

八代市介護予防ケアマネジメント マニュアル(基本方針)



八代市高齢者支援課
八代市地域包括支援センター

令和6年12月(一部改訂)

目 次

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	2
2. ケアマネジメントの種類等	4
3. ケアマネジメント実施手順	6
(1) 認定から依頼を受けるまで	
(2) 地域包括支援センターから依頼を受けたら	
(3) アセスメント及び原案作成	
(4) 原案内容の確認を受けましょう	
(5) サービス担当者会議を開催します	
(6) 介護予防サービス計画の説明・同意	
(7) 個別サービス計画作成の内容確認	
(8) 介護予防サービス計画の決定	
(9) 介護予防サービスの提供開始とサービス実施状況の把握	
4. 給付管理票の提出方法	10
5. モニタリングと評価	12
(1) モニタリングの方法	
(2) モニタリングの時期	
(3) 更新時期とモニタリング（評価）の関係	
(4) その他	
6. 地域ケア会議等の活用	15
7. 関係資料	16～



1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

(1) 介護予防ケアマネジメントの目的

介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等が行うケアマネジメントは、自立支援・介護予防・重度化防止に資するものであり、ひいては高齢者のQOLの向上につながる必要があります。（介護保険法の基本理念）

つまり、高齢者の日々の暮らしの中の様々な課題に対し、介護支援専門員の視点から必要で適切な支援を行うことで、要支援状態の改善、要介護状態となることの予防、重症化の予防を図り、住み慣れた自宅での生活が続けられるようにすること（自立支援）です。

(2) 基本的な考え方

1) 利用者自身でできることは、できる限り利用者が行うような支援をすること。

高齢者自身も地域や家庭内での役割を持ち、活動を継続することが、心身機能の維持・改善、健康づくりにつながるという視点をもつことが大切です。

家族の支援を始め、多様な生活支援として、また活動や社会参加の場としても、民間の事業や住民主体の通いの場などのインフォーマルな支援を積極的に活用しましょう。

2) 利用者が可能な限り住み慣れた自宅等での生活が続けられるように、要介護状態にならないよう予防を図るケアマネジメントとなっていること。

課題を解決するため、日常生活における具体的な目標を設定し、行動できるよう支援します。その際に必要なサービスは何か、利用者の意思で選択、決定していけるように支援することを忘れないようにしましょう。

3) 自立支援を実現するためには、サービス事業所や医療機関など、高齢者の支援に関わる多職種連携・協働を行うこと。

専門職の力を大いに活用しましょう。

自分のマネジメントを
振り返ってみよう！



①思考の順番は、本人・家族・資源・制度

【思考の順番】

本人ができること、家族でできること・・・最後の手段が介護保険制度を使うという風に考えます。



「ゴミ出しができない」を細分化

室内のごみを集める ○

分別、袋詰め ○

収集場所に持って行く ×



②サービスは引き算で

【サービスの必要性】

「使えるサービス」と「必要なサービス」は違います。できていることにサービスを当てはめない。そこは引き算しましょう。

③輪んチーム

【包括的・継続的ケアマネジメント】

家族・地域・ケアマネ同士・サービス事業所・包括支援センター・市役所・・・
みんなで一緒に考えよう！地域ケア会議や元気支援会議もあります！



2. ケアマネジメントの種類等

(1) 介護予防ケアマネジメントの実施主体（実施者）

利用者の住所地の地域包括支援センターが行う。その業務の一部は居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することができる。（居宅介護支援費の逓減制には含まれない）

(2) 対象者

1) 介護予防支援の対象者

要支援1・要支援2の認定者で、予防給付サービスを利用する者。介護予防・生活支援サービスを併用する場合も含む。

2) 介護予防ケアマネジメントの対象者

①要支援1・要支援2の認定者で、介護予防・生活支援サービスのみを利用する者

②事業対象者（基本チェックリストの該当者）で介護予防・生活支援サービスを利用する者

ケアマネジメント類型		対象者
介護予防支援（保険給付） 指定介護予防支援事業所も実施可	予防給付サービスのみ利用	要支援の認定者
	予防給付と総合事業を併用	
介護予防ケアマネジメント （総合事業の実施）	総合事業のみ利用	要支援の認定者 事業対象者

(3) 八代市における、具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方

① 介護予防支援

<p>・ 予防給付サービス（介護予防福祉用具貸与、介護予防短期入所生活介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問看護など）を利用する場合</p>	<p>★は必須 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★ →ケアプランの確定・交付★ 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【少なくとも3カ月毎に】★</p>
--	--

② 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のプロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防通所介護相当サービス、 介護予防訪問介護相当サービス 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 	<p>アセスメント★</p> <ul style="list-style-type: none"> → 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★ → ケアプランの確定・交付★ 【利用者・サービス提供者へ】 → サービス利用開始 → モニタリング【少なくとも3カ月毎に】★
--	--

③ 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のプロセス）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所型サービスA （お達者クラブ） ・ 通所型サービスC （元気が出る学校） ・ 通所型サービスB を利用する場合 	<p>アセスメント★</p> <ul style="list-style-type: none"> → ケアプラン（簡易版）原案作成★ （→ サービス担当者会議） → 利用者への説明・同意★ → ケアプランの確定・交付★ 【利用者・サービス提供者へ】 → サービス利用開始 → モニタリング【サービスの種類により時期 は異なる】★
---	--

