

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

令和4年度改訂版

**令和4年4月
川口市**

<目次>

序章

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	マニュアル作成経過等	4
4	マニュアルの活用（使用）にあたって	4
5	目指すべき姿～「支えあいのしくみ」から「切れ目なく支えあい、つながり続ける地域」づくり～	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）	9
2	川口市の総合事業	13
3	介護予防ケアマネジメントの考え方	19
4	介護予防ケアマネジメントの類型	20
5	総合事業利用までの流れ	31

第3章 相談受付からケアマネジメント・サービス利用

1	聞き取りと説明	42
2	事業対象者の要件	44
3	基本チェックリストの活用・実施	46
4	介護予防ケアマネジメントの実施	49
5	訪問からモニタリング、評価	50
	（1）訪問日時の調整	50
	（2）アセスメント（課題分析）	52
	（3）ケアプランの作成	53
	（4）サービス担当者会議	56
	（5）ケアプランへの同意・交付	57
	（6）サービス利用	58
	（7）モニタリング	58
	（8）評価	59
6	限度額管理・請求	66
	（1）限度額管理	66
	（2）給付管理票	66
	（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	67
	（4）サービスの請求方法	67
7	介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の委託について	78
	（1）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合の手順（概要）	78
	（2）介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合の手順	79
	（3）短期集中予防サービス、一般介護予防事業の一部サービス（健康アップ教室、口腔教室）を併用した場合の手順	87

参考	自立に向けたケアマネジメント	89
	介護予防教室のご案内	106
	各種様式	110

序章

はじめに

令和4年3月21日全国すべての地域でコロナウイルスの「まん延防止等重点措置」が解除されました。令和2年4月に「緊急事態宣言」が出されてから2年が経過しましたが、これで終わりではありません。感染者が増加し始めています。川口市でも、子供の感染増加などに、「無料のPCR検査」など対応しています。国は4回目のワクチン接種が検討に入りました。令和4年の「介護予防ケアマネジメントマニュアル」はコロナ禍で見直しが行われました。

介護保険は平成12年から始まり、6回の法律改正8回の介護報酬見直しが行われ、利用者負担も1割から、所得に応じ2割、3割の導入が行われました。ここ2年はコロナウイルス対応も行われました。

川口市はさいたま市に次ぎ県内2番目の60万人を超える人口ですが、高齢者の比率は令和2年に23.6%で全国平均29.1%（令和3年9月）からみると若い市です。

平成29年から川口市の総合事業が始まりました。介護認定で「要支援」と認定された人と、チェックリストで「事業対象者」になった人が総合事業のサービスを受けることができます。平成30年度から「基準緩和サービスA」が始まり、要支援者の利用が多い「家事援助に特化したヘルパーサービス」や「機能訓練に特化したデイサービス」が始まりました。同じく平成30年から「短期集中サービスC」が始まり、3ヶ月をめどに「閉じこもりがちな人」を訪問し、通所につなげたり、運動機能改善をめざした「健康運動教室」を行う介護予防事業を実施してきました。

一般介護予防事業として、市内各所で「生き生きデイサービス」「健康アップ教室」「介護予防ギフトボックス」「口腔教室」を行ってきました。コロナ禍で外出の機会が減り、高齢者が心身ともに機能低下していくことが懸念されている中、重度化防止、自立支援に向けて生活を見直し、介護予防を考えていくことがより大切になってきます。

コロナ禍での介護予防事業は、川口市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス実施機関との連携が不可欠です。目標を決め、意欲を待って取り組む高齢者の発掘、働きかけ、仲間づくりを広げていくことで介護予防効果を上げることが求められます。

令和4年度の介護予防ケアマネジメントでは以下の3点が大切です。

第一は「そのサービスが使える？」の検討ではなく、「本人の生活全体から、目標とその具体化」を検討することです。第二はコロナ禍でのその人の心身の状況、希望する生活、そのために活かす力を発見する働きかけです。第三は地域にある資源や人のつながりととらえ、そのつながりを育てることから介護予防活動につなげることです。これからの「介護予防マネジメント」はかかわるすべての人の力を活かすことが大切です。

日本ケアマネジメント学会理事長
服部 万里子

令和4年3月

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、平成26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3,300万人、総人口に占める割合（高齢化率）は26.0%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）には、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者、5人に1人が75歳以上となることが予測されています。

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、これまで以上に高齢者が増えることが予測されています。また、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。間もなく、2025年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢世代に達することから、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、介護保険法（以下「法」という。）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「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）」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。

早期に、必要な生活支援サービスを適切に確保できる協議体を設置し、コーディネーターと共に、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 マニュアル作成経緯

川口市は、総合事業へ移行するにあたり、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してきました。その中で、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することとしました。

4 マニュアルの活用にあたって

本マニュアルは、総合事業を利用するにあたり、利用者の機会の公平性を確保し、適正な運用を行うためのものです。

また、国より示された「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（案）」の総合事業に係る介護予防ケアマネジメントの部分について、川口市と地域包括支援センター、介護事業者職員等がケアマネジメント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つものです。

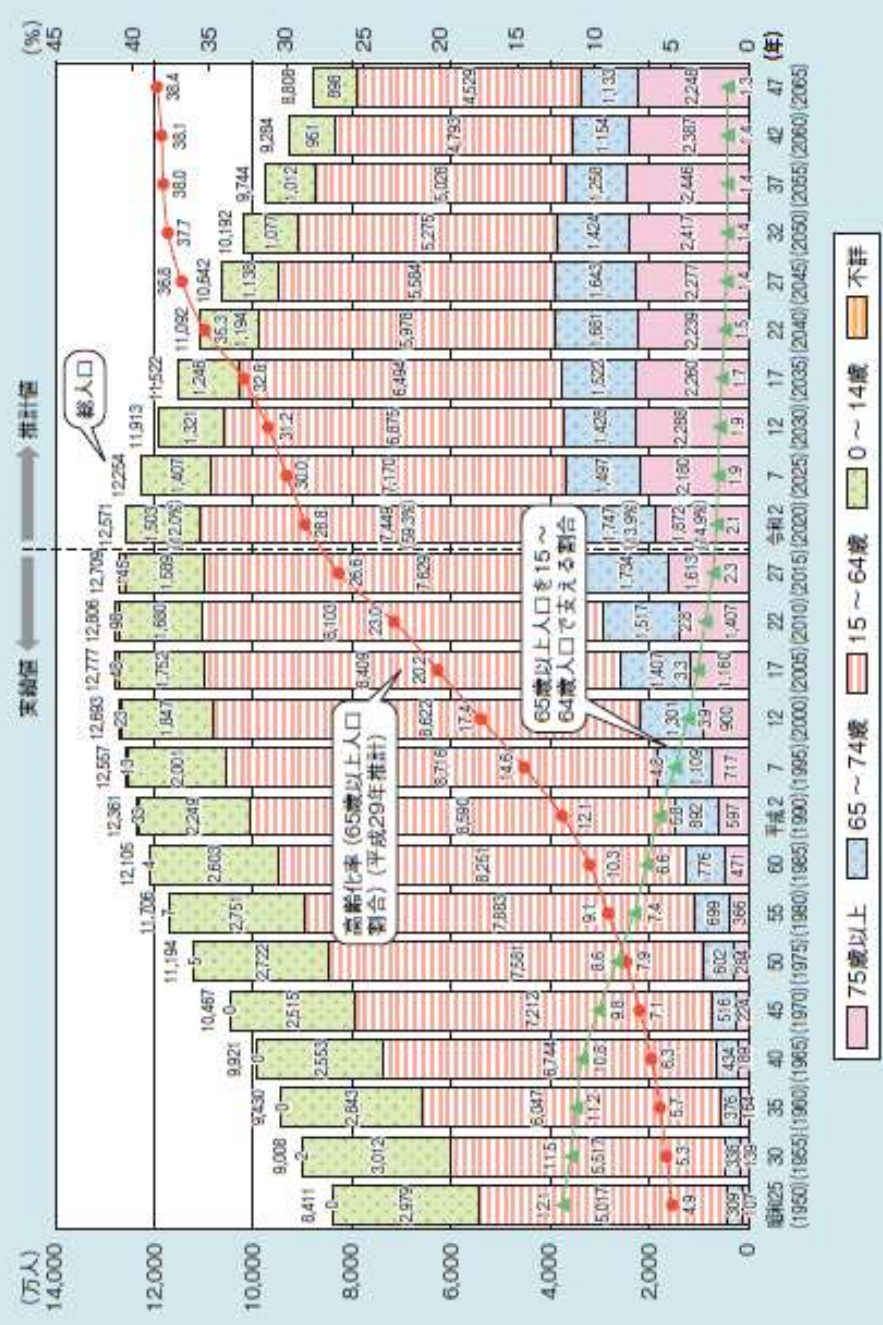
- ①相談（インテーク）
- ②アセスメント
- ③ケアプラン作成

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。

5 目指すべき姿～「支えあいのしくみ」から「切れ目なく支えあい、つながり続ける地域」づくり～

1 高齢者人口の現状と今後の見込み～川口市の現状～

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと家系の高齢化率については、2015年までは総務省「国勢調査」、2020年は総務省「人口推計」（令和2年10月1日現在（平成27年国勢調査を基準とする推計））、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（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。

（注1）2020年以降の年齢別人口は、総務省統計局「平成27年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口（参考表）」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～2015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65～74歳、75歳以上の人口から除き、不詳に含めている。

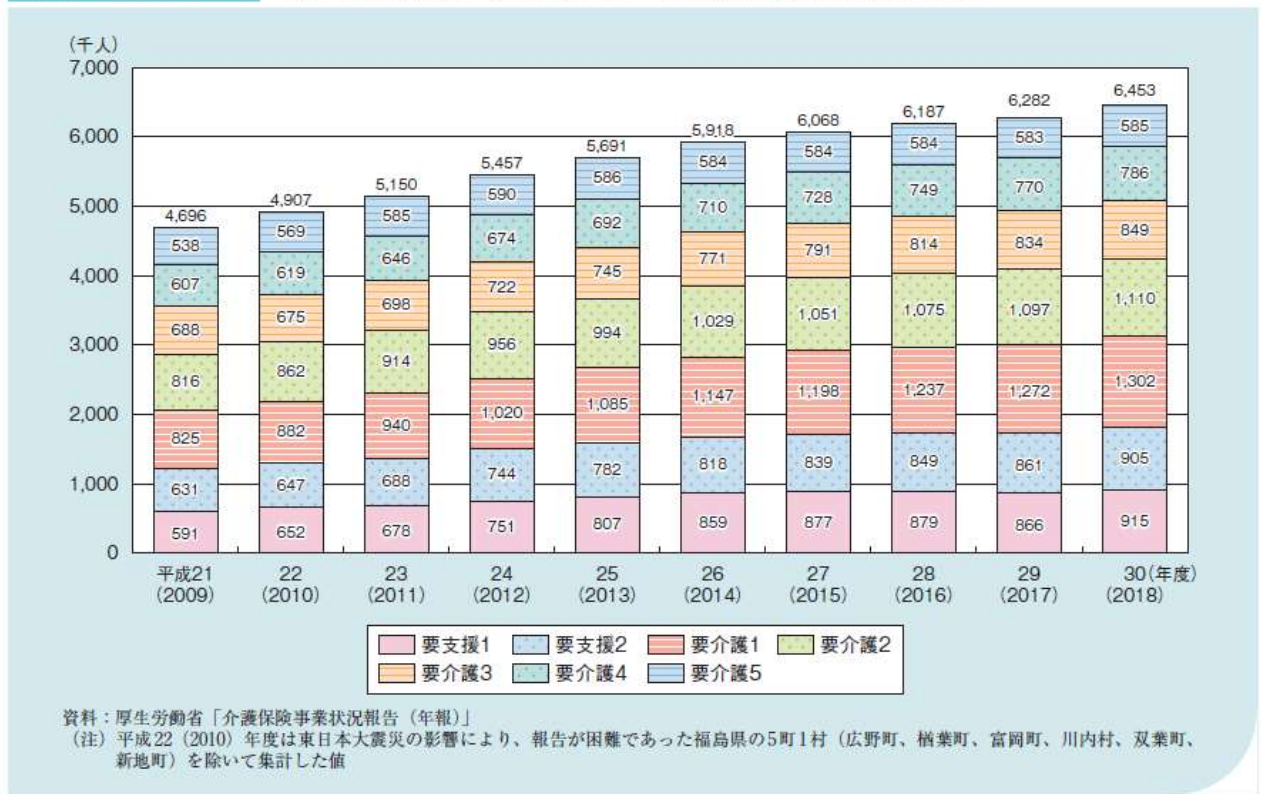
（注3）将来人口推計とは、基準時点までに得られた人口学的データに基づき、それまでの傾向、趨勢を将来に向けて投影するものである。基準時点以降の構造的な変化等により、推計以降に得られる実績や新たな将来推計との間には乖離が生じ得るものであり、将来推計人口はこのような実績等を踏まえて定期的に見直しすることとしている。

（注4）四捨五入の関係で、足し合わせても100%にならない場合がある。

令和3年 高齢社会白書より

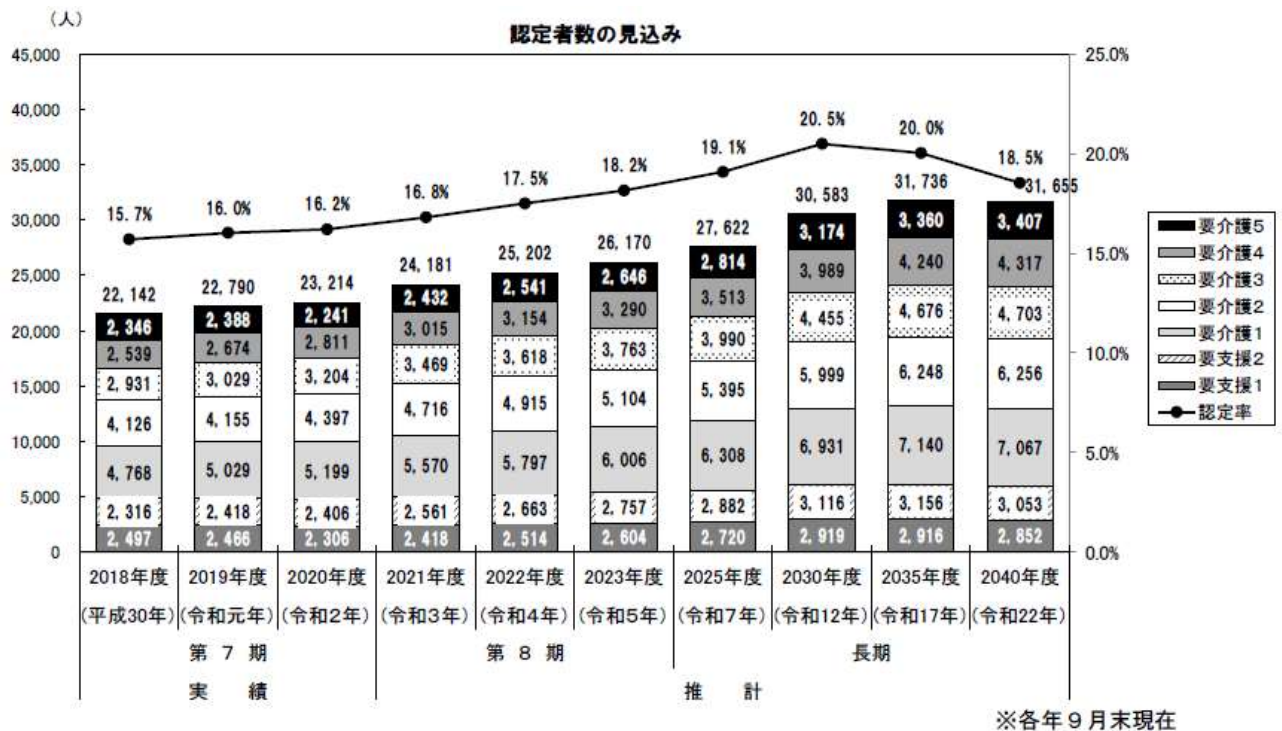
総人口に占める65歳以上の割合は、今後もゆるやかに増加を続け、75歳以上の後期高齢者数は、令和2年度から前期高齢者数を上回りました。

