名護市 介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント マニュアル



令和3年5月版

目次

第一章 地域包括ケアシステム
. 地域包括ケアシステムについて·······
2. 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」・・・ 2
3. 地域づくり(自助・互助)の促進・・・・・・・・・・・・ 4
4. 地域づくりにおける地域包括支援センターの役割・・・・・・・ 4
第2章 介護予防·日常生活総合事業
I. 総合事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6~
2. 介護予防とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10~
第3章 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントについて
I. 介護予防ケアマネジメントの類型······ 15~
7 介護予防ケアフラジメントの基本的老ラ・・・・・・・・・ 16~

○用語の解説

このマニュアルで使用する用語の意味は、次のとおりです。

用語	意 味
① 総合事業	介護予防・日常生活支援総合事業の略。(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)
② 介護予防・生活支援ービス事業	訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービス、 介護予防ケアマネジメントなどの総合事業によるサービス
③ 一般介護予防事業	介護予防教室や住民運営の通いの場づくりなど、要支援者等を含めた高齢者の介護予防を推進する事業
④ 要支援者	要介護認定を経て、要支援1、2と認定された方
⑤ 事業対象者	介護予防・生活支援サービス事業対象者の略。 基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した方
⑥ 第 1 号訪問事業	旧介護予防訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービ スからなる訪問型サービス
⑦ 第1号通所事業	旧介護予防通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービ スからなる通所型サービス
⑧ 介護予防訪問介護 相当サービス事業	旧介護予防訪問介護に相当するサービス
⑨ 介護予防通所介護 相当サービス事業	旧介護予防通所介護に相当するサービス
⑩ 介護予防ケアマ ネジメント (第1号介 護予防支援事業)	要支援認定及び事業対象者の認定を受けた方に対して、自立支援 を目指し、心身の状況、置かれている環境・状況に応じて、総合 事業によるサービス等を適切に提供するためのケアマネジメント
⑪ 介護予防支援	要支援認定を受け、予防給付又は予防給付と総合事業によるサービス等を併用して利用する方に対して、サービス等を適切に提供するためのケアマネジメント

第1章 地域包括ケアシステム

I 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムは、「地域の住民が心身の状態が低下した場合でも、住み慣れた地域において生活を継続できるような仕組み」と定義されています。

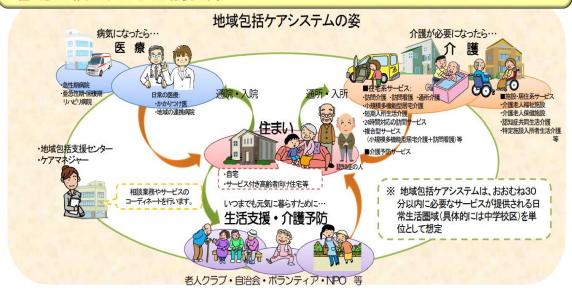
高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、介護だけでなく、住まいと自立的な生活を送るための生活支援サービスや、必要に応じて医療、看護、リハビリテーション、保健、福祉サービスなど多様なサービスが必要となります。

そのためにも、地域包括ケアシステムは、多様な資源が利用者からみて、 一体的に提供される体制を実現する地域の仕組みづくりです。

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する 町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



出典:平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

~なぜ地域包括ケアシステムが必要なのか~

団塊の世代のすべてが後期高齢者に達する2025年が注目されていますが、2025年以降も高齢者人口は増加し、介護需要も増加し続けます。

また、担い手となる生産年齢人口も減少し、2040年前後には、団塊世代 ジュニア世代が65歳に到達します。2025年は入口に過ぎず、介護需要 が増加する状況は、2040年頃を超えて長期間にわたり継続します。

2025年から2040年にかけては、団塊の世代が85歳以上に移行し、疾病や介護のリスクが高まり、死亡者数も増加し続けます。

高齢者が尊厳を持って生活を継続し、人生の最期を迎えるための看取りの体制を実践できる体制を整える必要があります。

2 地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」

支える側の人口の減少による担い手の減少と、高齢者の増加による需要の増加が進む2025年から2040年を念頭におけば、「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考える必要があります。

介護保険制度の導入以来、ともすると共助(介護保険)の活用に重点が 置かれ、その重要性の認識が低下していた自助・互助の役割を強化する 必要があります。

医療・介護・福祉にかかわる専門職の機能の対象は、専門職にしかできない業務への重点化が基本的な方向となっていきます。

- ○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的 サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。
- ○自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。
- 〇とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期 待できない。