④ ケアマネジメントC（簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス）

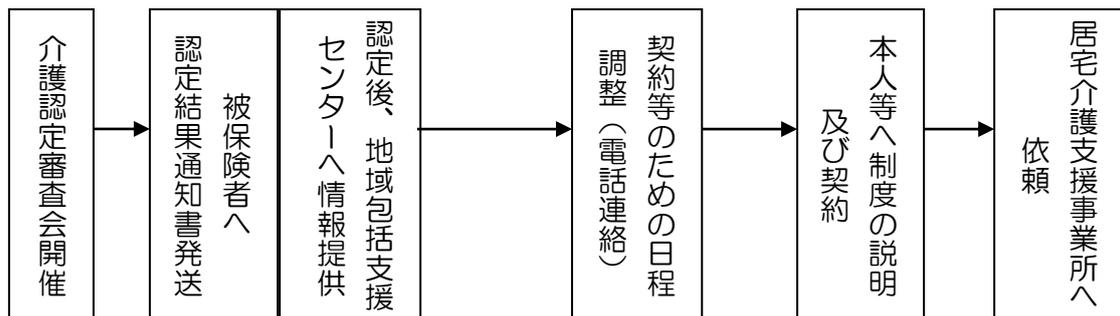
<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問型サービスA （えびろんケアサービス） ・ 訪問型サービスB （シルバーえびろんサービス） ・ 訪問型サービスC （口腔機能の向上教室） （スポット訪問リハビリ） を利用する場合 	<p>アセスメント★</p> <ul style="list-style-type: none"> → ケアプラン（簡易版）原案作成★ （→ サービス担当者会議） → 利用者への説明・同意★ → ケアプランの確定・交付★ 【利用者・サービス提供者へ】 → サービス利用開始 → モニタリング【サービスの種類により時期 は異なる】★
--	--

3. ケアマネジメント実施手順

(1) 認定から依頼を受けるまで

介護認定審査会において審査・判定され、八代市により認定を受けた結果に基づき、八代市地域包括支援センターは、要支援1又は要支援2と認定された被保険者との契約を行いません。

本人等と契約が終了したら、地域包括支援センターから、被保険者がケアプラン原案作成を希望する居宅介護支援事業所に対し、基本的には電話で依頼します。



(2) 地域包括支援センターから依頼を受けたら

地域包括支援センターから依頼を受け、受託することが決まったら、「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書」を取り交わし、「認定情報」及び「主治医意見書」を受け取ります。

・既に認定の有効期間に入っている場合

被保険者証を受け取った時点で、要介護度区分や認定日、認定の有効期間を確認してください。また、被保険者証の「介護予防支援事業所名」の欄に「八代市第〇地域包括支援センター」と記載してあることと、その日付も確認してください。併せて、負担割合証の確認もお願いします。

・更新の認定で、認定の有効期間が翌月からの場合

要介護度区分や認定日、認定の有効期間を確認してください。また、『要介護⇒要支援』の場合の被保険者証は、翌月初めに各地域包括支援センターが「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を行ったうえで、委託を受けた居宅介護支援事業所にお渡しします。

受け取った被保険者証は、内容を確認後、速やかに被保険者にお渡しください。

(3) アセスメント及び原案作成

認定情報等を受け取った後、被保険者の居宅においてアセスメント等を行いません。このとき、使用するシートは

- ① 「利用者基本情報」
- ② 「(八代市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント) アセスメントシート」(以下「アセスメントシート」)
- ③ 「興味関心チェックシート」
- ④ 「基本チェックリスト」

です。これらの情報と主治医との面談等を元に、

- ⑤ 「介護予防サービス・支援計画書」(A3プラン)

のシートで被保険者の介護予防サービス計画原案を作成します。

サービス計画は、被保険者の希望されたとおりに作成するものではありません。介護支援専門員が、被保険者をアセスメントした上で、必要と判断したサービスを計画とするものです。過剰なサービスが、被保険者の自立支援を損なう結果となることもあります。また、被保険者をとりまく、インフォーマルなサービスについても十分にアセスメントし、計画に取り入れてください。

なお、この介護予防サービス計画の作成の仕方については、熊本県が作成した「プラン作成のための3つのポイント」(7 関係資料に掲載)を参考にしてください。

利用する指定介護予防サービス提供事業所(以下「サービス提供事業者」)は被保険者が選びます。この事業所選定の際には、複数の事業所を紹介してください。

※ 医療系サービスを利用する場合は、利用者及び家族の同意を得た上で、主治医からサービスに対する意見をもらってください。主治医からの意見を踏まえてプランが完成します。同意を得たプランについては、主治医へ提出してください。

(4) 原案内容の確認を受けましょう

介護予防サービス計画原案を作成したら、利用者の住所地を担当する地域包括支援センターに担当の介護支援専門員が持参し、原案内容の確認を受けます。

このとき持参する書類は、以下のとおりです。

- ① 「利用者基本情報」
- ② 「アセスメントシート」
- ③ 「興味・関心チェックシート」
- ④ 「基本チェックリスト」
- ⑤ 「介護予防サービス・支援計画」

書類の確認と順番に留意してください。内容を確認後、地域包括支援センターから意見や確認印を貰って、書類を持ち帰ってください。

(5) サービス担当者会議を開催します

原案内容の確認を受け、「地域包括支援センター」の欄に【意見】と【確認印】(原案)を受けたら、介護支援専門員は、被保険者が選んだサービス提供事業者に連絡をいれます。

利用が可能ならば、原案に位置づけたサービス提供事業者と日程を調整してサービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、原案内容についての専門的見地からの意見を求めます。