図1-2-2-8 第1号被保険者（65歳以上）の要介護度別認定者数の推移



令和3年 高齢社会白書より

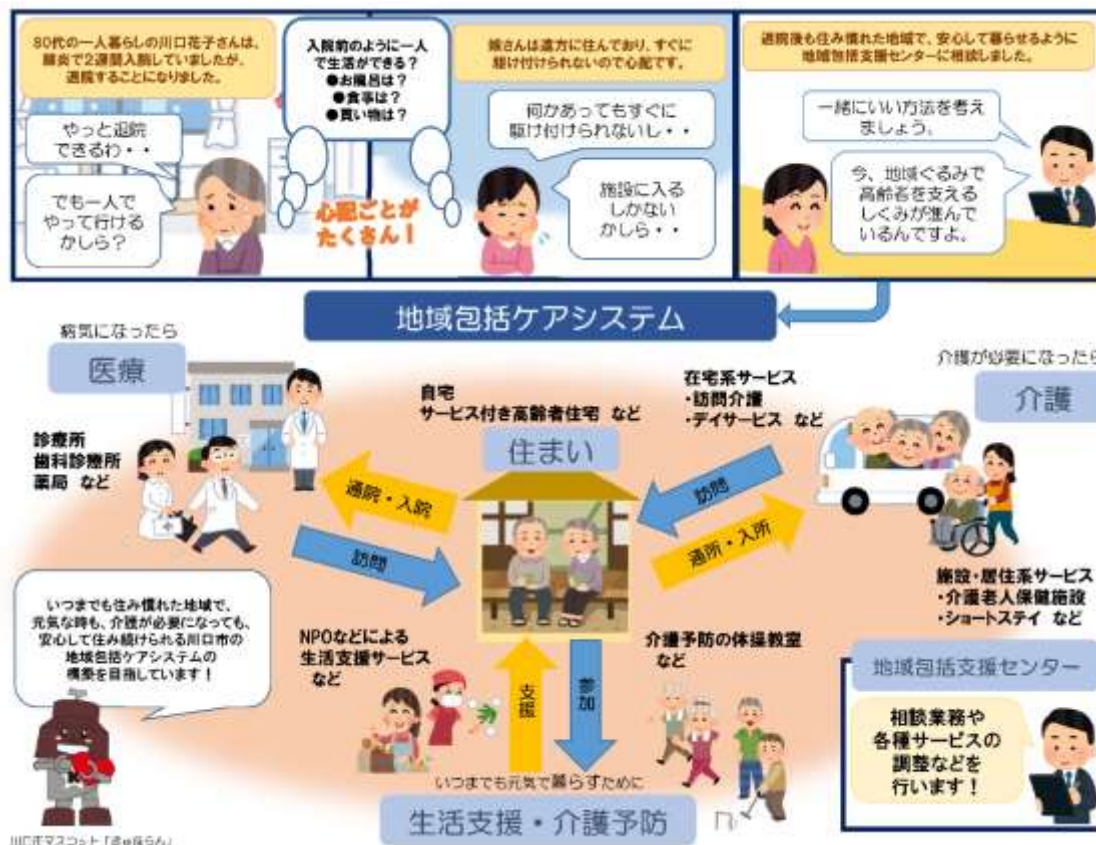
要支援・要介護認定者数は増加が続きます。



第8期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より

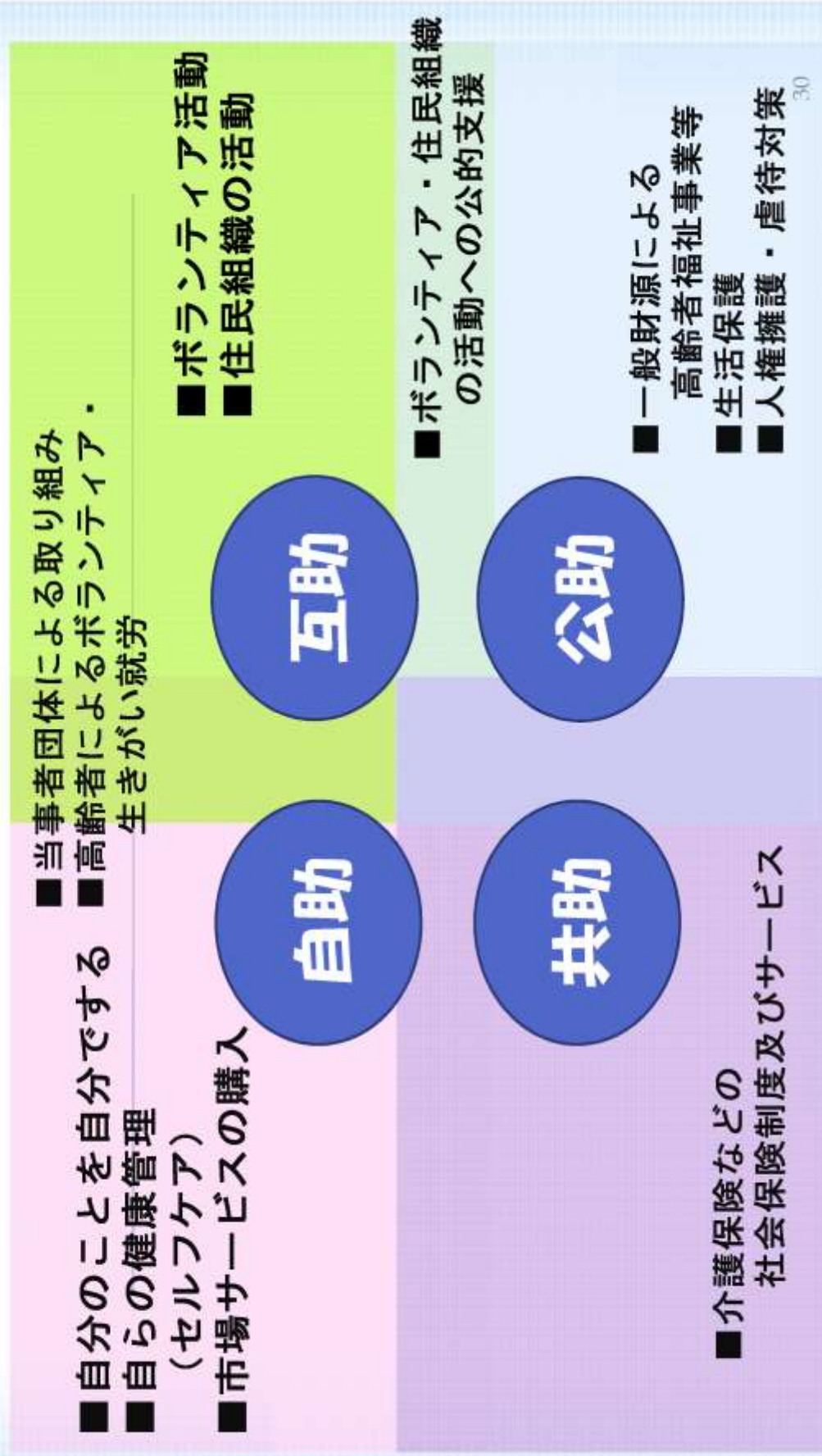
川口市も要支援・要介護認定者数は、国と同様、増加していきます。

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

これからの地域の姿



資料：H 2 5 年 3 月厚生労働省地域包括ケア研究会報告書より

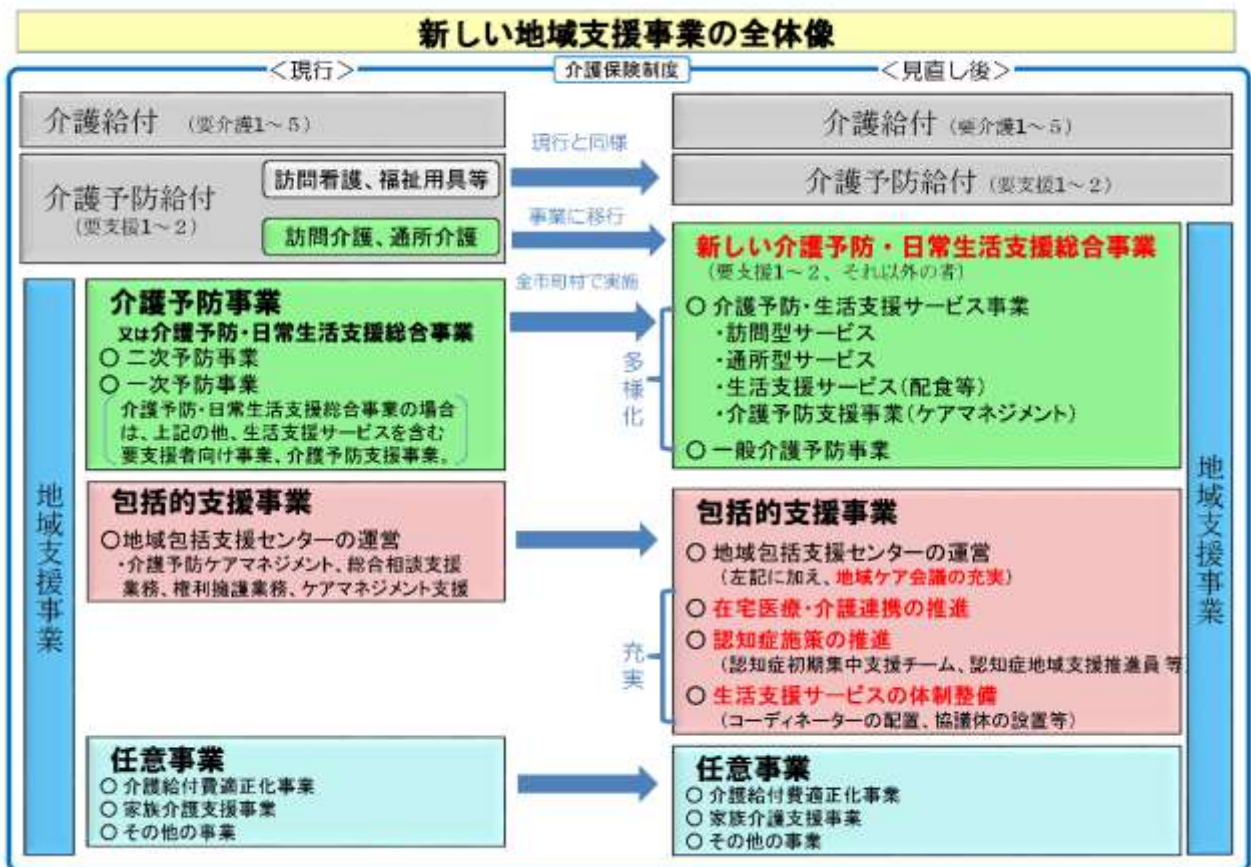
「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

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：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより

※総合事業の趣旨・考え方

○総合事業の趣旨

- ・市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。

○訪問型サービスの考え方

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある ・症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進			訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

- ・ 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。
- ・ 住民主体による支援（訪問型サービスB）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。
- ・ 短期集中予防サービス（訪問型サービスC）の終了後に、住民主体による支援（訪問型サービスB）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（訪問型サービスB）とは差別化することが大切である。

○通所型サービスの考え方

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

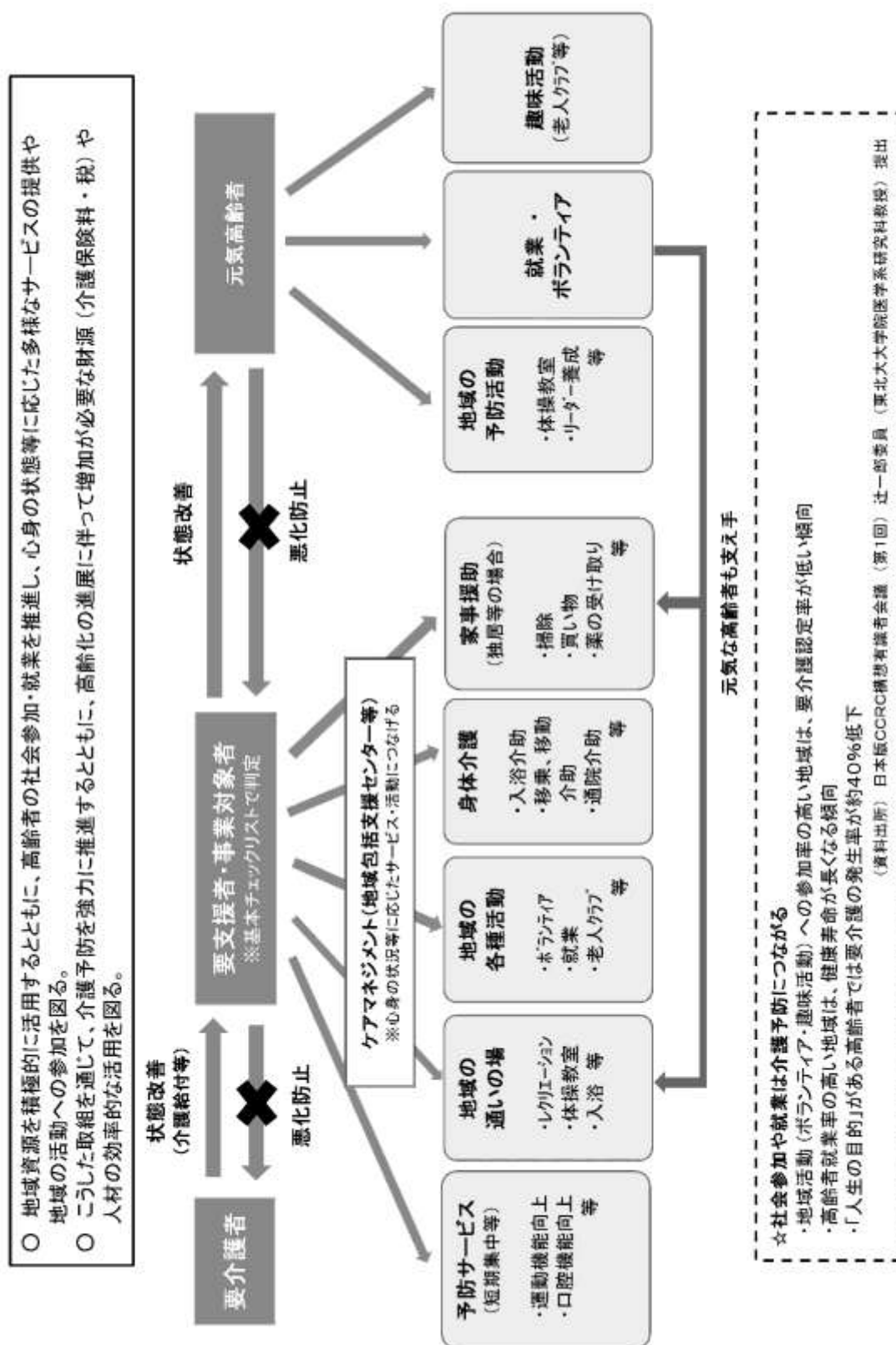
- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

