介護予防サービス・支援計画書（様式、記入例）」も参考にしてください。

【参考】介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<p>【セルフケア】 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動等</p>	<p>【健康】 毎年検診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 【日常生活】 起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする</p>
<p>【家庭生活】 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨て等の家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話等</p>	<p>【家事】 炊事・掃除・洗濯等を自分でする 【用事】 買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p>【対人関係】 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持等</p>	<p>【関係】 家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 【役割】 庭の草むしりや孫の世話等、家族の用事や世話を 【他者への支援】 誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p>【主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）】 自営業の店番・田んぼの見回り等の仕事、ボランティア奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>【仕事】 店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 【活動】 地域の奉仕活動に参加する 経済生活：預貯金の出し入れや管理する</p>
<p>【コミュニケーション】 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやり取りを続ける</p>
<p>【運動と移動】 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>【外出】 週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p>【知識の応用（判断・決定）】 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p>【コミュニティライフ・社会生活・市民生活】 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加等</p>	<p>【交流・参加】 自治会のお祭りに参加する、老人会の行事に参加する、候補者を決めて投票する 【楽しみ】 趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

出典：厚生労働省、介護予防ケアマネジメント実施要領

デイサービス (意見の概要)

- ◆機能向上等が必要な状態
 - ・膝関節症で膝が曲がらない
 - ・脊柱管狭窄症で一人での外出が困難
 - ・整形疾患退院後
 - ・麻痺あり 等

- ◆うつ、閉じこもり傾向の状態
 - ・他者との交流の機会がない
 - ・自宅に閉じこもりがち
(早期に対応しないと要介護状態になりやすい) 等

ホームヘルプサービス (意見の概要)

- ◆買い物が困難な状態
 - ・常にふらつきあり
 - ・転倒の危険が強い
 - ・外出が困難
 - ・重いものが持てない、運べない(宅配を利用しても玄関先から運べない) 等

- ◆調理が困難な状態
 - ・認知症
 - ・指先にしびれがあり調理ができない

等

利用者像

- ★身体的状況(デイサービス)
 - ・リハビリ、機能訓練が必要な人(機能維持)
 - ・自宅で入浴が困難
 - ・交流の機会が少ない(閉じこもり対策)

- ・コミュニケーション能力が低い、他者との関係作りが不得手(当初のみ専門職の関与が必要)

- ★家族構成(共通)
 - ・独居
 - ・高齢者世帯(配偶者が要支援・要介護状態、障害者等)
 - ・同居家族あるが、支援が受けられない

- ★既往、後遺症等(共通)
 - ・認知症
 - ・関節疾患(腰、膝、指先等)
 - ・麻痺
 - ・呼吸器疾患
 - ・視覚障害 等

- ★身体的状況(ホームヘルプ)
 - ・関節可能域に制限あり
 - ・かがむ動作が困難
 - ・転倒の危険が高い
 - ・常にふらつきあり
 - ・重いものが持てない、運べない
 - ・薬を飲むのを忘れる
 - ・指先の感覚異常(しびれ、筋力低下等)

- ◆交流の機会が必要な状態
 - ・コミュニケーション能力が低い
 - ・交流の機会が少ない
 - ・委縮してしまう
 - ・周囲の人の話についていけない 等

- ◆自宅で入浴ができない状態
 - ・自力で入浴が困難
 - ・浴槽をまたげない
 - ・かがめない
 - ・ふらつきあり 等

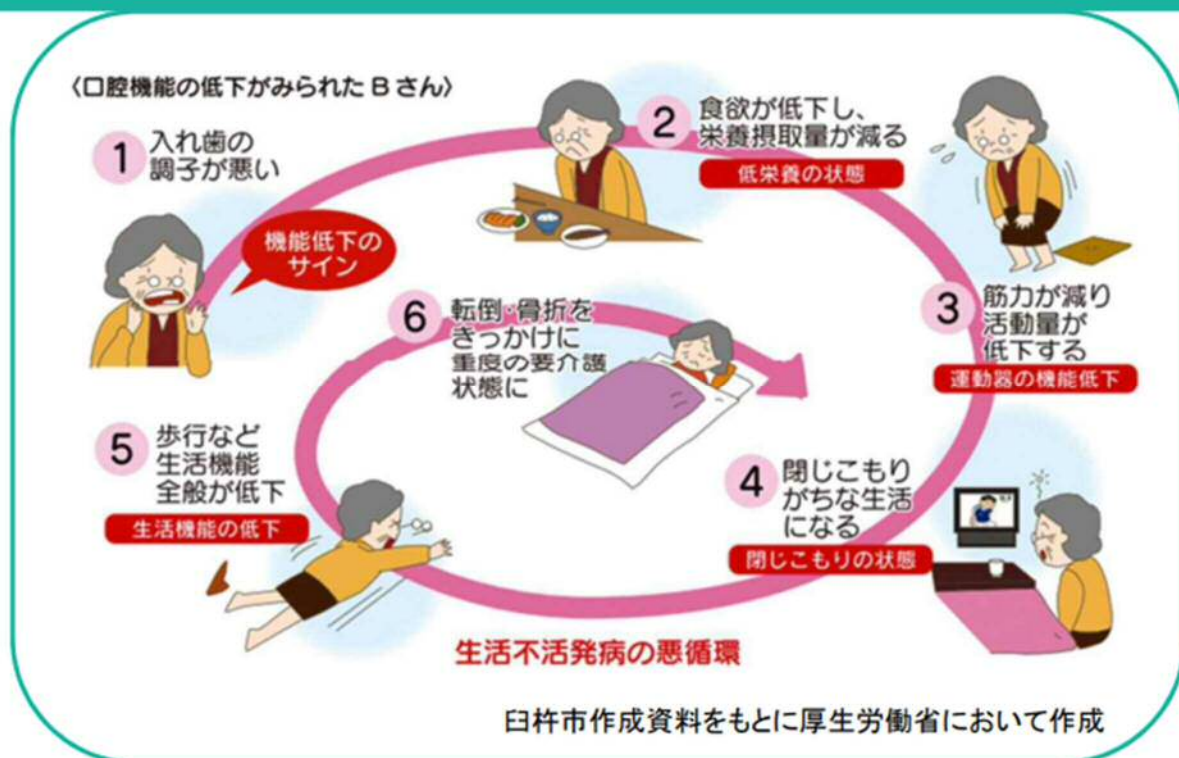
- ◆掃除ができない状態
 - ・関節リウマチ
 - ・腰痛、膝関節痛
 - ・麻痺
 - ・かがむ動作が困難
 - ・筋力低下あり
(掃除機が持てない) 等

- ◆医療ニーズが高い内服管理が困難
 - ・認知症で、薬の飲み忘れがある
 - ・人工透析後の疲労感が強い

等

【参考】 廃用症候群（生活不活発病）について

生活不活発病の悪循環



出典：厚生労働省，地域包括ケアシステムにおける地域ケア会議の役割について（平成28年10月28日）

元気な身体づくりは**口腔**や**栄養**も大事！

高齢者は、様々な体の不調が重なって徐々に要介護状態になっていきます。（上図参照）

体だけでなく、精神面、環境面から「**自立支援・重度化防止**」に向けた生活の見直しを図る必要があります。

特に**口腔ケア**に関しては、痛みなどの症状が出づらいこともあり、放置してしまいがちですが、実は介護予防のスタートともなりうる**重要なポイント**です。また、**自身の口から栄養を摂る**ことは、筋力維持にも大切なことです。

**積極的に口腔ケアや栄養の視点を
予防プランに取り入れていきましょう。**

5 (3) サービス担当者会議

目的

- ・本人やその家族の生活全体及びその課題を共有する。
- ・地域の公的サービス・インフォーマル等について情報共有し、その役割を理解する。
- ・本人の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議する。
- ・ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解する。

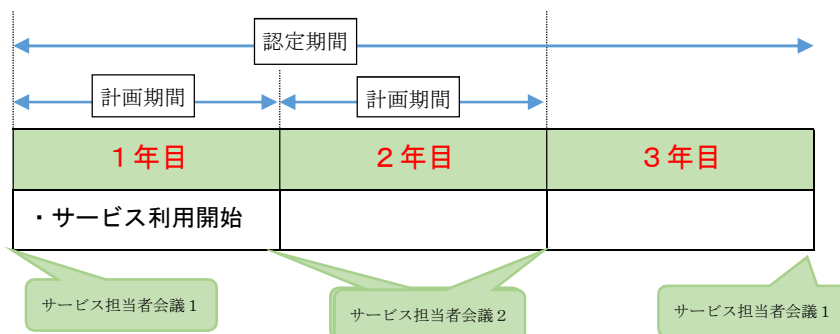
◆開催時期

①ケアプラン作成時

②ケアプランの変更時

③臨時の開催

- ・ケアプランどおりの効果がでていないと考えられる場合
- ・サービスの利用中断がある場合
- ・本人の状況に変化があり、ケアプランの変更が必要な時



・「サービス担当者会議 1」 **必須**。(介護予防支援、ケアマネジメントA)
通常の担当者会議として、利用者宅に集まり情報共有を行う。

・「サービス担当者会議 2」(介護予防支援、ケアマネジメントA)
必ずしも担当者会議として集まる必要はないが、照会等で現状の様子を把握する。

※認定更新時に事業対象者となった者の有効期間はないが、計画更新時のサービス担当者会議について、上図のような「サービス担当者会議 2」によることを可能とする。

◆会議の構成員

①本人・家族

②ケアプラン作成者

③サービス提供事業者の担当者

④主治医

⑤インフォーマルサービスの提供者

※サービス提供事業者が会議に参加することで、

- ・本人のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題を共有できる。
- ・リハビリテーション専門職種等から個別事例に合った運動の仕方、ADL・IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方等、支援方法の情報を入手できる。
- ・的確な通所計画等を立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができる。

◆ケアプラン作成者が説明する事項

- ・ケースの年齢や家族構成等の基本情報
- ・今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、ケアプランの原案等

◆協議内容

- ・本人の生活状況とケアプランの内容
- ・サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ・各サービス・支援の計画作成のための2次アセスメント

◆記録

「経過記録」に記載する。

※「経過記録」にサービス担当者会議の要点を含めることで、「サービス担当者会議の要点」様式を省略することも可能。

◆その他

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要がある。計画作成者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切である。

医師との日程調整が難しい場合は、受診時または照会等により情報を得るなど工夫して実施する。

◆短期集中予防サービス、一般介護予防事業の場合、サービス担当者会議はなし。

- ・短期集中予防サービス、一般介護予防事業のサービス担当者会議は必須ではないが、サービス利用にあたり、事前にサービス受託事業者にケアプラン等を提出し、参加者の目標、課題等を共有する。

◆ケアプランを受託している居宅介護支援事業者も同様とする。

5（4）利用者への説明。ケアプランへの同意・確定・交付

◆本人からケアプランへの同意を得て交付する

◆サービス事業者にサービス提供開始を伝える

5（5）ケアプランの実行。サービス利用

◆サービス提供事業者の役割

①事前アセスメント

サービス実施前にアセスメントを行い、個別サービス計画を立て、本人の同意を得る。

②サービスの実施

- ・個別サービス計画に基づき、サービスを提供する。
- ・効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直す。

③事後アセスメント

- ・サービス提供後、その効果について事業所でアセスメントを行う。

69～70ページ【No. 7】も参照。

- ・結果をケアプラン作成者に報告する。

5 (6) モニタリング

目的

介護予防サービス・支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結び付けていく。

◆実施時期

- ①サービス提供から3か月に1回訪問
(月に1回は電話または訪問等)
- ②本人に著しい変化があったとき
- ③サービスの期日終了月

◆モニタリングの視点

- ・本人の生活状況に変化がないか。
- ・ケアプランどおりに、本人の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・個々のサービス提供の支援内容が、適切であるかどうか。
- ・利用しているサービスに対して本人は満足しているか
- ・その他、ケアプラン変更を必要とする課題が生じていないか。

◆目標が達成された場合

速やかに再アセスメントを行い、ケアプランを組み直す。

◆課題が解決されている場合

さらに自立した生活を高めていくために、住民主体や一般介護予防事業等の通いの場を見学する等、スムーズな移行に配慮する。

◆新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合

アセスメント結果に基づき、ケアプランを立て直す。

◆記録

- ・「経過記録」に記載する。
- ・モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合及び、介護保険の認定における区分変更申請が必要な場合は、「経過記録」に記入する。

5 (7) 評価

目的

介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直す。

◆実施時期

- ①6か月に1回
- ②サービス・活動C(短期集中予防サービス)を利用する場合は3か月に1回
- ③介護予防ケアマネジメントに位置付けた期間終了時

◆記録

「サービス評価表」に記載する。

最初が肝心!!

