

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル

<Vol 7>

令和6年4月

神戸市/編



## 目次

第1章	介護予防の仕組みと事業・サービス	
	介護保険制度について	1
	介護予防の基本的考え方	5
	介護予防に関する事業・サービス	8
	介護予防サービスについて 〈対象者とサービス種別〉	9
	サービス別の内容	13
第2章	介護予防ケアマネジメントの進め方	
	介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	18
	介護予防ケアマネジメントの流れ	20
	介護予防ケアマネジメント類型	21
	アセスメント（課題分析）	23
	健康状態確認シートについて	25
	マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）の作成	26
	サービス担当者会議	30
	モニタリング	32
	評価	34
	関係機関との連携の必要性と目的	36
	図表 介護予防ケアマネジメント実施時期について	37
	指定居宅介護支援事業者への業務委託	38
	個人情報保護についての留意点	44
	介護予防ケアプラン等の自己作成（セルフケアプラン）について	45
第3章	介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法	
	様式作成の背景	46
	関連様式の特徴	47
	利用者基本情報	48
	生活状況を把握するためのアセスメントシート	54

## 目次

マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）	61
介護予防サービス・支援経過記録	70
介護予防サービス・支援評価表	73
参考様式	77
「神戸市介護予防支援業務従事者証」の取り扱いについて	84
介護予防ケアマネジメント関連様式集	87

## 第 1 章 介護予防の仕組みと事業・サービス

### 介護保険制度について

#### 《介護保険制度創設の経緯》

- 人口の急速な高齢化が進展する中で、介護を必要とする高齢者も増加しています。また、要介護高齢者の状態像は多様で、生活環境や社会経済状態も異なっており、こうした人々が住み慣れた地域で暮らし続けられるためには、生活上の様々な課題を総合的に支えることが求められています。
- 介護保険制度（平成 9 年介護保険法制定、平成 12 年施行）は、従来の保健・医療・福祉の個別施策に分かれていたサービスを一体化するとともに、身近な市町村を保険者として、「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念に、利用者が自ら主体的に事業者を選択し、直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして構築されました。
- 平成 17 年の介護保険法の改正（平成 18 年 4 月施行）では、要支援等の軽度者が増加し、その原因として、高齢による衰弱、関節疾患、転倒骨折等の生活機能の低下をきたす疾患が多いという特徴があります。しかし、従来の介護保険サービスでは、軽度者の状態の改善や悪化防止につながっていませんでした。このことから予防重視型システムへ転換することに視点が向けられることになりました。また、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を送るためには介護サービスをはじめ、福祉、医療、権利擁護などさまざまなサービスを包括的・継続的に提供していくための高齢者の生活を支える総合機関が必要なことから、地域包括支援センターが創設されました。
- 平成 27 年度の介護保険法の改正により、比較的軽度である要支援者の方が利用するサービスのうち、訪問介護と通所介護について、国が定める全国一律のサービスから市町村が地域の実情に合わせて独自の事業として実施する総合事業へ移行することになりました。総合事業は、地域の実情に応じて NPO や民間企業、ボランティアなどの多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより地域の支えあ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を可能とすることを目指すものです。神戸市では、平成 29 年 4 月より総合事業を実施しています。

## 《介護保険制度の基本的な考え方》

■介護保険の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

つまり

- 介護を要する状態となっても、できる限り自宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること。
- 利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めることがあげられます。

〈介護保険法〉

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 (一部抜粋)

- 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 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とする。

(地域支援事業)

第百十五条の三十八 (一部抜粋) 市町村は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業を実施する。

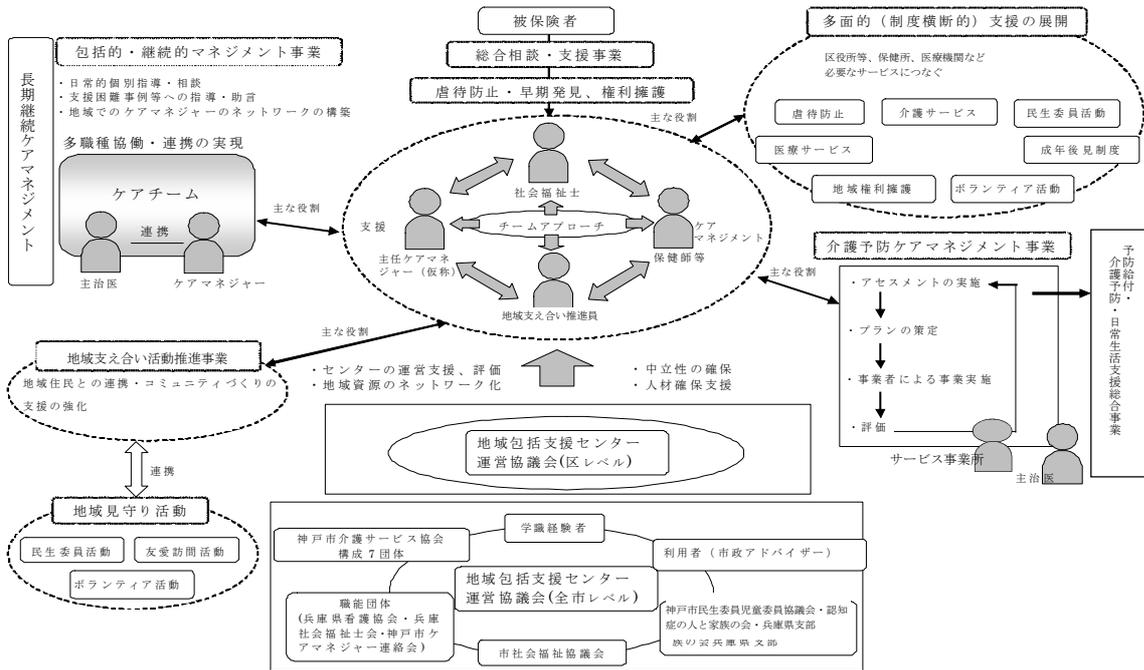
## 《地域包括支援センターの役割》

■介護保険制度の地域包括ケア実現に向けた中核を担うものとして高齢者が住みなれた地域で安心して自分らしく暮らし続けるため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉の向上、医療との連携、生活の安定のために必要な援助・支援を包括的に行う中核機関として地域包括支援センターが設置されています。

■地域包括支援センターは、指定介護予防支援事業者の指定を受け、指定介護予防支援の業務を行います。

■「あんしんすこやかセンター」は、「地域包括支援センター」の神戸市における愛称です。

図表 神戸市のあんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)のイメージ図



### ＜あんしんすこやかセンターの主な業務＞

#### ●総合相談支援

地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、相談対応等を行いながら、どのような支援が必要か把握し、適切なサービス、関係機関および制度の利用につなげるための支援を行います。また、その支援の実施にあたって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の把握を行います。

#### ●介護予防ケアマネジメント

要支援1・2の方や、生活機能の低下が見られた方(事業対象者)を対象に、その心身の状態に応じて、サービスの適切な利用を行うことができるようにマイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)の作成を行い、サービス事業者等との連絡調整等を行います。

#### ●権利擁護

高齢者虐待への対応、成年後見制度の活用などの支援等を行い、困難な状況にある高齢者が地域において安心して尊厳のある生活を行うことができるよう支援を行います。

●ケアマネジャーとの連携によるケア体制等の確立（包括的・継続的ケアマネジメント支援事業）

地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより他の様々な職種や地域の関係機関との連携を図り、充実したケア体制を作るため、介護支援専門員の後方支援を行います。

●地域支え合い活動推進事業

「地域支え合い推進員」を配置し、民生委員等と連携・協働を図りながら、見守り支え合えるコミュニティづくりを支援し、地域づくりによる介護予防の推進を図ります。

## 介護予防の基本的考え方

### 《介護予防が必要とされる背景》

- 高齢者数は年々増加していますが、その中でも75歳以上の後期高齢者が占める割合が高くなっています。要介護認定者数も年々増加し、その中でも要支援者・要介護1の軽度者の占める割合も高く、また、要介護状態になる原因としては、「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」といった生活機能の低下をきたす疾患や状態が約半数を占めています。そのため、早い段階から介護予防の取り組みを継続することが重要です。

### 《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)

### 《介護予防のポイント》

- 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り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。

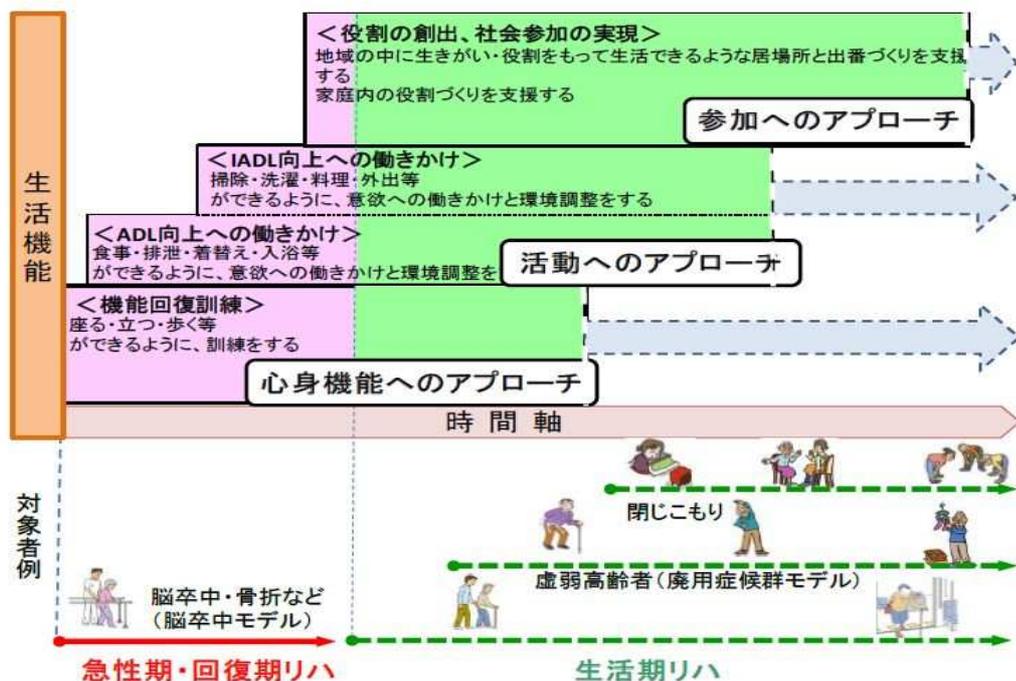
■利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出す場合があります。ケアプラン作成のアセスメントの際にインフォーマルサービスの紹介や利用者の主体的な取り組みを促し、「**利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う**」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスを提供しないように配慮することも大切です。

■介護予防の効果を発揮するためには、単に個人々人に対する支援にとどまらず、あんしんすこやかセンターや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、生涯わたって生活の質（QOL）を維持する上で重要です。

図表 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

<生活機能低下のきっかけ（例）>

生活機能が徐々に低下するきっかけ	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
	廃用性の身体機能の低下	しばらく出歩かなかつたら足が弱った、車ばかり乗っていたら足が弱った、義歯があわないう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
生活機能が急に低下するきっかけ	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
	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

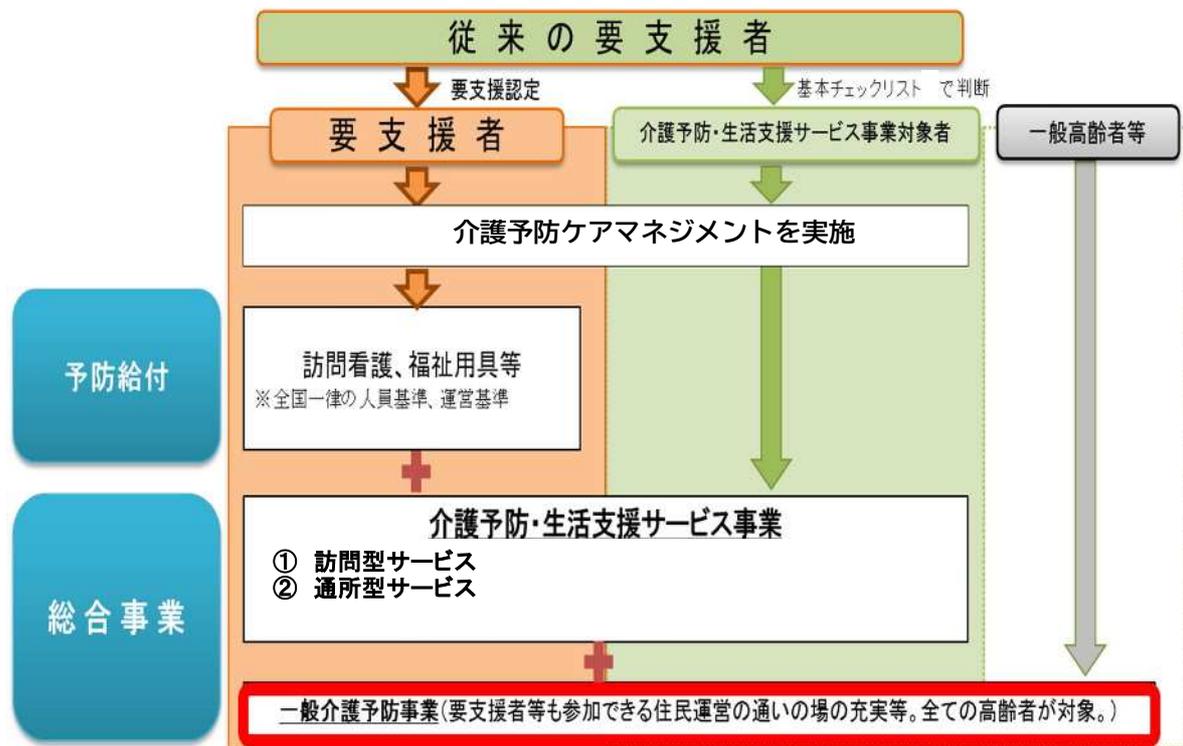
## 介護予防に関する事業・サービス

### 《介護予防に関する事業・サービスの全体像》

■高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進していきます。支援を検討するうえでは、インフォーマルサービス、一般介護予防事業と予防給付、介護給付等のサービスを切れ目のない支援を提供することで、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援することが重要です。

■介護予防に関する事業・サービスの概要は以下のような図になります。

図表 介護予防に関する事業・サービス利用までの流れ



図表 介護予防に関する事業・サービスの対象者

事業	対象者	内容	介護予防ケアマネジメントの有無
予防給付	要支援者（要支援1・2）	要支援状態の改善や重度化予防を行う。	有
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業 要支援者（要支援1・2） または 事業対象者	要支援状態の改善や重度化予防および、生活機能低下の早期発見・早期対応を行う。	有
	一般介護予防事業	活動的な状態にある高齢者をはじめとした全ての高齢者	生活機能の維持・向上（特に高齢者の精神・身体・社会の各層における活動性の維持・向上）を図る。

※ 介護予防ケアマネジメントを行う場合もあります。（セルフ型）

## 介護予防サービスについて

### 《予防給付サービスの対象者》

■介護認定審査会において要支援1または要支援2と判定された方

### 《要支援認定等判定の流れ》

---

■要介護度は、全国一律のコンピューターソフトを用いた一次判定をもとに、介護認定審査会において決定し、その結果を市町村が通知します。

■対象者の判定の流れは以下の通りです。

- ① 要介護認定は、一次判定から介護認定審査会における認定まで、「介護の手間」の判断によって、審査が行われます。「介護の手間」とは、統計データに基づき推計された介護に要する時間（＝要介護認定等基準時間。実際の介護の時間のことではない。）で、一次判定では、認定調査などで把握した心身の状態の情報からコンピューター判定で時間に置き換えられます。
- ② 二次判定では、介護認定審査会において、認定調査の特記事項や主治医意見書の記載内容に基づき、申請者固有の手間について、介護の手間に係る審査判定を行います。
- ③ 介護の手間に係る審査判定で、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満となった場合（「要支援2」または「要介護1」となる申請者）、状態の維持・改善可能性に係る審査判定で「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」を行います。（「要支援2」と「要介護1」は、介護の手間では同じ区分であり、状態の維持・改善可能性に係る審査判定で振り分けが行われます。）
- ④ 状態の維持・改善可能性に係る審査判定において、「認知機能等の障害で、予防給付等の理解が難しい場合」または「心身の状態が不安定で、短期間で要介護度が重症化するおそれがある場合」には、「要介護1」、それ以外は「要支援2」となります。

## 《介護予防・生活支援サービス事業の対象者》

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。）の対象者は下記のいずれかの方

- 認定審査会において要支援1または要支援2と判定された方
- 基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方(介護予防・生活支援サービス事業対象者)(以下、「事業対象者」という。)\*

※第2号被保険者（40歳～64歳の方）は、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提であるため、要支援認定を受けることによりサービス事業の利用が可能です。

（基本チェックリスト対象外）

## 《事業対象者判定の流れ》

■25項目の基本チェックリストの内容を、本人に面接にて聞き取りを行い、判定します。

■基本チェックリストは、あんしんすこやかセンターでのみ行います。

■基本チェックリストによる判定の流れ（概要）は以下の通りです。

- ① 本人・家族等から、相談の目的や本人の健康状態・生活状況などを丁寧に聞き取ります。（総合相談）
- ② 聞き取り内容から今後の支援方針（要介護・要支援認定申請、基本チェックリストの実施、一般介護予防事業・関係機関・地域社会資源等の紹介、地域見守り活動等）を検討します。  
⇒サービス事業（訪問型・通所型）を利用することにより、地域での自立した生活や機能回復が見込まれる場合、介護保険制度の説明を行い、本人の同意を得て、基本チェックリストを実施します。
- ③ あんしんすこやかセンター職員が、本人と面接により、基本チェックリスト項目の聞き取りを行います。
- ④ 事業対象者の判定基準に該当した（生活機能の低下がみられ、何らかの支援が必要と考えられる）場合、サービス利用までの今後の流れについて説明し、介護予防ケアマネジメントを開始します。

〈予防給付・サービス事業の適切な利用が見込まれない状態像〉

- 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付・サービス事業の利用に係る適切な理解が困難である場合（目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）
- 短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重症化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね6か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合

※ 上記の状態像で認定申請を行った場合、介護給付の対象となる場合も鑑み、必要な対応を行ってください。

## 《予防給付のサービスの種別》 ※要支援者のみ

■予防給付は、介護予防を目的とした、以下、15 のサービスで構成されています。

○介護予防サービス	
介護予防訪問入浴介護	介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション	介護予防居宅療養管理指導
介護予防通所リハビリテーション	介護予防短期入所生活介護
介護予防短期入所療養介護	介護予防特定施設入居者生活介護
介護予防福祉用具貸与	特定介護予防福祉用具販売
○地域密着型介護予防サービス	○介護予防住宅改修
介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防小規模多機能型居宅介護	○介護予防支援
介護予防認知症対応型共同生活介護	

