

令和4年3月改訂

山武市

介護予防ケアマネジメントマニュアル



山武市マスコットキャラクター
SUN△シくん

Vol. 2

発行元：山武市地域包括支援センター

目 次

●山武市のケアマネジメントに関する基本方針	1
-----------------------	---

第1章 介護予防事業・日常生活支援総合事業

1. 介護予防事業・日常生活支援総合事業（日常生活支援サービス）	3
2. 山武市の総合事業について	3
3. 山武市が実施する介護予防・生活支援サービス事業	4
4. 要支援者と事業対象者の違い	5
5. 現行相当サービスと基準緩和型サービスとの併用	6
6. 総合事業サービスの利用方法	7
7. 事業対象者の認定について	7

第2章 介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	8
2. 介護予防ケアマネジメントの基準及び単位	8
3. 介護予防ケアマネジメントにかかるシステム及び様式について	9
4. 介護予防ケアマネジメントの流れ	9
(1) 介護予防ケアマネジメントプロセス	9
(2) 介護予防ケアマネジメント手順及びチェック項目	10
5. 介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）の流れ	12
6. 介護予防サービス・支援計画表記入上の留意点	12
7. 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標例	21
8. 介護予防サービス・支援計画評価表の記入上の留意点	22
9. 一般介護予防事業の紹介	23

参考資料

1. 山武市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（一部抜粋）	24
2. 山武市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（一部抜粋）	27
3. 基本チェックリストの考え方	31



山武市のケアマネジメントに関する基本方針

1. 策定の趣旨

山武市では、介護保険の基本理念に基づき、ケアマネジメントとは高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質(QOL)の向上に資するものと定義し、ケアマネジメントのあり方を本市と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員(以下「ケアマネジャー等」という。)と共有するとともに、ケアマネジメントの質の向上させることで、よりよい介護保険制度の運営を図るため、次のとおり基本方針を定めます。

居宅介護(介護予防)支援事業所の皆様におかれましては、基本方針などに基づいた運営にご理解、ご協力をよろしくお願いします。

2. 居宅介護支援に関する基本方針について

本市では、「山武市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」(以下、「居宅介護支援基準条例」という。)の第4条、15条、16条に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

【居宅介護支援に関する基本方針】

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者の提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ④ 市、地域包括支援センター、老人介護センター、他の指定居宅介護(介護予防)支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者(障害者等)との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑦ その他、「居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例第16条を踏まえて行います。

※P24～ P27 参考

3. 介護予防支援に関する基本方針について

本市では、「山武市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等を定める条例」(以下、「介護予防支援基準条例」という。)の第2条、30条、31条に基づき、介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

【介護予防支援に関する基本方針】

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者の提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ④ 市、地域包括支援センター、老人介護センター、他の指定居宅介護（介護予防）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者等）、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者との連携に努めます。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します
- ⑦ 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑧ その他、「介護予防支援の具体的取扱方針」は、介護予防支援基準条例第31条を踏まえて行います。

※P27～ P30 参考

4. ケアマネジメントの質の向上の取り組み

ケアマネジメントの質の向上のため、本市及び介護支援専門員等は相互の協力のもと、以下の内容について取り組みます。

- 1) 介護支援専門員等は、自立支援の視点でケアマネジメントプロセスの再認識を行うとともに、ケアマネジメントに関する研修会等を通じて、自身の資質の向上に努めます。また、多職種との連携・協働への積極的な取り組みにより、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
- 2) 山武市は、ケアプラン点検、給付実績の活用、縦覧点検等の実施、介護支援専門員等に対する研修会の開催等あらゆる機会を通じて介護支援専門員等への支援を行うとともに、自立支援型地域ケア会議の開催により、介護支援専門員等と多職種の連携・協働体制を構築します。

第1章. 介護予防・日常生活支援総合事業

1. 介護予防・日常生活支援総合事業（日常生活支援サービス）

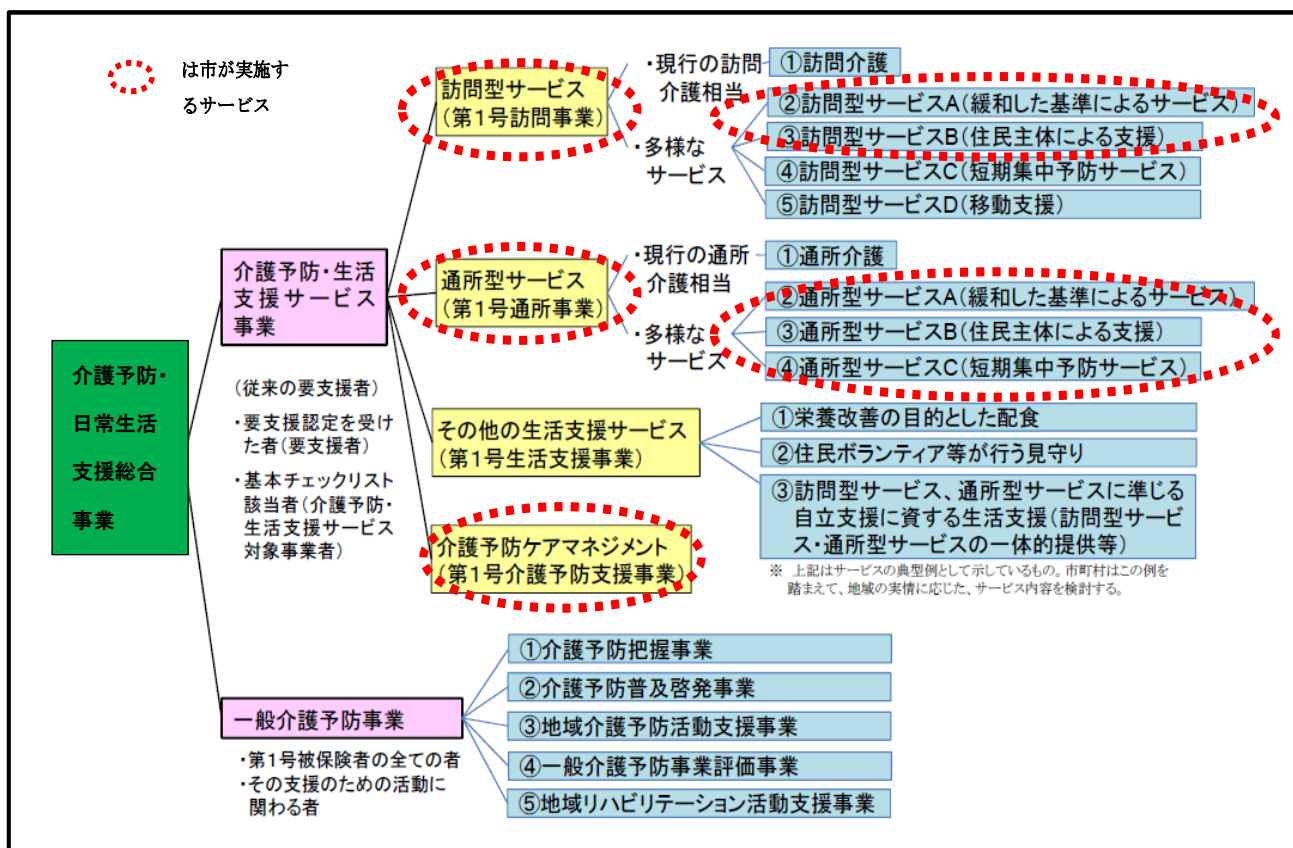
介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業として、要支援等の多様な生活支援のニーズに対応するため、従前の訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等を含め、多様なサービスを提供していきます。

