

## 介護予防・日常生活支援事業開始に伴う介護予防ケアマネジメントの実施について（案）

### 1 介護保険制度改正の趣旨

介護予防・日常生活支援事業(以下「総合事業」という)を新たに創設することにより、予防給付の一部（訪問介護及び通所介護）を、市町村の実情に応じ、判断・創意工夫し取り組める地域支援事業の形式に移行する。

また、「要支援」と「非該当」を行き来する高齢者に対する切れ目のない総合的なサービスの提供等、利用者の視点に立った柔軟な対応や既存の枠組にとらわれないサービスの提供が可能となる。

介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとするが、市町村の状況に応じて、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所（以下「事業所」という）に対する委託も可能である。

～介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(平成 26 年 7 月 28 日)より一部抜粋～  
(参照：別紙 1～3)

### 2 本市の現状

(1) 要支援認定者数とサービス利用者数（平成 25 年 3 月末）

15,669 人が認定を受け、9,932 人がサービスを利用（利用率は 63%）

(2) 地域包括支援センターと事業所のケアマネジメント件数の比（平成 25 年度実績）

地域包括支援センター：事業所=55：45

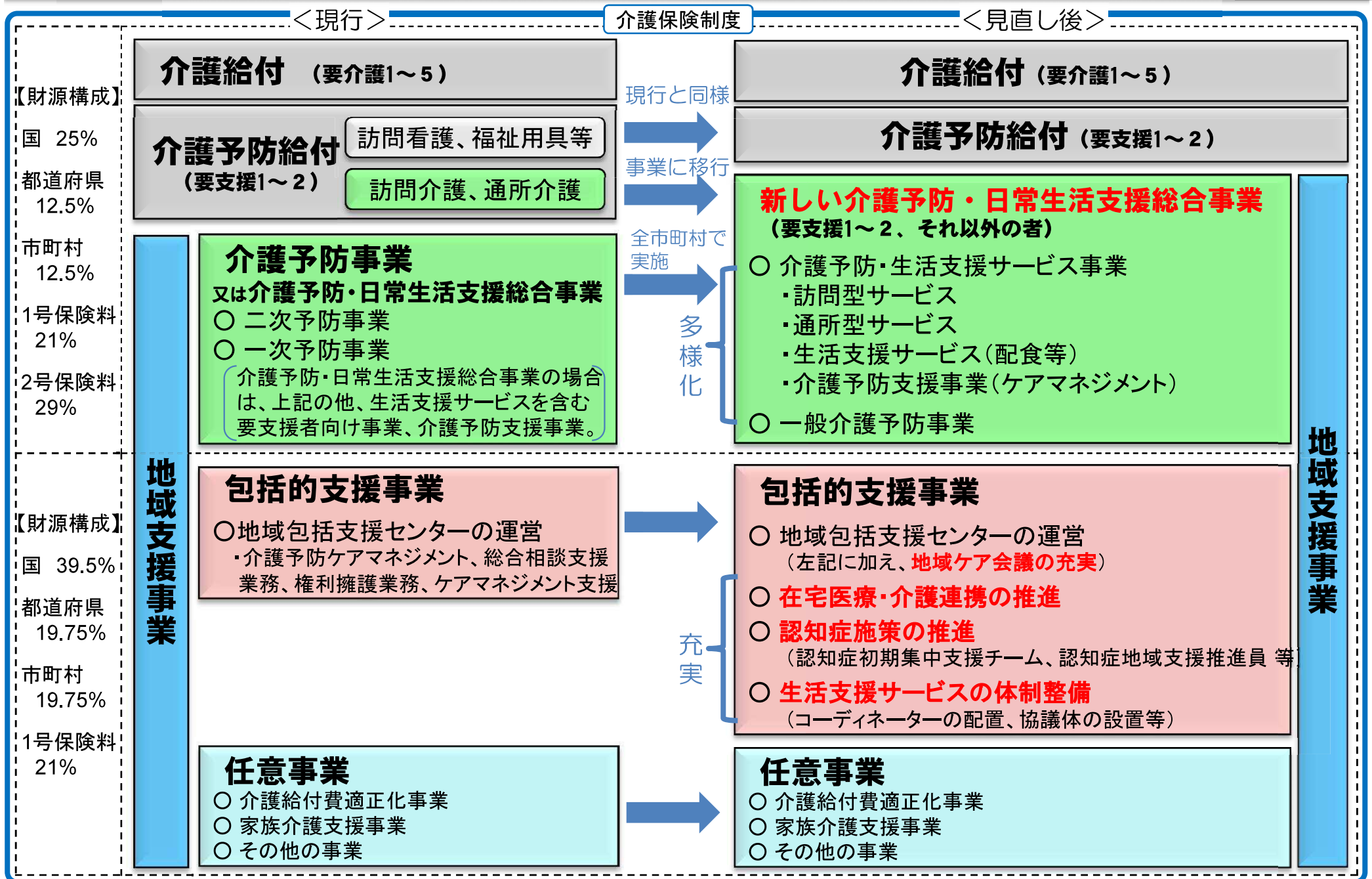
### 3 介護予防ケアマネジメントの方向性

(1) 目指す姿

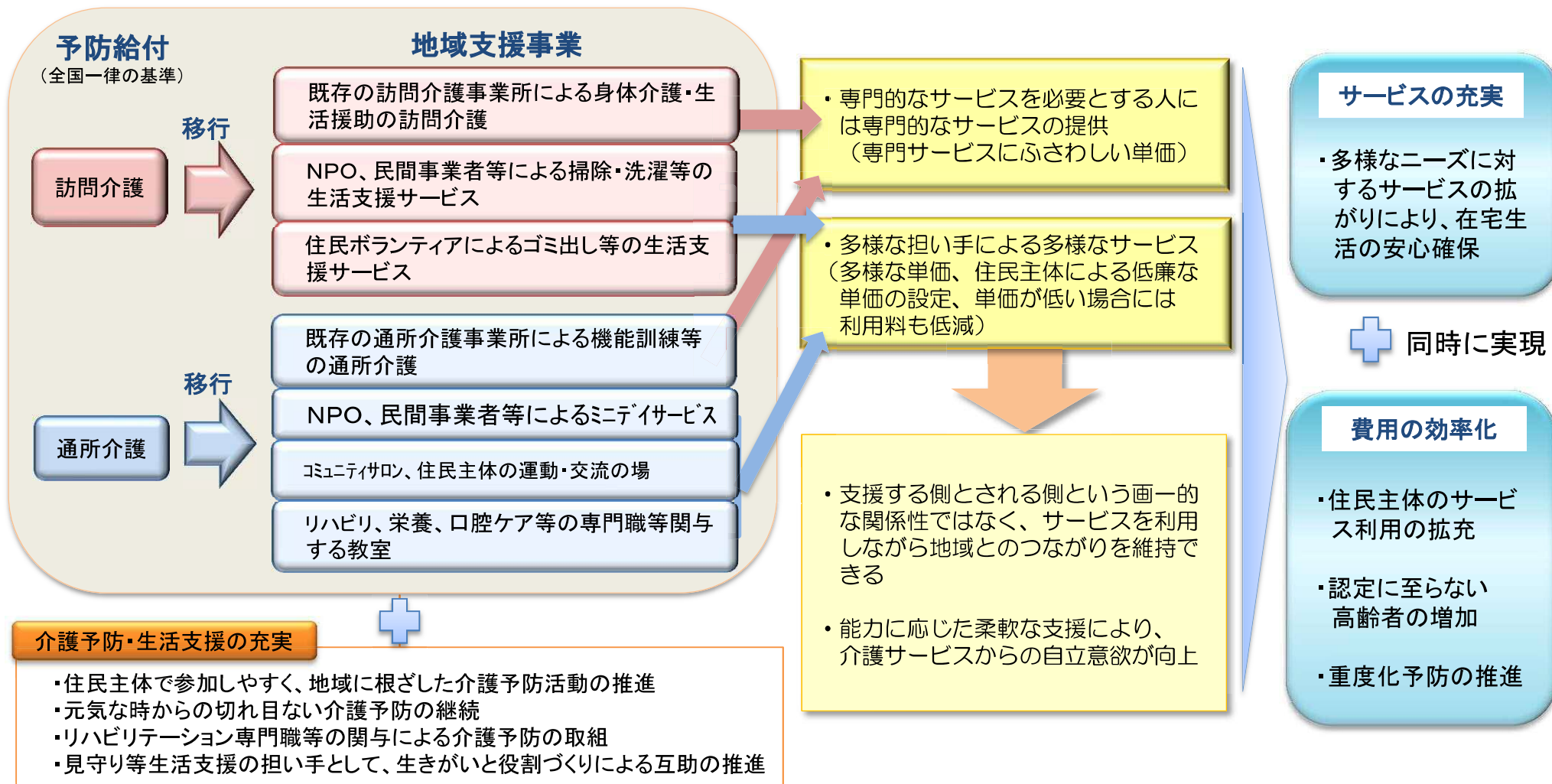
要支援認定者等に対し、多職種連携のもと自立支援、介護予防の支援をより一層強化するとともに、現在、予防給付サービスを利用している高齢者が安心して総合事業に移行できるよう総合事業によるサービスを適切に包括的かつ効率的に提供される仕組み

