

北九州市版

介護予防サービス・支援計画

作成マニュアル

北九州市保健福祉局

平成 28 年 11 月  
改訂版

## I 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの概要

1	介護予防の仕組みと事業・サービス	1
	(1) 基本的な考え方	
2	介護予防に関する事業・サービスの全体像	2
3	介護予防ケアマネジメントの事業内容	
4	介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	
5	介護予防ケアマネジメントの類型と考え方	3
	(1) 原則的な介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントA)	
	(2) 簡略化した介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントB)	
	(3) 初回のみ介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC)	
	(4) ケアプランの自己作成における留意点	5
	(5) 暫定プランに基づいたサービス利用における留意点	5
6	介護予防・日常生活支援総合事業の体系図	6

## II 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

1	対象者	
	(1) 要支援認定者	7
	(2) 事業対象者	7
2	基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準	9
3	一般介護予防事業	10
	(1) 早期発見、早期対応の重要性	11
	(2) 幅広い介護予防事業の展開も視野に	
4	生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組	12
	(1) 地域支援コーディネーター(地域支え合い推進員)および協議体	
5	地域ケア個別会議、既存資源、他施策の活用	
	(1) 地域ケア個別会議の活用	
	(2) 既存資源の活用	

## III 介護予防ケアマネジメントの流れ

1	基本的な流れ	13
	(1) 相談	
	(2) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認	
	(3) 介護予防ケアマネジメントの利用の手続	
	(4) 介護予防ケアマネジメント	
2	アセスメント	16
	(1) 基本的な考え方	
3	介護予防ケアプランの作成	
	(1) 基本的な考え方	18

(2) 介護予防ケアプランの作成方法	18
(3) サービス選択にあたっての留意事項	19
(4) サービス事業者に関する情報の必要性	20
(5) サービス事業者間の情報共有の必要性	
4 サービス担当者会議の流れについて	21
5 サービス担当者会議の記録について	22
6 個人情報保護のポイント	23
<b>IV 北九州市版 介護予防サービス・支援計画表のねらい</b>	<b>24</b>
<b>V 北九州市版 介護予防サービス・支援計画表の特徴</b>	
1 北九州市版として加えたアセスメント項目について	24
(1) 関連様式に、北九州市版として加えたアセスメント項目	
(2) 北九州市版として加えたアセスメント項目の内容	
2 利用者基本情報について	24
(1) 枠外の記入欄について	25
(2) 基本情報について	25
(3) 相談内容と対応について	27
(4) 介護予防に関する事項について	27
(5) 「現病歴・既往歴と経過」について	
(6) 「現在利用しているサービス」について	28
(7) 「個人情報の第三者提供に関する同意」について	
(8) 「家族同意が必要な個人情報の使用」について	
図：基本情報（表・裏）	30
<b>VI 北九州市版 介護予防サービス・支援計画表について</b>	
1 ケアプラン作成の流れ	32
(1) 介護予防サービス・支援計画表①	
(2) 介護予防サービス・支援計画表②	
(3) 介護予防サービス・支援計画表③	
2 ケアプラン作成のポイント【抜粋】	33
(1) 「アセスメント領域と現在の状況」欄	
(2) 「本人・家族の意欲・意向」欄	
(3) 「課題に対する目標と具体策の提案」欄	
(4) 「具体策についての意向 本人・家族」欄	
3 アセスメントの項目とそのねらい	34
4 介護予防サービス・支援計画表①について	41
5 介護予防サービス・支援計画表②について	42
6 介護予防サービス・支援計画表③について	43

<b>Ⅶ 実施状況の把握とモニタリングに関する留意点</b>	
1 モニタリングの目的と留意点	4 4
2 モニタリングにおける介護保険上の規定	4 4
3 モニタリングの視点	4 5
4 実施方法及び実施時期	4 6
<b>Ⅷ 達成状況の評価に関する留意点</b>	
1 評価を行う時期	4 6
2 目的と視点	
3 手順と留意点	4 7
4 評価の反映	4 8
図解：介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	4 9
<b>Ⅸ 介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録について</b>	
1 記入方法	5 0
記入例：介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録	5 1
<b>巻末資料：課題整理表の記入要領</b>	5 3
1 策定の趣旨	5 4
2 目的と活用にあたっての留意点	
3 記載項目及び記載要領	5 4
資料：課題整理表	5 8

# I 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの概要

## 1 介護予防の仕組みと事業・サービス

### (1) 基本的な考え方

#### ア 介護保険制度の基本的な考え方

介護保険法では、①介護を要する状態となっても出来る限り、居宅で自立した生活を営むことができるようにサービスを提供すること、②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の保持増進、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」が掲げられています。介護保険制度の基本理念は、「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。

#### 【条文】 介護保険法第4条第1項(国民の努力及び義務)

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

#### イ 2015(平成27)年度介護保険法改正

2015(平成27)年度施行の介護保険法改正においては、①要支援1・2と認定された方で、予防給付に関するケアマネジメントを実施する介護予防支援と、②地域支援事業による介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの仕組みに変わりました。

#### ※介護保険法の規定と実施方法

①地域支援事業による介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(法第115条の45第1項第1号二)

②被保険者の申請に基づき要支援認定をした結果、要支援1・2と認定された方に対する予防給付(法第52条)

## 2 介護予防に関する事業・サービスの全体像

総合事業では、市町村（保険者）が地域の実情に応じた柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービス提供できるよう、要支援者等に対して必要な支援を行う介護保険法第115条の45第1項第1号に規定する「サービス事業」と住民主体の介護予防活動の育成および支援等を行う同法第115条45第1項第2号に規定する「一般介護予防事業」があります。

「サービス事業」においては、予防給付で提供されていた要支援者等に対する介護予防訪問介護が「訪問型サービス」、介護予防通所介護は、「通所型サービス」として位置づけられています。

これらの訪問型、通所型サービスは、予防給付で提供されていたサービスにとどまらず、NPO等さまざまな主体による多様なサービスが含まれ、それらをマネジメントする手法を「介護予防ケアマネジメント」と言い、サービス事業の中に位置づけられています。