実施にあたっては、既存の訪問型、通所型サービスを様々なニーズに対応できるよう、多様な担い手が連携しながら、地域の実情にあったサービスを提供します。

◆介護予防・日常生活支援総合事業の概要

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とで構成され、65歳以上の皆さまの介護予防と日常生活の自立支援を目的としています。

2. 山武市の総合事業について



3. 山武市が実施する介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型サービスの概要

類型	訪問型独自サービス	訪問型サービス A（基準緩和型）
対象者	要支援者及びチェックリストによる事業対象者	要支援者及びチェックリストによる事業対象者
内容	◆本人が行う家事の援助（掃除・洗濯・調理など） ◇動作の見守り・介助（入浴・整容） ※介護予防訪問介護と同様のサービス	◆本人が行う家事の援助 （掃除・洗濯・調理など）
利用者の 目安	・既にホームヘルプサービスを利用して、引き続き、専門的な支援が必要な方 ・身体介護が必要な方 ・退院直後で状態が変化しやすく、 <u>専門的なサービスが特に必要な方</u> など	お身体に触れる介助が必要ない方で、 ・生活援助が必要な方 ・専門的な資格や一定の知識を持ったヘルパーによる <u>専門的な支援が必要な方</u> など
提供時間	1回につき45分程度	1回につき45分程度
報酬	週1回程度 1,176 単位／月 週2回程度 2,349 単位／月 週2回超え 3,727 単位／月 （※週2回超え：要支援1は対象外） その他加算あり	週1回程度 1,013 単位／月 週2回程度 2,023 単位／月 週2回超え 3,210 単位／月 （※週2回超え：要支援1は対象外） その他加算あり

② 通所型サービスの概要

類型	通所型独自サービス	基準緩和型サービス	
		通所型サービス A	通所型サービス C（短期集中）
対象者	要支援者及びチェックリストによる事業対象者	要支援者及びチェックリストによる事業対象者	要支援者及びチェックリストによる事業対象者
内容	・健康管理 ・介護予防に資する体操 ・レクリエーション ほか	・健康管理 ・介護予防に資する体操 ・レクリエーション ほか	保健又は医療の専門職(※1)が行う機能訓練 運動機能向上に特化したサービス（体操や筋力トレーニングなど）
利用者の 目安	・既にデイサービスを利用して、引き続き、専門的な支援が必要な方 ・生活機能が <u>特に低下している方</u> 等	・生活機能が低下していて、 <u>継続的に専門的な支援が必要な方</u> 等	・生活機能が低下していて、社会参加に向けて取り組みができる方 ・運動器機能の向上が必要な方等
提供時間	半日型と1日型	1回につき90分以上	・1回につき90分以上 ・サービス提供期間は3～6か月
報酬	週1回の場合 1,672 単位／月 週2回の場合 3,428 単位／月 （※週2回超え：要支援1は対象外） その他加算あり	週1回の場合 1,400 単位／月 週2回の場合 2,871 単位／月 （※週2回超え：要支援1は対象外） その他加算あり	週1回程度 436 単位／回

③ 山武市通所型サービス（短期集中運動器機能向上プログラム）モデル事業 概要

類型	通所型サービス（短期集中運動器機能向上プログラム）モデル事業
対象者	・原則として、新規(※2)の要支援者及び事業対象者で、生活機能モニタリング測定会「わたしの健康プラス」(※3)で選定された方。 ・アセスメントにより必要と判断された場合、新規に限らない。(第1号被保険者)
内容	・保健又は医療の専門職(※1)が行う機能訓練及びセルフマネジメント支援
利用者の 目安	・生活機能モニタリング測定会「わたしの健康プラス」で転倒骨折ハイリスク者に選定された方。 ・生活行為に支障があり、短期間の集中支援により、生活行為の改善が見込まれる方。 ・生活機能向上の明確な意思があり、サービス終了後は社会参加に向けた取り組みが継続できる方。
提供時間	・サービス提供期間は1か月から6か月