初めて相談に来所する人にとって初回の面接は、緊張したり、焦ってしまったり、主訴をうまく伝えられない場合があります。また、「できれば他人の力を借りたくないのに、自分たちの力ではどうにもならない状態になっている」など、精神的に弱まった状態場合があります。

面接者は、いきなりあれこれと聞き始めるよりも、雑談などを交えながら場を和ませ、相談者が安心して、何でも話してよいという雰囲気を作ることが大切です。そして、「援助しますよ」というこちらの意思を態度で伝えて、相手に「安心してもらうこと」「信頼してもらうこと」を心がけます。相談者は、やっとの思いで相談に来ている場合もあることを念頭におき、相談に来たことをねぎらう気持ちで接しましょう。

具体的には・・・

1. 自己紹介をする

自分が相談者にとって何を行う存在なのかをしっかりと伝えましょう。当たり前のことですが、当たり前であるからこそ、丁寧にしっかりと伝える必要があります。どんな技術や知識も、それを扱う人間の態度、価値感が相談者を尊重したものでなければ、意味がありません。

2. 面接の目的を確認する

何のために時間を共有するのかという確認をする（二回目以降の面接においては、面接の冒頭に、前回の面接の振り返りを一緒に行った上で、今回の面接で何を話し合うのかという確認も必要です）。相談者自身の問題解決における意欲、主体的に対処していきたいと思っているかどうか、それとも、対処能力が低下している状態か、などを推測するための情報がこの過程で得ることができます。また、他職種・他機関からの紹介で、面接に至った場合には、事前に紹介先から聞いている紹介の目的と、相談者の意向との間に相違がないかを確認する必要があります。

3. (1. 2. の前に行うこと) 面接前の事前準備 (予定面接の場合)

相談者の基本情報、生活環境、どのような経緯で紹介されてくるのか、そういった事前情報を可能な限り確認しておくことが大切です。

面接者は、事前に得られる情報と、面接時に相談者から語られる情報から、相談者と一緒に解決すべき問題を明らかにしていきます。

来所して、開口一番に「ヘルパーを利用したい」「デイサービスに行きたい」という希望を訴える人もいます。どうして必要なのかを丁寧に聞き取り、背景にある問題を考えていくことが大切です。これまで、大変な中、どのように対処してきたのかなどを聞き取ることで、場合によっては本人が気づいていない本人の強みを発見できることもあるかもしれません。どうして必要なのかを明らかにしていく中で、本人の訴えと課題が違うことがあるということを念頭において面接に臨むことも必要でしょう。

川口市

ポイント5

みて・聴いて・感じて!!

五感をフルに活用しましょう！ なんだか当たり前のことですが…

私たちは何を見て何を察知できるのでしょうか？電話でも面接でも訪問でも、いろいろなことが見えてきます。自分の五感をフルに活用していきましょう。声のトーン、しゃべる速度、整理されていない内容、本人の視線、顔つき、しゃべり方、服装、清潔感、家の雰囲気…「なんだか変だな」と思うこともあるでしょう。決めつけるのではなく、感覚として、「こんなふう感じた」という印象は結構当たっていることは多いものです。初めて会った時の「違和感」を記録しておくことも大切です。

訪問した場合には、家の空気感、におい、掃除の具合（できていない、または異常に清潔すぎる等）、洗濯物の干し方（異常な几帳面さを感じる等）、カーテンの閉まり方で想像できることもあります。

また、来所時においても髪を数日洗っていない、季節感のない洋服を着ている等がある場合、その原因は何かを考えると、抱える問題とどう連携しているかなどの問題提起につながります。

要因は何か？という視点を持つことで、相談者が抱える真の問題が浮かび上がってくる場合があります。注意したいことは、「絶対そうだと思ひ込みすぎないこと」と「直ぐ〇〇のサービスが必要と思わないこと」です。

～訪問時に虐待等の可能性を疑う場合～

地域包括支援センターが、総合事業等における介護予防ケアマネジメントを実施することにより、利用者のご自宅へ訪問する機会が増えます。その際に訪問職員は「総合事業のための訪問」に取られず、様々な観点からこの訪問の機会を活用してください。ここでは権利擁護、特に高齢者虐待に関して視点を提示します。高齢者虐待を早期に発見もしくは未然に防ぐための視点です。これは訪問だけでなく面談時にも有効です。

高齢者虐待の発生要因として「在宅での認知症ケアにかかわる対応困難や介護負担」との関係が強いとされています。

そこで、本人の認知症状とご家族の様子に視点を持ってください。特に家族からご本人に対してマイナスイメージを思わせる言動や態度が見られた場合はハイリスクであるという認識が必要です。たとえば「目が離せない」や「何回言ったら判るの！」「イライラする」等のネガティブな発言は、高齢者虐待発生もしくは発生しそうなサインです。

次に高齢者虐待の発生要因として「虐待者の障害・疾病」との関係も強いとされています。自宅などを訪問するとき、家族等と面談するとき、家族の様子からわかる「養護者の障害・疾病」にも関心を向けましょう（必ずしも「傷害・疾病」で虐待者になるわけではありません。ただ家族が自分よりも悪い状態になり、思いかけず養護者になり負担感が増してしまったことが原因かもしれません）。介護サービス利用や総合事業利用のきっかけが「家族（介護者）の障害・疾病」であるならば、高齢者が虐待発生リスクを抱えている（介護負担が高くなる）という認識です。

以上のような高齢者虐待の発生要因と関連する視点を持つことで、高齢者虐待を早期に発見、もしくは高齢者虐待を未然に防ぎましょう。

川口市

高齢者虐待【保護の検討基準】（埼玉県が示したものを一部修正）

レベルC（定期的な状況確認・分離・保護の可能性の検討）	
高齢者の状況	① 介護度が高いが、相応の医療・介護を受けていない。 ② 認知症・精神疾患による周辺症状が強く出ており、生活に支障をきたしている。 ③ 徘徊、昼夜逆転、頻繁な訴え、異食、弄便、大声、不快音、嘔みつき、引っかき、蹴飛ばし等が見られる。 ④ 性格に偏りがあるため、養護者と不仲となり孤立した状態である。
養護者の状況	⑤ 精神疾患、アルコール依存症、知的障害等があるが、医療的管理をしていない。 ⑥ 高齢者の年金等を管理していることにより、高齢者自身の生活に何らかの支障を与えている。 ⑦ 高齢者に対し、日常的に冷淡、否定的な態度で接している。 ⑧ 介護疲れが激しく、苛立ち、うつ傾向がある。 ⑨ 友人や親族等と疎遠で、相談相手がおらず、孤独である。 ⑩ 激昂しやすく、感情のコントロールができない。



レベルB（分離・保護を検討）	
高齢者	① 今後重大な結果が生じるおそれの高い状態が見られる。 ② 頭部打撲、顔面打撲、腫脹、不自然な内出血、やけど、刺し傷、きわめて非衛生的、回復状況が様々な傷、極端なおびえ、軽度の脱水、低栄養・低血糖の疑い、入退院の繰り返し、その他が見られる。
養護者	③ 高齢者に体調不良が見られても医療を受けさせず、そのままにしている。 ④ 介護サービス利用料を3ヶ月以上滞納しており、払う意思も見られない。



レベルA（緊急分離・保護）	
高齢者	① すでに重大な結果を生じている（頭部外傷による血腫・骨折、腹部外傷、意識混濁、重度の褥瘡、重い脱水症状、脱水症状の繰り返し、栄養失調、全身衰弱、強い自殺願望、など）。 ② 高齢者自身が保護を求めている。 ③ 「殺される」「（養護者が）怖い」「何も食べていない」等の訴えがあり、実際にその兆候が見られる。 ④ 年金・預貯金等を搾取されたため、電気・ガス・水道等が止まり、食料が底をついている。 ⑤ 自宅から締め出され、長時間戸外で過ごしていることにより心身状況の悪化が見られる。
養護者	⑥ 刃物、ビンなど凶器を使った暴力や脅しがある。 ⑦ 「何をするかわからない」「殺してしまうかもしれない」等の訴えがあり、切迫感がある。 ⑧ 暴力や世話の放棄を繰り返し、支援機関との接触・助言に応じないまま悪化させている。

※サービス事業者や、ケアマネジャーは上記に該当するようなことを始め、少しでも「違和感」を感じたら地域包括支援センターへ連絡をしましょう。

ポイント6

思い込みではなく、思い入れ ～思いやりのつもりが思い上がりに～

本人から相談を受けた際、相談内容に共感をする方も多いと思います。人間としての相性もあるかもしれませんが、「この人に〇〇してあげたい」という気持ちで、様々なサービスを紹介したり、一生懸命そのかたに尽くしてしまう、といったことがあるのではないのでしょうか？

しかし、それは本当にそのかたのためになっているのでしょうか？

確かに、本人の要望に対する迅速な対応、的確な対応、丁寧な対応が、全てのかたにできれば素晴らしいと思います。しかしながら、一部のかたに偏ってサービスが提供されることは、ただの自己満足に過ぎません。

「やってあげたい」という気持ちで業務を行うことで、結果「やりすぎ」てしまい、その人が本来持っている自分自身で行える能力を奪ってしまうことになります。

福祉・介護を職業としている人間が「やってあげたい」という気持ちで行う業務は、ただの押し付けであり、自己満足以外の何者でもありません。

その考えが進んでくると、「相手はきっこう望んでいるはず」と、「心配り」「思いやり」ではなく、自分自身で「思い込み」または「思い上がり」、本人の身体的、心理的変化に気づけなくなってしまいます。

様々な身体的状況、環境的状況から「気づく力」を磨き、気づいてすぐに改善できる謙虚さを持ち、客観的に柔軟な対応を行うことが重要です。

相談に対応した本人のみならず、家族等の介護者も様々な意見があるはずですが、相談者、介護者を孤立させず、相手が自ら話したくなるような雰囲気作りに務め、そのかたに関わるチーム（ケアマネジャー、サービス事業者、民生委員、近所のかた等）全員で共感力を高め、情報を共有する必要があります。どんなに正当な考えよりも、様々な意見を考慮した整合性の取れた意見が尊重されなくてはなりません。

そのためには、そのかたに関わるチーム（ケアマネジャー、サービス事業者、民生委員、近所のかた等）全員が、五感をフルに活用し、さらには第六感を働かせることが求められるのではないのでしょうか？

川口市地域包括支援センター

ポイント7

自立に向けたケアマネジメント ～介護保険法第4条：国民の努力及び義務～

70歳で要支援・要介護認定を受けていないA男さんは、最近体力の低下を感じ、「健康維持のために、定期的に運動ができる場所がないか？」と地域包括支援センターに相談に来ました。

B職員は、A男さんに近所で運動ができる教室を紹介しました。

後日、A男さんよりB職員へ

「紹介してもらった近所の公園の運動教室に参加してから、体の調子がいいんだよ。近所の新しい仲間もできて、毎回休まず楽しく運動しているよ。」

と電話がありました。

いつまでも元気であるために、生きがいを持ち、楽しく介護予防を続けることが大切です。そのためにも、地域の資源を積極的に活用しましょう。

少なくとも1月に1回はモニタリングし結果を記録、3月に1回は利用者宅を訪問 ～モニタリングの重要性～

Dケアマネジャーは、モニタリングで訪問した際、堅苦しい面談にならないよう、『お助けかわらばん』を持っていき、詐欺被害の防止の話題を交えながら話をしました。

Cさん「それにしても、お金持っている人っているんだね。」

数日後、CさんよりDケアマネジャーへ電話が入りました。

「この間、変な電話がかかってきて、孫のふりしてお金振り込めって言うんだよ。一瞬、孫かな？と思ったけど、あの時、あれ（お助けかわらばんの案内）持ってきてくれたでしょ？あれを思い出してね。すぐ電話切ってやったよ！」

さりげない心配りと、話題の持ちかけによって、悪質な詐欺被害を未然に防ぐことができた事例です。

【参考】介護保険法第4条（国民の努力及び義務）

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

川口市地域包括支援センター

■ 月途中で介護予防相当サービスから基準緩和サービスへ切り替える場合の注意点

介護予防相当サービスの利用者が、月途中で基準緩和サービスへ切り替えることは、基本的に想定しておりません。しかしながら、利用中の事業所が廃止になった場合など、一部のケースで月途中での切り替えとなることが考えられます。

月途中で介護予防相当サービスから基準緩和サービスへ切り替えることとなった場合、介護予防相当サービスの本体報酬（日割）と、基準緩和サービスの本体報酬の合計単位数が、介護予防相当サービスの月あたりの本体報酬の単位を超過することがないように計画を作成してください。

●基本的な考え方

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{介護予防相当サービス} \\ \text{本体報酬（日割）} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{基準緩和サービス} \\ \text{本体報酬} \\ \hline \end{array} \leq \begin{array}{|c|} \hline \text{介護予防相当サービス} \\ \text{本体報酬（月額）} \\ \hline \end{array}$$

(例) 訪問型サービス（週1回程度利用）要支援1の場合

- ① 介護予防相当サービス 本体報酬（日割） 39単位 × 日割日数
- ② 基準緩和サービス 本体報酬 227単位 × 回数
- ③ 介護予防相当サービス 本体報酬（月額） 1176単位

⇒ ①と②の合計単位数が③の単位数を超過することはできない。

●具体例

- ・ 介護予防訪問介護相当サービスを週1回程度利用していた要支援1のかた。
- ・ 10月20日に事業所廃止に伴い介護予防訪問介護相当サービス利用を終了。
- ・ 10月21日から訪問型基準緩和サービスを週1回程度利用する。