## 《介護予防・生活支援サービス事業の種別》

■サービス事業には、「訪問型サービス」と「通所型サービス」があります。

■「訪問型サービス」と「通所型サービス」には、幅広い状態像と、多様なニーズに応じたサービスが設けられており、利用者の健康状態・生活状況等を十分にアセスメントした上で、自立支援の観点から利用者に必要なサービスを選択し、提供します。

○訪問型サービス	○通所型サービス
介護予防訪問サービス	介護予防通所サービス
生活支援訪問サービス	フレイル改善通所サービス
住民主体訪問サービス	
○介護予防ケアマネジメント(従来型・簡易型・セルフ型)	

## 《一般介護予防事業》

■すべての高齢者が対象です。

■高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体のつどいの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するものです。要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域を構築することにより、要介護状態等となることの予防など介護予防を推進することを目的とします。

■一般介護予防事業は、介護(予防)給付、サービス事業との併用が可能です。

## 《サービスの提供》

---

- 予防給付とサービス事業はともに、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき提供されます。
  
- 目標指向型のサービス提供を行うため、明確な目標設定を行い一定期間後には設定した目標が達成されたか、評価が必要となります。
  
- 利用者の状態像の特性を踏まえたサービス提供を行い、**本人ができることはできるだけ本人が行うこと**が重要となります。
  
- 適切なアセスメントをもとに、「したい」「できるようになりたい」日常生活上の行為を目標として明確に設定し、その達成のために総合事業やそれ以外の地域資源等を活用し、地域において生きがいや役割を持った生活の継続ができるよう、本人の意欲にはたらきかけるケアマネジメントが重要です。
  
- より専門性の高いサービスを利用する場合は、生活機能の維持・向上を図るため、**通所系サービスを優先して検討**します。
  
- その人らしく、その人の望む暮らしに達成できるよう、スモールステップの目標(短期目標)を立てて取り組み、一定期間でそれを評価し、見直すといった作業を繰り返して、望む暮らしに到達できるよう支援することが重要です。
  
- 「介護予防訪問サービス」、「生活支援訪問サービス」、「介護予防通所サービス」、「介護予防通所リハビリテーション」、および「介護予防福祉用具貸与」については、月額定額報酬になります。利用者の状態に応じて、必要な回数を設定してください。

## サービス別の内容

### 《介護予防通所サービス※<sup>1</sup>及び介護予防通所リハビリテーション※<sup>2</sup>》

**対象者** ※1 要支援者および事業対象者 ※2 要支援者のみ

- 「介護予防通所サービス」及び「介護予防通所リハビリテーション」における基本的な機能は、それぞれのサービスを提供する上での基盤となる「共通的な機能」と「サービスの選択的な機能」で構成されます。

共通的な機能：一定時間要支援者等がサービスを受けることに伴い必然的に発生する日常生活上の支援や利用者の在宅生活における生活行為に関する能力の引き出しを向上させるための支援サービスの提供

選択的な機能：「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等が位置づけられます。

利用者が「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」等の、どのプログラムを受けるかという選択については、アセスメントの結果を勘案し、介護予防ケアマネジメントの中で決定します。

- 「介護予防通所リハビリテーション」は、主治医の指示に基づき、心身の機能の維持や回復のために、理学療法士、作業療法士などの専門職が提供するサービスであり、短期間で、効果や必要性の見直しを行う必要があります。

### 《参考》〈介護予防通所リハビリテーションの法律上の定義〉

介護保険法第八条の二第六項より抜粋

介護予防通所リハビリテーション

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認められたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

### 《フレイル改善通所サービス》

- 「フレイル改善通所サービス」は、栄養（食・口腔）、運動、社会参加をバランスよく取り入れたフレイル改善のための複合型プログラムを実施します。対象者の心身機能・生活機能を改善・向上させ、地域での社会参加を促進することで、いつまでも自立した生活を送ることができるように支援することを目的とします。

- 各区に 1 か所程度、週 1 回（90 分程度・月 4 回）・原則 6 か月、開催します。フレイル改善に資する、栄養（食・口腔）、運動、社会参加をバランスよく取り入れた集団プログラムを提供します。また、自宅や地域でも実践できるように、宿題の提供や提案を行います。

- 対象者は、65 歳以上の要支援者、事業対象者、かつ、ケアマネジメント上支援が必要と判断された方です。

■サービス利用開始時及び終了月（6ヶ月目の1週目）に効果測定を行います。終了基準は、6ヶ月目の効果測定を踏まえ、利用者、事業者、ケアプラン作成者が打ち合わせをして判断します。原則6ヶ月間のサービス提供となります。

■サービス終了後も利用者の目標（生きがい、自己実現）に向けた地域での様々な健康づくりや社会参加ができるよう、サービス利用期間中から支援します。

## 《訪問型サービス》

■「訪問型サービス」は、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなります。具体的には、①利用者が自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて同居家族等による支えや地域のインフォーマルサービス等の代替サービスが利用できないケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。

■「訪問型サービス」においてホームヘルパー等が利用者とともに支援を行う生活支援の内容は、家族支援や地域のインフォーマルサービス等の利用も踏まえつつ、ケアマネジメントの過程で具体的に明確化する必要があります。

■また、「訪問型サービス」は、利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパー等への依存関係を生みやすいことから、「**本人のできることはできるだけ本人が行う**」ことを基本に、サービスを提供することが求められます。（例えば、調理において、包丁が持てないだけなら食材を切ることのみ支援する、など。）

■上記の考え方を踏まえ、「訪問型サービス」が提供される場合においては、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、利用者ができる生活行為を増やしていき、日常生活の自立へむけて支援することが求められます。

■訪問型サービスには「介護予防訪問サービス」「生活支援訪問サービス」「住民主体訪問サービス」の3種類ありますが、サービスの選択については、アセスメントの結果を勘案し、ケアマネジメントの中で決定します。

## ※ 各類型における利用者の状態像

### ●介護予防訪問サービス

ホームヘルパーにより、身体介護および生活援助を提供。

《対象者》

対象者の目安	基準
<p>下記要件のいずれかに該当する者</p> <p>① 身体介護が必要な方</p> <p>② 認知機能の低下による日常生活に支障をきたすような行動や意思疎通の困難さがみられる方</p> <p>③ 精神疾患等があり、ヘルパーの交代が病状等の悪化につながる恐れがある等の理由により訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方</p> <p>④ 上記①～③に該当しない場合でも、心身の状態像、家族の支援の状況などを十分にアセスメントし、訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方</p> <p>※生活支援訪問サービスの対象者であっても、地域においてサービス事業者が確保できない場合は、当分の間、介護予防訪問サービスをご利用いただくことが可能。</p>	<p>① 障害高齢者の日常生活自立度A以上かつ身体介護が必要な方</p> <p>② 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上または、主治医から認知症の診断を受けている方</p> <p>③ 主治医意見書や障害者手帳等により、疾病や障害の程度が確認できること。</p> <p>④ (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な方</li> <li>・ゴミ屋敷となっている方や社会と断絶している方などの専門的な支援を必要とする方</li> <li>・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある方 等</li> </ul>

### ●生活支援訪問サービス

市が定める一定の研修を修了した者等により、掃除・買い物などの生活援助を提供。

《対象者》

上記、介護予防訪問サービスの対象者の目安に該当しないが、日常的に生活援助が必要な方。

### ●住民主体訪問サービス

NPO 法人等のボランティアにより、掃除・買い物などの生活援助を提供。

《対象者》

日常的な生活援助は必要ないが、状況により生活援助が必要な方。

《介護予防福祉用具貸与》 ※事業対象者を除く

■介護予防福祉用具貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換機」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト」「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できません。

■しかし、特定の状態像に該当する場合、算定が可能な場合があります。認定調査票中の基本調査の直近の結果を用い、種目ごとにその要否を判断します。

■ただし「車いす」において「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び「移動用リフト」において「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、サービス担当者会議等を通じて、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか、利用者の状態像について適切な助言が可能な者が参加し、適切なケアマネジメントにより介護予防ケアプラン作成者が判断することとなります。

図表 例外給付の対象①

対象外種目	状態像	認定調査の結果
ア 車いす及び同付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に歩行が困難な者	「できない」
	(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	※
イ 特殊寝台及び同付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に起きあがり困難な者	「できない」
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	「できない」
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	「できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者	
	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	「意思を他者に伝達できない」などまたは、主治医意見書に認知症状の記載がある場合
	(2) 移動において全介助を必要としない者	「全介助」以外
オ 移動用リフト（つり具部分除く）（昇降座椅子を含む） (3)は段差解消機のみ。昇降座椅子、バスリフト等は含まず	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	「できない」
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者	「一部介助」または「全介助」
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※
カ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）	次のいずれかに該当する者	
	(1) 排便が全介助を必要とする者	「全介助」
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	「全介助」

※ アの(2)及びオの(3)については、該当する認定調査結果がないため、「主治の医師から得た情報」及び「サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメント」により、ケアプラン作成者等が判断し、導入する。「主治の医師から得た情報」は書面には限らないが、連携が不十分とならないよう留意し、照会・回答内容について必ず記録すること。

- 図表「例外給付の対象①」に該当しない場合でも、図表「例外給付の対象②」 i～iiiのいずれかに該当する者であることが、
  - ①医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ
  - ②サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合で、
  - ③上記①②について、保険者へ所定の申請書類を提出し、認められた場合のみ、例外給付としてサービスが提供できます。

■ 軽度者への貸与は原則として保険給付対象外であることを踏まえ、適切なケアマネジメントのもと必要性を慎重に精査し運用を行ってください。利用者への説明も十分配慮して行ってください。

**図表 例外給付の対象②**

- i. 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な「状態像」に該当する者
- ii. 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに告示で定める福祉用具が必要な「状態像」に該当するにいたることが確実に見込まれる者
- iii. 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な「状態像」に該当すると判断できる者

■ なお、ケアマネジメントに際して、以下の点に留意してください。

1. ケアプラン作成者が福祉用具貸与費の算定の可否の判断基準について理解できている
2. 対象種目に関係する日常生活動作(状態像)が理解できている
3. 本人や家族の希望だけで導入しようとしていない
4. ケアプラン作成者行うケアマネジメントにおいて、主治医の医学的な所見が反映されている
5. 医学的な所見の入手について、書面だけでなく面接や電話などの方法で連携がとれている
6. 福祉用具貸与の状態像に関する医学的所見だけでなく、サービス提供上あるいは療養上の留意点等、幅広い医学的意見の入手に努めている
7. 本人の心身状況から該当する状態像が明確になっており、それに該当する福祉用具貸与について検討され、また対象種目が合致している。
8. サービス担当者会議で医学的所見をふまえて以下の点について具体的に話し合わせ、関係者の共有化が図られており、かつ記録している。
  - ①心身状態や該当する i、ii、iiiに関する状態像、福祉用具種目の必要性
  - ②期待される効果やサービス提供上・療養上の留意点
9. 福祉用具貸与実施後は、少なくとも月1回のモニタリング・ケアプランの評価等の手段によって、状態の把握や福祉用具貸与の必要性を見直し、その結果を記録している
10. 必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続性について検証したうえで、支援経過記録に記載している

申請書や必要書類などの詳しい取り扱いについては、神戸市のホームページをご参照ください。

掲載ページ⇒神戸市トップページ > 高齢者・介護 > 介護保険 神戸ケアネット >

神戸市の規定・様式 > 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付の取扱い

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/support/carenet/kiteiyoushiki/keidosya-taiyoreigaikyuhu.html>

## 第2章 介護予防ケアマネジメントの進め方

### 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

#### 《介護予防ケアマネジメントとは》

- 介護予防ケアマネジメントは多様な側面を持つため、一様に定義することは困難ですが、大まかに整理すると次の考え方で表すことができます。

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには、「**本人ができることはできるだけ本人が行う**」ことが基本になります。利用者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分かりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域のインフォーマルサービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連のサイクルが重要となります。

- 介護予防ケアマネジメントにおいては、「地域で生活する高齢者を支援する」という観点からサービスだけでなく、セルフケアや地域のインフォーマルサービス等を組み合わせることが大切です。また、生活機能が改善した場合や要介護状態の悪化に伴う介護給付への移行などを、一貫・継続したケアマネジメントのもとに実施することが重要です。
- 介護予防ケアプラン作成者は、利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の目的について利用者や家族へ説明したり、生活機能が低下していることを認識してもらえよう支援したり、自立への意欲や家族の支援を引き出し、維持・改善につながるよう支援していくことが重要です。これら一連の流れにおいては、利用者や家族との信頼関係の構築が基本となります。
- 介護予防ケアマネジメントにおいては、できないことをサービスで補うという補完的なケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景・原因を分析し、課題を明らかにして3から6か月といった短期間で少しずつ達成できる「目標」を定めた上で、利用者と介護予防ケアプラン作成者が共に目標へ向けて取り組む**目標志向の考え方**が重要です。
- 要支援状態に陥る原疾患は多様です。その中には、脳卒中だけでなく筋骨格系の疾患が多いといえます。つまり、急激に生活機能が低下する場合だけでなく、徐々に生活機能が低下する方が多いという特性があげられます。  
このような軽度者は、生活機能の低下の原因や状態に見合った内容の支援やサービスを適切な時期に提供することにより、状態の維持や改善が期待されます。反対に、不適切なケアマネジメントによるサービスの利用は、結果として意欲の低下、更なる生活機能の低下やサービスへの依存をもたらしてしまうこともあります。

■したがって、サービス提供に当たっては、こうした利用者の状態像の特性を踏まえ、「本人のできることはできるだけ本人が行う」ことを基本としつつ、

- ①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、集中的な対応を行うこと
  - ②サービス提供は、一定期間ごとに見直し、計画的に行うこと
  - ③利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意すること
  - ④改善後の状態維持への支援に努めること
- が重要です。

■このような点を踏まえ、介護予防ケアマネジメントでは、以下の点に留意する必要があります。

**<介護予防ケアマネジメントのポイント>**

**○目標の共有と利用者の主体的なサービス利用**

利用者とサービス事業者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要

**○将来の改善の見込みに基づいたアセスメント**

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しを行うことでサービスからの自立を目指す仕組みを構築することが必要

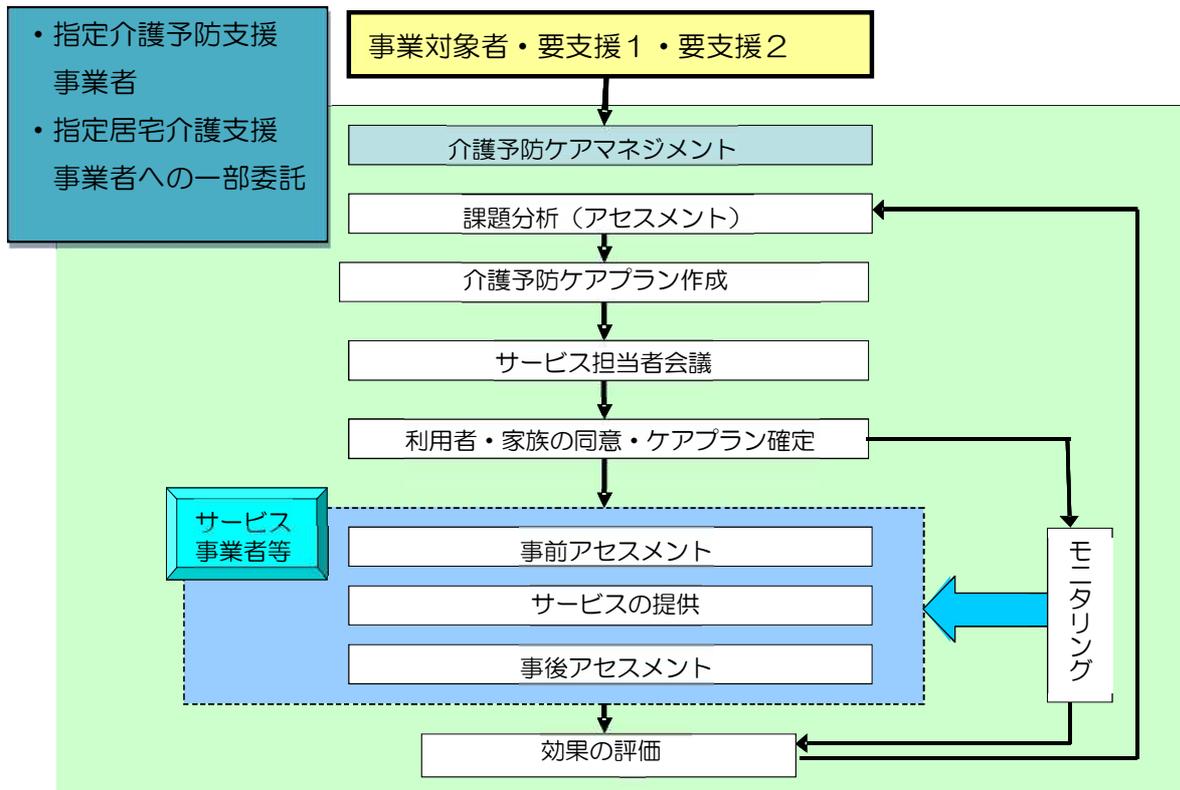
**○明確な目標設定をもった介護予防サービス計画づくり**

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス事業者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

《介護予防ケアマネジメントの流れ》

■介護予防ケアマネジメントの流れは、まずアセスメントを行い、次に介護予防ケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を開催して検討の上、原案を固め、利用者の同意を得て介護予防ケアプランとして確定します。これに基づいて、予防給付またはサービス事業によるサービスが提供されます。サービス提供の一定期間後に、サービスの効果を評価し、その結果を次のサイクルのアセスメントに活用します。