会議の記録は、「介護予防支援経過記録」のシートに記入します。その際、会議の内容や出席者氏名・所属・職種等が明確になるように記載してください。

なお、サービス担当者会議の目的は開催時期等により異なります。

例えば

- ①初回：情報の共有とプランの決定
- ②継続時：支援経過全般のモニタリング、情報の共有
- ③問題発生時：問題解決のためにどうするかを検討 など。

(6) 介護予防サービス計画の説明・同意

介護支援専門員は、介護予防サービス計画原案の内容等について利用者及び家族に説明し、記名^{※1}(原本を担保する)により同意を得、配布します。

利用票の配布は、変更がない限り初回のみでも構いません。

※1：署名が困難な方等は押印でも可。署名が困難とわかるようアセスメントや基本情報に記載しておくことが大事です。

(7) 個別サービス計画作成の内容確認

サービス担当者会議が終わったら、後日、サービス提供事業者から「個別サービス計画書」を貰います。このとき、

- 介護予防サービス・支援計画の目標に基づき、「個別サービス計画書」の目標が設定されているか。
- その目標が適切であるか。
- サービス担当者会議において話し合った内容が記載されているか。
- 加算関係の書類がそろっているか。

等を確認します。

もし、介護支援専門員が作成した計画に基づいていない、又は自立支援に向けた目標の設定になっていない場合等には、サービス提供事業者に対し、適切な介護予防サービス計画になるよう修正を依頼します。

(8) 介護予防サービス計画の決定

サービス提供事業者が作成した個別サービス計画の確認を終えたら、地域包括支援センターへ持参します。(サービス開始より概ね1カ月以内)

このとき必要な書類は、以下のとおりです。

- ① 「利用者基本情報」
- ② 「アセスメントシート」
- ③ 「興味・関心チェックシート」
- ④ 「基本チェックリスト」
- ⑤ 「介護予防サービス・支援計画書」(加算関係の必要書類を含む)
- ⑥ 「介護予防支援経過記録」
- ⑦ 「サービス利用票及び同別表」(利用者の押印済のもの)
- ⑧ サービス提供事業者作成の個別サービス計画

センターにおいて必要書類を確認し、サービス提供事業者作成の個別サービス計画の目標設定やサービス内容が適切であると判断された場合は、「介護予防サービス・支援計画」の【地域包括支援センター】の欄の【確認印】(決定)に印を受け決定となります。

原本となる書類は提出し、決定された「介護予防サービス・支援計画書」のコピーをお受け取りください。

利用者及び家族の記名により、同意をうけた介護予防サービス計画書を利用者及びサービス提供事業者へ交付します。

(9) 介護予防サービスの提供開始とサービス実施状況の把握

サービス提供事業者は、計画の有効期間に入ったら、サービス提供を行ないます。

なお、サービス利用開始後は、利用者の状況を少なくとも月1回以上、何らかの形で把握し、把握した内容は支援経過に記録します。このことについては(5 モニタリングと評価)にも記しています。



【記入例】
様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 年 月分）

新

新規の方は
必ず赤字で
記入してく
ださい。

保険者番号				保険者名			
被保険者番号				被保険者氏名			
				フリガナ			
生年月日		性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・昭 年 月 日		男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額				限度額適用期間			
単位/月				1.平成 2.令和 年 月		~ 令和 年 月	
作成区分							
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成							
居宅介護/介護予防 支援事業所番号							
担当介護支援専門員番号							
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名							
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先							
委託 した 場合		委託先の支援事業所番号					
		介護支援専門員番号					

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業										
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)				指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数		
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業					
合計										

5. モニタリングと評価

(1) モニタリングの方法

モニタリングは、まずサービス提供事業者が行なう必要があります。なぜならば、実際にサービスを提供している事業者が本人の状況の変化に最初に気がつくと考えられるからです。

サービス提供事業者は、当初設定した目標を確認し、目標に対する到達の度合いを評価します。その情報を元に介護支援専門員は、自分自身が立てた目標に対してどれだけ進んでいるかを確認します。もちろん、介護支援専門員は、サービス提供事業者が提供したサービスだけではなく、自分自身が提供した、地域の保健、福祉、医療等の情報やサービスなども含めて、目標に対する進捗状況を確認します。

その結果、目標を達成していればサービスの提供は終了となるか、又は、更なる上位の目標を設定することにより、サービスの提供を継続することになります。目標を達成した場合には、新たな目標及び、有効期間を設定し朱書きでプランに追記の上、包括支援センターへ提出します。

目標を達成していない場合、被保険者や家族とともに考えて同意を得たケアプランの目標がなぜ達成できなかったか、理由を探る必要があります。

「なぜ達成できなかったのか」「何が足りなかったのか」「目標を達成するためにはどのように対応していけばよかったのか」等をサービス提供事業者のモニタリングの際の本人や家族の意見、直接聞き取った内容などを元に考えていきます。

これまでの経過の振り返りにより、今後の方針が決まりますが、そのためには、当初のアセスメントが非常に重要であり、その後の変化を見逃さない観察力が必要となります。加えて、被保険者や家族、居宅サービス提供事業者とのコミュニケーションが必要になります。

なお、毎月何らかの形で本人の状況を把握し、支援経過に記載しておきます。(自宅やサービス提供事業所への訪問、電話、家族への聞き取り、サービス提供事業者からの聞き取りなど)