次に一般介護予防事業では、65歳以上の高齢者（第1号被保険者）とその支援のための活動に関わる者を対象とした事業が設けられています。

## 3 介護予防ケアマネジメントの事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメントは、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象者の基準に該当し介護予防ケアマネジメントの依頼をした者（以下「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）のほか、一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

## 4 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

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

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

## 5 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や介護保険の認定結果、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型とし、原則的な取り決め（表1参照）に従って行います。

### (1) 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

- ・ サービス事業のうち「予防給付型」を利用する場合
- ・ サービス事業のうち「訪問型サービスC」、「通所型サービスC」を利用する場合
- ・ その他、地域包括支援センターが必要と判断した場合

これらについては、予防給付に対する介護予防支援と同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

モニタリングについてはおおむね3か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。

### (2) 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

- ・ サービス事業のうち「生活支援型」を利用し、訪問看護・福祉用具等の予防給付や予防給付型サービスの併用利用がない場合
- ・ (1)または(3)以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）と同様ですが、サービス担当者会議を省略でき、6か月ごとにモニタリングを実施し、評価およびケアプランの変更等を行う簡略化したケアマネジメント方法です。

提供サービスは生活支援型のみとなります。

### (3) 初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

※H28.10月時点では北九州市では実施していません。実施予定は未定です。

・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用につなげる場合

利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげます。その後、モニタリング等はいりません。

※様式は現行の様式で可。

(1)～(3)のケアマネジメントの過程を整理すると、以下のようになります。

表1 (ケアマネジメントの種類と手続の簡略化)

	原則的な ケアマネジメント (ケアマネジメント A)	簡略化した ケアマネジメント (ケアマネジメント B)	初回のみ ケアマネジメント (ケアマネジメント C)※実施なし
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	○	○	○
ケアプラン確定 ・交付	○	○	(○) 説明
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○ 少なくとも 面接1回(※) /3ヶ月 電話または訪問1回 /月	○ 少なくとも 面接1回(※) /6ヶ月 電話または訪問1回 /月	—

(○：実施 △必要に応じて実施 —：不要)

※原則、自宅を訪問し、面接による実施が必要。

(4) ケアプランの自己作成における留意点



利用者があらかじめ市町村（保険者）に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市町村（保険者）が専門的な見地から確認を行った場合には、当該ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みとなっています。

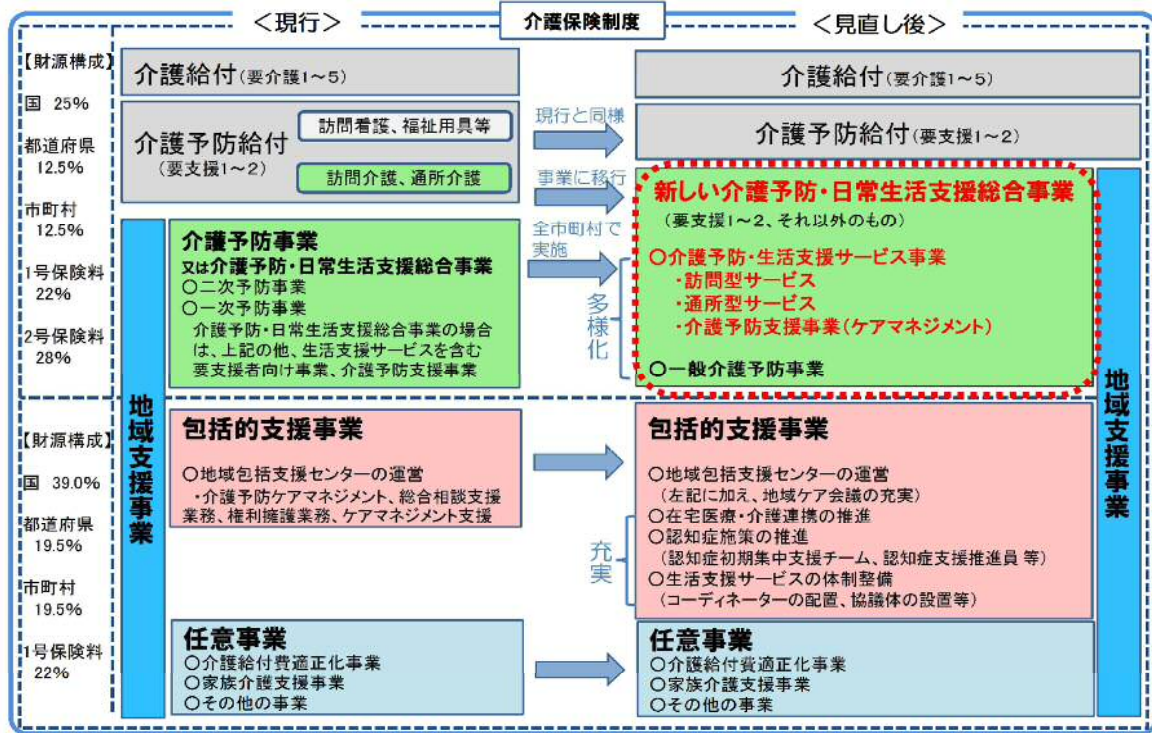
ただし、総合事業においては、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていません。

そのことから、予防給付においてケアプランの自己作成を行っている場合は、市町村（保険者）の承認が必要となりますが、サービス事業のサービスを利用する場合は、地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントにつないでいくこととなります。