図表 介護予防ケアマネジメントの流れ



《介護予防ケアマネジメント類型》

図表 介護予防ケアマネジメント類型

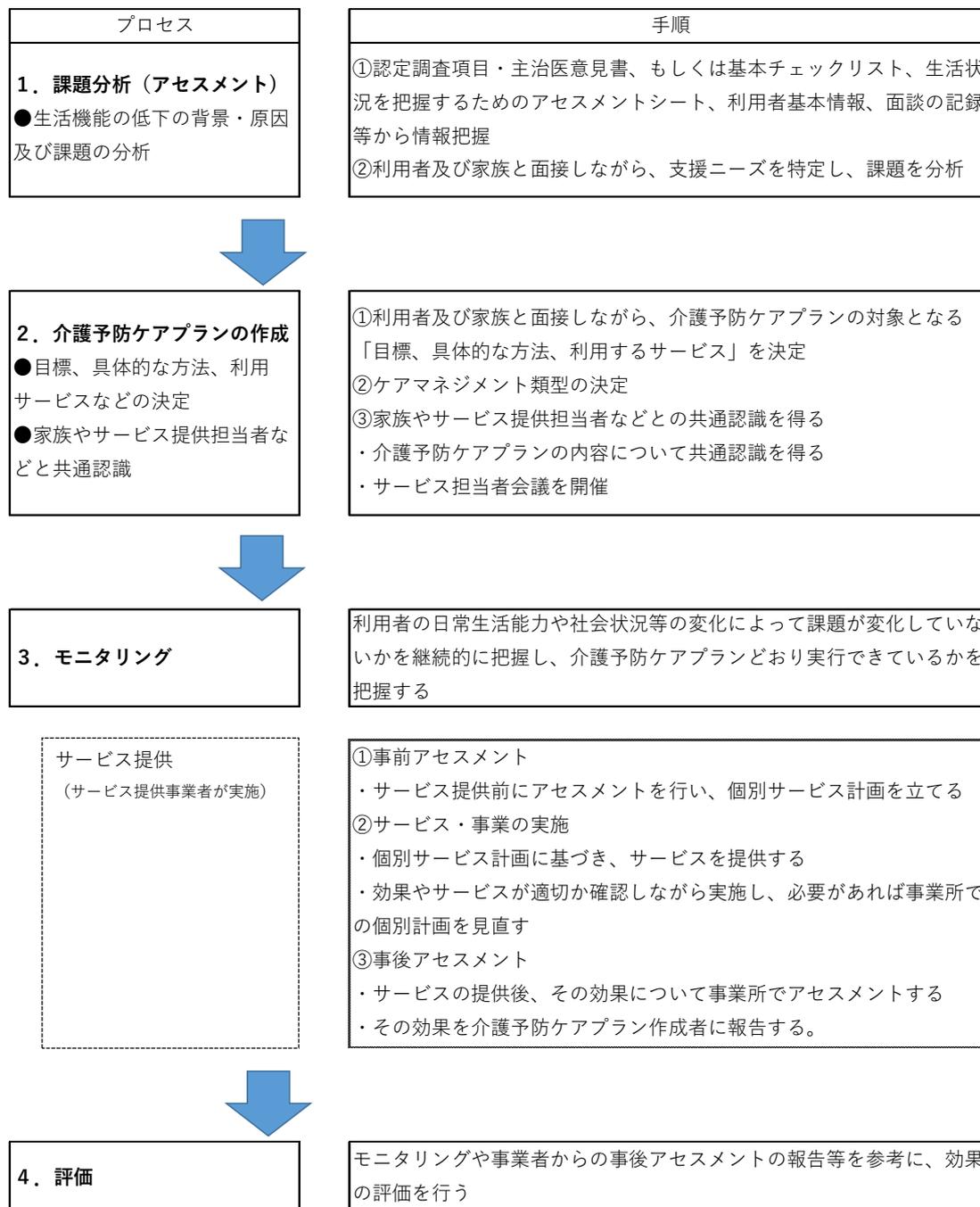
類型	介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	ケアマネジメント 簡易型	ケアマネジメント セルフ型
対象者	要支援者	要支援者・事業対象者		
サービス 種別	<b>予防給付サービス</b> 介護予防訪問看護・ 介護予防福祉用具貸与・ 介護予防通所リハビリテ ーション 等	<b>介護予防訪問サービス</b> <b>介護予防通所サービス</b> (※重度) ※認知症高齢者の日常生 活自立度Ⅱ以上、または 障害高齢者の日常生活自 立度A以上	<b>生活支援訪問サービス</b> <b>介護予防通所サービス</b> (※軽度) ※認知症高齢者の日常生 活自立度が自立またはⅠ、かつ 障害高齢者の日常生活自 立度が自立またはⅡ ★フレイル改善通所サービス	<b>住民主体訪問サービス</b> <b>一般介護予防事業</b>
ケアマネジメ ント採用基準	サービスを組み合わせる場合、よりきめ細やかに関わるケアマネジメントを採用する。 例) 介護予防訪問サービスとフレイル改善通所サービスを利用する場合 ⇒「ケアマネジメント従来型」			
実施機関	指定介護予防支援事業所	あんしんすこやかセンター		あんしんすこやかセンター
一部委託	可能 ※フレイル改善通所サービスのみ利用するケースは委託不可			不可
アセスメント シート	必須		必要時 (★フレイル改善のみ、セルフ型)	
ケアプラン様式	マイ・ケアプラン (介護予防サービス・支援計画表) 1・2表		マイ・ケアプラン1表 (★フレイル改善のみ、セルフ型)	
ケアプラン期間	最長1年間		6か月 (★のみ)	設定なし
サービス 担当者会議	必要	初回は必要 以降は必要時	必要時 (★のみ)	原則不要
モニタリング	毎月	3月に1度		原則不要
評価表	必要			不要
報酬	○基本報酬 442単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位	○基本報酬 442単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位	○基本報酬 353単位 ○初回加算 300単位 ○委託連携加算 300単位	○基本報酬 221単位 ○初回加算 300単位
報酬の算定	ケアプラン期間中			ケアマネジメント開始月のみ (要介護移行時)

※ 認知症高齢者および障害高齢者の日常生活自立度は、要支援者の場合、要支援認定等の主治医意見書の判定を採用しますが、アセスメント時における利用者の状態が主治医意見書の状態と異なる場合、および事業対象者については、自立度の基準に基づいて介護予防ケアプラン作成者が判定を行います。

※※ 住民主体訪問サービスのみを利用するケースは、「総合事業の対象者の弾力化」により、要介護者となってもあんしんすこやかセンターが担当になります。

■具体的に、介護予防ケアマネジメントは次のプロセスと手順により実践されます。

図表 介護予防ケアマネジメントの手順



■ケアマネジメント類型により、プロセスの一部が省略される場合があります。利用者の状態像に応じて、必要なプロセスを踏む必要があります。

## アセスメント(課題分析)

### 《基本的な考え方》

■アセスメントは単なる情報収集だけでなく、専門職として利用者の生活における課題について、十分に分析する必要があります。利用者について、その有する能力、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りません。生活機能の低下が見られる原因を分析し、根本的な課題をさぐる必要があります。アセスメントにおいて抽出された課題と利用者や家族の意向から、課題解決のために必要な支援やセルフケア行動などの検討を行い、ケアプラン作成に活用します。

■アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者の状態像を把握し、面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能の低下の状態や状況について理解することから始めることが大切です。アセスメントの実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

特に初回面接では、完璧に情報を収集しようとして、利用者やその家族から強引に聞き出し、利用者を不快にさせないよう信頼関係を作りながら進める事が重要です。

■アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、利用者や家族に自立支援や介護予防の必要性を説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援するとともに、利用者の自立への意欲・家族の支援などを引き出していく貴重な機会でもあります。総合相談を通じて、基本チェックリストの実施や要介護等認定申請をしていることから、利用者や家族が生活機能の低下を自覚している場合が多いと考えられるため、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。

具体的には、以下のようなコミュニケーションを心懸けてください。

- 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 目指す生活が表出されにくい場合は、利用者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。
- 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事を活用し、環境づくりを行う。
- ④ 「生活状況を把握するためのアセスメントシート」の項目を、質問するだけの一方的な面接にならないように留意する。利用者や家族を支援する上で必要な項目を見極めながら、確認を行う。

■加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少、これ以上の機能向上は無理であるとの誤解による“あきらめ”や自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態により、もたらされていることがあります。利用者の身体機能だけでなく、認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。アセスメントの結果、うつ状態が見られたら、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。またアセスメントの過程においては、コミュニケーションの際に過度な負担やストレスを与えないよう配慮する必要があります。

- アセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがいにしてきたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が「またそのことができるようになりたい」とこれからの生活について主体的かつ積極的に考え、「目標とする生活（望む生活）」について具体的なイメージを抱くことができるようにすることが大切になります。その際、利用者の個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わることの情報を具体的に把握するよう努めます。
- 利用者の活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要です。活動性向上後の目標とする生活（望む生活）のイメージは、利用者やその家族と介護予防ケアプラン作成者が共有しておく必要があります。
- 医師との連携は、高齢者の状態をアセスメントする上でとても重要です。利用者に安全にサービスを提供するため、医学的な所見から利用者の健康状態を確認したうえで、適切なサービスを決定する必要があります。
- 要支援認定の主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、主治医との連携は重要になります。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを介護予防ケアプランに位置づける場合には、医師による指示が必要です。
- 高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、疾患によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認を取る場合があります。

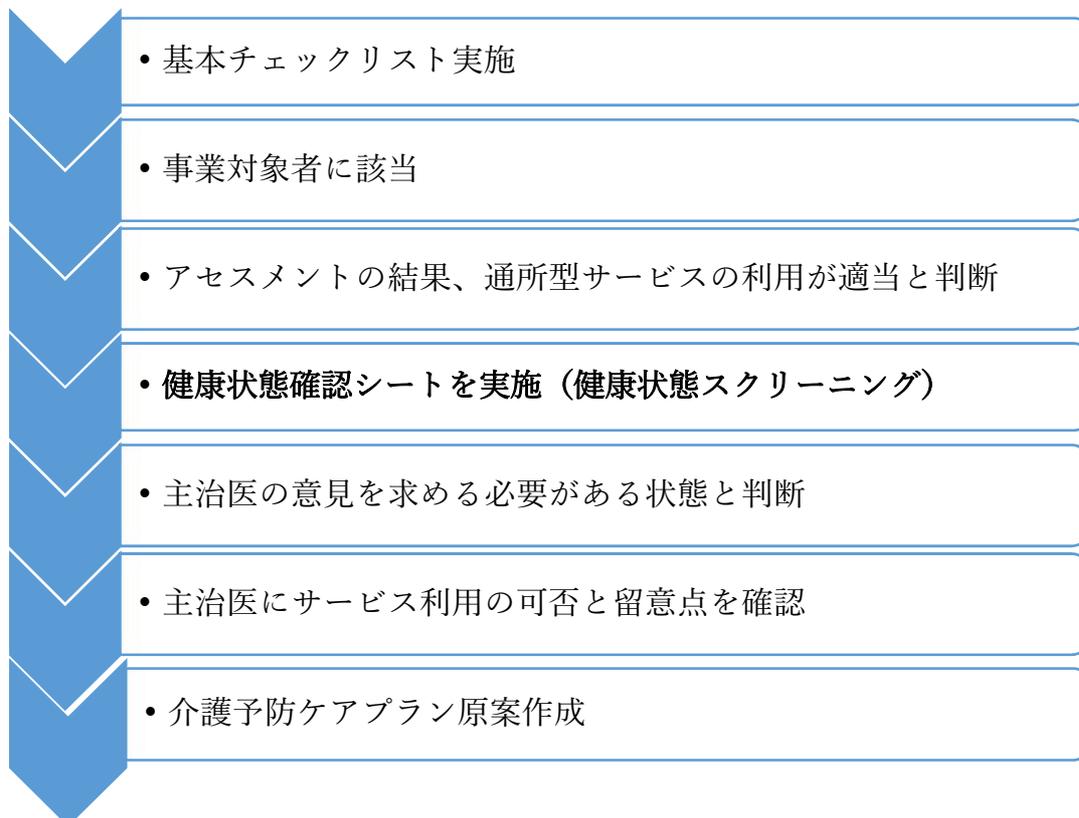
## 健康状態確認シートについて

### 《健康状態確認シートの使い方》

- 要支援者では、主治医意見書を参考にすることができますが、事業対象者には主治医意見書がありません。事業対象者について、アセスメントの結果、通所型サービスの利用が適当と判断した場合、健康上のリスク管理のため「健康状態確認シート」で健康状態のスクリーニングを行います。「健康状態確認シート」の項目に該当しない場合においても、健康状態を十分に把握し、介護予防ケアプラン原案作成を行います。
- 「健康状態確認シート」を実施した結果、医学的所見の確認が必要と判断された場合、主治医と連携し、通所型サービスの利用の可否と留意点を確認し、介護予防ケアプラン原案作成を行います。
- 「健康状態確認シート」におけるスクリーニングの結果、複数の項目に該当する場合は、治療を優先する必要がある場合や医学的サービス利用のため、要支援等認定申請の必要性についても検討します。
- 要支援者や事業対象者で「健康状態確認シート」の実施結果、医学的所見の確認が不要と判断された場合においても、疾患が理由で生活行為に制限がある等の場合は、電話や訪問等により主治医との連携を図ることが重要です。

※「健康状態確認シート」は、神戸ケアネットでダウンロードが可能です。 ※P94 参照

図表 健康状態確認シート実施の流れ



## マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)の作成

### 《基本的な考え方》

---

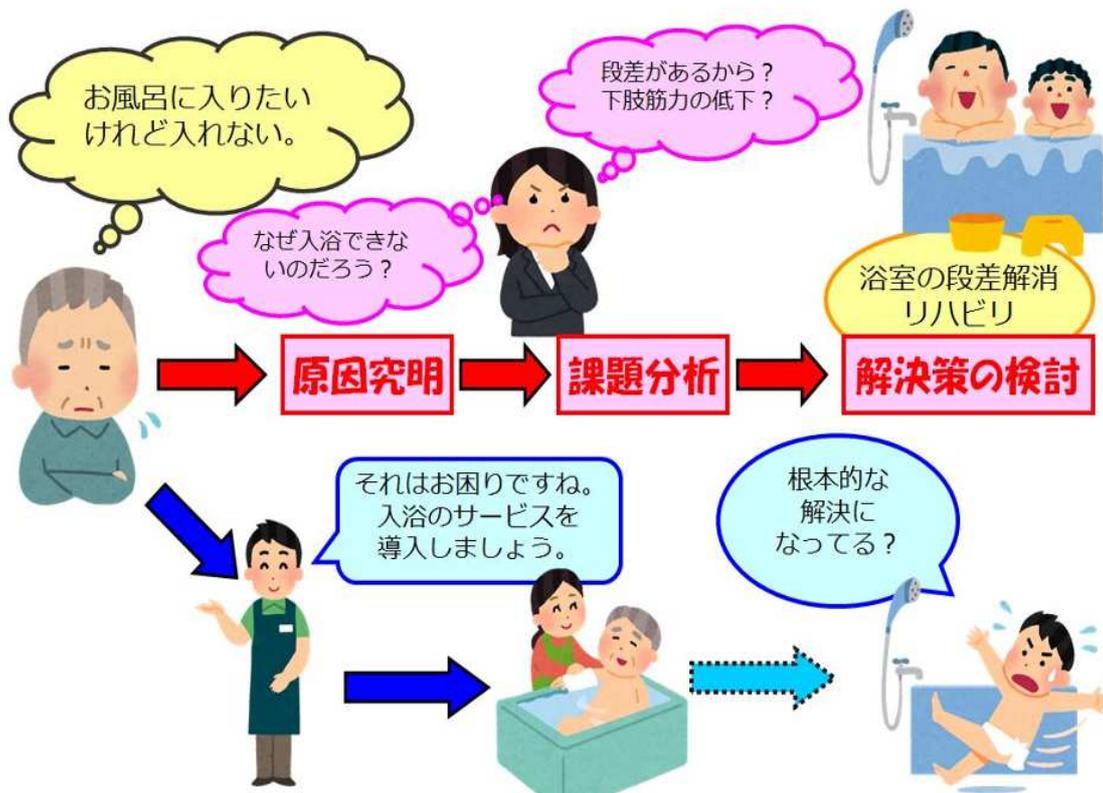
- アセスメントにおいて抽出された課題の解決や強化を図るためには、利用者や家族と協働で作った目標とする生活をイメージし、アセスメントに基づいて介護予防ケアプランを作成します。
- ケアプランは利用者のものであることを忘れず、利用者や家族にとってわかりやすい表現で記載する必要があります。専門用語や略語を使用しないように気をつけてください。
- 利用者や家族に対して、課題を解決するための3から6か月といった短期間<sup>\*</sup>で少しずつ達成できる生活の「目標」と具体的な方法を示します。そして、利用者や家族との適切なコミュニケーションを通じて、利用者の主体的な取組みや家族の支援を引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めることが重要です。

※本市における介護予防ケアプランの期間は最長1年ですが、新しくサービスを利用する場合や状態が不安定なとき、サービス利用の目的などに応じて、3から6か月といった短期間の目標を設定するなどし、必要に応じてケアプランの見直しを行うことで、利用者の状態像に合わせた支援を提供できるよう心がける必要があります。

- 利用者自身が取り組む行動、一般介護予防事業や家族の協力、近隣者の見守りなど、地域におけるインフォーマルサービスを積極的に活用するところから検討を始めることが重要です。近隣者による支援は、利用者の心の支えと安心感につながり、より利用者の意欲を高めます。具体的には、民生委員、老人クラブや自治会などの地区組織、福祉団体、さらに様々なボランティアや民間団体等を利用者ニーズに合わせて活用していくことが必要です。しかし、近隣者がその役割を負担に感じると、利用者との関係を保てなくなるため、計画に盛り込むときには配慮が必要です。

■介護予防ケアプランを作成する際には利用者の状態や主訴のみに着目するのではなく、支援が必要な状態に至る直接的及び間接的な原因にも着目して設定することも大切です。

図表 直接的な原因・間接的な原因に着目した介護予防ケアマネジメント



<留意点>

○利用者ができないことを補う形でのサービスは、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している場合があります。利用者とともに、利用者が「できること」を発見し、生活機能を向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めるよう支援を行うことが重要です。

○あんしんすこやかセンターでは、個々人に合ったサービスが提供できるよう、一般介護予防事業や地域のインフォーマルサービスに関する情報の収集やリストづくりなどに日頃から取り組んでいます。指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、あんしんすこやかセンターとの連携等により地域の情報を入手し、利用者と地域のつながりを大切に、介護予防ケアプランに積極的に盛り込んでいけるよう心がけてください。

■介護予防ケアプランの様式およびその記入方法については、P61以降を参照して下さい。

## 《目標設定の留意点》

---

- 生活機能の低下や生じている課題に対し、まずは利用者自身がどのようにになりたいかという目標（望む生活）を掲げることが重要です。目標を達成するために、利用者の意欲を高めるとともに、環境を整えたり、問題や障害となっていることを解決したり、利用者の健全な機能をより強化するための具体的な取り組みが示されているものを目標志向型ケアプランといいます。問題が解決されることを目指すのではなく、問題が解決されることによる生活の質（QOL）の向上を目指すことが重要です。
  
- 目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。実現可能な目標を設定して、1つ1つ積み重ねていくことで達成感や自信を強化することも有効と考えられます。
  
