

**札幌市介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防ケアマネジメントマニュアル**

**平成 30 年 12 月
(令和 7 年 4 月一部改正)
札幌市保健福祉局**

はじめに

介護予防・日常生活支援総合事業は、地域包括ケア体制の構築のために導入された事業のひとつであり、札幌市では平成 29 年（2017 年）4 月より開始しております。その目的は、「要支援者等に対して、要介護状態になることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び自立した日常生活の支援を実施することにより、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援する」、「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、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とともに、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構築や介護予防を推進する」としております。つまり、単なるサービス提供を行う事業ではなく、地域住民を主体とした活動や人と人とのつながりを支援していく「地域づくり」であり、この理念を市民と専門職と行政が共有し、協働して創りあげていくことが必要です。

介護予防ケアマネジメントは、上記のような総合事業の目的を達成するための要と言えます。考え方やプロセスは従来からのケアマネジメントと変わるものではありませんが、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して単にサービスを当てはめるのではなく、利用者の「なりたい自分」に向けた多様な支援を行うことを目指しており、札幌市では総合事業の開始にあたり独自のケアプラン様式を作成しております。この度、その様式の適切な活用に向けて、介護予防ケアマネジメントの概要も含めマニュアルを作成いたしました。

本マニュアルの作成にあたりましては、総合事業の開始に際し、介護予防ケアマネジメントのあり方の議論、様式の作成の検討をお願いしました北海道介護支援専門員協会に、引き続き作成のご協力をいただきました。検討委員の皆さまには心から感謝申し上げます。

札幌市では、いくつになってもその持てる力を発揮して、笑顔でいきいきと暮らし続けられるようなまちづくりを目指していきます。介護予防ケアマネジメントに携わる皆さまが、本マニュアルをご活用いただき、札幌市にたくさんの「いきいきスマイルシニア」を増やしていただけることを期待しております。

平成 30 年（2018 年）12 月

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部

地域包括ケア推進担当部長 岡島 さおり

目 次

I	介護予防ケアマネジメントと規範的統合	1
1	地域包括ケアシステムについて	2
2	規範的統合	3
3	介護予防・日常生活総合事業（総合事業）	3
(1)	総合事業における自立支援の定義	3
(2)	介護予防ケアマネジメント	4
(3)	事業対象者の状態像	4
(4)	札幌市の介護予防・生活支援サービス	5
(5)	短期集中予防型サービス	5
(6)	インフォーマルサービス・社会資源の活用	10
(7)	一般介護予防事業	10
(8)	生活支援体制整備事業	12
(9)	地域ケア会議	14
II	介護予防ケアマネジメント	15
1	札幌市における介護予防ケアマネジメントプロセス	16
(1)	介護予防ケアマネジメントのプロセス	16
(2)	ケアマネジメントに係る一連の業務	16
(3)	要支援認定新規・更新申請、総合事業利用申請	24
(4)	更新時の利用者への説明方法	25
2	アセスメント・ケアプラン作成	27
3	モニタリング	27
4	中間時評価	27
5	終了時評価（振り返り）	27
6	医療介護連携の視点	27
7	サービス担当者会議	29
III	様式の説明	30
1	利用者基本情報	31
2	基本チェックリスト	38
3	総合事業サービス・支援計画及び評価表	47
IV	参考様式の説明	71
1	ICFシート	72
2	興味・関心チェックシート	76

V	Q & A 集	79
---	---------	----

VI	様式集	85
----	-----	----

- ◆ 総合事業サービス・支援計画及び評価表（札幌市介護予防ケアマネジメント実施要綱様式）
- ◆ 利用者基本情報（札幌市地域包括支援センター運営事業実施要領様式）
- ◆ 基本チェックリスト（札幌市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱様式）
- ◆ ICFシート（参考様式）
- ◆ 興味・関心チェックシート（参考様式）
- ◆ 総合事業利用申請書（札幌市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱様式）
- ◆ 介護予防マネジメント依頼（変更）届出書
- ◆ 総合事業利用終了届出書（札幌市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱様式）
- ◆ サービス担当者会議に係る照会（参考様式）
- ◆ 札幌市短期集中予防型サービス利用申込書

	引用・参考	103
--	-------	-----

	札幌市介護予防ケアマネジメント検証及び普及啓発業務検討委員会委員一覧	103
--	------------------------------------	-----

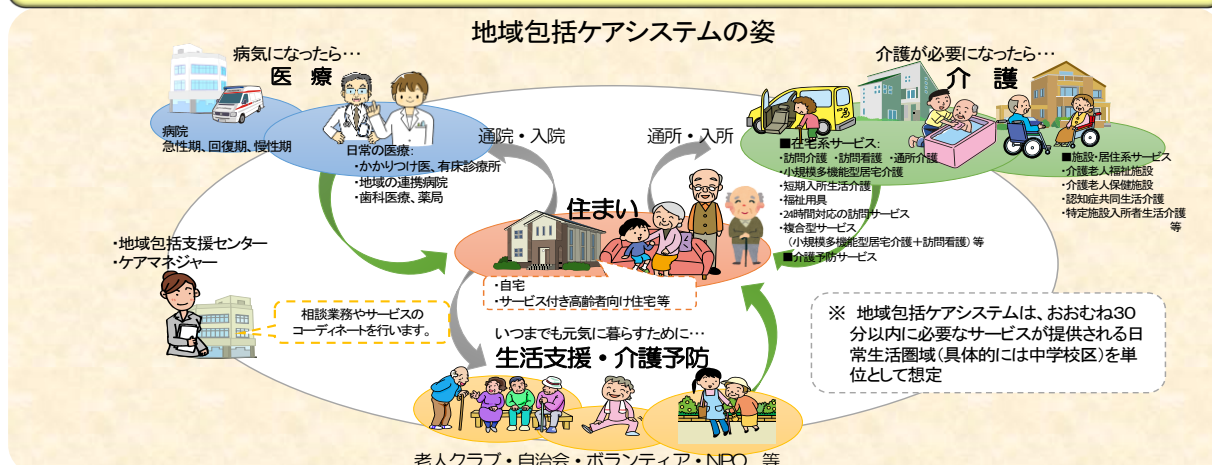
I 介護予防ケアマネジメントと規範的統合

1 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは、高齢者が、できる限り住み慣れた地域で、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、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に提供されるシステムのことです。

地域包括ケアシステムとは何か

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



出典：厚生労働省資料

地域包括ケアシステムの構築は、団塊の世代が75歳を迎える2025年を目途にすすめられており、その背景には、少子高齢化に加え単身及び高齢者夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加、要介護認定者の増加、介護人材の不足等があります。



地域包括ケア研究会は、地域包括ケアシステムの5つの要素①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援の関係性を植木鉢に例えて説明しています。

出典：「平成27年度地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書(地域包括ケア研究会)」

地域包括ケアシステムにおける基盤として、高齢者自身の自己選択と本人・家族の心構えが必要です。その上で「鉢」に例えられる高齢者の多様なニーズにあった「すまいとすまい方」があり、その鉢の中にある「土壌」に例えられているのが「介護予防・生活支援」です。「生活支援」は在宅生活を支えるために必要な地域の支えあい等を含むインフォーマルからフォーマルなサー

ビスまで幅広く指し、「介護予防」は日常生活の中で自助や互助等により取り組むこととされており、二つの要素は一体となって示されています。土壌であるこの二つの要素を豊かにしていくために「介護予防・日常生活支援総合事業」と「生活支援体制整備事業」が開始されています。「土壌」が豊かになることで、その上の「葉」に例えられる専門職が提供する「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の葉が育つと言われております。フォーマル、インフォーマル問わず多様な社会資源を活用し高齢者を地域で支え、また時にはその担い手になってもらうことも視野にいたした展開と介護予防の環境整備、それらの推進に向けた住民の意識改革も必要です。

2 規範的統合

「規範的統合」とは、地域包括ケアシステムの構築に関する価値観・文化・視点も含めたところでの基本方針が、同一の目的達成のために、地域内の専門職や関係者、住民等に共有されることを表すものです。

具体的には、地域組織、医療・介護の専門職、利用者・家族個人の間で生じるギャップを明らかにしながら、課題解決に向けた実践対応を通じた信頼関係の構築により「考え方・捉え方」の共有を図ることです。

専門分野や役割が違うチームを一つにするには、メンバーの「考え方」や「認識」を統一することが不可欠です。特に、医療・介護の分野では、サービス提供事業者が担う責任と権限では大きな差異があるため、サービスチームで一つの考え方を共有することは、実際には相当な困難を伴い時間を要します。

しかし、考え方の共有（規範的統合）は、「組織・仕組・様式」を統合するうえでも基礎となるものであり優先順位は高く、それだけ重要な事柄となります。なぜなら、規範的統合がないと目的の設定ができず、結果としてバラバラな対応となってしまうからです。

3 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

総合事業は、市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い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等を可能とすることを目指すものです。

札幌市における介護予防・日常生活支援総合事業は、高齢者が介護予防活動への参加により元気を維持し、地域の支え合いや民間業者による生活支援を組み合わせることで、できる限り住み慣れた地域で自立した生活を送れるように支えていく事業です。心身の状態に応じて、専門職による訪問や通所のサービスを受けることができます。

札幌市では、総合事業の実施を通じて介護予防と生活支援を充実し、高齢者がその持てる力を発揮して、『笑顔』で『いきいき』と暮らしていけるまちづくりを目指しています。

(1) 総合事業における自立支援の定義

札幌市の総合事業における自立支援の定義とは、加齢と疾病が原因で訪れる「できなくなる」時期を可能な限り先送りし、「できる」自分の時期を維持することです。

そのために支援者は、①「なりたい自分」を目指して、自ら取り組めるように自己決定を支援する。②ICFの視点に基づくアセスメントを行い、活動と参加に向けた支援を本人と共に計画する。③「なりたい自分」を阻害する個人因子と環境因子を踏まえて支援する。④環境因子の課題解決のため必要な社会資源の開発に向けて連携・協議し、ケアマネジメントに生かす、という考え方が重要です。

「自立」には、ADL、IADLの自立、収入・所得に係る経済的自立、自分の事を自分で決めるという自己決定・自己選択にかかわる精神的・人格的自立などがありますが、人間にとって「自由に主体的な決定ができること」がいかに大切かを思えば、それらの中でも精神的・人格的自立が特に重要となります。

したがって、高齢者が尊厳ある生活を送るためには、その人の主体性が尊重される必要があります。たとえ身体的・精神的な障害がある高齢者であっても、可能な限り、その人のもつ人生観や価値観に即した生活が主体的に送れるよう、その人の自立を社会的に支援することが介護サービスの基本でなければなりません。

(2) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の一つとして行われるものですが、要支援者等有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目的志向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状況等に応じて、要支援者等同士が地域のお互いの支え手にもなることを目指すものです。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを推進するためには、利用者、専門職相互の共通理解が必要であり、「なりたい自分」を目指して自ら取り組めるように、自己決定を支援することが必要です。

(3) 事業対象者の状態像

介護予防ケアマネジメントの対象となる要支援者等の状況について、要介護認定調査の結果を見ると、その多くはADLは自立しているが、IADLの一部は行いにくなっているものが多いという状況がみられます。そして、このような状況は、加齢に伴う視力や聴力の低下、病気による体調不良等をきっかけに生活がうまくできなくなったり、家族や友人との死別等をきっかけとして意欲が低下したり、家族との同居により家庭内の役割を喪失するなど、心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきていると言えます。

通所型サービス利用者イメージ

- 膝、腰、関節の痛みから、休み休み歩いている。1人での入浴に不安がある。
- 転倒の不安から外出をしてない。
- 活動量が減り体力が低下している。
- 友人、知人が減って、交流が無くなり、閉じこもっている。
- 活動意欲の低下がみられる。



訪問型サービス利用者イメージ

- ・スーパーまで歩いていくのが大変になったが、購入したものを持って公共交通機関に
乗るのも難しい。
- ・長い間立っていられず調理が困難。
- ・体力が落ちて、掃除機を使うのが大変。
- ・かがめないで床掃除やお風呂掃除が困難。
- ・ゴミだしができなくなった。
- ・閉じこもりがちであり、入浴等の支援が必要であるが、他者とは関わりたくない。



(4) 札幌市の介護予防・生活支援サービス

事業名		介護予防・生活支援サービス						
		訪問型サービス				通所型サービス		生活支援サービス
		訪問介護相当型	短期集中予防型			通所介護相当型	時間短縮型	栄養改善を目的とした配食
			訪問指導	訪問生活動作指導	訪問栄養指導			
事業の実施方法		指定	委託		直営	指定		委託
提供主体		指定訪問介護事業所	委託先事業者		札幌市	指定通所介護事業所		委託先事業者
内容		家事等の日常生活上の支援を提供	看護師または保健師による保健指導	リハビリテーション専門職による生活動作指導	管理栄養士による栄養指導	生活援助等の日常生活上の支援を提供	運動や機能訓練に特化した支援を提供	配食や定期的な安否確認などの見守り支援を提供
回数（上限）		公式HP 「報酬単価等一覧」参照	3～6か月 （月2回まで）	利用期間中2回まで		公式HP 「報酬単価等一覧」参照		週6回
時間区分			—		—			
報酬			委託契約による		—			委託契約による
加算			—		—			
利用者負担額		1割 （一定所得以上は2～3割）	無料		1割 （一定所得以上は2～3割）		500円	
ケア マネ ジメ ント	報酬	予防給付と同様（基本報酬、初回加算）						高齢者配食サービス 事業に準じる
	ケアプラン	作成あり						
	マネジメント方法	予防給付と同様						
	担当者	地域包括支援センターが実施 （再委託可）						

(5) 短期集中予防型サービス

早期に支援することで自立した生活の継続が見込まれる対象者に対し、健康問題や生活機能の改善を図り、重度化及び要介護状態となることを予防することを目的とし、専門職が居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、必要な相談や指導を行うサービスです。介護予防・生活支援サービスの訪問型サービスの一つです。実施内容、担当する専門職により、3種類あります。

① 短期集中予防型訪問指導

保健師または看護師が訪問し、健康管理に関する助言及び指導、介護予防に対する動機づけや日常生活における活動性向上に向けた支援、多様なサービスや地域資源の活用に向けた支援、家族への助言及び指導等を行います。

② 短期集中予防型訪問生活動作指導

理学療法士または作業療法士等が訪問し、生活動作や運動の方法に関する指導、住環境の整備及び福祉用具の活用に関する助言、家族及び関係職種への技術的指導及び助言等を行います。

③ 短期集中予防型訪問栄養指導

管理栄養士が訪問し、食生活及び栄養状態に関するアセスメントの実施、食生活改善に向けた具体的な助言及び指導等を行います。

【対象者】

事業対象者及び要支援認定者のうち、ケアマネジメントにより本サービスが必要とされた者

【利用者負担】

無料

【サービス内容及び利用の流れ】

① 短期集中予防型訪問指導

重点的に支援する対象者	・健康管理のための支援が必要な者（退院直後や定期通院がなされていない場合等） ・閉じこもり傾向にある者（運動機能の低下、認知機能の低下、うつ傾向等により） ※ただし、これに限らずケアマネジメントで必要とされた場合は可能
実施機関及び担当者	札幌市社会福祉協議会 訪問指導員（保健師または看護師）
サービス提供期間	介護予防ケアマネジメントに基づき 3～6 か月 ※最初から最長の 6 か月を基本とするのではなく、事業の趣旨から短期間での支援について検討してください
サービス提供頻度	介護予防ケアマネジメントに基づき月 1 回または 2 回
主なサービス内容	・健康管理に関する助言、指導（保健指導） ・介護予防の動機づけ、日常生活における活動性向上に向けた支援 ・多様なサービスや地域資源の活用に向けた支援 ・家族への助言、指導
利用申込	事前に電話で連絡の上、利用申込書、ケアプラン票、利用者基本情報を下記に郵送してください。 札幌市社会福祉協議会在宅支援推進部調査課 〒060-0042 札幌市中央区大通西 19 丁目 1-1 社会福祉総合センター2F 電話：623-4022 FAX：623-0006

利用の流れ	①上記書類を受理後、担当者について、市社会福祉協議会より地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に連絡 ②サービス担当者会議に担当者が出席（出席が難しい場合は照会） ③担当者が訪問指導計画を作成（本人同意を得た後、地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に写しを送付） ④訪問指導計画に沿って訪問支援 ※その月の訪問がなされなかった場合等、必要な事項は随時担当者より地域包括支援センターに連絡 ⑤原則翌月 10 日までに、訪問記録の写しを地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に郵送 ※必要時、担当者が地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に出向いて報告、または個別地域ケア会議等への出席も可能 ⑥支援終了時、訪問指導計画書に評価を担当者が記入し、写しを市社会福祉協議会より地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に郵送
-------	---

② 短期集中予防型訪問生活動作指導

重点的に支援する対象者	・住環境の整備、福祉用具の活用について検討が必要な者 ・日常生活動作や運動方法に関しての指導が必要な者 ・コミュニケーション、嚥下等に関して指導が必要な者 ※ただし、これに限らずケアマネジメントで必要とされた場合は可能
実施機関及び担当者	北海道リハビリテーション専門職協会 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
サービス提供頻度	原則訪問指導利用期間中に 1 回から 2 回
主なサービス内容	・住環境の整備、福祉用具の活用に関する助言 ・日常生活動作の方法や運動方法に関する指導 ・家族及び関係職種への技術的指導及び助言
利用申込	事前に電話で連絡の上、利用申込書、ケアプラン票、利用者基本情報を下記に郵送してください。 北海道リハビリテーション専門職協会 各区窓口担当者 ※各区連絡先は年度毎に介護保険課より地域包括支援センターへ連絡
利用の流れ	①上記書類を受理後、担当者より地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に連絡 ②地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）が、サービス担当者会議に必要な専門的見地からの意見を担当者に確認 ③訪問支援 ※原則、地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）の担当ケアマネジャー及び訪問指導員が同行

	※フォローアップ等の必要がある場合は、相談してください。 ④原則翌月 10 日までに、訪問記録を地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に送付 ※その他、詳細については、実施機関に御確認ください。
--	--

③ 短期集中予防型訪問栄養指導

重点的に支援する対象者	・低栄養状態またはそのおそれがある者 ・食事療法が必要な者 ・偏った食生活となっている者 ※ただし、これに限らずケアマネジメントで必要とされた場合は可能
実施機関及び担当者	札幌市保健所 訪問栄養指導員（管理栄養士）
サービス提供頻度	原則訪問指導利用期間中に 1 回から 2 回
主なサービス内容	・食生活及び栄養状態に関するアセスメントの実施 ・食生活改善に向けた具体的な助言、指導
利用申込	事前に電話で連絡の上、利用申込書、ケアプラン票、利用者基本情報を利用者の居住区の下記健康・子ども課健やか推進係に郵送してください。 <u>札幌市中央区健康・子ども課（中央保健センター）</u> 〒060-8612 札幌市中央区南 3 条西 11 丁目 電話：205-3352 <u>札幌市北区健康・子ども課（北保健センター）</u> 〒001-0025 札幌市北区北 25 条西 6 丁目 電話：757-1181 <u>札幌市東区健康・子ども課（東保健センター）</u> 〒065-0010 札幌市東区北 10 条東 7 丁目 電話：711-3211 <u>札幌市白石区健康・子ども課（白石保健センター）</u> 〒003-8612 札幌市白石区南郷通 1 丁目南 8 電話：862-1881 <u>札幌市厚別区健康・子ども課（厚別保健センター）</u> 〒004-8612 札幌市厚別区厚別中央 1 条 5 丁目 電話：895-1881 <u>札幌市豊平区健康・子ども課（豊平保健センター）</u> 〒062-8612 札幌市豊平区平岸 6 条 10 丁目 電話：822-2400 <u>札幌市清田区健康・子ども課（清田保健センター）</u> 〒004-8613 札幌市清田区平岡 1 条 1 丁目 電話：889-2400 <u>札幌市南区健康・子ども課（南保健センター）</u> 〒005-0014 札幌市南区真駒内幸町 1 丁目 電話：581-5211 <u>札幌市西区健康・子ども課（西保健センター）</u> 〒063-0812 札幌市西区琴似 2 条 7 丁目 電話：621-4241 <u>札幌市手稲区健康・子ども課（手稲保健センター）</u> 〒006-8612 札幌市手稲区前田 1 条 11 丁目 電話：681-1211
利用の流れ	①上記書類を受理後、担当者より地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に連絡

	②地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）が、サービス担当者会議に必要な専門的見地からの意見を担当者に確認 ③訪問支援 ※原則、地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）の担当ケアマネジャー及び訪問指導員が同行 ※フォローアップ等の必要がある場合は、相談してください。 ④原則翌月 10 日までに、訪問記録を地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）に郵送 ※その他、詳細については、実施機関に御確認ください。
--	--

【その他】

- ・総合事業サービスになりますので、一連の流れが必要です。
- ・介護予防サービス、他の総合事業サービスとの併用は可能ですが、本サービス以外での支援が適当と判断される場合は、実施機関よりお断りする場合があります。
- ・本サービスは、短期間で効果が見込まれる介護予防が必要な対象者の利用を前提としています。長期の支援が見込まれる又は処遇困難等の場合は、他の適切な支援方法を検討ください。
- ・再度の利用は想定しておりませんが、状態に大きな変化があった場合等で必要性が認められる場合は、再度利用できる場合もあります。実施機関にご相談ください。

ポイント

本サービスの利用により、下記のような効果が期待されます。

○訪問指導

- ・セルフケアの必要性の理解が進み、定期通院や生活習慣の見直しにつながる
- ・訪問看護利用の手前で精神面のフォローを受け、閉じこもり傾向が解消
- ・通いの場や必要なサービスにつながる

○訪問生活動作指導

- ・機能評価や今後の目標等を専門職の視点でアドバイスが受けられるため、具体的でかつ 1 回の訪問で完結するため利用者側から受け入れられやすい
- ・必要なサービスの見極め（福祉用具、住宅改修等）
- ・訪問指導と併用し、本人の状態にあった運動の継続に向けた動機づけ

○訪問栄養指導

- ・自宅での指導により、具体的で実生活に沿った指導が可能
- ・家族も一緒に指導を受けられる

活用事例

○訪問指導及び訪問生活動作指導

- ・訪問生活動作指導を導入し、運動メニューを作成し、自宅でできる運動の継続につながりました。また、訪問指導を併用することにより、精神面での落ち込みが回復し、外出の機会が増えました。一度に頑張り過ぎて、その後中断するという傾向がありましたが、適切な運動量を提案することで、継続と自信に繋がりました。
- ・変形性膝関節症による膝の変形が強くリハビリでの効果が望めない方でしたが、訪問生活動作指導を受け、今の筋力を維持する事が最大の目標になることがわかりました。ケアマネジャーは、歩行器の利用を検討していましたが、まずは杖で移動することが筋力維持につながるということがわかり、自分でできるリハビリメニューに沿って訪問指導員に継続的にみてもらうこととしました。