自助:・介護保険・医療保険の自己負担部分

・自身や家族による対応

互助:・費用負担が制度的に保障されていないボラ

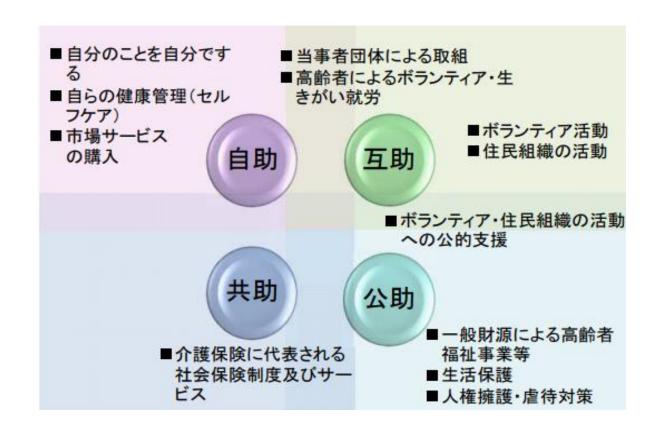
ンティアなどの支援、地域住民の取組み

共助:・介護保険・医療保険制度による給付

公助:・介護保険・医療保険の公費(税金)部分

・自治体等が提供するサービス





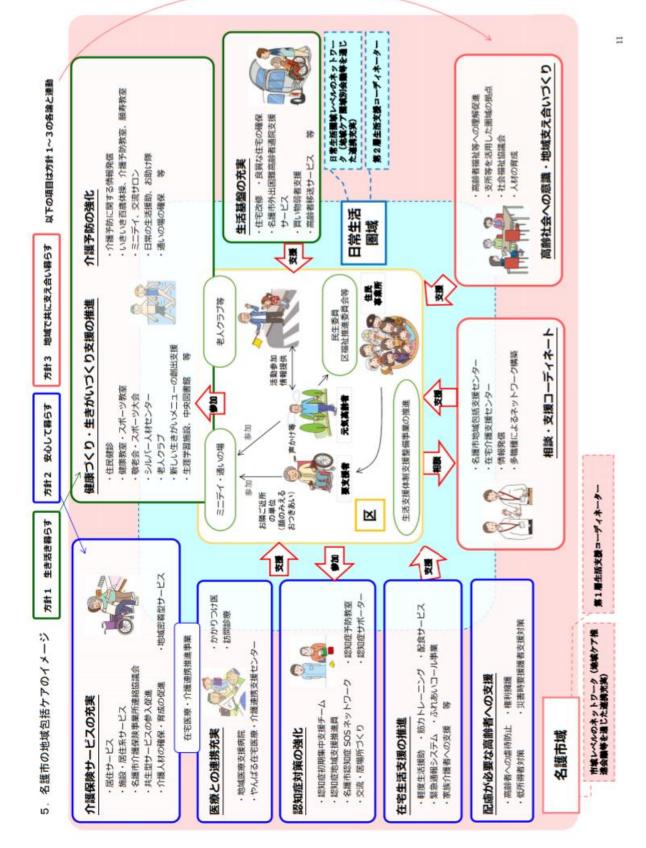
3 地域づくり(自助・互助)の促進

名護市内でも地域の特性が違います。そのため、地域づくりは生活圏域を基本に進めることが重要です。その為、地域づくりは、地域に根付いた地域型包括支援センターが中心的な役割を担います。

4 地域づくりにおける地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とされており、地域づくりの拠点として重要な役割をはたすことが期待されています。

また、地域包括支援センターは、指定介護予防支援事業者として介護予防ケアマネジメントを担う機関でもあり、ケアプランの中にインフォーマルサポートを組み込んでいくなど、今後の地域づくりにおいて、中核的な役割を担っています。



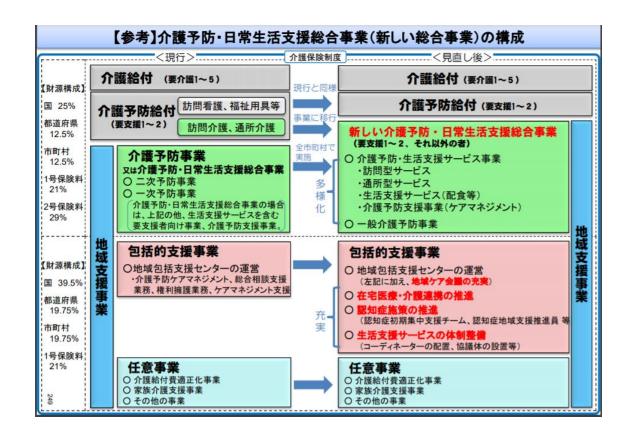
第2章 介護予防·日常生活支援総合事業

Ⅰ 総合事業とは

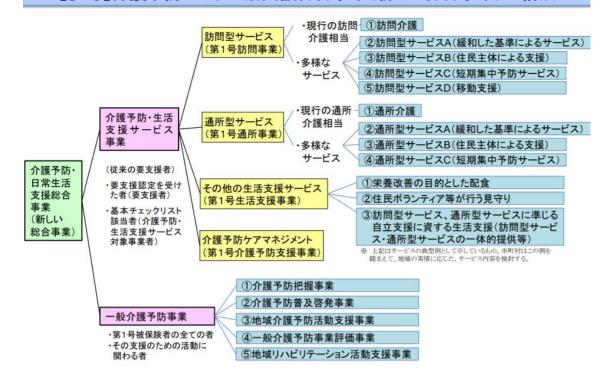
(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(案)より抜粋)

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目指すものです。

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。



※ 【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



■総合事業サービス利用申請について

サービスの利用は、あくまでも本人の自立のための利用であることを理解 し、申請の必要性について判断してください。

①介護保険未申請者 第1号被保険者 2 非該当者 (65歳以上) 第2号被保険者 (3) 認定更新者 (40歳~64歳の方) 要 ・介護保険サービス利用希望 支 援 ・総合事業のみのサービス利用希望 一般介護予防事業 ・利用希望サービス不明 利用希望者 要 介 相談受付票①の記入・・・記載例参照 護 明らかに要介護認定が必要であると想定できる場合 認 定 相談内容(利用希望サービス) 由 ⑦施設等に入居・入所 請 ②介護予防給付 認 少生活支援(掃除・買い物・調理等) 定 エリハビリや運動(通所リハビリ以外) 係 用外出の機会や交流の場 案 ・相談内容(記述) 内 相談受付票②の記入 対象者判定基準にて確認・・・記載例参照 ま た 要支援:要介護 は 非該当 認定申請希望 該当 代 家事援助希望 ※保険料係に連絡し、保 玾 険料の納付状況(給付制 申 限の有無)を確認する。 請 基本チェックリストの実施 軽度ヘルパーへ案内 ※介護保険被保険者証の 回収or保険者証がない場合 は再交付申請書をとる。 提出する書類 本庁へ書類を提出 受付票① 1~2週間で認定結果通知送付! 受付票② 基本チェックリスト 介護保険被保険者証 または 再交付申請書 該当 非該当 一般介護予防事業 契約