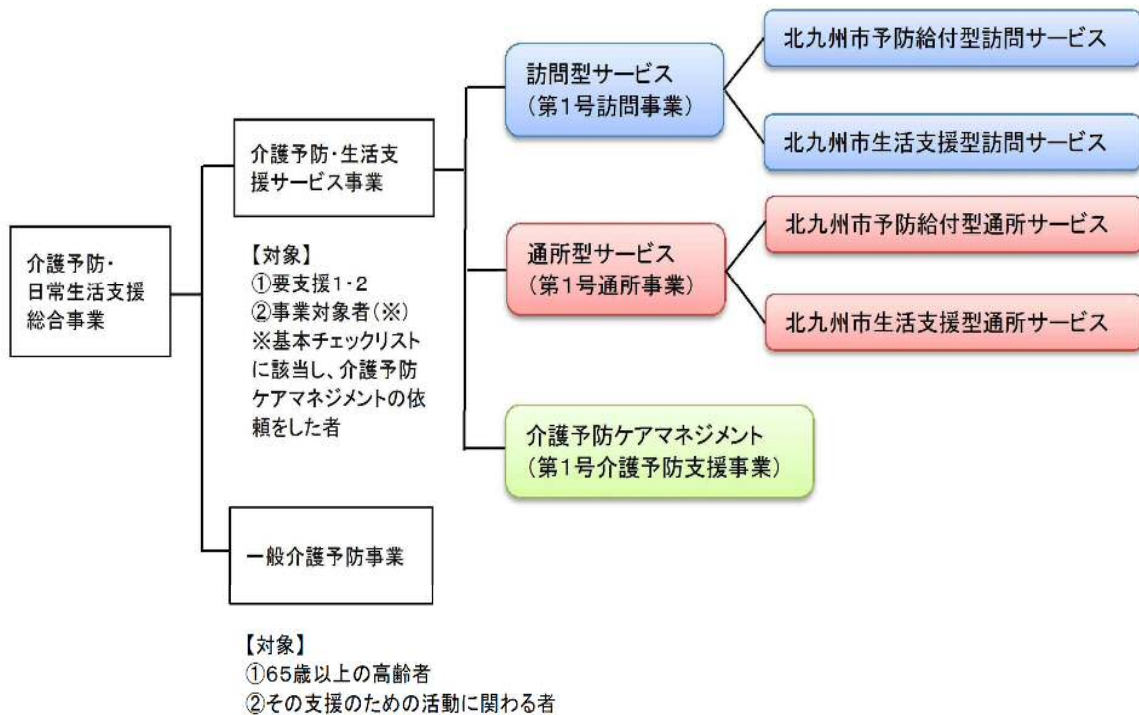
#### **（５） 暫定プランに基づいたサービス利用における留意点**

要介護者は「サービス事業」を利用することはできません。また、要介護認定は、その申請日に遡り認定有効期間が開始されます。

サービス事業を利用中の「要支援者」が更新申請や区分変更を行った際の介護予防暫定プランにおいて、認定結果が「要介護」となった場合の対応については、必ず、地域包括支援センターへ相談してください。



介護予防・日常生活支援総合事業の体系図（平成28年10月時点）



## Ⅱ 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者

### 1 対象者

#### (1) 要支援認定者（要支援1、要支援2）

要介護認定を経て、要支援1・2と認定されたものについては、状態像や本人および家族の意向を元に、アセスメントを行い、総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービス）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の予防給付にある「介護予防訪問看護や介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与」等の予防サービスが必要な場合は、従来どおり予防給付から提供されることとなります。

すなわち要支援認定者においては、以下のサービス利用の組み合わせが考えられ、①～④は「介護予防支援」（従来の予防給付ケアマネジメント）となるため、介護予防支援でのケアプラン作成、⑤⑥においては「サービス事業による介護予防ケアマネジメント」の実施の対象となります。

- ① 予防給付のサービスのみを利用
- ② 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」の利用
- ③ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用
- ④ 予防給付と一般介護予防事業の利用
- ⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用
- ⑥ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

#### (2) 事業対象者

事業対象者とは、相談時において基本チェックリスト（9ページ参照）を実施した結果、何らかの支援が必要と判断されたため、地域包括支援センター等にサービス計画作成の依頼を届け出た高齢者のことを言います。

北九州市では、サービス事業の利用を希望する場合、原則、要介護認定の申請を行うこととしており、以下の場合に事業対象者とするとしています。

○要支援認定で非該当になった場合

○認定更新時において、サービス事業のみの利用が適当と判断された場合など

事業対象者に対しては、以下のサービス利用の組み合わせが考えられ、「サービス事業による介護予防ケアマネジメント」の実施の対象となります。

- ① 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

事業対象者は予防給付を利用することができないため、予防給付が必要な場合は要支援認定の申請手続きをする必要があります。

＜サービス利用対象者と利用できるサービス（事業）との関係＞

介護保険事業	予防給付	サービス事業	一般介護予防事業
対象サービス	訪問看護、ショートステイ、福祉用具貸与、住宅改修など	訪問型サービス 通所型サービス	百万人の介護予防 公園で運動教室など
要支援認定者	○	○	○
事業対象者	×	○	○

## 2 基本チェックリスト

記入日：平成 年 月 日（ ）

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目				回答：いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか				0. はい 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか				0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか				0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか				0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか				0. はい 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか				0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか				1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか				1. はい 0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				1. はい 0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI = ) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか				1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか				1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか				1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか				0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか				1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか				1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか				1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない				1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる				1. はい 0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない				1. はい 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする				1. はい 0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

### 事業対象者に該当する基準

① 様式第一の質問項目No.1～20 までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合をいう。

### 3 一般介護予防事業

一般介護予防事業は、年齢や心身の状況等にかかわらず、高齢者が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の実現を目指すことを目的としているため、事業の対象者はすべての65歳以上の高齢者です。

総合事業の推進にあたっては、サービス事業と一般介護予防事業が、一体的に運用されていなければならない、できる限り身近な地域において元気な高齢者や虚弱な高齢者などが共に参加し、共に支え合うことができる居場所作りを含めた一般介護予防事業の推進がますます必要となります。

一般介護予防事業では、北九州市で行われている様々な事業との役割分担も踏まえつつ、「きたきゅう体操」「ひまわり太極拳」に取り組む地域での自主グループ活動が継続的に拡大していくようなグループ活動の立ち上げや継続を支援するとともに、地域で行われている地域福祉や生涯学習等に関する取組や事業、民間サービス等の通いの場やグループに、介護予防に関する実践も含めた啓発を行いながら、人と人との交流が深まることで継続していく通いの場を拡大させていくことを進めています。