※1) 保健又は医療の専門職の資格要件:保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士

※2) 新規:初めて介護保険サービスを利用する要支援1または要支援2の方や基本チェックリストにより事業対象者と認定された方。

※3) 生活機能モニタリング測定会「わたしの健康プラス」:通所型サービス(短期集中運動器機能向上プログラム)モデル事業の対象者選定及び個人評価実施。

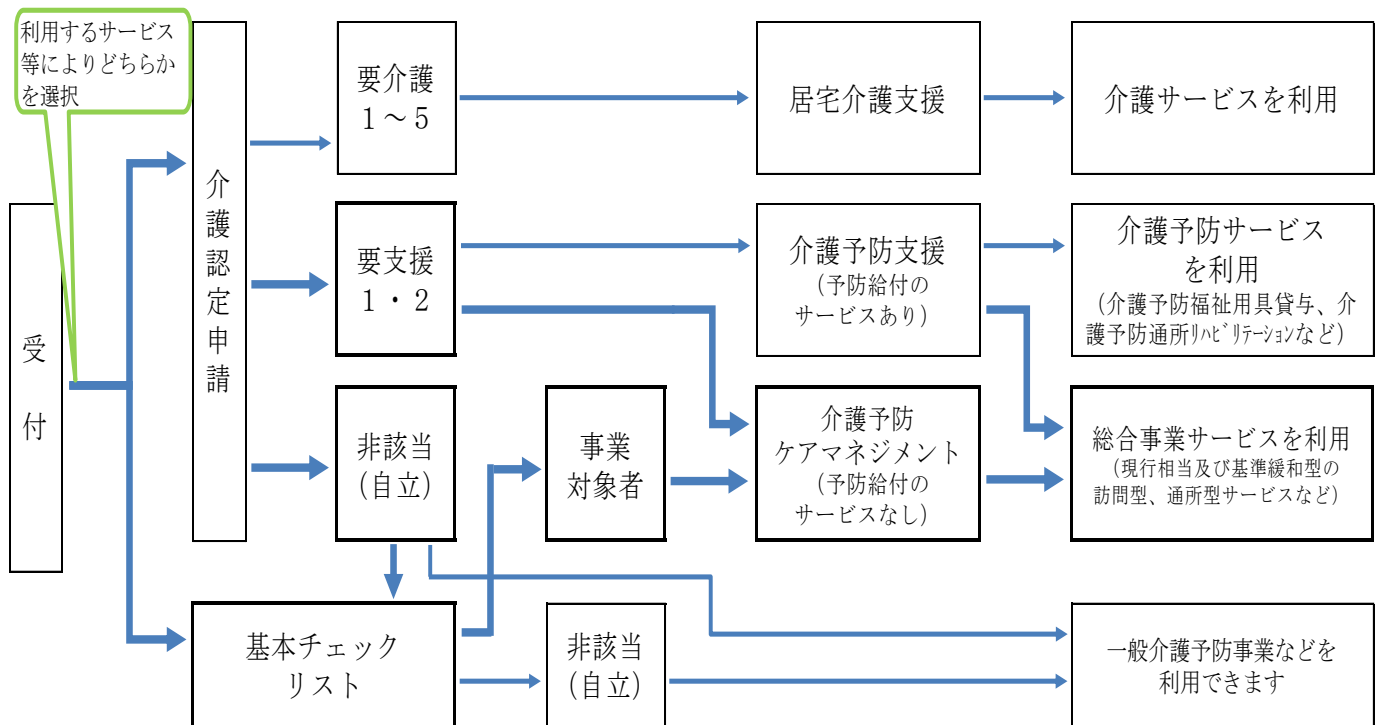
4. 要支援認定者と事業対象者の違い

項目	要支援認定者(認定更新)	事業対象者(基本チェックリスト)
手続きの期間	申請から結果通知まで 30 日程度	申請から結果通知まで 1～2 週間程度
利用できるサービス	① 介護予防給付のサービス ② 総合事業のサービス ③ ①+②	総合事業のサービス
有効期間	最大3年	2年
受給資格証明書	あり	あり
利用者負担額	1 割(一定以上の所得利用者は 2 割または 3 割)	1 割(一定以上の所得利用者は 2 割または 3 割)

5. 現行相当サービスと基準緩和型サービスとの併用

		追加で利用するサービス					
		訪問型独自サービス	訪問型サービスA【基準緩和】	通所型独自サービス	通所型サービスA【基準緩和】	通所型サービスB【住民主体】	通所型サービスC【短期集中】
主として利用するサービス	訪問型独自サービス		×	○	○	○	○
	訪問型サービスA【基準緩和】	×		○	○	○	×
	通所型独自サービス	○	○		×	○	×
	通所型サービスA【基準緩和】	○	○	×		○	×
	通所型サービスB【住民主体】	○	○	○	○		×
	通所型サービスC【短期集中】	×	×	×	×	×	

6. 総合事業サービスの利用方法



※ケアマネジャーが申請及び更新手続きをする場合は、本庁の受付窓口で行うようご協力ください。

7. 事業対象者の認定について

◆基本チェックリストにおける事業対象者の判断基準については、厚生労働省告示第 197 号のとおり
(※P31 から 33 参考)

◆事業対象者に該当する基準

事業対象者は、基本チェックリスト 25 項目のうち、以下の項目に該当する場合である。

1	No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上該当	複数の項目に支障がある場合
2	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
3	No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	低栄養状態
4	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
5	No.16～17 の 2 項目のうちNo.16 に該当	閉じこもり
6	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
7	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

第2章 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基本的な考え方

利用者の
「したい」「やりたい」
を支える！

- ・利用者一人ひとり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共に、介護予防、健康の維持増進を図ることを目的とする。
- ・利用者本人への意識付けや、その方が目指す生活を支援するためのアセスメント及びケアプランが重要。何を目標として、サービスを利用するのかという、具体的なイメージの共有が大切。
- ・ケアマネジャーは、豊富な知識を蓄えて利用者に伝える。（説明する）