総合事業(事業対象者)窓口マニュアル

要介護・要支援認定者が更新を行う場合は、要介護・要支援認定更新のほか、要支援当面訪問型・通所型サービスのみの利用が考えられる場合には、基本チェックリストによる総合事業(事業対象者)利用申請が可能です。(基本チェックリスト実施はあくまでもスピーディなサービス利用につなげるためであり、更新申請を阻害するものではありません。) (注意点)

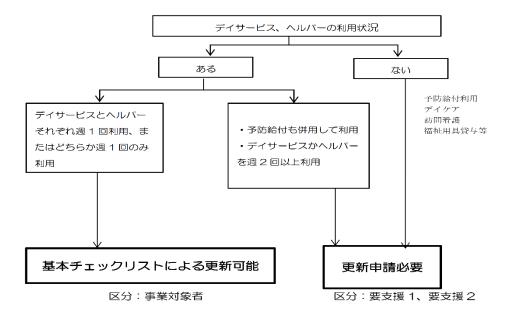
(注息点)

・要支援 I・2 の方で、訪問型サービス・通所型サービスのみの利用であっても、被保険者本人が認定申請を希望している場合は認定申請を行います。

要支援認定者の更新申請必要性判定チャート

平成 29 年 8 月(平成 29 年 9 月切れの方)から事業対象者相当のサービス量(デイサービス週 1 回、ヘルパー週 1 回)を利用している方については、認定更新か基本チェックリストによる更新かを**選択出来る**ようになっています。

※第1号被保険者のみ選択が可能です。第2号被保険者は更新申請となります。



事業対象者の更新について

名護市はチェックリストによる事業対象者の有効期間は2年間としています。事業対象者については、更新の案内通知はありませんので各担当で更新手続きを行ってください。更新手続きは、30日前から可能です。

※基本チェックリスト(更新用)の様式は本庁にあります。

2. 介護予防とは

- ■介護保険制度における介護予防とは、
- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(発生を予防する)こと
- ②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(維持・改善を図る)ことを指します。

すなわち、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を 行うことにより、要支援・要介護状態になることの予防やその重症化の予 防、改善を図るものです。またその結果、早い段階から高齢者ができる限 り自立した生活を送れるように支援することとなり、「自立支援」を旨とする 介護保険の基本理念をより徹底するものです。

どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に 図る事が重要



その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援する。

すなわち「自立支援」(=介護保険の基本理念)

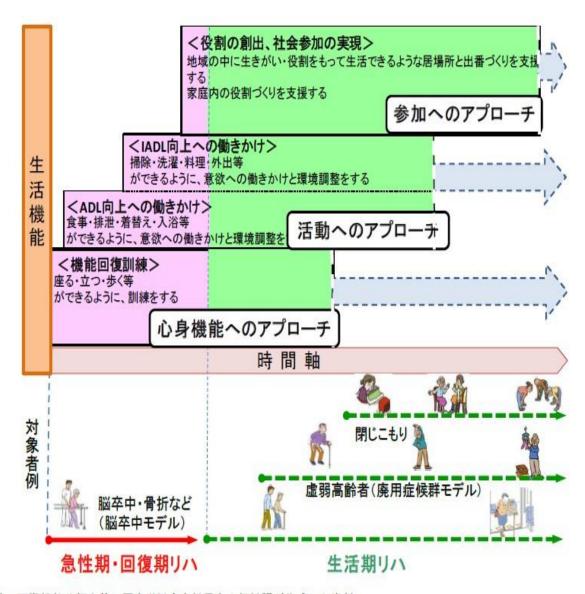
- ■介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能 改善だけをめざすものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整など を通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立 した日常生活を営むことができるよう、支援することを目的として行われる ものです。そしてそれによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための 取り組みを総合的に支援し、生活の質(QOL)の向上をもめざすものです。 その意味で運動機能の向上等の個々のサービスはあくまでも目標達成の ための手段に過ぎません。
- ■これまでの介護予防関連事業では手段と目的が逆転してしまいがちで、訓練すること自体が目的になるという事態が生じていると言われていました。したがって、個々のサービスが、あくまでも自己目的化しないように留意する必要があります。そのためには、できる限り要介護状態にならず、利用者の自立を支援し、生活の質(QOL)の向上に資するものであることを常に意識して取組むことが重要です。
- ■介護予防では、何よりも利用者の主体的な取り組みがなければ、十分な効果は期待できません。このため、介護予防に関係する者は利用者の意欲が高まるようコミュニケーションのとり方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うことが必要です。
- ■利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出す場合があります。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスを提供しないように配慮することも大切です。

- ■介護予防の効果を発揮するためには、単に個人に対する支援にとどまらず、地域包括支援センター、保健医療福祉関係機関、民間の諸団体などが協働できる社会環境の整備も重要です。すなわち、地域において介護予防に資する自主的な活動を広め、介護予防に向けた取り組みが積極的に実施される地域社会の構築をめざし、地域社会全体で生活環境等の整備や、地域ケア体制づくりなどに取り組むことが重要です。
- ■元気な高齢者であっても、加齢、疾病や環境の変化、精神的要因等をきっかけとして生活機能の低下が起こる可能性があります。このため、高齢者の生活機能の低下の程度に応じて予防を行う必要があります。

また、どの状態でも、生活機能の維持・向上の取り組みにより、生活機能の低下を防止することが期待されます。

とりわけ、生活機能の低下が軽度な時期はもちろん、生活機能の低下が 疑われる時期からの早期発見・早期対応を効果的に行うことが、生涯に わたって生活の質(QOL)を維持する上で重要です。

★ 高齢者リハビリテーションのイメージ図



出典:国際機能分類を基に厚生労働省老健局老人保健課が作成した資料

生活機能とは

- ① 体・精神の働き、体の部分である「心身機能」
- ② ADL(日常生活動作)・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」
- ③ 家庭や社会での役割を果たすことである「参加」のすべてを含む包括概念である