- 「できないこと」を探してそれを補うサービスを組み込むのではなく、「できること」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てることが重要です。
  
- この目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて、主治医やすべてのサービス事業者等が、積極的に介護予防ケアマネジメントに参画する必要があります。また、目標を共有した上で、その達成に向けて各サービス事業者レベルでの具体的な実施目標を検討します。

## 《介護予防ケアプランに盛り込む内容の留意点》

---

### ○利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため利用者自らが取り組むべき事項や、利用者自身にできる生活行為・行動の変容、健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組み等は、介護予防の重要な取り組みの1つです。

### ○家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援は重要な要素であり、利用者の意欲を引き出すためにも、家族の支援を明確にする必要があります。また、近隣の住民からの支援も、利用者が友人や地域住民とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入します。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。

### ○サービス事業または予防給付の内容

生活機能の低下を予防するために利用することが適切と判断されたサービス等を記入します。

## 《サービス選択に当たっての留意事項》

---

- 介護予防サービスについては、利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った短期・集中的なサービスとなるようケアマネジメントを行う必要があります。
  
- 「一般介護予防事業」等を介護予防ケアプランに積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活性化や社会と関わる機会を提供し、生活機能の改善を図ります。
  
- 「訪問型サービス」については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族等による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策などのサービスが利用できない状況がある場合に、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパー等への依存関係を生みやすいことや自立を損ねる恐れがあることから、「本人のできることはできるだけ本人が行う」ことを基本とします。
  
- また、福祉用具の利用に当たっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供されるなどの適切な介護予防ケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査する必要があります。（P16 参照）
  
- 介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動するという認識を持つ必要があります。例えば、「通所型サービス」と「訪問型サービス」を利用している人であれば、「通所型サービス」で身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を更に生かせるよう「訪問型サービス」やセルフケアの内容を変更していく必要があります。
  
- 「利用者本人の意思」を尊重するからといって、介護予防に効果があると思われるサービスを、単にやりたくないという理由だけで組み込まないことや、希望しているサービスのみを提供することは、適切なケアマネジメントとは言えません。また、サービスの効果が上がらない理由を単に利用者の意欲が不足しているということのみに帰することも不適切です。利用者の意欲を引き出すことやサービスが適切であるか評価することは介護予防ケアプラン作成者の重要な役割であり、サービス事業者の役割でもあります。
  
- 専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者やその家族の希望のみを優先してサービスの導入を決定することがないよう、適切なケアマネジメントを実施する必要があります。

## サービス担当者会議

### 《位置づけと目的》

---

■サービス担当者会議は、以下の4点を主な目的として開催します。

- ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解する
- ②公的サービス・地域のインフォーマルサービスなどについて情報共有をし、その役割を理解する
- ③利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画などを**それぞれの専門的な見地から協議する**
- ④介護予防ケアプランにおける共通の目標を達成するために必要な、**利用者や家族・サービス提供事業者等の役割を相互に理解し、連携を図る**

■サービス担当者会議は、原則として介護予防ケアプラン作成・変更時に開催し、利用者の状況等の情報共有と担当者の専門的見地からの意見を求めます。

■サービス担当者会議の開催は、ケアマネジメント類型により省略可能な場合もあります。その場合も、サービス事業者等と利用者の状態を共有するなど、積極的に連携を図ることが重要です。

### 《会議の構成員》

---

■構成員としては、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

#### ＜留意点＞

サービス担当者会議の出席者については、利用者や家族に対する個人情報等の秘密をもらすことがないように、必要な措置をとることが求められます。特に、閉じこもりやうつのおそれがある場合などには、インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援者として重要な役割を果たすため、サービス担当者会議に出席することも想定されますが、この場合には、インフォーマルサービスの支援者も守秘義務が求められます。

■介護予防ケアプラン作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討や今後の支援につなげられるように参加者を選定します。

### 《会議の開催時期と内容》

---

#### 1) 介護予防ケアプラン作成時（更新時を含む）

介護予防ケアプラン作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- ①利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ②サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③各サービス提供・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（目標・サービス内容変更等による介護予防ケアプラン変更時等）

利用者や家族・介護予防ケアプラン作成者・サービス事業者・主治医等のいずれかにより、提供されているサービスが介護予防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、利用者の

状態等に変化があり、介護予防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。

## 《開催方法》

---

- 介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催目的を利用者やその家族とサービス事業者等に伝え、開催についての了解を得ます。
- 会議の場は、利用者の自宅やサービス事業所内、主治医の診療所、あんしんすこやかセンター等、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

## 《会議の進め方》

---

- 介護予防ケアプラン作成者等が主催者となり、サービス担当者会議の目的を達成するために、作成者が提示した介護予防ケアプランの原案について、各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランを最終決定します。
- 介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

### ＜サービス担当者会議開催上の留意点＞

- 利用者・家族にわかりやすい言葉を使用し（専門用語を使用しない）、利用者・家族の思いを引き出せるよう働きかけることが重要です。
- 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介護予防ケアプランを作成することが大切です。サービス担当者会議でもその意見を踏まえた検討を行う必要があります。意見の確認方法として、受診時の同行や休診時間に主治医に意見照会を行う、訪問診療のタイミングに合わせて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。
- 利用者・家族を含む、参加者全員に開催目的や必要性を事前に周知し、決められた時間内で、参加者全員が発言できるようにします。  
やむを得ず書面照会のみとなった場合においても、書面照会となった理由および照会した結果、介護予防ケアプラン作成者が考察した内容を介護予防サービス・支援経過記録に記入しておく必要があります。

## 《会議の記録》

---

- サービス担当者会議の内容や出席者、利用者、関係機関等との連絡や相談内容を「介護予防サービス・支援経過記録」に記載します。

## モニタリング

### 《位置づけと目的》

■モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、支援が介護予防ケアプランどおり実行できているか、また支援そのものが適切であるのかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

#### ＜モニタリングの視点＞

- ①利用者の生活状況に変化がないか。
- ②介護予防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個々のサービス等の提供やその内容が、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。
- ⑤その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

### 《実施方法》

■モニタリングは、定期的に利用者宅への訪問等を行い、利用者自身への意見聴取により実施します。電話や訪問等により、**必ず利用者本人に対して**行う必要があります。

■また、利用者やその家族との日常的な連絡調整、サービス事業者からの報告・連絡や主治医との連携等を通じ、幅広く情報を収集します。

■これらの実施状況については、「介護予防サービス・支援経過記録」に随時内容を記載します。  
運営基準（第三十条十六）には、モニタリングについて下記のように規定されています。

#### モニタリングの実施規定

- イ 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三月に一回、利用者に面接すること。
- ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から三月毎の期間（以下この号において単に「期間」という。）について、少なくとも連続する二期間に一回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することが出来る。
- (1)テレビ電話装置を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
  - (2)サービス担当者会議等において、次にあげる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
    - (i)利用者の心身の状況が安定していること。
    - (ii)利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。

(iii) 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

- ハ サービスの評価機関が終了する月及び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。
- ニ 利用者の居宅を訪問しない月（口ただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）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百七条第一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、当該面接が出来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。

#### 《実施時期・頻度》

■ケアマネジメント類型により、モニタリングの間隔を空けて行うことや、省略する場合があります。省略する場合においても、利用者の健康状態、生活状況などに応じて、モニタリングを実施または利用者から連絡が入る体制を整えておく必要があります。

##### ●介護予防支援業務およびケアマネジメント従来型

運営基準（第三十条十六）のモニタリングの実施規定（P32 参照）に基づいてモニタリングを行います。（少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録）

##### ●ケアマネジメント簡易型

少なくとも三月に 1 回、モニタリングを行い、その結果を記録します。サービス開始から六月目に一回、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、利用者に面接する必要があります。

##### ●ケアマネジメントセルフ型

モニタリングは必須としません。利用者の健康状態、生活状況などに応じて、状況把握に努めることや、利用者や家族またはサービス事業者等から、連絡が入る体制を整えておくようにしてください。

■テレビ電話装置その他通信機器を活用したモニタリングが可能です。（介護予防支援業務及びケアマネジメント従来型）

但し、少なくとも連続する二期間に一回は利用者の居宅を訪問して下さい。

## 評価

### 《目的》

- 介護予防ケアプラン作成者は、モニタリングやサービス事業者等からの報告等を基に、一定期間後に各利用者の状態を評価します。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後の介護予防ケアプランを見直すことにより、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

#### <評価の視点>

##### ・ケアプラン自体の評価

根拠のあるケアプランだったか？ケアプランが有効に作用したか

##### ・サービスの評価

ケアプランに沿ったサービス提供がされているか

##### ・本人の評価

生活機能の向上が図れたか？目標とする生活にどれだけ近づいたか

### 《評価の実施方法》

- 評価を行う際には、利用者の状況を適切に把握し、利用者や家族の意見を聴取する必要があるため、利用者宅を訪問して行う必要があります。
- 介護予防ケアプランを変更・終了する際には必ず評価表の作成を行います。変更時には、評価の結果を新しい介護予防ケアプランに反映させます。
- サービス事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果からは、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握することができます。これらを集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

#### <留意点>

- ・ 日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目した評価を行います。
- ・ 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して地域の一般介護予防事業やインフォーマルサービスを活用するかどうかを検討します。
- ・ 目標が達成されない場合は、目標設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し原因を一緒に考えます。
- ・ 利用者・家族と介護予防ケアプラン作成者がともに評価し、利用者・家族にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にします。

- 委託を受けた居宅介護支援事業者の介護支援専門員も同様に、評価を行い、その結果をあんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）に報告・相談の上、今後の方針を決定します。

## 《評価の反映》

---

■評価の結果をもとに今後の方針を検討し、より利用者にとって適切なものとなるよう介護予防ケアプランの見直しを行います。評価の内容はケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用します。評価を踏まえて、次の目標や支援内容を設定し、利用者の思う自立した生活に段階的に近づけていくことが必要です。

■利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、介護が必要な状態から自立までの状態変化に応じたサービス移行（介護給付や予防給付、サービス事業、一般介護予防事業、自立）があり得ることをあらかじめ説明しておくことが各制度の円滑な利用に当たって大切です。

## 《関係機関との連携の必要性と目的》

- 円滑かつ効果的にケアマネジメントを実施していくためには、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関、地域の関係者などとの連携が不可欠です。

### サービス事業者との連携

- 介護予防ケアプラン作成者は、利用者からの情報収集の重複を抑制するとともに、サービス事業者との情報の共有化を図り、支援を行うにあたっての共通の目標やそれぞれの役割を理解して活動できるようにする必要があります。

### 主治医との連携

- 医師との連携は、高齢者の状態をアセスメントする上でとても重要です。利用者に安全にサービスを提供するため、医学的な所見から利用者の健康状態を確認したうえで、適切なサービスを決定する必要があります。
- 要支援認定の主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供への過程において、主治医との連携は重要になります。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスを介護予防ケアプランに位置づける場合には、医師による指示が必要です。
- 高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、疾患によっては、主治医意見書を作成した医師以外の医師にも確認を取る場合があります。
- 事業対象者は、要介護等認定を経由していないため主治医意見書はありません。アセスメントの結果、通所型サービスの利用が望ましいと判断された場合は、介護予防ケアプラン作成者は「健康状態確認シート」を用いて健康状態のスクリーニングを行います。主治医に健康状態を確認する必要があると判断された方は、主治医からの利用の可否の判断や留意点を確認したうえで、介護予防ケアプランを作成し、サービス利用を開始する必要があります。
- 主治医の意見を踏まえて作成した介護予防ケアプランは、意見を求めた主治医に対し、介護予防ケアプランを交付する等の連携を行うことも重要です。

### 保健・医療・福祉関係機関等との連携

- 地域の保健・医療・福祉関係機関や地域の関係者など様々な社会資源や制度を必要に応じて連携することが必要です。

7図表 介護予防ケアマネジメント実施時期について（例 介護予防ケアプラン期間が1年の場合の考え方） ○：必須 △：必要に応じて実施

類型	必要なプロセス	サービス種別	サービス提供前	サービス提供開始月	サービス提供期間												
					2月 (翌月)	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月 (評価月)		
介護予防支援 ケアマネジメン 上従来型	※介護予防支援業務にかかる 運営基準に準ずる ■アセスメント ■ケアプラン原案作成 ■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 ■モニタリング ■評価	■予防給付 サービス ■介護予防 訪問サービス ■介護予防通所 サービス※1	○	○	← 1 回訪問 →	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					← 前回訪問から三月以内に訪問 →	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ケアマネジメン 上簡易型	■アセスメント ■ケアプラン原案作成 (フレイル改善通所サービスはマイ・ケ アプラン(1)のみ) ■サービス担当者会議 または、連絡・連携 ⇒利用者への説明・同意 ⇒ケアプラン確定・交付 ■モニタリング ■評価	■生活支援 訪問サービス ■介護予防通所 サービス※2	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ケアマネジメン 上セルフ型	■アセスメント ■ケアマネジメント結果 【マイ・ケアプラン(1)】作成 ⇒利用者への説明・同意 ⇒提供者へ情報提供	■住民主体 訪問サービス ■一般介護 予防事業	△※3	△※3	△※3 (評価月)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※1 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上または、障害高齢者の日常生活自立度A以上の方  
 ※2 認知症高齢者の日常生活自立度がⅠかつ、障害高齢者の日常生活自立度がⅠまたはⅡの方  
 ※3 本人やサービス提供者等が集まって開催するサービス担当者会議は省略可能だが、サービス開始にあたって必要な情報の共有など、関係期間との連携を図る。

令和6年6月差し替え

## 指定居宅介護支援事業者への業務委託

### 《業務委託の範囲》

---

- あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）は、介護予防支援または介護予防ケアマネジメント業務の一部を指定居宅介護支援事業者（介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業者も含む）に委託することができます。
  
- 利用者が従前介護給付を利用していた場合等に、同じ指定居宅介護支援事業者に引き続き、予防給付やサービス事業に係る利用計画の作成を依頼できるようにすることで、介護給付と予防給付またはサービス事業の移行を円滑に行うことができます。
  
- 指定居宅介護支援事業者へ委託できるのは、介護予防支援業務と、介護予防ケアマネジメントのうち従来型および簡易型の類型です。
  
- ただし、フレイル改善通所サービスのみを利用する方の介護予防ケアプラン作成は、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）において担当します。
  
- ケアマネジメントセルフ型についても、一般介護予防事業などのインフォーマルサービスを活用するため、地域情報を把握しているあんしんすこやかセンターにおいて担当します。

### 《業務委託の要件》

---

- 業務を委託できる指定居宅介護支援事業者の要件として、基本的には中立性・公正性が担保され、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの業務を円滑に遂行できる能力のある事業者であることが必要です。
  
- 神戸市内に居住する、被保険者の介護予防支援および介護予防ケアマネジメント業務を受託する市内外の介護予防ケアプラン担当者は、「神戸市介護予防支援業務従事者証」を保有する必要があります。業務を委託する際には、委託元であるあんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）が、本従事者証の有無を確認する必要があります。

### 《業務委託に際しての留意点》

---

- あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）は、委託先の指定居宅介護支援事業所が業務を適切に行っているかについて確認することが必要です。具体的には、委託事業者が作成した介護予防ケアプラン原案の適切性や内容の妥当性の確認を行い、助言します。

その際、介護予防ケアマネジメントの視点からは以下の指標が考えられます。

- ① 生活機能低下の現状と背景を捉えているか。
- ② 利用者や家族の認識や意向の把握は正確か。
- ③ 課題は要支援・要介護状態に陥る可能性の予測から導かれているか。
- ④ 目標は、利用者や家族の意向も踏まえた、具体的なものになっているか。
- ⑤ 具体策は、目標達成の手段として効果的・効率的であるか。

■その他の確認方法としては、評価表・支援経過記録の確認や、適宜サービス担当者会議への出席・同行訪問などがあります。

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表

	帳票名称	保管の状況		契約終了時の居宅の取り扱い*1
		地域包括支援センター	居宅介護支援事業者	
様式1	認定結果の連絡票	写	原本	廃棄処分
	利用者基本情報	原本	写	センターへ返還
	基本チェックリスト（事業対象者のみ）	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	主治医意見書	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	認定調査票	原本	写：赤スタンプ	センターへ返還
	健康状態確認シート	原本	写	廃棄処分
	マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）	原本	写	廃棄処分
	生活状況を把握するためのアセスメントシート	原本*2	写	廃棄処分
	週間計画表		原本	廃棄処分
	介護予防サービス・支援経過記録 （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	センターへ返還
様式2	サービス提供事業者の評価連絡票		原本	廃棄処分
	介護予防サービス・支援評価表	原本	写	廃棄処分
	サービス利用票・別表（予定）	写 初回・サービス変更時のみ受理*3	原本	廃棄処分
	サービス利用票・別表（実績入り）	写	原本	センターへ返還
	サービス提供票（予定）		原本	廃棄処分
	サービス提供票（実績入り）		原本	センターへ返還
様式3-1	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書	原本	写	居宅で保管
様式3-2	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書	原本	写	居宅で保管
様式4	委任状（必要な場合のみ使用）	原本	写	居宅で保管
	介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書（市の確認通知等）	写	原本	センターへ返還

\*1 契約終了時の取り扱い

居宅介護支援事業所は委託業務が終了次第、個人情報の取り扱いに関する契約に基づき帳票類はセンターへ返還するか、または廃棄処分を実施する必要がある。

\*2 アセスメントシートは3回目まで記載ができることから、1～2回目までは委託先の居宅介護支援事業者が原本を保管し、あんしんすこやかセンターへ写を提出する。3回目記入後、シートの原本をあんしんすこやかセンターに提出する。

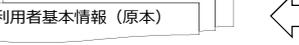
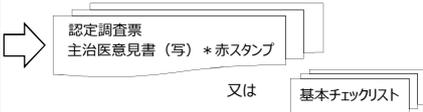
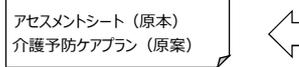
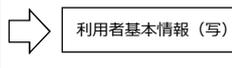
\*3 初回・変更時のみ受理