Q：切り替え月である10月において、基準緩和サービスは何回利用することができるか？

① 現在までの単位を算出

$$39 \text{ 単位 (介護予防訪問介護相当サービス週1回程度の日割単位)} \times 20 \text{ 日}$$

⇒ 780単位（すでに利用した単位）

② 余剰単位を算出

$$1176 \text{ 単位 (介護予防訪問介護相当サービス週1回程度の月単位)} - 780 \text{ 単位 (①の単位)}$$

⇒ 396単位（今月利用可能な範囲）

③ 余剰単位と基準緩和サービスの1回あたり単価から利用可能回数を判断

$$227 \text{ 単位 (訪問型基準緩和サービス単価)} \times 1 \text{ 回} = 227 \text{ 単位}$$

$$227 \text{ 単位 (訪問型基準緩和サービス単価)} \times 2 \text{ 回} = 454 \text{ 単位}$$

⇒ 1回まで利用可。2回以上の利用は余剰単位の396単位を超過するため不可。

※各種加算が算定される場合においても、本体報酬のみで計算。

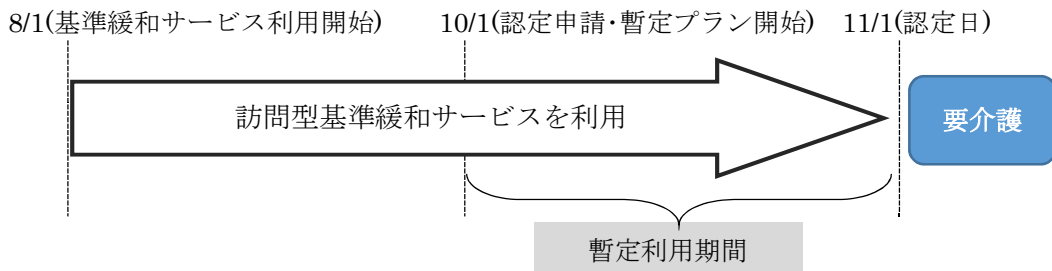
※通所型サービスにおいても同様の計算方法を用いる。

■ 事業対象者の認定申請中における基準緩和サービス利用の留意事項

総合事業のサービスは、介護給付のサービスを開始するまでの間は支給できることとなっています。したがって、結果が要介護となった場合でも、認定結果が出るまでの間、基準緩和サービスのみ利用であれば基準緩和サービスについて保険給付が可能です。

なお、介護給付のサービスの開始の判定については、居宅サービス計画作成依頼届の適用日をもって開始日とします。

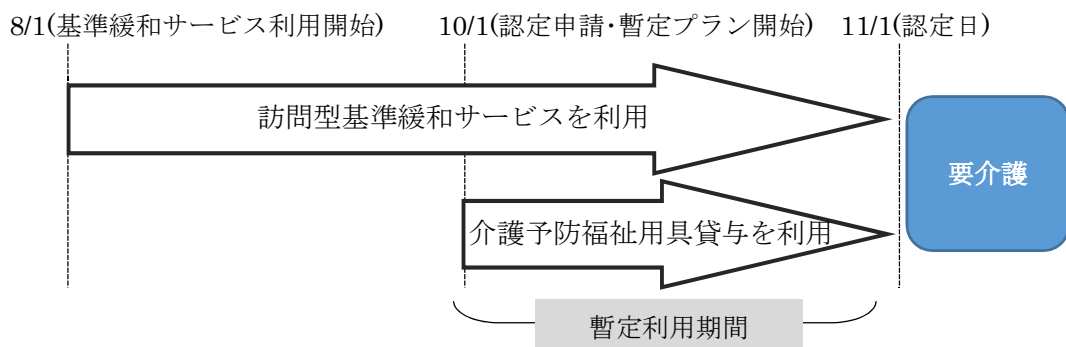
Q 1 : 8月1日から基準緩和サービスのみを利用している「事業対象者」が、10月1日に認定申請し、認定結果が「要介護」となった場合の暫定部分の請求は？



A. 上記の場合、併用サービスがなければ基準緩和サービスとして請求が可能。申請日に遡り10月から要介護となるが、介護給付のサービス開始までは総合事業のサービスについて給付が可能であるため。ただし、居宅サービス計画作成依頼届の適用日が11月以降であることが前提。

認定結果が出るまでの間、基準緩和サービスと介護予防給付のサービスを併用した場合には、基準緩和サービスと介護予防給付のサービスのどちらか一方のサービスについて保険給付ができませんので注意が必要です。

Q 2 : 8月1日から基準緩和サービスを利用している「事業対象者」が、10月1日に認定申請し、申請日から暫定で介護予防福祉用具貸与の利用を開始し、認定結果が「要介護」となった場合の暫定部分の請求は？



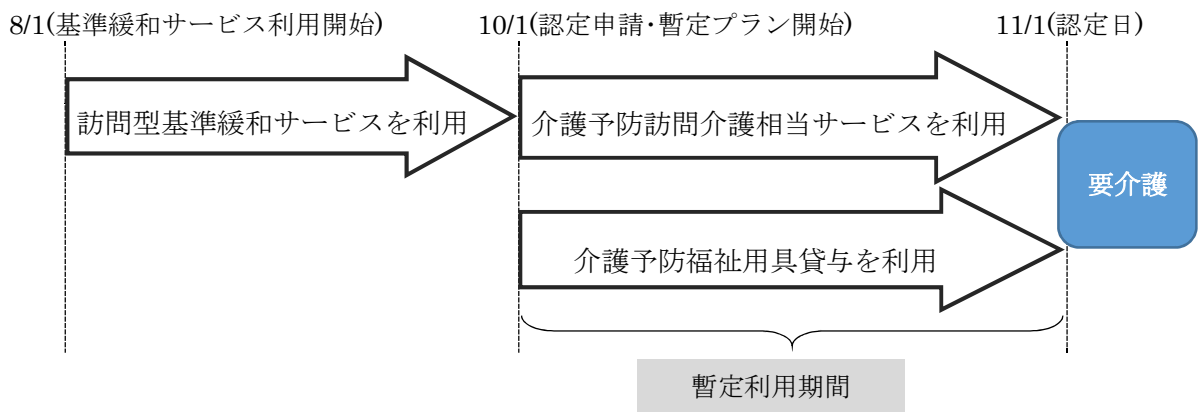
A. この場合、福祉用具については介護給付の福祉用具貸与として請求が可能。基準緩和サービスについては、介護給付のサービスとして請求することは出来ないため全額自己負担となる。(居宅サービス計画作成依頼届の適用日が10月であることが前提。なお、11月付けの居宅サービス計画作成依頼届であれば基準緩和サービスについて請求可能だが、福祉用具貸与分が全額自己負担となる。)

※認定結果が「要支援」の場合には、総合事業のサービスと介護予防給付のサービスの両方の利用が可能のため、保険給付が可能です。

認定結果が出るまでの間、基準緩和サービスと介護予防給付のサービスを併用した場合には、基準緩和サービスと介護予防給付のサービスのどちらか一方のサービスについて保険給付ができません。

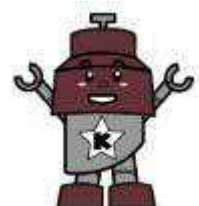
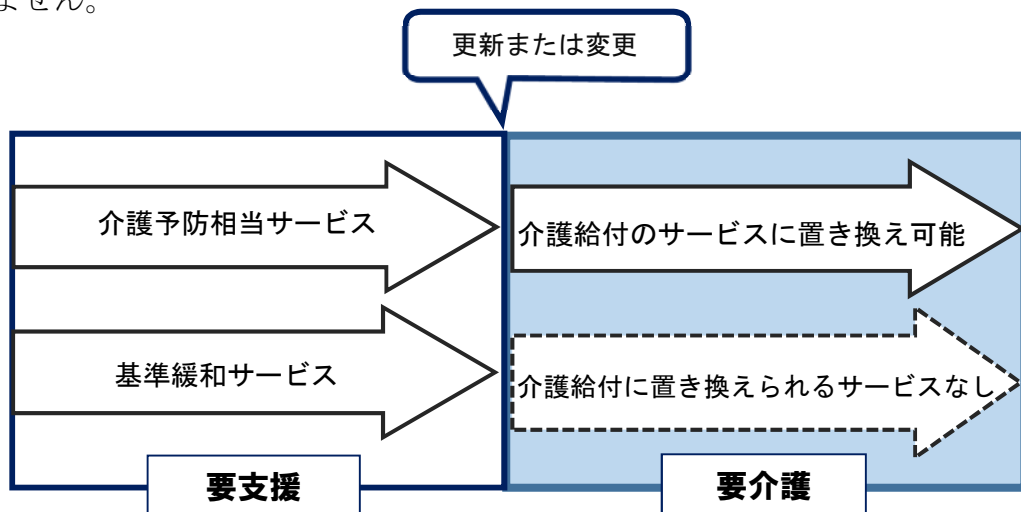


訪問型基準緩和サービスを、10月から介護予防相当サービスに変更することで、どちらも介護給付として請求することができます。



【留意事項】

基準緩和サービスは資格要件等を緩和した総合事業独自のサービスであり、介護給付や介護予防相当サービスとは基準が異なるため、要介護認定を受けた後、暫定で利用していた期間の分について、介護給付の訪問介護や通所介護として保険給付することができません。



認定申請期間中のサービス利用と費用の関係

●事業対象者が認定申請し、結果が「非該当」または「要支援」となった場合

利用サービス	認定結果		非該当の場合	要支援の場合
	費用請求区分			
給付のみ	給付サービス費		全額自己負担	予防給付
	ケアマネジメント費		事業	予防給付
給付と事業併用	①	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
	②	給付サービス費	全額自己負担	予防給付
		事業費（基準緩和サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	予防給付
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業
	②	事業費（基準緩和サービス）	事業	事業
		ケアマネジメント費	事業	事業

※事業対象者は基本的には要支援相当のかたである。上の表は申請中のサービスに対する費用について参考を示しているものであり、事業対象者が認定申請し「非該当」となることは基本的に想定していない。

●事業対象者が認定申請し、結果が「要介護」となった場合

利用サービス	要介護とする時期		申請日から要介護	認定日から要介護
	費用請求区分			
給付のみ	給付サービス費		介護給付	—
	ケアマネジメント費		介護給付	—
給付と事業併用	①	給付サービス費	介護給付	—
		事業費（介護予防相当サービス）	介護給付	—
		ケアマネジメント費	介護給付	—
	②	給付サービス費	介護給付	全額自己負担
		事業費（基準緩和サービス）	全額自己負担	事業
		ケアマネジメント費	介護給付	事業
事業のみ	①	事業費（介護予防相当サービス）	介護給付	事業
		ケアマネジメント費	介護給付	事業
	②	事業費（基準緩和サービス）	—	事業
		ケアマネジメント費	—	事業

※介護給付サービスの利用開始＝居宅サービス計画作成依頼届の適用日
この前日を持って事業対象者としての有効期間が終了し、事業からの支給が終了します。

6 限度額管理・請求

【(1) 限度額管理】 ※限度額管理についてはホームページもご確認ください。

◆川口市が実施する総合事業のうち、給付管理の対象となるサービスは、指定事業者によるサービスとする。

- ・訪問型／通所型 従前相当サービス
- ・訪問型／通所型 サービス・活動A

※サービス・活動C、一般介護予防事業の一部（口腔教室）は対象ではありません。

◆川口市における事業対象者の支給限度額は、要支援1と同額とする。

※要支援のかたが予防給付と総合事業を併用する場合、支給限度額の範囲内で予防給付と総合事業を一体的に給付管理する。

サービス名	回数	対象者	単位数
訪問型 従前相当サービス	週1回程度	事業対象者 要支援1・2	1,176 単位
	週2回程度	事業対象者 要支援1・2	2,349 単位
	週2回を 超える	事業対象者 要支援2	3,727 単位
訪問型 サービス・活動A (家事だけサービス)	1回	事業対象者 要支援1・2	227 単位
通所型 従前相当サービス	週1回程度	事業対象者 要支援1	1,798 単位
	週2回程度	事業対象者 要支援2	3,621 単位
通所型 サービス・活動A (運動だけサービス)	1回	事業対象者 要支援1・2	355 単位

※訪問型サービス・活動Aの算定回数

- 週1回程度（事業対象者・要支援1） 月5回まで
- 週2回程度（事業対象者・要支援2） 月10回まで
- 週2回を超える（事業対象者・要支援2） 月16回まで

※通所型サービス・活動Aの算定回数

- 事業対象者 月10回まで
- 要支援1 月5回まで
- 要支援2 月10回まで

【(2) 給付管理票】

- ◆総合事業においても限度額管理対象サービスの利用がある場合、給付管理票の提出が必要となる。
- ◆総合事業のサービスと予防給付のサービスを併用した場合も、限度額管理対象のすべてのサービスを1枚の給付管理票に記載する。
- ◆事業対象者が月途中で認定申請した場合に、給付管理票に記載する区分は次のとおりとなる。

月途中の変更内容	記載する区分
事業対象者 → 要支援1	事業対象者
事業対象者 → 要支援2	要支援2
事業対象者 → 要介護1～5	要介護1～5

【(3) 地域包括支援センターが行うケアマネジメント費の請求方法】

- ◆**介護予防ケアマネジメントA・C**は、介護予防支援費などと同様に、地域包括支援センターが毎月10日までに**国保連**へ請求する。

※川口市の総合事業におけるケアマネジメントの件数は、居宅介護支援費を算定するうえでの件数の対象にはならない。

※70～71ページ【No. 9】も参照

【(4) サービスの請求方法】

- ◆川口市が実施する総合事業のうち、指定事業者によるサービス（**従前相当サービス、サービス・活動A**）については、**国保連**へ請求する。

※請求にあたっては、**川口市ホームページ等**にてサービスコード表を参照すること。

- ◆総合事業の**従前**相当サービス（A2、A6）については、新規契約や契約解除などの場合にも日割算定となる。具体的な条件や起算日は下記の表を参照すること。ただし、サービス利用開始日（終了日）と契約日（契約解除日）の月が異なる場合には、次のとおりの運用とする。