(2) モニタリングの時期

モニタリングは、それまでのサービス提供が適切に行なわれていたのか、目標達成の進捗状況について確認する作業になります。サービスを提供して3ヶ月経過したときには必ず行います。

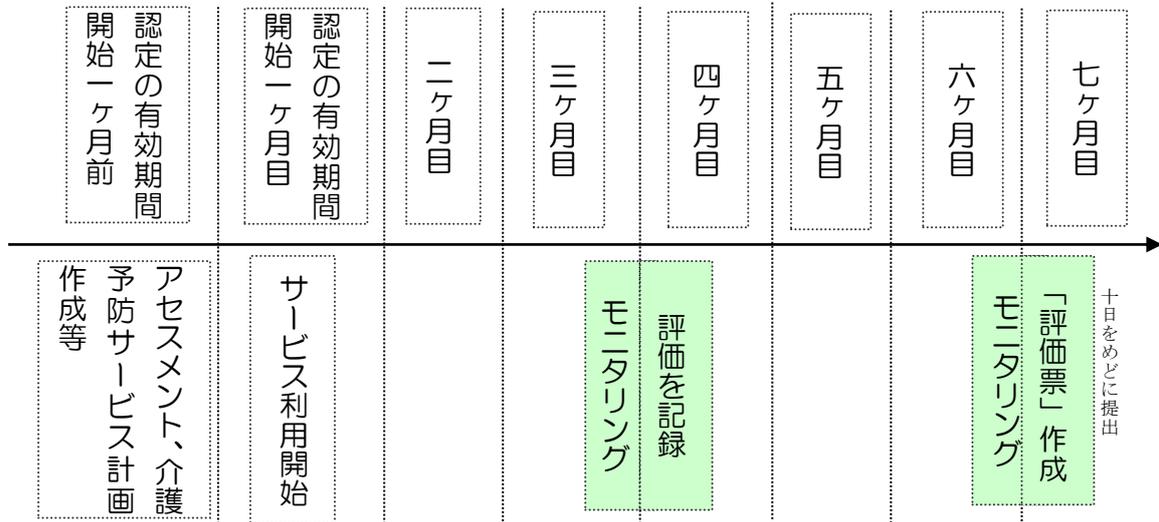
このモニタリングの結果については、4ヶ月目の10日位までに評価票を作成(もしくは支援経過に記載)していただくことになります。

加算がある場合については、それぞれの加算の内容に応じた評価も必要にな

ります。

認定有効期間の残り7か月でサービスを利用開始した場合など、評価の時期が分かりにくい場合は、地域包括支援センターにお尋ねください。

【モニタリング実施時期のイメージ】



(3) 更新時期とモニタリング（評価）の関係

ケアプランを作成したら3ヶ月毎にモニタリングし評価を行います。

基本的には、評価票は6ヶ月ごとに八代市地域包括支援センターに提出していただきます。

評価票の記載については、「介護予防支援・サービス評価表」（7 関係資料参照）を使用します。サービス提供事業者は、3ヶ月あるいは6ヶ月ごとに「介護予防支援・サービス評価表」を使用して評価し、介護支援専門員に提出します。介護支援専門員は、3ヶ月のモニタリングは介護予防支援・サービス評価表か介護予防支援経過に記録することになりますが、6ヶ月のモニタリングは、介護支援専門員も介護予防支援・サービス評価表に記載し、介護予防支援経過に記載しておく必要があります。

A3プランの有効期間の欄には、認定の有効期間を記載することも可能です。（2年、または、3年の有効期間を有する場合も可）有効期間を2年または、3年と設定した場合についても評価は、3か月、6か月、9か月、12か月、その後についても同様の間隔で行ってください。評価結果により、目標の見直しを行います。ケアプランは最低でも12か月で見直します。

また、更新の時期と評価の時期が重なる場合、3か月目の月上旬にサービス提供事業者はモニタリングし評価を行うことになります。

サービス提供事業者のモニタリング・評価結果を受けて介護支援専門員は自分が作成したケアプランの評価を行い、更新のケアプランを作成します。

必ず前のケアプランの評価を終えて、更新のケアプランを作成します。

なぜなら、「目標の設定は適切だったのか」「サービスを提供する時に注意しなければならないことは何なのか」「目標達成のために必要なサービスは何なのか」「目標を達成することに対して、本人や家族はどう思っているのか」等、最初のケアプランを作成する時には考えもつかなかった事に気がついていくことが多いからです。

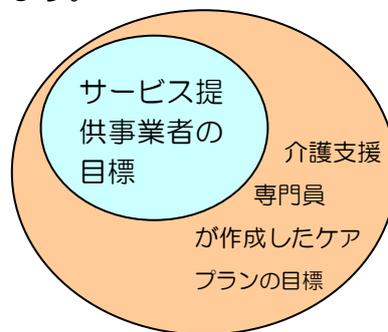
モニタリングを重ねることで、目標を達成することを阻害する因子をあらかじめ予測することが出来るとともに、対応策を考えることができ、その結果を新しいケアプランに反映することができるというわけです。