月額定額サービスのみ利用の場合は、初回・サービス変更時のみ受理でよい。

月額定額サービスでないサービスを利用の場合は毎月の受理が必要。

### 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

事業の流れ	地域包括支援センター (以下、「センター」と略す。)	一部委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者
0. 連絡表による情報提供		○担当している利用者が更新・変更申請で新たに「要支援1・2・非該当(自立)」の認定結果を受けた場合は、利用者に同意を得たうえで、連絡票に必要事項を記入しセンターへ連絡する。FAX利用可。	
0. 基本チェックリストの実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>☆利用者本人へ制度説明の上、対面にて基本チェックリストを聞き取る。</li> <li>☆判定結果の説明を行う。</li> <li>☆(事業対象者に該当した場合)介護保険課に①基本チェックリスト②被保険者証③介護予防ケアマネジメント依頼届出書を送付。保険者が最終判定を行う旨説明する。</li> <li>☆利用申込者に預り証・基本チェックリスト(本人控)を渡す。</li> <li>☆事業対象者と印字された被保険者証が本人宛に届くこと、届き次第センターへの連絡を促す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○要支援相当の方で、基本チェックリストの相談を受けた場合は、利用者に同意を得た上で、センターへの連絡と居所の地域を担当するセンターを案内する。</li> <li>☆本人から、被保険者証が届いたと連絡を受けた場合は、センターへ連絡する。</li> </ul>	
1. 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> <li>○被保険者証を確認する。</li> <li>●利用申込者に預り証を渡す。</li> <li>●利用申込者に介護予防サービス計画作成依頼届出書への必要事項の記入を求め、被保険者証とともに神戸市へ送付する。</li> </ul>		
2. 契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用申込者にサービス利用契約書と重要事項説明書を交付、説明し同意を得る。</li> <li>●次回申請に備え、申請代行依頼書に同意署名をいただいとよい。</li> <li>○利用者の希望する居宅が受託可能かどうかを確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○委託契約書にて居宅と契約締結する。</li> </ul> <p>*なお契約期間内は同一の事業者間で2人目の介護予防ケアプラン作成時の再契約は不要。</p>	
3. 利用者基本情報の作成と主治医意見書等の入手	<ul style="list-style-type: none"> <li>●センター名を赤スタンプで押印した認定調査票(写)及び主治医意見書(写)を居宅へ渡す。</li> <li>☆センター名を赤スタンプで押印した基本チェックリスト(センター控)(写)を居宅に渡す。</li> </ul> 	 <p>又は</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●認定調査票(写)及び主治医意見書(写)の内容を確認する。</li> <li>☆基本チェックリスト(写)の内容を確認する</li> </ul>	
4. アセスメントの実施 介護予防ケアプラン原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>○必要な場合、利用者基本情報に追加記入する。利用者の同意署名は不要。(利用者との契約時に個人情報使用への同意を得ているため)利用者基本情報(写)を居宅に渡す。</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者基本情報を作成する。(ただし、新規申請代行をセンターが実施している場合、または事業対象者の場合は、センターが作成する。)センターへ利用者基本情報(原本)を渡す。</li> <li>○アセスメントシートを用いて、アセスメントを実施した後、利用者と調整し合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画表(以下、介護予防ケアプランという。)原案を作成しアセスメントシートと一緒にセンターに渡す。</li> </ul> 	
5. 介護予防ケアプラン原案の承認	<ul style="list-style-type: none"> <li>○アセスメントシート及び介護予防ケアプラン(原案)が適切に作成されているか内容が妥当か確認する。</li> <li>○ケアマネジメント類型を確認する。</li> <li>○介護予防ケアプラン(原案)のセンター名欄に確認日を記入し確認者が押印する。</li> <li>※センターは受け取り次第確認し、居宅へ返却。</li> </ul>		

(留意点) 介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書(市の確認通知等)がある場合は、介護予防サービス・支援経過記録(写)の提出と合わせてセンターは例外規定に関する文書の(写)を受領し居宅は(原本)を保管する。委託契約による介護予防支援業務の終了時に(原本)をセンターへ渡す。

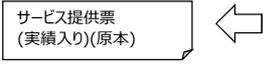
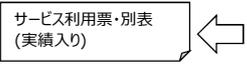
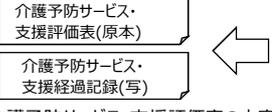
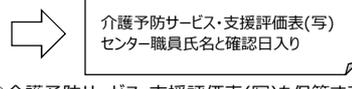
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れは基本的なパターンを示して居ます。 ○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「センター」と略す。)	一部業務委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者																		
6. サービス担当者会議	○サービス担当者会議に適時参加する。	○サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。 (目標を共有し、役割分担を確認する。) ○介護予防ケアプランについて、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する。 ○介護予防ケアプランに、必要な修正を加え計画を最終的に決定する。 〈介護予防サービス・支援経過記録記入〉	○サービス担当者会議に参加する ○専門的見地から、意見を述べる ○介護予防ケアプランについて共通理解の上、サービス利用頻度や内容等を決定する。																		
7. 介護予防ケアプランの説明・同意		○介護予防ケアプランの内容を利用者及び家族に説明、同意を得る。 (利用者の署名は必要。自署の場合㊦の省略可。)																			
8. アセスメントシート及び介護予防ケアプランの提出	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                     ・アセスメントシート(写)                      ・介護予防ケアプラン(原本)                      利用者のサイン入り                      センター職員確認日と確認者印入り                 </div> ○アセスメントシート(写)と介護予防ケアプラン(原本)を保管する。 ※アセスメントシート3回目記入後は(原本)を提出してもらい、センターに保管する。	○介護予防ケアプランの複写を必要分行う。センターへ(原本)を渡す。 ○アセスメントシートの1から2回目は(写)をセンターに渡す。 ※アセスメントシートを3回目まで記入した後はシート(原本)をセンターに渡し(写)を保管する。 ○介護予防ケアプラン(写)を保管する ○利用者及びサービス担当者等に介護予防ケアプラン(写)を渡す。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     介護予防ケアプラン(写)                      利用者のサイン入り                      センター職員確認日と確認者印入り                 </div>	○介護予防ケアプラン(写)を保管する。																		
9. 週間計画表またはサービス利用票・別表(予定)を利用者へ渡す		○各サービス事業者からの連絡を基にサービス利用票・別表(予定)を作成する。 ○月額定額サービスのみ利用の場合、利用者へ渡す様式は、週間サービス表でも可能とする。(初回とサービス変更時でよい) ○月額定額サービス以外を利用の場合、利用票・別表(予定)を利用者に毎月渡す。	○事前アセスメント 介護予防ケアプランやサービス担当者会議の結果を踏まえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い、必要なサービスにおいては「個別サービス計画書」を立てる。 ○「個別サービス計画書」について居宅に連絡する。																		
10. サービス利用票・別表(予定)をセンターへ提出する。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                     サービス利用票・別表(予定)                      (利用者確認印不要)                 </div>	○センターへサービス利用票・別表(予定)(利用者確認印不要)を送付する。 ・月額定額のサービスのみ利用の場合は、初回とサービス変更時のみの送付でよい。毎月の送付は不要。 ・月額定額のサービス以外を利用の場合、利用票・別表(予定)をセンターに毎月送付する																			
11. サービス提供票の送付		○サービス提供票をサービス提供事業者に送付する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">                     サービス提供票                 </div>																			
12. 介護予防サービスの利用		○サービス利用開始後、利用者及びサービス事業者へサービス利用状況を確認・調整する。 〈介護予防サービス・支援経過記録記入〉	○サービスの実施 個別サービス計画に基づき、サービス提供を行う。必要に応じて、個別サービス計画書を見直し変更が生じた場合は居宅へ連絡する。 ○モニタリング・報告 サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともにその結果を居宅に報告する。																		
13. モニタリング ※類型により異なる	<例> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>開始月</td> <td>2月</td> <td>3月</td> <td>4月</td> <td>5月</td> <td>6月</td> <td>7月</td> <td>～</td> <td>評価月</td> </tr> <tr> <td>訪問</td> <td>三月に1回</td> <td>三月に1回</td> <td>訪問※</td> <td>訪問</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>訪問</td> </tr> </table> <介護予防支援・ケアマネジメント従来型の場合> ※テレビ電話装置等の活用が可能(条件による) 訪問しない月はサービス事業所での面接や電話を行う	開始月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	～	評価月	訪問	三月に1回	三月に1回	訪問※	訪問				訪問	○ケアマネジメント類型に沿った、モニタリングを実施すること。 〈介護予防サービス・支援経過記録記入〉	
開始月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	～	評価月													
訪問	三月に1回	三月に1回	訪問※	訪問				訪問													

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「センター」と略す。)	一部業務委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う(以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者
14. サービス提供票 (実績入り)の提出		 <p>おおむね翌月 2 日まで</p>	○サービス提供票 (実績入り)を作成し、居宅へ渡す。
15. サービス利用票・別表 (実績入り)の提出	 <p>翌月 5 日まで</p>	○サービス提供票(実績入り)をもとにサービス利用票・別表(実績入り)を作成し、1部を保管し1部をセンターへ送付する。	
16. 給付管理	○毎月 10 日までに給付管理票を作成し 国保連に提出する。		
17. 委託料請求	○委託料請求書と請求明細書の原本を保管する。 必要時、委任状(原本)を保管する。	○委託料請求書か請求明細書の(原本)をセンターに渡し(写)を保管する。 ○委託料契約書の契約印と委託料の請求印を別にする時は、委任状(原本)をセンターへ提出し(写)を保管する。	様式3-1 様式3-2 様式4 (必要時のみ)
18. 評価と介護予防支援 経過記録の提出	 <p>○介護予防サービス・支援評価表の内容について確認し、確認日と確認者の氏名を記入する。必要な場合のみ意見欄に意見を記入し、(原本)を保管し(写)を居宅へ渡す。 ○介護予防サービス・支援経過記録(写)を保管する。</p>	○介護予防ケアプラン終了毎に(おおむね 6 か月から 1 年に 1 回)、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援・サービス評価表に記入してセンターへ渡す。 ○介護予防サービス・支援経過記録(写)をセンターへ渡し、(原本)を保管する。  <p>○介護予防サービス・支援評価表(写)を保管する。</p>	様式2 ○サービス提供事業者 評価連絡票を使用して報告してもよい。 事業社独自の既存の様式がある場合、それを使用してもよい。
19. 利用者、サービス提供事業者との日常の連絡・調整		○随時対応し、介護予防ケアプランの変更がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。 (特にフレイル改善通所サービスの利用希望があった場合) ●変更申請等を行う場合は必ずセンターへ連絡する。	
20. 更新申請代行	●原則センターが神戸市へ認定申請書の提出をする。	●認定申請書への記入(本人署名含む)及びセンターへの提出に協力してください。 ●利用者の希望や変更申請等で居宅が申請代行をした場合はセンターへお知らせください。	
21. 委託契約による介護 予防支援業務・介護 予防ケアマネジメント終了時	○居宅より別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとおり、帳票類を回収する。	○別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとおり、センターへ以下の帳票類を返却する。 ・認定調査票(写) * 赤スタンプ付 ・主治医意見書(写) * 赤スタンプ付 ・基本チェックリスト(写) * 赤スタンプ付(事業対象者のみ) ・利用者基本情報(写) ・アセスメントシート(原本) ・介護予防サービス・支援経過記録(原本) ・サービス利用票・別表(実績入り)(原本) ・サービス提供票(実績入り)(原本) ○以下の書類は居宅で廃棄処分とする。 ・アセスメントシート(写) ・介護予防ケアプラン(写) ・介護予防サービス・支援評価表(写) ・健康状態確認シート(写) ・医師意見書(写) ・サービス提供票(予定) ・週間計画表	

(留意点) 介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書(市の確認通知等)がある場合は、介護予防サービス・支援経過記録(写)の提出と合わせてセンターは例外規定に関する文書の(写)を受渡し居宅は(原本)を保管する。委託契約による介護予防支援業務の終了時に(原本)をセンターへ渡す。

## 個人情報保護についての留意点

■介護予防ケアプラン作成者は、利用者の心身の状況や、家族の状況等を幅広く知りうる立場にあります。その情報管理には、万全を期することが求められます。

■運営基準（第二十二條）には、秘密の保持について下記のように規定されています。

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  
(平成十八年三月十四日)(厚生労働省令第三十七号)

(秘密保持)

第二十二條 指定介護予防支援事業所の担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定介護予防支援事業者は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、サービス担当者会議（第三十條第九号に規定するサービス担当者会議をいう。）等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかななければならない。

※一部業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員にも、同様に秘密の保持が課せられます。

### ポイント（確認例）

- ・ 正式な書類の用紙に、裏紙を使用していないか。
- ・ 個人情報の記載された紙を裏紙に使用していないか。
- ・ ケース記録の自宅への持ち出しをしていないか。持ち出しの必要があるときは、管理者の許可を得ているか。
- ・ 個人情報の記載された書類は適切に保管しているか。（鍵のかかる棚などへ保管しているか）
- ・ 廃棄文書の取り扱いは適切にできているか。（保管・処理方法等）
- ・ 同法人で複数の事業所がある場合の書類の保管方法が適切であるか。（別の事業所のものが、書類を見ることができない状況ではないか。）
- ・ 個別対応のメモの管理が適切であるか。
- ・ パソコンのウイルス対策を実施しているか。
- ・ パソコンの個人情報の保護について対策をおこなっているかどうか。（パスワードの設定、外部接続媒体の使用ルールを定めている等。）
- ・ 個人情報の入っているパソコンをインターネットに接続していないか。

## 介護予防ケアプラン等の自己作成(セルフケアプラン)について

■予防給付におけるケアマネジメント(介護予防支援業務)は、利用者があらかじめ自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について神戸市が専門的な見地から確認を行った場合には、当該介護予防ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みを設けています。

■サービス事業のみを利用する利用者に対する介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として、地域包括支援センターによって行われるものとされており、指定介護予防支援事業者により行われる指定介護予防支援とは異なります。国のガイドラインにおいては、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されていません。

予防給付においてセルフプランを作成されていた方が、サービス事業のみを利用する場合は、あんしんすこやかセンターによる介護予防ケアマネジメントに移行してください。

## 第3章 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

### 様式作成の背景

- 介護保険制度の基本理念でもある「自立支援」の観点から、利用者の生活の質（QOL）の維持・改善に向けた介護予防ケアマネジメント及びサービス提供がなされる必要があります。できる限り要介護状態にならない、あるいは要介護度の悪化を防ぐとともに、軽度者に対するサービスの効率化を図ることが、ひいては給付の効率化・重点化につながるようになります。
- その要は、適切な介護予防ケアマネジメントの実施に尽きると考えられます。
- 神戸市では、適切な介護予防ケアマネジメントの質を担保するとともに、業務を効果的に行うことができるよう支援するため、介護予防ケアマネジメント関連様式を定めました。
- 平成 29 年度からの総合事業でのサービスの多様化により、利用者一人一人の状態に合ったきめ細やかなケアマネジメントが必要とされることから、あんしんすこやかセンターへのアンケートやセンター職員等を中心としたワーキングチームにおいて検討を行い、より利用者の自立支援を重視した様式への改訂を行いました。
- それまでの介護予防ケアプランの課題として、専門職が利用者のために記載している介護予防ケアプランであったにもかかわらず、利用者にとっては専門的で難しく、ケアプランを交付しても、評価のときには、目標や内容を忘れていたということがあげられました。
- 介護予防ケアプランの「マイ・ケアプラン」という名称は、これからの高齢者像を想像し、自立支援の観点から利用者に「マイ・ケアプラン」が、介護予防に取り組む利用者本人のためのケアプランだということが伝わるものにしたいという思いで、平成 27 年度の介護予防ケアマネジメント検討ワーキングにおいて名づけられました。

## 関連様式の特徴

■介護予防ケアマネジメント関連様式は以下の6つです。

- ①利用者基本情報
- ②生活状況を把握するためのアセスメントシート
- ③マイ・ケアプラン(1)(2) (介護予防サービス・支援計画表)
- ④介護予防サービス・支援評価表
- ⑤介護予防サービス・支援経過記録
- ⑥健康状態確認シート

■様式を作成するに当たっては、次の5つのポイントに留意して作成しました。

- ①利用者主体のケアマネジメントプロセスの確立
- ②「生活主体」のケアマネジメントの確立
- ③利用者本人の可能性を最大限に引き出す積極的ケアマネジメントの実現
- ④地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現
- ⑤明確な目標設定と事後の評価の実施

■本マニュアルに掲載した関連様式について、以下の特徴があげられます。

①本マニュアルで示す様式は国の標準書式例をもとに、神戸市が作成したものです。神戸市における介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、この書式に統一します。

②介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの様式は、以下の理由等から共通の様式としています。

- ア. 利用者が生活機能の変化により両制度を行き来する可能性があること
- イ. 介護予防ケアマネジメントにおける情報の一貫性・連続性の確保
- ウ. あんしんすこやかセンターにおける両制度の一体的運営への配慮

※ 介護予防ケアマネジメント関連様式は、神戸ケアネット(神戸市の介護保険のページ)からダウンロードが可能です。

## 利用者基本情報

- 利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートといわれるものであり、利用者の置かれている状態の全体像を客観的な情報を中心にして簡易に把握するための項目をとりまとめたものです。基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めることが大切です。
- 利用者基本情報は、初回にすべて聞きとって埋める必要はなく、支援する過程で新たに入手した情報を追記していきます。また、情報に変更があった場合には修正を加えるなど、常に新しい情報を記載する必要があります。
- 作成時には、この情報がサービス事業者などの関係者へ必要時に提供されることについて、利用者から同意を得ておく必要があります。しかし、利用者とあんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）が契約する際、個人情報の第三者提供に関する同意を得ている場合は、利用者基本情報裏面での署名は不要とします。
- 介護予防ケアプラン作成時には、アセスメントの一環として利用者から情報を聴取することが基本です。場合によっては、利用者基本情報を利用者自身に記入してもらうことも想定されます。
- 《介護予防に関する事項》の欄は、生活機能の低下や活動範囲の縮小が起きている要因を把握するものであり、特に「今までの生活」や「趣味・楽しみ・特技」は、利用者の目標設定に活用できる情報としても重要です。

※あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）においては、介護予防支援業務等だけではなく、総合相談や権利擁護など他事業においても、初回に利用者に関わった時点で利用者基本情報を作成します。

### 【利用者基本情報番号について】

相談記録としての利用者基本情報を整理するために、利用者基本情報番号を下記の要領で決定します。

★10桁番号（数字のみ）とする

NO.	①	②	③	④
	××	××	××	○○○○
	区番号	センター	作成年度	センターで番号を決定する 番号

①区の番号：

東灘区：20 灘区：21 中央区：22 兵庫区：24 長田区：25

須磨区：26 垂水区：27 北区：28 西区：29

②センター番号：2桁のあんしんすこやかセンター番号 ※指定介護予防支援事業者（居宅）：00

③作成年度：西暦の下の2桁を使う。【例：2020年2月→19】

④センターで番号0001～9999を決定する。

ただし、センターで一般高齢者、事業対象者、要支援者、要介護者の区分管理をしてください。

## 【利用者基本情報の記入の仕方】

### 利用者基本情報（表面）

#### ① 「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。※P 48 参照

一部業務委託を受けた指定居宅介護支援事業所は、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）より番号を取得する。