- ・4月25日契約、5月2日から利用開始の場合
日割算定せず、5月分から包括報酬（4月は算定なし）
- ・4月25日最終利用、5月2日契約解除の場合
日割算定せず、4月分まで包括報酬（5月は算定なし）

請求のポイント

- ◆**予防給付とサービス・活動C**を併用する場合
介護予防支援を請求
- ◆総合事業のうち、**従前相当サービス**または**サービス・活動A**と**サービス・活動C**を併用する場合
ケアマネジメントAを請求
- ◆**サービス・活動C**のみを利用する場合（委託不可）
ケアマネジメントCを請求

●介護予防ケアマネジメントの請求方法

類型		具体例
1	介護予防支援	介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与 等
2	ケアマネジメントA	従前相当サービス、サービス・活動A
3	ケアマネジメントC	訪問型／通所型サービス・活動C、口腔教室

※請求については、1か月に上記1つのみの請求となる。(単位数は同額)

優先となる類型は、1>2>3となるので注意が必要。

※介護予防支援、ケアマネジメントA、Cの請求については、地域包括支援センター**または**
予防居宅が請求処理を行う。

※居宅介護支援事業者は、翌月5日までに地域包括支援センターに前月の実績を伝えることは変わらない。

例1) 4月から5月中まで介護予防福祉用具貸与を受け、5月から6月中まで**訪問型従前相当サービス**を受け、7月から**通所型サービス・活動C**を利用した場合の請求

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
例1	介護予防支援	介護予防支援	介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントC	請求なし	請求なし	
	介護予防福祉用具貸与	→					
	訪問型従前相当		→				
	通所型サービス・活動C				←	※初月のみ請求	→

例2) **通所型サービス・活動C**を4月から6月まで利用し、延長で7月から9月まで利用、6月の途中から介護予防福祉用具貸与を受けた場合の請求

		4月	5月	6月	7月	8月	9月
追加 例2	介護予防ケアマネジメントC	なし	なし	介護予防支援	介護予防支援	介護予防支援	介護予防支援
	通所型サービス・活動C	※初月のみ請求			延長		
	介護予防福祉用具貸与						→

※通所型サービス・活動C利用の注意

- ・ **通所型従前相当サービス**の併用は不可。要介護認定が出た場合は、サービス・活動Cは利用できない。その場合、介護予防ケアマネジメントCの請求もできない。

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2	
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス(独自) ・通所型サービス(独自) ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)(通所型サービス(独自)のみ) ・区分変更(事業対象者→要支援)(通所型サービス(独自)のみ) 	変更日
		<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要介護→要支援) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業開始(指定有効期間開始) ・事業所指定効力停止の解除 	契約日
		・利用者との契約開始	契約日
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居(※1) 	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除(※1)	契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護の退所(※1)	退所日の翌日
		・介護予防短期入所療養介護の退所・退院(※1)	退所・退院日又は退所・退院日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		<ul style="list-style-type: none"> ・生保単独から生保併用への変更(65歳になって被保険者資格を取得した場合) 	資格取得日
		終了	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ)(通所型サービス(独自)のみ) ・区分変更(事業対象者→要支援)(通所型サービス(独自)のみ)
	<ul style="list-style-type: none"> ・区分変更(事業対象者→要介護) ・区分変更(要支援→要介護) ・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)(※1) ・事業廃止(指定有効期間満了) ・事業所指定効力停止の開始 		契約解除日 (廃止・満了日) (開始日)
	・利用者との契約解除		契約解除日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居(※1) 		入居日の前日
	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始(※1) 		サービス提供日(通い、訪問又は宿泊)の前日
	・介護予防短期入所生活介護の入所(※1)		入所日の前日
	・介護予防短期入所療養介護の入所・入院(※1)		入所・入院日又は入所・入院日の前日
	・公費適用の有効期間終了		終了日

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
居宅介護支援費 介護予防支援費 介護予防ケアマネジメント費	- ・日割りを行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、それぞれにおいて月額包括報酬の算定を可能とする。	-
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	- ・日割りを行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。(※1) ・月の途中で、要介護度(要支援含む)に変更がある場合は、月末における要介護度(要支援含む)に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。(月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様)	-

- ※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。
 なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。
- ※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

出典：厚生労働省，介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（確定版）
 （令和7年3月28日）

月のサービス利用に応じた給付管理票及び介護予防防支援費・介護予防ケアマネジメント費の取扱い一覧表

利用者	利用サービス				その月のサービス利用パターン例	給付管理票	マネジメント費として請求する区分
	介護予防給付		総合事業				
	限度額管理対象サービス	限度額管理対象外サービス	限度額管理対象サービス	限度額管理対象外サービス			
要支援	利用				福祉用具貸与	要	介護予防支援費
	利用	利用			福祉用具貸与+居宅療養管理指導	要	介護予防支援費
	利用		利用		福祉用具貸与+介護予防通所介護相当サービス	要	介護予防支援費
	利用			利用	福祉用具貸与+住民主体サービス	要	介護予防支援費
	利用	利用	利用		福祉用具貸与+居宅療養管理指導+介護予防通所介護相当サービス	要	介護予防支援費
	利用	利用		利用	福祉用具貸与+居宅療養管理指導+住民主体サービス	要	介護予防支援費
	利用		利用	利用	福祉用具貸与+介護予防通所介護相当サービス+住民主体サービス	要	介護予防支援費
	利用	利用	利用		福祉用具貸与+居宅療養管理指導+介護予防通所介護相当サービス+住民主体サービス	要	介護予防支援費
	利用	利用			居宅療養管理指導	不要	介護予防ケアマネジメント費 ^注
	利用		利用		居宅療養管理指導+介護予防通所介護相当サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
	利用	利用		利用	居宅療養管理指導+住民主体サービス	不要	介護予防ケアマネジメント費
	利用		利用	利用	居宅療養管理指導+介護予防通所介護相当サービス+住民主体サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
	利用	利用	利用		介護予防通所介護相当サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
	利用		利用	利用	介護予防通所介護相当サービス+住民主体サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
事業対象者					住民主体サービス	不要	介護予防ケアマネジメント費
					ケアマネジメントの実施のみでサービス利用なし	不要	介護予防ケアマネジメント費
			利用		介護予防通所介護相当サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
			利用	利用	住民主体サービス	不要	介護予防ケアマネジメント費
			利用	利用	介護予防通所介護相当サービス+住民主体サービス	要	介護予防ケアマネジメント費
			利用		ケアマネジメントの実施のみでサービス利用なし	不要	介護予防ケアマネジメント費

予防給付の限度額管理対象外サービス：居宅療養管理指導、住宅改修費支給、特定福祉用具販売

総合事業の限度額管理対象外サービス：指定事業所以外が提供するサービス

注：介護予防ケアマネジメントを実施せずに居宅療養管理指導のみ利用された場合は、介護予防ケアマネジメント費を請求できない。

※給付管理票の提出が必要な場合、その給付管理票に記載するサービスは、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、総合事業サービスのうち限度額管理対象サービス。

予防給付ケアマネジメント帳票早見表【R8.5.1】

	包括へ提出			帳票名称	保管の状況		契約終了時の 居宅の取扱い
	新規契約、 作成時	計画変更、 更新時	居宅変更、 CM変更時		包括	居宅	
契約時	<input type="radio"/>			介護予防支援サービス利用契約書	原本	(写)	
	<input type="radio"/>			重要事項説明書	原本	(写)	
	<input type="radio"/>			介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約に関する 個人情報使用同意書	原本		
				介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託依頼書		原本	
アセスメント時	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> 居宅変更時	利用者基本情報(変更時は随時作成し、提出)	原本	写	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	基本チェックリスト	原本	写	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	主治医意見書	写	写※1	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	認定調査票	写	写※1	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)	原本	写	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		介護保険被保険者証	(写)	(写)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		介護保険負担割合証	(写) 必要に応じて	(写) 必要に応じて	
請求時 (毎月)				業務委託完了報告書【個別・事業所ごと】※2	原本	写	居宅で保管
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	サービス提供票・別表		原本※3	
				介護予防支援業務委託料請求書(県外の場合のみ)	原本	写	
評価時				サービス提供事業者のモニタリング・評価等報告		原本	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	介護予防支援・サービス評価表	原本 (評価毎受理)	写	原本を包括へ※4
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の記録を含む。また経過記録の中に別 添参照と記載がある場合は参照書類も添付して提出する)	写 (評価毎受理)	原本	原本を包括へ※5

(写)：必要に応じてコピー等保管するもの。

●表に記載のない文書についても、必要に応じて包括に提出する。

※1 主治医意見書ならびに認定調査票については、通常写しを取ることは認められないが、この場合利用目的がはっきりしているため、写しを可能とする。

※2 業務完了報告書【個別】はサービス利用票・別表の内容も兼ねる

※3 提供票作成・配布については義務ではないが、サービス事業所からの実績の確認等のために利用されている。

●契約終了時の居宅の取り扱いで、記載のない部分については居宅で判断可とする。ただし個人情報の取り扱いについては契約に基づき十分注意をすること。

※4 「終了」にレ印を付した上で、原本を包括へ提出する。

※5 終了の旨記載した上で、原本を包括へ提出する。

7 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託について

地域包括支援センターは、介護予防支援並びに介護予防ケアマネジメント業務を居宅介護支援事業者に委託する場合、以下の手続きを行う。

No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
1	相談の受付	介護保険課			
		認定申請の 相談	相談	相談することも可能	
2	介護予防支援及び 介護予防ケアマネ ジメント業務委託 契約	介護保険課 長寿支援課			①契約
		②提出 ③提出			
3	介護予防支援及び 介護予防ケアマネ ジメント利用契約				①業務委託依頼
			②契約	②契約 ※業務委託した場合は居宅が契約代行	
4	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（変更） 届出書	介護保険課			
		①b:提出 ※居宅が契約代行した場合 ①a:提出 ②被保険者証			
5	情報提供依頼	介護保険課			
		①a:提出 ②a:認定調査票、主治医意見書 ①b:提出 ※居宅が契約代行した場合 ②b: ※認定調査票、主治医意見書			
6	各種様式の作成、 承認・返却				①提出 ②承認・返却
7	サービス担当者会 議の開催				連携
8	介護予防サービス ・支援計画書の提出				提出
9	給付管理・介護予 防支援費及び介護 予防ケアマネジメ ント費の請求	国保連			
		①請求（提出） ②報酬の支払い ②委託料の支払い		①提出	

No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
10	モニタリング報告				← 提出
11	評価				← 提出

(1) 居宅介護支援事業者への委託の範囲

14項目の業務のうち11項目について、地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ委託できることとしています。

残る2項目（(11)(13)）は地域包括支援センターのみが行える業務のため委託できません。

以下、川口市介護予防ケアマネジメント実施要綱より抜粋

- (1) 利用申し込みの受付
- (2) 利用者との契約締結
- (3) アセスメント
- (4) 介護予防サービス・支援計画原案の作成
- (5) サービス担当者会議の開催
- (6) 介護予防サービス・支援計画原案の説明及び同意
- (7) 介護予防サービス・支援計画書の交付
- (8) サービスの提供及びサービス提供事業者との連絡調整に関すること
- (9) モニタリング
- (10) 評価
- (11) 評価に基づく介護予防サービス・支援計画変更案の確認
- (12) 給付管理業務
- (13) 介護予防ケアマネジメント費請求及び埼玉県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）への給付管理票送付
- (14) その他介護予防ケアマネジメントの遂行のために必要なこと

※委託の範囲は、11項目すべての業務を必ず委託しなければならないものではありません。

地域包括支援センターごと、法人ごとに異なる場合があります。契約時には、委託の内容について、契約書をよくご確認ください。

※委託ができるケアマネジメント業務は16ページ参照。

(2) 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを委託した場合の手順 (詳細)

【No. 1】相談の受付					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
1	相談の受付	介護保険課			

窓口：地域包括支援センター、居宅介護支援事業者または介護保険課

○要介護・要支援認定更新時

⇒認定申請書の提出または基本チェックリストの実施

※基本チェックリストは包括が居宅に同行し実施してください。

○認定を受けたことがないかた、または非該当の判定を受けたかた

⇒原則として認定申請

認定後または、基本チェックリストを実施し事業対象者に該当後、利用者に居宅介護支援事業者に委託するかどうか意向確認をする。

【No. 2】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
2	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約	介護保険課 長寿支援課			

①契約 (地域包括支援センター⇔居宅介護支援事業者)

利用者の住所地にある地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約を結ぶ。(利用者ごとに契約を交わす必要はない)

(ア)(イ)を居宅介護支援事業者に必要な事項を記載してもらい、利用者の住所地の担当地域包括支援センターに提出する。

使用関係書類

(ア) 業務委託契約書

(イ) 代理受領委任状

②提出 (地域包括支援センター→長寿支援課地域ケア係)

使用関係書類

(イ) 代理受領委任状

提出必要：埼玉県内の居宅介護支援事業者へ委託した場合。

提出不要：埼玉県以外の居宅介護支援事業者に委託する場合。埼玉県外からの住所地特例者の介護予防ケアマネジメントの場合も不要。

※長寿支援課が受理し、埼玉県国保連へ送付する。

※一度提出すれば更新する必要はないが、代理受領委任状に記載事項に変更があった場合は、再度提出することとなる。

③提出（地域包括支援センター⇒介護保険課事業者係）

使用関係書類

(ウ) 指定介護予防支援委託（変更）の届出書

※介護保険課で受理します。

【No. 3】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
3	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約		←②契約→	←①業務委託依頼→	←②契約 ※業務委託した場合は居宅が契約代行→