- ・ 地域の実情に応じて「高齢者がいきいきと生活する上で、必要不可欠なものは何か?」「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。
- ・ 「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。
- ・ 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。
- ・ 住民主体による支援（通所型サービスB）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。
- ・ 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。
- ・ 短期集中予防サービス（通所型サービスC）の終了後に、住民主体による支援（通所型サービスB）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。

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)



平成29年度より実施

訪問型サービス	◆介護予防訪問介護相当サービス（※） 従来の介護予防訪問介護に相当する（訪問介護員等による）ホームヘルプサービス ◆短期集中予防訪問サービス 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
通所型サービス	◆介護予防通所介護相当サービス（※） 従来の介護予防通所介護に相当する（通所介護事業者の従事者による）デイサービス ◆短期集中予防通所サービス 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
一般介護予防事業	◆健康アップ教室 ◆介護予防ギフトボックス ◆口腔教室 ◆生き生きデイサービス
その他	◆現在、以下のサービスが利用可能 ・自立支援生活援助事業 ・緊急通報装置貸与 ・配食サービス（委託・民間） ・民間のホームヘルプサービス ・民間の買い物サービス ・民間の移送サービス

※以下、「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」を併せて「介護予防相当サービス」と呼ぶ。

平成30年4月より実施

訪問型サービス	◆訪問型基準緩和サービス 従来の介護予防訪問介護相当サービスのうち、生活援助だけ実施する（市の行う一定の研修修了者も可）ホームヘルプサービス
通所型サービス	◆通所型基準緩和サービス 従来の介護予防通所介護サービスのうち、機能訓練を実施する（機能訓練指導員の資格も緩和）サービス

令和2年9月より **かわぐち元気ナビ** が始まりました

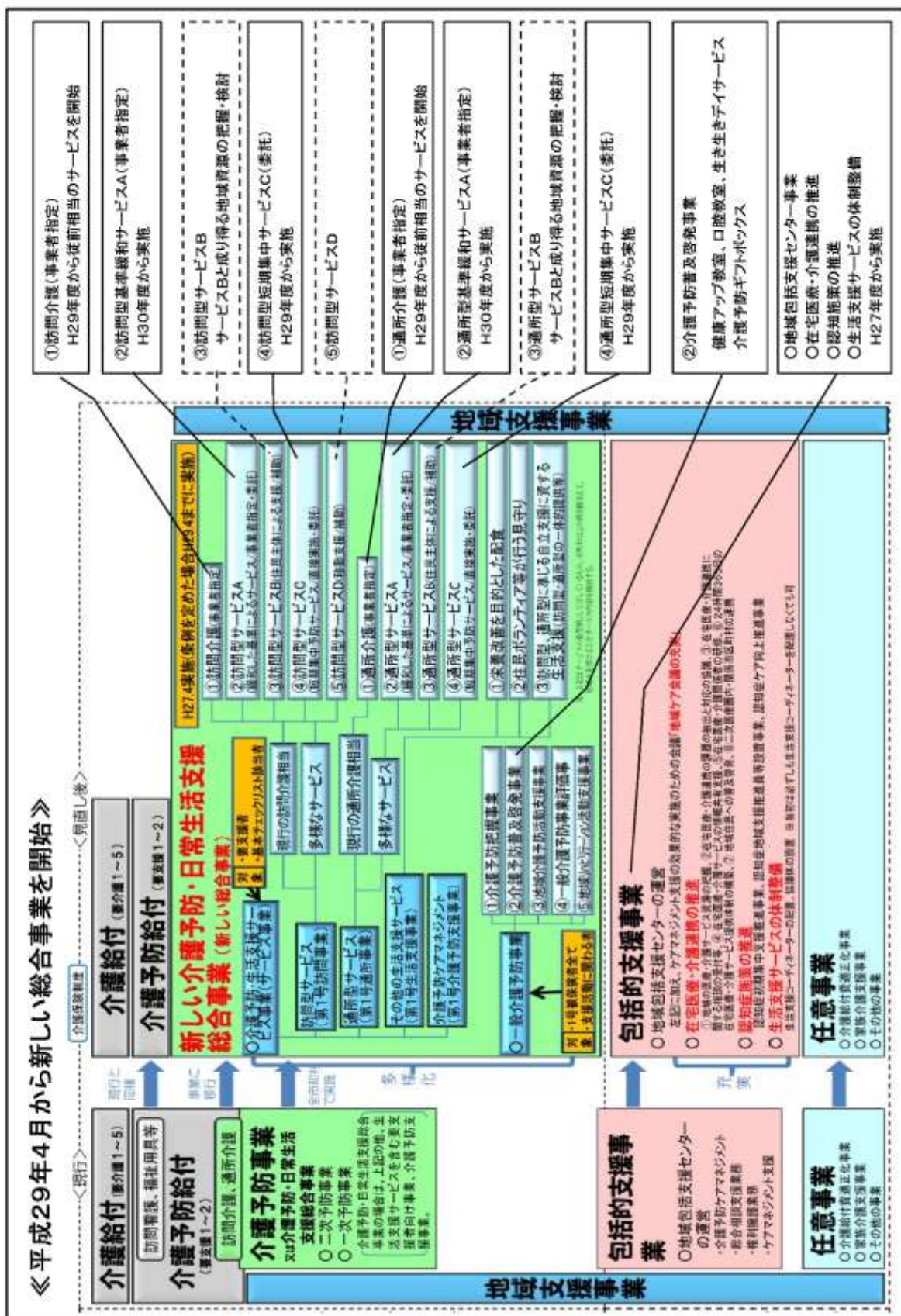


市内のサービス等を把握し、データベースにおいて一元管理することにより、市民やケアマネジャー等が求めるサービスをすぐに検索することが可能となりました。

対象者のお住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。

○川口市介護予防・日常生活支援総合事業の概要

要 要 概 の 業 事 合 総 援 支 活 生 常 日 ・ 防 予 護 介 市 市 川 三



○サービスの類型

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 更新済)	事業 対象者 (未認 定)	元徴収 高齢者
従前相当サービス	訪問	6ヶ月 (更新可)	自宅	従前の訪問ヘルプサービス	○	○	×	×
	通所	6ヶ月 (更新可)	デイサービス	従前の通所デイサービス	○	○	×	×
基準緩和サービス	訪問	6ヶ月 (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ヶ月 (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	○	○	×	×
短期集中サービス	訪問	3か月 (最大6ヶ月)	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ヶ月)	市内 11ヶ所	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	健康アップ教室	3か月 (全8回)	市内 11ヶ所	「短期集中サービス」で運動機能が向上された方や比較的元気な方が、自宅でも継続して介護予防に取り組んでいけるような習慣・意識付けを目指す運動教室	○	○	○	○
		3か月 (全6回)	公民館等 市内 21ヶ所	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 11ヶ所	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	○	○	○	○
	介護予防 ギフトボックス	3か月	市内	企業・団体が行っている様々な介護予防プログラムに高齢者が体験参加することで介護予防の大切さを実感できるきっかけ作りを行う事業	○	○	○	○

介護予防 日常生活支援 総合事業

○総合事業サービスの併用について

介護予防相当サービスと基準緩和サービスは、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、短期集中予防訪問サービスは、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。

詳しくは、以下のとおりです。

	利用中のサービス	左記と併用可能なサービス
訪問	介護予防訪問介護相当サービス利用のかた	・短期集中予防訪問サービス ・介護予防通所介護相当サービス ・通所型基準緩和サービス ・短期集中予防通所サービス ※上記サービスを併用することは不可
	訪問型基準緩和サービス利用のかた	・短期集中予防訪問サービス ・介護予防通所介護相当サービス ・通所型基準緩和サービス ・短期集中予防通所サービス ※上記サービスを併用することは不可
	短期集中予防訪問サービス利用のかた	・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型基準緩和サービス ※上記サービスを併用することは不可
通所	介護予防通所介護相当サービス利用のかた	・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型基準緩和サービス ※上記サービスを併用することは不可
	通所型基準緩和サービス利用のかた	・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型基準緩和サービス ※上記サービスを併用することは不可
	短期集中予防通所サービス利用のかた	・介護予防訪問介護相当サービス ・訪問型基準緩和サービス ※上記サービスを併用することは不可

※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

- ・短期集中予防通所サービスの利用を中止し、同月中に通所型基準緩和サービスの利用を開始する場合
- ・事業所廃止などの理由により、介護予防訪問介護相当サービスの利用を途中で中止し、その後訪問型基準緩和サービス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、介護予防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）

○総合事業サービスの併用について

これから利用したいと思っているサービス

現在利用しているサービス							
		訪問			通所		
		従前相当	基準緩和A	短期集中 _C	従前相当	基準緩和A	短期集中C
訪問	従前相当		×	○	○	○	○
	基準緩和A	×		○	○	○	○
	短期集中C	○	○		×	×	×
通所	従前相当	○	○	×		×	×
	基準緩和A	○	○	×			×
	短期集中C	○	○	×	×	×	

3 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、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものであります。

地域包括支援センター等が実施する適切なアセスメントにより、本人の状況を踏まえた目標を設定し、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、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していく必要があります。

介護予防 ケアマネジメント の留意点	◆本人やその家族の意向を的確に把握する ・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 ・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 ・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。
本人の意欲を 引き出す	◆総合事業のサービス提供におけるケアプランは、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は？
- ・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利用等は？

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。

4 介護予防ケアマネジメントの類型

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

原則的な介護予防 ケアマネジメント (ケアマネジメントA)	◆以下のサービスを利用する場合は、従来の予防給付と同様のプロセスを実施する。 介護予防相当サービス（訪問型・通所型） 基準緩和サービス（訪問型・通所型） ★プロセス ①アセスメント（課題分析） ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議 ④本人への説明・同意 ⑤ケアプラン確定・交付（本人・提供者） ⑥ケアプランの実行（サービス利用） ⑦モニタリング ⑧評価
簡略化した介護予防 ケアマネジメント (ケアマネジメントB)	◆サービス担当者会議を省略しケアプランを作成する。モニタリング時期は、間隔をあけて必要に応じて設定する。 ※現在、該当するサービスなし ★プロセス ①アセスメント（課題分析） ②ケアプラン原案作成 ③本人への説明・同意 ④ケアプラン確定・交付（本人・提供者） ⑤ケアプランの実行（サービス利用） ⑥モニタリング

初回のみ介護予防 ケアマネジメント (ケアマネジメントC)	◆初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントプロセスを実施する。 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（健康アップ教室、口腔教室） ★プロセス ①アセスメント（課題分析） 「本人の状況」、「本人の生活の目標」、「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」、「目標を達成するための取組み」等を確認する。 ②ケアマネジメントの結果を本人に説明 ※ケアマネジメントの結果は、本人の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、本人に持参してもらう等の方法でサービス提供者と共有する。 ※短期集中予防サービスは、事業終了後、事業者の評価に基づき、再度アセスメントを行う。 ★ケアプランは作成しないが、介護予防サービス・支援計画書（1）（2）には、アセスメントに基づく上記①の項目について記載する。 ※ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合については、「健康アップ教室」と「口腔教室」のアセスメント等のプロセスに対してのみ、ケアマネジメント開始月分のみ事業によるケアマネジメント費が支払われる。
初回のみ介護予防 ケアマネジメントの 留意事項	◆本人の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくよう心がける。

【注意点】

ケアマネジメントAとケアマネジメントCは同月に算定することはできません。
ケアマネジメントAのサービスとケアマネジメントCのサービスを、同月に利用した場合には、ケアマネジメントAの請求のみとなりますので、ご注意ください。

67ページ参照

介護予防サービス利用の介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

ケアマネジメントAを利用するサービスは以下の通り

- 介護予防訪問介護相当サービス（ホームヘルパー）

利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支えあいなどを受けることが難しいような場合に、ホームヘルパーによるサービスが受けられます。

- 訪問型基準緩和サービス

ホームヘルパーや川口市認定ヘルパー等による日常生活上必要となる生活援助に関するサービスが受けられます。

- 介護予防通所介護相当サービス（デイサービス）

通所介護施設で食事・入浴・排泄などの日常生活上の支援や、機能訓練などが日帰りで受けられます。また、目標に合わせた選択的サービスも利用できます。

- 通所型基準緩和サービス

通所介護施設で機能訓練を中心としたサービスを日帰りで受けられます。

初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントCを利用するサービスは以下の通り

サービス実施期間

サービス名	実施期間	
短期集中予防訪問サービス ※プラン必須	4～12月	随時申し込み
短期集中予防通所サービス（健康運動教室） ※プラン必須	① 4～6月	教室は 年4回開催 年間22か所
健康アップ教室（予防プランを作成した場合のみ）	② 7～9月	
口腔教室（予防プランを作成した場合のみ）	③ 10～12月 ④ 1～3月	