○訪問栄養指導

食事がややエネルギー不足であることが確認できました。几帳面なご本人の性格に合わせて負担にならないエネルギーの増やし方などのアドバイスがあり、食生活を見直す参考となりました。

(6) インフォーマルサービス・社会資源の活用

インフォーマルサービスとは、公的機関や専門職による制度に基づくサービス（フォーマルサービス）以外の支援のことです。

具体的には、家族・近隣住民・友人・民生委員・ボランティアなどの、制度に基づかない援助などが挙げられます。その他、地域で行っているサロンや老人クラブや民間のスポーツ施設などもインフォーマルサービスと言えます。

高齢者が住み慣れた地域で継続して暮らしていけるよう、制度に基づいたフォーマルサービスだけではなく、インフォーマルサービスとして家族の支援や地域による支援を取り入れていくことが望まれます。高齢者もケアマネジャーも、情報収集をしながらフォーマルサービス、インフォーマルサービスを使い分けていくことが重要となってきます。

(7) 一般介護予防事業

一般介護予防事業とは、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、住民主体の通いの場を充実させ、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とともに、地域においてリハビリテーションに関する専門的知見を有する者を活かした自立支援に資する取組を推進し、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、介護予防を推進することを目的として実施するものです。

札幌市では、介護予防センター等が実施主体となり、介護予防普及啓発活動や地域の介護予防活動の支援を専門職と連携し行っています。

介護予防ケアマネジメントにおいては、対象者が住み慣れた地域で自立した生活を送れる

ように、介護予防センターが主催する介護予防教室や住民主体の通いの場等も積極的にケアプランに位置付けることが求められます。

各地区ごとに実施内容が異なりますので、詳細については、対象者がお住まいの地域を担当する介護予防センターにご確認ください。

ポイント

○介護予防教室

地域の会館等を会場に定期的を開催しています。転倒予防を目的とした運動（体操）や認知症予防を目的としたレクリエーション、また低栄養予防、口腔機能向上、疾病予防等の健康管理に関する情報提供など、広く介護予防に資する内容を取り入れています。

対象者は、65 歳以上の高齢者です。参加費用は無料です。

（一部実費負担有）

参加者として参加するだけでなく、ボランティアや講師として活躍されている高齢者もあり、生きがいや社会的役割の創出の場にもなっています。



札幌市介護予防センター
イメージキャラクター
「かよるん」



○住民主体の通いの場

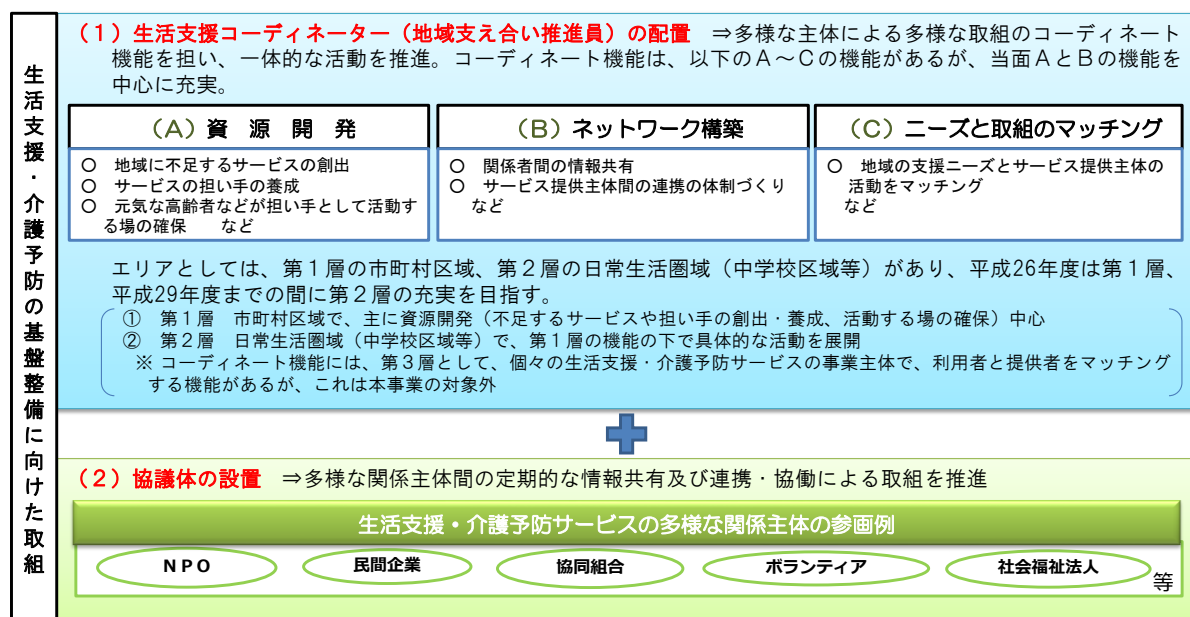
介護予防に資する住民主体の通いの場は、地区内に複数あります。運動と交流をメインとしたサロン、運動に加え調理実習も行う自主グループ、定例会で介護予防活動を行う老人クラブなど、様々な形態で自主的に運営されています。介護予防センターが情報を把握（リスト、マップ等）しています。



(8) 生活支援体制整備事業

介護保険制度では提供できない生活支援サービスや介護認定を受ける前の段階の高齢者に対する生活支援の充実、総合事業の担い手の確保及び、地域で支え合う体制づくりの推進を目的に、平成27年度より順次、各圏域に生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置及び協議体の設置をすすめています。

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

出典：厚生労働省資料

【事業内容】

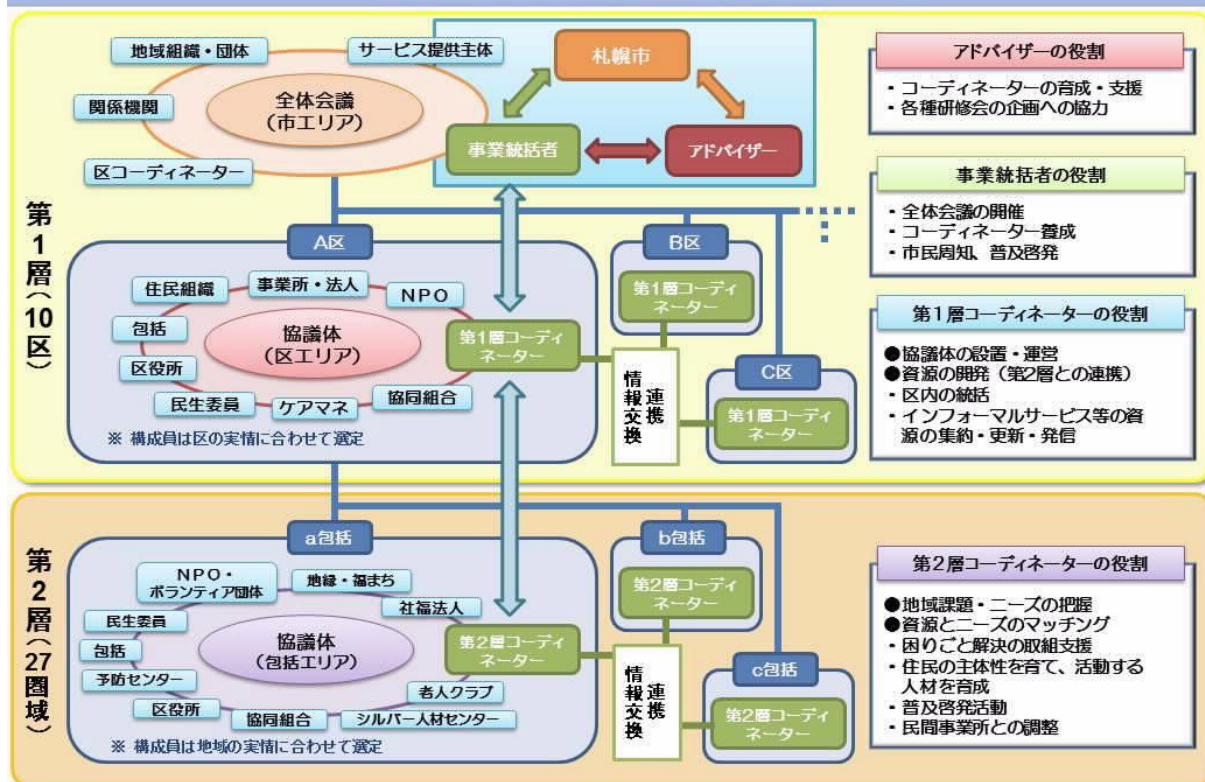
- ① 地域ケア会議等既存のネットワークを活用した地域の高齢者のニーズや地域資源の把握
- ② 元気な高齢者が生活支援の担い手として活動する場の確保やサービスの創出などの資源開発（担い手を組織化し活動を広げていくことや、新たな生活支援サービスの立ち上げ支援等）
- ③ 協議体の運営等による関係者間の情報共有、サービス提供者間の連携の体制づくりなどのネットワークの構築
- ④ ネットワーク体制の活用による地域の高齢者のニーズと地域資源とのマッチング

【生活支援コーディネーターについて】

高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援・介護予防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の構築の機能）を果たす者を「生活支援コーディネーター」として、各圏域に配置しています。

札幌市では、第1層は行政区を圏域とし10名、第2層は地域包括支援センターの担当区域を圏域とし27名配置しており、それぞれの主な役割は次のとおりです。

札幌市生活支援体制整備事業(イメージ)



【協議体について】

各地域における生活支援コーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークのことです。

【介護予防ケアマネジメントにおける連携】

既存サービスでは解決できない高齢者の困りごと等、把握したニーズを生活支援コーディネーターに伝え、生活支援コーディネーターが持つインフォーマルサービスの情報提供を受けることが可能です。インフォーマルサービスについても積極的にケアプランに位置付けましょう。

また、地域課題に対応した適切なサービス等が見つからない場合は、生活支援コーディネーターと連携して、地域課題に対応する資源の開発について働きかけを行いましょう。地域の課題解決や地域の支えあいを推進するためには、高齢者のニーズ把握が可能な立場にあるケアマネジャー側からの積極的な連携が必要です。

● 生活支援等サービス情報について

下記ホームページでご確認いただくか、または生活支援コーディネーターに直接お問い合わせください。第1層の生活支援コーディネーターの連絡先は、各区社会福祉協議会です。下記ホームページに、連絡先が掲載されております。

札幌市社会福祉協議会 HP

https://www.sapporo-shakyo.or.jp/join/lifestyle_support/20200206.html

(9) 地域ケア会議

平成 27 年 4 月より地域ケア会議が介護保険法に位置付けられました。地域ケア会議というツールを通して、個別の課題解決から地域課題の発見、地域づくり、資源開発、政策形成に繋げ、地域包括ケアを実現していこうというねらいです。

総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいて、「なりたい自分」に向けて自己決定を支援するために、地域ケア会議の活用は有効です。

なぜなら、アドバイザーなどの多職種連携により本人へ働きかける選択肢が増えること、地域に埋もれている社会資源を発掘・開発できる可能性があることで、よりセルフケアが高められる、自立支援に繋がるようになるからです。

なお、札幌市における個別地域ケア会議は、基本的に利用者の居住地の地域包括支援センターが担当することになります。ケアマネジャー等より相談を受けた地域包括支援センターは聞き取り等により個別地域ケア会議開催記録（アセスメント記載部分）を作成して、個別ケア会議の開催についてセンター内で検討した上で、ケアマネジャーと相談しながら「個別地域ケア会議開催記録（準備会記載部分）」を作成し、個別地域ケア会議を開催して行きます。また、札幌市の個別地域ケア会議には医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士、認知症介護指導者、弁護士等の専門職を各職能団体等からアドバイザーとして派遣してもらうことができます。

また、地域ケア会議の運営に関しては、「札幌市地域ケア会議運営マニュアル」を参照してください。

活用事例

○自立支援に向けた地域ケア会議

札幌市内に住む坂本さん（男性、77 歳、要支援 2）は妻と二人で暮らしています。最近、体を動かすと「すぐ疲れた」と言うように、外出を控えるようになりました。2 年前までしていた畑作業も「腰が痛い」とやらなくなってしまいました。

このままだと、ますます閉じこもりがちになり、筋力低下していくことが予測されたため、地域包括支援センターの担当ケアマネジャーは「デイサービスに行ってみませんか？」と提案します。体験利用まで結びつきましたが、「デイサービスは年寄りが多いもの」と乗り気ではありません。地域包括支援センターで検討した結果、地域ケア会議を活用しては？という結論に達しました。

理由としては

- ・本人は運動は必要という思いがあるが、デイサービスは乗り気ではない。
→本人に違ったアプローチ方法があるのでは？
- ・役割がほとんどなく、意欲が低下している。
→地域に役割を見出せる活動があるのでは？
- ・他職種連携の必要性
→意欲低下の方への専門的な視点での意見が聞けるのでは？

地域ケア会議では、現状による本人の受け止めや、運動の必要性など、アドバイザーからの専門的な意見や、地域にある資源の情報など、様々な意見が出されました。

本人も「こんなに自分のために集まってくれるとは」「このままではいけないと思いながらも新たなことには乗り気ではなかったが、畑を再開するために運動に取り組もうと思う」と運動の必要性が自分ごととして捉えられるようになりました。

それから半年後、デイサービスで運動に組み込み、自宅でも運動を行うことによって、みるみる体力がよくなりました。好きな畑も少しずつですが、できるようになってきました。

結果、「もう、元気になったから、畑もできるようになったしデイサービス辞めるよ」と半年間、意欲を持ち取り組んで卒業の運びとなりました。

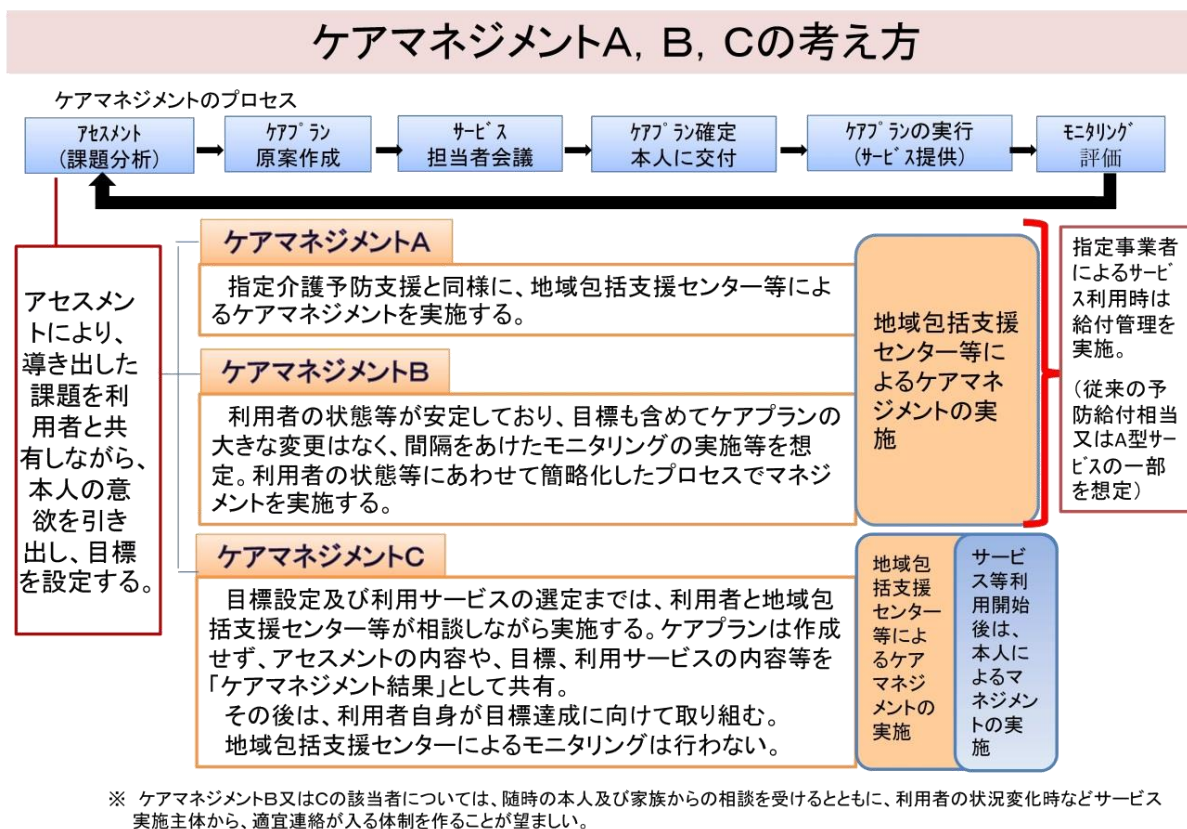
Ⅱ 介護予防ケアマネジメント

1 札幌市における介護予防ケアマネジメントプロセス

(1) 介護予防ケアマネジメントのプロセス

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と変わりありません。

札幌市では、国から示されている3類型のうち、ケアマネジメントA（指定介護予防支援と同様のケアマネジメント）を実施することとしています。（下図参照）



出典：平成28年度介護予防ケアマネジメント実務者研修資料

(2) ケアマネジメントに係る一連の業務

a) 相談受付

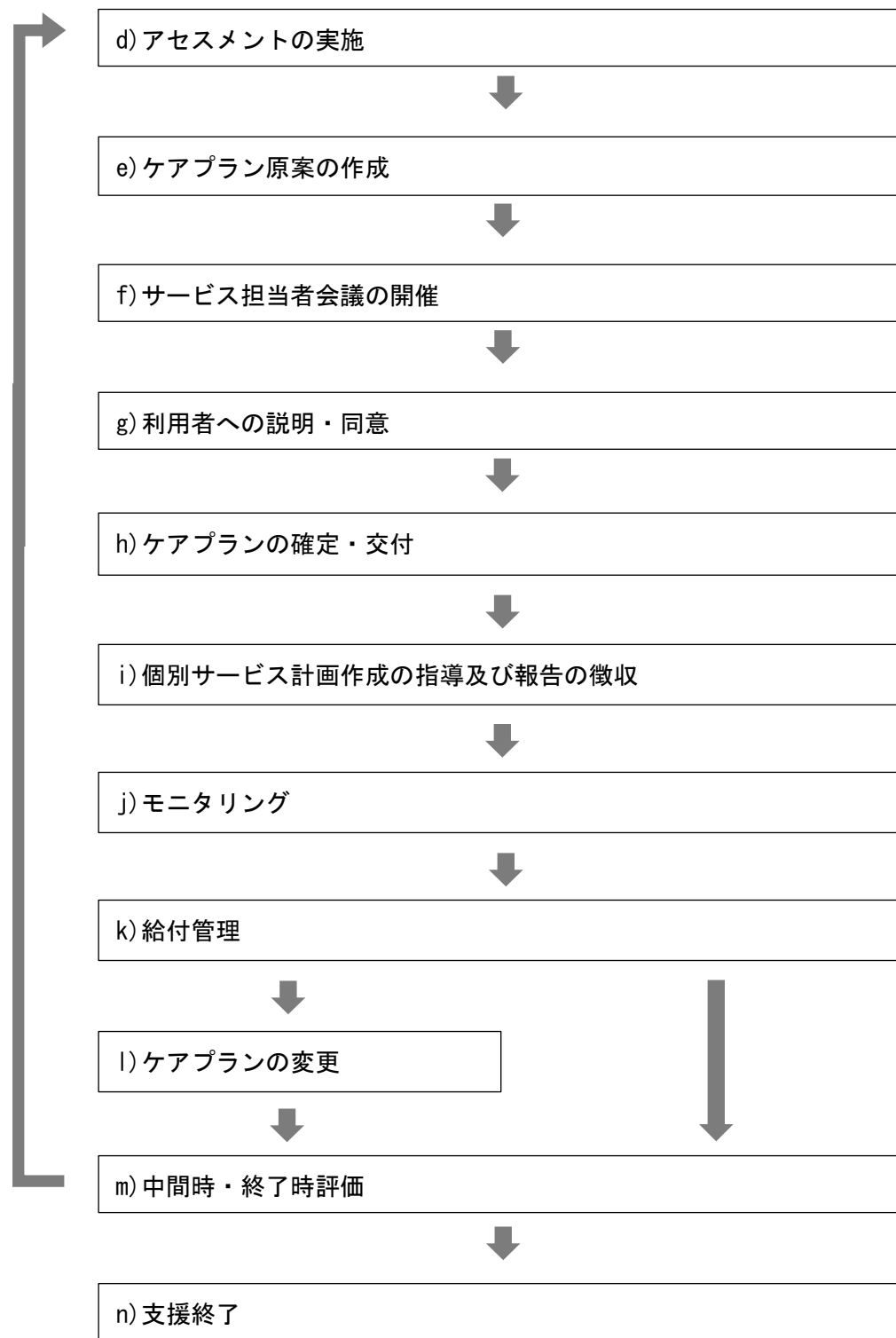


b) 重要事項説明・利用契約



c) 介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出





a) 相談受付（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(1)イ）

介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、「懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法、地域の介護予防活動への参加方法等について、理解しやすいように説明を行う」こととされています。

b)重要事項説明・利用契約（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 10 条）

介護予防ケアマネジメントの利用申し込みがあった場合は、あらかじめ利用者またはその家族に対し、「重要事項説明書」を交付して説明を行い、同意を得てください。その際、「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書」を用い、利用者と契約締結を行ってください。

c)介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出

- ・新規に要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを利用する場合
「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」を提出してください。
- ・総合事業利用申請をする場合
「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式 3）を提出してください。
- ・事業対象者が要支援認定を受け、介護予防ケアマネジメントを利用する場合
過去に「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」（様式 3）を提出済みの場合は、提出を省略できます。

d)アセスメントの実施（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(2) ア、イ）

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

このアセスメントの実施にあたっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うこと、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得ることが必要とされています。

e)ケアプラン原案の作成（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3) イ）

担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定第 1 号事業者等、地域の介護予防活動を実施する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載したケアプランの原案を作成します。なお、当該ケアプランの有効期間は 12 か月が上限です。

状態が安定し、悪化の可能性が低い場合に、評価・計画期間を最長 12 か月とすることが可能です。条件の目安は以下のとおりです。

- ・認定の有効期間が 1 年以上
- ・本人の身体状況に大きな変化がない
- ・利用しているサービスが大きく変わらない
- ・本人を取り巻く環境や家族の状況に変化がない

f) サービス担当者会議の開催（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3)ウ）

担当職員は、サービス担当者会議（担当職員がケアプランの作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、ケアプランの原案に位置付けた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動の担当者（以下「サービス・活動担当者」といいます。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。ただし、利用者又はその家族（以下「利用者等」といいます。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければなりません。）をいいます。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報をサービス・活動担当者と共有するとともに、当該ケアプランの原案の内容について、サービス・活動担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとされています。

ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス・活動担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとされています。

g) 利用者への説明・同意（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3)エ）

担当職員は、ケアプランの原案に位置付けた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動について、サービス事業支給費の対象となるかどうかを区分した上で、当該ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得る（同意欄に署名をもらう）必要があります。

ケアプランの原案は、利用者の同意を得ることによって初めてケアプランとして確定されます。

h) ケアプランの確定・交付（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3)オ）

担当職員は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを利用者及びサービス・活動担当者に交付しなければなりません。

i) 個別サービス計画作成の指導及び報告の徴収（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3)カ、キ）

担当職員は、サービス・活動担当者にケアプランを交付する際にはその趣旨・内容等について十分説明し、指定第 1 号事業者等が作成する個別サービス計画書がケアプランの内容に沿って作成されるよう必要な援助を行うとともに、個別サービス計画書の提出を求める必要があります。

また、サービスの開始後、指定第 1 号介護事業者等から、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも 1 月に 1 回、聴取しなければならないとされています。

j) モニタリング（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条(3)ク、ケ、サ）

担当職員は、ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」といいます。）を行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス・活動担当者等との連絡調整その他の必要な支援を行うこととされています。

モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、サービス・活動担当者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、下記の通り行わなければならないとされています。

- (1) 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回、利用者に面接すること。
 - (2) 上記(1)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起算して3月ごとの期間（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2期間に1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できる。
 - ・ テレビ電話装置等を活用して面接することについて、文書により利用者の同意を得ていること。
 - ・ サービス担当者会議等において、次に掲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。
 - (ア) 利用者の心身の状況が安定していること。
 - (イ) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - (ウ) 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。
 - (3) サービスの提供を開始する月の翌月から起算して6か月を超える期間の計画を作成する場合の中間時及びサービスの評価期間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。
 - (4) モニタリング期間について、次に掲げる要件をすべて満たす場合には、利用者本人の状態等に応じて、その期間を設定することが可能である。この場合には、延長後のモニタリング期間や要件を満たしていることが分かるよう経過記録等に記載しておくこと。
 - a 3か月目のモニタリングの内容を踏まえ、利用者のサービス等に関わる多職種で検討の結果、利用者の状態に大きな変化がないと判断された。
 - b モニタリング・アセスメント訪問を行わない月も、サービス事業所・通いの場等の訪問、電話・オンラインなどの適切な方法により利用者の状況が確認できている。
 - c モニタリングやサービス担当者会議を3か月目に行わない場合も、メール等でサービス事業者からの報告や意見を求めるとともに結果の共有がなされている。
 - d 介護予防ケアマネジメント計画作成プロセス（延長の期間含む）の簡素化について、利用者への説明・合意がなされており、センターとサービス事業者との間でも合意が得られている。
- ただし、以下の場合を除く。
- ・ 初回の介護予防ケアマネジメント（初回の重要性に鑑み、初回のアセスメントから介護予防ケアマネジメント計画確定を経て3か月後のモニタリングまでの一連のプロセス）におけるモニタリングの場合
 - ・ 多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が特に必要と認める者（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など）。

- (5) 利用者の居宅を訪問しない月（上記(2)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、通所型サービスに係る事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
- (6) 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

なお、「特段の事情」とは、利用者の事情により面接・連絡ができない場合を指すもので、担当職員に起因する事情は含まれません。

また、担当職員は、指定第1号事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師（主治医意見書を記載した医師に限定されない）若しくは歯科医師、薬剤師に提供することとされています。

k) 給付管理

サービス事業所から提出されたサービス利用実績を確認し、給付管理票を作成します。

l) ケアプランの変更（介護予防ケアマネジメント実施要綱第36条(1)カ、(2)ウ、(3)ス）

担当職員は、モニタリングの結果によりケアプランの変更が必要と判断した場合は、上記 d)～i) までの業務を実施する必要があります。

ただし、以下の例示に該当し、上記 d)～i) までの業務を行う必要性が低い変更であると判断した場合には、軽微な変更の取り扱いを可としています。ケアプランを修正の上、経過については支援経過記録に記載します。

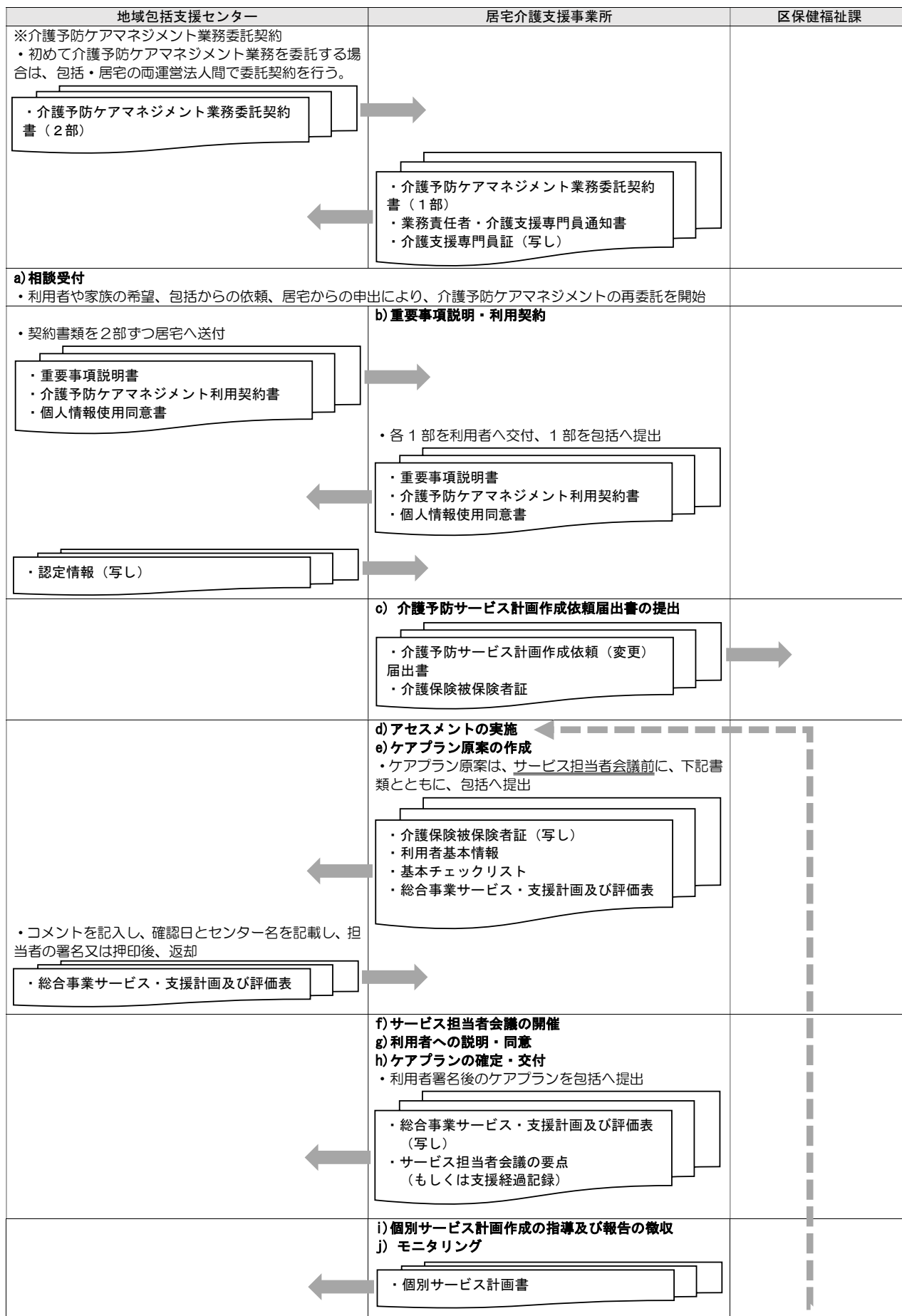
- ・ サービス提供の曜日変更
- ・ サービス提供の回数変更
- ・ 利用者の住所変更
- ・ 事業所の名称変更
- ・ 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更
- ・ 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
- ・ 担当介護支援専門員の変更

m) 中間時・終了時評価（介護予防ケアマネジメント実施要綱第36条(3)コ）

担当職員は、6か月を超える期間の計画を作成する場合の中間時及びケアプランに位置づけた期間が終了するときは、当該ケアプランの目標の達成状況について評価しなければなりません。

なお、評価の際には、利用者の居宅を訪問し、利用者とは面接する必要があります。

【介護予防ケアマネジメント業務 再委託 フローチャート】



(3) 要支援認定新規・更新申請、総合事業利用申請

① 要支援認定申請（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 13 条、第 14 条 1～3）

介護予防ケアマネジメントの提供を求められた場合、介護保険被保険者証により、要支援認定・事業対象者決定の有無や有効期間等を確認します。

【新規申請が必要な利用申込者への支援】

利用申込者が要支援認定・事業対象者の決定を受けておらず、申請が行われていない場合は、利用申込者の意向を踏まえて、申請に必要な援助を行います。

【要支援認定の更新を迎える利用者への支援】

要支援認定の有効期間の満了日の 60 日前までに、総合事業のパンフレット等を用い、要支援認定更新申請または総合事業利用申請の意向確認を行います。（(4) 参照）

なお、下記に該当する利用者については、要支援認定の更新申請が必要となるので、遅くとも要支援認定の有効期間の満了日の 30 日前には更新申請が行われるよう、必要な援助を行います。

- ・ 要支援認定の更新を希望する利用者
- ・ 第 2 号被保険者
- ・ 介護予防サービス（訪問看護、福祉用具貸与等）の利用を希望する利用者
- ・ 要支援 1 相当のサービス量で不足する利用者

② 総合事業利用申請（介護予防ケアマネジメント実施要綱第 14 条 4）

【要支援認定の更新を迎える利用者への支援】

基本チェックリストに該当し、総合事業の利用申請（事業対象者への移行）を希望する場合は、下記の通り必要な援助を行います。

なお、下記については、地域包括支援センターが再委託分も取りまとめて各区保健福祉課へ提出しますので、事前に各センターへ連絡・提出をしてください。

【総合事業利用申請代行計画書の提出】

有効期間満了月の 1 日までに提出が必要です。

【総合事業利用申請】

有効期間満了日の 20 日前から満了日までに下記書類の提出が必要です。

- ・ 総合事業利用申請書（様式 2）
- ・ 基本チェックリスト（様式 1）
- ・ 介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（様式 3）
- ・ 介護保険被保険者証

【要介護（要支援）認定の結果、非該当者となった利用者への支援】

基本チェックリストに該当し、適切なアセスメントを行い、サービス利用の必要性を見極めたうえでサービスの利用が必要と確認された場合、非該当決定の通知から 30 日以内に総合事業利用申請を行います。

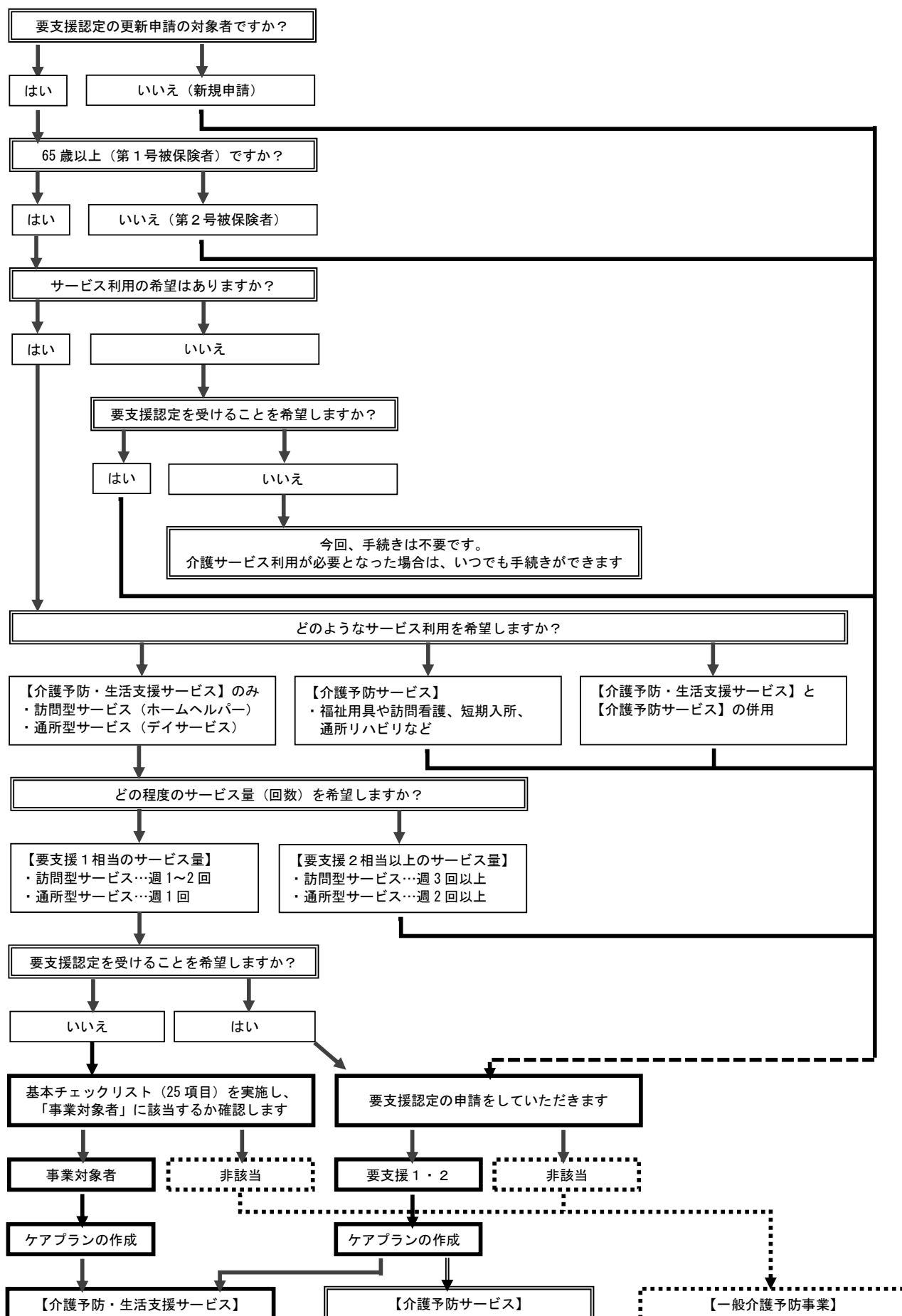
(4) 要支援認定の更新を迎える利用者への説明方法 ※次ページの Yes/No チャートを参照してください

要支援認定の更新を迎える 65 歳以上の方で、介護予防・生活支援サービス（通所型・訪問型サービス）のみの利用を希望する場合には、基本チェックリストによる判定のみの簡易な手続きにより「事業対象者」と認定されることで利用が可能です。

なお、下記に該当する場合は、要支援認定の更新手続きが必要となります。

- ・ 65 歳未満の方
- ・ 介護予防サービス（福祉用具貸与、訪問看護、短期入所など）の利用を希望する方
- ・ 要支援 1 相当のサービス量（訪問型…週 1～2 回、通所型…週 1 回）で不足する方
- ・ 要支援認定を受けることを希望する方

【要支援認定更新時の意向確認 Yes/No チャート】



2 アセスメント・ケアプラン作成

札幌市の総合事業におけるケアマネジメントでは、ICF の視点に基づくアセスメントを行い、活動と参加に向けた支援を本人とともに計画することが求められています。

また、ケアプラン作成の際には「なりたい自分」を目指して、自ら取り組める（セルフケアを高める）ように自己決定を支援していくことが自立支援の定義でも示されています。

ICF の視点に基づくアセスメントでは、「できない」ことを探すのではなく、どこにどんなアプローチをしたら、「できない」「していない」から「したい」「できるようになりたい」へと結びつけることができるかという視点が必要です。本人自らが課題に気づけるよう、ケアマネジャー自身も疑問を持ち、想像をし、課題設定に向けて考えていくことが重要になります。

ポイント

ケアプラン作成の留意点

- ・本人、家族としたい生活(生活の目標)のイメージを共有すること
- ・生活の目標が達成されるために「維持・改善すべき課題」の解決を図ること
- ・目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場につなげることが大切

3 モニタリング

要支援者等に総合事業による支援が実施されている間、モニタリングは実施されます。取組内容がどのように実施され、目標に向かってサービスや支援が効果をあげているかなど、設定された目標との関係を踏まえつつ、利用者の有する生活機能の状況や課題の変化に留意してモニタリングを行うことが重要です。

毎月モニタリングすることで本人がどのように行動変容しているか、本人に状態の改善や悪化がないかを確認していきます。

できれば、通所型サービス(デイサービス)の利用者のモニタリングの際は、通所型サービスに向いてモニタリングすることで、目標達成のためにどのような取組をしているのか、他の利用者と比べて本人の状態がどのくらいかを把握しておくことでセルフケアを高めるヒントになるのではないのでしょうか。

4 中間時評価

6 か月を超えるケアプランの計画期間を設定した場合には、その中間時に1回は目標達成に向けた計画の進捗状況や、利用者の状態変化を確認します。

5 終了時評価(振り返り)

総合事業のケアマネジメントの評価においては、「目標が達成されたら、生活機能を維持し高めていける」「次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通える」ように

以下のような振り返りが求められます。

(1) 社会資源の発掘

総合事業以外のサービスで補完できるものがあるか確認をしていきます。

(2) 利用者の地域づくりへの参画

自らが支え手にもなりえる存在であること、今、もしくは次世代にあったらいいなと思うようなサービスを提案してもらうことで、本人が役割を見出せる可能性があります。また、次回検討するプランに前向きに取り組める可能性があります。

(3) 社会資源の開発

地域に必要なサービスがない場合、地域課題としてあげ、生活支援コーディネーターと連携していくことで、その地域にあったサービスを作り上げることができます。



振り返りの際の留意点

- ・現状で必要な社会資源の確認(有無に関わらず)
- ・社会資源の発掘と開発の場と捉える

6 医療介護連携の視点

高齢者は多かれ少なかれ疾患を抱えながら生活している場合が多いですが、ケアマネジメントの過程の中では、日常生活を送る上で何に留意すべきか、疾患の状況や経過を確認する必要があります。その際には現状にのみ目を向けるのではなく、生活習慣や仕事の状況、自宅や地域での役割などや本人・家族の病気に対する受け止めなどの理解の確認など、生活状況から原因や背景を把握することが大切です。

また、かかりつけ医、かかりつけ病院などの通院状況、服薬状況、家族の支援などの状況を医療職と連携しながら把握しておくことも大切です。医師や看護師と直接やり取りをする方法もありますし、医療機関にある地域連携室などの職員とやり取りすることで情報を収集することもできます。やり取りをする際はまず本人・家族から了解を得てから、現在の健康状態と留意点、予後に関する情報、ケアプランの支援目標に対する医学的アドバイスや生活における主治医の考え方などの情報をポイントに収集すると良いでしょう。

もちろん、全ての疾患情報や日々の生活状況を担当する地域包括支援センター職員やケアマネジャーだけで把握することは難しいことだと思います。だからこそ日常生活の様子や疾患に関連することなどモニタリングを含めて、サービス担当者や家族、医療関係者と情報共有しておくことが大切になります。

医療につながりにくい高齢者の場合（病院に行くことを本人が拒否したり、家族が必要を感じていない場合など）、医療・福祉・介護職と連携したり、地域住民のネットワークを利用することで支援のきっかけを見つけることができるかもしれません。

医療介護連携の視点は、今後、本人の自立支援に向けたケアマネジメントのためにも、地域包括ケアの推進の観点からもますます重要になると言えるでしょう。

【引用・参考】

- ・一般社団法人北海道総合研究調査会『平成 29 年度北海道主任介護支援専門員更新研修「北海道版」テキスト』

7 サービス担当者会議

サービス担当者会議はケアマネジメントの一環として開催するものです。基本的な考え方や目的は介護プランや介護予防プラン、総合事業のプランともケアマネジメントプロセス上の違いはありません。しかしながら、総合事業のケアマネジメントにおいては、対象とする利用者の特性から、利用者自らが自身の課題とその課題解決のための目的を理解し(セルフマネジメント)、支援者もそれらを共有しながら展開していくことが重要です。このため全体の合意形成の場としてのサービス担当者会議が担う役割は大きいといえます。

ポイント

総合事業におけるサービス担当者会議では、下記の視点をもって取り組む必要があります。

- ① セルフマネジメントを意識し、利用者や家族に現状と課題を理解してもらう。
- ② ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が専門職として課題分析した結果をプレゼンテーションし、支援者や本人・家族を含めて共有化する。
- ③ 課題解決のための目標を共有し、本人・家族も含めそれぞれの参加者が専門的な見地から検討し尽くす。
- ④ 目標に沿い、利用者のモチベーションを高めるよう関わる。(コーチング)
- ⑤ サービス事業所やインフォーマルサービス提供者等はその目標と課題分析を事業所内でも共有させる。
 - ・ サービス提供責任者や生活相談員だけが理解していても意味はない。
 - ・ 個別支援計画が目標達成の方向性と合致するのか吟味する必要がある。
- ⑥ 事業対象者の場合、主治医意見書による医療情報が入手できない。このため適宜、医療情報の支援者間の共有や主治医との連携が求められる。
- ⑦ スモールステップによる、目標達成に向けた合意形成や短期目標の修正を行う。また、その方向性には自立や地域活動等への参加も視野に入れる。
- ⑧ 課題解決に向けた目標達成に不具合などがある場合、個別地域ケア会議の開催による専門職からのアドバイスについても検討する。

(※札幌市の個別地域ケア会議専門職アドバイザーは、医師、歯科医師、薬剤師、各リハビリ専門職(PT・OT・ST)、歯科衛生士、栄養士、認知症介護指導者、弁護士)
- ⑨ 支援の過程で検討された地域に不足する社会資源を、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターへ情報提供すべきかについて検討する。

Ⅲ 様式の説明

1 利用者基本情報

(1) 全体像を簡略に把握する道具

利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートと呼ばれるものです。利用者のお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。

(2) 更新していく基本情報

利用者基本情報は、初回訪問時にすべて聞き取って埋める必要はなく、本人との信頼関係を築きながら、聞き取れたものを記入します。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。

(3) 情報使用に関する同意

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、原則、利用者及び家族から同意を得ておく必要があります。しかし、利用者及び家族と指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が契約する際、個人情報の第三者提供に関しての同意を得ている場合は不要です。