なお、順調に進行し目標を達成した場合には、サービスの利用を終了して一般介護予防事業やセルフケアに移るよう、必要な情報提供やアドバイスをを行います。

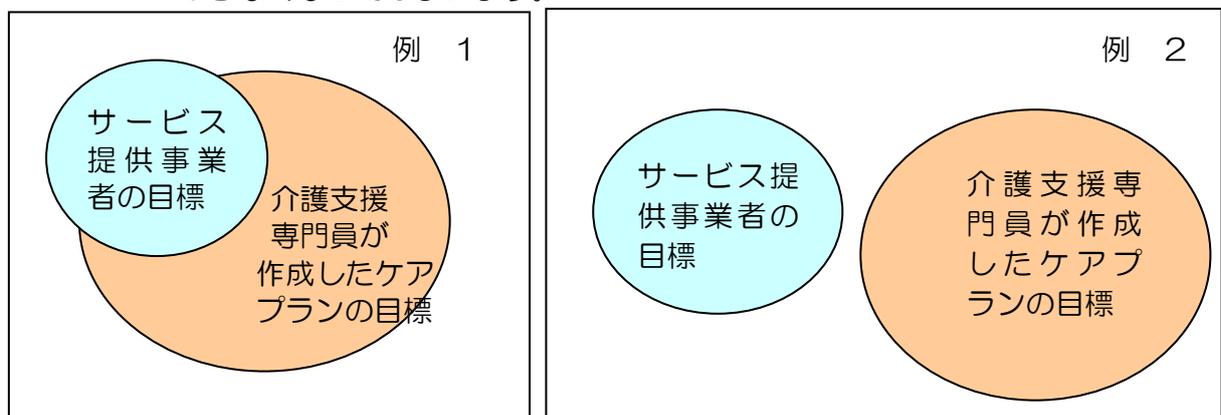
(4) その他

モニタリングは、サービス提供事業者との役割分担が非常に重要です。

介護支援専門員が作成したケアプランの目標に対して、サービス提供事業者は、サービス担当者会議において与えられた役割を果たすために、サービス提供事業者としての目標を設定しています。その関係を図で示すと以下のとおりになります。



これが、別の関係になってしまうと、ケアプランはどこへ行きたいのかわからなくなってしまいます。



例1では、介護支援専門員が設定した目標と完全に一致してはいませんが、微妙なずれがあります。最初は少しのずれでも、長い期間サービス提供を行うことにより、大きな差になっていく可能性もあります。

例2は、介護支援専門員が設定した目標とまったく違う目標を設定したサービス提供事業者の例です。これは介護保険法の運営基準を無視した目標設定といわざるを得ません。これでは、介護支援専門員はモニタリングの仕様がありません。そもそも、このようなずれ違いの目標を設定しないようにすることがサービス担当者会議の目的です。介護支援専門員が作成したケアプランの目標設定の意味や、サービス提供事業者としての役割分担を明確にしておけばこのような目標設定の差異は起きないと考えられます。

6. 地域ケア会議等の活用

地域を包括的に支えるためには、地域包括支援センターだけではなく、居宅介護支援事業所の皆さん、実際にサービスを提供する事業所の皆さんとの密な連携が必要です。

その為にも、定期的な情報交換を通じて、利用者が自立に向かって進んでいけるよう、支援して行きましょう。

八代市では、以下の取り組みを行っています。積極的に活用して下さい。

○元気支援会議（自立支援型地域ケア会議）

「元気支援会議」は、薬剤師・リハビリ専門職・管理栄養士・歯科衛生士に加え、生活支援コーディネーターによる高齢者の自立支援に向けたアドバイスをを行います。

○個別地域ケア会議

支援困難事例等に対して地域包括支援センター等が開催する会議です。

高齢者の課題解決やQOLの向上に加え、参加者のスキル向上、地域課題の把握等にもつながる会議です。これらの会議は積極的に参加して下さい。

○各種研修等

八代市地域包括支援センターによる圏域ごとの情報交換会や市と共催で研修会等も開催しています。

7. 関係資料

(1) 八代市で使用している様式等

- 1) 利用者基本情報 P17-18
- 2) 基本チェックリスト P19-20
- 3) 【八代市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント】アセスメントシート P21-22
- 4) 興味・関心チェックシート P23
- 5) 介護予防サービス・支援計画（簡易版） P24
- 6) 介護予防サービス・支援計画（A3） P25
- 7) プラン作成のための3つのポイント P26
- 8) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録 P27
- 9) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表 P28
- 10) 同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート P29-30
- 11) サービス内容選定シート（通所） P31
- 12) サービス内容選定シート（訪問） P32
- 13) 給付管理総括票（参考様式） P33

(2) 居宅介護支援の基本方針、居宅予防支援の基本方針

- 八代市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例（抜粋） P34

- 八代市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（抜粋） P35

(3) 通所型サービスBについて P36 - 38

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel		()
	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	
認定情報 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 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者該当あり 事業対象者該当なし 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	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		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		
来所者 (相談者)			家族構成 <small>◎=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)</small>
住所 連絡先		続柄	
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

《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現状の生活状況（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		

《現病歴・既往暦と経過》（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・意見書作成者に☆)	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

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

（署名等）

_____ 年 月 日 氏名 _____

面接者 高齢(市)・包括・居宅

住所: 八代市

電話: ()

氏名: (年 月 日生) 代理: (続柄)

基本チェックリスト

実施日: 年 月 日

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	①1~20のうち10個以上
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	②運動のうち3個以上
7	椅子に座った状態から何もつかまらずにた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おおきいですか	1: はい	0: いいえ	<input type="checkbox"/>
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	③栄養の2個全部
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	④歯・口のうち2個以上
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	⑤16に該当
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言われますか	1: はい	0: いいえ	⑥もの忘れのうち1個以上
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	⑦このうち2個以上
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ではおっくうになった	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	
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		

(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

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、高齢者支援課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

(署名等)