(2) 具体策

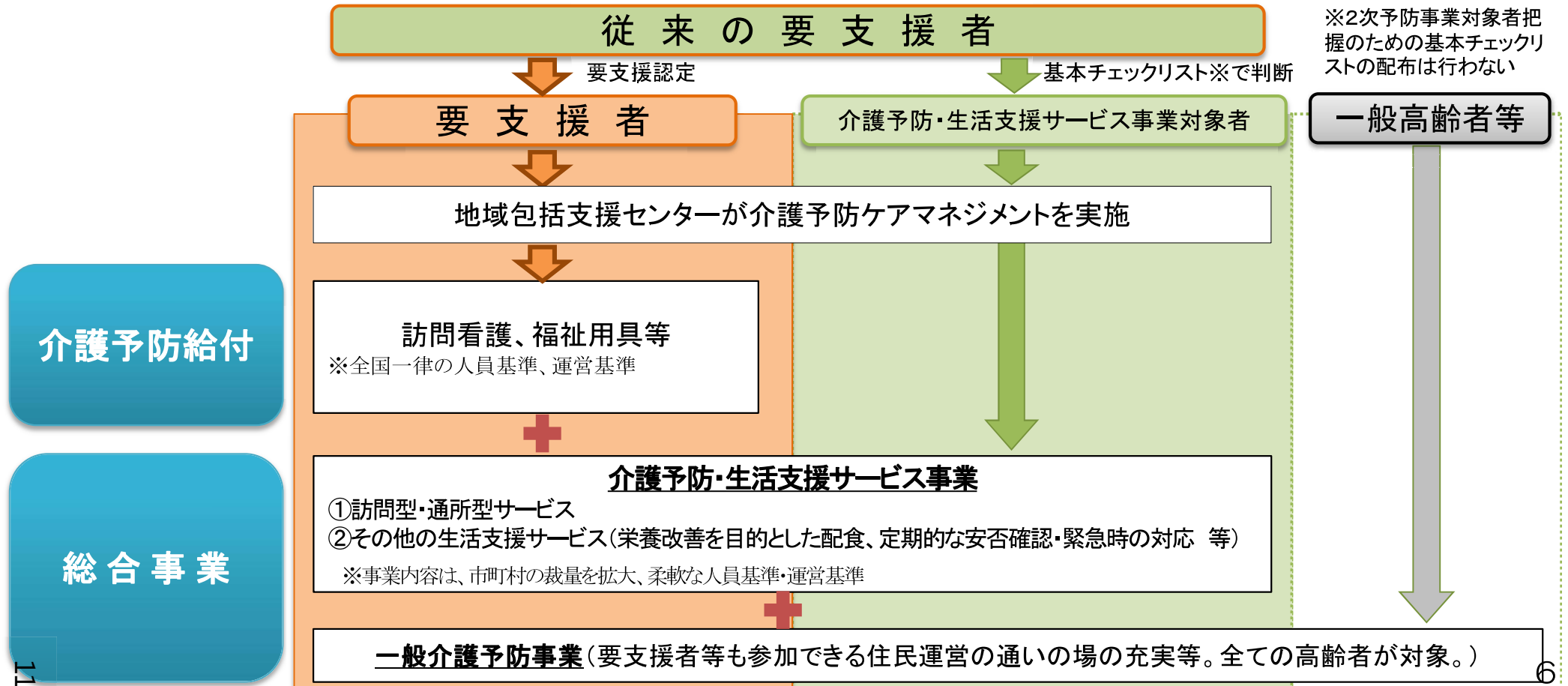
- ① 利用者及び地域における支援者、事業所等関係者へのきめ細かい説明
- ② 介護予防ケアマネジメントを実施するマンパワーの強化
- ③ 事業所によるケアマネジメントを希望する利用者が継続利用できるためのケアマネジメントの委託継続
- ④ ケアプラン作成作業の効率化
- ⑤ 介護予防ケアマネジメントの実施における積極的な面接の実施と個別に合わせた情報提供
- ⑥ 地域ケア会議の適切な活用推進



- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
  - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
  - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



# 利用者基本情報（表面）

初回  
再来(前 / / )

作成担当者：  
所属名：  
電話番号：

## 《基本情報》

相談日	平成 年 月 日 ( )	来所・電話・訪問	本人の 現況	在宅 入院 / 入所 ( )
フリガナ 本人氏名		性別 男・女 生年月日	M・T・S	年 月 日生 ( ) 歳
住所				電話
				Fax
相談者氏名	住所			
	続柄		電話	
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		
	認知高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
介護保険 認定状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定済(認定日 年 月 日) 認定結果 非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日 被保険者番号： 地域包括支援センター：			
障害等認定 (手帳の有無)	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 等級等： 障害名：			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 階、住宅改修の有無 ※自宅周辺の環境(坂、階段等の状況)：			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先
その他 連絡先				
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)				
保険種類	後期高齢者医療 国保 社保(本・家) 共済(本・家) その他( 本・家 ) 生保 保険なし			
経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金・障害年金・家族の扶養・生活保護・遺族年金・その他			

## 《相談内容と対応》

相談経路	他機関での 相談状況
相談内容	
対 応	緊急・通常・継続 ( 回目 ) ・情報提供のみ・終了 相談継続 次回予約日：あり 月 日 ( ) 時 / ・なし 担当：
	備考

# 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)	本人の1日の生活の過ごし方		
	時間	本人	介護者・家族
趣味・楽しみ・特技		友人・地域との交流	

## 《現病歴・既往歴と経過》(現在の状況に関連するものまた主疾患について、新しいものから順に書く)

発病・治療開始日	病名	医療機関・医師名 (主治医及び意見書作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容 通院・服薬状況等
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

## 《現在利用しているサービス》

介護保険サービス(事業者名)	介護保険外サービス	インフォーマルサービス等

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、権利擁護センター、成年後見センターその他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 ㊟

### ※【家族同意が必要な個人情報の使用について】

介護予防支援(ケアマネジメント)契約書 第9条に規定する個人情報の使用について同意します。

平成 年 月 日 氏名 ㊟

介護予防サービス・支援計画票①

No. 1		地域支援事業
利用者名	様	

認定年月日		認定の有効期間	
-------	--	---------	--

計画作成者氏名			
委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）			
計画作成（変更）日		（初回作成日	）
担当地域包括支援センター：			