(4) その他の留意点

利用者基本情報にある《介護予防に関する事項》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す。「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。

(5) 様式と記入の仕方

利用者基本情報 ①										(様式 1-1)	
										作成日	年 月 日
										作成者	
②	相談日	年 月 日 ()				受付方法	電話	来所	訪問		
							初回	再来			
③	本人の状況	在宅 入院又は入所中 ()									
④	カナ 本人氏名					性別	生年月日	M T S	年 月 日	歳	
						男・女					
⑤	住 所					電 話	()	—			
						F A X	()	—			
⑥	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	
⑦	認定・ 総合事業 情報	要介護度	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	前回の介護度
		有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日				認定日	年 月 日			
		基本チェックリスト記入結果				事業対象者の該当あり		事業対象者の該当なし			
		基本チェックリスト記入日				年 月 日					
⑧	障害等 認 定	身障：		療育：		精神：					
		難病：									
⑨	本人の 住居環境	自 宅 借 家 一戸建 集合住宅									
		自室の有無		有 ・ 無		住宅改修の有無		有 ・ 無			
⑩	経済状況	国民年金				厚生年金					
		障害年金				生活保護					
⑪	来所者 (相談者)					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)				
⑫	住 所 連絡先										
⑬	緊急 連絡 先	氏 名	続柄	住所・連絡先							
	備 考										

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

①「作成日」「作成者」

利用者基本情報の作成日、作成担当者の氏名を記載します。

《基本情報》

②「相談日」「受付方法」

相談日を記載します。また、相談受付方法、初回か再来なのかを選択します。

③「本人の状況」

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

④「本人氏名」「性別」「生年月日」

利用者名、性別を記載します。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、生年月日と年齢を記載します。

⑤「住所」「電話」「FAX」

住所は当該利用者の現在居住している居住地を記載します。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します。電話番号は当該利用者と連絡のとれる電話番号を記載します。

⑥「日常生活自立度」

利用者の「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」に基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の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付けます。

⑦「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲みます。また、認定有効期間と前回の介護度を記載します。基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」または「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載します。

⑧「障害等認定」

障害等の種別について○印で囲みます。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載します。

⑨「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲みます。持家か借家か、一戸建てか集合住宅（アパート・マンション）か、自室の有無を記載します。また、住宅改修の有無について○印で囲みます。

⑩「経済状況」

利用者の該当する年金などについて○印で囲むとともに、具体的な経済状況について記載します。

⑪「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載します。

⑫「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先および本人との続柄を記載します。

⑬「緊急連絡先」

緊急連絡先は複数確認することが望ましいです。当該利用者の急変など、緊急に連絡をとる必要がある場合のために、確実に連絡がとれる方の氏名・続柄・住所・電話番号を記載します。また、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など確実に連絡がとれる電話番号を記載します。

⑭「家族構成」

当該利用者の家族についてジェノグラムを用いて記載します。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載します。現在利用者と同居している家族は○で囲みます。当該利用者に関係する家族関係などの状況は欄内の凡例を用い、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します。なお、家族関係で特記すべき事項があればあわせて記載します。

(様式1-2)

利用者基本情報②

作成日	年 月 日
作成者	

【介護予防に関する事項】

①

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)	② 1日の生活・過ごし方		③ 趣味・楽しみ・特技	
	時 間	本 人	介護者・家族	④ 友人・地域との関係

【現病歴・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)

⑤

年 月 日	病 名	医療機関・医師名 (主治医・夏見書作成者に☆)	経 過	治療中の場合は内容
年 月 日		Ⅲ	治療中 経観中 その他	
年 月 日		Ⅲ	治療中 経観中 その他	
年 月 日		Ⅲ	治療中 経観中 その他	
年 月 日		Ⅲ	治療中 経観中 その他	

【現在利用しているサービス】

⑥

公的サービス		非公的サービス	
--------	--	---------	--

⑦

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。

年 月 日 氏名

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

《介護予防に関する事項》

この情報はケアプランを作成する際に、参考とすることを念頭に記載します。

① 「今までの生活」

当該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します。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載します。生活歴について聞くことで、利用者の現在の生活や考え方の背景をより深く理解できます。以前できていたが現在はできなくなったことなど、最近の生活の変化もあわせて聞き取ります。

「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

② 「1日の生活・すごし方」「時間」「本人」「介護者・家族」

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など、1日の過ごし方を記載します。上段には、生活全般に関する様子を記載し、食事や入浴、家事など毎日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します。のちにアセスメント領域の「生活関連」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載します。また、地域の行事などへの参加状況を聞くこともケアプランを立てる上でよい手がかりとなります。

③ 「趣味・楽しみ・特技」

利用者の趣味・楽しみ・特技について聞き取ります。現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載します。趣味や大切にしている物などは、部屋に飾っていることが多く、それをきっかけに話を聞きだせる場合もあります。興味・関心チェックシートを活用しながら聞き取る方法もあります。

④ 「友人・地域との関係」

友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載します。具体的に交流の深い人や頻度を聞くことで、利用者にとって家族以外で支援者となり得る人を把握することができます。興味・関心チェックシートを活用しながら聞き取る方法もあります。

《現病歴・既往歴と経過》

⑤ 「年月日」「病名」「医療機関・医師名」「経過」「治療中の場合は内容」

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します。記載した病気のために服薬などの治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付けます。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○印を付けます。その他の状況の場合には「その他」に○印を付けます。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関・医師名に☆印を付けます。

利用者や家族が病気に対してどのように認識しているかを確認しておくことが重要です。疾患によっては、支援する上での留意点が異なるため、正しく確認しておく必要があります。通院方法を確認することで、交通機関の利用状況や家族支援の状況などもわかります。主治医意見書には、主治医の専門領域外の疾患がある場合など、すべての疾病が書かれていないことも

あるので、利用者や家族から「何の病気」で「どの病院」にかかっているかを情報収集することも大切です。

《現在利用しているサービス》

⑥「公的サービス」「非公的サービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載します。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われる非公的なサービスを分けて記載します。

⑦「個人情報の第三者提供に関する同意」

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、支援・対応経過シート、アセスメントシートなど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、総合事業におけるサービス事業等実施者、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を得ます。

指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が、介護予防支援（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、利用者基本情報に同意を得る必要はありません。

【引用・参考】

- ・地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編集『地域包括支援センター運営マニュアル～地域の力を引き出す地域包括ケアの推進をめざして～』2015、pp. 239-240
- ・地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編集『地域包括支援センター運営マニュアル』3訂、pp. 284-285
- ・辻 一郎監修、三菱総合研究所ヒューマンケア研究グループ編集『実践事例で学ぶ介護予防ケアマネジメントガイドブック』中央法規、2007
- ・高室 成幸『介護予防ケアマネジメントー「質問力」で磨こうアセスメントとプランニング』中央法規、2007

2 基本チェックリスト

(1) はじめに

要支援認定者や虚弱高齢者には意味がある帳票のため、基本チェックリストの中身をしっかりと読み取ることが重要です。生活全般の機能が低下している人は、IADL の低下が見て取れます。「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」の項目も関連があります。

総合事業の導入が始まると、その入り口の押さえは大切です。簡単に基本チェックリストで事業対象者の候補が発生しますので、介護予防ケアマネジメント実施者の力量が問われることになります。

(2) 概要

国が定める 25 項目の帳票の基本チェックリストは、利用すべきサービス区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行うツールとなります。

質問項目は、改正前の二次予防事業対象者の把握に利用していたものと同じです。基準は介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインに定められ、いずれか 1 つには該当していなければなりません。

実施に際しては、質問項目の趣旨を説明しながら、本人などに記入してもらいます。

基準に該当した場合は、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。

(3) 留意事項

質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取ったうえで、サービスの振り分けを判断します。

基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けを行います。

基本チェックリストの実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を行います。また、要介護認定等の申請とサービス事業の利用を並行して進める場合や、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている中で要介護認定申請を行う場合もあります。

介護予防ケアマネジメント活用・実施に当たって、地域包括支援センターや再委託先の居宅介護支援事業所が基本チェックリストを実施した場合は、地域包括支援センターから総合事業利用申請書と介護予防ケアマネジメント依頼届出書をあわせて提出します。その届出があった場合に各区保健福祉課より被保険者証が発行されます。

被保険者証には、事業対象者である旨、チェックリスト実施日（認定年月日）、担当地域包括支援センター（介護予防支援事業所）名が記載されます。

(4) 様式と事業対象者に該当する基準

様式 1

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日

氏名		住所		生年月日	明・大・昭 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	○はい		1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	○はい		1.いいえ	
3	預貯金のおし入れをしていますか	○はい		1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	○はい		1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	○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	○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	○はい		1.いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	○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		○.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい		○.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		○.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		○.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		○.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい		○.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	○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		○.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		○.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	○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		○.いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい		○.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くなくなった	1.はい		○.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		○.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		○.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		○.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 No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
② No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)
③ No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④ No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤ No.16～17 の 2 項目のうち No.16 に該当	(閉じこもり)
⑥ No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦ No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

※ 上記各項目における番号は、基本チェックリスト（様式 1）の質問項目の番号である。

(5) 考え方

① 共通事項

- ・対象者には、各質問項目の判断基準を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ・期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ・習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ・各質問の判断基準は以下の通りです。各質問項目の表現は変えないでください。

② 1～5 の質問項目は、「日常生活関連動作」について尋ねています。

1 バスや電車で 1 人で外出していますか

【判断基準】

- ・家族などの付き添いなしで、1 人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1 人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。

【アセスメントの視点】

- ・高齢者になると外出する機会が減る傾向にあります。体力的に辛くなるだけでなく、同世代の友人や知人との交流機会の減少、移動手段の減少なども影響します。又、住み慣れた地域からの転居や、家族や友人の死別といった人間関係にも変化が現れてきます。

2 日用品の買い物をしていますか

【判断基準】

- ・自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・日用品とは日常の生活に必要なものです。消耗品は常に補充が必要となり、生活必需品ともいえます。日用品の買い物をする生活行為を把握することで、何が足りないかを判断できる能力とともに、移動能力や金銭のやりとりに関して、本人の心身機能がどの程度可能か推し量ることができます。

3 預貯金の出し入れをしていますか

【判断基準】

- ・自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行などでの窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族などに依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・預貯金の出し入れについて質問すると、金銭管理能力と夫婦や家族の役割などについてあわせて把握することができます。預貯金を含めた生活費の管理を本人が行っている場合には、犯罪被害や消費者被害、特殊詐欺などの危険性の意識付けが必要となります。また、家族などに委ねている場合は、経済的虐待や権利擁護に関する視点を持って聞き取りする必要がある場合もあります。
- ・利用者基本情報の経済状況や本人の住宅情報と合わせて質問すると、収入状況や年金額、収入と支出の状況などを関連させて把握することができます。

4 友人の家を訪ねていますか

【判断基準】

- ・友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。

【アセスメントの視点】

- ・家を訪ねるほどの親しい友人がいるかどうか、移動手段、訪問目的や意欲をあわせて把握することができます。幼なじみ、仕事仲間、趣味友達、地域の知人、ボランティア仲間、親戚付き合いを把握することができます。
- ・利用者基本情報の趣味・楽しみ・特技や友人・地域との関係と合わせて質問すると、交流関係や交流目的、今でも大事にしていることや本当はやりたけれど実現できずにいることを関連させて把握することができます。

5 家族や友人の相談にのっていますか

【判断基準】

- ・家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

【アセスメントの視点】

- ・家族や友人に相談相手として頼りにされているかどうか、把握することに焦点を当てます。どれだけの人間関係をもっていたのかを想定しながら聞きとりをすると家族史や生活史について掘り下げたアセスメントができます。

③6～10の質問項目は、「運動器の機能」について尋ねています。

- ・「いいえ」と回答した項目の内容に着目しましょう。
- ・6、7、10の該当者で、他の閉じこもりやうつ、生活全般での低下項目に該当していなければ、習慣的な動作でしている場合が多く、実際の能力とは異なる場合があります。
- ・8、9が該当している場合は、同じ運動器の機能低下でも「課題あり」の要素が強いため、他の項目と照らし合わせて総数の把握を行い、リスク度を判定することが重要となります。

6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

【判断基準】

- ・階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すりなどを使用している程度であれば「はい」とします。手すりなどを使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すりなどを使っている場合には「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・下肢筋力の強弱だけでなく、バランスのとれた歩行など広く移動全般に関する質問ととらえてみましょう。階段や手すりも室内移動だけでなく、社会参加や日常生活の交通機関の移動範囲としても位置付けると生活全般を総合的に把握することが可能となります。下肢筋力の向上でどのようなことが可能となるかを話し合うと、課題づくりの参考となります。

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

【判断基準】

- ・椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。

【アセスメントの視点】

- ・「何もつかまらずに」と質問されてもわかりにくい場合もあります。よく座っている椅子や自宅トイレからの立ち上がり为例にあげて、日常の行為として具体的にイメージできるように質問します。椅子のひじ掛けやテーブルを押すなど何かしらの補助動作をしていることが多いので、実際にその場で立ち上がりを行ってもらい、動作確認をするのもよい方法です。

8 15分位続けて歩いていますか

【判断基準】

- ・15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。

【アセスメントの視点】

- ・15分間続けて歩くことができるかどうかだけではなく、続けて歩けることで可能となる「暮らし」までイメージを広げてもらい、普段の散歩や買い物への徒歩移動を把握します。15分続けてどの場所まで歩いているのか、その目的は何なのかを聞くことで個人の「生活圏域」を把握できます。そして人間関係や地域の人脈なども把握でき、さらに課題として「めざす像」を具体的にともに描くこともできます。

9 この1年間に転んだことがありますか

【判断基準】

- ・この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。

【アセスメントの視点】

- ・高齢者にとって転倒は捻挫や骨折の原因となります。原因にも足があげられないことによるつまずき、病気や薬の副作用によるふらつきなどの内的要因と、すべりやすい床や畳、つまずきやすい敷居、階段、敷石、暗い廊下、玄関などの外的要因が重なり合って事故が起こりやすくなります。また屋外で杖やシルバーカーを使っている時に転ぶこともあります。坂道や傾斜、段差など高齢者の暮らしの中の道路環境は様々です。利用者が1年間で振り返ることが困難な場合には「この1ヶ月間や1週間ではどうですか」と思い出しやすい期間で質問してみましょう。

10 転倒に対する不安は大きいですか

【判断基準】

- ・現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

【アセスメントの視点】

- ・転倒で活動性の低下を招き、更なる機能低下により転びやすくなる「負の連鎖」が危惧されます。転倒に対する具体的な不安についてアセスメントし、心身の機能低下への自覚や将来的な対策への動機づけとします。

④11・12の質問項目は、「低栄養状態」かどうかについて尋ねています。

11 6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか

【判断基準】

- ・6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・高齢者が低栄養になる原因として、一人きりの食事や単調な生活、単調なメニューが考えられます。また下肢筋力が低下し台所に立てない、握力が弱り包丁が持てないなど調理動作の衰えが簡単なおかずで済ますことを日常化させます。低栄養は体力の低下と意欲の低下を招

くことにもなり、さらに筋力の低下は転倒・骨折の原因となり寝たきり状態となる危険性も考えられます。

12 身長、体重

【判断基準】

・身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。

(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

【アセスメントの視点】

- ・BMIが25～30の数値となったら肥満状態、30以上は超肥満状態であり、心臓病・糖尿病・高血圧などの生活習慣病になりやすいと言われています。また、体重増加による下肢への負担の増加はADLの低下を招き、活動量の低下や外出機会の減少につながる場合があります。
- ・BMIが18.5未満は痩せすぎで、低栄養状態となっている可能性が高いと言えますが、もともと痩せ体型の高齢者もいますので、数値のみにとらわれないようにします。現病歴や既往歴、生活歴から過去の体重の変化を把握し、その原因を把握します。

⑤13～15の質問項目は、「口腔機能」について尋ねています。

13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか

【判断基準】

・半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

・よく噛むことは唾液や胃液の分泌を促し、口の中の殺菌や粘膜の保護などの効果もあります。

14 お茶や汁物等でむせることがありますか

【判断基準】

・お茶や汁物などを飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

【アセスメントの視点】

・飲み込みがうまくできなくなる理由には、唾液の不足や嚥下反射の障害、歯や義歯の不具合などが考えられます。嚥下力の低下は、喉に食べ物を詰まらせる窒息、気管に入って誤嚥性肺炎などを招く危険性があります。

15 口の渇きが気になりますか

【判断基準】

・口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

【アセスメントの視点】

・高齢者は水分貯留量が50%と少ないため脱水状態になりやすく、脱水は脳梗塞や心筋梗塞を引き起こす原因になります。また、心臓病や腎臓病により医師から飲水量の制限を受けて

いないか把握することも必要です。

⑥16・17 の質問項目は、「閉じこもり」について尋ねています。

16 週に1回以上は外出していますか

【判断基準】

- ・週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。

【アセスメントの視点】

- ・社会参加や人間関係の広がりなどを把握します。高齢期の男性は定年で職場を去ると毎日出かける先がなくなり、閉じこもりになる傾向があります。その結果、不規則な生活となる場合があります。一方、女性は地域での人間関係も広く、買物などの外出機会は多いと言われますが、骨密度減少による骨折や疾患から外出機会が減ることもリスクとしてあります。

17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

【判断基準】

- ・昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。

【アセスメントの視点】

- ・外出の回数だけでなく、どういう目的で外出しているのか、減っている場合に心身状態や人間関係に変化がないか確認することが大切です。外出への意欲を質問し、そのために何が必要か、家族や地域の協力の可能性も把握します。

⑦18～20 の質問項目は「認知症」について尋ねています。

18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか

【判断基準】

- ・本人は物忘れがあると思っていても、周囲から指摘されない場合は「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・認知症に対して本人や家族がどれだけ自覚・認識しているか把握する質問です。認知症の中核症状について確認します。

19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか

【判断基準】

- ・何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。

【アセスメントの視点】

- ・最近ではよくかける相手先は短縮番号にしていたり、別の紙に書きだしている場合があります。認知症の中核症状について確認します。

20 今日が何月何日かわからない時がありますか

【判断基準】

- ・今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

【アセスメントの視点】

- ・認知症の中核症状について確認します。認知障害やうつ症状が疑われる場合は、専門医への受診を促すことも視野に入れた支援が必要です。ただし、本人のプライドや自尊心を傷つけないよう、専門医への受診に際しては、かかりつけ医から専門医を紹介してもらうなどの医療介護連携を図っていくことも重要です。

⑧21～25 の質問項目は、「うつ」について尋ねています。

- | | |
|----|------------------------------------|
| 21 | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない |
| 22 | (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった |
| 23 | (ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる |
| 24 | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない |
| 25 | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする |

【判断基準】

- ・ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。

【アセスメントの視点】

- ・必要に応じて、精神科やメンタルクリニックなどの受診を勧めたほうがよい場合もあります。アセスメントを行う際は、以下のことに十分留意する必要があります。

本人の表情や話し方、視線、声の調子
表情が硬い、暗い、視線を合わせない、受け答えに時間を要するなどの状態
身近な人の死に遭遇したなど

ポイント

「意欲や意向を引き出す質問」

- ・基本チェックリストは「はい・いいえ」で答える「クローズドクエスション」ですが、付随して「どうして・どこで・どんなふうに？」と質問すると「オープンクエスション」となります。
- ・追加の質問によりアセスメントを家族の現状、その原因（理由）、意向（望み）、課題・目標を明確にすることができます。
参考に質問例をあげています。（総合事業サービス・支援計画及び評価表 各チェック項目の見方一覧表（アセスメントを深める質問例つき）参照）

【引用・参考】

- ・厚生労働省老健局『介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン』（令和4年6月27日、老発0627第7号）、pp. 65-70
- ・高室 成幸『介護予防ケアマネジメントー「質問力」で磨こうアセスメントとプランニング』中央法規、2007
- ・介護予防研究会監修、白澤 政和編集『ストレングスモデルによる介護予防ケアマネジメントー理論と実際』中央法規、2007

3 総合事業サービス・支援計画及び評価表

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービス・支援計画の目的と特性

介護予防・日常生活支援総合事業サービス・支援計画（以下ケアプラン）の目的は、本人と共に作り上げ、「なりたい自分」を目指し目標指向型で自立支援につなげられるようにすることです。

ケアプランの特性

- ・なりたい自分を目指した目標と役割分担を決めるケアプランおよび評価表であること
（そのために、目標が見えやすい場所に配置）
- ・なりたい自分にむけて自分の取り組み内容も明記できるようにしていること
（セルフケアを高める）
- ・プラン一枚でPDCAがわかるように設定していること
（業務の簡素化）
- ・ICFの視点をもとにアセスメント項目を設定していること
（能力と行為に分け、参加と活動に働きかけるアセスメント項目）

(2) アセスメントの基本的な考え方

① アセスメント領域について

介護予防支援のケアプランと同様に4領域で分類しています。動作関連・生活関連・交流関連・健康関連と名称は変えていますが、介護予防支援のケアプランとの連動性を鑑み、同じような領域設定としています。

② アセスメント項目と点数化の理由

アセスメント項目については、「できていること」「できていたこと」に着目し、特に自立支援や重度化予防につながるような項目設定をしています。基本チェックリストは主に振り分けに使用するため、チェックリストの内容で必要な項目については重複記載しています。

項目の中でADLやIADLについての項目が多くなっています。ADL・IADLの評価は、ケアマネジャー自身が本人を「知る作業」であり、本人が「自分を知る作業」でもあります。総合事業サービスの対象者はIADLが低下している方が多い傾向にあります。ですが、IADL低下は自覚しづらく、生活不活発病（廃用症候群）に陥る初期サインでもあるので、早期対応が重度化予防に繋がります。

そこで、本ケアプランはIADLの項目や健康管理の項目を中心としており、具体的な設問で「はい」と前向きな評価を行うことで、向上したことが視覚的にわかるよう、○△×と点数化の評価形式にしました。これにより、評価の際に本人と共有しやすく可視化しやすい、より自分事として捉えやすいというメリットがあります。

● 判断基準について

項目の評価は、原則聞き取りにより判断していきます。各チェック項目で判断の目安になる考え方を示しています。動作関連・生活関連は能力評価の質問形式で、交流関連・健康関連は実行状況の質問形式にしています。判断の目安になるような基準を示しています。

● 質問の趣旨について

質問の意図、どのような視点を持って項目設定したかを説明しています。ICF の視点に基づいた趣旨になっています。

● アセスメントのヒント・広がりについて

ICF の視点に基づくアセスメントは、「できない」ことを探すのではなく、どこにどんなアプローチをしたら、「できない」「していない」から「したい」「できるようになりたい」へと結びつける支援になるかを考えることです。本人自らが課題に気づけるよう、ケアマネジャー自身も疑問をもち、想像をし、課題設定に向けて考えていくことが重要になります。