被保険者氏名

～事業対象の候補者となった方へ～

お住まいの地域を担当する地域包括支援センターの職員（又は委託を受けた居宅介護支援事業所の職員）が、後日詳しい内容をお聞きしますので、下記をご記入ください。

連絡先	氏名		本人との関係	
	電話番号	()		
	携帯番号	()		
状況調査の方法	<input type="checkbox"/> 包括での面談 <input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
訪問先住所 どちらかに ☑してください	<input type="checkbox"/> 本人自宅			
	<input type="checkbox"/> その他	住所		
		訪問先名	電話番号 ()	
お話しを伺う日時について	<ul style="list-style-type: none"> • 希望日は特にない • 曜日の希望あり 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 • 時間の希望あり 午前・午後 時頃 			
特記事項				

【八代市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント】アセスメントシート

様

記入者： _____ 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※各項目の「まとめ」は、本アセスメントシート内容とあわせて、「基本チェックリスト」・「基本情報」・「興味関心チェックシート」の内容も含めて行うこと。

領域	アセスメント項目		
A 運動・移動について	支えの必要性	立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起き上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	屋内での歩き	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	戸外での歩き	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	外出手段	日用品を買う店まで	<input type="checkbox"/> 行ける(手段 _____) <input type="checkbox"/> 誰かに頼む <input type="checkbox"/> 行けない
		病院等に行くときは	<input type="checkbox"/> 行ける(手段 _____) <input type="checkbox"/> 誰かに頼む <input type="checkbox"/> 行けない
まとめ			
B 日常生活・家庭生活について	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
	掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
	排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支障あり(支援内容： _____)	
	整容・着替え	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支障あり(支援内容： _____)	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない	
まとめ			
C 社会参加・対人関係・コミュニケーション	活動性	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動等に参加している <input type="checkbox"/> 特にない	
		趣味・特技 [以前のものも含む]： (_____)	
	外出頻度 (通院以外)	<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"/> ほとんどない	
	1日を誰と過ごすことが多いか	<input type="checkbox"/> 家族・友人等 <input type="checkbox"/> ほとんど一人で過ごす	
	親戚・友人と会う、連絡を取る頻度	<input type="checkbox"/> ある (_____ 回 / 週・月・年) <input type="checkbox"/> ほとんどない	
まとめ			

D 健康管理について	医師からの運動制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 制限されている（ ）		
	その他医師からの注意	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 注意を受けている（ ）		
	麻痺・拘縮・痛み等	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（部位： ）		
	睡眠の状態	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠れないことがある（睡眠薬服用 ある ・ ない）		
	服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲む <input type="checkbox"/> できない（ ）		
	入浴の状況	頻度（ 回／週・月） 方法： <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	一人で入浴（洗身含む）	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ ）		
	口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">内容</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/>よくむせる <input type="checkbox"/>口が渇く <input type="checkbox"/>義歯が合わない <input type="checkbox"/>痛みがある <input type="checkbox"/>その他（ ） </td> </tr> </table>	内容	<input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> その他（ ）
	内容			
	<input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくい <input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	歯の手入れ（義歯含む）	頻度（ 回／日・週・月） ・ 方法（ ）		
	飲酒・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒：頻度（ 回／週・月） 量（ ） <input type="checkbox"/> 喫煙：量（ 本／日・週）		
	食生活・栄養状況	回数（ 回／日）： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 関心がない		
	運動	<input type="checkbox"/> している（ ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）		
	生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている <input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ）		
	物忘れの状況	物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
耳の聞こえ方	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）			
目の見え方	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）			
まとめ				
E その他	電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難しい（ ）		
	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 消し忘れの経験あり		
	悪徳商法への注意	<input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験あり		
	居住環境			
	見守りの状況	<input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> その他（ ）] <input type="checkbox"/> ない		
	まとめ			
目標とする生活	1年			
	1日			

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

出典：「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3）

介護予防サービス・支援計画書（簡易版）

新規・継続

フリガナ			M・T・S 年 月 日生 () 歳	
利用者名	男・女	被保険者番号	生保(有・無)	
住 所	Tel			
	携帯			
認定等情報	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 認定年月日(年 月 日) 認定の有効期間(年 月 日～ 年 月 日)			
	基本チェックリスト記入日(年 月 日) 該当項目： <input type="checkbox"/> 10項目以上(うつ除く) <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> うつ			
計画作成者氏名		計画作成日	年 月 日	
(委託の場合)	計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連絡先)：			
担当地域包括支援センター				

アセスメント結果・維持改善すべき課題						
本人・家族の生活での困りごと						
ケアプランの目標						
ケアプランの目標達成に向けた具体的な対策						
注意すべき点						
サービス内容	名称		事業所名		頻度	1・2回 / 週・月
					期間	年 月 ～ 年 月
					評価時期	
サービス内容	名称		事業所名		頻度	1・2回 / 週・月
					期間	年 月 ～ 年 月
					評価時期	
サービス内容	名称		事業所名		頻度	1・2回 / 週・月
					期間	年 月 ～ 年 月
					評価時期	
介護保険外のサービス						

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。	(署名等)
年 月 日	氏名

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

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"/> 介護給付	<input type="checkbox"/> プラン継続	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業	<input type="checkbox"/> 終了
<input type="checkbox"/> 予防給付	<input type="checkbox"/> プラン変更	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業	<input type="checkbox"/> 終了
<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業	<input type="checkbox"/> 終了		