※短期集中サービス（訪問・通所）はそれぞれ最長6カ月まで利用できます。（3か月ごとの評価が必要です。）

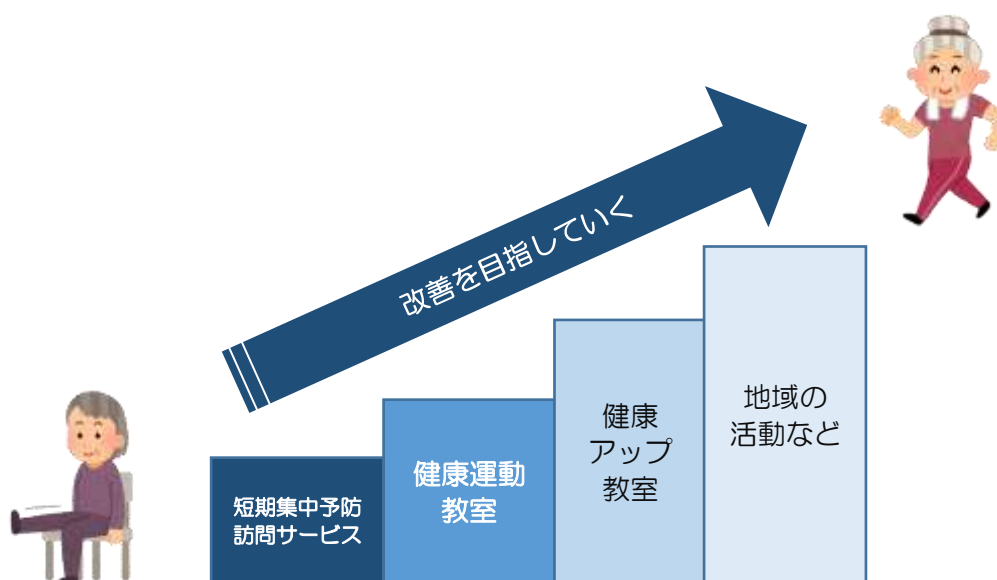
※健康アップ教室、口腔教室は年に1回の利用となります。

こんな人にもオススメ！

※退院後など、一時的に機能低下が見られ、短期間集中して運動することで機能改善が見られると予想されるかた。

※介護のサービスを、あまり使いたくないと思っているかた。

※サービスの利用が初めてで、どんなサービスを使えばいいのか、よくわからないかた。



地域包括支援センターやケアマネジャーは、本人の居場所は自宅であることを念頭に置き、自宅での生活を継続するための支援を行っていきます。

介護予防サービス一覧

短期集中予防訪問サービス

概要

- リハビリテーションの専門職等が対象者の居宅等へ訪問を行い、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導・機能訓練プログラム等を実施する。対象高齢者の心身の状態の向上をめざし、終了後は通所型サービスや地域の集いの場へつながるよう支援を行う。

対象者

- 基本チェックリスト6～10の項目に3項目以上当てはまる（運動機能に低下が見られる状態）
- 基本チェックリスト16～17の項目のうち項目16に当てはまる（閉じこもりが見られる状態）

講師

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師等の運動機能などに関する専門職

実施期間

- 1クール10回、約3か月。最長6か月まで利用可能。（3か月でモニタリング）
- 一回のプログラムは30分以上。（移動や準備にかかる時間を除く）

※短期集中予防訪問サービスは、閉じこもりを防止し、自宅からの外出を促すため、自宅で体力・気力の向上を図るものです。短期集中予防通所サービスにつながる等の改善が確認されれば、10回まで訪問を行わず終了となる場合があります。短期集中予防サービスは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。



短期集中予防通所サービス（健康運動教室）

概要

- 短期間での低下した運動機能の改善を主な目的とし、体力の諸要素について包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施。また、進行に従って徐々に強度・複雑さが増すようなプログラムを提供するもの。

対象者

- 基本チェックリスト 6～10 の項目に 3 項目以上当てはまる（運動機能に低下が見られる状態）
- 基本チェックリスト 1～20 の項目に 10 項目以上当てはまる（全体的に機能低下が見られる状態）

講師

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、東京都老人総合研究所が養成する介護予防運動指導員、健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士等の運動機能などに関する専門職

実施期間

- 1クール10回、約3か月。最長6か月まで利用可能。（3か月でモニタリング）
- 一回の教室はおよそ90分。1回目と9回目の測定時はおよそ120分。
- 運動強度は弱く、初めて運動教室に参加されるかた向け。

参加費

- 800円（3か月）

その他

- 教室終了後は、同会場で実施している健康アップ教室や地域の活動等につなぎ、介護予防の継続を目指す。
- 車での送迎あり。



一般介護予防事業 健康アップ教室

概要

- 運動機能の維持・向上を目的として、体力の諸要素について包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施。また、進行に従って徐々に強度・複雑さが増すようなプログラムを提供。

対象者の目安

- 基本チェックリスト6～10の項目に3項目以上当てはまる（運動機能に低下が見られる状態）
- 基本チェックリスト1～20の項目に10項目以上当てはまる（全体的に機能低下が見られる状態）

講師

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、東京都老人総合研究所が養成する介護予防運動指導員、健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士等

実施期間

- 1クール8回、約3か月。1年に一度利用可能。連続の利用は不可。
- 一回の教室はおよそ90分。1回目と7回目の測定時はおよそ120分。

参加費

- 800円（3か月）

その他

- 運動強度は、短期集中予防通所サービス（健康運動教室）より強く、比較的運動教室に参加したことのあるかた向け。必ずしも短期集中予防通所サービス（健康運動教室）終了後でないと参加できないというものではない。
- 教室終了後は地域の活動等につなぎ、自主的な介護予防の継続を目指す。

※短期集中予防通所サービス（健康運動教室）、健康アップ教室は、原則として同会場（老人福祉センター等）で実施。

概要

- 通所型による口腔機能の向上を中心としながら、併せて栄養改善等を含めた、総合的なプログラムを提供することにより対象者自身が日常生活上の支障等を自覚し、日常生活機能を維持・改善するために必要なプログラムの必要性を理解した上で、対象者自身による改善方法の習得と、こうした方法を生活に定着させることを目的とする。

(主なプログラム：「口腔清掃の自立支援」「摂食・嚥下機能等の向上支援」等)

対象者の目安

- 基本チェックリスト 11、12 の項目に当てはまる
(低栄養が見られる状態)
- 基本チェックリスト 13～15 の項目に 2 項目以上当てはまる
(口腔機能に低下が見られる状態)

講師

- 口腔機能等の向上に必要な専門的知識や技術を兼ね備えた歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士等

実施期間

- 1クール6回、約3か月。原則として月2回。1年に一度利用可能。連続の利用は不可。
- 一回の教室はおよそ90分。1回目と5回目の測定時はおよそ120分。

参加費

- 800円(3か月)

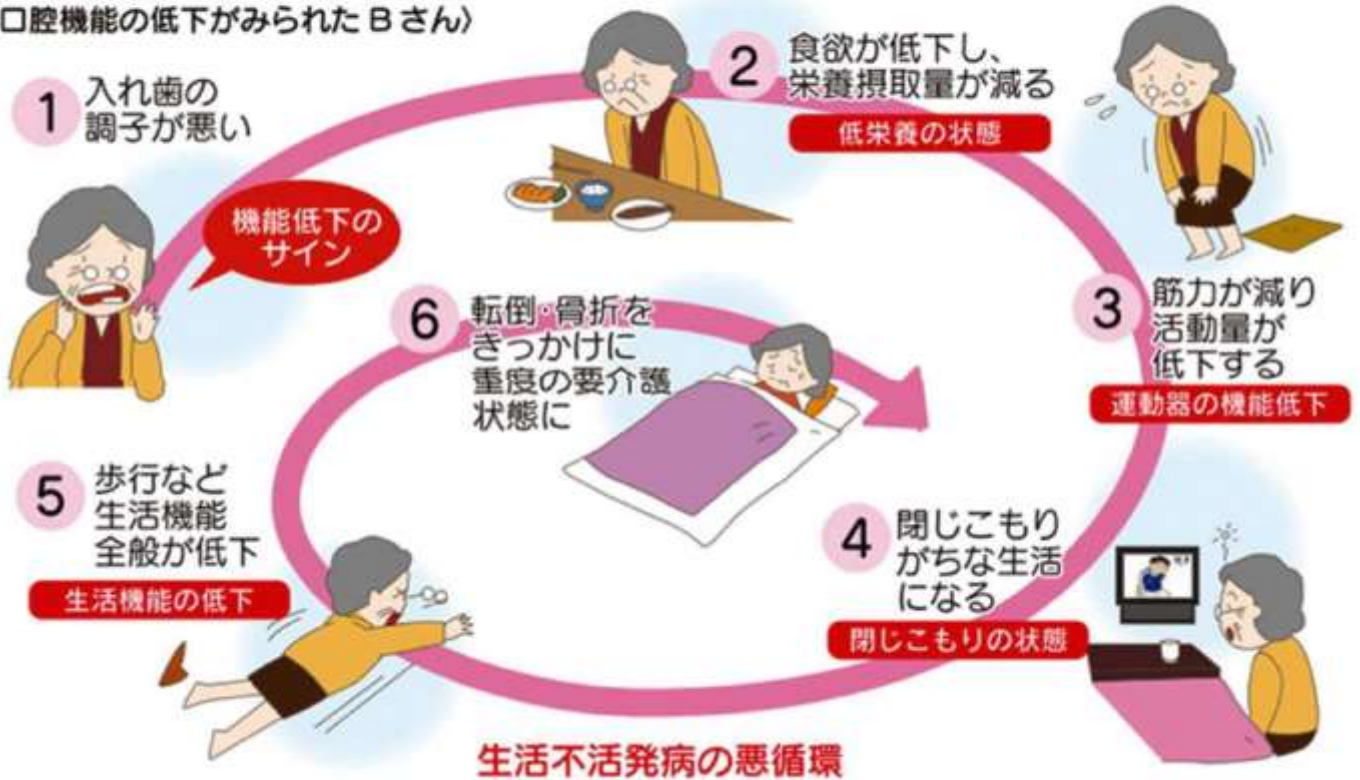
その他

- この教室の対象者は要支援相当の高齢者から元気な高齢者までが想定される。



生活不活発病の悪循環

〈口腔機能の低下がみられたBさん〉



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。

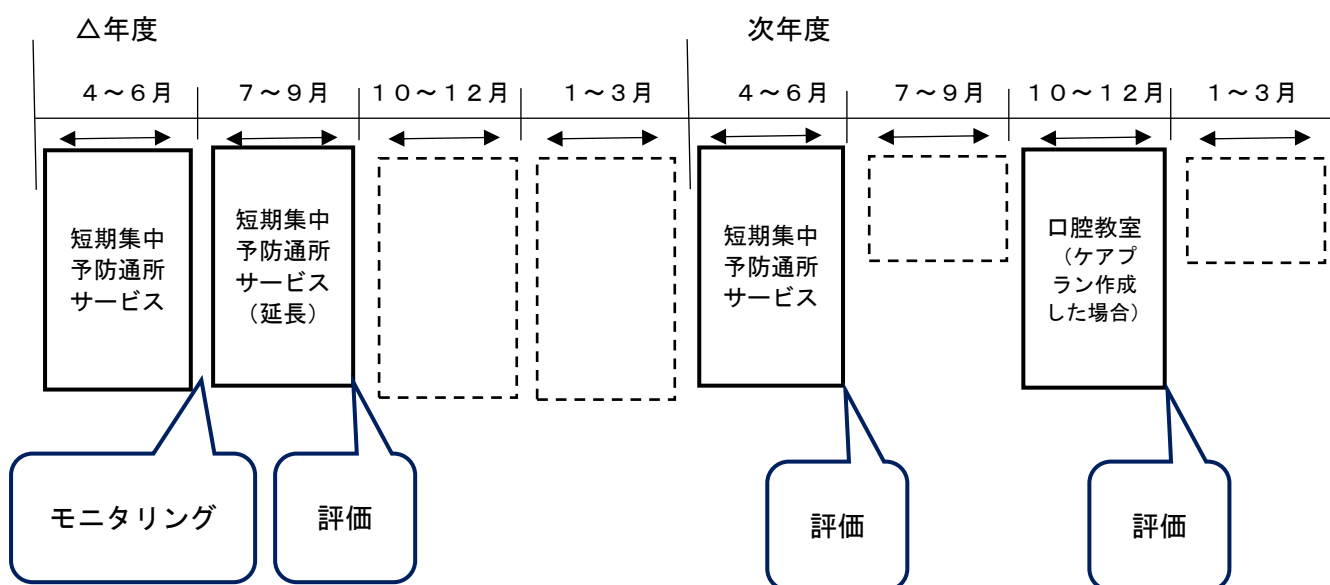
特に**口腔ケア**に関しては、痛みなどの症状が出づらいこともあり、放置してしまいがちですが、実は介護予防のスタートともなりうる、**重要なポイント**です。

積極的に口腔ケアを予防プランに取り入れていきましょう。

	プロセス	使用する書式
相談	●アセスメント ・本人の困りごとを聞き取る。 ・本人や家族の現状や意向を的確に把握する。 ・基本チェックリストを実施。 ・教室またはサービスの該当を確認。 ・地域包括支援センターにサービスの空き状況を確認。	・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・興味・関心チェックシート ・口腔の状況シート ・食生活情報 ・課題整理総括表
ケアプラン	●基本チェックリストを実施し、ケアプラン作成について判断 ・サービスまたは教室の該当を確認し、本人、家族から聞き取った本人が描くなりたい姿、家族が本人にあってほしい姿に近づいていくために、どのような生活を送ればいいのかを考える。（課題整理） ・地域包括支援センターに空き状況を確認し、サービスまたは教室の案内をする。	
ケアマネジメント結果説明	●ケアプランを本人、家族に説明 ・ケアプラン原案を本人、家族に説明し、同意を得る。 ・具体的に、自立支援・重度化防止のために、本人、家族が行うことを説明する。	
利用者情報提出	●利用者情報の提出 ・短期集中予防訪問サービス以外の教室は、教室開始月の前月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は、教室開始月の前月14日までに市へ参加予定者情報を指定書類にて提出する。	・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・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
	●市より利用者情報を受託事業者へ渡す（教室開始前月20日を目安）	
	●ケアマネジメント費の請求 ・地域包括支援センターは、国民健康保険連合会にケアマネジメント費の請求業務を行う。	
教室開始にあたり	●介護予防計画 ・受託事業者より地域包括支援センターへ個別の介護予防計画が送付される。 ・教室参加中の本人の状況の変化等、適宜教室受託事業者から連絡をもらえるような体制を作っておく。 ●受託事業者から参加者へ ・サービス開始前に資料が届く。 ・（短期集中予防通所サービス）送迎希望者は送迎時間等の連絡あり。	・本人の状況の変化等による報告様式（変更の場合のみ）
教室開始	●教室参加 ・短期集中予防サービス（訪問・通所）各10回 ・健康アップ教室8回 ・口腔教室6回 のうち、モニタリングとして、教室参加中の本人の様子を見ることが望ましい。	・初回と最終回の前回は測定を実施。
教室終了	●評価・介護予防の継続に向けて ・受託事業者より、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。	
介護予防の継続	●介護予防の継続の提案 ・介護予防事業や、その他の一般介護予防事業、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。	