アセスメント領域と現在の状況	回答欄	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向
<b>運動・移動について</b>			
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			
15分位続けて歩いていますか			
この1年間に転んだことはありますか			
転倒に対する不安は大きいですか			
バスや電車で1人で外出していますか			
週に1回以上は外出していますか			
昨年と比べて外出の回数が減っていますか			
その他記載欄			
<b>日常生活（家庭生活）について</b>			
日用品の買い物をしていますか			
預貯金の出し入れをしていますか			
周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			
今日が何月何日かわからない時がありますか			
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			
お茶や汁物等でむせることがありますか			
口の渇きが気になりますか			
毎日、歯みがきや入れ歯の手入れをしていますか。			
その他記載欄			
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>			
友人の家を訪ねていますか			
家族や友人の相談にのっていますか			
（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない			
（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなりました			
（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる			
（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない			
（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする			
その他記載欄			
<b>健康管理について</b>			
食べる量が減りましたか（通常の2/3以下）			
6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか			
身長 [ ]cm、体重 [ ]kg →			
健康のために自分で努めていることは何ですか			
その他記載欄			

健康状態について  
 口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

--





目標とする生活

1日	
1年	

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1.						
2.						
3.						

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

--	--

二次予防事業	非該当
--------	-----

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

領域	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
基本チェック結果	0/5項目	0/2項目	0/3項目	0/2項目	0/3項目	0/5項目
生活機能評価等	運動機能の著しい低下なし	血清アルブミン値 3.8g/dl以下	②視診による衛生状態			
	<input type="checkbox"/> 握力		問題を確認			
	<input type="checkbox"/> 開眼片足立時間		③反復唾液嚥下テスト			
領域判定	<input type="checkbox"/> 10m(5m)歩行速度		3回未満			
結果入力						

地域包括支援センター	【意見】	【確認印】
------------	------	-------

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

# 記入例 (曜日や時間の記載は必須ではありません)

## 介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
平成〇年〇月〇日( )	▲▲氏より、電話あり。 【初回相談】	平成〇年〇月〇日( )	地域包括支援センター●●1へ電話連絡し、〇月〇日〇時に原案確認に行く予約を行う。
平成〇年〇月〇日( )	▲▲氏宅へ訪問。 【初回訪問】	平成〇年〇月〇日( )	地域包括支援センター●●1へ原案確認に行く。
〇時～〇時〇分	□□氏(長女)と■●氏(友人)が同席。 【サービス担当者会議】	〇時～〇時〇分	基本情報、ケアプラン①～③票、支援経過記録(担当者会議録)、認定審査会資料を持参し、原案確認を受ける。
平成〇年〇月〇日( )	●●区統括支援センターへ介護認定審査会資料請求のため「介護予防プラン作成予定者一覧」をFAX。 【統括へ書類提出】	平成〇年〇月〇日( )	□□氏、◇◇サービス事業所へ地域包括支援センター
平成〇年〇月〇日( )	▲▲氏宅でサービス担当者会議を開催。 【サービス担当者会議】	〇月～〇月分	で承認されたケアプランの写し及び利用票提供票の〇月～〇月分を交付。
〇時～〇時〇分	地域包括支援センター●●1 ●●ケアマネ 検討課題:..... 検討内容:..... 結論:..... ケアプラン承認:.....	平成〇年〇月〇日( )	本人と電話によるモニタリングを行う。 【モニタリング】

※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列(曜日や時間の記載は必須ではない)に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する

3 略語はできるだけ使用しないように記載し、略語を使用する際は分かりやすい記載方法を工夫する <例>…介護支援専門員(以下、ケアマネと記載)…。

# 記入例 (曜日や時間の記載は必須ではありません)

## 介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
(続き)			
平成〇年〇月〇日( )	自宅を訪問し、本人と面接。		<b>【記載が必要な事項】</b>  1 毎月のモニタリングの記録 2 3ヶ月に1回の訪問記録 3 サービス担当者会議の記録(別紙可) 4 交付書類、交付先、交付日の記載 (計画書、利用・提供票など) 5 その他 ・契約に関する事項が事務手順どおりに実行できなかった経緯の記載
<b>【モニタリング】</b>	<b>【ケアプラン目標1】</b> について		
〇時~〇時〇分	.....。		
	.....。		
	<b>【ケアプラン目標2】</b> について		
	.....。		
	.....。		
	<b>【その他】</b> について		
	.....。		
	.....。		
	<b>【結論】</b>		
	.....。		
	.....。		
	<b>【利用票 提供票】</b> の交付		
	.....。		