<高齢者の生活機能低下のきっかけ(例)>

生活機能が徐々に	身体的特性	感覚器の低下(目や耳の感覚が鈍ってきたなど)、脱水傾向、尿失禁、記憶力の低下
低下するきっかけ	廃用性の身体 機能の低下	しばらく出歩かなかったら足が弱った、車ばかり 乗っていたら足が弱った、義歯があわないまま放 置していたら軟らかいものしか食べられなくなっ た
	閉じこもり	外出しない、しようとしない
	意欲·気力	冬場に動くのがおっくう(季節による変化)、いつも人に頼っている、頼ろうとする、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない、やる気がおこらない、何もしたくない
	不安・抑うつ	気がかり、ふさぎ込み、以前ほど嬉しい・悲しいな ど思わなくなった、ストレスを発散できない
	刺激	腹の底から笑う機会がない(刺激の不足)、やることがない、楽しみがない、やりたいことが見当たらない
	孤独	寂しいと感じる、一人でいる時間が長い
	体調	食事がおいしくない、熟睡できない日が続いて いる、何となく体がだるい日が続いている
生活機能 が急に低	事件	身近な人(家族など)との死別、ペットの死、地震や台風などの災害
下するき っかけ	転居	周囲からの孤立·不安·孤独感·焦燥感·言葉の 壁(方言等)
	疾病	風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の 麻痺、入院・手術
	事故	転倒による打撲・骨折、階段からの転落

第3章 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントについて

1. 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(第1号介護予防支援事業) 「総合事業サービスのみ」を利用する、「要支援者及び事業対象者」 向けのケアマネジメント

※介護予防支援

「予防給付サービスのみ」または「予防給付サービスと総合事業サービスを組みわせて」利用する、要支援者向けケアマネジメント

名護市介護予防ケアマネジメント類型(R3.4現在)

		認定期間	プラン期間		
	事業対象者	2年	1年		爰・介護予防ケアマネジメント共に
	要支援1・2	1年~3年	1年		です。(マネジメントCは2年)
サービス種別	ケアマネ			ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
	(原則的な介護予問	方ケアマネ	ジメント)	(簡略化した介護予防ケアマネジメント)	(初回のみの介護予防ケアマネジメント)
※プラン等様 式については ケアマネA・ B・Cは共通の	〇居宅訪問によるア・ 〇ケアプランの作成 (包括によるプランチ・ 〇サービス担当者会 〇利用者への説確定・ 〇年月モニタリング (3ヶ月毎に自宅書所訪 も可能) 〇評価 プラン見直し時/プラン	ェック) 議 同意 · 交付 。それ以外 。 でのモニ	ニタリング	○居宅訪問によるアセスメント ○ケアプランの作成 (包括によるプランチェック) ○サービス担当者会議 (初回時:必ず/更新時:必要に応じ) ○利用者への説明・同意 ○ケアプランの確定・交付 ※ケアプランは毎回必ずシルバー人材センターへ提出下さい。 ○モニタリング適宜 (6ヶ月に1回以上。またはサービス終了時のいずれか期間の短い時期に利用者宅への訪問は必須) ○評価 プラン見直し時/プラン期間終了時	○居宅訪問によるアセスメント <u>(初回のみ)</u> ○ケアマネジメント結果 _(簡略化したプラン作成) ○利用者への説明・同意 <u>※ケアプランは必ずシルバー人材センターへ提出下さい。</u> ○提供者への説明・送付 ○ <u>モニタリング等は行わない</u>
対象となる ケースとサー ビス提供の考 え方	要支援者及び事業対 ・ <u>介護予防現行相当・</u> もの ・ <u>訪問型サービスAと</u>	<u>サービスを</u>	利用する	要支援者及び事業対象者のうち、 ・ <u>訪問型サービスAのみを利用するもの</u> (家事お助け隊)	要支援者及び事業対象者のうち、 ・ <mark>通所型サービスBのみを利用</mark> するもの (サロン)
単価等(案) R3.4~	基本報酬: 4, 380円 (委託料 4 初回加算: 3, 000円 委託連携加算: 3, 00	., 180円) I		基本報酬:3,000円 (委託料 2,800円) (担当者会議・モニタリングの実施がある月も一律の金額) 初回加算:3,000円	基本報酬:4,300円 初回加算:3,000円
利用者負担				無	
事業所への 支払い方法	国保連か	ら支払い		名護市から正	直接支払い
請求の条件			実際にサ	ービスの利用があったケアマネジメント費のみ	請求可能
留意事項				の対象者は、原則包括支援センターが担 呂宅介護支援事業所への委託が可能。	原則包括支援センターが担当

※単価の委託料とは、居宅介護支援事業所へ委託する際の料金のことです。 居宅介護支援事業所への委託料は委託包括が支払います。

2. 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

老振発0605 第1号 平成27 年6 月5日 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では、「介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化を出来る限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持し、高齢者 | 人 | 人が自分の健康 増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスすると ともに、介護予防、健康の維持・増進にむけた取り組みを行うことが重要と なる。

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

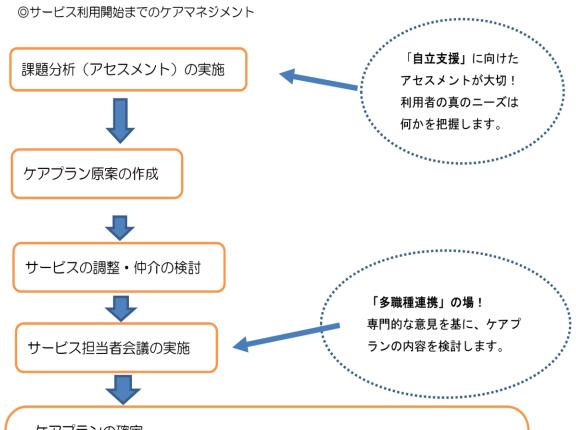
このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。」と定められています。