このような場に、高齢者が通い、つながりながらそこで何らかの役割を果たすことが、結果として介護予防につながるといえます。

#### 一般介護予防事業

事業	内容
百万人の介護予防	○きたきゅう体操 ○ひまわり太極拳 北九州オリジナルの体操で、体力に応じて気軽に取り組める体操を普及
公園で運動教室	健康遊具を設置した公園で、健康遊具を活用した介護予防運動の指導
高齢者のための筋力向上トレーニング啓発教室	自分でできる簡単なストレッチや筋力向上の運動の紹介
サロンで健康づくり	地域のグループに、運動・栄養・口腔ケアについての講師を派遣
健口ストレッチ講座	歯科衛生士を派遣し、お口の元気体操や口腔ケアを指導
おいしく食べて元気もりもり教室	管理栄養士が、栄養士の大切さや食事のバランス、必要量などについて講話

### **(1) 早期発見・早期対応の重要性**

一見元気な高齢者でも、心身の状態や環境の変化から生活機能が低下する例も多いと言われていています。また、疾病や障害などによって短期間に状態が悪化しやすい、潜在化しやすいなど高齢者特有の特性をもっていることから、早期発見・早期対応を図ることが重要になります。

そのため、要介護認定の結果だけではなく、主治医への連絡、地域での保健・福祉活動、民生委員や自治会長・ボランティアを含む住民等からの相談など、把握方法を確保し、得られた情報から支援が必要な高齢者を把握し、必要な支援へつなげることが大切です。

また、介護予防事業や見守り活動の情報提供など、普及啓発を行うことで、地域から情報が得やすい関係性を構築することにつながります。

### **(2) 幅広い介護予防事業の展開も視野に**

今は支援を必要としていない高齢者であっても、リスクの高低はあるものの、要支援・要介護状態の予備軍といえるでしょう。例えば、そのような高齢者に対して住民運営の通いの場で支援者としての役割を担ってもらうことは、自身の介護予防活動につながるとともに、地域の通いの場が充実・継続的に運営されれば、通いの場を必要とする高齢者に対する支援にもなります。このように地域のサービスや活動の充実、地域の互助の取組などへ展開を積極的に考えていくことで加速化する高齢化に対応できるまちづくりにつながっていきます。

## 4 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組

### (1) 地域支援コーディネーター

地域支援コーディネーターとは、高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的として、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者のことを指します。

## 5 地域ケア個別会議、既存資源、他施策の活用

### (1) 地域ケア個別会議の活用

地域ケア個別会議を実施・展開していくうえで、地域ケア個別会議の実施主体である地域包括支援センターにおいては、地域支援コーディネーターや関係機関等と連携しながら、積極的な活用・取組を行うことが求められます。

### (2) 既存資源の活用

地域包括支援センターには地域のアセスメントやモニタリングを行うなかで、地域資源を把握し、それらを有効に組み合わせて活用していく視点が求められます。

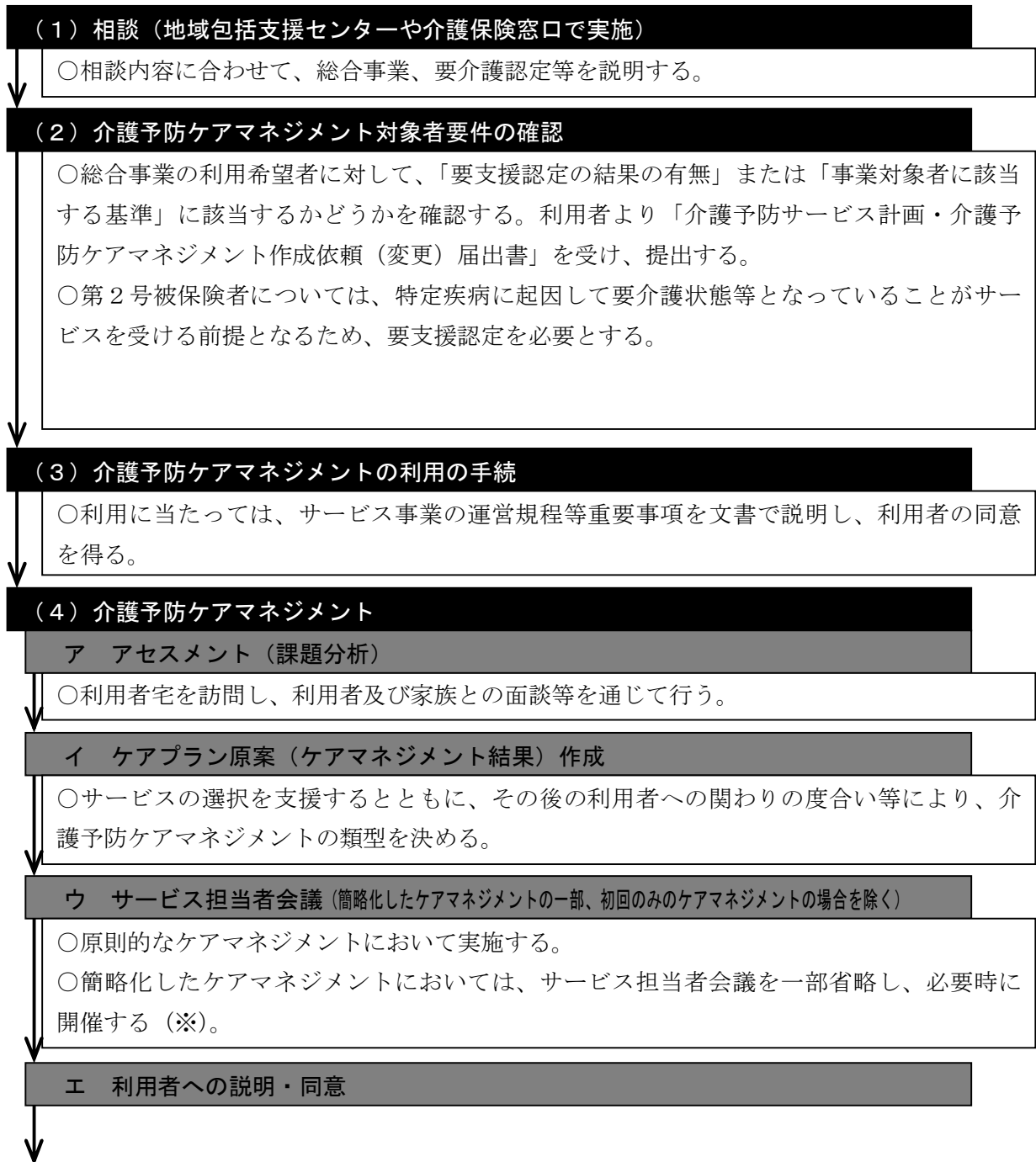


### Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの流れ

#### 1 基本的な流れ

ケアマネジメントの基本的な流れは、介護給付、予防給付、総合事業の利用のいずれにおいても基本的な考え方は同じです。まず、アセスメントを行い、次にケアプランの原案を作成します。