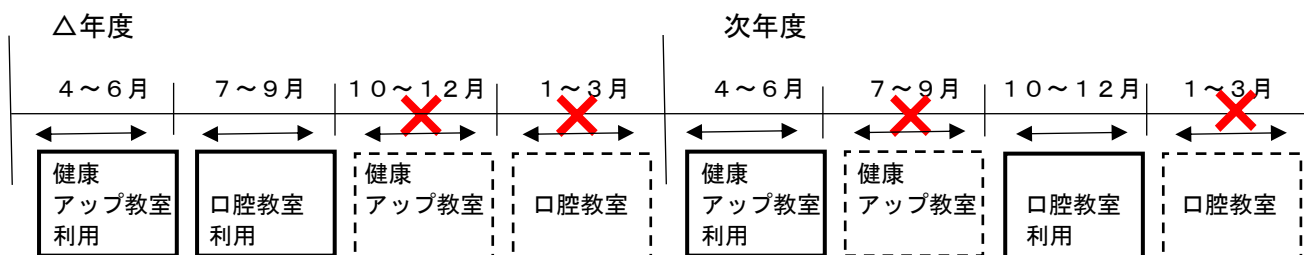
- ※ 短期集中予防サービス（訪問・通所）は最長6ヶ月の利用が可能。（3か月でモニタリング、計画立案が必要）
- ※ 健康アップ教室、口腔教室は、それぞれ同教室の連続利用は不可。
- ※ 健康アップ教室終了後に口腔教室を利用、またはその逆の利用は可能（原則として健康アップ教室、口腔教室ともに、年1回の利用とする）。
- ※ 健康アップ教室と口腔教室についてはケアマネジメントが発生する場合と発生しない場合が考えられる。その場合はなぜケアマネジメントが必要なのか、または不必要なのかの理由をしっかりと記録しておく。
- ※ 短期集中予防サービス（訪問・通所）・健康アップ教室・口腔教室の利用申し込み先は、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、短期集中予防通所サービスは送迎があるため、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1) 評価について



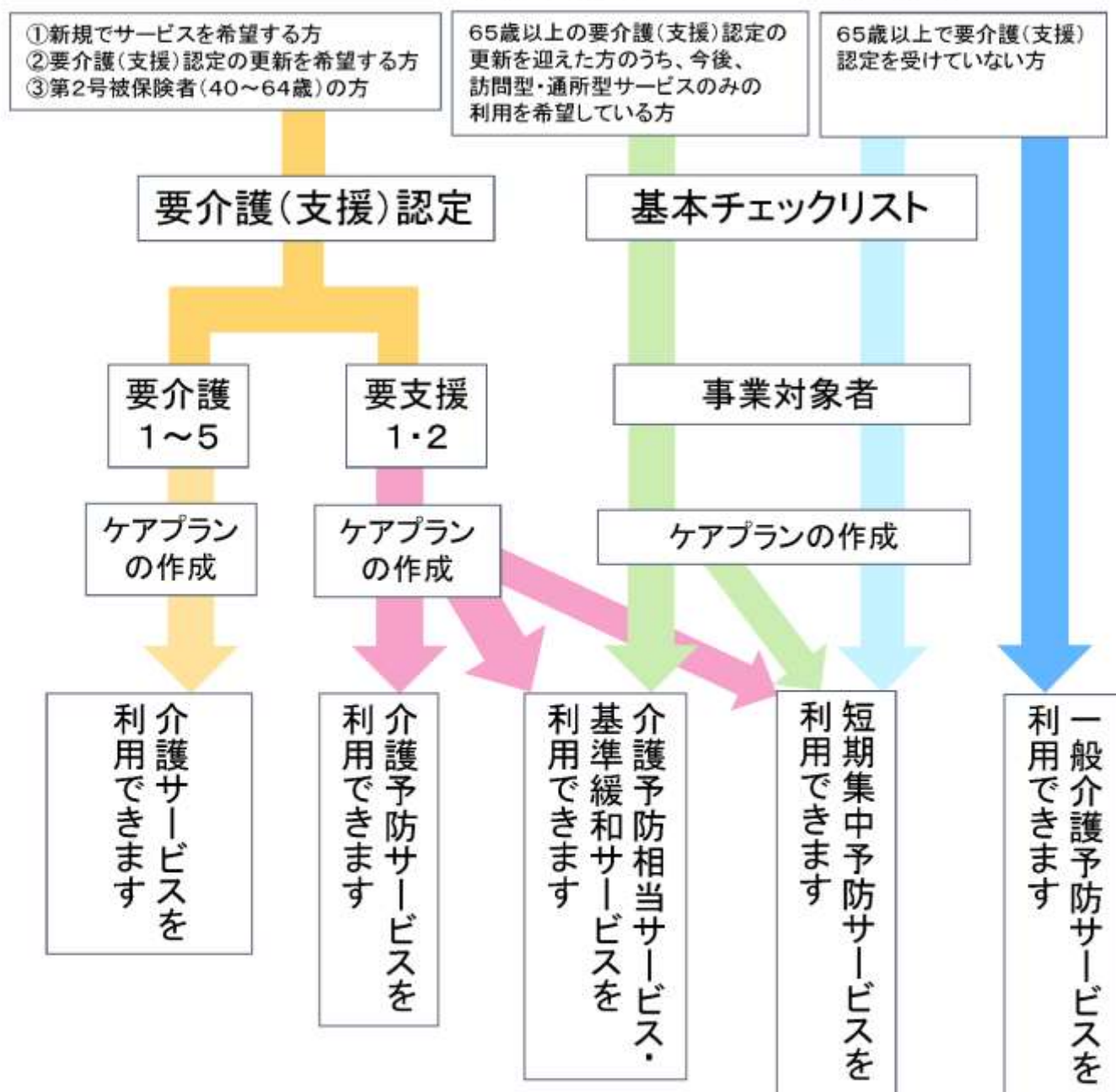
短期集中予防サービス（訪問・通所）の延長を利用する場合は、モニタリングで可能。
延長を実施しない場合、計画を作成して利用する健康アップ教室、口腔教室の場合は、サービス終了後に評価を実施する。

例2) 教室の利用について



※健康アップ教室、口腔教室それぞれ年度内に1回ずつの利用は可能。

サービス利用までの流れ



- ◆川口市の介護施設等に住所があり、他市町村が保険者になっている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。
- ◆他市町村で事業対象者であったかたが川口市に転入し、介護予防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、下記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。
- ◆要支援者や事業対象者のかたが、利用できる一般介護予防サービスもあります(16ページ参照)。

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カ月間で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]	BMIが18.5以上 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言われますか	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。

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、運動器の昨日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ヵ月間で2～3kg以上体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

12	身長・体重・BMI	身長、体重は整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、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ヵ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言われますか	本人はもの忘れがあると思っていても、回りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかけている場合や、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	

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）又は問C1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C2～4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C5～⑥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
はいと答えた方→現在、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週間以上にわたる入院をしましたか？
 (「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○を付ける)

☐ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
☐ 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
☐ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他(具体的に記入ください)	

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○を付ける)

☐ 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
☐ 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
☐ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他(具体的に記入ください)	

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：介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月 介護予防マニュアル改定委員会

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	・ 短期集中予防訪問サービス ・ 短期集中予防通所サービス ・ 健康アップ教室 ・ 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	・ 短期集中予防訪問サービス ・ 口腔教室 ・ 生き生きデイサービス ・ 介護予防ギフトボックス ・ 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	・ 短期集中予防訪問サービス ・ 口腔教室 ・ 生き生きデイサービス ・ 介護予防ギフトボックス ・ 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	・ 短期集中予防訪問サービス ・ 口腔教室 ・ 生き生きデイサービス ・ 介護予防ギフトボックス ・ 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」の観点から短期集中予防通所サービス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、住民全体による支援や短期集中予防サービスの利用、地域の各種活動への参加等を促す。

川口市版アセスメントシート等の記載に基づく判断

課題整理総括表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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス
	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	健康アップ教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス 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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス
	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	口腔教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス 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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス
	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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス
	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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス
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	健康アップ教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス
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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス
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	健康アップ教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス 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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス
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	短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス
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	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス 健康アップ教室 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	介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防通所サービス 健康アップ教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス
認知	支援あり・・・どのような支援内容	介護予防訪問介護相当サービス 介護予防通所介護相当サービス 短期集中予防訪問サービス 短期集中予防通所サービス 健康アップ教室 口腔教室 生き生きデイサービス 介護予防ギフトボックス 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
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	・介護予防訪問介護相当サービス ・介護予防通所介護相当サービス ・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・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）のうちの 2 項目以上が「2」以上である	・介護予防通所介護相当サービス ・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・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	・介護予防訪問介護相当サービス ・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・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	・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・介護予防ギフトボックス ・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	・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・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	・短期集中予防訪問サービス ・短期集中予防通所サービス ・健康アップ教室 ・口腔教室 ・生き生きデイサービス ・介護予防ギフトボックス ・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、短期集中予防通所サービスを利用することはできない。

※アセスメントシートについては、129 ページ参照。

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。

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・サービス利用

1 聞き取りと説明

高齢者の生活の困りごと等の相談は、市または地域包括支援センター窓口で受付けます。

聞き取り	◆相談の目的や困りごとを聞き取る。 ◆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、要介護認定等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、必要な時は要介護認定等の申請ができる。 ・川口市以外の事業者で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、要介護認定等の申請につなぐ ・新規利用の場合 ・明らかに要介護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がサービスを受ける前提となるため要介護認定申請につなぐ。 ◆その他、本人の状態や希望の沿った一般介護予防事業等のサービスにつなぐ。

2 事業対象者の要件

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ものです。

ただし、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。

事業対象者の要件 基本チェックリストについての考え方は、33・34ページ	◆事業対象者は、基本チェックリスト25項目のうち下記の項目に該当する場合である。 - No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当複数の項目に支障がある場合 - No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当（運動機能の低下） - No. 11～12の2項目のすべてに該当（低栄養状態） - No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当（口腔機能の低下） - No. 16～17の2項目のうちNo. 16に該当（閉じこもり） - No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当（認知機能の低下） - No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当（うつ病の可能性）
住所地特例対象者	平成27年4月以降、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、施設所在市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援センター※）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。 ※居宅介護支援事業所へ一部を委託可能

※以下の項目については、基本チェックリストの質問項目よりサービス利用につなげる

	基本チェックリスト項目	目安等	サービス
体 重	BMI が「やせ」または「高肥満」	基本チェックリスト 項目 11 および 12 に該当	一般介護予防事業
	体重の増減が2～3kg以上あるもの		
口腔機能	半年前に比べ固いものが食べにくい	基本チェックリスト 項目 13～15 の2項目に該当	一般介護予防事業 （口腔教室）
	お茶や汁物等でむせる		
	口の渇きが気になる		

【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		複 数 の 項 目 に 支 障 <

(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。

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、利用すべきサービスの区分（総合事業サービス、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	◆本人等が記入する 33・34ページの「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 ★<u>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</u>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、介護予防相当のサービスおよび基準緩和サービスのサービスを希望する場合は認定申請を行う。 要介護認定等の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。

「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の提出	◆介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出 担当地区の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し、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」に記入してもらう。 ◆介護予防事業参加者も介護予防ケアマネジメント依頼届出書を提出する。 ・介護予防ケアマネジメント依頼届出書は、基本的に本人から川口市に提出するが、本人の代理として家族や地域包括支援センター等から提出することもできる。 （代理で提出する場合、委任状は必要なく、本人が自署の上、家族や地域包括支援センター等が代理で市町村に提出することが可能） ※依頼届出書は居宅サービス計画、介護予防サービス計画、介護予防ケアマネジメントを併せた様式 ※住所地特例対象者は施設所在市町村に届出
--------------------------------------	--

○介護予防ケアマネジメント依頼届出書の区分

区 分	介護予防サービス計画作成・ 介護予防ケアマネジメント依頼届
「要介護」⇒「要支援」	届出が必要
「要介護」⇒「事業対象者」	届出が必要
「要支援」⇒「事業対象者」	届出が必要
「事業対象者」⇒「要支援」	届出が必要
新規で「事業対象者」となった場合	届出が必要
短期集中サービスの利用を延長する場合又は、別の短期集中サービスを利用する場合	届出が必要

被保険者証の発行	◆被保険者証を発行 川口市は依頼届出書の受理後、受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。(後日、本人宅へ郵送)
-----------------	--

事業対象者の有効期間	◆事業対象者の有効期間 川口市は認定更新をせずに事業対象者となった者には、有効期間を設定しない。 事業対象者が、短期集中サービスC等のケアマネジメントCを実施した場合においては、3ヶ月間の短期間の有効期間が設定される。
-------------------	--

○事業対象者の有効期間（要支援等の認定更新時に移行した事業対象者）

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 居宅サービス計画作成依頼届の適用日の前日
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

○事業対象者の有効期間（ケアマネジメントC対象の事業対象者）

一般高齢者⇒事業対象者 (短期集中サービス利用者)	4月～6月、7月～9月、10月～12月、 1月～3月のいずれか3ヶ月間
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 居宅サービス計画作成依頼届の適用日の前日 ※ただし、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。

4 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 様式	◆介護予防ケアマネジメントにかかる様式 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「アセスメントシート」「興味・関心チェックシート」「口腔の状況シート」「食生活情報」「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。 ※「アセスメントシート」「興味・関心チェックシート」以外は国より示された様式を使用することも可能 ※アセスメントや各種様式については110～133ページを参考 ① 利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ） ② アセスメントシート アセスメント（課題分析）の際に活用 ③ 基本チェックリスト ④ 興味・関心チェックシート ⑤ 口腔の状況シート ⑥ 食生活情報 ⑦ 課題整理総括表 ⑧ 介護予防サービス・支援計画書（1）（2） ⑨ 介護予防支援経過記録 ⑩ 介護予防支援・サービス評価表
居宅介護支援事業者に 委託する場合	◆居宅介護支援事業者への委託 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については、居宅介護支援事業者の一部を委託することができる。 ※委託できるのは原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）のみ。

(1) 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）
 - ④介護保険サービスマップ 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介護保険要介護認定申請書
 - ③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 など
4. 介護予防ケアマネジメント様式一式
 - 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
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パンフレット（社会福祉協議会パンフレット） 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を感じる場合は、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。