(参考)介護予防支援等の提供にあたっての留意点

- I 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏ま えた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに 目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者 のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう)と 連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとすること。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

厚労令37「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」より

《介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの手順のポイント》



ケアプランの確定

- ◆ケアプラン原案の内容を、利用者またはその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。
- ◆ケアプランを利用者・サービス担当者へ交付します。
- ◆サービス担当者から個別サービス計画書の提供を受けます。



ケアプランに基づくサービスの実施





モニタリング (給付管理)・評価

ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します。

《ケアマネジメント業務のポイント》

▶ 課題分析(アセスメント)

何のために

利用者が抱える課題を明らかにして、具体的な生活の目標を設定するためにアセスメントを行います。

そのためには、情報を収集・整理して、利用者のおかれている状況を多角的に分析することが求められます。

その分析結果をもとにして、改めて利用者とともに課題や目標を共有化しましょう。

こんなことをします

○利用者の自宅に訪問して、本人と面接による聴き取り等を行い、情報把 握、整理分析をします。

より本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聴き取りながら、「~できない」という課題から、「~したい」「~できるようになる」というような目標に変換していきます。利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から、本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めます。

- ○総合的な情報収集
- ○情報の整理
- ○情報の関連性の検討・分析
- ○課題の把握と整理
- ○目標の検討

ここがポイント!!

- ○アセスメントは利用者と課題分析者との協働作業です。利用者宅を訪問して、利用者及び家族へ面接して解決すべき課題の把握をしましょう。
- ○それぞれの課題について「その課題が誰の課題か」「解決する力は (誰に)どの程度あるか」を検討してみましょう。現在の状況に至った経 過や、今までの生活歴にも注目しましょう。
- ○目の前の状況だけではなく、利用者の将来について、予後予測のイメージを図りましょう。

コラム ~サービス卒業に向けた視点~

サービス利用を続けることが、目的にならないように

地域の力を借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけましょう。

利用者基本情報

本人の居住環境・経済状況・家族構成・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)・I 日の生活、すごし方・趣味、楽しみ、特技・友人・地域との関係現病歴、既往歴と経過、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)など



基本チェックリスト



アセスメント令	頂域と現在の状況
運動·移動	室内外の歩行状況。転倒歴や転倒不安。ふらつきの有無
	や移動先(距離)。交通機関を利用しての移動状況等。
日常生活	身の周りのことや家事全般をどうしているかについて、事
(家庭生	実を記載。預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況
活)	等。
社会参加・	近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味
対人関係・	等に関することについて事実を記載。
コミュニケー	
ション	
健康管理	健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無や清
	潔保持についての状況を記載。

基本チェックリストの取り扱いについて

- ①対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。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 者が行って下さい。
- 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下さい。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解 釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
 ~!	5までの質問項目は日常生活関連	動作について尋ねています。
I	バスや電車で I 人で外出してい ますか	家族等の付き添いなしで、I 人でバスや 電車を利用して外出しているかどうかを 尋ねています。バスや電車のないところで は、それに準じた公共交通機関に置き換 えて回答して下さい。なお、I 人で自家用 車を運転して外出している場合も含まれ ます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか (例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。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	す 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。電話による交流は含みません。また、家族や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	ま 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~	IOまでの質問項目は運動器の樹	幾能について尋ねています。
6	階段を手すりや壁をつたわら ずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわら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 年間に転んだことがありますか	この 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	現在、転倒に対する不安が大きいかどうか
	すか	を、本人の主観に基づき回答して下さい。
117	~12までの質問項目は低栄養物	犬態かどうかについて尋ねています。
11	6ヵ月で2~3Kg 以上の体重	6ヵ月間で2~3Kg 以上の体重減少があっ
	減少がありましたか	たかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かか
		って減少している場合は「いいえ」となりま
		す。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重
		は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値
		を記載して差し支えありません。
13-	~15までの質問項目は口腔機能	とについて尋ねています。
13	半年前に比べて固いものが食	半年前に比べて固いものが食べにくくなっ
	べにくくなりましたか	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	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあ
	ありますか	るかどうかを、本人の主観に基づき回答し
		て下さい。
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下さい。
16	~17まで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	週によって外出頻度が異なる場合は、過去
	か	lヵ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数
	っていますか	が減少傾向にある場合は「はい」となりま
		す。
18-		 こついて尋ねています。

18	周りの人から「いつも同じ事を	
	聞く」などの物忘れがあると言	人から指摘されることがない場合は「いい
	われますか	え」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、
	話をかけることをしていますか	電話をかけているかどうかを尋ねています。
		誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場
		合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけ
		する場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない	今日が何月何日かわからない時があるか
	時がありますか	どうかを、本人の主観に基づき回答して下
		さい。月と日の一方しか分からない場合に
		は「はい」となります。
21^	~25 までに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	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき
	実感がない	回答して下さい。
22	(ここ2週間)これまで楽しんで	
	やれていたことが楽しめなくな	
	った	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来	
	ていたことが今ではおっくうに	
	感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ	
	人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れた	
	ような感じがする	

▶ ケアプラン原案の作成

何のために

アセスメントによって把握された課題や設定した目標を達成するためには、具体的な方法を検討する必要があります。様々な課題を日常生活の中でどのように解決していくことができるかを総合的かつ具体的に検討し、ケアプラン原案を作成します。原案として書面にまとめて提示することで、利用者及び事業者がより具体的にケアプランの検討を行うことが可能になります。

こんなことをします

- ○具体的サービスの抽出・選定
- ○利用者負担額の検討
- ○サービス提供事業者との調整
- ○利用者及び関係者へのケアプラン原案の提示

ここがポイント!!