また、使用する様式は、予防給付ケアマネジメントの介護予防サービス・支援計画表と同じです。



#### オ ケアプランの確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人の同意を得て、地域包括支援センター等によりケアプランをサービス提供事業者にも交付する。

#### カ サービス利用開始

各サービス提供事業者よりサービスを提供。

#### キ モニタリング（給付管理）（初回のみケアマネジメントの場合を除く）

- 総合事業の給付管理は、予防給付と同様に、包括単位（1月あたり）であるサービス単価を基に算出する。
- 原則的なケアマネジメントの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回、及びサービスの評価期間の終了月に訪問して面接し、それ以外の月においては、電話等により利用者との連絡を実施する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- 簡略化したケアマネジメントの場合は、少なくとも6ヶ月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、利用者宅を訪問して面接する。
- モニタリング実施者は、利用者の状態や介護者の介護負担、生活状況、権利擁護についての状況変化を把握する。また、サービス実施者側から状況変化等について、随時、情報が入る体制を整備しておく。

#### ク 評価（初回のみケアマネジメントの場合を除く）

実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を検討する。

#### ※サービス担当者会議開催の例

生活支援型のサービス利用のみの場合は、サービス担当者会議を省略することができるが、以下のような場合は会議を開催する。なおサービス担当者会議省略する場合は、支援経過に判断根拠を具体的に記載する。

- ① 初回プラン作成時
- ② 更新時で利用者の身体状況や生活環境に変化がある場合
- ③ 暫定プランで対応する場合
- ④ 利用者や家族等が希望する場合
- ⑤ 利用者・関係者等の状況に応じて判断
  - ・利用者の判断能力や理解力の低下が疑われる場合、家族の協力が必要な場合
  - ・利用者の身体状況や生活環境に変化がある場合  
(同居家族の変化、入退院時等)
  - ・支援者の役割分担の確認が必要な場合
  - ・キーパーソンが居ない場合（緊急時の対応などを話し合う） など

- (1) 事業による介護予防ケアマネジメントには3つの類型があり、このアセスメントの時点で
- ①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
  - ②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
  - ③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）
- のいずれかに振り分けを判断します。
- (2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定されます。
- 要介護認定のいわゆる暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできないため、注意します。
- \* 要介護認定等申請とサービス事業の利用を並行して受け付け、要介護認定を受けた後、同月の途中でサービス事業から給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求します。限定額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業所が、地域包括支援センター等と連絡をとり、給付管理を行います。
- (3) 要介護認定申請を受けて非該当である場合は原則サービスの必要性がないと考えられるが、何らかのサービスが必要である場合は、基本チェックリストを活用して事業対象者の基準に該当した場合は、サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。この場合の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施します。
- (4) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じます。
- (5) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。
- この支援の一つとして、総合事業のサービス事業は、必要に応じてサービス担当者会議における検討のうえ原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画（介護予防・生活支援サービス事業における「介護予防支援計画」および予防給付における「介護予防サービス計画」の総称として確定します。これに基づいて、予防給付によるサービスや、介護予防・生活支援サービス事業が提供されます。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価します。

## 2 アセスメント

### (1) 基本的な考え方

ア 介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。基本チェックリストや利用者基本台帳、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

基本チェックリストのひとつの基準のみに該当した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげます。

予防給付では認定調査項目や特記事項、主治医意見書を活用します。主治医意見書からは、利用者の既往歴、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

イ なお、これからの情報については、作成日を確認し、直近の情報を適切に利用するように留意します。利用者の現在の状態を計画作成者が再度確認する必要があります。

ウ アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。そのため、アセスメント実施にあたっては、一方的にあるいは漠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。

エ アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるように支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。予防給付対象者は認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能低下を自覚している場合が多いと考えられますので、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。事業対象者自身に生活機能の低下を自覚してもらうことは、介護予防に取組む意欲につながるので、大切なポイントとなります。

具体的には、以下のようなコミュニケーションを心がけてください。

- ① 出来ていないことばかりに目を向けず、本人で出来る事、出来そうな事（潜在能力）を探す。
- ② 能力と行為の差を確認し、出来る能力があるのに行為としていないものがあれば、なぜしていないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。
- ③ 目指す生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ④ 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取組が継続される事を活用する。（環境づくり）

⑤ 具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数ヶ月後の姿がイメージできるように予後予測の視点をもった上で、利用者に丁寧な説明を行う。

オ 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。例えば基本チェックリストの21～25を参照にうつ症状がみられたら、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力を活かして、過度な負担やストレスにならないように配慮する必要があります。

カ 計画作成者は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ます。その内容を深めるなかで、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る事ができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを描けることが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わるものを具体的に盛り込むように努めます。

キ 計画作成者は、利用者が介護予防・生活支援サービス事業や予防給付によるサービスなどを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチする事が重要であり、その生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標とする生活のイメージとして共有する必要があります。

ク アセスメントは既存書類からの情報収集で、おおまかな利用者像を把握し、面接により利用者や家族の訴えに耳に傾け、生活機能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。初回面接では完璧に情報を収集しようとするあまり、利用者から強引に聞き出すなど、利用者を不快にさせないようにして信頼関係を作りながら進めることが重要です。