本人と同居家族との関係性	
同居家族ができる介護の内容	
サービス提供の必要ありとしたケアマネジャーの判断 (内容・回数・時間について検討する) <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受取り <input type="checkbox"/> その他	

↓サービス担当者会議での確認・同意 (開催日時 年 月 日)

出席者	生活援助算定について確認・同意

↓サービス内容の決定 (内容・回数・時間について記載)

<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬受取り <input type="checkbox"/> その他	
---	--

利用者氏名

通所型サービス事業

【介護予防・生活支援サービス】各サービス内容選定シート

以下のいずれかの項目に該当した場合、④～⑥の対象となります。

<input type="checkbox"/> 生活全般	NO1～20のうち10個以上該当
<input type="checkbox"/> 運動	NO6～10のうち3個以上該当
<input type="checkbox"/> 外出	NO16に該当
<input type="checkbox"/> もの忘れ	NO18～20のうち1個以上該当
<input type="checkbox"/> ところ	NO21～25のうち2個以上該当

④ 元気が出る学校（事業対象者は、元気が出る学校からの利用スタートとなります。）

⑤ 通所型サービスB（ボランティアによるミニデイサービス。送迎なし。）

⑥ お達者クラブ

⑦ 介護予防通所介護相当サービス

要支援1・2の方で、上記④～⑥の教室で対応が難しい場合が対象となります。具体的には以下のいずれかの項目に該当する場合に利用できます

認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者。（認知症自立度Ⅱaより重度の者など）

以下の介助が必要な者。（理由も記入ください。）

入浴介助
（見守りは除く。）

排泄介助

食事介助

理由：

不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、個別対応が必要な場合。

現在申請中で、要介護認定となる可能性が高く、申請と同時に給付サービスも併用する場合。

※その他（理由も記入して下さい。）

理由：

※その他の場合は、本シートと計画書を地域包括支援センターに提出いただき、⑦ 介護予防通所介護相当サービス利用の適否を高年齢者支援課にて検討します。（必要な場合は元気支援会議での検討を行います。）

利用者氏名

訪問型サービス事業

【介護予防・生活支援サービス】各サービス内容選定シート

E シルバーえびろんサービス（ボランティア人材による支援）

要支援1・2の独居の者で、自身の身体機能向上のための行動変容や、民間サービスなどの利用を検討してもなお、生活の援助が必要な場合で、無資格者でも対応できる方。地域によっては対応できない場合もある。

同居家族がいる場合で、サービスの利用が必要な場合は「同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート」の提出が必要です。

F えびろんケアサービス

要支援1・2の独居の者で、自身の身体機能向上のための行動変容や、民間サービスなどの利用を検討してもなお、生活の援助が必要な場合。

同居家族がいる場合で、サービスの利用が必要な場合は「同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート」の提出が必要です。

G 介護予防訪問介護相当サービス

要支援1又は2であり、上記⑥のサービスで対応が難しい場合が対象となります。具体的には以下のいずれかの項目に該当する場合に利用できます。

- 認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者。（認知症自立度Ⅱaより重度の者など）
- 以下の介助が必要な者。（理由も記入ください。）
 - 入浴介助（見守りは除く。）
 - 排泄介助
 - 食事介助
- 不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、個別対応が必要な場合。
- 現在申請中で、要介護認定となる可能性が高く、申請と同時に給付サービスも併用する場合。
- 通所サービスが利用できない場合。（理由も記入してください。）
- ※その他（理由も記入してください。）

理由:

※その他の場合は、本シートと計画書を高齢者支援課に提出いただき、⑥ 介護予防訪問介護相当サービス利用の適否を高齢者支援課にて検討します。（必要な場合は元気支援会議での検討を行います。）

H 口腔機能の向上教室（訪問型）

以下の項目に該当した場合、口腔機能の改善教室の対象となります。

- 口腔 NO13～15のうち2個該当

I スポット訪問リハビリ

以下のいずれかの項目に該当した場合、スポット訪問リハビリの対象となります。

- 生活全般 NO1～20のうち10個以上該当
- 運動 NO6～10のうち3個以上該当
- 外出 NO16に該当

給付管理総括票

令和 年 月分

八代市第 地域包括支援センター宛

	支援	A	B	C	計
当月分					
月遅れ					
計					

【変更があった方】

被保険者氏名	変更の内容

適宜行を追加してください。

居宅介護支援事業所〇〇〇〇
 管理者 □□ □□
 所在地 八代市△△町****

【居宅介護支援の基本方針】

○八代市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例

(基本方針)

第2条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

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

3 指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等(法第8条第24項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者(法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。)等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者(法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

上記のほか、居宅介護支援の具体的取扱方針や留意点についてもこの条例を遵守するものとします。

【居宅予防支援の基本方針】

○八代市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例

(基本方針)

第3条 指定介護予防支援の事業は、当該事業の利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

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

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

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2第1項に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

上記のほか、介護予防支援の具体的取扱方針や留意点についてもこの条例を遵守するものとします。

介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスB事業

通所型サービスB：体操やレクレーション等の活動を住民主体で行う通所型の事業

実施主体：市民ボランティアやNPO法人

- 要件
- ・利用者が5名以上で、そのうち、過半数が要支援1、要支援2、事業対象者
 - ・1回につき3時間程度、週1回以上実施すること。
 - ・曜日や時間帯を固定すること。
 - ・八代市内で活動を行うこと。