2. 介護予防ケアマネジメントの基準及び単位

	介護予防支援	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
プランの範囲	・介護予防給付 ・総合事業(独自)	・総合事業 訪問型A【基準緩和】 通所型A【基準緩和】 通所型C【短期集中】	・総合事業 通所型C【委託型】	・総合事業 訪問型B【住民主体】 通所型B【住民主体】
アセスメント	実施	実施	実施	実施(初回のみ)
ケアプラン作成	作成	作成	作成	作成(簡略版)
サービス担当者会議	プラン作成時、変更の都度	プラン作成時、変更の都度	必要に応じて実施	原則として行わない
プラン有効期間	3～12 か月	3～12 か月	3～12 か月	期間なし
モニタリング訪問	3か月に1回(年4回) (その他の月は電話)	3か月に1回(年4回) (その他の月は電話)	必要に応じて実施 (その他の月は電話)	原則として行わない
評価	・計画開始後6か月経過前、計画期間終了前	・計画開始後1年経過前、計画期間終了前	計画期間終了前	原則として行わない
単 位	438 単位	438 単位	・初回 438 単位 ・2月目以降 378 単位	438 単位
加 算	・初回加算 300 単位 ・委託連携加算 300 単位	・初回加算 300 単位 ・委託連携加算 300 単位	・初回加算 300 単位	・初回加算 300 単位
算 定 時 期	毎月	毎月	毎月	初回のみ
備 考	従来のもの	介護予防支援に相当するケアマネジメント	緩和した基準のマネジメントで、サービス担当者会議等を省略したもの	緩和した基準のマネジメントで、初回のみ行われるもの

3. 介護予防ケアマネジメントにかかるシステム及び様式について

(1)システムは、「ASP 介護管理システム利用契約」(株式会社カナミックネットワーク社製)を使用。システムを使用するには、株式会社カナミックネットワークが交付する ID 及びパスワードが必要となるため、地域包括支援センターが事前に発行手続きを行います。

(2)介護予防ケアマネジメントにかかる様式

○利用者基本情報 ⇒ 川崎市様式を使用しています。

○介護予防基本チェックリスト

○介護予防サービス・支援計画表(1 から 3 表) ⇒ 東京様式を使用しています。

○介護予防支援・介護予防サービス経過記録

○サービス担当者会議の要点(経過記録に記載も可)

○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

○サービス利用表及び別表(サービス提供票)

4. 介護予防ケアマネジメントの流れ

(1)介護予防ケアマネジメントプロセス

アセスメント(課題分析)