①業務委託依頼（地域包括支援センター⇒居宅介護支援事業者）

使用関係書類

(エ) 業務委託依頼書

②契約（利用者⇄地域包括支援センター）

利用者と担当地域包括支援センターが契約を結ぶ。

※居宅介護支援事業者が契約代行することができる。この場合、居宅介護支援事業者への委託の範囲「(2) 利用者との契約締結」(64ページ参照)の業務を委託していることが必要となる。

使用関係書類

(オ) 利用契約書

(カ) 重要事項説明書

(キ) 個人情報同意書

・地域包括支援センターパンフレット

※利用者と地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が(オ)(カ)(キ)をもって契約を結ぶ。なお、契約は居宅介護支援事業者が代行することができる。

(オ)は地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、利用者の署名、押印は必要となる。

(カ)(キ)は自署の場合は押印不要。

<変更同意書及び再契約について>

(オ) 利用契約書及び(カ) 重要事項説明書の記載内容に変更等があった場合は、変更同意書または再契約の手続きを以下のとおり行う。

変更同意書を用いる場合

(オ) 利用契約書及び(カ) 重要事項説明書に記載されている内容に変更があった場合に使用することとする。

【例：利用料金に変更があった場合。相談、苦情担当に変更があった場合】

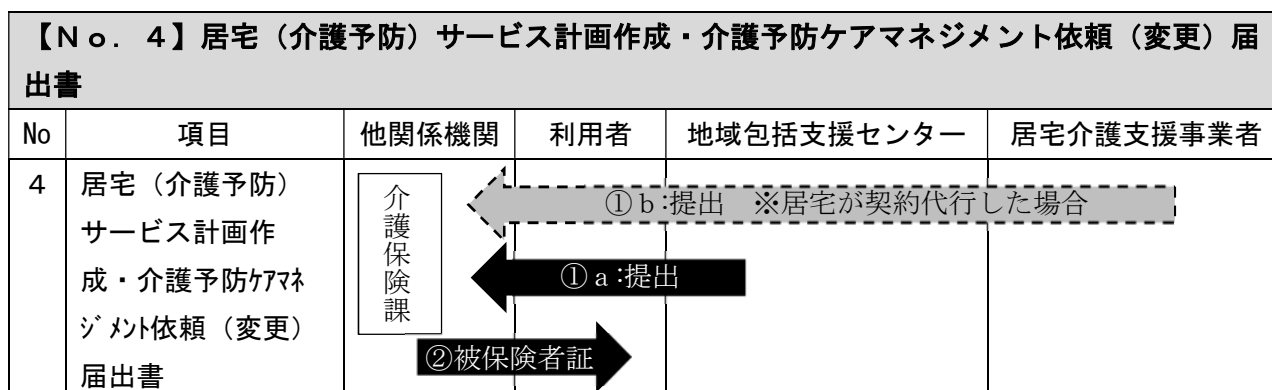
なお、法改正等により制度に変更があった場合で、(オ) 利用契約書及び(カ) 重要事項説明書で特に記載のない事項については、変更同意書の作成は行わず、口頭説明で対応することができる。

変更同意書を用いることができず再契約する場合

担当する地域包括支援センター及びその法人に変更があった場合で契約者が変わる際には、新しい契約書により再度契約を結ぶこととなる。

法人格が変更されることなく、代表者、事業所名、所在地が変更される場合、新たに変更同意書・再契約の締結も不要。

ただし、事業所名や所在地の変更が生じた場合には、利用者の混乱を回避するため、チラシやパンフレットで周知してください。



①提出

【No. 3】により利用者と契約を結んだ後、地域包括支援センターは介護保険課に(ク)様式第14号届出書等を提出する。

なお、居宅介護支援事業者が契約代行をした場合も提出は基本的には本人又は地域包括支援センターが行うが、(エ)業務委託依頼書の写しの添付により、居宅介護支援事業者からの提出も可とする。

a：地域包括支援センターから介護保険課へ提出する場合

使用関係書類

(ク) 様式第14号届出書

(ケ) 被保険者証

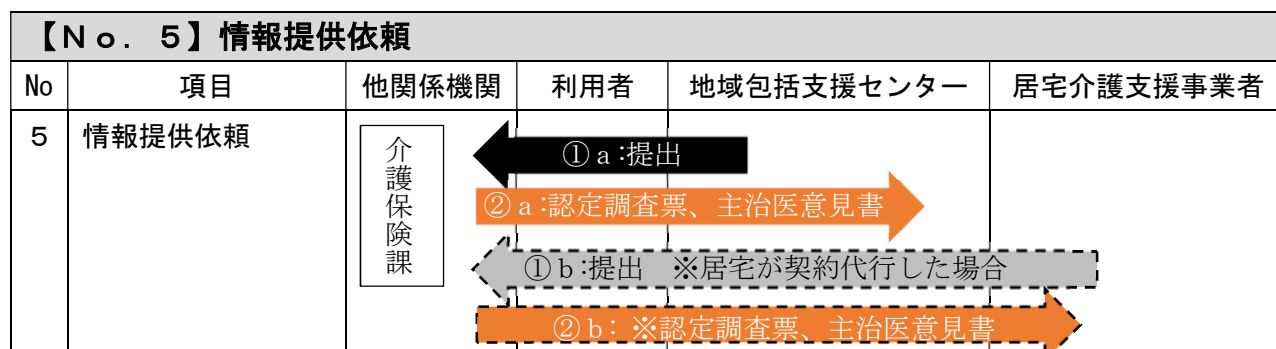
b：居宅介護支援事業者から介護保険課へ提出する場合

使用関係書類

- (ク) 様式第14号届出書
- (ケ) 被保険者証
- (工) 業務委託依頼書 (写)

②被保険者証

(ク) 様式第14号届出書の提出を受け、介護保険課より事業所名等記載した被保険者証が発行される。



①地域包括支援センターまたは契約代行した居宅介護支援事業者が情報提供申請書を電子申請または窓口申請により提出する。

a：地域包括支援センターから介護保険課へ提出する場合

使用関係書類

- (コ) 資料提供申請書
- (サ) 情報提供に関する同意書 (認定申請書の同意欄に署名がない場合のみ)

b：居宅介護支援事業者から介護保険課へ提出する場合

使用関係書類

- (コ) 資料提供申請書
- (サ) 情報提供に関する同意書 (認定申請書の同意欄に署名がない場合のみ)
- (工) 業務委託依頼書 (写)

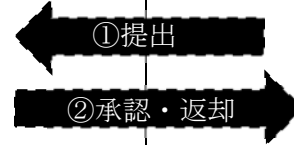
※認定申請書の同意欄に署名がない場合は情報提供が受けられないため、(サ) 情報提供に関する同意書も提出する。

また、(工) 業務委託依頼書の写しの提出がない場合も情報提供は受けられない。

②情報提供は申請日の翌開庁日 15時以降に受け取りができる。

- (シ) 認定調査票、主治医意見書

【No. 6】各種様式の作成、承認・返却					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
6	各種様式の作成、承認・返却				



①提出

居宅介護支援事業者はアセスメント等を行い、各種書類を作成して地域包括支援センターに提出する。計画の期間は1年を超えない範囲とする。

使用関係書類

- (ス) 介護予防サービス・支援計画書（原案）
- (セ) 利用者基本情報（84ページ参照）
- (シ) 認定調査票、主治医意見書
- (ケ) 被保険者証
- (ソ) サービス利用票・別表（計画の新規作成時及び変更時のみ提出）
- (タ) 介護予防支援介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

②承認・返却

地域包括支援センターが最終的な責任主体であるため、提出された書類及びその内容を確認し、必ず意見等を記入、担当者の署名をしたうえで、居宅介護支援事業者に返却する。

使用関係書類

- (ス) 介護予防サービス・支援計画書（確認済の原案）

追加

居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画について、利用者本人の意思が十分に反映されているか、地域を基盤とした支援となっているか、利用者の状態の維持・改善に向けた支援になっているか等の視点に基づき議論を行い、その内容を記録すること。

【No. 7】サービス担当者会議の開催					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
7	サービス担当者会議の開催				



利用者に説明し、(ス) 介護予防サービス・支援計画書に関する同意欄に日付、利用者名を記入してもらう。

計画の新規作成時及び変更時は原則として地域包括支援センターも参加する。それ以外は必要に応じて参加する。

使用関係書類

(ス) 介護予防サービス・支援計画書

(ナ) 経過記録

(チ) サービス担当者会議の要点 ※ (ナ) 経過記録に含め省略することもできる。

【No. 8】介護予防サービス・支援計画書の提出					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
8	介護予防サービス ・支援計画書の提出			← 提出	

(ス) 介護予防サービス・支援計画書が完成したら、居宅介護支援事業者は必要分の写しを取って、関係者に配布する。なお、原本は地域包括支援センターに提出する。

契約代行をした居宅介護支援事業者から関係者（利用者及びサービス提供事業所）へ提出するもの

使用関係書類

(ス) 介護予防サービス・支援計画書（写）

契約代行をした居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへ提出するもの

使用関係書類：

(ス) 介護予防サービス・支援計画書（原本）

(チ) サービス担当者会議の要点 ※ (ナ) 経過記録に含め省略することもできる。

【No. 9】給付管理・介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費の請求					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
9	給付管理・介護予 防支援費及び介護 予防ケアマネジメ ント費の請求	国 保 連	← ①請求（提出）	← ①提出	→ ②委託料の支払い

①提出

サービス利用実績を確認のうえ、居宅介護支援事業者は各書類を翌月5日までに地域包括支援センターに提出する。

契約代行をした居宅介護支援事業者から地域包括支援センターへ提出するもの

使用関係書類

(ツ) 業務委託完了報告書

(ソ) サービス利用票・別表

(ト) 請求書

①請求（提出）

介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費については56～61ページ参照。

地域包括支援センターから埼玉県**国保連**へ提出するもの

使用関係書類

(テ) 給付管理票

②報酬の支払い

国保連から地域包括支援センターへ振り込まれる。

②委託料支払い

a：居宅介護支援事業者が埼玉県内の場合

埼玉県**国保連**から居宅介護支援事業者へ振り込まれる。

b：居宅介護支援事業者が埼玉県外の場合

埼玉県**国保連**から居宅介護支援事業者へ振り込まれないため、地域包括支援センターへ振り込まれる。その後地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ振り込む。（手数料は地域包括支援センターが負担する。）

【No. 10】モニタリング報告					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
10	モニタリング報告				



モニタリングは毎月実施し、(ナ) 経過記録に結果を残す。電話でも可能だが、3か月に1度は利用者宅に訪問する。（46ページ参照）

使用関係書類

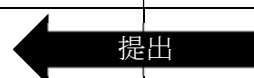
(ツ) 業務委託完了報告書

(ナ) 経過記録（写）（特記がある場合）

※翌月5日までに、居宅介護支援事業者は毎月地域包括支援センターへ(ツ) 業務委託完了報告書（特記がある場合は(ナ) 経過記録の写し）を提出する。

※(ナ) 経過記録は計画終了時の評価資料とすることができるので、【No. 11】の中間評価（6か月に1度）の記入を併せて行う。

【No. 11】評価					
No	項目	他関係機関	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
11	評価				



計画終了時に居宅介護支援事業者は(ニ) サービス評価表を地域包括支援センターへ提出する。中間評価は6か月に1度必ず行う。

(3) 訪問型／通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）、一般介護予防事業（口腔教室）を利用した場合の手順

◆サービス・活動Cの目的

これまで元気で過ごしていた元の日常に戻していくこと。利用者本人が「自分で自分のことを管理できるようにすること」。

専門職とともに3か月短期的に集中して取り組み、セルフマネジメントを身に着け、リエイブルメントで自信や元気な自分を取り戻せるように目指す。

卒業後は、生きがいや健康を維持できるようにするため、地域とのつながりや社会参加の場へ参加できるよう働きかける。

※地域包括支援センターの生活支援コーディネーターが把握している地域資源も重要。

【訪問型サービス・活動C】

◆77ページも参照

※予防居宅（16～17ページ参照）も居宅介護支援事業者と同じ手順となる。

1. 利用申し込み前

◆利用申し込み打診

居宅介護支援事業者

- ・利用可否を受けるため地域包括支援センターへ連絡する。
- ・サービス提供事業者からの申し込みの確認・日程調整の連絡対応。

地域包括支援センター

- ・居宅介護支援事業者からの連絡を受け、サービス提供事業者へ打診の連絡をする。
- ・居宅介護支援事業者へ利用可否報告をする。

2. 利用申し込み

◆利用者情報提出

居宅介護支援事業者

- ・地域包括支援センターへ書類を提出する。

地域包括支援センター

- ・サービス提供事業者へ書類を提出する。
- ・市へメルタス会議室により利用予定者情報を報告する。

使用関係書類 84ページ参照

- ・基本チェックリスト
- ・利用者基本情報
- ・介護予防サービス・支援計画書
- ・その他必要と思われる書類等

※口腔教室は介護予防ケアマネジメントC実施している場合

3. 利用開始前

◆個別サービス計画

地域包括支援センター

- ・サービス提供事業者より地域包括支援センターへ個別サービス計画が送付される。
- ・居宅介護支援事業者にも共有する。
- ・利用中の本人の状況の変化等、適宜サービス提供事業者から連絡をもらえるような体制を作っておく。