- ○アセスメントの結果、ケアマネジャーとして把握した課題や利用者の意向に基づき、課題解決及び目標達成に向けて適切なサービスの組み合わせについて検討しましょう。さらに、さまざまなサービス・インフォーマルサービスを取り入れた総合的な援助方針を立てましょう。
- ○利用者負担額について説明し、利用者・家族の意向を確認しておきましょう。
- ○利用者ができないことを補う形でのサービス提供が、かえって利用者の 生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合 があります。利用者本人が「できること」について利用者とともにこれを

発見し向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高める ことを目指した支援を行うことが必要です。

○ケアプラン作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活(生活の目標)のイメージを共有し、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」(目標)の解決を図ることが大切であること、③目標が達成された後は、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要です。作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければなりません。

コラム~家族・本人とのコミュニケーションの取り方のポイント~

- ①出来ていないことばかりに目を向けず、自分で出来ること、出来そうなこと(潜在能力)を探す。
- ②目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。(興味・関心シートの活用)
- ③家族や友人、仲間との人間関係の中で動機付けが促されたり、取り組みが継続されることを活用する。(環境づくり)



目標作成する時の7つのポイント

- 1. 個性を持たせる 2. 具体的に 3. 本人が主語の表現
- 4. 数値化する 5. 親しめる表現 6. ポジティブな表現
- 7. 合意形成

《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	健康:毎年健診に行く、体にいい
清潔・整容、排せつの自立	と思う食事や運動を日々続ける、 自分で服薬管理する
TPOに応じた更衣	日常生活:起床から就寝まで規則
服薬管理、健康に留意した食事・運動	正しい生活リズムで過ごす、TPO
など	に応じた身支度をする
家庭生活	家事:炊事・掃除・洗濯などを自
日常の買物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	分でする 用事:買物や銀行の用事を自分 ですます
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 好な関係保持など	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な ど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) 生活) 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動などの人の役に立つ活動、預貯金出し入れ	仕事:店番や畑仕事などの自営 業の手伝いを続ける 活動:地域の奉仕活動に参加 経済活動:預貯金の出し入れや 管理
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 紙やメールのやりとりを続ける
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 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・お祭りへの参加など	交流・参加:自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ:趣味の会に参加する、週に 回外出する、趣味を持つ

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

サービス担当者会議

何のために

ケアプランの原案を作成したら、サービス担当者会議を行います。これらを行うことで、ケアマネジャー I 人の手によって作成されたケアプラン原案は、利用者やその家族をはじめ関係機関との情報交換や多角的な検討がなされ、より良いものになっていきます。

チームケアを実践するためには、お互いのコミュニケーションをとることが とても大切です。目標を共有し、それぞれの役割分担を確認することで、 効果的な介護予防ケアマネジメントの実践が可能となります。

こんなことをします

- ○情報交換
- ○課題の共有化
- ○援助目標の共有化
- ○ケアプランの妥当性の検討
- ○サービス内容及び提供量の調整
- ○役割分担の明確化
- ○チーム形成・連携

ここがポイント!!

- ○担当者及び利用者やその家族等の間で、「どのようなサービスを」「誰が」「何のために」「どの程度」「いつまで行うのか」を明らかにしていきます。
- ○できる限り多くの人が出席できるような日程調整や場所の選定を心がけましょう。

○結論(利用サービスの時間帯や量等)を支援経過記録にきちんと記載 しましょう。

コラム ~サービス担当者会議の開催時期と内容~

1) ケアプラン作成時

- ①利用者の生活状況とケアプランの内容
- ②サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

2) 臨時的開催

提供されているサービスがケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、サービス や事業の利用中断がある場合に臨時的に開催します。

また、利用者の状態等に変化があり、ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

- ①サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ②新たなケアプラン作成のためのアセスメント
- ③新たなケアプランの作成

モニタリング・評価

何のために

ケアマネジャーの業務はケアプランを作って終わりではありません。サービス利用開始にともなって、利用者はさまざまな変化をみせているはずです。「ケアプランどおりにサービスが提供されているか」「目標の達成状況はどうか」「新たな課題が生じていないか」等をチェックして、場合によってはケアプランの変更も検討します。『ケアプランは常に変化するものであり、完璧なプランは存在しない』のです。そのためには、利用者の心身状況だけでなく、家族や自宅周辺の生活環境の把握や、サービス事業者などとの情報交換も重要となります。

こんなことをします

- ○居宅を訪問して利用者・家族に面接
- ○サービス提供事業者からの情報収集
- ○心身の状態や生活の変化の把握
- ○ケアプランの評価・見直し

ここがポイント!!

- ○サービスを利用することで、利用者の心身状態や生活は必ずどこかが変化しています。どこがどのように変化したでしょうか。新たな課題が出てきていないでしょうか、訪問して確認しましょう。
- ○モニタリングを行う際は、訪問をして、本人の様子だけでなく、住環境や 自宅周辺の様子の変化にも注意しましょう。

○ケアプランに組み込まれたサービスが的確に提供されているか、サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているかを、サービス利用票の記録や事業者からの報告の他に、利用者や家族との面談などで把握しましょう。また、状況に応じて、サービスが提供されている場面を訪問しましょう。



- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供が なされているか
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか

★医療系サービスの活用について

介護度が増すにつれ、何らかの疾患がある方が多くなります。そのため、ケアプラン等に医療系サービスを適切に位置付け、利用者の自立支援に繋げていくことが重要です。

医療系サービスとは?

- ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション
- ·居宅療養管理指導 ·短期入所療養介

主治医の指示が必要!!