どうしてできないのか、どういうときにできるのか（できないのか）など、二次アセスメントも背景・要因等を記入する上で必要です。そのため、各チェック項目の見方一覧表にアセスメントを深められるような質問例を掲載しています。

各項目の判断基準、質問の趣旨、アセスメントのヒント・広がり、（４）各アセスメント項目の説明（P57～）に記載しております。

③ 背景・要因等について

現在の状況について聞き取りを終えたら、アセスメントを深めるために、背景・要因等を考えていきます。24 項目以外で、総合的課題を抽出するために必要な事項を記載していきます。その際に ICF の視点を意識しながら、自立支援や本人が自ら課題に気づけるようなポイントを押さえて要因分析していきます。

深めるためには、本人の「能力」と「行為」に着目し、差異を「なぜ？」と掘り下げていく視点が必要になります。

活動の関係性を表で示すと、下記のようになります。

能力 行為	できる	できない
している	・ 続けていることを認め、さらに維持できるか ⇒望ましい状態	・ 疾病等において、無理していることはないか ・ 認知機能低下等で危機が迫っている状況はないか ⇒危険な状態
していない	・ なぜ行っていないのか ⇒廃用性になっている可能性あり 放置しているとますますできない (セルフケアを高めるポイント！)	・ できるようになる可能性があるか ⇒良い状態をめざし、できるようになりたいと行動変容できるような支援

セルフケアを高めるうえで、「できる」（能力）があるのに、「していない」（行為）に着目することが重要であり、本人へ動機づけするためのヒントになります。

また、「できそう」（可能性）や「こうしたい」（願い・望み）も聞き出すことでモチベーションを引き出す参考になります。

各項目について、できない・一部介助の場合、誰が支援しているか・本人の支援者がどのく

らいいのかを把握し可視化することで、総合事業サービス以外の多様な社会資源を把握していきます。

ポイント

- ・ ICFの視点を意識する
- ・ 現状の理解から仮説をたて要因分析する。その際に足りない情報があれば、再度本人、家族に聞き取りを行い、課題設定に役立てる
- ・ 「能力」と「行為」の差異をはかる

④ 本人の意欲、本人・家族の意向

セルフケアを高める上で本人が現状をどのように思っているのか、本人・家族にどのような意向があるのかを知ることは重要です（現状の査定）。

現状の意向が維持なのか、改善向上なのかでも目標は変わってきます。また現状に対して、不安・とまどい、あきらめがあるかもしれません。なりたい自分にどうしたら近づけるか、足りない点はどこか、現状維持を目指しているのか、サービスに頼りきりになるのかなどを分析していきます。

現状に対する本人や家族の意向、特に本人意欲を確認していくことにより、どこに目標をおくべきか参考にしていきます。

ポイント

- ・ 現状に対して、本人・家族の思いを聞き、あるべき姿とのギャップを図る
- ・ 「できる」能力があるのに、「していない」活動についてどう思うか確認
- ・ ストレングスの視点を持ちながらモチベーションを上げられるような記載
- ・ 総合的課題に向けて、本人・家族とともに「デマンド」と「ニーズ」のすりあわせを行う

コラム

「デマンドとニーズについて」

- デマンド（要望）：こうしてほしいと望むこと
- ニーズ（必要）：満たさなければならないもの

とされており、必ずしも一致してはいません。本人と支援者で捉えるものは乖離していることが多いです。ニーズのほとんどを本人・家族が自覚していない場合が多いので、気づきを促し、課題に対する合意に向けての支援が大切になります。

例えば、本人が「ヘルパーを利用したい（デマンド）」と相談してきています。そのとき、あなたは「どのような内容のヘルパー支援を望んでいますか」と考えますか。それとも「なぜヘルパーを利用したいと思っているのか」と考えるでしょうか。

総合事業のケアマネジメントの視点は、「できることを増やす」ことです。「なぜ（ヘルパーを）頼むような状態になったか。できていた頃とどう変わったのか。」を明らかにすることで、「できない」「していない」から「したい」活動にできる可能性があります。「したい」という活動に向かうために解決すべきことが「真のニーズ」ともいえるでしょう。

⑤ 総合的課題

総合的課題は、目標設定に向かうまでの重要なプロセスです。ここでしっかりとした課題設定を行うことで、本人が「自分ごと」として目標に前向きに取り組めるか決まるといっても過言ではありません。

具体的には背景・要因と本人・家族の意向、健康状態や基本チェックリストの結果を踏まえ、本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、目標設定ができるよう課題設定を行っていきます。

ここで、「デマンド」と「ニーズ」のすり合わせを行うことで目標が明確になります。総合事業は、単に本人が「デイサービスを利用したい」と言うだけで、利用できるものではありません。「デイサービスを利用することでどうなりたいか、そのためのどんな課題があるのか」を今までのアセスメントで明らかにしていき、なりたい自分になるための「維持・改善すべき課題」の解決を図ることが大切です。

そのためには、セルフケアへの意識を高めることが重要です。具体的に予後予測も伝えられるような課題設定も重要になってきます。

総合事業のサービス対象者は回復の可能性がある人です。また、機能として回復しなくても、「工夫する」ことができる人でもあります。

ICFの視点に基づくアセスメントは、「できない」ことを探すのではなく、どこにどんなアプローチをしたら、「できない」「していない」から「したい」「できるようになりたい」へと結びつける支援になるかを考えることです。本人自らが課題に気づけるよう、ケアマネジャー自身も疑問をもち、想像をし、本人に対して具体的に予後予測も伝えられ、セルフケアへの意識を高められるような課題設定も重要になってきます。

ポイント

- ・本人のやる気や自分事として捉えられるような課題設定（必要性や可能性を伝える。できれば良くなるイメージをもってもらう）
- ・重要な背景も但し書きしておく
- ・具体的な予後予測を伝える
- ・本人・家族・支援者が同じ方向を目指し規範的統合が図れるような文言に
- ・ICFシートを課題整理に活用し、課題点を見つける

⑥ 目標について

札幌市のケアプランでは目標を「なりたい自分」としています。なりたい自分は一人ひとり違います。その人らしさ、個性を持たせるためにこのような文言にしました。

ケアプランは誰のものでしょうか？もちろん本人のためのものです。そのため、目標設定は本人が納得したもので、家族や支援者が合意できるものが基本です。本人・家族や幅広い支援者が、設定された目標等を共有していき（規範的統合）、目標に向かって同じ方向を向いて支援することで目標が達成されます。

目標指向型のケアプランを目指す上で、目標の設定は重要です。

目標を、評価可能で具体的なものにすることで、本人の意欲を高め、取り組みやすいようにします。かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）に働きかけた目標設定にすると、個別性が生まれケアプランが輝いていきます。

生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標が描けない（イメージできない）場合も多いため、興味・関心チェックシートを活用しながら本人と共にしてみたい活動（目標）を考えていきます。

ポイント

- ・ 6～12 か月で達成できそうな目標設定
- ・ 具体的な状況を理解（イメージ）できるような言葉をつかう
- ・ 興味、関心チェックシートの活用で、本人の見ていなかった部分や良いところにも気づけ、本人も前向きになれる可能性がある

コラム

「目標設定の好事例」

長男夫婦、孫と同居している小野さん（男性、80 歳）は、最近活動が減少し、体力も低下してきていました。本人の面接の結果、「孫の大学入学祝いに家族と一緒に東北旅行へ行きたい」という希望が出されました。ただ、本人の現在の能力は徒歩5分のスーパーへ歩いていくのがやっとです。

ケアマネジャーはなんとか、「運動の機会を増やし、体力向上につながるような提案をしたい」と思い、本人の希望を具体的に聞いてみました。

CM:「東北旅行で何がしたいですか？」

本人:「一緒に歩きながらみんなで観光したい」

CM:「そのためにはどのくらい歩けるとよいですか？」

本人:「やっぱり一時間くらいは歩けないと・・・」

CM:「今は、5分歩くのがやっととお話されていたのですが、もう少し歩けると自信がついてきますね。そのためにはまず、どこまで歩けると良いですか？」

本人:「近くの郵便局（徒歩 12～13 分）に行くのが大変で息子にお金を下してもらっているんで、郵便局まで歩いて行って帰る体力をつけると自信がつくかもしれないね」

CM:「では、目標を『近くの郵便局まで行って帰ってこることができるまで体力をつける』にしてみてもいかがでしょう。」

本人:「それなら頑張れそうだ。じゃあ、何に取り組んだらよいかね？」

CM:「私からの提案は、歩くために必要な筋力の確認（評価）をしてもらい、体力増強のための機能訓練と、自宅でできるリハビリメニューの作成をしてもらうことが良いと思います。そのためには、デイサービスが合っていると思います。」

これは理想的ではあるかもしれませんが、ポイントを押さえることにより、できるようになると思います。

⑦ 私の取組内容について

目標「なりたい自分」を達成していくためには、まずセルフケアを高めることが重要になっ

てきます。セルフケアを高める（セルフマネジメントできる）ようになるためには、自分が何をしていくか「決意表明」をしてもらいましょう。そして自己効力感・達成感を持ってもらうために、継続できそうでかつ具体的な内容が記入できるよう導いていきます。

また、支援者が取組内容について都度確認し、認める（承認する）ことによりやる気（動機づけ）が上がるので、モニタリング時にどの程度取り組んでいるかも確認すると良いでしょう。

ポイント

- ・本人が目標達成のために取り組める決意表明
- ・小さなことでも長続きできそうな取組内容を
- ・取り組みを認めることで、本人のやる気を引き出す

コラム

「やる気をだす動機づけについて」

目標達成において、「こう決めた」と思っても三日坊主になることってよくありませんか？「本人のやる気を出すのにどのようにしたらよいだろう？」「思い通りに動いてくれない！」そんなことはありませんか？

最近の研究では、人間は、意識や根性で行動を動かせるようなものではないということがわかってきました。本人に「やる気」を出してもらう仕掛けが重要なようです。

「やる気」のもとには脳内の側坐核から出る「ドーパミン」です。「ドーパミン」の分泌を促すものは「期待（できるかも）」と言われています。

「本人が期待を持つ」ためには、できていた頃に焦点を絞るのも有効です。昔できていた頃と現状を比べてみて違いはどこか、改善できる点はあるか、本人に考えてもらうことで、良い思考が生まれ、「そういえばできるかも」という期待に変わるかもしれませんね。

⑧ 支援・サービスについて

ここでは、本人以外の支援者が本人の目標を達成するために、「誰が」「どこで」「どのように」「いつまでに」と具体的に決めていきます。

総合事業のサービスだけではなく、家族、地域、民間サービス等、幅広い支援を記入することが求められます。これらをみることで、本人がどのくらい支援を受けているか可視化できるようになります。サービス担当者会議等で十分に議論し、本人の「なりたい自分」に向かって支援していきましょう。

本人の目標達成に向けて必要なサービスがない、またはわからない場合は、地域包括支援センターに相談し、地域に必要なサービスがあるか確認しましょう。ない場合には地域ケア会議の活用による必要なサービスの課題化、生活支援コーディネーターとの連携がすすめられます。

ポイント

- ・本人にもわかりやすい言葉づかい
- ・本人が「がんばれそうだ」という意識を持ち続けられるような支援内容
- ・サポーター的な支援を

コラム

「支援者は本人の目標達成するためのサポーター」

支援者は本人の目標を達成するための「サポーター」です。目標達成のために常にサポートしているという意識が求められます。

例えば、「3か月で体重を5kg落とす」と目標があり、「間食を少なくする。毎日決められた運動をする。」という取り組み内容があったとします。

最初は意欲的な本人も、誰もみていないと「今日は運動やめておこうか。明日こそやろう。」とマイナスの意識が働くかもしれません。

そんな時、支援者側から「2週間に一度体重を測りましょう」という支援内容や「この一週間どんな運動をしてきましたか」と言ったような本人をサポートする発言が聞かれたら、やる気が持続するのではないかと思います。

また、サービスを利用してもらっている（使う）ではなく、目標達成のために事業に取り組んでもらう（自分ごととして捉える）という感覚で関わっていくことも重要です。一緒に事業に取り組む、私たち支援者も主体的に関わる姿勢が大切なのではないのでしょうか。

⑨ 中間時・終了時評価（目標の達成・振り返り）について

従来の介護予防支援の評価では、「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チェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直すことにより、次の段階に繋げていくこと」を念頭に置かれておりました。

しかし、総合事業のケアマネジメントにおいては、「目標が達成されたら、生活機能を維持し高めていける」「次のステップアップの場である様々な通いの場や社会参加の場に通える」ように以下のような振り返りが求められます。

- ・社会資源の発掘：総合事業以外のサービスで補完できるものがあるか確認をしていきます。
- ・利用者の地域づくりへの参画：自らが支え手にもなりえる存在であること、今もしくは次世代にあったらいいと思うようなサービスを提案してもらうことで、本人が役割を見出せる可能性があります。また、次回検討するケアプランに前向きに取り組める可能性があります。
- ・社会資源の開発：地域に必要なサービスがない場合、地域課題としてあげ、生活支援コーディネーターと連携していくことで、その地域にあったサービスを作り上げることができます。

ポイント

- ・本人とともに振り返る
- ・なりたい自分に近づけたか(近づけなかったとしたら、どの部分が足りなかったか)
- ・C(Check)=評価とA(Act)=修正との関連性をみる（次回のケアプランに修正、改善を加えるとしたらどの部分か）
- ・現状で必要な社会資源の確認（あるなしに関わらず）
- ・社会資源の発掘と開発の場と捉える

総合事業サービス・支援計画及び評価表 一なりたい自分を目指した目標と役割分担一

利用者名 ① 様 () 歳
 ② ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 事業対象者
 ③ ☐ 初回 ☐ 継続 (回目)

目標「なりたい自分」 (期間 年 月 日～ 年 月 日)

⑮ 本人の意欲に働きかけ、達成可能で具体的な目標設定

計画作成日 ④ 年 月 日
 計画作成事業者 ⑤ 札幌市〇〇区第〇地域包括支援センター
 計画作成者 ⑥

⑦ 現在の状況について		実施日 ⑧	集計	⑨ 背景・要因等	⑩ 本人の意欲 本人・家族の意向	実施日 ⑧	(中間) 集計	実施日 ⑧	集計	⑪ 機能 /5	栄養改善 /2	口腔機能 /3	閉じこもり /2	物忘れ /3	うつ /5
動作関連	1 椅子から何もつかまらずに立ち上がることができる			要因分析・意欲の見立てを記入						⑫ 健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない ●健康状態について(留意点) ※BMI: ※運動制限(有・無) ⑬ ケアプランをたてる上で留意すべき事項を記入 ●総合的課題 ⑭ 当事者が気づき、できるようになりたいと思わせる課題設定 ●私の取組内容 ⑯ ●支援・サービス ⑰ ☐ 家族の支援 ☐ 地域の支援 ☐ 民間サービス 総合事業サービス ☐ 訪問介護相当型 ☐ 短期集中予防型 ☐ 通所介護相当型 ☐ 時間短縮型 ☐ その他 ⑱ 振り返り (か月後) ●目標の達成 ☐ 達成 ☐ 未達成 ●振り返り (か月後) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 ⑲ 主観的健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了()					
	2 自宅ですみずくことなく歩くことができる														
	3 15分以上続けて歩くことができる														
	4 自宅近くの横断歩道を渡りることができる		0					0			0				
	5 かがむ動作ができる														
	6 ひとりでお風呂に入ることができる														
	7 ペットボトルのふたを開けることができる														
生活関連	8 日用品の買物ができる(方法は問わない)														
	9 自分の食事を用意できる		0					0			0				
	10 洗濯ができる														
	11 掃除ができる														
	12 身の回りの整理整頓ができる														
	13 決められた曜日にゴミ出しができる														
交流関連	14 週に1回以上外出をしている														
	15 1日1回以上誰かと話をしている		0					0			0				
	16 趣味や楽しみがある														
	17 家族や友人、近所との交流がある														
健康関連	18 家庭や地域での役割がある														
	19 健康を意識して食事をとっている		0					0			0				
	20 健康を意識して体を動かしている														
	21 歯の手入れをしている														
	22 支障なく、かんたに、飲み込んだりできる														
	23 夜は眠れている														
	24 定期的に受診(健診)している														
合 計		0		合 計		0	合計	0							
委託の場合 地域包括支援センターからの意見				上記計画書について同意します 年 月 日				終了時評価 ⑲ 主観的健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了()							
⑳				担当者名											
年 月 日 センター名:				氏名											

※ この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

① 「利用者名・年齢」

利用者の氏名と年齢を記載します。

② 「認定」

要支援 1・要支援 2・事業対象者いずれかを該当する箇所に■印をつけます。

③ 「初回・継続」

初回… 初めて介護予防ケアマネジメントを受ける人は初回に■印をつけます。

継続… 総合事業サービスを受けており、今後も総合事業サービスを受ける予定の場合は継続に■印をつけ、プランが何回目かを記載します。

④ 「計画作成日」

本計画を作成した日付（ケアプランの原案を作成した日付）を記載します。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、再作成を行った日付を記載します。

⑤ 「計画作成事業者」

担当する地域包括支援センターを記載します（再委託の場合は再委託先の事業者を記載します）。

⑥ 「計画作成者」

ケアプラン作成者の氏名を記載します。

⑦ 「現在の状況について」

1～24 の項目にそって○△×を記載します。

（詳しい項目の選定の仕方は別紙項目の見方や一覧表参照）

介護予防支援と同様に 4 領域で分類（動作関連・生活関連・交流関連・健康関連）

	基準	点数
○	できる	2 点
△	時々できるまたは一部介助	1 点
×	できない	0 点

とし、関連項目ごとに集計し点数化していきます。

⑧ 「実施日」「集計」

聞き取った日付を記入し、関連領域ごとに点数を集計します。合計欄に点数を表示します。

⑨ 「背景・要因等」

項目にあてはまらないが、総合的課題を抽出するために必要な事項を記載します（ICF の視点を踏まえながら）。

各項目について、できない・一部介助等の場合は誰が支援しているか（支援者）も記載します。

現在問題となっていること、あるいはその状態でいると将来どのようなことが起こるかなどの

課題も予測して記載していきます。

⑩ 「本人の意欲、本人・家族の意向」

I C Fに基づくアセスメントを行い、項目ごとに本人が改善したいと思っていることを記載します。特に、参加に向けてどのように活動したいかを記載していきます。

⑪ 「基本チェックリスト」

利用者自身に 25 項目の基本チェックリストを主観的に回答してもらいます。該当項目数から、介護予防プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のようにそれぞれ枠内に記入します。

⑫ 「主観的健康観」

介護予防は身体機能向上にとどまらず、健康観やQOLの向上、健康寿命を延ばしていくことです。自らの健康状態を主観的に示す評価指標であり、5段階で本人に答えてもらいます。（よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない）答えてもらった項目の前に■印をつけます。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」や主治医連絡、「利用者基本情報」等により得られた情報をもとに、健康状態についてケアプランを作成する上で留意すべき事項を記載します。単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するものではありません。

BMI を記入し、運動制限の有無を確認し、○印をつけます。

⑭ 「総合的課題」

各領域の背景・要因と本人・家族の意向、健康状態や基本チェックリストの結果を踏まえて、利用者の生活全体の課題をみつけます。6～12 ヶ月くらいで解決できそうな生活課題に着目して優先順位の高いものを総合的課題に記載します。

「なりたい自分」にむけて、うまく動機づけできるような課題を設定してください。

⑮ 「目標「なりたい自分」」

「本人の意欲（本人が改善したいこと）」・「総合的課題」をもとに設定します。

本人の意欲に働きかけ、本人や家族等の支援を引き出すような目標設定を行ってください。目標は本人が一定の期間に達成可能で有り得ることや、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ので、はじめから難しい目標を設定するものではなく、達成可能な目標から立てるなどの工夫も求められます。本人に記入してもらうことも可能です。

期間の欄は総合事業の取組の期間を記入します。期間は6～12 ヶ月の間で設定してください。

⑯ 「私の取組内容」

具体的に本人が取り組むことを記載します。「なりたい自分」に近づくためにセルフケアとして本人が何をしていくか決意表明の場（自己効力感・達成感をもてるよう）ですので、本人に記

入してもらうことも可能です。

⑪ 「支援・サービス」

本人以外の支援者がどのような支援をするか記載します。「なりたい自分」を達成するために、どのような内容を記入するのが効果的かを考えて記入します。

家族・地域・民間サービスの支援がある場合には、該当する項目の前に■印をつけ、右側の空欄に実際に行っている内容を記載し、誰が、何をするのかを具体的に記載します。

訪問介護相当型・短期集中予防型・通所介護相当型・時間短縮型・その他（配食サービス、一般介護予防事業を想定）の総合事業サービスを利用する場合は、それぞれ該当する項目の前に■印をつけ、右側の空欄に事業所名と内容を記載します。

⑫ 「中間時評価」

ケアプラン期間の中間時に、アセスメント項目を再度聞きとり、各項目について○△×でチェックし点数を集計します。目標について本人とともに再度確認を行い、目標達成に向けた生活の振り返りを行います。

⑬ 「終了時評価（目標の達成・振り返り）」

アセスメント項目を再度聞きとり、各項目について○△×でチェックし点数を集計します。目標の達成状況やアセスメント項目の指標を参考に、達成か未達成か■印をつけます。

目標の達成状況を確認しながら、本人とともに振り返りを行います。今後の方針を本人とともに導いていく作業であり、なりたい自分に近づけたか、近づけなかったとしたら、どの部分が足りないかを記入します。その際に主観的健康観についても、事業に取り組んでどうなったか記入しましょう。

今後の方針が決定したら、継続・変更・終了に■印をつけます。

サービス変更がなくても、基本的には新たな目標が設定されるため、新たなプランを発行する際には「変更」に印をつけます。「継続」に関しては、例えば、ケアプラン期間中に一時的な入院等があり、サービス利用を中断していたが再開後、本人の状態や意向の変化がなく、改めてケアプランの目標を実施する場合等です。「終了」に関してはサービスが不要になり、次のケアプランを作成する必要がない場合です。「終了」の場合、どのようにしてサービス終了に繋がったかを記入します。（通いの場へ移行や要介護状態など）

⑭ 「地域包括支援センターからの意見」

ケアプラン等が適切に作成されているかを確認するために本欄を使用します。受託した指定居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案を作成し、地域包括支援センターにケアプランについて確認を受ける必要があります。この確認を受けた後に、利用者に最終的なケアプラン原案の説明を行い、同意を得ることとなります。

地域包括支援センターの担当者は、確認を行った際、本欄に確認日とセンター名を記載し、担当者名欄に押印又は署名します。意見欄には、「なりたい自分」に向けて効果的に取り組めるようなアドバイスやサポーター的な言葉を記載していくと良いでしょう。