使用関係書類

- ・本人の状況の変化等による報告様式（変更の場合のみ）

居宅介護支援事業者

- ・地域包括支援センターより提供される個別サービス計画を共有する。

受託事業者から参加者へ

- ・サービス開始前に利用中に使用する資料が届く。

4. 利用中

- ・10回（3か月間）のうち、モニタリングとして、利用中の本人の様子を見ることが望ましい。
- ・事前アセスメントと事後アセスメントに測定を実施

5. 利用終了後

(1) 評価・介護予防の継続に向けて

- ・サービス提供事業者より、本人と地域包括支援センターへ、個別の評価が送付される。それを踏まえつつ、本人、家族の希望も聞きながら、介護予防の継続を目指す。

(2) 卒業後の介護予防の継続の提案

- ・通所型サービス・活動C（健康運動教室）や、その他の一般介護予防事業、地域資源（百歳体操、集いの場等）、民間のサービス等を提案しながら、介護予防の継続の重要性等を本人、家族に説明する。（下記も参考にしてください。）

【参考】卒業後の介護予防の継続の提案

介護予防のために、集いの場に参加しましょう！

趣味の活動や運動を楽しみながら、地域の仲間と交流することで、心身の健康を保ち、充実した毎日を送ることが出来ます。

例として、「いきいき百歳体操」、「ボッチャ」、「健康マーじゃん」、「男の料理教室」、「散歩の会」、「介護者サロン」、「おしゃべりサロン」、「折り紙教室」などがあります。

集いの場の内容は、地域によって異なりますので、担当の地域包括支援センターまでお問合せください。



川口市高齢者サービス情報検索サイト

「かわぐち元気ナビ」



かわぐち元気ナビ

検索

高齢者が地域で安心して生活するために必要な情報をまとめて紹介します。
お住まいの近くのサロンや体操などの集いの場、買い物・家事支援などの生活支援サービスや介護サービスなどを、目的や住所で簡単に検索できます。

簡単に見つけた！

使い方

～希望のサービスから探すとき～



日常生活に関する質問に
答えると、あなたにオススメの
サービスをご紹介します！

【通所型サービス・活動C（健康運動教室）】【一般介護予防事業（口腔教室）】

◆77ページも参照

※予防居宅（16～17ページ参照）も居宅介護支援事業者と同じ手順となる。

1. 利用申し込み前

◆利用申し込み打診

居宅介護支援事業者

- ・利用可否を受けるため地域包括支援センターへ連絡する。

地域包括支援センター

- ・居宅介護支援事業者からの連絡を受け、空き状況を確認し利用可否報告をする。

2. 利用申し込み

◆利用者情報提出

居宅介護支援事業者

- ・教室開始月の前月（3月、6月、9月、12月）10日までに、地域包括支援センターへ右記書類を提出する。

地域包括支援センター

- ・教室開始月の前月の締切日※までに、長寿支援課へ参加予定者情報をLoGoフォーム（クール毎のメルタス会議室にリンク先貼ってある）へ入力する。
※クール毎のメルタス会議室に締切日掲載。
- ・併せて締切日までに、市へ右記書類を提出する。

使用関係書類 84ページ参照

- ・基本チェックリスト
- ・利用者基本情報
- ・介護予防サービス・支援計画書
- ・その他必要と思われる書類等

長寿支援課

- ・利用者情報をサービス提供事業者へ渡す。（教室開始前月20日を目安）

3. 利用開始前

◆個別サービス計画

地域包括支援センター

- ・サービス提供事業者より地域包括支援センターへ個別サービス計画が送付される。
（口腔教室はなし）
- ・居宅介護支援事業者にも共有する。
- ・利用中の本人の状況の変化等、適宜サービス提供事業者から連絡をもらえるような体制を作っておく。

使用関係書類

- ・本人の状況の変化等による報告様式（変更の場合のみ）

居宅介護支援事業者

- ・地域包括支援センターより提供される個別サービス計画を共有する。

受託事業者から参加者へ

- ・通所型サービス・活動C（健康運動教室）の送迎希望者は、送迎時間等の連絡あり。
（口腔教室は送迎なし）

4. 利用中

- ・使用する資料は初回に渡される。
- ・3か月（健康運動教室10回、口腔教室6回）のうち、モニタリングとして、利用中の本人の様子を見ることが望ましい。
- ・初回と最終回の前日に測定を実施

5. 利用終了後

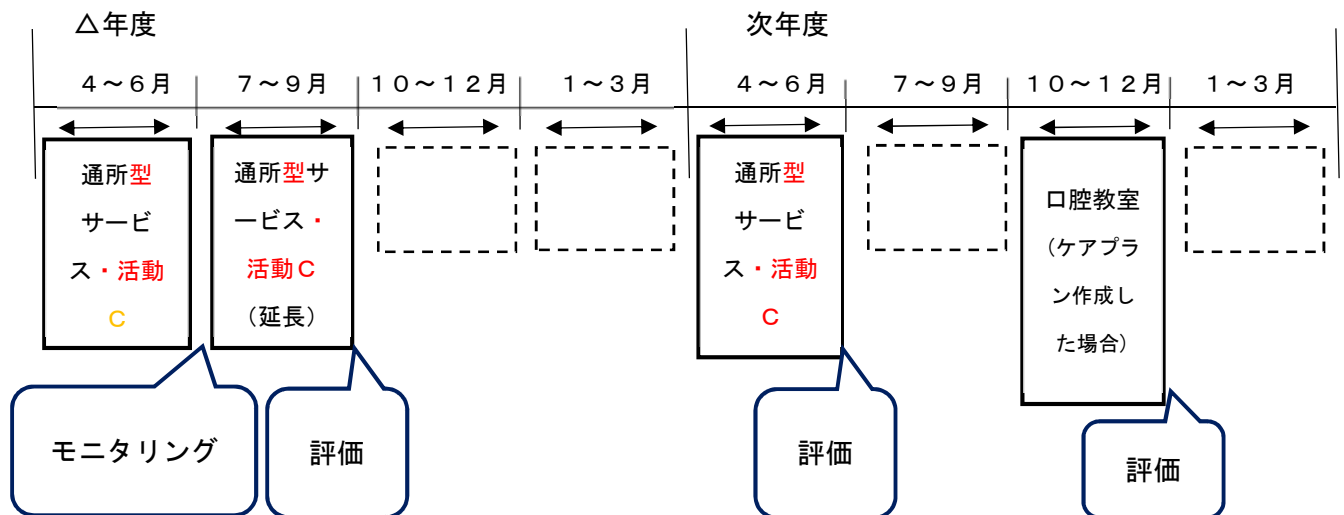
(1) 評価・介護予防の継続に向けて

- ・サービス提供事業者より、本人と地域包括支援センターへ、個別の評価が送付される。それを踏まえつつ、本人、家族の希望も聞きながら、介護予防の継続を目指す。

(2) 卒業後の介護予防の継続の提案

- ・かわぐち元気ナビを参考に、その他の一般介護予防事業や地域資源（百歳体操、集いの場等）、また民間のサービス等を提案しながら、介護予防の継続の重要性等を本人、家族に説明する。
- サービス・活動Cは3か月間のサービスのため、3か月後の姿をイメージしながら、目標達成ができるよう、生活の状況も勘案しながらサービスを利用することが重要です。
- 訪問型／通所型サービス・活動Cは最長6か月の利用が可能。（3か月でモニタリング、計画立案が必要）
- 訪問型サービス・活動Cは、閉じこもりを防止し、自宅の外出を促すため、自宅で体力・気力の向上を図るもの。
通所型サービス・活動Cにつながる等の改善が確認できれば、10回まで訪問を行わず終了となる場合がある。
- 口腔教室についてはケアマネジメントが発生する場合と発生しない場合が考えられる。その場合はなぜケアマネジメントが必要なのか、または不必要なのかの理由をしっかりと記録しておく。
- 訪問型／通所型サービス・活動C・口腔教室の利用申し込み先は、利用者の住所地の地域包括支援センター。
- 各サービスの利用は市内の全エリアで参加可能だが、通所型サービス・活動Cは送迎があるため、基本的には対象エリアで利用する。エリア越えでの利用の場合については、地域包括支援センター同士で調整する。
- ケアマネジャーの教室見学については、希望時に地域包括支援センターへ連絡する。

例) 評価について



訪問型／通所型サービス・活動Cの延長を利用する場合は、モニタリングで可能。
口腔教室の場合延長しないので、サービス終了後に評価を実施する。

介護予防教室のご案内

「川口市の介護予防教室へ参加しましょう！」より抜粋



訪問型短期集中予防サービス (基本チェックリスト該当者向け) (要支援のかたも利用できます)

通所が困難なかたのご自宅で、リハビリテーションの専門職等による必要な指導・機能訓練が受けられます。

- 【対象者】 市内に住所がある65歳以上で要介護認定を受けていないかた
- 【実施時期】 いつでも開始できます。(1月開始が最終)
3ヶ月で最大10回までとなります。
- 【会場】 ご自宅に伺います。
- 【費用】 無料

健康運動教室 (通所型短期集中予防サービス) (基本チェックリスト該当者向け) (要支援のかたも利用できます)

基本チェックリストに該当し、運動機能の低下が見られるかた向けの教室です。体力に自信のないかたでも安心して参加できます。ご希望されるかたには送迎が付きます。

- 【対象者】 市内に住所がある65歳以上で要介護認定を受けていないかた
- 【実施時期】 4~6月/7~9月/10~12月/1~3月 3ヶ月10回
- 【費用】 1教室800円 (主に保険料などに充てられます。)

口腔教室 (要支援のかたも利用できます)

お口の健康は体の健康につながっています!お口を元気に保つための方法を学び、健康長寿を目指しましょう。元気なかたも、要支援のかたも参加できます。

- 【対象者】 市内に住所がある65歳以上で要介護認定を受けていないかた
- 【教室】 4~6月/7~9月/10~12月/1~3月 3ヶ月6回
- 【費用】 1教室800円 (主に保険料などに充てられます。)

生き生きデイサービス

簡単な筋トレや、介護予防講座など、毎回趣向を凝らした様々な介護予防に関する内容となっています。

体操あり、講座あり、無理せず自分のペースで参加できます。

- 【対象者】 市内に住所がある65歳以上のかた
- 【実施時期】 月4回
- 【費用】 無料 (たたら荘の利用料100円がかかります。)

初めてたたら荘をご利用になる方は、利用証発行のため、免許証や保険証、マイナンバーカード等の本人確認書類が必要となります。

実施日程等は
二次元コード参照



《参考》
事例

表 4 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
<p>①健康管理の支援が必要な者</p>	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>配慮すべきケアプランの在り方</p> <p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるような健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるような、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>80歳 男性のAさん 要支援1→1</p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。健康注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでた。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず</p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くこととつらくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労を訴えやすくなり、糖尿病の管理もうまくいってないことから受診を勧めた。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整え、通所介護プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となった。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加することになった。</p>

<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<p>・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者</p> <p>・退院後間もない者</p> <p>・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者</p> <p>・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実施。</p> <p>(1) まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。</p> <p>もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。</p> <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p>90歳 Cさん男性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たきり生活となり。送迎を利用して通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</p> <p>元タバコパートへ行くことが楽しんでいたDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないというところで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しパートにも行けるようになった。</p>
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<p>・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者</p> <p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に</p>	<p>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指導した結果、入浴はできるようになる。併せて運動動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になっ</p>

	障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者	<p>実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>たことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p>84歳 女性のFさん 要支援2→2</p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々にも外に出る自信が付き、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
④閉じこもりに対する支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から退院してまもない者 ・孤独感や生活の意欲が低下している者 ・うつや認知機能などが低下している者 ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p>	<p>82歳 Gさん男性 要支援2→1</p> <p>囲基教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちなになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信が付き、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加することとした。結果、公民館の囲基教室に通うようになっていた。</p> <p>80歳 Hさん女性 要支援2→2</p>

	<p>・社会的活動に参加したいと思 っているが体力などに自信が なく、閉じこもっている者</p> <p>・家族が閉じこもりがちな状態 に対し、心配している者</p>	<p>(1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の 拡大を図る。</p> <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的 交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加 の機会を提供する。</p>	<p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加する ことを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物 忘れが始めたところから、閉じこもりがちになった。 体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プロ グラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行 い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わら ず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人 の希望により通所介護から元々参加していた地域の 友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤ 家族等の介 護者への負担 軽減が必要な 者</p>	<p>・家族が本人の健康状態に対し て不安を持ち、精神的に負担に 思っている者</p> <p>・本人との関係の中で心理的ス トレスを感じている者</p> <p>・ADLやIADLに具体的に 介護負担を感じている者</p> <p>・他の家族に介護が必要な者が できたことによる物理的介護 負担がある者</p>	<p>① 家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じて いる場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を 図る。</p> <p>② リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <p>(1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のア セスメントし、環境調整を実施する。併せて、本 人には体力の向上などの必要性を含め、通所への 参加を説明、理解を得る。</p> <p>(2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメン ト実施者や通所サービス提供事業所のスタッフ に提案する。</p> <p>② 訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生 活行為について、支援を行う。</p> <p>(1) 通院援助 (2) 介護軽減に向けた環境調整 (3) 排泄などのADLの介護支援 ③ 併せて通所型サービスを組み合わせ、 (1) 家族の休息 (2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプ</p>	<p>83歳 Iさん男性 要支援2→2 山師の仕事を引退後、畑をしていたがだんだんと日中 何もしたのがなくなり、うつ病と診断され、寝たきり になってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつ く。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの 設置、手すり付きベットの導入する。通所介護は拒否。 妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛に なっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減 を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーシ ョン専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが 良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度 通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p> <p>98歳 Jさん女性 要支援2→2 シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送って いたが、徐々に生活機能が低下し、食事も低下、臥 床がちの生活となっていった。また、夜間のトイレの 失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末 が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪</p>