補助金：サービス提供1回につき3,000円。年48回まで

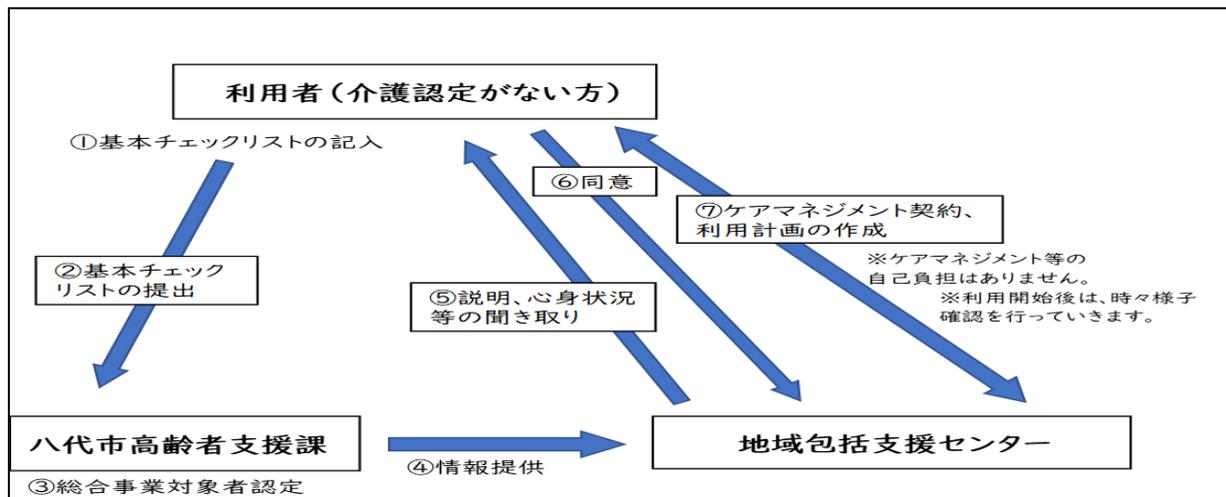
1. 通所型サービスB（以下「通所型B」という。）利用の流れ

要支援1、要支援2、事業対象者の利用者は、基本、介護予防ケアマネジメントが必要となります。また、通所型Bは他の通所型サービスとの併用が可能です。

○他の介護予防サービス、総合事業を利用中の場合…通所型Bを追加する。

○他のサービスを未利用で、通所型Bのみの利用の場合…通所型Bの様式を使用する。

○介護認定がない方については下記のとおり。



2. ケアマネジメントの種類 介護予防ケアマネジメントB

初回加算、委託連携加算、原案作成委託料支払処理費も他と同じです。

3. ケアマネジメント手順

基本の流れは他と同じです。通所型Bのみ利用の場合は、サービス担当者会議は不要です。ただし、モニタリングと評価は実施団体ではできませんので、介護支援専門員が基本チェックリストで行います。必要に応じて、実施団体との連絡調整をお願いします。

4. 様式 通所型Bのみの利用に限り、簡易版を使用します。

(通所型B用) 基本チェックリスト・介護予防サービス・支援計画書 (P37-38)

通所型サービスB（基本チェックリスト）

実施日： 令和 年 月 日

氏名： 性別： 男・女 生年月日： T・S 年 月 日生（ 歳）

住所： 八代市

電話番号：

No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		特記事項	
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	①1～20のうち10個以上	
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		<input type="checkbox"/>
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	②運動のうち3個以上	
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おおきいですか	1: はい	0: いいえ		<input type="checkbox"/>
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	③栄養の2個全部	
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)				<input type="checkbox"/>
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	④歯・口のうち2個以上	
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		<input type="checkbox"/>
16	週に1回以上は外出していますか	0: はい	1: いいえ	⑤16に該当	
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		<input type="checkbox"/>
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云われますか	1: はい	0: いいえ	⑥もの忘れのうち1個以上	
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		<input type="checkbox"/>
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	⑦このうちの2個以上	
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ではおっくうになった	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		<input type="checkbox"/>
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない			

(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

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、高齢者支援課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

通所型サービスB 介護予防サービス・支援計画書(簡易版)

新規・継続

フリガナ		男・女	生年月日	T・S 年 月 日生 ()歳
利用者名			被保険者番号	
認定等情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		電話番号	
	認定年月日: 年 月 日 (認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
計画作成者 氏名			計画作成日	年 月 日
(委託の場合) 計画作成事業者・事業所名 及び所在地(連絡先)				
担当地域包括支援センター	八代市第 地域包括支援センター			

アセスメント 維持改善すべき課題	<input type="checkbox"/> 身体機能が低下している () <input type="checkbox"/> 外出の機会が減っている () <input type="checkbox"/> その他 ()			
本人・家族の 意欲・意向				
目 標	<input type="checkbox"/> 外出して、人との会話を増やし、気力・体力を保つ <input type="checkbox"/>			
自分自身で 頑張ること (具体的な対策)	<input type="checkbox"/> 定期的に通所型サービスBに通う <input type="checkbox"/> 家の外に出る機会を増やす <input type="checkbox"/> その他 ()			
注意すべき点				
サービス内容	種類	通所型サービスB	期間	年 月 ~ 年 月
	頻度	1回 / 週 程度	評価時期	
備 考				

担当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。 年 月 日 (署名等) 氏名
--

令和2年10月版 編集担当
八代市地域包括支援センター
主任介護支援専門員連絡会議

八代市 高齢者支援課

令和3年4月 一部改訂

令和4年8月 一部改訂

令和6年12月一部改訂

※内容については制度の改正等により

変更されることがあります