ケアプランに位置づけができる医療系サービスは、主治医が必要と認めたものに限られます。ケアマネジャーは、利用者の同意を得て、あらかじめ主治医または、歯科医師の指示・意見を求める必要があります。

- 【確認】 意見を求める先は、主治医であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者の医師ではありません。
- 【記録】主治医の指示は、文書のほか、電話や訪問等でもやり取りは行 えますが、主治医とのやり取りをした内容については、ケアプラン を立案するにあたっての検討・判断になるため、必要な情報を支 援記録に記録しておきましょう。
- (例)確認した日時 主治医 指示を受けた内容(必要性や留意事項など

【担当者会議開催上の留意点】

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ります。目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえでケアプランを作成することが大切です。意見の確認方法として、受診時や休診時間に主治医の医療機関内で、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

《業務の流れ》

直営 委託包括	居宅介護	宅介護支援事業所	直営·委託包括	居宅介護	居宅介護支援事業所
委託先居宅介護支援事業者との契約	各包括支援センターとの表記書数の初か			Mitty and the second	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
利用者申込受付・契約	大記米幼の大船			モニタリンクの補抗 〇少なくともサービスの提供	○ 事業 所へ 提供 票を 交付・ モニタリング
〇介護保険被保険者証の確認				を開始する月の翌月から起 算して3月に1回及びサービ	【利用者宅訪問・事業所訪問や電話
○契約書及び重要事項説明書の 当品 日本 エは				スの評価期間が終了する月半なに一到田舎のはコに差し	「ころ状治確認】
说明:"问题"文化 〇個人体指在田园各里				い変化があったときは、利用	〇サーに人伝味事素もより表質及い 実体非道色辞詞
				者の居宅を訪問し、利用者に一届接する。ア	○利用者の心身の変化、目標に向け
委託先居宅介護支援事業者の	包括より新規依頼			○利用者の居宅を訪問しな	トの状況確認
紹介·確認	〇介護予防サービス計画書作成・			い月においては、可能な限り、	〇支援計画書の記載
〇情報の提供	介護予防ケアマネジメント体類		を	指定介護予防通所リハビリ	給付管理業務・委託費の請求
	いた。		実績報告	ナーンヨン事業所を訪問する 第の方法により利用者に面	〇毎月5日までに、本庁へ前月の
	〇要介護認定等情報外部提供		本庁に取りに行く(委託包括)	接するよう努めるとともに、	利用実績、委託費の請求書と報告
	神聖田田		〇実績の確認	当該面接ができない場合に	書を作成し提出
			〇請求書の確認	あっては、電話等により利用 老との油級を事故ポスニと	※提出期限は前後する場合有
	アセスメント		国保連へ請求及び委託費の	自じの 生福 8 天 旭 チョー 5 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	
	【利用者宅初回訪問·面接】		支払い	リングの結果を記録すること。	計
	○利用者基本情報の作成		毎月10日までに国保連へ請求	计二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	〇利用者の目標達成状況の評価
	○		42:OISご目来は、ES、 今開み店ケレンジャンB CT	名護市指定介護予防支援等の事業の「言むが適合すが	フェニュシュ 茶がなががら 国
	〇年本ノエンインペードル		二段 アジン・イイン LD、Cist 木く 華北	の事来の人具及の連宮业のに指定か護予防支援等に係	ファートく客で半米血が、こうには、 6 古赤
	人说即画原来作成		17、86 代 日本 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18 18	る介護予防のための効果的	この多名の共産の任命
	「日利田者及び家権ノアキ」に 支援計		位も1 昭久18中米171、安郎良い 古林	な支援の方法に関する基準	0 7 家の人はなの人た
			į		
					更新申請
委託居宅支援事業者より提出 された 店家の 辞数 到田 考への	包括支援センターへ原案等を 提出				〇更新申請の代行及び支援
白立に向けたコメントの記載	八利田芝其本桂粉の担田		1997年朱光虹十九日六米		今年士福からか一へ百多年大
〇利田米其木桂鉛の邸助			会計店宅文援事業者より提出 メカナ 原案の確認、対田者への		ì
() は、大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	つまボ・コン・ン・ボコー つまばき 画事の 国家の 提出		自立に向けたコメントの記載		
の第十、コンノンンの大学の事件を開発を開発を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を表現を			〇利田老其本情報受取		ライエングノニング ション・コング 七字 一七字 一十二字 かんかん はんかん はんしん しんかん しんかん しんかん しんかん しんかん
			() は、エコ・ニュー・ニュー・ニュー・ニュー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー・コー		一个三十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二
	サーデス哲当老令藩開体		の部件・エイイスに入場の事件の日本の国家の関連を関係して、日本の日本の国家の関係に対して、日本の国家の関係に対して、日本の国家の関係に対して、日本の国家の関係に対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係を対して、日本の国家の関係の関係を対して、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の国家の関係を対して、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の国なりのでは、日本の関係のでは、日本のののでは、日本ののでは、日本のののでは、日本のののでは、日本ののののでは、日本のののでは、日本のののののでは、日本のののののののののののののののののののののののののののののののののののの		
シートく行当台 大戦への 然上	○古經計而事の日輝を井涌「初端	〇古蛭計画書厂同音》 異名,按印	の人気に打正で多れている。		〇年坪平田東〇百亥作成, は日
	〇人後三国中シロドの大角に号号 〇十一プレゼ俗を75七二レイレ	(人) 公人)	50000000000000000000000000000000000000		〇人派司国自己派来下次 法国〇件大战时间的第三人称为法国中间部任用自己
OSV におり上げた 取入 IX トリロス ロメロッサ 人能 の上 は ナゴナイン	- ファ 「Crut文のドゲノノン、 - 作杯を十済を特置	人名马尔 化苯乙基甲甲基苯二苯甲甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基甲基			
貝が担当有玄磯の又抜を17つ	≫ 账 い 又 抜 で 唯 応 ○ 必 要 に 応 じ 手 書 き 修 正 可 能	O付用も、多族へ利用売をXで Oサービス提供事業所へ支援計画書	ケ護 す 防 女 接・ 介護 す 防 ケ ア マ ネ ジメントの プラン 見 直 し、		介護 予防 支援・介護 予防ケアマネン メントのプラン 見直し、
		を交付	プラン期間終了時		プラン期間終了時
提出書類の受取	包括へ書類を提出		下記資料の受取		下記資料を包括支援センターへ返却
〇支援計画書の写し	〇支援計画書の写し		·利用者基本情報		·利用者基本情報
			・基本チェックリスト		・基本チェックリスト
			・支援計画書原本		・支援計画書原本
			·評価票		- 評価票