#### ② 「作成担当者」「作成日」欄

利用者基本情報を作成した担当者の氏名と利用者基本情報作成（更新）日を記載する。

### 《基本情報》

#### ③ 「相談日」欄

初回の相談日で、この利用者基本情報の内容を得た年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回、再来の相談かに○で囲み、再来の場合は、前回の相談日が分かれば記載する。

相談者が利用者本人以外の場合は、相談者の氏名と続柄を記載する。

#### ④ 「本人の現況」欄

本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

#### ⑤ 「本人氏名」欄

利用者名（フリガナ）および性別、生年月日と年齢を記載し、介護保険被保険者証と一致していることを確認する。

#### ⑥ 「住所」「電話番号」欄

利用者の「住所」を記載する。現在居住している居住地と住民票の住所地が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

利用者自宅の電話番号や、携帯電話番号と FAX 番号をわけて記載する。

#### ⑦ 「日常生活自立度」欄

「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援等認定の主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、介護予防ケアプラン作成者が、利用者の状態に該当するものに○印を付ける。

事業対象者は、判定基準を確認し、介護予防ケアプラン作成者が判定し記載する。

#### ⑧ 「認定・総合事業情報」欄

利用者の認定の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。

基本チェックリストを実施した場合は、事業対象の「該当」・「非該当」のいずれかを○で囲み、あんしんすこやかセンターで基本チェックリストを実施した日を「基本チェックリスト記入日」に記載する。

事業対象者または要支援認定の有効期間と前回の介護度、介護保険負担割合を記載する。

#### ⑨ 「障害者等認定」欄

障害等の種別について○印で囲む。

障害等級等、そのほか、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩「本人の住居環境」欄

住居形態やエレベーターや自室の有無など、該当するものについて○印で囲む。  
また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪「経済状況」欄

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫「住所 連絡先」「続柄」欄

来所者または相談者の住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

⑬「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を確認し、記載する。高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。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の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、自宅の他に携帯電話や家族の職場等、緊急時、確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

⑭「家族構成」欄

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○で囲む。

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（ジェノグラム等）。なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載する。

**利用者基本情報（裏面）**

《介護予防に関する事項》

この情報は、介護予防ケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に必要な情報を記載する。

⑮「今までの生活」欄

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。

（職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境等）

⑯「現在の生活状況」（どんな暮らしを送っているか）欄

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや日課にしていること（散歩・園芸）等、1日の過ごし方を記載する。例えば1日テレビを見ながら横になっていることが多いなどは、上段に記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

「趣味・楽しみ・特技」

現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。

「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を書く。

⑰ 《病名・既往歴と経過》

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、利用者の主な病名と治療・服薬の状況について新しいものから順に記載する。

服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付ける。また、要支援認定の主治医意見書や事業対象者で「健康状態確認シート」で連携をした主治医または医療機関に☆を付ける。

⑱ 《現在利用しているサービス》

利用者が現在利用しているサービスについて、サービス内容と利用頻度について記載する。

サービス事業や予防給付などの介護保険等の公的なサービスと、地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われているインフォーマルサービスを分けて記載する。

⑲ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）が、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントの契約を行う際、個人情報を必要な範囲で第三者に提供することについての同意を得ている場合は、ここで利用者基本情報に同意を得る必要はない。

※ケアマネジメントセルフ型では、利用者と契約書等を取り交わさないため、ここで同意を得ておく必要がある。

## 利用者基本情報（表面）

作成担当者：

②

《基本情報》 NO. ①

作成日：令和 年 月 日

③ 相 談 日	年 月 日 ( )	来 所 ・ 電 話 その他 ( ) ----- 相談者 ( ) 続柄 ( )	初 回 再来 (前回 / )		
④ 本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 状況 ( )				
⑤ フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳		
⑥ 住 所		Tel ( ) 携帯 ( ) Fax ( )			
⑦ 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
⑧ 認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 ) 介護保険負担割合：( ) 割 基本チェックリスト記入結果： 事業対象 該当 ・ 非該当 基本チェックリスト記入日： 年 月 日				
⑨ 障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、・・・( )				
⑩ 本人の 住居環境	持ち家 ・ 借家 / 一戸建て ・ 集合住宅 ( ) 階 / エレベーター 有・無 自室 有・無 / 住宅改修 有・無				
⑪ 経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・				
⑫ 住 所 連 絡 先	続 柄	⑭ 家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)			
⑬ 緊急連絡先	氏名			続柄	住所・連絡先
		家族関係等の状況			

## 利用者基本情報（裏面）※省略可能

## 《介護予防に関する事項》

⑮ 今までの生活					
⑯ 現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

## ⑰ 《病名・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

## ⑱ 《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

⑲ あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)が行う事業の実施に当たり必要があるときは、介護保険サービス事業者、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、「利用者基本情報」の提示及び「介護予防サービス・支援計画表」の提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名(自署)

令和 年 月 日 代筆者氏名(自署) (続柄 )

※ 利用者氏名代筆の場合は代筆者氏名及び続柄についても必ず記入してください。

## 生活状況を把握するためのアセスメントシート

- 要支援者、事業対象者ともに、介護予防ケアプラン作成前のアセスメントを行う際は、「生活状況を把握するためのアセスメントシート」（以下、「アセスメントシート」という。）を用いて、各領域、生活全体の課題分析を行います。
- アセスメントシートは、介護予防ケアプラン原案作成・再作成（変更）の都度、使用（更新）し、アセスメントシートによるアセスメントによって、利用者の状態を十分把握した上で、介護予防ケアプラン原案作成に入ります。
- アセスメントシートの情報収集は、一度に全て利用者本人から聞き取るというのではなく、認定調査票、主治医意見書、面接記録などといった事前情報とサービス事業者からの情報などの活用や、利用者や家族等と信頼関係を積み重ねながら必要な情報の把握に努めます。

### 【生活状況を把握するためのアセスメントシートの記入の仕方】

- ①「利用者氏名」欄  
利用者の氏名を記載する。
- ②「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」欄  
「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づき、それぞれ要支援認定調査資料から転記を行うが、認定調査員の認定調査票と主治医の意見書の判定が異なる場合は、主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」の判定を優先して転記する。  
しかし、介護予防ケアプラン作成者がアセスメントを実施する時点において、医師の意見書の判定と利用者本人の状態に大きな違いがある場合は、各判定基準を参考に、介護予防ケアプラン作成者が現在の状態に該当するものに○印を付ける。  
事業対象者の場合は、介護予防ケアプラン作成者が、判定基準をもとにアセスメント実施時点の状態を判断し、記載する。
- ③「記入日・記入者」欄  
アセスメントシートを作成した日と介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。  
アセスメントシートを作成した日とは、アセスメントシートを利用して、課題分析を行った日である。ケアプラン評価月やケアプラン変更を必要とするような利用者の状態に変化があった際は、2回目以降として、アセスメントシートを利用し、前回との変化を確認したり、新しい情報を更新し、課題分析を行った日を記載する。その際は、いつの時点の情報かや変化が分かるよう、各回に色分けをして記載する。  
アセスメントシートの内容に大きな変更があった場合、または、4回目以降のアセスメントにおいては、新しいシートに更新し、使用する。
- ④「ご本人の主訴・意向／これからの生活についての希望」欄  
利用者の困りごと、主訴を確認し、その困りごとについてどのような意向があるのかを記載する。  
希望するサービス内容だけを聞き取るのではなく、利用者がどのような生活を送りたいと考えているのか、望む生活像についても聞き取りを行い、その人らしい、介護予防ケアプランの目標設定に活かす。
- ⑤「家族の主訴・意向」欄  
利用者支援する家族の思いや希望、意向を聞き取る。ここでは、利用者本人との思いのギャップも把握し、アセスメントを行う。

⑥ 「A 活動面について～・・・D 健康面について」チェック欄

該当するものに✓印を付ける。

⑦ 「課題・ニーズ等記載欄」欄

⑥で把握した情報を基にアセスメント領域ごとに、課題やニーズを分析し記載する。

各領域の課題やニーズを記載する欄であるが、加えて、チェック項目にない情報について、利用者の情報などを得た場合は、その内容を記載することも可能。

A：活動面について（室内外の移動方法・交通機関の利用など）

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうかなどの視点でアセスメントを行う。

B：日常生活について（家事や家庭での役割、楽しみなど）

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているか。

C：社会や人との関わりについて（仕事、地域、家族、趣味など）

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

D：健康面について（体調、病気、食事、睡眠、自己管理など）

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑧ 「E その他」欄

生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から確認し、アセスメントを行う。

⑨ 「1日の目標 1年の目標」欄

1日の目標

ここでは、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される。利用者が達成感・自己効力感を得られるような内容が望まれる。

(記載例)

毎朝、玄関まで新聞を取りに行く。

毎朝、犬の散歩を続ける。

1年の目標

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取組によって達成可能な目標とする。介護予防ケアプラン作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行う、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

(記載例)

友人と電車に乗って温泉旅行に一度は行く。

〇〇スーパーまで歩いて一人で買い物に行くことができるようになる。

⑩ 「インフォーマルサービス／自ら取り組んでいること」欄

利用者が現在利用している地域、民間の団体やボランティア、友人などによって行われているインフォーマルサービスなどについて、サービス内容と利用頻度について記載する。

また、利用者が自ら取り組まれている介護予防（健康づくり）や地域での役割、趣味活動についてもこちらに記載する。

⑪ 「1日の過ごし方」欄

起床から就寝までの普段の過ごし方（食事の時間、日課の時間など）を時系列で記載する。

⑫ 「主な週間予定」欄

1週間のスケジュールで決まっているものがあれば、記載する。

⑬ 「備考欄」欄

その他、アセスメントに必要な利用者や家族等に関する情報を記載する。

## 生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名： ① 様

②	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	初回（黒）： 令和 年 月 日 記入者： _____
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）： 令和 年 月 日 記入者： ③ _____
			3回目（青）： 令和 年 月 日 記入者： _____
ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望		④	
家族の主訴・意向		⑤	

⑥ A 活動面について：自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	⑦
歩行状況 (歩行レベル)	
転倒傾向	
移動範囲	
移動手段	
立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
室内： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
屋外： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
転倒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： )	
つますき <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： )	
<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外も可	
<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車（運転・同乗） <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

アセスメント項目	課題・ニーズ等記載欄
買い物	⑧
調理	
洗濯・洗濯物干し	
掃除	
整理整頓・ごみ捨て	
金銭管理（家計の管理）	
情報収集	
<input type="checkbox"/> 自分状況（ ）	
<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> その他（ ）	

C 社会や人との関わりについて：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる <input type="checkbox"/> その他状況 ( )	
	視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況 ( )	
	聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況 ( )	
社会参加	活動性 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ、特技がある ( ) <input type="checkbox"/> 仕事をしている ( ) <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特がない ( )	
	外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど外出しない	
	主な外出の目的 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ ( ) <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
対人関係	家族・近隣 友人・知人 との交流 状況	

D 健康面について：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われる場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
身長・体重	身長 ( ) cm 体重 ( ) kg	
病気について	病名 ( ) 既往歴 ( ) 病歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医(病院・医局名/担当医師名)(受診頻度) ① ( ) / 先生 ( 回/ 週・ 月) ② ( ) / 先生 ( 回/ 週・ 月) ③ ( ) / 先生 ( 回/ 週・ 月)	
	服薬管理 服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の情報(種類・回数など) 服薬状況 <input type="checkbox"/> 忘れず飲む <input type="checkbox"/> よく忘れる <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 介助が必要 かかりつけ薬局 ( )	

口腔・嚥下	状態（ 歯科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医（ 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯） ケアの方法（ 嚥下 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり（状況）
食生活・栄養状況	回数（ <input type="checkbox"/> 回/日） 状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 制限あり（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）
水分摂取状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない 一日摂取量【 <input type="checkbox"/> ml】 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【制限量（ <input type="checkbox"/> ） ml/日】
飲酒・喫煙状況	飲酒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 頻度（ <input type="checkbox"/> 回/日・週）量（ <input type="checkbox"/> /回） 喫煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 量（ <input type="checkbox"/> 本/日・週）期間【 <input type="checkbox"/> 】年間
適度な運動	<input type="checkbox"/> している（内容・頻度： <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> していない（理由： <input type="checkbox"/> ）
適度な休息	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <input type="checkbox"/> 睡眠状況（起床： <input type="checkbox"/> 時/就寝： <input type="checkbox"/> 時）
排泄の状況	排便【 <input type="checkbox"/> 回/日】 / 排尿【 <input type="checkbox"/> 回/日】 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
入浴の状況	頻度（ <input type="checkbox"/> 回/週・月） <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助が必要
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 食品・薬剤名等（ <input type="checkbox"/> ）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 種類（ <input type="checkbox"/> ）
物忘れの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> ）

⑧ E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
住居環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（ <input type="checkbox"/> ）階（エレベーター 有・無）	
居住状況（屋内外）	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> ） 段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> ） トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 ベッドの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： <input type="checkbox"/> ） その他（ <input type="checkbox"/> ）	
経済状況	収入（ <input type="checkbox"/> 円/月・年）主な用途（ <input type="checkbox"/> ） 介護保険負担割合（ <input type="checkbox"/> ）割 心配なこと（ <input type="checkbox"/> ） 年金（国民年金・厚生年金・障害年金・ <input type="checkbox"/> ） 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護に費やせる予算（ <input type="checkbox"/> ）円/月	
家族について	ジェノグラム： <input type="checkbox"/> キーパーソン：☆	
家族の状況		

精神的な不安 意欲低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____）	
見守りの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 家族（ _____ ） <input type="checkbox"/> 民生委員など（ _____ ） <input type="checkbox"/> 隣人・知人（ _____ ） <input type="checkbox"/> ICT見守り（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
近隣の協力者		
緊急時のSOSの発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい	
生活史 （生育歴、学歴、 職歴、嗜好など）		
1日の目標	⑨	1年の目標
インフォーマルサービス 自ら取り組んでいること	⑩	
1日の過ごし方	⑪ 	
⑫ 主な週間予定	月	
	火	
	水	
	木	
	金	
	土	
	日	
⑬ 備考欄		

## マイ・ケアプラン(介護予防サービス・支援計画表)

- マイ・ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）（以下、「介護予防ケアプラン」という。）は、利用者及び家族の意欲・意向を踏まえ、アセスメントシートを活用し、アセスメント領域毎に課題を分析した結果を基に、具体的な目標や実際の支援計画を立てるものです。
  
- 高齢者の抱える問題や課題は、身体、心理、社会・経済的背景まで相互に絡み合っていることが多く、介護予防ケアプラン作成者は介入すべき課題の探索を専門的な知識を用いて行う必要があります。
  
- 介護予防ケアプランは、専門職である担当者が記載しますが、利用者本人のためのケアプランであるため、利用者の健康状態や生活状況、目標や介護予防のための具体的な取り組みなどの記載内容は、利用者本人が受け入れやすいよう、わかりやすい表現で記載します。しかし、利用者本人の課題や問題点については、支援の必要性を判断するためにも、アセスメントシートには十分に根拠を記載しておく必要があります。
  
- アセスメントに基づき介護予防ケアプラン原案を作成し、利用者や家族に説明の上、同意を得る必要があります。

## 【介護予防サービス・支援計画表の記入の仕方】

### ①「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。※P48 参照

### ②「名前」欄

利用者の氏名を記載する。

### ③「記入日」欄

介護予防ケアプランを作成した日を記載する。

介護予防ケアプランを作成した日とは、ケアプランの原案を作成した日である。ただし、サービス担当者会議等で、原案が変更になった場合は、再作成を行った日を記載する。

### ④「今の生活や身体の状況（今していること、むずかしくなっていることなど）」欄

「生活状況を把握するためのアセスメントシート」を用いて、各アセスメント領域において把握した情報やアセスメントした結果をアセスメント領域ごとに利用者にわかりやすい言葉で記載する。

複数の領域で重複する内容については、主な領域に記載すればよい。

アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にし、出来ること出来ないこと等を具体的に記載する。

#### A：活動面について（室内外の移動方法・交通機関の利用など）

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているか。

〈確認する項目例〉

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イスの使用）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

（記載例）

夏に家の外で転んでからは、一人で外出していない。外出するときは家族と車で出掛けている。  
家の中では手すりを持って歩くようにしている。

#### B：日常生活について（家事や家庭での役割、楽しみなど）

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行えているか。

〈確認する項目例〉

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況
- 献立を考え、調理することについての状況
- 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況
- 預貯金の出し入れを行うことについての状況

（記載例）

膝が痛くなるまでは、〇〇商店街に毎日買い物に行き、家族の食事を作っていた。  
現在は家事全般を家族に任せている。  
昼食は家族が作ったものを温めて食べている。

### C：社会や人との関わりについて（仕事、地域、家族、趣味など）

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

（確認する項目例）

- 家族や友人のことを心配したり、相談に応じるなど関係をつくり、保つことについての状況
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- 仕事や地域、家庭内での役割を持ち、行うことについての状況
- 趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

（記載例）

友人や家族とは週に一回くらい電話をしている。  
一人で外出できなくなってから、商店街の顔なじみの人たちとの交流がなくなった。

### D：健康面について（体調、病気、食事、睡眠、自己管理など）

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分摂取、排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

（確認する項目例）

- 入浴またはシャワーの肌や顔、歯、爪などの清潔（手入れ）についての状況
- 健康のために食事に気をつけることについての状況
- 健診や受診、内服管理状況

（記載例）

お風呂は家族のいる時間に一人で入る。  
家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診し、膝関節症の治療をしている。

### ⑤ 「今の状況に対して希望すること（以前していたこと、続けたいこと）」欄

各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識とその意向について記載する。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

（記載例）

一度庭で転んでから外に一人で出るのが怖いのが、今より悪くならないようにしたい。  
娘：外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人とも交流して元気になってほしい。

### ⑥ 「望む生活に必要なこと・解決したいことなど（ニーズ）」欄

（望む生活）

利用者本人が数年先に叶えたい、このように暮らしていきたいという、望む生活はどのようなものかを確認し、記載する（長期目標）。特に希望がない場合についても、生活史や利用者本人の発言などから介護予防ケアプラン作成者が提案し、利用者と一緒に決定する。

## (望む生活に必要なこと・解決したいことなど (ニーズ) )

生活全体の課題を探するため、アセスメントにおいて抽出した、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して検討する。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題を記載し、目標、具体的方法などは記載しない。利用者が目標達成に向けて前向きに取り組んでいけるようにマイナスな表現だけでなく、ポジティブな表現で記載することもよい。