ケ しかし一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されてきました。適切な介護予防ケアマネジメントがおこなえるよう、介護予防の理念や概念を再認識するようにしましょう。

### 3 介護予防ケアプランの作成

#### (1) 基本的な考え方

ア 生活機能の低下がみられる事項全体を俯瞰し、総合的な観点から領域を超えて根本的な課題を探る必要があります。その解決や強化を図るためには、利用者や家庭と協働で作った目標をイメージし、これに基づいて介護予防ケアプランを作成します。

イ 利用者や家族に対して課題解決に向けた目標と具体策を示し、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を引き出し、プロセスを丁寧に進めることが重要です。

ウ 介護予防ケアプラン作成においては、利用者自身が取組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族の協力や、近隣者の見守り支援などのインフォーマルサービスを積極的に活用することも重要です。なお、近隣者による支えは、利用者の心の支えと安心感につながり、利用者の意欲を高めることが多くあります。

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。

エ また、介護予防ケアプランを作成する際には、利用者の状態のみに着目するのではなく、要支援状態に至る直接のおよび間接的な原因にも着目することも大切です。

#### (2) 介護予防ケアプランの作成方法

##### ア 目標の設定

① 計画作成者が各領域の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とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

② 「目標とする生活」へできるだけ近づくことができるように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聞きます。

③ 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。明らかに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。特に介護予防サービスを開始した時は、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効だと考えられます。

- ④ 留意すべき点は「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるといった視点をもつことが重要です。
- ⑤ このためには、「できること」や「できそうなこと」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージを持ってもらい、利用者と一緒に目標を立てることが重要です。
- ⑥ 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をはじめとするすべてのサービス提供者が、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、すべてのサービス提供者が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。
- ⑦ 「本人の意思」を尊重するからといって、単にやりたくないという理由だけでサービスを組み込まなかったり、欲しいと言っているサービスのみを提供することは、適切な介護予防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は課題分析者の重要な役割であり、サービス提供事業所の役割でもあります。

## イ 支援計画に盛り込む内容

### ① 利用者のセルフケア

生活機能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・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取組等は介護予防の重要な取組のひとつです。

### ② インフォーマルサポート

利用者が家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりのなかに自己の役割やいきがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込むことも大切です。

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。

### ③ 予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する予防給付のサービスや介護予防・生活支援サービス事業等を選択します。

## (3) サービス選択にあたっての留意事項

ア 廃用性症候群予防の観点から、「通所型サービス」及び要支援認定者の場合であ

れば「介護予防通所リハビリテーション」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発化や社会と関わる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善を期待できます。

イ 「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）がある利用者に対して1対1で提供するサービスであり、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

これらの「通所型サービス」と「訪問型サービス」は総合事業に移行したことに伴い、地域の実情により多様なサービスになります。そのため、利用者のニーズおよび状態像に応じたサービス選択を行うために、計画作成者は地域にあるサービスやその特性を把握することが求められます。

ウ 予防給付における福祉用具の利用にあたっては、適切にケアマネジメントが行われないと、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等、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、介護予防ケアプランの根底となった生活目標の内容に照らし、利用の妥当性、適合性を精査することが大切です。

エ 計画作成者は「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（老振発第0617001号）」の通知で使用が想定しにくい福祉用具とされているものをケアプランに位置づける場合はサービス担当者会議等を通じて専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが大切です。

#### **（４）サービス事業者に関する情報の必要性**

ア 各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ことが必要です。また、目標の達成度に応じた事業者評価が行われることから、個々の事業者のサービス提供体制やサービス提供過程（プロセス）に関する情報収集も重要です。

#### **（５）サービス事業者間の情報共有の必要性**

イ 各サービスについては、個々のサービス事業所のサービスが連動する必要があるという認識をより強くもっていただく必要があります。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共有しさらに活かす訪問型サービスやセルフケアの内容について変更する必要があると考えられます。



## 4 サービス担当者会議の流れについて

### (1) 開会

会議内容や発言が反れないように会議の目的を述べ、何を話し合うかを説明します。

### (2) 参加者紹介

計画作成者(ケアマネジャー)による参加者の紹介、あるいは各々に自己紹介をしてもらいます。

### (3) 討議

介護予防サービス・支援計画原案やアセスメント情報等に基づき、討議を行うが、「何か意見を」といった漠然な問いかけではなく、計画作成者(ケアマネジャー)が考えていることを提言し、それに対して意見を募るようにします。参加者各々の専門性を重視し発言してもらうことで、参加者全員が同じ課題を共有できるようにします。

### (4) 結論

支援者の役割が認識できるように、各議題の終了ごとに司会役としての計画作成者(ケアマネジャー)がまとめを行い、本人やその家族の意向を確認し、同意を得ます。

専門職だけが発言し、本人やその家族の意見が置き去りにされないように注意する必要があります。

ケアプランの内容、提供の回数、曜日、時間、注意点などについても話し合っておく必要があります。

### (5) 閉会

計画作成者(ケアマネジャー)が会議の終了を告げます。

## ～ サービス担当者会議開催のポイント ～

- 1 「会議が上手に進行できない」「参加者から意見がでない」ことを想定し、事前に会議の段取りや根回しが重要になります。
- 2 専門性を発揮してもらうためにも「会議で何を話し合うか」を参加者全員に明確に理解してもらうことが、会議を成功させる秘訣になります。
- 3 会議の中で話し合う内容は個人情報を含みますので、参加者全員に守秘義務<sup>\*2</sup>があることを認識してもらいます。
- 4 終了時間を決めて、会議の進みぐあいを調整します。
- 5 難しい課題があれば、結論を急がずに再度検討する時間を設けるようにします。

## 5 サービス担当者会議の記録について

サービス担当者会議の議事録は、原則「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

※別紙に詳細等を記録し添付している場合は、下記記載例の「いつ」「どこで」「誰と」を記入すれば、「何を」については『別紙参照』のみの記入でも可とします。

### 〈記録内容 記載例〉

いつ (平成〇〇年〇月〇日、〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分)  
どこで (本人自宅にて)  
誰と (本人、長女〇〇氏、〇〇デイサービスセンター〇〇相談員等)  
何を (課題、検討内容、結論、残された課題等) ※別紙参照 可