↓

ケアプラン原案の作成

↓

サービス担当者会議

↓

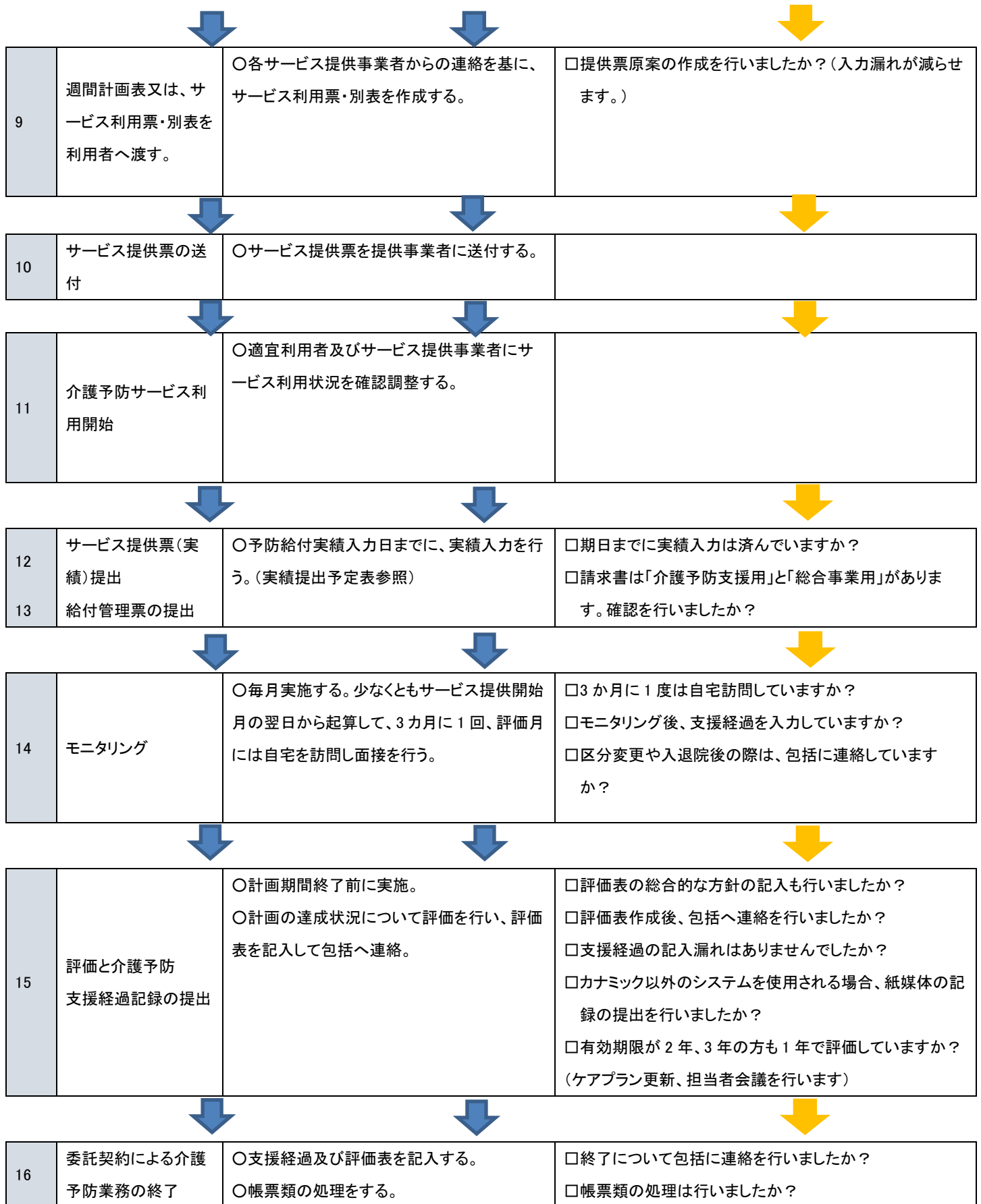
利用者への説明・同意

↓

ケアプラン確定・交付

(2)介護予防ケアマネジメント手順及びチェック項目(委託用)

業務の流れ		介護支援専門員の業務	チェック項目
0	情報提供	○担当利用者が更新・変更申請で新たに「要支援 1.2、事業対象者」の認定結果を受けた場合には、利用者に同意を得た上で、地域包括支援センター(以下 包括)へ連絡。	
1	利用申込・受付		
2	契約の締結		
3	アセスメント実施	○認定調査票及び主治医意見書の確認。 ○利用者基本情報・基本チェックリスト・アセスメントの実施。	□基本チェックリストの作成は行いましたか？ □基本情報の作成は行いましたか？ □ケアプランの第2表中心に聞き取を行いましたか？
4	利用サービスの種類	○(2週間を目途に)ケアプランの作成。(カナミックシステム内【東京様式】) ○作成後、包括へ連絡。	□(更新時)初回作成日を変更していませんか □チェックリストの反映を行いましたか？ □期間は1年以内になっていますか？ □原案作成後、包括へ連絡しましたか？ □包括への連絡後、ケアプランにコメント(承認)があることを確認しましたか？
5	介護予防サービス・支援計画(以下:ケアプラン)原案の作成		
6	サービス担当者会議	○利用者・サービス事業者等と共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定。 ○必要な修正を加え、計画を最終的に決定。 ○サービス担当者会議の要点を入力。	□担当者会議の日時を包括へ連絡しましたか？(更新の方は特別な場合を除き、担当者で会議を進められます) □担当者会議要点もしくは支援経過に記録しましたか？
7	ケアプランの説明・同意	○ケアプランの内容を利用者・家族に説明・同意を得る。 ○一部を本人に渡す。(A4で3枚綴り)	□本人、ケアマネ、サービス事業所分を用意しましたか？
8	ケアプラン作成に関わる書類一式の提出	○利用者の印がある原本を包括に提出。	□ケアプランの原本を包括へ提出しましたか？



5. 介護予防サービス・支援計画表（ケアプラン）の流れ

図表1

介護予防サービス・支援計画表

①基本的な情報									
介護予防サービス・支援計画表 計画作成（変更）日 年 月 日 計画作成者 氏名 印 計画作成（変更）日 年 月 日 計画作成者 氏名 印 計画作成（変更）日 年 月 日 計画作成者 氏名 印									
⑦目標とする生活（一番最後に相談して決める）									
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・希望	地域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体的な提案について 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業
運動・移動について									
プラン作成の流れ（ケアマネジメントプロセス）									
④4つの領域（アセスメント3）			⑤専門家としての提案 ⇒本人・家族との合意過程			⑥合意したプラン			
計画作成（変更）日 年 月 日			計画作成（変更）日 年 月 日			計画作成（変更）日 年 月 日			
健康状態について =生活様式見直し、生活機能評価等を踏まえた健康点			【本を行うべき支援が実施できない場合】 必要な支援の実施に向けた方針			総合的な方針：生活不摂善の改善、予防のポイント			
②健康情報（アセスメント1）						⑧総合的な方針			
③基本チェックリスト（アセスメント2）			⑨地域包括支援センター記入欄			計画に関する留意事項 上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 印			

6. 介護予防サービス・支援計画表記入上の留意点

①基本的な情報

●「初回・紹介・継続」欄

- ・「初回」利用者が初めて介護予防事業及び予防給付を受ける場合
- ・「紹介」介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが介護予防事業を受けるように紹介された場合
- ・「継続」介護予防事業または予防給付を現在受けており、今後も介護予防事業または予防給付を受ける場合

●「計画作成（変更）日（初回作成日）」欄

- ・居宅介護支援事業所において計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合も、作成日を記載してください。

②健康情報（アセスメント1）

●「健康状態について：主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点」欄

・健康状態について、特に留意すべき事項があれば記載する。主治医意見書や生活機能評価などの書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせするなど連携が重要である。

記載例：【〇〇主治医】運動や訓練について特に制限は設けないが、過剰な負荷がかからないよう、訓練時間や運動量に配慮する。運動前後のバイタルチェックは必ず行う。

③基本チェックリスト（アセスメント2）

（※P30 から 32 参照）

●「必要な事業プログラム」

・プランを作成するたびに基本チェックリストを取り直し、アセスメントに活用する。

④4つの領域（アセスメント3）

●領域ごとに、現状や課題に結び付く事項を記載する。「できないこと」や「支援を受けていること」だけでなく、「できていること」「していたこと」にも着目する。情報によっては、いくつかの領域にまたがるものがあるが、どの領域に記載するかにこだわり過ぎる必要はない。

（例）

現在の状況
運動・移動について 杖なしで歩行できるが、右足の上りが悪く速度もゆっくり。外出頻度は週2回コンビニに出掛けることと月1回の受診のみ。外出時は娘が介助。以前は近所の公園まで散歩に出かけていた。