ここであげる課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高いものを記載する。

ただし、意欲の低い利用者の場合、簡単な課題を持って進む方が介護予防の効果があると判断するケースでは、達成可能な課題でもよい。また、介護予防の視点から解決できそうにない課題（坂の上に住宅があり、買い物が困難、疾病・障害によりできないことが明確である等）が挙げた場合には、半年から1年間くらいで解決できそうな生活課題に着目し、目標や具体的な支援につなげていく。

## (記載例)

「望む生活」

年に1、2度は家族と旅行できる生活を続けていきたい。

「望む生活に必要なこと・解決したいことなど (ニーズ)」

- ・足の筋肉をつけて、長時間歩くことができる。
- ・体力が回復して、自信をもって外出ができるようになる。
- ・体力をつけるために食事を抜かない。

## ⑦ 「望む生活を実現するための目標」欄

「望む生活に必要なこと・解決したいことなど (ニーズ)」に対して、このケアプランの期間中に達成すべき目標を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。最初から難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標から立案するなどの工夫も必要。**目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。**

ここで提案した目標が介護予防ケアプランの目標と支援内容につながっていく。

介護予防ケアプラン作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標について提案することが重要である。

(記載例)

目 標：〇〇商店街まで歩いて買い物に行くことができるようになる。

## ⑧ 「望む生活を実現するための具体的な方法」欄

生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な方法は、介護保険サービスを利用することではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用について記載する。

(記載例)

近所でも1日1回は外に出る。

食事をする時間を決めて、食事の用意ができない日は宅配弁当を利用することで食事を抜かない。

自分でもできる運動を毎日10分行う。

## ⑨ 「備考欄」欄

主治医意見書等により得られた情報を参考に、介護予防ケアプランを立てる上で健康上留意すべき事項を記載する。単に疾患名などを羅列するものではない。また、介護予防ケアプラン担当者から、利用者に対し、ケアプランに取り組むにあたり伝えたいことがあれば記載する。

「災害時の緊急連絡先」「避難所」等を記載する。

(記載例)

- ・ 2か月に1回は電話などで状況をお伺いしますが、困ったことがあれば、連絡をお願いします。運動をする時は、無理をして膝を痛めないように気をつけて、取り組まれることを応援しています。
- ・ 転倒への不安が大きいので、足の運動を続け徐々に活動の範囲を広げていけるよう、声かけを行います。
- ・ 狭心症の既往があり、胸痛時には頓服薬の処方があります。
- ・ (主治医〇〇医院 〇〇先生より) 膝の痛みもあり、つまずきやすいため、段差があるところでは、転倒しないように気をつけて歩いて下さい。
- ・ 運動前後には血圧測定をし、運動前に最高血圧が180mmHg以上のときはお休みして下さい。
- ・ <災害時>緊急連絡先：(長女) 〇〇〇〇 078-〇〇〇-〇〇〇〇 避難所：〇〇小学校

## ⑩ 「担当者所属・担当者名」欄

担当あんしんすこやかセンター名および担当者氏名を記載する。指定居宅介護支援事業所に一部委託をしている場合は、所属する指定居宅介護支援事業所名および担当者氏名を記載する。

## ⑪ 「初回・継続」欄

初回 … 初めてサービス事業または予防給付を受ける人は「初回」に○印を付ける。

継続 … サービス事業または予防給付を受けており、継続予定の場合は「継続」に○印を付ける。

## ⑫ 「認定済・申請中」欄

要支援認定申請および基本チェックリストによる事業対象者の申請状況について、該当するものに○印を付ける。暫定の介護予防ケアプランでサービス利用を開始する場合は、申請中に○印を付け、要支援度または事業対象者と確定後、認定済に○印を付け、介護予防ケアプランを確定させる。

## ⑬ 「要支援1・要支援2・事業対象者」欄

該当するものに○印を付ける。

## ⑭ 「介護予防支援・従来型・簡易型・セルフ型」欄

マイ・ケアプラン(2)において、利用するサービス種別が決定したのち、該当するものに○印を付ける。

## ⑮ 「1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」欄

## 1. 目標

マイ・ケアプラン(1)の「④望む生活を実現するための目標」を転記する。

後に行う評価では、この目標について達成/未達成を確認するため、客観的に達成状況が判断できるよう具体的に記載する。

「望む生活」へできるだけ近づくよう、利用者や家族と話し合いながら目標や具体的な方法について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。介護予防ケアプラン作成者の提案が押し付けにならないよう留意し、利用者の意欲や家族の支援を引き出すよう支援する。

2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス

セルフケアや家族支援・インフォーマルサービスは、利用者自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとしてわけ、誰が、何をするのか具体的に記載する。

セルフケアについては、主にマイ・ケアプラン（1）の「⑤望む生活を実現するための具体的な方法」を転記する。

⑩ 「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄

利用するサービスの内容を具体的に記載する。目標や具体的な方法について合意が得られ、目標を達成するために最適と思われる内容については⑩「セルフケアや家族の支援・インフォーマルサービス」と⑪「介護保険サービスまたは地域支援事業」にそれぞれ該当する項目欄に記載する。利用者の意志を尊重するからといって、単にやりたくないという理由や、希望しているという理由だけでサービスを決定することは、適切な介護予防ケアマネジメントとは言えない。

〈記載例〉

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス 種別	事業所・支援 機関・団体名 等	期間
1. 月1回、〇△市に住む孫に会いに行く。 (本人) ・家でできる体操を毎日10分行う。 ・1日3食食べる。 (家族) ・休日は一緒に外出し、食事をする。 (インフォーマルサービス) ・〇〇集会所のカフェ開催日には隣の〇〇さんと一緒に参加する。	足の筋力をつけるためのプログラムを提供する。 自宅でできる運動を提案し、実施状況を確認する。 〇〇カフェで友人との会話を楽しむ。	介護予防通所サービス 週1回 運動器機能向上加算 送迎なし 介護予防カフェ 月2回	Tデイサービスセンター 〇〇カフェ (〇〇集会所)	令和〇年〇月〇日～ 令和〇年〇月〇日

⑪ 「サービス種別」欄

⑩「1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」⑪「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別（正式なサービス名称、回数）を具体的に記載する。その際、通所系サービスの加算についても必ず記載する。ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はない。

介護予防通所サービスを利用する場合は、送迎の有無を記載する。

〈記載例〉

介護予防通所サービス 週1回 運動器機能向上加算 送迎なし  
 生活支援訪問サービス 週1回、ふれあい喫茶、地域の給食会、習字教室など

⑫ 「事業者・支援機関・団体名等」欄

サービス提供を行う「事業所名等」を正確に記載する。また、介護保険制度以外の公的サービスや地域団

体等が担う場合についても支援機関名や団体名等を明記する。

⑲ 「期間」欄

「サービス種別」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」など）。なお、「期間」の設定においては「要支援認定または事業対象者の有効期間」は越えないよう考慮する。

⑳ 「総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント」欄

⑭ 「1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス」について、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス提供者等が介護（認知症）予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉑ 「初回作成日」欄

2回目以降の介護予防ケアプラン作成の場合、初回作成日を記載する。

途中、要介護者となり、介護予防支援または介護予防ケアマネジメントが中断していた場合（初回加算を算定した場合は、新たに初回作成日を設定する。

※同じ認定期間内でサービスを中断していた場合は、新たな初回作成日は設けない。

㉒ 「認定年月日」欄

要支援認定の結果を受けた日または、あんしんすこやかセンターでの基本チェックリスト実施日（事業対象者認定日）を記載する。

㉓ 「認定有効期間」欄

要支援認定または事業対象者の有効期間を記載する。

㉔ 「計画に関する同意」欄

介護予防ケアプラン原案の内容を利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。利用者本人が署名した場合は、押印は不要。家族が代筆した場合は、利用者の氏名と押印のほか、余白に代筆者の氏名、続柄を記入する。

㉕ 「あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）確認」欄

あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）は、介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体であるため、指定居宅介護支援事業所に一部委託をした場合は介護予防ケアプラン等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

委託された指定居宅介護支援事業所は、介護予防ケアプラン原案を作成し、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）に介護予防ケアプランについて確認を受ける必要がある。この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防ケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の担当者は、確認を行った際、本欄にその確認日を記載し、確認者の押印（署名も可）をする（指定介護予防支援事業所の担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防ケアプラン原案の確認を行っても差し支えない）。

No. ①

マイ・ケアプラン(1)  
(介護予防サービス・支援計画表)

名前 ② 様 記入日 令和 年 ③ 月 日

①今の生活や身体や身の状況(今していること、難しくなっていることなど) A : 活動面について(室内外の移動方法、交通機関の利用など)	②今の状況に対して希望すること(以前していたこと、続けたいことなど) ④	③望む生活に必要なこと・解決したいこと(ニーズ) 望む生活
B : 日常生活について(家事や家庭での役割、楽しみなど)	⑤	⑥
C : 社会や人との関わりについて(仕事、地域、家族、趣味など)		⑦
D : 健康面について(体調、病気、食事、睡眠、自己管理など)		⑧望む生活を実現するための具体的な方法

担当者所属:	⑩
担当者名:	⑪

⑫ ⑬ ⑭  
 初回・継続 / 認定済・申請中 / 要支援1・要支援2・事業対象者 / 介護予防支援・従来型・簡易型・セルフ型

マイ・ケアプラン(2)  
(介護予防サービス・支援計画表)

② 名前 \_\_\_\_\_ 様

1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	⑬	⑭	⑮	⑯

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

⑳ \_\_\_\_\_

上記計画について、同意いたします。 ㉑

令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

㉒ 初回作成日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

㉓ 認定年月日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

㉔ 認定有効期間 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

市記入欄 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

\_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 介護予防サービス・支援経過記録

- 介護予防サービス・支援経過記録（以下、「支援経過記録」という。）は、介護予防ケアプラン作成者が専門職として残す記録です。公的な記録となりますので責任をもち、担当者不在時の緊急対応や担当者が変更した場合などでも分かりやすいように記載します。
- 記録を残しておくことは、支援方針の連続性、一貫性を維持すること、適切な支援（妥当性）が行われていたかどうかの検証につながります。サービスの質を保証する為の資料として、書かれる内容には重要な意味を持っています。
- 実際には、支援していく過程で、利用者や家族から得た情報、サービス担当者・主治医等関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと等を整理して時系列に記載します。
- 神戸市における介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、原則、神戸市指定の支援経過記録様式に統一します。  
ただし、年月日・方法・目的・内容といった必要事項を漏れなく記載することができている場合に限り、他の支援経過記録様式の使用を可としています。

### 《支援経過記録を書くポイント》

- ・5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ行ったのか）を分かる範囲で明確に記載します。  
例えば、利用者どこで面接したのかを明確に記載することで、利用者宅へ訪問しなければならない月を忘れることなどが防げます。同様に、「電話連絡」と記載する際も、利用者と連絡したのか、事業者との連絡なのかを記載することで、その月にモニタリングを実施できたかどうかが明確になります。モニタリングを行った際は、「モニタリング」と記載しておくといよいでしょう。支援を行う目的や、判断した根拠なども記載します。
- ・客観的に書く為に、「見たこと」「聞いたこと」「自分が判断したこと」は区別して書きます。  
自分の価値観や先入観を入れず、他者が見ても同じものをイメージできるように書くことが大切です。  
例えば、「部屋が散らかっている」などの主観的な表現を書くのではなく、何が、どのように置かれているか、等の状況が分かるように記載します。
- ・介護予防ケアプラン作成者が判断した事項には、根拠も記載しておく必要があります。例えば「元気そうだった」「特に変更なし」では、何を観察し、どのような状況だったのかわかりません。そのように判断、認識した事実と根拠も記載します。
- ・利用者や家族へ説明や情報提供を行ったことに対して、十分な理解が得られない場合など、今後の支援の方針などと合わせて記載しておきましょう。
- ・関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合も、その経過を記載します。
- ・支援した経過は全て「支援経過記録」に書くことになっていますが（正式書類）、サービス担当者会議の記録やサービス事業者からの情報提供（報告書や評価表）等に関し別紙を活用した場合は、支援経過記録に「別紙参照」と書いておきましょう。時系列で支援が把握でき、記録が整理できます。

## 【介護予防サービス・支援経過記録の記入の仕方】

### ① 「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。

### 「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

### ② 「NO.」欄

介護予防サービス・支援経過記録の通し番号を記載する。

### ③ 「計画作成者名」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

### ④ 「年月日」欄「方法」欄

訪問、電話、面接での連絡や相談、サービス担当者会議等での決定事項等があった場合、その日付と訪問・電話等の種類を記載する。サービス事業所から連絡があった際は、どこから連絡があったのかも明記する。

### ⑤ 「内容」欄

相談やモニタリング、サービス担当者会議等の支援内容や、今後の方針で決定したことなどを記載する。サービス事業所報告書等が提出された場合は、ここに必要事項を転記する。

#### <重要>

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だけでなく、介護予防ケアプラン作成者が専門的に観察したことや判断したこと、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。生活機能の状況や課題の変化に留意し、介護予防ケアプランの修正が必要と考えられた場合や、介護予防ケアプランに反映していない特記事項（家族との関係、利用者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。

※モニタリングの内容については、P32 参照

※サービス担当者会議の記載を行う場合は、下記の内容を記載する。

- 出席者（所属、職種、氏名）
- 開催した目的
- 検討した項目・内容
- 今後の方針
- 残された課題

※サービス担当者会議の内容については、P30 参照



## **介護予防サービス・支援評価表**

■評価を行う目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたか、支援が適切であったかどうかを再アセスメントするとともに、必要に応じて今後の介護予防ケアプランを見直すことにより、次の段階につなげていくことにあります。

■評価表の作成時期としては、

- ①介護予防ケアプランに位置づけた「期間」が終了する前
- ②利用者の状態が変化し、介護予防ケアプランの見直しが必要となった時

などです。

サービスを今後も継続していくのか、サービスの提供に効果があったのかどうか見直しを行い、次の支援の方針を立てるために必要ですので、たとえ短い期間であっても評価が必要です。

■今後の支援の方針などに対して責任を持って最終的に決定するのは指定介護予防支援事業者です。指定居宅介護支援事業所が一部委託を受けた場合には、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業者）と利用者の状況を事業者からの報告を基に話し合いを行い、方針の統一を図ります。

■ケアマネジメントセルフ型については、マイ・ケアプラン（2）表の作成が不要であり、あわせて評価表の作成も不要です。

## 【介護予防サービス・支援評価表の記入の仕方】

### ① 「NO.」欄

利用者の整理番号（利用者基本情報番号）を記載する。 ※P48 参照

### ② 「利用者氏名」欄

利用者の氏名を記載する。

### ③ 「計画作成者名」欄

介護予防ケアプラン作成者の氏名を記載する。

### ④ 「目標」欄

評価の対象となる「介護予防サービス・支援計画表（2）」の目標と一致させる。

### ⑤ 「評価期間」欄

「マイ・ケアプラン（2）（介護予防サービス・支援計画表）」の目標設定期間と一致させる。

介護予防ケアプランの変更や終了等で、当初設定した評価日より前に評価を行う場合は、評価期間の終わりの日を、現在の介護予防ケアプランの終了日と合わせる。

（例）

ケアプラン期間は令和●年4月1日～令和●年9月30日だったが、令和●年6月10日からのケアプランの作成を行った場合。

評価期間：令和●年4月1日～令和●年6月9日

### ⑥ 「目標達成状況」欄

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

（記載例）

商店街に毎週1回は行けなかったが、商店街の人たちとの交流が楽しみになり、一人でも行けるようになりたいとデイケアでの運動に対する意欲が向上してきている。転倒はなかった。

### ⑦ 「目標 達成/未達成」欄

目標を達成した場合には、達成または○印、未達成の場合には、未達成または×印を付ける。

目標を達成できていない場合は、未達成または×印表記のみとし、一部達成または△印とは記載しない。

### ⑧ 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」欄

何故、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利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

（記載例）

（本人）はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが、風邪をひいたので人の多いところにはあまり行かない方が良くかと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。

（家族）商店街の人と会った時はとても楽しそうな顔をしているので、連れて行きたいと思っはいるが、本人が行きたくないといったときは無理に誘わないようにしていた。

⑨「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者として評価を記載する。

（記載例）

風邪をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れたと共に、また風邪を引くかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の声かけができていなかった。

⑩「今後の方針」欄

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えて記載する。

（記載例）

体調を整えることは重要だが、外出することで運動の機会となり、膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上につながることを家族にも再認識していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。また、支援者からの声かけを積極的に行う。

⑪「総合的な方針」欄

目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の支援の総合的な支援の方向性について、専門的な観点から方針を記載する。

（記載例）

感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく

⑫「あんしんすこやかセンター意見」欄

指定居宅介護支援事業所へ一部委託した場合に、介護予防ケアプラン作成者に対し、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の担当職員が特記する事項がある場合は記載する。

⑬「プラン継続・変更・終了」欄

今後の方針が決定したら、介護予防ケアプラン作成者が、「プラン継続/プラン変更/終了」にレ点を付ける。サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため、「プラン変更」に印を付ける。

「プラン継続」は、例えば、介護予防ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用ができなかったが退院後、利用者本人の状態や意向の変化がなく、改めて同じ介護予防ケアプランの目標、内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合などである。

「プラン終了」は、サービスが不要になり、次の介護予防ケアプランを作成する必要がない場合を選択する。  
※介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の意見を踏まえて判断する。

⑭「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」欄

今後の方針として介護予防ケアプラン作成者が該当するものにレ点をつける。

※介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）の意見を踏まえて判断する。

介護予防サービス・支援評価表

評価日

No. ①	利用者氏名	②	様	③ 計画作成者氏名													
④ 目標	<p>・評価を行う目標（介護予防サービス・支援計画表(2)の目標）と一致させる。</p>	⑤ 評価期間	<p>・介護予防サービス・支援計画表(2)の期間と一致させる。 ※ケアプラン期間途中で評価する場合を除く</p>	⑥ 目標達成状況	<p>評価期間内に目標がどの程度達成できているか、具体的に記載する。</p>	⑦ 目標達成/未達成	<p>目標達成は○印 未達成の場合は未達成または×印をつける</p>	⑧ 目標達成しない原因（本人・家族の意見）	<p>・何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者としての評価を記載する。</p>	⑨ 目標達成しない原因（計画作成者の評価）	<p>・何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者としての評価を記載する。</p>	⑩ 今後の方針	<p>・目標達成状況や目標が達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点から踏まえて記載する。</p>	⑪	⑫	⑬	⑭
<p>総合的な方針⑪</p> <p>・今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。</p>					<p>・指定介護支援事業所に一部委託した場合に、介護予防ケアプラン作成者に対して、あんしんすこやかセンター（指定介護予防支援事業所）担当者がコメントがあれば記載する。</p>	<p>地域包括支援センター意見⑫</p>	<p>プラン継続 プラン変更 終了</p>	<p>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</p>									