- ※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列(曜日や時間の記載は必須ではない)に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する
- 2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する
- 3 略語はできるだけ使用しないように記載し、略語を使用する際は分かりやすい記載方法を工夫する <例>…介護支援専門員(以下、ケアマネと記載)…。

介護予防支援・サービス評価表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 0

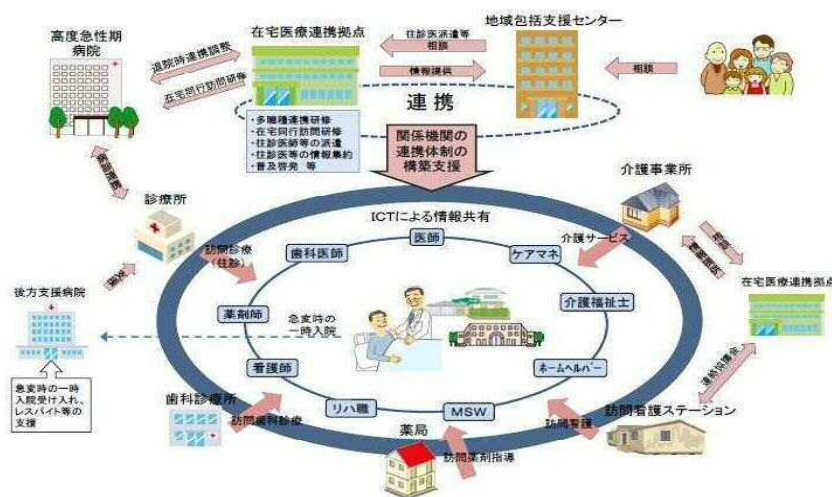
目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	

総合的な方針	地域包括支援センター意見
	<input type="radio"/> プラン継続 <input type="radio"/> プラン変更 <input checked="" type="radio"/> 終了 <input checked="" type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 介護給付 <input type="radio"/> 二次予防事業施策 <input type="radio"/> 一次予防事業施策 <input type="radio"/> 終了

■在宅医療連携拠点(新/在宅医療・介護連携推進事業)

在宅医療連携拠点事業概要(案)	
1. 実施主体	地域包括支援センターとは別組織として、医療に関する専門的な知見やネットワークを有する医師会が担う。
2. 配置人員	ケアマネジャー資格を有する看護師、医療ソーシャルワーカー等を配置する。
3. 業務内容(例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療に関する専門相談</li> <li>○ 多職種連携の推進に関する事業の実施                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ICT(情報通信技術)を活用した情報共有</li> <li>・ 多職種連携研修の実施</li> </ul> </li> <li>○ 往診可能な医師・歯科医師の派遣調整</li> <li>○ 在宅医療にかかる診療所等の情報集約・発信</li> <li>○ 訪問看護ステーションの連絡協議会の設置・運営</li> <li>○ 在宅医療従事者研修の実施</li> <li>○ 一般市民向けの普及啓発講演会の実施</li> </ul>
4. 対象者及び連携先	本市在住者を対象とし、相談の相手先及び連携先は、地域包括支援センター、介護事業所、病院の地域連携室、訪問看護ステーション等の医療・介護サービス提供者とする。
5. 設置時期	平成28年4月

北九州市の在宅医療・介護の連携推進のイメージ図(案)



【在宅医療連携拠点モデル事業】

平成28年4月からの一斉設置に向けた実施体制の確保を図るため、平成27年度に2箇所の地区を選定しモデル事業を実施する。

**事業内容**：在宅医療連携拠点概要(案)に準じる

**実施期間**：平成27年6月～平成28年3月