運動・移動について

- ・移動手段（杖、シルバーカー、自転車、車等）
- ・移動時の状況（躓きやすい）
- など

日常生活(家庭生活)について
1人暮らしで、家事は次女の支援を受けている。元気な頃は自分で実施していた。金銭管理は、本人がしているが、預貯金の出し入れは次女が実施している。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて
以前は生け花の教室を持ち、友人との交流もあった。友人らと海外旅行に出掛けたこともあったが今はしていない。やや呂律が回らず聞き取りにくいことがある。軽い難聴あり。補聴器は使っていない。
健康管理について
毎月の受診は一人で行く。薬の内服は自分で行う。入浴時、背中と左手は次女に洗ってもらっている。右手指が曲がりにくく、字が書きにくい。歯磨きは電動歯ブラシを使う。

日常生活(家庭生活)について

- ・家事（買い物、調理、掃除、洗濯、ゴミ捨て、金銭管理）
- ・家庭での役割（花の水やり）等

※家事の分担状況、していない、できない家事は、支援者を記入

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

- ・家族や近隣との交流の内容や頻度
 - ・趣味や楽しみの内容と取り組み状況
 - ・聴力や会話能力
- など

健康管理について

- ・入浴、整容、口腔ケアの状況
 - ・定期受診、服薬管理、飲酒や喫煙等
 - ・食事、運動、休養
- など

本人・家族の意欲・意向
(本人) もう年なんだから体が弱っても仕方がないよ。転ぶのが怖いし、リハビリの方法もわからない。 (次女) もっとリハビリをしたほうがいいのでは。

本人・家族の意欲・意向

各アセスメント領域において確認をした内容について、本人・家族の言葉をそれぞれ記載する

- ・現状に対して、どう認識しているか、以前はどうだったか、これからはどうしたいか

※本人と家族の食い違いに注意。

本人の気持ちを受け止めつつ、意欲を持ってもらう事が重要。

背景・原因
■有 □無 脳梗塞による右足の不全麻痺により、歩行は出来るが、転倒の不安もあり外出の機会が少なくさらに筋力低下を起こす恐れがある。活動を活発にする必要あり。

背景・原因

- ・各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を整理し、分析する。

- ・「〇〇のために△△が困難で□□になるおそれがある。◎◎が必要」＝原因や要因と今後の見通し、必要な支援を記入。ただし、サービスの種類や内容は書かない

個人因子：年齢・健康状態・心理状態・家事能力・価値観・習慣・経済状態

環境因子：家族や友人の協力・住環境・生活環境・行政や地域のサービス資源

総合的課題
1・脳梗塞による右手足の麻痺や言葉の出にくさがあり、閉じこもりがちでさらに歩けなくなる可能性がある。

総合的課題

- ・各アセスメント領域の課題をまとめる形で、利用者の生活全体という観点から、総合的に課題をまとめます。直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探って各領域に共通する課題を浮き彫りにします。

(記載例)

右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないでいると、拘縮してしまう可能性がある。

⑤専門家としての提案

課題に対する目標と 具体策の提案
1・スーパーまで買い物に行くことができる。 具体策 ① 自宅でテレビ体操に取り組む ② リハビリテーションの場に参加し、運動プログラムを受ける ③ 玄関等に手すりをつける

具体策についての本人・家族の意向
1・（本人）公園まではちょっと無理だと思う。近くのスーパーに行きたいわ。お友達に散歩に付き合ってもらうのも気が引けるし…。リハビリの方法を教えて貰いたいから、通所リハビリっていう所に行ってみようかな。 （次女）手すりがあれば、私の支えがなくても危ないわね。私が時間のない時は、私の子供に手伝って貰うように話しますね。

課題に対する目標と具体策の提案

専門職として提案する目標と解決策

目標：目標設定のポイント

- ・「暮らし方、生活習慣」で取り戻したいこと
- ・「今、していること」で続けたいこと
- ・「できること(できないかもしれないこと)」で始めたいこと
- ・「今、困っていること」で、生活上の支障を改善したいこと

具体策

- ・すぐに介護保険サービスを結びつけるのではなく、どんな解決策があるのか「できそうなこと」「できるための工夫」をたくさん提言しながら、本人と相談する
- ・本人の能力を高める支援と、できないことを補う支援の両方向から検討する
- ・誰が何をするのか、具体的に書く
- ・現在行っていることも、本人・家族の取り組みに位置づける

具体策についての本人・家族の意向

- ・計画作成者（ケアマネ）が提案した「課題に対する目標と具体策」に対する利用者や家族の意向を記載します。



合意が得られた場合は「〇〇が必要だ」「〇〇を行いたい」等と記載する。

合意が得られなかった場合、その理由について、利用者や家族の考えを記載する。

⑥合意したプラン

目 標
1. スーパーまで買い物に行くことができる。

目 標

計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載します。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意が得られた場合には「提案どおり」などと記載してもよい。

（留意点）

- ・ 目標は利用者が一定の期間に達成可能なもの
- ・ 利用者の価値観や好みにマッチしたもの
- ・ 利用者とともに確認・評価できる具体的なもの

目標についての支援のポイント

最初は、次女や孫に付き添ってもらいながら、徐々に1人で歩く距離を延ばす。自宅での運動についても、通所リハでの指導を受ける。

目標についての支援のポイント

- ・ 前項目の目標に対して、具体的な支援を考える上での留意点を記入する。
- ・ 目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスとの役割分担など

a 具体的な支援の内容		※ 1	b サービス 種別	c サービス 提供者 (事業所)	頻度	d 期間
本人の取組	自宅で体操に取り組む 次女や孫とともにスーパーへ 出かける		本人		随時	R3. 5. 1～ R3. 11. 30
家族・地域の 支援・民間 サービス等	散歩や買い物の付き添いを行 う		家族	次女 孫	随時	R3. 5. 1～ R3. 11. 30
介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	①安定した歩行が出来るよう 運動プログラムを提供する ②玄関、浴室、トイレに手す りをつける	○	①介護予防通 所リハビリテ ーション ②介護予防住 宅改修	①〇〇介護 老人保健施 設 ②〇〇工務 店	①週 2 回 ②随時	R3. 5. 1～ R3. 11. 30