# 参考様式

居宅介護支援事業者名	
電話番号	
担当者	



あんしんすこやかセンター名	
電話番号	
FAX	

## -「要支援1・2・非該当(自立)」認定結果の連絡票-

いつもお世話になります。下記の方が、「要支援1・2、非該当」の認定となりましたので、ご本人様の了解を得て代わりにご連絡します。

【利用者情報】※個人情報のため、ご記入できる範囲で結構です。

ふりがな		性別		( )才
氏名		男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日
住所				
電話		認定結果	要支援1・要支援2・非該当	
有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	前回認定結果	
サービスの利用の有無	利用している ・ 利用していない			
利用中のサービスの種類	訪問介護・通所(介護・リハ)・福祉用具貸与・他( )			
ご本人以外との連絡の必要性	必要・不要	区分	同居 ・ 独居	
必要な場合の連絡先	続柄( )		TEL	( )

【委託について】※どちらかに○印を入れてください。

介護予防支援の委託を	受けられる ・ 受けられない
------------	----------------

【その他連絡事項】


※FAX送信する場合は番号をよく確認し誤送信のないようにお願いします。

神戸市標準様式H19.5月



介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

--	--	--

請求金額	円
------	---

年 月 日

あんしんすこやかセンター  
管理者あて

(指定居宅介護支援事業者)

介護保険事業者番号	
-----------	--

住所	
契約者名	
代表者名	印
電話番号	

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料

年 月決定分

請求内訳書				
1. 継続分	円	×	[ ]	件= [ ] 円
2. 初回分	円	×	[ ]	件= [ ] 円
3. 継続分(簡易型)	円	×	[ ]	件= [ ] 円
4. 初回分(簡易型)	円	×	[ ]	件= [ ] 円
5. 合計(消費税相当額を含む)				[ ] 円

[振込先口座]

銀行名		支店名	
預金種目		口座番号	
口座名義 (カナ)			

(注)

1. 請求印は契約書と同じものを押印してください。
2. 様式3-2(指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書)を添付してください。
3. 金額等の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引いて、訂正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。(修正液等による修正は不可です。)
4. 請求者欄に変更のある場合は、届け出てください。

以下は記入しないでください

支払い日	年 月 日	担当者		管理者	
------	-------	-----	--	-----	--

## 記入見本

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

請求金額	円
------	---

この欄はナンバーリングなどにご自由に使用してください。

平成 29 年 5 月 15 日

(指定居宅介護支援事業者)

さわやかあんしんすこやかセンター  
管理者 あて

介護保険事業者番号	2870000000
-----------	------------

住所 神戸市中央区加納町6-5-1

契約者名 社会福祉法人〇〇福祉会 神戸ケアプランセンター

代表者名 理事長 兵庫 一郎 印

電話番号 (078) 123-4567

契約に基づいた金額を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 平成 29 年 5 月決定分

## 請求内訳書

1. 継続分	3,556	円	×	1	件=	3,556	円
2. 初回分	6,056	円	×	1	件=	6,056	円
3. 継続分(簡易型)	2,834	円	×	2	件=	5,668	円
4. 初回分(簡易型)	5,334	円	×	1	件=	5,334	円
5. 合計(消費税相当額を含む)						20,614	円

[振込先口座]

銀行名	いきいきはつらつ 銀行	支店名	三宮支店
預金種目	普通	口座番号	123456
口座名義(カナ)	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイコウベケアプランセンター		

(注)

- 請求印は契約書と同じものを押印してください。
- 様式3-2(指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書)を添付してください。
- 金額等の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。(修正液等による修正は不可です。)
- 請求者欄に変更のある場合は、届け出てください。

以下は記入しないでください

支払い日	年 月 日	担当者	管理者
------	-------	-----	-----

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書

年 月 日

--	--	--

集計年月 年 月

事業所番号		事業者名	
-------	--	------	--

No.	被保険者番号	氏名	提供月	初回	継続	介護予防支援	従来型	簡易型	備考
1			年 月						
2			年 月						
3			年 月						
4			年 月						
5			年 月						
6			年 月						
7			年 月						
8			年 月						
9			年 月						
10			年 月						
11			年 月						
12			年 月						
13			年 月						
14			年 月						
15			年 月						
合計									

請求内訳書									
1. 継続分	円	×		件	=		円		
2. 初回分	円	×		件	=		円		
3. 継続分(簡易型)	円	×		件	=		円		
4. 初回分(簡易型)	円	×		件	=		円		
5. 合計(消費税相当額を含む)							円		



## 委任状

私は下記のことを代理人と定め、  
 関する権限を委任します。

との下記事項に

### 委 任 事 項

- 1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料の受領に関する件
- 2 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求に関する件
- 3 振込み口座指定の件
- 4 その他 ( )

年 月 日

<p><b>委任者</b></p> <p>住 所</p> <p>商号又は名称</p> <p>委任者職氏名</p>	<p>委任者印</p>
--	-------------

<p><b>受任者</b></p> <p>住 所</p> <p>商号又は名称</p> <p>受任者職氏名</p>	<p>受任者印</p>
--	-------------

銀行名		支店名		預金項目	1. 普通 2. 当座
口座番号					
口座名義 (カナ)					

## 「神戸市介護予防支援業務等従事者証」の取り扱いについて

## 1. 神戸市介護予防支援業務等従事者証発行の目的

神戸市介護予防支援業務等従事者証（以下、「従事者証」という。）は、神戸市主催の介護予防ケアマネジメント従事者研修の修了者に対して、発行いたします。

従事者証を保有していることが、神戸市に居住する被保険者の介護予防支援業務及び神戸市の定める介護予防ケアマネジメント（以下、「介護予防支援業務等」という。）に従事していただく要件となります。

## 2. 従事者証の携帯及び提示

介護予防支援業務等を行う従事者（以下、「従事者」という。）は、業務等を行うにあたって、常に従事者証を携帯し、要支援者及び事業対象者（以下、「利用者」という。）及びその家族に対し、従事者証、及び従事者の所属する事業者（以下、「事業者」という。）の発行する職員証を提示してください。

## 3. 従事者の届出について

事業者は、次に該当する場合は、「神戸市介護予防支援業務等従事者届出（喪失）（第2号様式）」に記載し、神戸市に届出をお願いいたします。

(1) 従事者が退職又はその資格を喪失（例：介護支援専門員資格喪失など）した場合

## 4. 従事者証の再発行について

事業者は、次のいずれかに該当する場合は、速やかに「神戸市介護予防支援業務等従事者証再発行申請書（第3号様式）」により従事者証の再発行申請を行ってください。

(1) 従事者の氏名に変更があった場合

(2) 従事者証を紛失・破損等した場合

## 5. 従事者証の返却

事業者は、次のいずれかに該当する場合は、従事者証を神戸市に返却してください。

(1) 従事者が退職又はその資格を喪失した場合

(2) 再発行申請に基づいて新たな従事者証の発行を受け、旧の従事者証が不要となった場合

## &lt;従事者に関する留意事項&gt;

介護予防支援業務等を受託した指定居宅介護支援事業者等は、次のいずれかに該当する場合は、利用者の居住地を担当するあんしんすこやかセンターへ従事者名を連絡してください。

(1) 利用者を担当する従事者を変更する場合

(2) 利用者を担当する従事者が従事者の資格を喪失した場合

※ 第2号様式、及び、第3号様式については、神戸ケアネットに掲載しています。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/business/annaitsuchi/kaigoservice/caremanagement/syou.html>  
神戸ケアネット>介護予防ケアマネジメントガイド>神戸市介護予防支援業務従事者に関する届出様式

【問い合わせ先】神戸市中央区加納町6丁目5-1  
神戸市福祉局介護保険課  
078-322-6902

神戸市介護予防支援業務等従事者届出（喪失）

神戸市長 あて

神戸市介護予防支援業務等従事者に関する要綱第5条及び第7条の規定に基づき  
 神戸市介護予防支援業務等従事者等について次のとおり届け出ます。

【従事者】

従事者番号	氏名

【返却する従事者証】

従事者証を添付して下さい。  
 未添付の場合は、その理由をご記入下さい。

( )

事業所番号 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

(Tel: \_\_\_\_\_ / 担当者: \_\_\_\_\_)

----- 以下は記入しないで下さい -----

登録年月日	従事者番号

受付年月日



# 介護予防ケアマネジメント 関連様式集

- ・利用者基本情報（表・裏）
- ・生活状況を把握するためのアセスメントシート
- ・神戸市\_健康状態確認シート
- ・マイ・ケアプラン（１）（２）  
（介護予防サービス・支援計画表）
- ・介護予防サービス・支援経過記録
- ・介護予防サービス・支援評価表

## 利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》 NO.

作成日 令和 年 月 日

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( ) ----- 相談者 ( ) 続柄 ( )	初回 再来(前回 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 状況 ( )			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 ( ) 歳	
住 所		Tel ( ) 携帯 ( ) Fax ( )		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 ) 介護保険負担割合：( ) 割 基本チェックリスト記入結果： 事業対象 該当・非該当 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、・・・( )			
本人の 住居環境	持ち家・借家 / 一戸建て・集合住宅 ( ) 階 / エレベーター 有・無 自室 有・無 / 住宅改修 有・無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・			
住 所 連 絡 先		続 柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

## 利用者基本情報（裏面）

### 《介護予防に関する事項》

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

### 《病名・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)が行う事業の実施に当たり必要があるときは、介護保険サービス事業者、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、「利用者基本情報」の提示及び「介護予防サービス・支援計画表」の提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名(自署)

令和 年 月 日 代筆者氏名(自署) (続柄)

※ 利用者氏名代筆の場合は代筆者氏名及び続柄についても必ず記入してください。

## 生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 様

障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	初回（黒）： 令和 年 月 日 記入者：
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	2回目（赤）： 令和 年 月 日 記入者：
		3回目（青）： 令和 年 月 日 記入者：

ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望	
家族の主訴・意向	

**A 活動面について：**自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歩行状況 (歩行レベル)	室内： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 屋外： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
転倒傾向	転倒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： ) つますき <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など： )	
移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外も可	
移動手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 ( 運転・同乗 ) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

**B 日常生活について：**家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
調理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
洗濯・洗濯物干し	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
掃除	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
整理整頓・ごみ捨て	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
金銭管理（家計の管理）	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 状況 ( )	
情報収集	<input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> その他 ( )	

**C 社会や人との関わりについて**：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
	視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
	聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況（ ）	
社会参加	<b>活動性</b> <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ、特技がある（ ） <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特にない	
	<b>外出頻度</b> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2～3回 <input type="checkbox"/> 殆ど外出しない	
	<b>主な外出の目的</b> <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ（ ） <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
対人関係	<b>家族・近隣 友人・知人 との交流</b> 状況	

**D 健康面について**：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理または家族による管理）

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
身長・体重	身長（ ）cm	
	体重（ ）kg	
病気について	病名（ ）	
	既往歴（ ）  病識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医(病院・医院名/担当医師名)(受診頻度) ①( ) / 先生( )回/週・月) ②( ) / 先生( )回/週・月) ③( ) / 先生( )回/週・月)	
服薬管理	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の情報(種類・回数など)	
	服薬状況 <input type="checkbox"/> 忘れず飲む <input type="checkbox"/> よく忘れる <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 介助が必要  かかりつけ薬局（ ）	

口腔・嚥下	状態（ ） 歯科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医（ ） 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ <input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯） ケアの方法（ ）
	嚥下 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり（状況）（ ）
食生活・栄養状況	回数（ ）回/日 状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏りあり <input type="checkbox"/> 制限あり（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
水分摂取状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない 一日摂取量【 ml】 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【制限量（ ） ml/日】
飲酒・喫煙状況	飲酒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 頻度（ ）回/日・週 量（ ）/回 喫煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> やめた 量（ ）本/日・週 期間[ ]年間
適度な運動	<input type="checkbox"/> している（内容・頻度： ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）
適度な休息	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <input type="checkbox"/> 睡眠状況（起床： 時/就寝： 時）
排泄の状況	排便【 （ ）回/日】 / 排尿【 （ ）回/日】 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
入浴の状況	頻度（ ）回/週・月 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 介助が必要
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 食品・薬剤名等（ ）
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 種類（ ）
物忘れの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）

E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

アセスメント項目		課題・ニーズ等記載欄
住居環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（ ）階（エレベーター 有・無）	
居住状況（屋内外）	手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 ベッドの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： ） その他（ ）	
経済状況	収入（ ）円/月・年 主な用途（ ） 介護保険負担割合（ ）割 心配なこと（ ） 年金（ 国民年金・厚生年金・障害年金・ ） 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護に費やせる予算（ ）円/月	
家族について	ジェノグラム： キーパーソン：☆	
家族の状況		

精神的な不安 意欲低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____ ）	
見守りの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 家族（ _____ ） <input type="checkbox"/> 民生委員など（ _____ ） <input type="checkbox"/> 隣人・知人（ _____ ） <input type="checkbox"/> ICT見守り（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
近隣の協力者		
緊急時のSOSの発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい	
生活史 （生育歴、学歴、 職歴、嗜好など）		

1日の目標		1年の目標	
-------	--	-------	--

インフォーマルサービス 自ら取り組んでいること	
----------------------------	--

1日の過ごし方	<div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 40px;">6</span> <span style="margin-right: 40px;">9</span> <span style="margin-right: 40px;">12</span> <span style="margin-right: 40px;">15</span> <span style="margin-right: 40px;">18</span> <span style="margin-right: 40px;">21</span> <span>24</span> </div>
---------	--

主な週間予定	月	
	火	
	水	
	木	
	金	
	土	
	日	

備考欄	
-----	--

# 神戸市 健康状態確認シート

被保険者番号									
被保険者氏名					生年月日				
					M・T・S 年 月 日				
健康状態確認シート_実施事業者番号/事業者名									
健康状態確認シート_実施日					健康状態確認シート_実施者名				
年 月 日									

※ 基準に該当しない場合、  
医師の判断は必須としない。

質問項目			医師の判断を求める基準
かかりつけ医で定期的に受診している、又は、ここ1年間で健康診査等を受けた。	はい	いいえ	「いいえ」の場合 ) 医師の判断が必要。

- 「はい」の場合 → 「A」以降の質問へ
- 「いいえ」の場合 → 「D」へ（「A~C」への回答は不要です。） ※ 医師の判断が必要となります。

<b>A</b> 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」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。	はい	いいえ																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">糖尿病、呼吸器疾患などのため</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">その他（具体的にご記入ください） ( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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（具体的にご記入ください） ( )					(1) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 ) 医師の判断が必要。  (2) Aが「はい」、かつ、その理由が「その他」 ) ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。								
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（具体的にご記入ください） ( )																											
<b>B</b> かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されているか。 → 「はい」の場合、以下の中から当てはまる理由に○をつける。	はい	いいえ																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）</td> <td></td> <td></td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle; text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">糖尿病、呼吸器疾患などのため</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">その他（具体的にご記入ください） ( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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（具体的にご記入ください） ( )					(1) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」以外 ) 医師の判断が必要。  (2) Bが「はい」、かつ、その理由が「その他」 ) ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。								
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（具体的にご記入ください） ( )																											
<b>C</b> 以下の質問に「はい」「いいえ」または「わからない」の当てはまる項目に○をつける。																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">C1 この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こした。</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">はい</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">いいえ</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">C2 重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がある。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> <td style="text-align: center;">不明</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">C3 糖尿病で目が見え難くなったり、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た。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> <td style="text-align: center;">不明</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">C4 この1年間で心電図に異常があるといわれた。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> <td style="text-align: center;">不明</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">C5 家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じる。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">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、今も続いている。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> <td></td> </tr> </table>	C1 この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こした。	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）がある。	はい	いいえ	不明	C3 糖尿病で目が見え難くなったり、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た。	はい	いいえ	不明	C4 この1年間で心電図に異常があるといわれた。	はい	いいえ	不明	C5 家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じる。	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、今も続いている。	はい	いいえ				(1) C1が「はい」 ) 医師の判断が必要。  (2) C2 ~ 4 が「はい」もしくは「不明」 ) ケアプラン作成者にて、再度聴き取り等をおこなったうえで、必要があれば医師の判断を求める。  (3) C5、6について ) 第1号通所事業参加時の体調管理等の参考とする。
C1 この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こした。	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）がある。	はい	いいえ	不明																								
C3 糖尿病で目が見え難くなったり、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た。	はい	いいえ	不明																								
C4 この1年間で心電図に異常があるといわれた。	はい	いいえ	不明																								
C5 家事や買い物、散歩などでひどく息切れを感じる。	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、今も続いている。	はい	いいえ																									
<b>D</b> 自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味があるか。 → 以下の質問に「はい」または「いいえ」の当てはまる項目に○をつける。																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">D1 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">はい</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">いいえ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D2 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D3 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D4 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D5 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。</td> <td style="text-align: center;">はい</td> <td style="text-align: center;">いいえ</td> </tr> </table>	D1 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ	D2 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ	D3 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ	D4 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ	D5 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ			(1) D1~5について ) 第1号通所事業の参加にあたり、基本チェックリストの結果に加え「D」の回答を介護予防ケアプラン原案作成の参考とする。									
D1 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ																									
D2 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ																									
D3 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ																									
D4 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ																									
D5 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ																									

マイ・ケアプラン(1)  
(介護予防サービス・支援計画表)

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

名前 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<p>①今の生活や身体 の状況(今していること、 難しくなっていることなど)</p>	<p>②今の状況に対して希望すること (以前していたこと、続けたいことなど)</p>	<p>③望む生活に必要なこと・解決したいこと (ニーズ)</p>
<p>A : 活動面について(室内外の移動方法、 交通機関の利用など)</p>		望む生活
<p>B : 日常生活について(家事や家庭での役割、 楽しみなど)</p>		
<p>C : 社会や人との関わりについて(仕事、 地域、家族、趣味など)</p>		④望む生活を実現するための目標
<p>D : 健康面について(体調、病気、食事、 睡眠、自己管理など)</p>		⑤望む生活を実現するための具体的な方法

担当者所属:
担当者名:
備考欄

初回・継続 / 認定済・申請中 / 要支援1・要支援2・事業対象者 / 介護予防支援・従来型・簡易型・セルフ型

マイ・ケアプラン(2)  
(介護予防サービス・支援計画表)

名前 \_\_\_\_\_ 様

1. 目標	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス				

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

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

[ ] あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター) 印

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

市記入欄

認定有効期間 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日～ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日



介護予防サービス・支援評価表

評価日

No. 利用者氏名		計画作成者氏名				
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
総合的な方針		地域包括支援センター意見				
		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了				
		<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了				