《関連様式の紹介》

●利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者:

を を 意見の 利用者	相談日	年 月	日()	来 所・電	話)	初 回 再来(前 /)
を参考に、現在の状医意見書の3(1)ぞれのランクについ知症高齢者の日常に知言をある(1)を参考に、現在の状況にはいいます。	本人の現況	在宅・入院又信	は入所中()
状態に該当り 大態に該当り では、悪くないで、悪くないで、悪くないで、悪くないのでは、悪くないのでは、これでは、または、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これで	フリカ゚ナ 本人氏名		男・女	M - T - S	年 月	日生 () 歳
を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付ける。 医意見番の3(1)の「日常生活の自立度等について」 を活見番の3(1)の「日常生活の自立度等について」 別年高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれ 利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認	住 所				el	()
を付けた一番準につた	日常生活	障害高齢者の	日常生活自立度	自立・J1・c	J 2 · A 1 · A 2	2 · B 1 · B 2 · C 1 · 2
る。とおれる	自立度	認知症高齢者の	日常生活自立度	自立・I・I	а • II b • III а	a · III b · IV · M
「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。「事業対象者の該当有り」または基本チェックリストの記人について、「事業対象者の該当有り」またはを記載する。 利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要	認定・ 総合事業 情報	有効期限: 年	■ 月 日〜 : リスト記入結果		前回の介護度	・要介 5) 対象者の該当なし
当な.	障害等認定	身障()、	療育 ()、 	精神 ()、難	病()	
このいずい記入についず	本人の 住居環境	自宅・借家・一	-戸建て・集合(主宅・自室の有無	無()階、住	宅改修の有無
れかを○でいて、「事業」	経済状況	国民年金・厚生	年金・障害年金	金・生活保護・・	e e	7
囲み、記入口対象者の該と有効期間に	来 所 者 (相談者)			家	家族構成	 ◎=木人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」
)で囲み、記入日を記載する。 器定有効期間と前回の介護度 認定有効期間と前回の介護度	住 所連 絡 先		続柄	換機	1	(同居家族は〇で囲む)
		氏名 紛	柄 住所	• 連絡先		
10	緊急連絡先				•	
					家族関係等6	の状況

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。 連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用 者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利 用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働 いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場 等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。 当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域(〇〇県、△△市など)も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は〇で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。

《介護予防に関する事項》

要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印を付ける。中に○印を付ける。その他の状況の場合には「その他」に○印をつける。また、中に○印を付ける。その他の状況の場合には「その他」に○印をつける。また、中に○印を付ける。その他の状況について新しいものから順に記載する。と、活動策の状況について新しいものから順に記載する。主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事

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

特技も聞き取り記載する。取り組んでいた趣味や楽しみ、現在の趣味だけではなく、以前

法、内容を記載する。

印

《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	
					Tel	治療中	
年	月	日				経観中	
						その他	
					Tel	治療中	-
年	月	日				経観中	
						その他	
					Tel ,	治療中	
年	月	日				経観中	
						その他	
					Tel	治療中	
年	月	日				経観中	
						その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス		

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基 本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結 果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業 者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本 事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

> 月 日 氏名 平成 年

> > 37

●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)

当該介護予防サービス計画等作成者 (包括センター担当者名)の氏名を記 載する。なお、介護予防支援業務ま たは介護予防ケアマネジメントを委 所する場合には、委託を受けた指定 居宅介護支援事業所の担当介護支援 専門員名もあわせて記載する。 訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合 その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。 サービス事業所から続告書等が選出された場合は、ここに添付する。 経過記録では、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防 サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。 内物 計画作成者氏 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) Ш 皿 年 だけでなく、介護予防サービス計画等作成者が専門的に観察したことや判断したこと、 況や課題の変化に留意し、介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合や、 モニタリングの記載をする場合には、単にサービスが継続していることだけの確認 今後の支援の方針や目標の達成状況なども確認し客観的に記載する。生活機能の状 介護予防サービス計画等に反映していない特記事項(家族との関係、本人が知らない 病名など)についても記録を残すことも重要である。 内容 〈重重〉 利用者氏名 年月日

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、 サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に 行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。 2 ×

●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

評価目		今後の方針	目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まって、専門的な観点を踏まえて記載する。		 ○ 介護給付 ○ 予防給付 ○ 小護予防・生活支援サービス事業 ○ 一般介護予防事業 ○ 終了 	
サービス評価表 <u>評</u> 計画作成者氏名	ár	田藤瀬成状光 ない原因から、 ついて、専門的 えて記載する。		□ ブラン継続 □ プラン変更 □ 終了 ※ W W W W W W W W W W W W W W W W W W W		
_	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	何故、目標が達成されなかったのが、利用者・家族かったのが、利用者・家族の意見を含め、計画作成者として評価を記載する。			は象者の状況や事業 (もちれた、維持悪化 (もちれた、維持悪化 を委託する場合、計 でない場合は、詳細 ンターと委託を受け 支援専門員の方針の 方針で該当するもの	
アマネジメント(第1号介護予防支援事業)		目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	何故、目標が達成されなかったのか、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。			介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又付付護予防ケアマネジメントを整託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細に記いて意見交換を行い、包括センターと委託を受けて指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一表に思う必要がある。
防ケアマネジ 	殿	目標 達成/未達成	日標を達成した 場合には〇町、 未達成の場合に は×町を付ける。			人 [LL 4]
介護予防支援・介護予防ケ		目標達成状況				KP 恒 框
介護予防	ПЗ	評価期間	で 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大	な方針	4	利用者の生活全体に対する 今後の支援の終合的な方向 今後の支援の、 本目的な観点 位について、専門的な観点 から方針を記載する。
	利用者名	甲	一	総合的な方針		一