e 【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

次女の家事負担が大きいことから、状況に変化があった場合は訪問型サービスを検討する。

※1 予防給付の対象サービス又は二次予防事業対象者施策の場合は、○をつける。

a. 「具体的な支援の内容」欄

◎目標に向けて本人が行うセルフケアや、家族の支援内容、近隣住民の協力などインフォーマル支援について記載する。

●本人の取組は、行動すること、知識や方法を学ぶこと、習慣化することを視点に記載する。

●家族の支援は、直接的な支援、心理的な支援を視点に記載する。

●介護保険サービス地域支援事業区市町村サービスは、本人の望む暮らしや目標と、支援内容が整合していることを確認し、具体的に記載する。

- ・通所系サービスの場合は、サービスの内容を具体的に記載する。
- ・訪問系サービスの場合は、本人と一緒にいることを念頭に置いて記載する。
- ・福祉用具貸与の場合は歩行器や手すり、四点杖などを具体的に記載する。
- ・サービス事業所はこの欄を参考に個別のサービス計画を作成する。

b. 「サービス種別」欄

- ・介護保険サービスや社会資源を記載する。

(介護保険サービス) ・訪問型サービス ・通所型サービス ・予防通所リハビリテーション ・予防訪問リハビリテーション ・予防福祉用具貸与 ・予防訪問看護 など	(緩和型サービス) ・訪問型サービス A ・通所型サービス A ・通所型サービス C	(社会資源) ・家事援助サービス ・配食サービス ・緊急通報装置 ・趣味の教室 ・運動教室 ・ボランティア ・福祉輸送 など
---	---	--

c. 「サービス事業所」欄

- ・事業所または機関名を記載

d. 「期間」欄

- ・「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するか記載する
- ・有効期間を越えないようにする。（「令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日」など）
- ・認定の有効期間が2年間または3年間であっても、最長1年とする。

E【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】欄

- ・利用者や家族の合意が得られない場合、その原因について考えたうえで、段階を踏んで本来の支援を実現するにはどうすればよいか、その方向性を記載します。

⑦目標とする生活

・利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然として、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいか、イメージしやすく日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。

「1日、1週間、または1月」

- ・大きな目標にたどり着くための段階的な目標。
- ・本人が大切にしている生活行為等

例：毎朝玄関まで新聞を取りに行く。など

「1年」

- ・1年後になりたい状態や行為、継続していきたい生活内容等。楽しみや生き甲斐など。

例：孫の結婚式に出席する。

近所の商店まで一人で買い物に行くことができるようになる。など

⑧総合的な方針

- ・計画作成者だけの方針ではなく、本人・家族を含めたケアチームが目指す共通の方向性や留意すべき注意事項を記載する。プランの目標の方向性がここでまとめられると分かりやすい。

⑨地域包括支援センター記入欄

- ・本人へ交付する前に地域包括支援センターの確認を受け、意見を貰う必要がある。
- ・ここでの意見を参考に、介護予防ケアマネジメントを展開する。

※参考資料：老振発第 0331009 号 「介護予防支援事業に係る関連様式例の提示について」

7. 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立 TPO に応じた更衣 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、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
<u>家庭生活</u> 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	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<u>対人関係</u> 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
<u>運動と移動</u> 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、公園などの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
<u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分の判断決定	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
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 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1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定版」三菱総合研究所)

介護予防支援・サービス評価表

8. 介護予防サービス・支援計画評価表の記入上の留意点

評価日2022 年 月 日

計画作成者氏名

利用者名 _____様

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
ケアプランの目標を一致させる。	ケアプランの期間欄から転記する。	「目標に対する達成状況」に関する情報を具体的に記載する。		なぜ、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。	なぜ、目標が達成されなかったのか利用者・家族の意見を含めて、計画作成者として評価を記載する。	目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方向性について、専門的な観点を経て、専門的な観点を踏まえて記載する。
						今後の方針で該当するものにチェックを付ける。
総合的な方針 利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について、専門的な観点から方針を記載する。						
地域包括支援センター意見 記載が終了した地域包括支援センターから意見を記入してもらう。 ☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了						

すこやか倶楽部

生き生き と暮らし続けるための
元気習慣をつくってみませんか？

65才以上の方なら誰でも参加できる**運動教室**です。

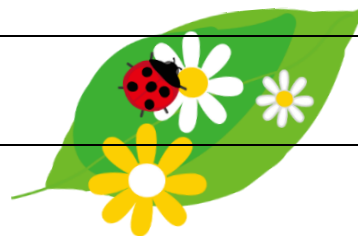
もちもの：運動できる服装、室内用運動靴、タオル、飲み物、 マスク

内 容	ストレッチ、自宅でできる筋トレ、脳トレ、リズム体操、有酸素運動 など
場 所	さんぶの森中央体育館 松尾IT 保健センター 蓮沼交流センター ほか
問合せ	新型コロナウイルス感染症対策のため、完全予約制で開催しますので、興味のある方はご連絡ください。 山武市役所高齢者福祉課 成東地域包括支援センター ☎0475-80-2643

出張健康教室

健康づくりのための教室です。お気軽にご参加ください。

内 容	体温・血圧測定 健康体操 栄養・歯科講話 など
場 所	各地区の公民館等で行います。
問合せ	毎年、年度始めにおおむね5人以上の団体を対象に募集しています。 山武市役所高齢者福祉課 成東地域包括支援センター ☎0475-80-2643