(2) アセスメント (課題分析)	◆課題分析の目的 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。

(3) ケアプランの作成

◆ケアプランの目的は

「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。

◆手法としては

3～12ヶ月を目途に、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ヶ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。

を説明しておくことが重要である。

◆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（健康アップ教室、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。

【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
【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	【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
【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	【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
【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	【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する 【他者への支援】 誰かの手助けをしたり、相談者になる
【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	【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
【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	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
【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	【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
【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	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
【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	【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

介護予防マニュアル改訂委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所

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(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

(4) サービス担当者会議

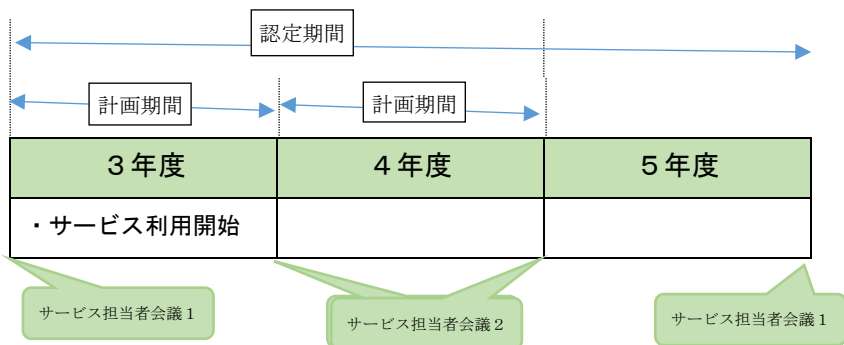
◆サービス担当者会議の目的

- ・ 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」
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」
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 「介護予防支援経過記録」に記載する。 ◆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サービス担当者会議 ・ 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へ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所も同様とする。
（５）ケアプランへの同意・交付	◆本人から、ケアプラン同意（必要に応じて押印）を得て交付する ◆サービス事業者へサービス提供開始を伝える

(6) サービス利用	◆サービス提供事業者 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。 ・結果をケアプラン作成者に報告する。
(7) モニタリング	◆モニタリングの目的 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ヶ月に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 ・「介護予防支援経過記録」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、「介護予防支援・サービス支援経過表」に記入する。

(8) 評 価	◆評価の目的 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 ① 6 ヶ月に 1 回 ② 短期集中予防サービスを利用する場合は 3 ヶ月に 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 「介護予防支援・サービス評価表」に記載する。
-----------------------	---

自分だけで考えてなかなかうまくいかない時は・・・

自立支援型地域ケア会議を活用しましょう！

～川口市の自立支援型地域ケア会議は、グループワークで行います～

自立支援型地域ケア会議とは

自立支援型地域ケア会議とは、高齢者の自立を支援・重度化を防止する視点で、多職種からの専門的な助言を得ながら、高齢者一人一人の支援方法を検討する会議です。事例提供者は、事例に対する助言が得られ、参加者は事例を通して自身の支援にも役立てることができます。

自立支援型地域ケア会議の進め方

川口市では、グループワーク形式で実施します。対象者の強みや困りごと等を整理し、専門職の助言を得ながら本人や家族の行動変容への効果的で具体的なアプローチ方法を検討していきます。

ねらい

- ・ 自立支援型地域ケア会議を通して、高齢者本人の生活の質の向上を目指す。
- ・ グループワーク形式で検討を行うことで、事例提供者だけでなく、参加するすべての介護支援専門員が「自立支援」「重度化防止」に関する考え方や、専門職の助言を共有するとともに、他の介護支援専門員の意見や支援方法を学ぶことで、ケアマネジメント能力の向上につなげる。

グループワークを通して

ねらい①《情報の共有》

「自立支援」「重度化防止」に関する考え方について共通認識を持つことをねらいとしています。他の介護支援専門員の意見や支援方法から、お互いに学び合うとともに、地域資源の活用についても検討し、地域の特性や足りない資源などの課題を共有します。

ねらい②《考え方の共有》

多職種からの専門的・多角的な助言を得ることで、事例提供者に対し、高齢者の自立支援に向けたケアマネジメントの支援を行います。他の参加者も、助言を共有することで、自身が担当する他の利用者への支援に活かすことをねらいとしています。

ねらい③《本人・家族への伝え方を学ぶ》

自立支援型地域ケア会議での検討事項を、本人及び家族へフィードバックし、高齢者自らが自立支援に向けた行動を取れるよう促します。本人のやる気を引き出し、行動変容を促すような提案方法を学びます。

モニタリング事例では・・・

前回の検討事項のフィードバックを受けて、どのような計画を立て実施したのか、その後の高齢者本人の変化や新たな課題について検討します。前回の検討での反省点を活かしながら、今回の自立支援型地域ケア会議での検討事項を本人及び家族へ再度フィードバックし、高齢者自らが自立支援に向けた行動を取れるよう促します。

自立支援型地域ケア会議に参加するには・・・

地域包括支援センターに相談し、対象者に関する情報をまとめて、自立支援型地域ケア会議を開催する準備をします。

専門職としての視点でアドバイスをいただけるので、自分でも気づけなかったアプローチ方法があるかもしれません。

出席予定の専門職

- ・ 歯科医師 ・ 歯科衛生士
- ・ 薬剤師
- ・ (管理) 栄養士
- ・ 理学療法士
- ・ 作業療法士

その他、提供された事例によっては、他の専門職の出席も検討する。

■ 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） × 20日

⇒ 780単位（すでに利用した単位）

②余剰単位を算出

1176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単位（訪問型基準緩和サービス単価） × 1回 = 227単位

227単位（訪問型基準緩和サービス単価） × 2回 = 454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。

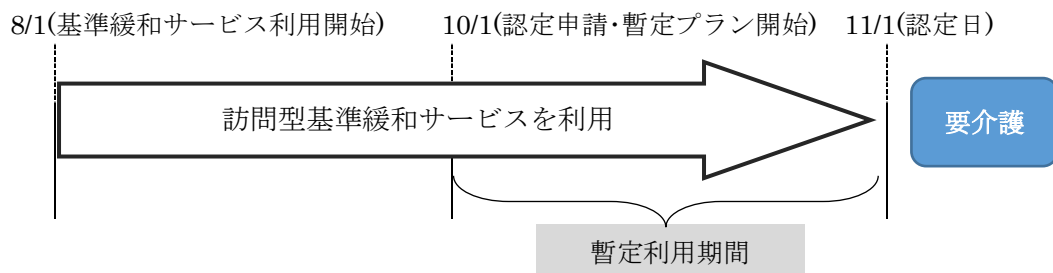
※通所型サービスにおいても同様の計算方法を用いる。

■ 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。

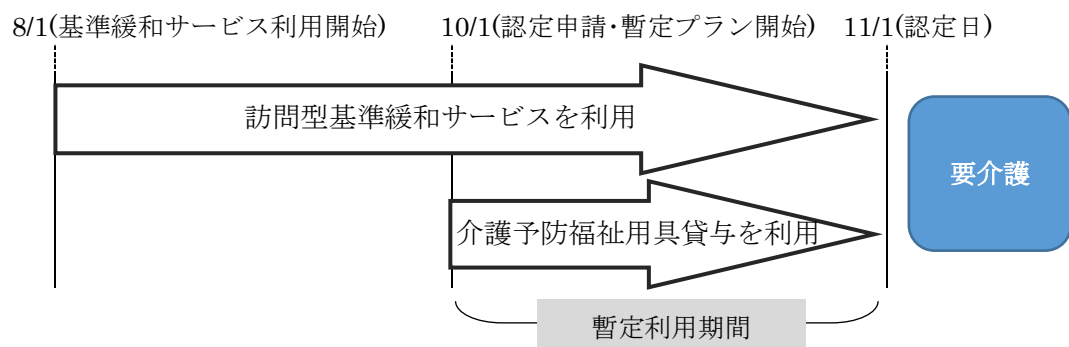
Q 1 : 8月1日から基準緩和サービスのみを利用している「事業対象者」が、10月1日に認定申請し、認定結果が「要介護」となった場合の暫定部分の請求は？



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？



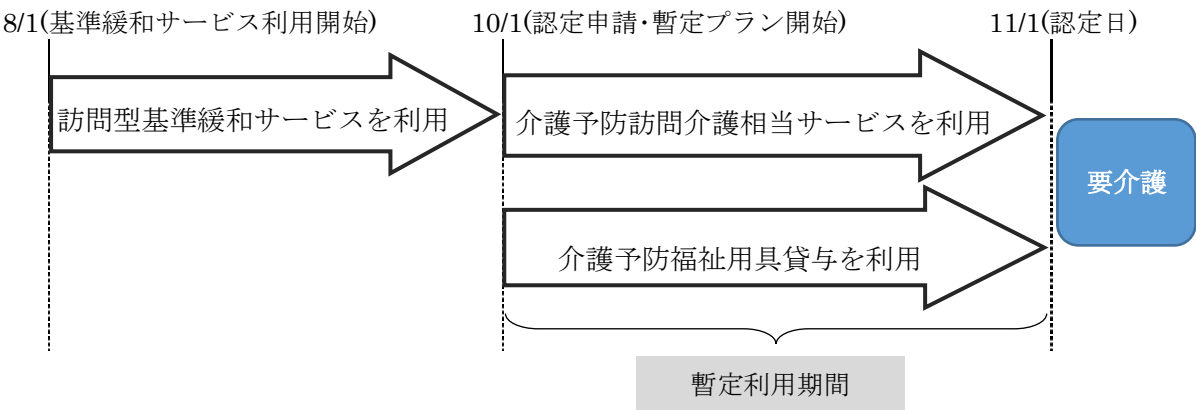
A. この場合、福祉用具については介護給付の福祉用具貸与として請求が可能。基準緩和サービスについては、介護給付のサービスとして請求することは出来ないため全額自己負担となる。(居宅サービス計画作成依頼届の適用日が10月であることが前提。なお、11月付けの居宅サービス計画作成依頼届であれば基準緩和サービスについて請求可能だが、福祉用具貸与分が全額自己負担となる。)

※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なため、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。

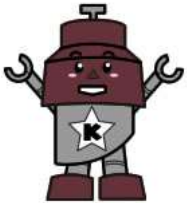
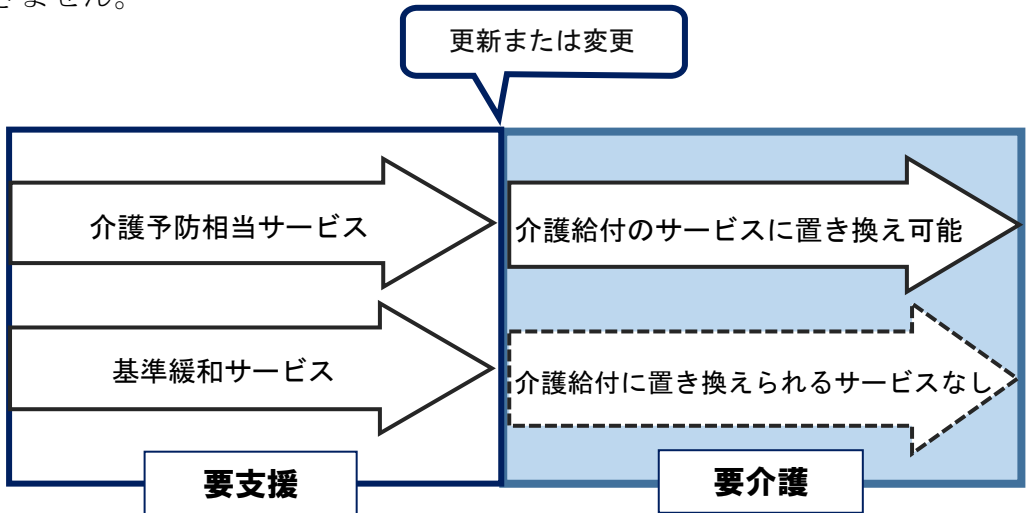


訪問型基準緩和サービスを、10月から介護予防相当サービスに変更することで、どちらも介護給付として請求することができます。



【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	費用請求区分		認定結果	非該当の場合	要支援の場合
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

</

	◆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。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>月途中の変更内容</th><th>記載する区分</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>事業対象者 → 要支援 1</td><td>事業対象者</td></tr> <tr> <td>事業対象者 → 要支援 2</td><td>要支援 2</td></tr> <tr> <td>事業対象者 → 要介護 1～5</td><td>要介護 1～5</td></tr> </tbody> </table>	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
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 日までに国民健康保険団体連合会へ請求する。 ※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。								
(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については、国民健康保険団体連合会へ請求する。 ※請求にあたっては、サービスコード表を参照すること。 ◆総合事業の介護予防相当サービス（A 2、A 6）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

- ◆予防給付と短期集中予防サービスを併用する場合
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基準緩和サービスと短期集中予防サービスを併用する場合
ケアマネジメント A を請求
- ◆短期集中予防サービス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	訪問看護・福祉用具貸与 等
2	ケアマネジメントA	訪問介護・通所介護 等
3	ケアマネジメントC	短期集中予防サービス(訪問・通所) 健康アップ教室・口腔教室

※請求については、一ヶ月に上記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、全て地域包括支援センターが請求処理を行う。

※居宅介護支援事業所は、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(介護予防)訪問介護を受け、7月から短期集中予防通所サービスを利用した場合の請求

例2)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(介護予防)訪問介護を受け、7月から短期集中予防通所サービスを利用した場合で、6月に認定申請をして、7月に要支援認定が出た場合の請求

	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
	福祉用具貸与					
		訪問介護		短期集中予防通所サービス ※初月のみ請求		
例2	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
	福祉用具貸与					
		訪問介護		短期集中予防通所サービス※初月のみ請求 (予防通所介護の併用は不可) (要介護認定が出た場合は短期集中予防サービスの利用は不可)		
				要支援認定		

※注意:認定申請で要介護認定が出た場合は、短期集中サービスは利用できません。
介護予防ケアマネジメントCの請求もできませんのでご注意ください。

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	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要支援)	変更日
	・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
	開始 ・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又は介護予防短期入所療養介護の退所(※1)	退所日の翌日
	・公費適用の有効期間開始	開始日
	・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
	・区分変更(要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ) ・区分変更(事業対象者→要介護)	変更日
	・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
	終了 ・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
	・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又は介護予防短期入所療養介護の入所(※1)	入所日の前日
	・公費適用の有効期間終了	終了日

※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。

月のサービス利用に応じた給付管理票及び介護予防支援費・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	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			居宅療養管理指導	不要	介護予防ケアマネジ ^注 メント費
		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 ^注 メント費
		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 ^注 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 ^注 メント費
		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 ^注 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 ^注 メント費
			利用	住民主体サービス	不要	介護予防ケアマネジ ^注 メント費	
事 業 対 象 者					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 ^注 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 ^注 メント費
				利用	住民主体サービス	不要	介護予防ケアマネジ ^注 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 ^注 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 ^注 メント費
						不要	介護予防ケアマネジ ^注 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。