(4) 各アセスメント項目の説明

1) 動作関連 1～7 これは「能力評価」の質問形式です。

1 椅子から何もつかまらずに立ち上がることができる

【判断基準】

- ・何もつかまらずに立ち上がる能力があれば「できる」と判断します。
- ・椅子が無い場合はトイレではどのようにしているかを聞きましょう。

○	できる
△	時々できる
×	できない

【質問の趣旨】

- ・体の痛みや下肢筋力低下がないか、動作のバランスをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・機能障害による日常生活動作における支障の有無の確認
- ・△×の場合の要因の確認
(疼痛など身体の症状によるものか、立ち上がりにくい椅子の場合か等を確認)

2 自宅でつまずくことなく歩くことができる

【判断基準】

- ・室内でつまずきがあるかどうかを確認します。

○	つまずくことはない
△	時々つまずく
×	つまずくことが多い、転倒することがある

【質問の趣旨】

- ・つま先や足が上がりにくくなっていないか、下肢筋力の低下、バランス感覚の低下、転倒のリスクをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・心身の機能障害や環境因子による転倒のリスクの有無の確認
- ・転倒歴がある場合は、ケガの有無や程度の確認
- ・障害物に対する注意力（認知機能）や視力についてのアセスメント
- ・△×の場合、いつ、どこで、どのくらいの頻度でつまずくことがあるかを確認し、環境面の改善などを検討

3 15分以上続けて歩くことができる

【判断基準】

- ・基本チェックリストと同じ判断基準です。(原則○か×で判断)

○	できる
△	時々できる
×	できない

【質問の趣旨】

- ・筋力低下、体力低下がないか、歩行の耐久性をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・歩行能力の低下による、行動範囲・活動の制限の有無及び程度の確認
- ・歩行状況の確認（週に何回程度、どんな場面、どんな場所で歩いているか等）
- ・連続歩行をできない場合は、要因の確認（痛み、息切れなど）
- ・△×の場合、何分程度歩けるかを確認
- ・杖などの補助用具で延長可能かを確認

4 自宅近くの横断歩道を渡りることができる**【判断基準】**

- ・信号が変わる前に渡りることができるか聞きます。
- ・横断歩道の長さは問わない、生活圏の中で判断していきましょう。

○	できる
△	時々できる（横断歩道の長さ等で）
×	できない

【質問の趣旨】

- ・筋力低下、動作のスピード、バランス、本人の意欲、外出の有無をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・家族等から外出や行動範囲の制限の有無を確認
- ・横断歩道の長さによる違いがある場合、具体的な場所を確認
- ・横断歩道を渡ること、何ができるようになるか、何をしたいかを確認

5 かがむ動作ができる**【判断基準】**

- ・聞き取りでは「できない」と答えても、無意識にできていれば○とします。

○	できる
△	日常の活動の中で出来ること（時）とできないこと（時）がある
×	できない

【質問の趣旨】

- ・腰や膝等に痛みがないか。関節の柔軟性、筋力、バランスをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・機能障害の有無、日常生活動作や活動（トイレ、入浴、靴を履く、庭の手入れ等）における支障の有無を確認
- ・具体的にできている行為、できていない行為は何か、なぜできていないこと（時）があるかを確認し、環境面の改善等で可能な活動が増すかを検討

6 ひとりでお風呂に入ることができる

【判断基準】

- ・湯船につからなくてもシャワー浴で清潔が保持されていれば○とします。

○	できる
△	一部介助（見守りや誰かの手伝いを要する場面がある）
×	常に手伝い、見守りが必要

【質問の趣旨】

- ・入浴行為（段差や湯船をまたぐ動作ができるか、脱衣から洗浄、着衣）の一連の遂行状況をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・運動機能障害、意欲の低下、環境因子（浴槽が深い、椅子が低いなど）について確認
- ・困難な部分を具体的に確認し、支援、環境面の改善などを検討
- ・△×の場合、どんな場面でどんな援助を受けているか、どうすれば一人で入浴が可能かを確認

7 ペットボトルのふたを開けることができる

【判断基準】

- ・開け方は問いません。

○	できる
△	時々できる（物によってはできる）
×	できない

【質問の趣旨】

- ・上肢の筋力低下や手指の障がいがないかをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・△×の場合、なぜできていないか、身体的問題か、ペットボトルの種類等による問題かを確認
- ・補助用具の使用など、何か工夫すると一人でできるようになるか検討
- ・どのような物ならば、握る、まわすなどの動作ができるか確認
- ・物をつかめなくなったことがあるか、長時間握れなくなったかどうか、布巾がしぼれなくなった、ものをよく落とすようになったかなど筋力の低下の程度を確認

2) 生活関連8～13 これは「能力評価」の質問形式です。

8 日用品の買い物ができる（方法は問わない）

【判断基準】

- ・どのような方法であっても必要な物を選択し、代金を支払って手にすることができていれば○とします。

○	できる
△	手伝ってもらうことがある

×	全面的に手伝いが必要
---	------------

【質問の趣旨】

- ・一連の行動の遂行状況、心身機能に応じた対策がなされているか、認知機能低下（実行機能低下）をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・具体的な買物の方法、手段を確認
- ・人に頼むことがある場合は、どんな時に、どのようなことを頼んでいるのか確認
- ・△×の場合は、環境因子、個人因子による要因を確認（近くに店がない、荷物を持ってない、インターネットが使えない、頼める人がいない等要因に応じたアプローチを検討）

9 自分の食事を用意できる

【判断基準】

- ・調理はしていなくても、食糧を買ってきて食べることができれば○とします（配食は含まない）。

○	できる
△	配食を利用していたり、誰かに用意してもらったりすることが時々ある
×	いつも誰かが用意する

【質問の趣旨】

- ・食生活が自立しているか、調理をしたり、食べたいものを食べようとしたりする意欲があるかどうかをみます。
- ・あわせて、身体機能の低下、認知機能の低下があるかどうかみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・食事内容、調理の有無など具体的に確認
- ・△の場合は、自分でできることとその内容、援助を要することとその内容の確認

10 洗濯ができる

【判断基準】

- ・洗濯機、手洗い、コインランドリー等、方法は問いません。洗う、干す、しまうまでの一連の動作ができていないかで判断します。

○	一連の動作ができる
△	時々誰かに手伝ってもらう、一連の動作のうち一部を手伝ってもらう
×	できない

【質問の趣旨】

- ・一連の遂行状況、身体機能の低下、認知機能の低下、意欲の低下がないかをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・心身の機能障害、環境因子（洗濯機がないなど）の確認
- ・どの部分の何ができていないか、何ができているのか具体的に確認
- ・生活歴（これまで誰がしていたか）、環境による影響があればできるようになるためのアプ

ローチを検討

11 掃除ができる

【判断基準】

- ・若い頃と同じようにできていなくても、主な生活スペースの清潔を保つ事ができているかどうかをみます。
- ・普段は家族が掃除する場合であっても、本人に相当の能力があれば○とします。

○	できる
△	時々できる、一部の場所ならできる
×	できない

【質問の趣旨】

- ・一連の遂行状況、身体機能の低下、認知機能の低下、意欲低下がないかを見ていきます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・身体障害、認知機能の低下、環境因子がある場合はその具体的な内容を確認
- ・どんな作業、どんな場所の掃除ができるか、できないのかを具体的にし、できるようになるためのアプローチを検討
- ・支援者の有無、支援頻度を確認
- ・これまでどのような環境で生活してきたかも併せて確認

12 身の回りの整理整頓ができる

【判断基準】

- ・身の回りの（自宅内全てでなくてよい）整理整頓ができていれば○とします。これは本人の主観で判断してください。

○	できる
△	時々できる（指示があればできる）
×	できない

【質問の趣旨】

- ・一連の遂行状況、身体機能の低下、認知機能の低下がないかをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・身体障害、認知機能の低下、環境因子がある場合はその具体的な内容を確認
- ・支援者の有無、支援頻度を確認
- ・これまでどのような環境で生活してきたかも併せて確認

13 決められた曜日にゴミ出しができる

【判断基準】

- ・地域のルールに沿ったゴミの出し方、分別の仕方ができているかをみます。

○	できる
△	時々分別やゴミ出しを手伝ってもらう、分別は自分ですがさわやか収集を利用

×	できない、またはゴミは出せているがルールに沿っていない、 家族やヘルパー等が分別及びゴミ出しをする
---	--

【質問の趣旨】

- ・一連の遂行状況、認知機能（曜日感覚、判断力）、歩行機能（ゴミを持って歩けるバランス）をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・心身機能の低下、環境因子でのマイナス面はないかを確認
(自分の住む地域のルールを理解しているか、近隣とのトラブルが起きていないか、ゴミステーションが遠いなどの環境的要因があるかなど)
- ・できないのは、分別か、ゴミを出しに行くという行為かを確認
- ・△×の場合、何が要因となっているか、できること、できないことを具体的に確認

3) 交流関連 (14~18) これは「実行機能評価」の質問形式です。

14 週に1回以上外出をしている

【判断基準】

- ・基本チェックリストと同じ判断基準です。(原則○か×か判断)

○	している
△	頻度がまちまちで1か月平均を出しにくい
×	していない

【質問の趣旨】

- ・活動や社会的交流の頻度、意欲をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・身体機能、環境因子により、活動、参加に支障があるかを確認
(外出時に誰かと言葉を交わすことがあるか、どんな移動手段を使っているか、環境にアプローチすることで改善可能か)
- ・どのくらいの頻度でどこへ出かけているか、行きたいところがあるのに行けないことはな
いかを確認
- ・外出しない理由を確認

15 1日1回以上誰かと話をしている

【判断基準】

- ・電話、メール等交流のやり取りがあれば○とします。間柄は「家族・近所の人・お店の人」
どなたでも構いません。
- ・挨拶のみは含みません。

○	している
△	週の半分以上している
×	していない

【質問の趣旨】

- ・コミュニケーション能力、活動性をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・身体機能、環境により参加に支障があるかを確認（他者と話が出来る環境を作れるか）
- ・誰とどのような方法、どのくらいの頻度で会話しているかを確認
- ・×の場合、周囲との関係性はどうか、相手がいれば会話したいと思っているのかを確認

16 趣味や楽しみがある

【判断基準】

- ・自宅で一人でもできること、楽しみにしていることがあれば○とします。
- ・原則○か×で判断

○	ある
×	ない

【質問の趣旨】

- ・活動性、意欲、生活上の目標とすることや社会的な関係性をみます。主に参加に働きかけるために、良くなった健康状態をどこに活かしていくのか、ステップアップするために必要な項目です。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・趣味、楽しみの内容
- ・現状に対する満足度
- ・以前はできていて、最近できなくなったことの有無
- ・趣味があれば、（継続できれば）意欲の向上へとつながるかを確認
- ・×の場合、喪失体験や自身の意欲に影響を与えたことを確認
- ・興味・関心シートなどを活用し、してみたいことを確認
- ・できていないが興味があることの有無

17 家族や友人、近所との交流がある

【判断基準】

- ・本人の主観で判断します。相手のところへ出向く、もしくは自宅を訪ねてくる場合でも○とします。

○	ある
△	時々ある
×	ない

【質問の趣旨】

- ・他者とのつながり、活動性、社会性をみます。主に参加に働きかけていくための項目です。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・誰とどこで、どのくらいの頻度で、どのように交流しているか、近所との交流を望んでいるかを確認
- ・交流を維持するために必要なアプローチを検討

- ・交流により活動の幅が広がり、必要な情報を入手することができるかを確認

18 家庭や地域での役割がある

【判断基準】

- ・家庭、地域のどちらでもよく、小さなことでも役割があれば○とします。
- ・一人暮らしの場合は、すべての役割を担っていると本人が認識していれば○とします。
- ・原則○か×で判断

○	家庭か地域での役割がある
×	ない

【質問の趣旨】

- ・生活意欲、家庭や地域の中に居場所を感じているか、役割を担う意識があるか、参加への意欲をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・現在の役割の内容、頻度
- ・×の場合、意欲がないのか、意欲があるが役割がないのかを確認
- ・担っていた役割が過去にあった場合は、役割の内容、行わなくなった理由を確認
- ・今後どんな役割を担いたいと思っているかを確認

4) 健康関連（19～24）これは「実行機能評価」の質問形式です。

19 健康を意識して食事をとっている

【判断基準】

- ・調理をしていなくても、健康を意識して食糧を購入していれば○とします。

○	常に意識している
△	時々意識している
×	意識していない、または本人は意識していると言うが支援者から見ると健康上問題がある

【質問の趣旨】

- ・持病による留意事項を把握しているか、健康に対する意識をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・健康状態の確認により、本人の自覚・理解度を把握
- ・身体面の変化、体重の増減、低栄養状態があるか、水分摂取の状況、食欲の有無等を確認し、アプローチを検討
- ・具体的にどのように何を意識した食事となっているかを確認

20 健康を意識して体を動かしている

【判断基準】

- ・散歩やラジオ体操など軽度の活動でも○とします。

○	できている
---	-------

△	週の半分以上できている
×	できていない

【質問の趣旨】

- ・健康に対する意識、介護予防の意識や行動をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・どの程度、どのように体を動かしているのか。体を動かす機会が無い場合は、どんな要件があれば可能かを確認
- ・セルフケアに対しての動機づけができるような視点で+αについて質問する
- ・どうしたら無理なくできるかを検討

21 歯の手入れをしている

【判断基準】

- ・口腔内の清潔が保たれていれば○とします。

○	毎日自分でする
△	時々する、一部手伝いが必要
×	していない、全面的に手伝いが必要

【質問の趣旨】

- ・口腔機能への意識、口腔内の不調をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・口腔機能の低下が運動機能、栄養状態の低下へと繋がっていないかを確認
- ・誰がどのようにどのくらいの頻度で手入れしているか、手伝いが必要な場合は、何が自分でできて、できないかを確認
- ・定期的な歯科受診の有無を確認

22 支障なく、かんだり、飲み込んだりできる

【判断基準】

- ・食事や水分摂取時に問題がなくできていれば○とします。

○	問題ない
△	咀嚼または嚥下に時々問題がある
×	咀嚼がうまくできない、嚥下に問題がある、頻繁にむせる

【質問の趣旨】

- ・摂食、嚥下の一連の流れ（食べ物を認知する、噛んでまとめる、まとめたものを喉の奥に送る、飲み込む）に支障ないか、嚥下、嚥む動作に機能的な低下がないかをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・自分の歯か、義歯を確認
- ・義歯の場合、かみ合わせについて確認
- ・△×の場合、どこにどんな問題があるかを確認（具体的な頻度、問題の要因）

23 夜は眠れている

【判断基準】

- ・眠剤の内服の有無は問いません。主観的に眠れていると感じているかで判断してください。

○	眠れている
△	週の半分以上眠れている
×	眠れない

【質問の趣旨】

- ・睡眠不足による日中の活動への影響をみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・睡眠の満足度、生活リズム、睡眠パターンの確認
- ・△×の場合、不眠になった時期、そのきっかけ、心身機能、環境による要因の有無
- ・不眠の場合、心理状態等を確認し、医療との連携や運動などを助言

24 定期的に受診（健診）している

【判断基準】

- ・かかりつけ医が無い場合は、年に1回程度の健診（特定健診）を受けていれば○とします。

○	している
△	時々している、具合の悪い時だけ受診している
×	していない

【質問の趣旨】

- ・必要に応じて医療との繋がりを持つ事ができているかをみます。

【アセスメントのヒント・広がり】

- ・健康状態、心身機能に問題がないかを確認（自分の病気を理解しているか、服薬コンプライアンスが守られているか）
- ・△の場合はどのような時に受診しているか、×の場合は受診していない理由を確認

総合事業サービス・支援計画及び評価表 各チェック項目の見方一覧表（アセスメントを深める質問例つき）

	動作関連							生活関連					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
項目	椅子から何もつかまらずに立ち上がることができる	自宅でつまづくことなく歩くことができる	15分以上続けて歩くことができる(原則、○か×で判断)	自宅近くの横断歩道を渡りきることができる	かがむ動作ができる	ひとりでお風呂に入ることができる	ペットボトルのふたを開けることができる(開け方を問わない)	日用品の買い物ができる(方法は問わない)	自分の食事を用意できる	洗濯ができる(方法は問わない)	掃除ができる(生活スペースの清潔を保てる)	身の回りの整理整頓ができる	決められた曜日にゴミ出しができる
○	できる	つまづくことはない	できる	できる	できる(無意識にできている場合も○)	できる(シャワー浴の場合も○)	できる	できる(他者・配達・ネットスーパーも○)	できる(調理はしなくても、惣菜等を買って食べるも○)	一連の動作(洗う、干す、しまう)ができる	できる(できる能力があれば○)	できる(一定の班内ができていれば○)	できる
△	時々できる	時々つまづく	時々できる	時々できる(横断歩道の長さ等で)	日常の活動の中でできること(時)とできないこと(時)がある	一部介助(見守りや誰かの手伝いを要する場面がある)	時々できる、物によってはできる	手伝ってもらうことがある	配食や住宅内の食事等誰かに用意してもらうことが時々ある。	時々誰かが介助、一連の動作のうち一部を介助	時々できる、一部の場所ならできる	時々できる、指示すればできる	時々分別やゴミ出しを手伝ってもらう、分別は自分でするがさわやか収集等を利用
×	できない	つまづくことが多い。転倒することがある。	できない	できない	できない	常に手伝い、見守りが必要	できない	全面的に手伝いが必要	いつも誰かが用意する	できない	できない	できない	できない、ルールにあていない出し方をする、他者が分別やゴミだしをする
質問例	実際に立ち上がる動作を見せてください	自宅のどのような場所でつまづきやすいですか	散歩や買い物でどのくらい続けて歩いていますか	家族や周りの方から外出を制限されることはありますか	タンスの下のあるものを取るときはどのようにしていますか	大体週に何回くらいお風呂には入っていますか	よく物を落としたり壊すようになりましたか	どのようなものをどこで買っていますか	三食の調理が面倒に思うことがありますか	洗って干して取り込む作業のうちどんなことがつらいですか	以前から主にどの掃除をしていますか	物を置く場所をきめていますか	ゴミ捨て場までのくらいの距離がありますか
質問例	立ち上がる際にめまいやたちくらみはありますか	いつ頃からつまづくようになりましたか	歩いて行ってみたい目的地はありますか	歩くスピードが遅くなっていることはありませんか	どのくらいの時間であればかがめそうですか	入浴動作で不安に思うことはありますか	聞かない時はどのように工夫していますか	買い物をするとき工夫することはありますか	食事をどのように調達していますか	洗濯で工夫していることはありますか	床まわりの掃除は以前どのようにしていましたか	部屋をきれいにしている秘訣はありますか	曜日を間違えてゴミを出しに行くことはありますか

	交流関連					健康関連						
	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
項目	週に1回以上外出をしている(原則、○か×で判断)	1日1回以上誰かと話している	趣味や楽しみがある	家族や友人、近所との交流がある	家庭や地域での役割がある(独居の場合、すべての事を役割と認識しているか)	健康を意識して食事をとっている(または食品を購入している)	健康を意識して体を動かしている	歯の手入れをしている(口腔内の清潔が保たれている)	支障なく、かんだり、飲み込んだりしている	夜は眠れている(眠剤の内服有無は問わない)	定期的に受診(健診)している	
○	している	している(電話・メールも○)	ある	ある	家庭か地域、どちらかで役割がある	常に意識をしている	できている(散歩やラジオ体操等も○)	毎日自分でする	問題ない	眠れている	している(年に1度の健診でも○)	
△	頻度がまちまちで一か月平均をだせない	週の半分以上している	(原則○か×で判断)	時々ある	(原則○か×で判断)	時々意識している	週の半分以上できている	時々する、一部手伝いが必要	咀嚼または嚥下に時々問題がある	週の半分以上眠れている	時々している、具合の悪いときだけ受診している	
×	していない	していない	ない	ない	ない	意識していない、本人がしているというが、支援者からは問題がある	できていない、または本人がしているというが、効果的ではない	していない、全面的に手伝いが必要	咀嚼がうまくできない、嚥下に問題がある、頻繁にむせる	眠れない	していない	
質問例	外出がおっくうになることがありますか	誰とも話さない時に、努めて声をだすようにしていますか	いま楽しみにしていることはなんですか	どちらの友人や近所の方との交流がありますか	自分で担っている役割を教えてください	今朝食べたものと昨日の夜食べたものを教えてください	現在どのような運動をしていますか	一日に何回歯の手入れをしていますか	歯や歯ぐきに痛みはありますか	夜中は何回くらいおきますか	定期的に薬をのんでいますか(どのように薬を飲んでいますか)	
質問例	以前はどんなところで出かけていましたか	出かけられたら話をしたい友人や親せき、近所の方はいませんか	また、再開してみたい趣味や楽しみはありますか	家族や友人と食事を共にすることはありますか	以前担っていた役割はなんですか	医師から制限されている食事はありますか	医師から制限されている運動はありますか	入れ歯は常にいれていますか	むせるときはどのようなときですか	眠りにつくまでにどのくらい時間がかかりますか	健診を受けない理由はありますか	

総合事業サービス・支援計画及び評価表 一になりたい自分を目指した目標と役割分担一

利用者名 札幌花子 様 (82) 歳
☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☒ 事業対象者
☐ 初回 ☒ 継続 (3 回目)