参考資料

1. 山武市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例

(平成 30 年 9 月 27 日条例第 29 号) 一部抜粋

(基本方針)

第4条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の 7 の 2 に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第 118 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第 15 条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第 16 条 指定居宅介護支援の方針は、第 4 条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(1) 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させること。

(2) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うこと。

(3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならないこと。

(4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象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居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならないこと。

- (5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。
- (6) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- (7) 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならないこと。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならないこと。
- (8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上で留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならないこと。
- (9) 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めること。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。
- (10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又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なければならないこと。
- (11) 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならないこと。
- (12) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等[指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）](#)において位置付けられている計画の提出を求めること。
- (13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うこと。この場合において、第3号から前号までの規定は、居宅サービス計画の変更について準用する。
- (14) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

(15) 介護支援専門員は、第 13 号前段に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならないこと。

ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

(16) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当学会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めること。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

ア 要介護認定を受けている利用者が[法第 28 条第2項](#)に規定する要介護更新認定を受けた場合

イ 要介護認定を受けている利用者が[法第 29 条第1項](#)に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(17) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うこと。

(18) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うこと。

(19) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。)を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に当該回数以上の訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。

(19)の2 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費(以下この号において「サービス費」という。)の総額が[法第 43 条第2項](#)に規定する居宅介護サービス費等区分給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が[厚生労働大臣が定める基準](#)に該当する場合であって、かつ、市からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。

(20) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならないこと。

(21) 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

(22) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うこと。

(23) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならないこと。

(24) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を居宅サービス計画に記載しなければならないこと。

(25) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならないこと。

(26) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、[法第 73 条第 2 項](#)に規定する認定審査会意見又は[法第 37 条第 1 項](#)の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（[同項](#)の規定による指定に係る居宅サービス又は地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならないこと。

(27) 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ること。

(28) 指定居宅介護支援事業者は、[法第 115 条の 23 第 3 項](#)の規定により、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならないこと。

(29) 指定居宅介護支援事業者は、[法第 115 条の 48 第 4 項](#)の規定により、[同条第 1 項](#)に規定する会議から、[同条第 2 項](#)の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならないこと。

2. 山武市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等を定める条例（平成 27 年 3 月 16 日条例第 3 号） 一部抜粋

（基本方針及び一般原則）

第2条 指定介護予防支援（[法第 58 条第 1 項](#)の指定介護予防支援をいう。以下同じ。）の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者（[法第 58 条第 1 項](#)の指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等（[法第 8 条の 2 第 18 項](#)の指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、山武市（以下「市」という。）、地域包括支援センター（[法第 115 条の 46 第 1 項](#)の地域包括支援センターをいう。以下同じ。）、[老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 7 の 2](#)の老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者（[法第 46 条第 1 項](#)の指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、[障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の](#)

[17 第1項第1号](#)に規定する指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者との連携に努めなければならない。

5 [法第115条の22 第2項第1号](#)に規定する条例で定める者は、法人とする。

(指定介護予防支援の基本取扱方針)

第30条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防([法第8条の2第2項](#)の介護予防をいう。以下同じ。)に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。

2 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定介護予防支援の具体的取扱方針)

第31条 指定介護予防支援の方針は、第2条に規定する基本方針及び前条の規定による基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(1) 指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

(2) 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

(3) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

(4) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付([法第18条第2号](#)の予防給付をいう。以下同じ。)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サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

(5) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

(6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

エ 健康管理

(7) 担当職員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

(8) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介

介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。

(9) 担当職員は、サービス担当者会議(担当職員が介護予防サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下この号において「利用者等」という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又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なければならない。

(11) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

(12) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書(指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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(平成 18 年厚生労働省令第 35 号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。)第 76 条第 2 号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。)等指定介護予防サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求めるものとする。

(13) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準において位置づけられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取しなければならない。

(14) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(14)の2 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

(15) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。

(16) 担当職員は、第 13 号の実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

ア 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所(指定介護予防サービス等基準第 117 条第 1 項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。)を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

(17) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

ア 要支援認定を受けている利用者が[法第 33 条第2項](#)の要支援更新認定を受けた場合

イ 要支援認定を受けている利用者が[法第 33 条の2第1項](#)の要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

(18) 第3号から第 13 号までの規定は、第 14 号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。

(19) 担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

(20) 担当職員は、介護保険施設等から退院し、又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

(21) 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（次号及び第 22 号において「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

(21)の2 前号の場合において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

(22) 担当職員は、介護予防サービス計画に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

(23) 担当職員は、介護予防サービス計画に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を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

(24) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載しなければならない。

(25) 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

(26) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、[法第 73 条第2項](#)の認定審査会意見又は[法第 37 条第1項](#)の規定による指定に係る介護予防サービスの種類若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（[同条第1項](#)の規定による指定に係る介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成しなければならない。

(27) 担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

(28) 指定介護予防支援事業者は、[法第 115 条の 48 第4項](#)の規定に基づき、[同条第1項](#)に規定する会議から、[同条第2項](#)の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

3. 基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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
1～5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。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を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	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	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までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわず	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

	に昇っていますか	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下さい。
11～12まで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カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で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カ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について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
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か	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
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までの質問項目は認知症について尋ねています。		

18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤル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)毎日の生活に充実感が無い	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
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	

参考：平成18年3月28日厚生労働省老健局老人保健課

山武市地域包括支援センター

★ 成東地域包括支援センター ★

住所：山武市殿台 296 番地 電話：0475-80-2643

★ 松尾蓮沼地域包括支援センター ★

住所：山武市松尾町松尾 32-1 電話：0479-74-3366

★ 山武地域包括支援センター ★

住所：山武市埴谷 1904-3 電話：0475-80-8022



山武市マスコットキャラクター
SUNMUSHIKUN