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

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。

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、「こんなふうに感じた」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ことがあります。注意したいことは、「絶対そうだと思い込みすぎないこと」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」にとらわれず、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、不快感、噛みつき、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 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、ピンなど凶器を使った暴力や脅しがある。 ⑦ 「何をするか分からない」「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人も多いと思います。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、「相手はきっと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、心理的变化に気づけなくなってしまうます。

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。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、『介護予防ギフトボックス』のパンフレットを見ながら、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。

『介護予防ギフトボックス』は、多くの介護予防の体験教室（BOX）の中から自分にあったものを選んでいただく場を提供（GIFT）することを目的とした市の事業です。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。そのためには、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

予防給付ケアマネジメント帳票早見表【R2.11.25】

	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	○			介護予防支援サービス利用契約書	原本	(写)	
	○			重要事項説明書	原本	(写)	
				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	○		○ 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	
	○	○	○	基本チェックリスト	原本	写	
	○ 必要に応じて	○ 必要に応じて	○ 必要に応じて	主治医意見書	写	写※1	
	○ 必要に応じて	○ 必要に応じて	○ 必要に応じて	認定調査票	写	写※1	
	○	○ 新しいもの	○	介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)	原本	写	
	○ 必要に応じて	○		介護保険被保険者証	(写)	(写)	
	○ 必要に応じて	○ 必要に応じて		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
	○	○	○	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	
		○ 以前の計画の評価		介護予防支援・サービス評価表	原本 (評価毎受理)	写	
		○	○ (担当者会議記録)	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	

● 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すること。

● 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。

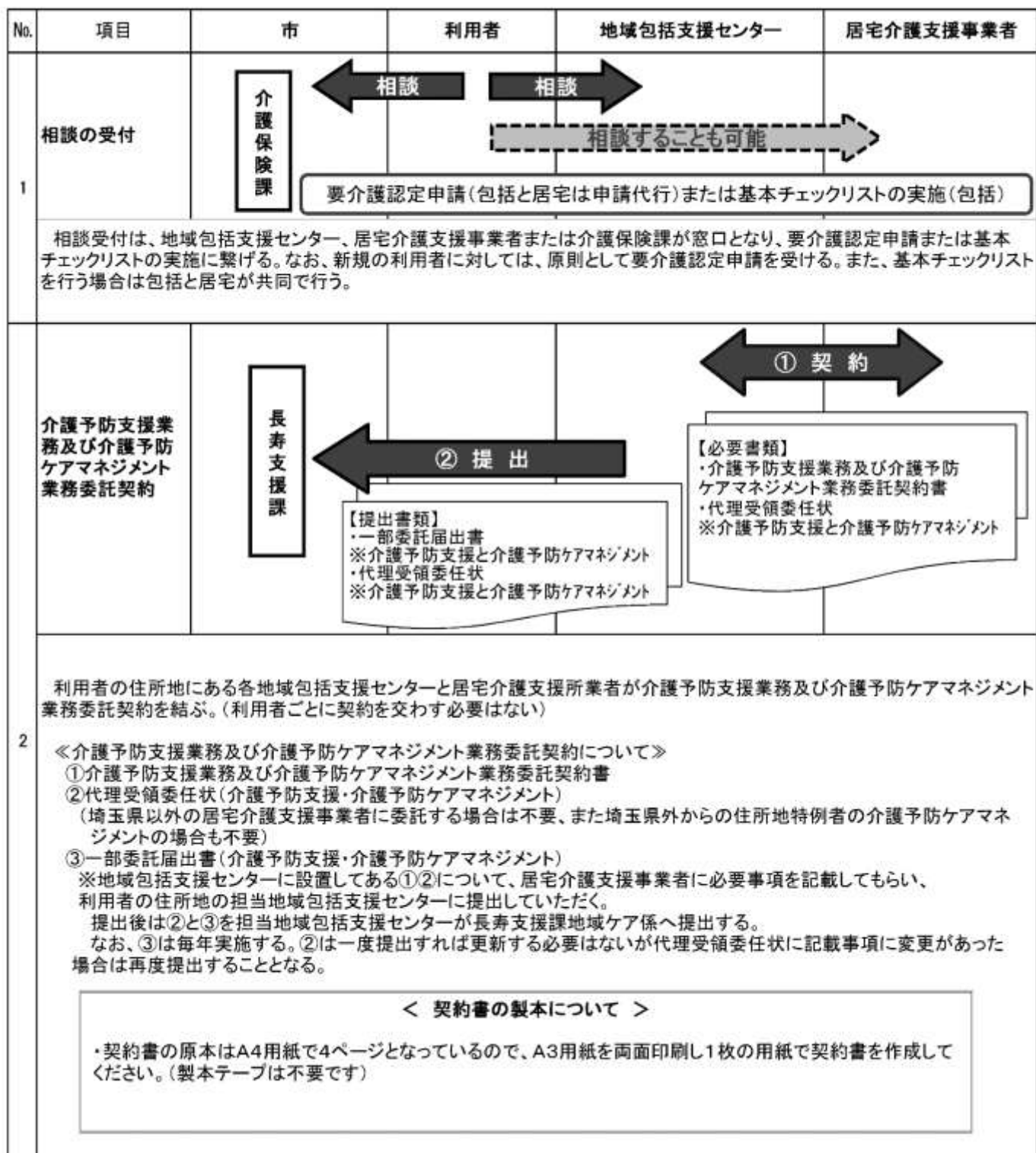
7 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の委託について

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

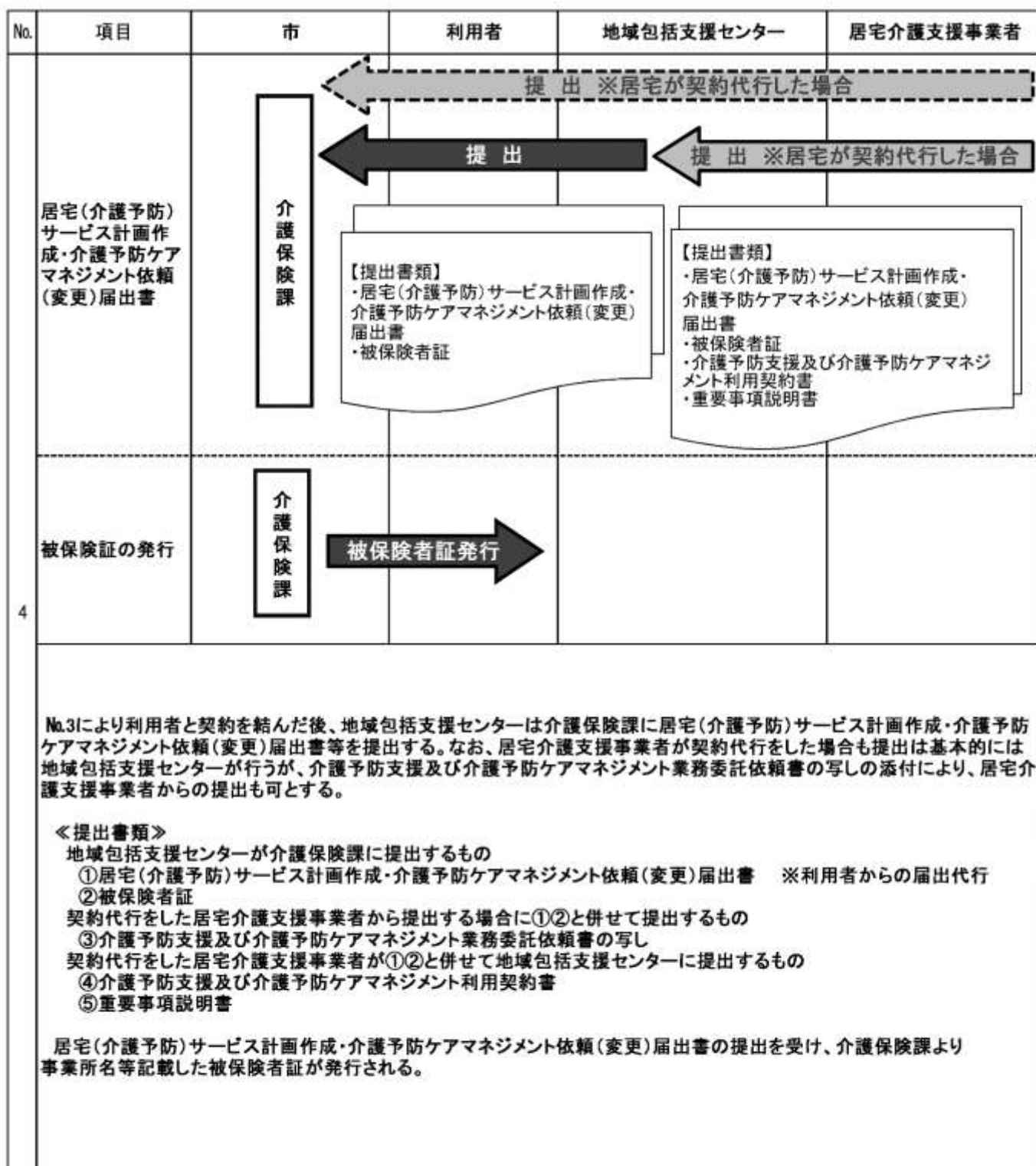
(1) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合の手順（概要）

No.	項目	市	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	相談	相談	
				相談することも可能	
2	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	長寿支援課	② 提出	① 契約	
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	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	提出	提出 ※居宅が契約代行した場合	提出 ※居宅が契約代行した場合
			被保険者証発行		
5	情報提供依頼	介護保険課	提出	提出 ※居宅が契約代行した場合	
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・介護予防ケアマネジメント費及び介護予防支援費の請求	提出 ※H31.3以前の分の請求		国保連	① 提出 ② 委託料の振込み
10	モニタリング報告			提出	
11	評価			提出	

(2) 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援を委託した場合の手順

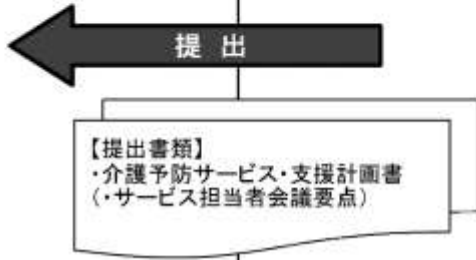


No.	項目	市	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約				
3	利用者と担当地域包括支援センターが契約を結ぶ。なお、業務委託した場合は居宅介護支援事業者が契約代行することができる。この場合、No.2の介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約をしていることが必要となる。 ＜契約に必要な書類＞ ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書 ②重要事項説明書 ※利用者と地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が①②をもって契約を結ぶ。なお、契約は居宅介護支援事業者が代行することができるが、必ず地域包括支援センターの署名、押印は必要となる。 ＜ 変更同意書及び再契約について ＞ ・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及び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。 ①変更同意書を用いる場合 ・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及び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、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及び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。 ②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。				

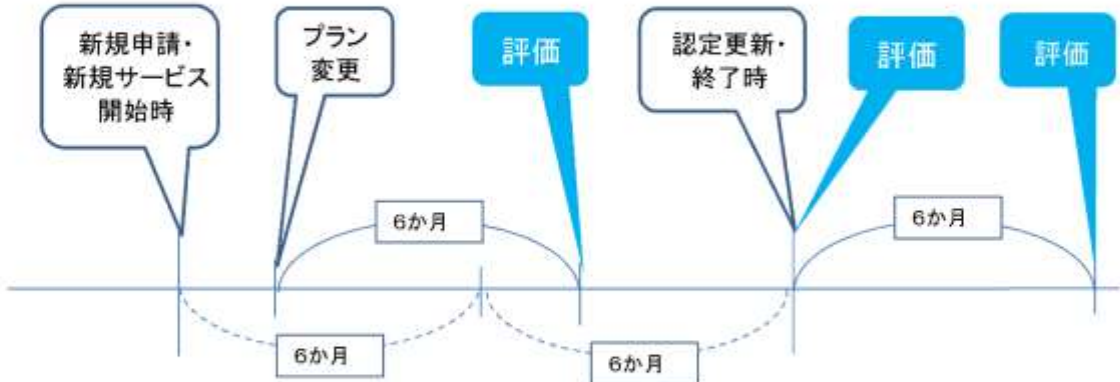


No.	項目	市	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
5	情報提供依頼	介護保険課		提出 【提出書類】 ・情報提供依頼書 (情報提供に関する同意書)	提出 ※居宅が契約代行した場合 【提出書類】 ・情報提供依頼書 ・介護予防支援及び介護予防 ケアマネジメント業務委託依頼書 (情報提供に関する同意書)
	地域包括支援センターまたは契約代行をした居宅介護支援事業者が情報提供依頼書を電子申請または窓口申請により提出する。 《提出書類》 地域包括支援センターが介護保険課に提出するもの ①情報提供依頼書 ②情報提供に関する同意書(要介護認定申請書の同意欄に署名がない場合のみ) 契約代行をした居宅介護支援事業者が①②と併せて提出するもの ③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 ※要介護認定申請書の同意欄に署名がない場合は情報提供は受けられないため、②も提出する。 また、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)届出書の提出がない場合も情報提供は受けられない。 ※情報提供は申請日の翌開庁16時以降に受け取りができる。				

No.	項目	市	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 【提出書類】 ・介護予防サービス・支援計画書（原案） ・基本情報 ・主治医意見書、調査票 ※要支援者の場合 ・被保険者証 ・サービス利用票、別表 ・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 【返却書類】 ・介護予防サービス・支援計画書	
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。 《提出書類》 ①介護予防サービス・支援計画書（原案） ②基本情報 ③主治医意見書、調査票 ※要支援者の場合 ④被保険者証 ⑤サービス利用票、別表 ⑥介護予防支援介護給付費明細書または介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 ⑤は計画の新規作成時及び変更時のみ提出する。 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。 《返却書類》 ①介護予防サービス・支援計画書					