		<p>プログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけでなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるように関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>間で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	--	--	--

《参考》 各種様式

- 基本チェックリスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 85 ページ
- 総合事業に係るチェックシート・・・・・・・・・・・・ 86 ページ
- 利用者基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 87～88 ページ
- 興味・関心シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 92～93 ページ
- 口腔の状況シート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 94 ページ
- 食生活情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 95 ページ
- 食生活チェック表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 96 ページ
- 服薬管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 97 ページ
- アセスメントシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 98～99 ページ
- 課題整理総括表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 100～101 ページ
- 介護予防サービス・支援計画書・・・・・・ 102～107 ページ
- 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）
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 108 ページ
- 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・・・・・・・・・・・・ 109 ページ

基本チェックリスト(川口市生活機能チェック票)

氏名		住所	
記入者 氏名	※本人以外の場合	生年月日	
		実施日	年 月 日

どちらか一つを○で囲んでください

項目	質問	回答(配点)		集計	判定	
		0点	1点			
① 生活全般のこと	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	① 点	/
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ		
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ		
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ		
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ		
② 運動のこと	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	② 点	3点以上
	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	はい	いいえ		
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ		
	9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい		
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい		
③ 栄養のこと	11	6か月間で2~3kg以上体重減少がありましたか	いいえ	はい	③ 点	2点
	12	BMI(肥満度をあらわす数値)は18.5以上ですか BMI [] ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 身長 [cm]・体重 [kg]	はい	いいえ		
④ お口のこと	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	④ 点	2点以上
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい		
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい		
⑤ 閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	⑤ 点	16に該当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい		
⑥ もの忘れの可能性	18	周りの人から『いつも同じ事を聞く』など物忘れがあるとされますか	いいえ	はい	⑥ 点	1点以上
	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	はい	いいえ		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい		
⑦ うつの可能性	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	⑦ 点	2点以上
	22	(")これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい		
	23	(")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	いいえ	はい		
	24	(")自分が役立つ人間だとは思えない	いいえ	はい		
	25	(")わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい		
				①~⑥の合計	点	10点以上

上記に署名したことで、市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、本シートを、市、地域包括支援センター、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たとみなします。

総合事業に係るチェックシートの活用

事業対象者の決定は、基本チェックリストの実施によって決定するが、総合事業のサービス利用に当たって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。医師の判断が必要と考えられる事業対象者の把握方法については、「総合事業に係るチェックシート」を用いて、以下のとおり決定することとする。

【総合事業参加に当たって医師の判断が必要な事業対象者の把握方法】

- ① 地域包括支援センターは、プログラムへの参加を希望する事業対象者から、「総合事業に係るチェックシート」の内容を情報収集する。
- ② チェックシートにおいて、問A「はい」（理由が「その他」以外）、問B「はい」（理由が「その他」以外）または問C 1が「はい」の場合は、医師の判断を求める。
- ③ ②に該当せず、問A「はい」で、理由が「その他」、問B「はい」で、理由が「その他」、問C 2～4が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- ④ ②・③以外は、「運動器機能向上プログラム等の予防プログラムへの参加を可能とする。
- ⑤ 問C 5・6が「はい」の場合は、プログラム参加時の体調管理等の参考とする。

●総合事業に係るチェックシート

氏名 ()

かかりつけ医は、ありますか？	はい	いいえ	病院名：
⇒「はい」のかたは、治療中の病名を教えてください。			病名：
内服中のお薬はありますか？	はい	いいえ	内服薬：
過去1年間に入院したことはありますか？	はい	いいえ	入院先： 入院時の病名：
過去1年間に手術をしたことがありますか？	はい	いいえ	病名：
過去1年間に骨折をしたことがありますか？	はい	いいえ	部位：
食事制限はありますか？	はい	いいえ	制限内容：

川口市版

A	この3ヶ月間で1週間以上わたる入院をされましたか？ (「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	□
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	□
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	□
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	□
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)	□
()	□

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)	
<input type="radio"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	□
<input type="radio"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	□
<input type="radio"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	□
<input type="radio"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	□
<input type="radio"/> その他(具体的にご記入ください)	□
()	□

C	以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける)			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

出典：厚生労働省，介護予防マニュアル 第4版，令和4年3月，エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会

利用者基本情報

計画作成者氏名： _____

〈基本情報〉

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の状況	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実施日： 年 月 日			
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 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 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無)			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
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」 (同居家族等○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 経親中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経親中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経親中 その他	
年 月 日			TEL	治療中 経親中 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、及び主治医の意見書と同様に、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

障害高齢者の日常生活自立度

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

認知症高齢者の日常生活自立度

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

同居家族がいる場合の訪問介護（生活援助）の算定について

○訪問介護サービスにおける生活援助の算定について

「生活援助」とは、利用者が1人暮らしであるか又は同居の家族等が「障害・疾病その他やむを得ない理由」により家事を行うことが困難な場合に、利用者に対する調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助をおこなうもの（平成12年厚生労働省告示第19号）をいいます。

同居家族がある場合の生活援助については、その同居家族が対応することが基本となり、原則保険給付対象として算定はできないこととされています。しかし一方では、個別性を勘案し、「同居する家族等が障害・疾病その他やむを得ない事情により、家事ができる状況でない」場合、算定できることも認められています。これらの解釈については、平成12年の厚生労働省からの通知以降、同様の取扱いとされており、昨今の制度改正等によるものではありません。

1 生活援助の算定が可能と思われる本人及び世帯像

- ① 利用者が1人暮らしであること
 - ② 同居の家族等が障害・疾病を抱えている状態であること
 - (1) 障害・・・同居家族が障害（身体・知的・精神等）を有し、家事をすることが不可能である場合（障害者手帳の有無だけで判断するのではなく、障害により家事が可能か否かということ）。
 - (2) 疾病・・・同居家族が疾病のため、家事をすることが不可能である場合。（困難である原因の疾病を明確にする必要があります）
 - ③ その他
- その他の状況として考えられるもの（例示）
- ・同居の家族が、要介護または要支援認定者で、家事を行うことが困難な状況にある。
 - ・同居の家族との家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない。
（例）介護放棄・虐待等。単にやったことがないから出来ない、遠慮があり頼みにくいというのは該当しません。
 - ・同居の家族に精神疾患等を疑うような状況があり、援助が期待できない場合。など

上記のような状況が見込まれ、判断がつきにくい場合には、ケアプラン及び生活援助算定確認書（市ホームページに掲載）持参により、保険者に相談（ケアマネジャー対応）が必要となります。

2 日中独居者への対応

基本的には同居との位置付けでの考え方となりますが、利用者の健康維持、安定との観点から、食事に関する調理についてのみ、日中独居にて対応が困難との状況であれば、1同様の取扱いとすることを可能と考えます。しかし、この場合でも他のサー

ビスで代替できないか（例：配食サービス等）検討が必要となります。（掃除や洗濯については、日中独居との状態であっても同居家族の協力が得られるとの判断から、基本的に対応することは困難と考えます）

やむを得ず、同居家族がいる場合に生活援助を算定する場合でも、有償サービスやボランティア、他に代替する制度の要件に該当していないかを検討し、プランに記載する必要があります。

3 「同居」の定義

① 同居の判断

同一の家屋に住んでいること。

②別居の判断

別敷地別棟に居住していること。マンション等においては別棟別階別室であること。

※いわゆる二世帯住宅や同一敷地内別棟に家族が居住する場合は基本的には同居となる。

4 生活援助算定の判断手順例

本人ができるかできないか（本人ができることは、訪問介護サービスを提供することはできません）

↓

本人に必要なサービスか（単に利用者が希望することではなく、日常生活を営む上で必要な内容・回数・時間が対象となります）。

↓

同居の家族等ができるかできないか

（同居の家族等ができる場合は、訪問介護サービスを提供することはできません。同居の家族等が出来ない場合、家族等の状況が上記1の②～③に該当するかどうか判断します）

↓

代替となる手段があるか（ボランティア・民間の食事配達サービスの活用などが可能か）

↓

サービス内容の決定（上記3にあてはまることがないか確認の上、サービス内容を決定します。）

5 注意事項

同居の家族等がいる方について生活援助費を算定する際は、なぜ同居家族が行うことができないのか、なぜその内容・時間・回数でサービス提供が必要なのかを、サービス担当者会議などで検討した上で、適切なケアマネジメントを通じて居宅サービス計画及び訪問介護計画に位置付けする必要があります。しかしその場合であっても、有償サービス、他の制度の活用等を検討し、代替できる選択肢がないかを確認し、第三者が見たときに明確な説明ができるよう（客観性の担保）、決定した経過がわかる記録を残すことが必要となります。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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
(1)自分でトイレへ行く				(24)生涯学習・歴史			
(2)一人でお風呂に入る				(25)読書			
(3)自分で服を着る				(26)俳句			
(4)自分で食べる				(27)書道・習字			
(5)歯磨きをする				(28)絵を描く・絵手紙			
(6)身だしなみを整える				(29)パソコン・ワープロ			
(7)好きなときに眠る				(30)写真			
(8)掃除・整理整頓				(31)映画・観劇・演奏会			
(9)料理を作る				(32)お茶・お花			
(10)買い物				(33)歌を歌う・カラオケ			
(11)家や庭の手入れ・世話				(34)音楽を聴く・楽器演奏			
(12)洗濯・洗濯物たたみ				(35)将棋・囲碁・ゲーム			
(13)自転車・車の運転				(36)体操・運動			
(14)電車・バスでの外出				(37)散歩			
(15)孫・子供の世話				(38)ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
(16)動物の世話				(39)ダンス・踊り			
(17)友達とおしゃべり・遊ぶ				(40)野球・相撲観戦			
(18)家族・親戚との団らん				(41)競馬・競輪・競艇・パチンコ			
(19)デート・異性との交流				(42)編み物			
(20)居酒屋に行く				(43)針仕事			
(21)ボランティア				(44)畑仕事			
(22)地域活動 (町内会・老人クラブ)				(45)賃金を伴う仕事			
(23)お参り・宗教活動				(46)旅行・温泉			

興味・関心のチェックシートの項目

生活行為	している	してみたい	興味がある
(1) 自分でトイレへ行く	ADL		
(2) 一人でお風呂に入る			
(3) 自分で服を着る			
⋮			
(9) 料理を作る	IADL		
(10) 買い物			
(14) 電車・バスで外出			
(15) 孫の世話	参加		
⋮			
(18) 家族・親戚との団らん			
(21) ボランティア	趣味		
⋮			
(25) 読書			
(29) パソコン	仕事		
⋮			
(44) 畑仕事			
(45) 賃金を伴う仕事			

興味・関心のチェックシートの手順

<シートの記入方法>

- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。
してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。「している・していない・してみたい・できる・できない」に関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

口腔の状況シート

記入日 年 月 日

名前

入れ歯の状況	<input type="checkbox"/> 入れ歯は持っていない
	<input type="checkbox"/> (入れ歯は持っているが)使っていない (理由)
	<input type="checkbox"/> いつも使う
	<input type="checkbox"/> 食事の時のみ使う
	<input type="checkbox"/> 食事以外の時のみ使う
義歯の種類	<input type="checkbox"/> 総入れ歯
	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯
口腔の状況	<input type="checkbox"/> 歯に痛みがある
	<input type="checkbox"/> 口臭がする
	<input type="checkbox"/> 舌苔がみられる
	<input type="checkbox"/> その他
実施方法	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ
	<input type="checkbox"/> うがい薬
	<input type="checkbox"/> フロス・歯間ブラシ
	<input type="checkbox"/> 入れ歯洗浄剤
	<input type="checkbox"/> その他()
実施状況	<input type="checkbox"/> 朝
	<input type="checkbox"/> 昼
	<input type="checkbox"/> 夜
	<input type="checkbox"/> 就寝前
介助の状況	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 入れ歯洗浄のみを行なっている
	<input type="checkbox"/> 歯磨きを行なっている
	<input type="checkbox"/> その他()
噛みきれぬ食品	<input type="checkbox"/> レベル1:「レベル2」の食品もかめない
	<input type="checkbox"/> レベル2:バナナ・煮豆・ウエハース
	<input type="checkbox"/> レベル3:ご飯・りんご・ゆでアスパラ
	<input type="checkbox"/> レベル4:油揚げ・酢だこ・白菜の漬物
	<input type="checkbox"/> レベル5:さきいか・たくあん

食生活情報

3日間の食事内容について記載してください。

		年 月 日		年 月 日		年 月 日		記入例	
		1日目		2日目		3日目			
		項目名	量	項目名	量	項目名	量	項目名	量
朝食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									
昼食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									
夕食	主食								
	主菜								
	副菜								
	その他								
間食									