### 資料

#### \* 1 サービス担当者会議について

厚生省令において、担当者会議の開催は以下の通り記載されています。

- (1) 要支援更新認定時（厚生労働省令第37号第30条第16項イ）
- (2) 要支援状態区分の変更認定時（厚生労働省令第37号第30条第16項ロ）
- (3) 介護予防サービス計画の変更時。なお、本人の希望による軽微な変更を行う場合は必要なし（厚生労働省令第37号第30条17）  
※軽微な変更＝日時の変更程度
- (4) 介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置づける場合は、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催（厚生労働省令第135号2）

#### \* 2 守秘義務について

- (1) 「北九州市個人情報保護条例（平成16年北九州市条例第51号）」
- (2) 「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18年厚生労働省令第37号、改正：平成21年厚生省令第54号）」  
第22条 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本人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本人又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な処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30条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、本人の個人情報

を用いる場合は本人の同意を、本人の家族の個人情報を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ければならない。

**(3) 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号、改正：平成21年厚生省令第54号）」**

第23条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従事者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人又はその家族の秘密を漏らしてはならない

2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従事者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た本人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 指定居宅介護事業者は、サービス担当者会議において、本人の個人情報をを用いる場合は本人の同意を、本人の家族の個人情報を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ければならない

**(4) 介護予防支援（ケアマネジメント）契約書**

第8条（秘密保持）

第9条（個人情報の利用）

**(5) 重要事項説明書**

5. 個人情報の利用

**(6) 本人基本情報（裏面 下部）**

## 6 個人情報保護のポイント

- (1) 個人ファイルについて  
保管場所や保管方法、持ち出し等に関する事業所内でのルールを決めるなどして、管理を徹底する。
- (2) パソコン環境の整備  
利用の際はパスワードを設定するなど、データの管理・保管について情報漏えい等のないよう十分注意する。
- (3) 情報提供  
移管・サービス事業者導入の際の情報提供は、本人の承認を必ず得る。

## IV 北九州市版 介護予防サービス・支援計画表のねらい

介護予防ケアマネジメントで使用する「介護予防サービス・支援計画表」の様式は、厚生労働省が、平成18年3月31日老振発第0331009号において、「介護予防支援業務に係る関連様式例」（以下、「関連様式」とする）を提示しているところですが、アセスメント内容は、ケアマネジメントを行う者（計画作成者）に委ねられています。

このため、より効果的なケアマネジメントを実践する北九州市の標準様式として、アセスメント項目を組み込んだ「北九州市版介護予防サービス・支援計画表」を作成することとなったものです。

## V 北九州市版 介護予防サービス・支援計画表の特徴

### 1 北九州市版として加えたアセスメント項目について

#### (1) 関連様式に、北九州市版として加えたアセスメント項目

- ア アセスメント領域と現在の状況
- イ 領域における課題（背景・原因）
- ウ 総合的課題

#### (2) 北九州市版として加えたアセスメント項目の内容

- ア 「アセスメント領域と現在の現状」において
  - (ア) 厚生労働省が示した4領域の内容として、28項目の質問を加えた。
  - (イ) 28項目の質問に対応して選択できる、8項目の「支援を必要とする傾向」を加えた。
- イ 「領域における課題（背景・原因）」について
  - (ア) 8項目の「支援を必要とする傾向」の背景・課題が導き出せるよう、8項目それぞれに質問を加えた。
  - (イ) 8項目それぞれの質問に答えることにより、「総合的課題」が導き出せる。
- ウ 「総合的課題」について
  - (ア) 8項目それぞれの質問に対応し選択できる、「総合的課題」を加えた。

### 2 利用者基本情報について

介護予防支援業務に係る関連様式例の提示（平成18年3月31日 老振発第0331009号）の中で示された「利用者基本情報」は、本市の使用様式として『利用者基本情報Excel形式』でホームページ上に掲示し、ダウンロード可能にしています。なお、記入の仕方・書式については以下のとおりです。

## (1) 枠外の記入欄について

### ア 「作成担当者・所属名・連絡先」欄

利用者基本情報の作成担当者の氏名・所属名・連絡先を記載する。

## (2) 基本情報について

### ア 「作成日」欄

作成した日を記載する。

相談の方法として、来所、電話、訪問の別を選択する。

### イ 「本人の状況」欄

本人の現在の居所について選択する。

※入院または入所中（施設入居）の場合は、その施設名を記載する。

### ウ 「本人氏名」欄

本人名及び性別を記載する。

※介護保険被保険者証と一致していることを確認して、本人の生年月日と年齢を記載する。

### エ 「住所」「電話番号」欄

本人の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の「住所」の記載は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載した上で、現在居住している居住地の住所を括弧書きで記載することとする。

「電話番号」は、本人自宅の電話番号、持っている場合は携帯電話の番号も記載する。

### オ 「相談者氏名」欄

相談者の氏名、住所や連絡先、本人との続柄を記載する。

### カ 「日常生活度自立度」欄

本人の「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」にもとづくそれぞれのランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書や認定調査票の「日常生活の自立度等について」を参考に、課題分析者（利用者基本情報作成者）が現在の状態に該当するものをクリックし選択する。

### キ 「介護保険認定状況」欄

本人の要介護認定の申請状況について、該当するもの（未申請・申請中・認定済）、また、事業対象者に■を入れる。

認定結果が下りている場合は、その区分について（非該当・要支援1～2・要介護1～5・事業対象者）のいずれかを選択する。

また、認定有効期間を記載する。

なお、介護保険情報として、被保険者番号を記載する。また、担当圏域の包括支援センターを記載する。

ク 「障害等認定」欄

障害等の認定を受けている場合は、該当するものをクリックし選択する。

障害等級、障害名について、該当する項目があればその内容を記載する。

障害認定がなければ、「障害の種別」欄に「なし」を記載する。

「特定疾患・被爆・受給者証等の情報」欄についても情報があれば記載する。

ケ 「本人の住居環境」欄

自宅か、借家か、一戸建てか、集合住宅か、該当するものについて選択する。

自室のある場合は自室のある階を記載する。

住宅改修の有無を記載する。

※自宅周辺的环境で留意すべき点（急坂、階段等）やプラス面（近くに店がある、バス停に近いなど）があれば記載する。

コ 「緊急連絡先」欄

緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

高齢者世帯では、本人の急変等、緊急に連絡を取る必要がある場合に備え、自宅以外の連絡先を記載する。また、介護者の体調不良などによる緊急連絡も想定されるため、連絡先は2か所以上確認する。