目標「一になりたい自分」 (期間2023年12月1日～2024年11月30日)
腰の痛みが和らぎ、工夫をして一人で掃除ができるようになりたい。

計画作成日 2023年 11月 25日
計画作成事業者 ケアマネジメント様
計画作成者 中 野 秋 子

現在の状況について			実施日 11/1	集計	背景・要因等	本人の意欲 本人・家族の意向	実施日 /	(中間) 集計	実施日 /	集計	運動機能 3/5	栄養改善 0/2	口腔機能 1/3	閉じこもり 1/2	物忘れ 0/3	うつ 1/5							
動作 関連	1	椅子から何もつかまらずに立ち上がることができる	×	9	腰痛があり、外出量や運動量が低下している。自宅では横になっていることが多い⇒歩行状態の低下が懸念	本人)毎朝体を動かすほか、ラジオ体操もしている。腰は痛い。		0		0	主観的健康観 ☐ よい ☒ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない												
	2	自宅ですまづくことなく歩くことができる	△								●健康状態について(留意点) ※BMI: ※運動制限(有・無)												
	3	15分以上続けて歩くことができる	○								脊柱管狭窄症があり、30分以上の歩行や同じ姿勢を保つと痛みやしびれが生じてくる。心肺機能は年相応のため、負担のかからない活動量を見極めながら運動をすることが望まれる。												
	4	自宅近くの横断歩道を渡りきることができる	○								●総合的課題												
	5	かがむ動作ができる	×								腰痛のため、外出量や運動量が減り、ふらつきもみられている。体調確認しつつ、腰に負担のかからない家事動作や体操を学ぶことで、運動量が増え家事の拡大が期待される。												
	6	ひとりでお風呂に入ることができる	○								●私の取組内容												
	7	ペットボトルのふたを開けることができる	○								・腰痛予防体操を行う。(週2回) 毎日の準備体操は続ける ・整理整頓は続けて行う。												
生活 関連	8	日用品の買物ができる(方法は問わない)	○	10	かがむ動作が困難なため掃除機かけができないが、室内はきれいに整理整頓されている。できている家事が多い。	本人)腰が痛いから掃除機はかけられない。そのほかの家事は自分で行っている。		0		0	●支援・サービス												
	9	自分の食事を用意できる	○								☐ 家族の支援												
	10	洗濯ができる	○								☒ 地域の支援 町内会)会合に来ているかどうかの確認												
	11	掃除ができる	×								☐ 民間サービス												
	12	身の回りの整理整頓ができる	○								総合事業サービス												
	13	決められた曜日にゴミ出しができる	○								☒ 訪問介護相当型 ヘルパー)週1回 ヘルパーステーション△△ ・体調の確認												
	交流 関連	14	週に1回以上外出をしている								○	8	本人)最近韓国ドラマにはまっている。午後はゆっくりしている。ゴミ捨ての時は近所の方と話をし、町内会の会合にもでる。		0		0	☒ 短期集中予防型 ・できない掃除の支援と、痛みの伴わない掃除機の使用法、掃除機以外の清掃方法を学ぶ					
15		1日1回以上誰かと話をしている	×	☐ 通所介護相当型																			
16		趣味や楽しみがある	○	☐ 時間短縮型 訪問生活動作指導) HARP ・身体機能の評価																			
17		家族や友人、近所との交流がある	○	☐ その他 適切なリハビリの支援																			
18		家庭や地域での役割がある	○																				
健康 関連		19	健康を意識して食事をとっている	○	11	健康管理については自分自身でできている。	本人)夜は眠剤を飲んでいる。年による衰えを感じ、腰も痛いし、ソファに横になることが増えた。食事はバランスよくとっている。		0		0							●振り返り (か月後)					
		20	健康を意識して体を動かしている	○																			
	21	歯の手入れをしている	○																				
	22	支障なく、かんだり、飲み込んだりできる	○																				
	23	夜は眠れている	△																				
	24	定期的を受診(健診)している	○																				
	合 計			38								合 計			0	合計			0	中間 時 評 価			
委託の場合 地域包括支援センターからの意見					上記計画書について同意します 年 月 日					●目標の達成 ☐ 達成 ☐ 未達成 ●振り返り (か月後) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化 主観的健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了()													
・運動機会を継続し、腰痛症状が改善した際には活動的な時間を増やしていただきますようお願いいたします。					担当者名												氏名						
					●●																		
2023年11月15日 センター名:札幌市〇〇区第〇地域包括支援センター										終了 時 評 価													

※ この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

利用者名 予 防 太 郎 様 (78) 歳

■ 要支援1 □ 要支援2 □ 事業対象者

■ 初回 □ 継続 (回目)

計画作成日 2023年 11月 15日
計画作成事業者 札幌市〇〇区第〇地域包括支援センター
計画作成者 上 野 夏 子

※ この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

IV 参考様式の説明

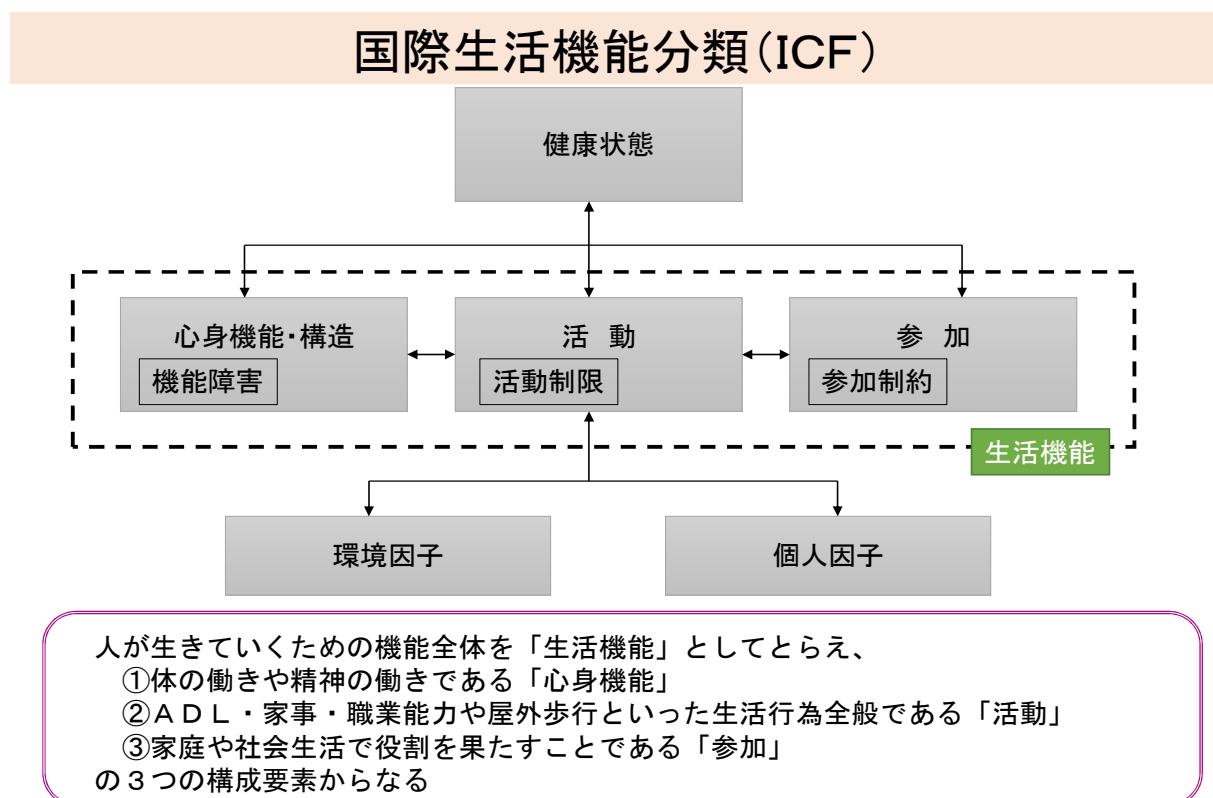
1 ICFシート

(1) ICFと自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

ICF（国際生活機能分類）の前身はICIDH（国際障害分類）といい、両方ともWHO（世界保健機関）が発表したものです。

ICIDHは「障害モデル」ともいわれ、「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の3層に分けて障害をとらえたもので、様々な器質的な障害により生じるマイナス面（社会的不利）に視点をおいたものと評価されていました。

2001年に発表された「生活機能モデル」のICFにおいては、生活機能を①「心身機能・身体構造（生物レベル、生命レベル）」、②「活動（個人レベル、生活レベル）」、③「参加（社会レベル、人生レベル）」の3つの階層であらわされています。さらに生活機能は「健康状態」と背景因子としての「環境因子」と「個人因子」が密接に影響しあうため、それらを組み合わせ見える化したものが、ICF概念図となっています。

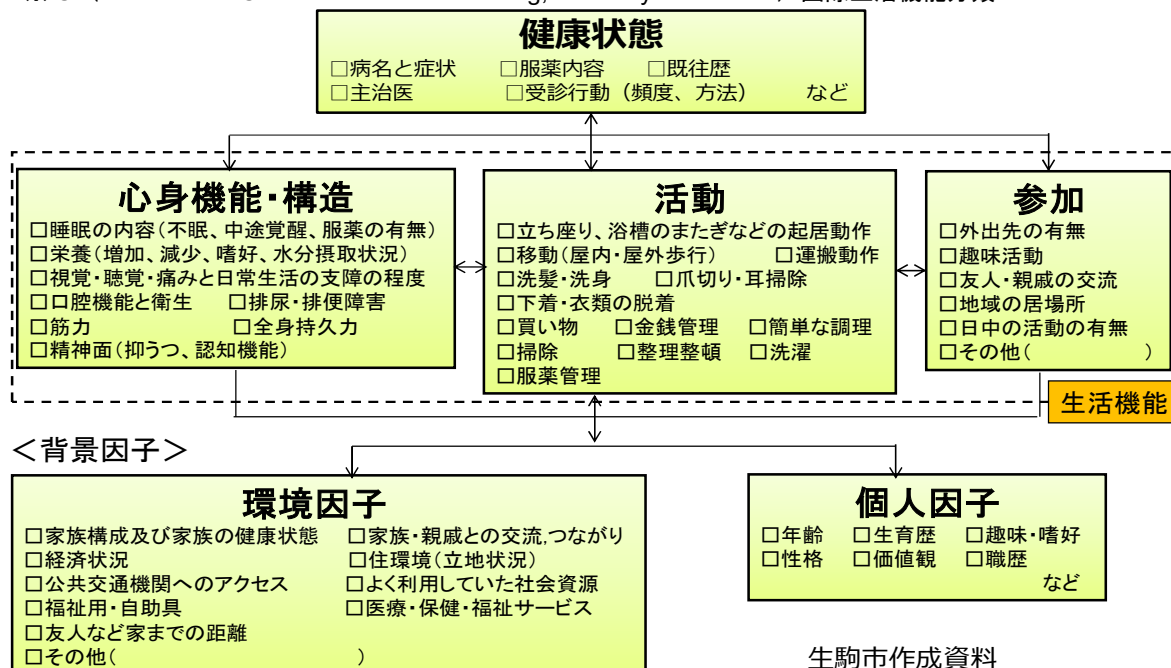


出典：厚労労働省 介護予防マネジメント実務者研修資料

介護予防や総合事業の自立支援へ向けた視点は、「機能の再獲得や補強」というものから、「参加」や「活動」に大きくシフトしています。「参加」や「活動」を包含し、「健康状態」としての医療系情報、生活歴や性格などの個人因子など、生活機能を全人的に見ることのできるICFモデルによる課題分析は、介護予防には有効なアセスメントツールと言えます。

国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health):国際生活機能分類

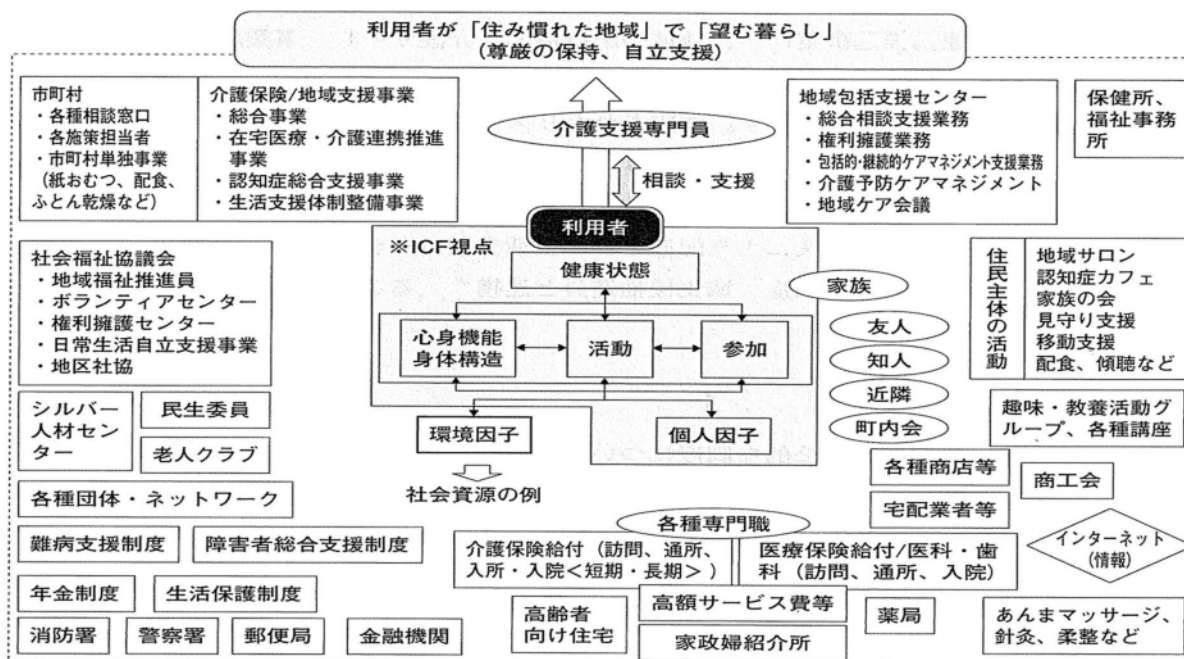


出典：平成 28 年度介護予防ケアマネジメント実務者研修資料

ポイント

環境因子は社会資源（人、もの、金、情報等）そのものです。ケアマネジャーの仕事はフォーマルやインフォーマルの多様な社会資源を、活用して環境調整や整備を行うことであり、そのことで利用者の ICF の構成要素のどこかへ影響を与え、気力や動機、健康状態などへ好変化を促すことを目的とした仕事であるといえます。

図 9-3-1 利用者の「住み慣れた地域」での「望む暮らし」を支援する社会資源の例



出典：長寿社会振興財団 介護支援専門員実務者研修テキスト

(2) 様式と各領域の説明

ICFシート

参考様式1

利用者名: 様

作成日 年 月 日
 作成事業者
 作成者

【健康状態】

【心身機能・身体構造】
プラス

マイナス

【活動】
プラス

マイナス

【参加】
プラス

マイナス

【環境因子】
プラス

マイナス

【個人因子】

```

graph TD
    HS[【健康状態】] <--> BFB[【心身機能・身体構造】  
プラス  
-----  
マイナス]
    HS <--> A[【活動】  
プラス  
-----  
マイナス]
    HS <--> P[【参加】  
プラス  
-----  
マイナス]
    BFB <--> A
    A <--> P
    BFB <--> EF[【環境因子】  
プラス  
-----  
マイナス]
    A <--> EF
    A <--> PF[【個人因子】]
    P <--> PF
    
```

① 心身機能・身体構造（生物レベル、生命レベル）

生命の維持に直接関係する身体・精神の機能や構造で、心身機能は、手足の動き、精神の働き、視覚・聴覚、内臓の働きなどです。また、身体構造とは、手足の一部、心臓の一部（弁など）などの、体の部分のことを示します。

② 活動（個人レベル、生活レベル）

生活行為、生活上の目的をもち一連の動作からなる具体的な行為のことです。これはあらゆる生活行為を含むもので、歩行やその他のADLだけでなく、調理・掃除などの家事行為・職業上の行為・余暇活動（趣味やスポーツなど）に必要な行為・趣味・社会生活上必要な行為がすべてはいります。

またICFでは「活動」を「できる活動」（「能力」）と「している活動」（「実行状況」）との2つの面に分けて捉えています。

③ 参加（社会レベル、人生レベル）

家庭や社会に関与し、そこで役割を果たすことです。社会参加だけではなく、主婦として、あるいは親としての家庭内役割であるなど、働くこと、職場での役割、あるいは趣味の会に参加する、スポーツに参加する、地域組織のなかで役割を果たす、文化的・政治的・宗教的などの集まりに参加するなどの広い範囲のものが含まれます。

④ 健康状態

生活機能低下を起こす原因のひとつとして「健康状態」があります。疾患・外傷に限らず、妊娠・加齢・ストレス状態、その他いろいろなものを含む広い概念です。

⑤ 環境因子

建物・道路・交通機関・自然環境のような物的な環境だけではなく、人的な環境（家族、友人、仕事上の仲間など）、態度や社会意識としての環境（社会が生活機能の低下のある人をどうみるか、どう扱うかなど）、制度的な環境（医療、保健、福祉、介護、教育などのサービス・制度・政策）と、広く環境を捉えています。また、「環境因子」が「生活機能」に対してプラスの影響をしている時は「促進因子」と呼び、マイナスの影響を与えている時は「阻害因子」と呼びます。

⑥ 個人因子

その人固有の特徴をいいます。多様な切り口があり、年齢、性別、民族、生活歴（職業歴、学歴、家族歴など）、価値観、ライフスタイルなどが考えられます。

2 興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシートは、もともと生活行為向上マネジメントのアセスメント様式の一部として日本作業療法士協会が厚労省の委託を受けて作成したもので、その後、介護予防ケアマネジメントのアセスメント参考様式としても採用されました。

利用者の一部の方は喪失感や、気力や体力の低下などの理由で、具体的な目標を表明しなかったり、できなかったりします。このような利用者の隠し持つ興味や関心を引き出すツールとして「興味・関心チェックシート」は有効です。

利用者やその家族から具体的な目標を聞き出せないまま、ケアマネジャーが提案した目標としていくこともあると思いますが、この場合、目標への合意はあっても目標達成への関心は低くなりがちです。そもそも目標達成に向けた動機がないからです。

このシートでは流れ作業のように記載してもらうのではなく、記載している最中の発言や本人の話す物語に着目することが大切です。

ポイント

「映画なんて、何年も行っていないわ」などの発言から、何年前まで行っていたのか、どんな映画が好きか、映画館に行かなくなった理由…など質問を広げていくことができます。このことにより「映画館へ行く」「昔、観た映画のDVDを借りに行く」「自分の映画鑑賞歴をまとめる」など活動と参加に向けた目標の選択肢が広がります。

(1) 様式と記入の仕方

参考様式2

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○をつけてください。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あたるものがあれば、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・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）

- ① 項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入します。
- ② 「していない」項目については、それを「してみたい」かの意向を聞きます。「してみたい」ものには「してみたい」の欄に○を記入します。
- ③ 興味の有無を確認します。「している」、「していない」、「してみたい」、「できる」、「できない」に関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入します。
- ④ いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入します。
- ⑤ シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記します。

V Q & A 集

◆担当者会議に関すること

Q 1	12 か月後に評価（振り返り）を行い継続となった場合、新しいケアプランの交付とともに担当者会議が必要か。
-----	--

評価の結果、目標を継続する場合であっても、アセスメント、サービス担当者会議など一連の業務を行う必要があります。

評価を通じて、利用者の状況を適切に把握し、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、利用者が自らの機能維持向上のため努力を続けられるような関わりが求められます。

ただし、更新時のサービス担当者会議にサービス事業所等担当者の出席の調整が難しいこと、集まれたとしても時間の確保が難しく、十分な話し合いが難しいとの意見が多くあることから、担当者の出席が難しい場合は、事前に照会を行い、担当者の意見を確認しておく方法も可能です。参考様式は様式集のページに掲載しています。

Q 2	総合事業サービスを利用している方が、プランの期間途中から短期集中予防型サービスを利用する場合、担当者会議やケアプランの交付などのプロセスは必要か。
-----	---

短期集中予防型サービスは、総合事業サービスの一つです。利用者に新たなニーズが発生し、サービスを追加する場合は、一連の業務が必要です。

Q 3	評価を 12 か月後に行い、サービス担当者会議を開催する際、その都度主治医意見の確認についても一連の業務と考えて間違いはないか。
-----	--

サービス担当者会議については、介護予防ケアマネジメント実施要綱第 36 条第 3 項ウに、「担当職員がケアプラン作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、ケアプランの原案に位置付けた介護予防ケアマネジメント関連サービス・活動の担当者を招集して行う会議」と規定しております。主治医がケアプラン原案に位置付けたサービスの担当者であれば、サービス担当者会議への出席または照会による意見の確認が必要となります。担当者に位置付けていない場合は、必要に応じて判断して下さい。（介護予防支援の取り扱いと同様です）

◆暫定ケアプラン及びサービス利用に関すること

Q 1	暫定ケアプランの作成について、要支援認定者と事業対象者の場合、扱いが違うのか。
-----	---

総合事業利用申請（事業対象者）における暫定利用は想定しておりませんが、要支援認定者の暫定利用に関しては変更ありません。

事業対象者の暫定利用がない理由は、基本的に、要支援認定の有効期間満了前に総合事業利用申請を行い、事業対象者の確認（事業対象者と印字された被保険者証が届く）がなされるため、暫定期間が発生しないからです。

Q 2	要介護（要支援）認定新規申請の際に基本チェックリストを実施し基準に該当している場合は、非該当の結果が出たとしても、総合事業利用申請を行い事業対象者と確認されサービス利用が可能となるため、暫定でサービス利用を行ってよいのか。
-----	---

要介護（要支援）認定申請と総合事業利用申請の同時申請は不可としております。認定申請の

結果非該当となった場合は、暫定で利用されたサービスに関しては全額自己負担になります。

Q 3	要支援 1 相当のサービス利用をしていた事業対象者が、それ以上のサービスを必要として要介護（要支援）認定新規申請を行った場合、結果が届くまでは要支援 1 相当のサービスとなるか。 また、月途中で要支援 2 の認定結果が届いた場合の利用はどうなるか。
-----	---

要介護（要支援）認定申請の暫定時と同じ扱いで、申請日に遡っての適応が認められます。

暫定サービス利用の際には、非該当判定が出る可能性があることも考慮して、ケアプランを作成してください。

◆自己作成に関すること

Q 1	要支援認定者で総合事業サービスのみを利用される方のプラン自己作成は可能か。
-----	--

要支援認定者、事業対象者のどちらの場合も、総合事業サービスについては、国が自己作成は想定していないと示しており、札幌市でも同様に考えております。介護予防サービスのみを利用の場合は、引き続き自己作成は可能です。

◆給付制限に関すること

Q 1	「総合事業サービスは給付制限の対象外」とされているが、給付制限期間中の被保険者が更新時期を迎え、更新を行わずに事業対象者になった場合は給付制限が解除されるという解釈でよいのか。 また、一度事業対象者になった後に再認定を受けることになった場合、給付制限の期間が残っていたら引き続き制限がかかるのか。
-----	---

給付額減額期間は、解除はされません。ただし、総合事業サービスは、給付制限がかかっているかどうかにかかわらず、1～3割負担で利用できます。また、事業対象者は、給付制限がかかる介護予防サービスは利用できません。

事業対象者になっても給付額減額期間は解除されませんので、その後再度要介護（要支援）認定を受けた場合も、給付額減額期間は残ります（認定の際、その時点での対象情報を確認して、別途支払方法変更といった給付制限がかかる場合があります）。

Q 2	更新認定を受け、介護予防サービスと併用する場合も、総合事業サービスに関しては給付制限がかからないということになるのか。
-----	--

お見込のとおりです。

◆障害福祉サービスとの併用に関すること

Q 1	障がい福祉サービスの利用に関しては、介護保険サービスと同様、総合事業サービス優先で問題ないか。
-----	--

障害福祉サービスに相当する介護サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は総合事業サービスが優先で変わりません。