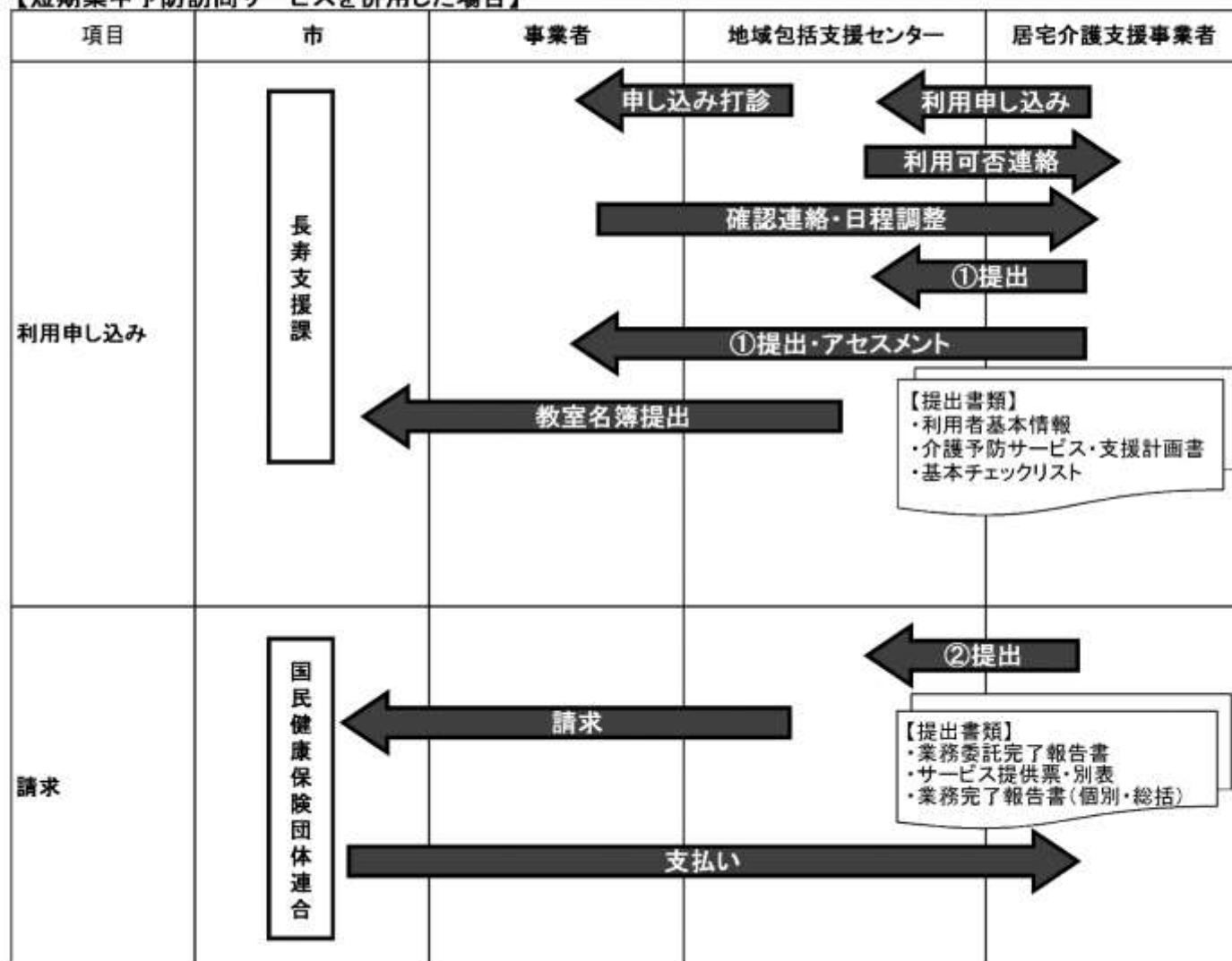
No.	項目	市	利用者	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
7	サービス担当者 会議の開催				
	計画の新規作成時及び変更時は原則として地域包括支援センターも参加する。それ以外は必要に応じて参加する。 《短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)の場合》 短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)に関しては、サービス担当者会議は必ずしも必要ではないが、利用者の状況に合わせ、包括、居宅、事業者で利用者の状況、目標等を共有しておく。				
8	介護予防サービ ス・支援計画書の 提出				
	介護予防サービス・支援計画書が完成したら、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。 《提出書類》 ①介護予防サービス・支援計画書 ②サービス担当者会議要点 ※②は支援経過記録に含めることもできる。 《短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)の場合》 教室参加者名簿は、基本的に包括がまとめて市へ提出し、市から委託事業者へ送付。追加の参加者がいた場合は、居宅のケアマネジャーが包括に連絡後、個別に委託事業者へ提出することも可。ただし、追加分の参加者名簿は包括が市へ報告する。 《提出書類》 ①介護予防サービス・支援計画書 ②基本チェックリスト ③利用者基本情報 ④(必要に応じ)包括や事業者と共有したほうが良いと思われる資料(服薬情報、週間スケジュール等)				

No.	項目	市	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・介護予防ケアマネジメント費及び介護予防支援費の請求	長寿支援課 介護保険課		① 提出 【提出書類】 ・業務委託完了報告書 ・サービス提供票・別表 ・請求書 提出※1 【提出するもの】 ・介護予防ケアマネジメント費請求ファイル ・委託先支援事業所情報（給付管理票が必要ない場合） 【提出書類】 ・介護予防ケアマネジメント費請求書 ② 委託料の振込み※2	
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種書類を翌月5日までに地域包括支援センターに提出する。 《提出書類》 ①業務委託完了報告書 ②サービス提供票、別表 ③請求書 地域包括支援センターは埼玉県国民健康保険団体連合会に給付管理票を提出する。 ※短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部（健康アップ教室、口腔教室）に係る給付管理票は提出不要。 ＜介護予防支援費＞ 地域包括支援センターは、介護予防支援費を埼玉県国民健康保険団体連合会に請求する。 （介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費の対象となるサービスを併用した場合を含む。） ＜介護予防ケアマネジメント費＞（ケアマネジメントA、ケアマネジメントC） 地域包括支援センターは、埼玉県国民健康保険団体連合会に介護予防ケアマネジメント費を請求する。 ※ケアマネジメントAとCの対象となるサービスを併用した場合の請求 地域包括支援センターは、埼玉県国民健康保険団体連合会にケアマネジメントAを請求する。 《委託料について》（※2） 介護予防支援業務または介護予防ケアマネジメントA・Cの業務を埼玉県内の事業者委託している場合の委託料は、埼玉県国民健康保険団体連合会から直接委託先事業者へ振り込まれる。埼玉県外の事業者委託している場合の委託料は、委託元の地域包括支援センターが委託先事業者へ振り込む。（手数料は地域包括支援センターが負担する。）					

No.	項目	市	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 【提出書類】 ・業務委託完了報告書等	
	モニタリングは毎月実施し、支援経過記録に結果を残す。電話でも可能だが、3ヶ月に1度は利用者宅に訪問する。 《短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)のモニタリング》 短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)のサービスは3か月間のサービスなので、サービス利用中に最低一度はモニタリングを実施する。サービス終了後にどのようなサービスにつなげるかアセスメントを実施する。 《提出書類》 ①介護予防支援業務委託報告書(※特記がある場合は介護予防支援経過記録の写しも提出) ※居宅介護支援事業者は毎月、介護予防支援業務委託報告書(特記がある場合は支援経過記録の写し)を地域包括支援センターに翌月5日までに提出する。なお、支援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ヶ月に1度)の記入を併せて行う。				
11	評価			 提出 【提出書類】 ・介護予防サービス・支援評価表	
	計画終了時に居宅介護支援事業者は支援評価表を地域包括支援センターに提出する。中間評価は6ヶ月に1度必ず行う。 《提出書類》 ①介護予防サービス・支援評価表 ※中間評価に関して、モニタリングの支援経過記録を用いた場合は、6ヶ月に1度のモニタリング報告と併せて地域包括支援センターが確認する。 《評価の時期について》 介護予防支援業務の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について(平成19年7月23日付け老振発第0723001号、老老発第0723001号)を参照。 評価について  《短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)の評価》 短期集中予防サービス及び一般介護予防事業の一部(健康アップ教室、口腔教室)は3か月間のサービスなので、サービス終了時に評価が必要となる。(短期集中サービスで延長する場合はモニタリングで可能)				

(3) 短期集中予防サービス、一般介護予防事業の一部サービス（健康アップ教室、口腔教室）を併用した場合の手順

【短期集中予防訪問サービスを併用した場合】



短期集中予防訪問サービスを利用する時の流れは以下の通り。居宅介護支援事業者は利用者の意思確認やアセスメント等を行い、提出書類①を作成して地域包括支援センターと事業者に提出する。請求時は提出書類②を、地域包括支援センターに提出する。

《流れ》

- ① 利用希望があれば地域包括支援センターに空き状況を確認。
- ② 地域包括支援センターから短期集中予防訪問サービス事業者へ連絡。事業者からケアマネジャーへ連絡。
- ③ 事前アセスメント（担当ケアマネジャー同席が望ましいが事業者のみでも可）や基本情報等を情報共有。

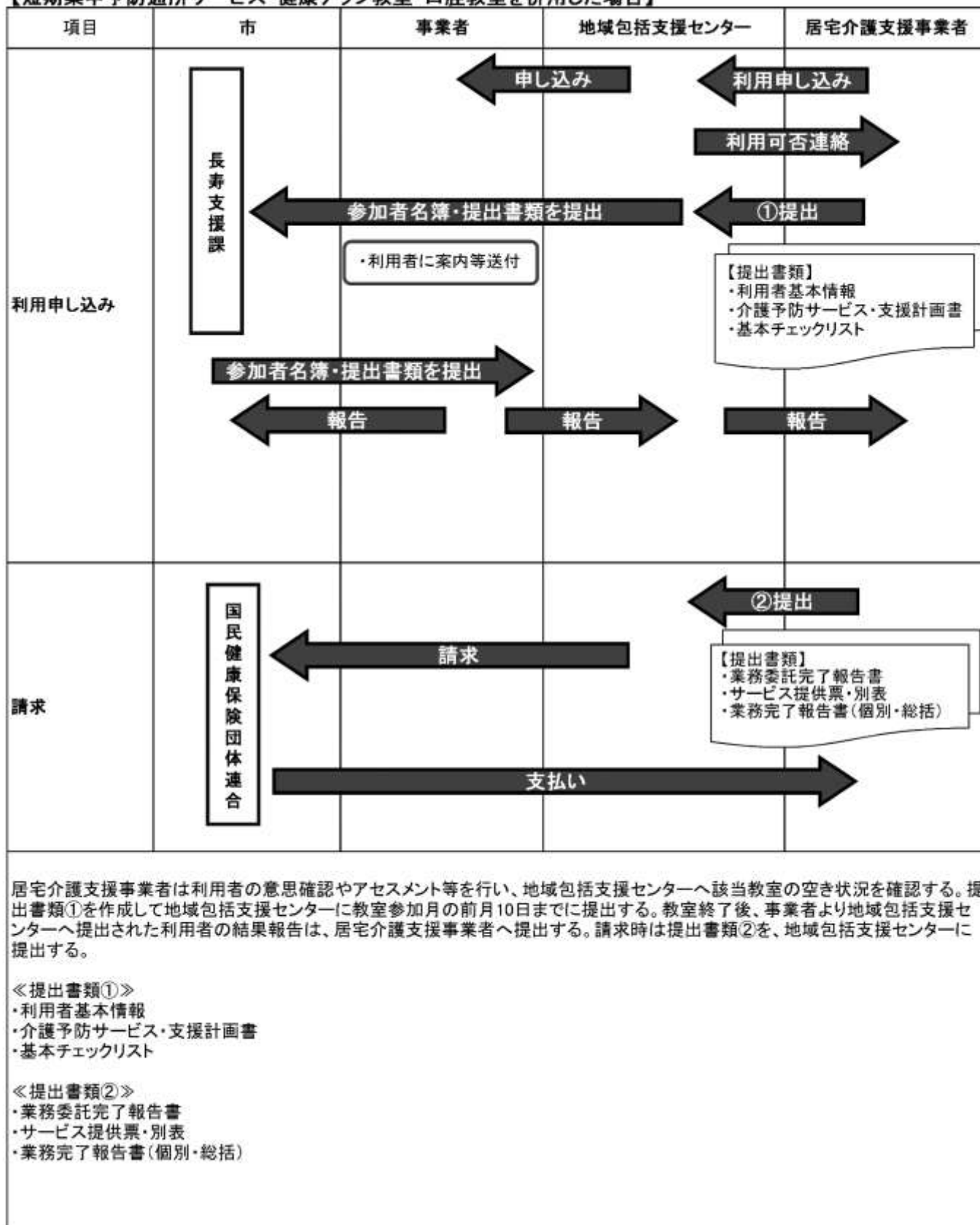
《提出書類①》

- ・利用者基本情報
- ・介護予防サービス・支援計画書
- ・基本チェックリスト

《提出書類②》

- ・業務委託完了報告書
- ・サービス提供票・別表
- ・業務完了報告書（個別・総括）

【短期集中予防通所サービス・健康アップ教室・口腔教室を併用した場合】



川口市介護予防ケアマネジメントマニュアル検討会構成メンバー

	氏名	所属	職種等
①	服部 万里子	日本ケアマネジメント学会理事 (NPO法人渋谷介護サポートセンター事務局長)	看護師・社会福祉士・主任介護支援専門員
②	丸山 恵美子	株式会社ケアーズ (居宅介護支援事業所ケアーズ)	川口市介護事業者協議会より推薦
③	亀山 顕	有限会社高齢者生活支援研究所 (ケアリンク北園)	川口市介護事業者協議会より推薦
④	佐藤 明子	株式会社 あくび (あくび 居宅介護支援事業所)	川口市介護事業者協議会より推薦
⑤	倉林 泰士郎	埼玉県地域リハビリテーション・ ケアサポートセンター (戸田中央リハビリテーション病院)	埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポート センター(戸田・蕨・川口の県南エリア担当)
⑥	鈴木 千映	医療法人 陽仁会 (前川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)
⑦	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)
⑧	松島 裕子	社会福祉法人 川口市社会福祉 協議会 (青木地域包括支援センター)	地域包括支援センター (社会福祉士)
⑨	染谷 香華	社会福祉法人 川口市社会福祉 事業団 (芝刈地域包括支援センター)	地域包括支援センター (保健師等)
事務局		川口市介護保険課	
事務局		川口市長寿支援課	

敬称略

【参考・引用文献】

- 1 総合事業・介護予防ケアマネジメント研究会編（2016）『入門介護予防ケアマネジメント新しい総合事業対応版』結城康博・服部真治監修，ぎょうせい
- 2 松戸市総合事業における介護予防ケアマネジメント検討会（2015）『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（平成27年3月）』
- 3 千葉県松戸市（2016）『総合事業実施に伴う松戸市介護予防ケアマネジメントマニュアル（平成28年3月）』
- 4 介護予防マニュアル改定委員会（2012）『介護予防マニュアル改訂版』
- 5 厚生労働省老健局（2015）『全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成27年3月2日（月）・3日（火））』
- 6 第8期川口市高齢者福祉計画・介護保険事業計画
- 7 介護予防ケアマネジメント実務者研修資料