家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡が取れる電話番号を記載する。

サ 「家族構成」欄

本人に関係する家族の状況を欄内の凡例を用い、本人を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。

介護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。

現在本人と同居している家族は○で囲む。キーパーソン（☆）や主介護者（主）を明記する。

なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載し、「家族関係・介護状況等」の欄に現在の状況を記載する。

シ 「その他連絡先」欄

本人の支援にあたり、特記すべき関係者がいる場合は記載する。

例：近隣住民の支援者、民生委員、福祉協力員等

ス 「保険種類」欄  
医療保険の種類について、該当する項目をクリックし選択する。

セ 「経済状況」欄  
経済状態について、該当する項目を選択する。

### (3) 相談内容と対応について

ア 「相談経路」欄  
相談の経路（関係機関からの紹介か、相談者から直接かなど）を記載する。

イ 「他機関での相談状況」欄  
相談者が、同じ内容で他機関に相談を行っている場合は、その相談先とその際の対応を記載する。

ウ 「相談内容」欄  
相談内容の概略を記載する。

エ 「対応」欄  
相談内容に対する対応で、該当する項目を選択する。  
相談継続の「あり」「なし」を選び、「あり」の場合は、次回の予約年月日を記入する。

### (4) 介護予防に関する事項について

ア 「今までの生活」欄  
本人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、家族関係、居住環境などについて記載する。

イ 「現在の生活状況」（どんな暮らしを送っているか）欄  
「一日の生活の過ごし方」には、起床から就寝までの1日の流れや食事、入浴、買い物、仕事や日課にしていること（散歩・園芸など）、テレビを見て過ごすなどの1日の過ごし方を記載する。

例えば、1日ゴロゴロしていて、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、下段のタイムスケジュールの中に記載する。

食事内容や「介護者・家族」の欄には、出勤時間や帰宅時間、支援の状況など明記することで、1日の生活、支援の状況がよりわかり易い。

特定の家族からの聞き取りの場合、具体的に「長女」など明記する。

ウ 「趣味や楽しみ・特技」欄  
以前取り組んでいたものも含めて聞き取りした内容をできるだけ具体的に記載

する。

エ 「友人・地域との交流」欄

友人や地域との交流頻度や方法、内容をできるだけ具体的に記載する。

**(5)「現病歴・既往歴と経過」について**

主治医意見書からの情報や、主治医、本人・家族からの聴取をもとに、本人の主な既往歴と治療・服薬の状況について、現在の状況に関連するものまた疾患について、新しいものから順に記載する。

病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」を選び、「治療中の内容や備考」欄に内服中の記載や、内服薬の記載等をする。治療は受けていないが受診だけはしている場合は、「経過観察中」を選ぶ。わかる範囲で手術歴も記載する。

また、主治医意見書を記載した医療機関または医師について☆印をつける。

**(6)「現在利用しているサービス」について**

本人が現在利用している支援、サービスの種別と利用頻度について記載する。

サービスや事業は、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス・そのほかの行政が行う一般施策による事業と、ボランティアや友人などによって行われるインフォーマルサービスを分けて記載する。1日の過ごし方で記載されていない家族の支援についても記載する。

**(7)「個人情報の第三者提供に関する同意」について**

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、本人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、本人基本情報、支援・対応経過記録、アセスメントシート等の個人に関する記録を、介護予防・日常生活支援総合事業における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、同意を得る。

**(8)「家族同意が必要な個人情報の使用」について**

地域包括支援センターが、介護予防サービス・支援計画表①～③の作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業者間での連絡調整、本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供を行うための調整をする際に、緊急連絡先、家族の個人情報等を利用することについて、家族から同意を得る。

家族の同席がなく、直接同意が得られない場合は、同意を得た経緯について介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録に記載する。





～ **利用者基本情報の内容に訂正・加筆の必要性が発生した場合** ～

- ・当初作成した「利用者基本情報」に見え消しや追記を行う。その場合、修正・追記を行った日付、記録者の押印が必要。
- ・その際に改めて利用者の署名、捺印等をもらう必要はない。
- ・更新時には作り直し、利用者の署名、捺印をもらう。(平成 26 年度より)

※「個人情報の第三者提供に関する同意」欄に署名、捺印があることが前提



## 利用者基本情報（表面）

作成担当者：											
所 属 名：											
電 話 番 号：											
《基本情報》											
作成日					( )	本人の 状況				( )	
フリガナ					性別		生 年 月 日				○
本人氏名											才
住 所						電話					
						携帯					
相談者氏名			住所								
			続柄			電話					
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						
介護保険 認定情報	□未申請 □申請中 ( 年 月 日)		■認定済 (認定日H 年 月 日)			認定 結果			(有効期間) H 年 月 日~H 年 月 日		
	被保険者番号 ( )			地域包括支援センター ( )							
障害等認定 (手帳有・無)			等級等：	障害名：				等級等：	障害名：		
その他	特定疾患・被爆・受給者証等の情報										
本人の 住居環境	※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		家族構成 ◎ 回 =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)					
その他 連絡先						家 族 構 成					
家族関係等											
健康保険 種類				その他 ( 本・家)	経済状況						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	( 回目)										
	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日の生活のすごし方		
	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		経過	治療中の内容や備考
		(主治医及び意見作成者に☆)			
年 月 日			Tel		
年 月 日			Tel		
年 月 日			Tel		
年 月 日			Tel		

### 《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 ㊞

※【家族の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 ㊞