主食	ごはん・パン・麺
主菜	肉料理・魚料理・たまご、大豆料理等
副菜	野菜(サラダ、漬物等)、海藻類、イモ類
その他	果物・デザート・飲み物(牛乳)
間食	主食・主菜等に関わらず食べたもの、飲んだもの

食生活子エック表

【記録方法】 ひと口でも食べたなら「○」、食べなかったら「×」を記入する。

日にち	主食		主菜							副菜			その他				合計
	ごはん パン 麺	肉	魚	たまご	大豆 大豆製品	海藻	緑黄色 野菜	イモ	果物	油	牛乳 乳製品	その他		合計			
												8	9		10		
月 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
月 日																	0
月 日																	0
月 日																	0
月 日																	0
月 日																	0
月 日																	0
7日間の合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

※色付きの部分は、一日7品目摂取することが望ましいと言われています。1日に7つ〇が付くように意識しましょう！

服薬管理

病院薬剤師からの説明内容	
病院名	
担当薬剤師	
指導日(入院・外来)	年 月 日
薬の内容	1手書記載 2印刷貼付 3手書・印刷併用
薬の説明	1別紙説明 2手帳利用による口頭説明
薬の管理	1自己管理 2家族 3その他 管理者：
調剤上の留意点 (有・無) (有の場合)	
その他(服用上の注意点等)	

日付	処方内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

医師・歯科医師・薬剤師からのコメント 年 月 日 記録者：
--

アセスメントシート

氏名 _____

運動・移動について	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
		信号が変わる前は横断歩道を渡り切る	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	3	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4	外出手段	日用品を買う店まで	
病院等にいくときは			1)行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	

日常生活(家事)について	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	12	一人で洗身	1)できる 2)何とかできる 3)できない	
	13	一人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何とかできる 3)できない	

社会参加(対人関係)	14	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	15	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	16	親戚・友人と会う・連絡とる頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	17	身の回りの汚れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなくなった	
	18	情緒が不安定になることの有無	1) ない 2)情緒が不安定になることがある	
	19	一人きりになることへの不安	1) ない 2)一人になることが不安である	

健康管理について	20	医師からの運動制限	1) ない 2)運動を制限されている	特記・課題等
		その他医師からの注意	1) ない 2)注意を受けている	
	21	年1回の健康診断の受診	1)受けている 2)受けていない	
	22	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)ふつう 4)あまりよくない 5)よくない	
	23	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)	
	24	服薬管理の状況	1)指示通り飲める 2)指示が忘れ飲める 3)できない	
	25	口腔機能の状況	1)硬いものが食べにくい 2)よくむせる 3)口が乾く 4)義歯が合わない	
26	歯の手入(義歯含む)	頻度(回/日・週・月) ・ 方法()		

物忘れ等について	27	会話のまとまらない	1) いいえ 2) はい	特記・課題等
	28	物忘れが気になる	1) いいえ 2) はい	
	29	電気機器類の操作ができる	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	30	火の始末が心配ですか	1)心配がない 2)心配している 3)消忘れの経験有	
	31	悪徳商売への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験有	

「アセスメントシート」説明

○運動・移動について

自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通手段を用いることにより移動を行えているかどうか。

- 立ち上がりは椅子からの立ち上がりについての状況
- 歩行は、5m何かにつかまらずに歩けるかどうか
- 片足立ちは、認定調査の基準である1秒を目安にバランスについての状況
- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

○日常生活（家庭生活について）

家事（調理・掃除・洗濯・ゴミ出し・買い物等）や住居・経済の管理、などを行っているか。

- 献立を考え、調理することについての状況
- 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 日常に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況
- 預貯金の出し入れを行うこと、収支を把握しているか等についての状況

○社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか。また、家庭、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会への参加状況や、家庭内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

- 家族や友人のことを心配したり、相談に乗るなど関係をつくり、保つことについての状況
- 友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- 情緒が不安定になることの有無についての聞き取り方として
「急に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりすることはありますか」など
- 一人になることへの不安については、うつ支援が必要な状態であるかを見極めるために参考とする（将来への不安については、**介護予防サービス・支援計画書**の本人・家族の意向欄を活用する）

○健康管理について

飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養等の健康管理の観点から定期受診が行われているかどうか、服薬管理や清潔・整容の保持等が必要と思われる場合、この領域でアセスメントする。

- 健康のために運動を行うことについての状況
- 検診を受けることについての状況
- 休養に気を付けることについての状況
- 薬を飲み忘れず、管理することについての状況
- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

※明確に判断できない場合は、特記・課題等へ記入する

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考 (状況、支援内容等)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6				
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
食事	食事内容 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
	調理 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
排泄	排尿・排便 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
口腔	口腔衛生 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
認知	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
社会との関わり	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								

※1 本表は要約表でありシステムソフト上ではないため、必ず別紙詳細な権限放棄/分限を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択時に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらししている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(5桁数字)を記入する(複数選択可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択時に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持」の可能性を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより期待される事象の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

課題整理総括表

利用者名	自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況、支援内容等)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス)【案】
							本人や家族の「～だといいな」という気持ち
							※6
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
食事	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	食事摂取	支障あり 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
排泄	食事摂取	支障あり 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	調理	支障なし 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
口腔	排尿・排便	支障なし 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	排泄動作	自立 見守り 一部介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
服薬	口腔衛生	支障なし 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
入浴	服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
洗濯	掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
整理・物品の管理	整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
買物	買物	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	コミュニケーション能力	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
認知	認知	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	社会との関わり	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題	褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			
	居住環境	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化			

なぜ本人が思い描く生活ができないのか、その理由

それぞれの項目の現状

それぞれの項目が自立でない原因

その要因を踏まえ た場合の将来予測

左記では表現しきれないこと

右記を解決するための
・支援方法(援助内容)
・それを行なった場合どうなればよいか
を記入する。

状況が改善できない
問題点

※1 本表は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事業」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して表して支えたい。
 ※2 介護支援専門員が収集したた各種的事業を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」にある場合は「支障なし」以外である場合に、そのような状況を明らかにする。選択肢に○印を記入する。選択肢に○印を記入する。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

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）

性別、年齢欄の削除

No. _____ 性別 _____ 年齢 _____ 年度 _____ 月 _____ 日 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 _____ 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成者事業者・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				
運動・移動について	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	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					
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
 【本来进行す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

【意図】
 地域包括支援センター
 総合的の方針：生活不活発の改善予防のポイント
 計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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	物忘れ	うつ
／5	／2	／3	／2	／3	／5

予防給付または地域支援事業

※介護予防ケアマネジメントCの場合は、グレー部分の省略をすることができます

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票）

性別、年齢欄の削除

No. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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 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他機関支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
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 _____

【本来自らす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：生活不活発の改善予防のポイント _____

【留意】
 地域包括支援センター _____

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
/5	/2	/3	/2	/3	/5

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

介護予防サービス・支援計画書(1)の記入に伴う視点

介護予防サービス・支援計画書(1)

初回・紹介・継続 / 認定済・申請中 / 要支援1・要支援2 地域支援事業

利用者名

様 認定年月日 年 月 日 認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名

委託の場合: 計画作成事業者・事業者名及び所在地(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年				
具体的で達成感が得られる内容	生きがいや楽しみをもとにした達成したい目標(実現可能なもの)				
アセスメント領域と現在の状況 運動・移動について 「自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して移動できるかどうか」 ・自宅や屋外をスモーズに歩行できるか ・交通機関を使って移動できるか 等 日常生活(家庭生活)について ・日常生活に必要な品物を自分で選んで買えるか ・献立を考え、調理できるか ・家事(家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金出し入れを行うことについての状況 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことができるか ・友人を招いたり、友人家を訪問しているか ・家族、友人などと電話や手紙などの交流 ・地域での役割(老人クラブや町内会等) ・趣味や楽しみがあり続けられているか 健康管理について ・健診を受けているか ・休養に気をつけているか ・薬を飲み忘れず、管理できているか ・定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗っているか ・肌や顔、歯、爪などの手入れの状況	本人・家族の意欲・意向 各アセスメント領域において本人、家族に確認した意欲 本人:○○ 家族:○○ 「●●ができるようになりたい」「自分が○○ができるようにしたい」 「現在、自分で(自力)実施しているか否か」「家族などが介助を必要とする場合は、どのように介助されるか」等についてアセスメントする。 「○○とは何か」「●●程度は行っている」	領域における課題(背景・原因) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 課題があると判断した場合は「有」にチェック ・特に問題がないと判断した場合は「無」にチェック ・領域における特徴的な背景とこれによって生じる活動や参加の苦勞や困難さを把握する 「○○の低下が見られ●●を行うのが難しい」等 (○○には健康状態や心身機能、背景因子が、●●には活動や参加が入る) ・今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性の予測」についても記載する 「○○のおそれがある」 「○○の可能性がある」等	総合的課題 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 各領域を統合して全体像としてとらえる 「現在のままの生活を続ける恐れがある。」 ・悪循環の予測「○○の進行により●●などもできなくなる可能性がある」等 (○)には健康状態や心身機能が●●には活動や参加が入る	課題に対する目標と具体策の提案 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 総合的な各課題に対し、専門職等としての提案・評価で具体的なものを記載する 生活機能の低下の原因となっていないことへの対策のみで、本人の持っている強さを活かす内容にする 目標:○○○○ 具体策:○○○○	具体策についての意向 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 本人・家族 専門職等が提案したことに対し、本人・家族の思い等をそのままの言葉で記載する

介護予防サービス・支援計画書(2)の記入に伴う視点

利用者名		様		生年月日		年 月 日	
支援計画							
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 または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
1 支援計画(1)で合意された目標を記載する 「課題に対する目標と具体策について合意が得られた場合には、提案した「目標」を転記する モニタリングにおいては、この「目標」について評価を行うため、客観的に評価が行えるよう具体的に記載する	目標に対する支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の「支援実施」における安全管理上のポイントを記載する	本人が自ら取り組むことや家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力等を記載する 誰が何をするか、具体的に記載する	各サービス種別の機関が行う具体的なサービス内容を記載する 例) ・介護保険給付以外の外出支援 ・介護保険での入浴介助等	サービス種別を具体的に記載する 加算についても記載する ・サービスを提供する事業所名を記載する ・家族、地域、介護保険以外のサービスについても誰が行うか 明記する		「支援内容」掲げた支援をどの程度の「期間」で実施するか記載(〇月〇日～〇月〇日) 期間設定は「認定有効期間」に配慮して設定する	
2 ()							
3 ()							

【総合的な援助方針】
(生活不活発発病の改善・予防のポイント)

生活がより生き生きとその人らしくなるために利用者、家族、計画作成者、サービス担当者が取り組んでいく、共通の方向性や留意すべき点を記載する

各担当地域包括支援センターからコメントと確認者署名をもらってから、「計画」に関する同意」欄に署名をもらう

【意見】

地域包括支援センター

【計画に関する同意】
介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書の記入に伴う視点

- ◆「目標とする生活」の欄
 - ・どのような生活を送りたいか本人の意思・意欲を尊重し引き出しているか
 - ・意欲が低下している場合は、改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。
- ◆「アセスメント領域の現在の状況」
 - ・アセスメントシート等を参考に、それぞれの項目において「現在自分で実施しているかどうか」「家族等の介助を必要とする場合」はどのように介助されているか。
- ◆「運動・移動について」
 - ・生活不活発病であれば、参加型のサービス利用のケアプランになっているか
 - ・毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなケアプランになっているか
- ◆「健康管理について」
 - ・医療の中断や病状の悪化及び服薬管理等の状況から医師連絡の必要性の有無が記載されているか
- ◆「本人、家族の意欲、意向」
 - ・具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇やりたくない」等本人の意思とその理由が記載されているか
- ◆「総合的課題」
 - ・2回目以降のケアプランにおいては、前回の評価がされているか
- ◆「必要な総合事業プログラム」
 - ・基本チェックリスト等を参考にし、サービスの選択が妥当か
 - ・「閉じこもり予防」においては外出機会が確保されているケアプランになっているか。
- ◆「目標」
 - ・本人と家族が同意した目標になっているか
 - ・困難でない自信につながる達成可能な目標になっているか
 - ・具体的な記載になっているか
 - ・2回目以降では、前回の評価が生かされているか
- ◆「目標についての支援のポイント」
 - ・「目標とする生活」が実現できる支援のポイントが記載されているか
- ◆「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」
 - 本人ができる健康管理や生活習慣の改善などの取組みがあるか
- ◆「サービス事業所選定」
 - ・特定の事業者には偏っていないか
- ◆「総合的な支援の方針」
 - ・2回目以降のケアプランにおいては前回の評価が生かされているか

【参考】セルフケア・セルフマネジメント

○法第4条第1項において「国民の努力及び義務」※として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※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。

○高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機を持ち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。

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 評価日

利用者名		計画作成者氏名				
目標	評価期間	目標体制状況	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

追加

【協力】（第7版）

氏名	所属	職種等
鈴木 千映	医療法人 陽仁会 上青木地域包括支援センター	地域包括支援センター 管理者 (主任介護支援専門員)
栗原 博美	株式会社 シルバーホクソン 南平みなみ地域包括支援センター	地域包括支援センター 管理者 (主任介護支援専門員)
鈴木 義隆	株式会社 やさしい手 戸塚西地域包括支援センター	地域包括支援センター 管理者 (社会福祉士)
濱田 澄江	社会福祉法人 川口市社会福祉事業団 西地域包括支援センター	地域包括支援センター (保健師等)

(敬称略)