◆総合事業利用終了届出に関すること

Q 1	事業対象者に移行し、総合事業サービスを利用後、サービスを長期間休止した場合、再開する際に行う手続きはあるか。(基本チェックリストを再度行うことになるか)
-----	--

手続きの必要はありませんが、一定期間（6か月程度）サービス利用がない事業対象者で、地域包括支援センターがサービス利用の予定がないと確認した場合は、「総合事業利用終了届出書」を区保健福祉課に提出して下さい。その後、区保健福祉課より「総合事業利用終了通知書」及び「被保険者証」を本人宛に送付します。

総合事業利用終了届出を行った方が、再度サービス利用を行う場合は、要介護（要支援）認定新規申請が必要となります。

◆居宅介護支援費の取り扱い件数に関すること

Q 1	居宅介護支援事業者が介護予防支援の委託を受けた場合、介護予防支援の利用者の人数換算が1/3で45件超えると減算となるが、介護予防ケアマネジメントの取扱いはどうなるか。
-----	---

居宅介護支援費の取扱件数については、介護予防ケアマネジメントは含まれません。

ただし、札幌市では介護予防ケアマネジメントの適正な実施の確保のため、介護予防支援の利用者の人数換算が1/3で45件未満となることが適切であると考えています。

なお、介護予防支援については従来同様、取扱件数に含まれます。

◆非該当者の対応に関すること

Q 1	地域包括支援センターによるサービス利用の必要性の確認が必要とされているが、具体的にどのように行うのか。また再委託の場合も地域包括支援センターが確認するのか。
-----	--

非該当者は本来自立されている方ですので、サービスの必要性があるのか確認が必要と考えています。

再委託先が代行申請をした対象者については、再委託先のケアマネジャーがサービスの必要性の確認、基本チェックリストの実施を行うことも可能です。

Q 2	「非該当の決定通知日から30日以内に申請を行う」とされているが、「認定結果通知書」の中に通知日の記載があり、その日付から総合事業利用申請書を区役所に提出し受理される迄の間が30日以内というところであっていいか。入院等で30日以内の申請が行えなくなった場合の対応はどうなるか。
-----	---

非該当者が総合事業利用申請を行う場合は、非該当の決定通知日（認定結果通知書の日付）から30日以内の申請のみ受け付けることとしています。30日を過ぎて申請する場合は、要介護（要支援）認定新規申請を行うことになります。

Q 3	非該当となった対象者はどのように把握し、総合事業の案内等を行なっていくのか。
-----	--

非該当者の総合事業利用申請に係る情報提供については、要支援認定者の取扱と同様、区保健

福祉課から地域包括支援センターに随時行います。なお、総合事業利用申請は決定通知の日付から 30 日以内と規定していますので留意してください。

情報提供に基づき、非該当者へのアプローチを行うことになりますが、一般介護予防事業やインフォーマルサービスなどの適切な介護予防活動または支援につなげることを基本としてください。非該当者＝事業対象者という考えではなく、適切なアセスメントを行い、サービス利用の必要性を見極めたうえで、必要な対象者に総合事業利用申請等の支援を行ってください。

◆居宅療養管理指導に関すること

Q 1	居宅療養管理指導と訪問型サービス、通所型サービスを利用している方については、要支援認定更新申請を行うことでよい。また、居宅療養管理指導のみ利用している方については、総合事業利用申請ではなく要支援認定更新申請が必要か。
-----	--

居宅療養管理指導は、介護予防サービスであるため、要支援認定の更新申請が必要です。居宅療養管理指導は、従前どおり介護予防支援費の支給対象外ですが、当サービスの利用のみでケアプランを作成するのであれば、更新申請が必要になります。

◆短期集中予防型サービスに関すること

Q 1	短期集中予防型サービスを利用中の方が、要支援認定新規申請を行い、見込み違いで要介護認定された場合、申請後に利用したサービスの利用料はどうか。また、要支援認定新規申請者で、短期集中予防型サービスを利用したいケースがあるが、暫定での利用は可能か。
-----	---

短期集中予防型サービスは要支援者及び事業対象者を対象としたサービスですので、認定申請の結果、要介護認定及び非該当となった方が、暫定でサービスを利用していた場合は、全額自費となりますが、本サービスは利用料の設定がないサービスですので、実費負担はありません。ケアプラン料（介護予防ケアマネジメント費または介護予防支援費）の算定も不可です。

また、新規申請者の暫定利用は可能ですが、上記同様に要介護認定及び非該当となった場合は対象外となります。

要支援認定申請をする際には、慎重な対応（見込み）をお願いします。

◆ケアプラン様式の記載に関すること

Q 1	医師意見確認について、事業対象者で医療機関を未受診の方の場合、「健康状態について」や「運動制限」に関する記載はどのように行うべきか。
-----	--

「健康状態について（留意点）」や「※運動制限（有・無）」について、特筆すべきことがなければ、ない旨を記載してください。

主治医がいない場合でも、健診の受診勧奨を行う等対象者の健康管理の支援を行ってください。

Q 2	総合事業サービス・支援計画及び評価表では、「通所介護相当型」などのサービスにおける加算（運動器機能向上加算等）はどこに記載すべきか。
-----	--

加算は、総合事業サービスの欄に記載ください。

Q 3	介護予防サービス・支援計画表を使用する場合は、総合事業サービス・支援計画及び評価表にある主観的健康感、振り返り等の記載は別紙に記録するのか。経過記録への記載でもよいのか。
-----	---

別紙、または介護予防支援経過記録、介護予防サービス・支援計画表への記載も可能です。

◆軽微な変更の取り扱いに関すること

Q 1	介護予防支援と介護予防ケアマネジメントにおいて、扱いは異なるのか。
-----	-----------------------------------

介護予防ケアマネジメントにおいては、軽微な変更の取り扱いに「目標設定期間の延長」は含めておらず、目標設定期間を延長する場合は、一連の業務が必要になります。

◆介護予防ケアマネジメントにおけるケアプランの評価・計画期間に関すること

Q 1	ケアプランの評価・計画期間を 12 か月とできる場合はどのような場合か。
-----	--------------------------------------

介護予防ケアマネジメントにおいては、状態が安定し、悪化の可能性が低い場合に、評価・計画期間を最長 12 か月とすることが可能です。条件の目安は以下のとおりです。

- (1) 認定の有効期間が 1 年以上
- (2) 本人の身体状況に大きな変化がない
- (3) 利用しているサービスが大きく変わらない
- (4) 本人を取り巻く環境や家族の状況に変化がない

◆札幌市介護予防・日常生活支援総合事業全体に関すること

札幌市公式ホームページの下記に掲載しております。総合事業サービス・支援計画及び評価表の様式も掲載しています。

<https://www.city.sapporo.jp/kaigo/sougoujigyou/sougoujigyou.html>

◆訪問介護相当型サービス及び通所介護相当型サービスに関する Q&A

札幌市公式ホームページの下記に掲載しています。

<http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/kaigoq-a.html>

◆サービスコード表及び単位数表マスタ

札幌市公式ホームページの下記に掲載しています。

http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/code_sogo.html

VI 様式集

総合事業サービス・支援計画及び評価表 ーなりたい自分を目指した目標と役割分担ー

利用者名 _____ 様 ()歳
☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 事業対象者
☐ 初回 ☐ 継続 (回目)

目標「なりたい自分」 (期間 年 月 日～ 年 月 日)

計画作成日 年 月 日
計画作成事業者
計画作成者

現在の状況について		実施日 /	集計	背景・要因等	本人の意欲 本人・家族の意向	実施日 /	(中間) 集計	実施日 /	集計	運動機能 /5	栄養改善 /2	口腔機能 /3	閉じこもり /2	物忘れ /3	うつ /5					
動作 関連	1 椅子から何もつかまらずに立ち上がることができる		0				0		0	主観的健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない										
	2 自宅ですまづくことなく歩くことができる							●健康状態について(留意点) ※BMI: ※運動制限(有 ・ 無)												
	3 15分以上続けて歩くことができる							●総合的課題												
	4 自宅近くの横断歩道を渡りきることができる																			
	5 かがむ動作ができる																			
	6 ひとりでお風呂に入ることができる																			
	7 ペットボトルのふたを開けることができる																			
生活 関連	8 日用品の買物ができる(方法は問わない)		0				0		0	●私の取組内容										
	9 自分の食事を用意できる							●支援・サービス												
	10 洗濯ができる																			
	11 掃除ができる																			
	12 身の回りの整理整頓ができる																			
	13 決められた曜日にゴミ出しができる																			
交流 関連	14 週に1回以上外出をしている		0				0		0	☐ 家族の支援										
	15 1日1回以上誰かと話をしている							☐ 地域の支援												
	16 趣味や楽しみがある							☐ 民間サービス												
	17 家族や友人、近所との交流がある							総合事業サービス												
	18 家庭や地域での役割がある							☐ 訪問介護相当型												
健康 関連	19 健康を意識して食事をとっている		0				0		0	☐ 短期集中予防型										
	20 健康を意識して体を動かしている							☐ 通所介護相当型												
	21 歯の手入れをしている							☐ 時間短縮型												
	22 支障なく、かんだり、飲み込んだりできる							☐ その他												
	23 夜は眠れている							中間 時 評価												
	24 定期的に受診(健診)している													●振り返り (か月後)						
	合 計					0								合 計		0	合計		0	
委託の場合 地域包括支援センターからの意見				上記計画書について同意します 年 月 日				終了 時 評価	●目標の達成 ☐ 達成 ☐ 未達成											
									●振り返り (か月後) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化											
				氏名					主観的 健康観 ☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない											
年 月 日 センター名:									☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 終了 ()											

※ この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

利用者基本情報 ①

作成日	年 月 日
作成者	

【基本情報】

相談日	年 月 日 ()		受付方法	電話	来所	訪問
				初回	再来	
本人の状況	在宅 入院又は入所中 ()					
カナ 本人氏名			性別	生年月日	M T S	年 月 日 歳
			男・女			
住 所				電 話	() -	
				F A X	() -	
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
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II a	II b	III a
認定・ 総合事業 情報	要介護度	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
	有効期限	年 月 日 ~		年 月 日	認定日	年 月 日
	基本チェックリスト記入結果		事業対象者の該当あり			
	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 集合住宅					
	自室の有無 有 ・ 無 住宅改修の有無 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)			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)		
住 所 連絡先				家族関係等の状況		
緊急 連絡 先	氏 名	続柄	住所・連絡先			
備 考						

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

利用者基本情報②

作成日	年	月	日
作成者			

【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・過ごし方			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・意見書作成者に☆)	経 過	治療中の場合は内容
年 月 日		TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経過中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経過中 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。

年 月 日 氏名

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

基本チェックリスト

記入日： 年 月 日

氏名		住所		生年月日	明・大・昭 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			O.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			O.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			O.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			O.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			O.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			O.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			O.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			O.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	O.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1.はい	O.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	O.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	O.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	O.いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1.はい	O.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			O.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	O.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	O.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			O.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	O.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1.はい	O.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くなくなった			1.はい	O.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	O.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	O.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	O.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	No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No.11～12 の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No.16～17 の2項目のうち No.16 に該当	(閉じこもり)
⑥	No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当	(うつ病の可能性)

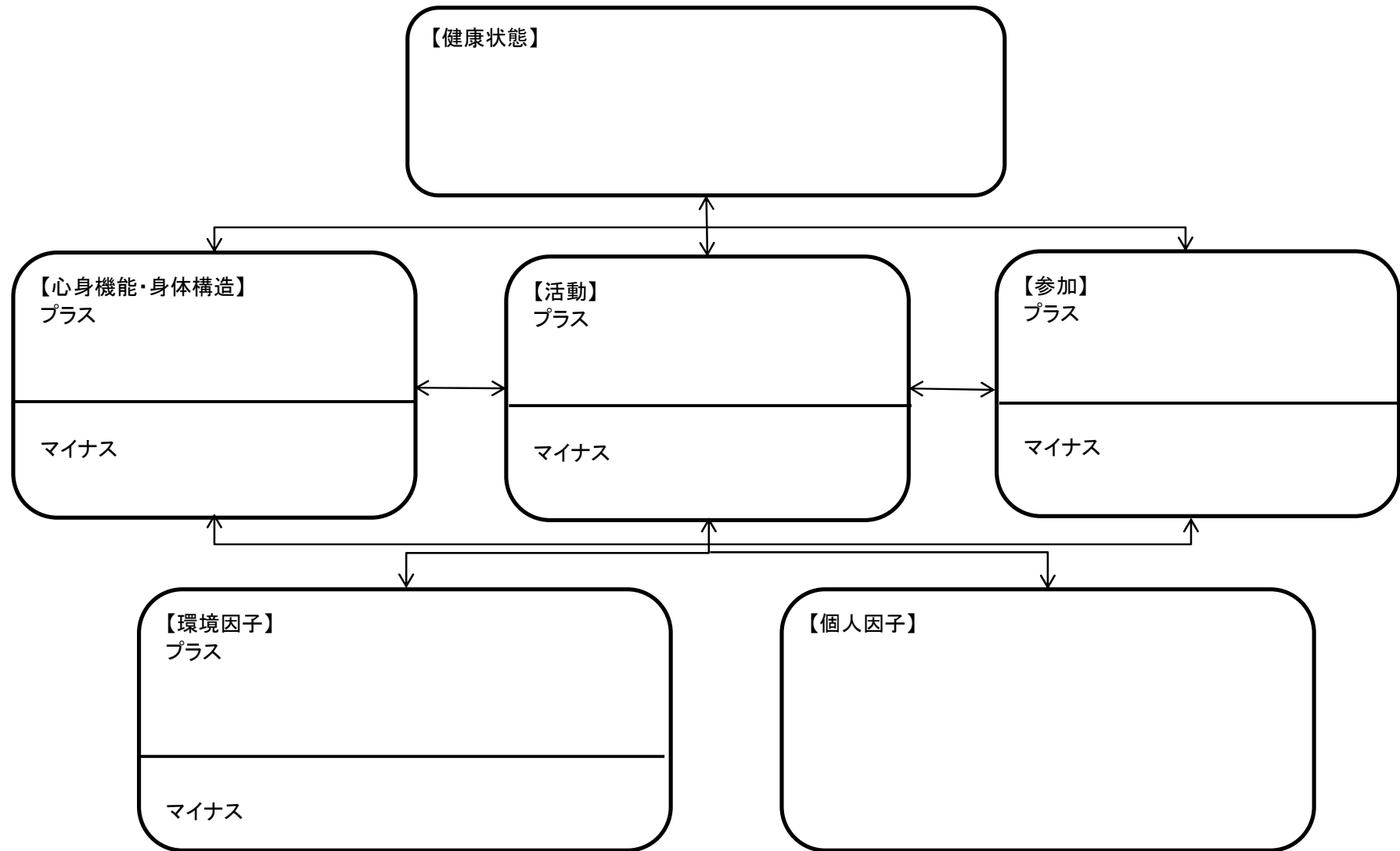
※ 上記各項目における番号は、基本チェックリスト（様式1）の質問項目の番号である。

ICFシート

参考様式1

利用者名： 様

作成日 年 月 日
作成事業者
作成者



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○をつけてください。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あたるものがあれば、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・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）

個人番号

総合事業利用申請書

(あて名)
札幌市 区長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号												申請年月日	年	月	日		
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名												性別	男・女				
	住所		〒 電話番号															
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援1 要支援2 非該当															
			事業対象者															
			有効期間 年 月 日～ 年 月 日															
	現在の居所が住所と異なる場合	病院・施設等に入院・入所している場合	名称(介護保険施設・医療機関等) 入所・入院年月日 年 月 日															
			所在地 〒 電話番号															
		上記以外の場合の現在の居所	〒 電話番号															
(申請書提出者は本人の場合記入不要)	被保険者との関係	1	親族(本人との関係:)															
		2	地域包括支援センター															
	3	その他(具体的に:)																
	名前・名称																	
	住所	〒 電話番号																
その他連絡事項																		
希望サービス		訪問型サービス 通所型サービス																

介護予防・日常生活支援総合事業の利用にかかる計画の作成など、私への支援に必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を、札幌市(区)から私の担当地域の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、その他関係機関に提供することに同意します。

本人氏名

総合事業利用申請をされるにあたって— お読みください—

- 1 この申請書は、訪問型サービス・通所型サービス(以下総合事業サービス)を利用するためのものです。申請書の提出は本人のほか、本人の意思にもとづいて家族や地域包括支援センターなどの方でも行うことができます。
- 2 総合事業サービスの利用予定がない場合にはこの申請は不要です。また、介護(予防)給付のサービス(福祉用具貸与、訪問看護など)を利用することはできません。介護(予防)給付のサービス利用を希望する場合は、要介護・要支援認定申請をしてください。
- 3 申請書の提出先は、お住まいの区の保健福祉課です(被保険者証を参照してください)。
- 4 申請と同時に基本チェックリストの提出をしなかった場合には、お住まいの地区を担当する地域包括支援センターの職員等が、ご自宅に伺うなどして基本チェックリストを実施します。
- 5 事業対象者に該当した方は、地域包括支援センターが、それぞれ利用者に合わせたサービス計画を作成し、計画にもとづいて総合事業サービスが受けられます。

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

札幌市

												区 分	
												新規・変更	
被 保 険 者 氏 名						被 保 険 者 番 号							
フリガナ													
						生 年 月 日						性 別	
						明 ・ 大 ・ 昭						男 ・ 女	
						年 月 日							
介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター													
地域包括支援センター名						地域包括支援センターの所在地						〒	
						電話番号 ()							
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者（再委託の事業者） ※居宅介護支援事業者が介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください													
居宅介護支援事業所名						居宅介護支援事業所の所在地						〒	
						電話番号 ()							
地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等													
※変更する場合のみ記入してください。													
変更年月日 (年 月 日付)													
(あて先) 札幌市 区長 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 住 所 氏 名 (被保険者) 電話番号 ()													
保険者確認欄						☐ 被保険者資格 ☐ 届出の重複 ☐ 地域包括支援センター番号							

- (注意)
- 1 上記の太枠内に記入してください。
 - 2 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに札幌市へ提出して下さい。
 - 3 転居などで住所地が変わるなど、担当する地域包括支援センターが変更となる場合は、変更年月日を記入の上、必ず札幌市に届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。
 - 4 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

個人番号

総合事業利用終了届出書

札幌市 区長

次のとおり、総合事業利用の終了を届出いたします。

被 保 険 者	被保険者番号												届出年月日		年	月	日					
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏 名												性 別	男	・	女						
	住 所	〒																				
	要介護状態 区分等	事業対象者																				
		有効期間																	年	月	日	～

※総合事業利用の有効期間は、届出日の前日までとなります。

本人（届出書提出者）
要記入

本人（届出書提出者） 要記入	被保険者との関係	1 親族（本人との関係：） 2 地域包括支援センター 3 その他（具体的に：）
	名前・名称	
	住 所	〒
		電話番号

備考
この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

サービス担当者会議に係る照会（依頼）

利用者名	様	
回答者	所属（職種）	（ ）
	氏名	
サービス担当者会議に出席できない理由		
回答年月日	年	月 日

照会内容	回答
支援内容	（計画作成時との変更：有・無）
ご本人の現在の状況及び 計画作成時からの変化	☐ 心身の状況（健康状態、口腔機能） ☐ 生活状況（社会参加の状況含む） ☐ 意欲 ☐ その他（服薬状況等）
家族等支援者の状況	
サービス利用による効果	
目標の達成度	
新たなニーズ及び課題	
今後に向けた意見 （あったらいいな介護保険 以外のサービス＜資源＞）	

サービス担当者会議に係る照会（依頼）

利用者名		小野 三郎 様
回答者	所属（職種）	デイサービス●●（機能訓練指導員、看護師）
	氏名	* * * *
サービス担当者会議に出席できない理由		他利用者のサービス担当者会議と時間が重なっているため
回答年月日		2018 年 11 月 20 日

照会内容	回答
支援内容	（計画作成時との変更：有・無） 集団・個別メニューともに、支援対応可能と判断します。 屋外歩行、特に階段昇降を想定した個別訓練と自宅で行う体操の提案を実施いたします。
ご本人の現在の状況及び計画作成時からの変化	○心身の状況（健康状態、口腔機能） ・ 血圧、脈拍など活動を制限するような状況はありません。体重管理もされているようですが「つつい食べてしまう」とはなしていません。 ・ 歯の痛み、むせに関する話題は聞かれていません。 ○生活状況（社会参加の状況含む） ・ 囲碁や晩酌の話を良くされており、活動の状況や家庭での役割に大きな変化は無いように聞いております。 ○意欲 ・ 横断歩道を無理なく渡れるようになればもう少し外へ出たいとはなされており、熱心にメニューに取り組まれています。 ○その他（服薬状況等） ・ 内服を忘れることは無いと確認しております。 ※運動に制限や支障となる薬剤が処方された時はお知らせください。
家族等支援者の状況	・ 脳梗塞再発予防に向けた、健康管理と運動の声掛けなどの支援を継続されているようです。
サービス利用による効果	下肢機能に特化した運動により、身体のバランス機能と足を前に出す筋力の向上が期待できます。
目標の達成度	3 ヶ月後→500mを 2～3 回の休みで移動 6 ヶ月後→休みなく移動し、横断歩道を点滅前に渡りきるレベルが可能と思います。
新たなニーズ及び課題	課題：脳梗塞再発予防に適した、食事・水分の取り方
今後に向けた意見 （あったらいい介護保険以外のサービス＜資源＞）	・ 運動への意欲は強いようですが、食習慣や飲酒にも気にかけていただきながら、運動を効果的に組み合わせてもらえると良いです。 ・ 男の料理教室などがあるとよいかもしれません。

札幌市短期集中予防型サービス（訪問指導）利用申込書

札幌市社会福祉協議会在宅支援推進部調査課 御中

令和 年 月 日

フリガナ
申込者氏名：

申込者住所：

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中予防型サービス（訪問指導）に下記のとおり申し込みます。

生年月日（年齢）	大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
連絡先	電話番号： —
緊急時の連絡先	氏名： （続柄） 電話番号： —
かかりつけ医療機関 主治医氏名	医療機関名： 主治医氏名： 電話番号： —
地域包括支援センター 担当者名	センター名： 札幌市 区第 地域包括支援センター 担当者名 電話番号： —
居宅介護支援事業所 担当者名	事業所名： 担当者名： 電話番号 —
利用期間	年 月 から 年 月まで
利用回数	月 回
相談内容	
備 考	

（個人情報に関する同意書）

短期集中予防型サービス事業の実施にあたり、実施計画・実施状況・評価などの個人情報を含む内容について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業者、総合事業サービス事業者、他の短期集中予防型サービス事業実施機関、その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者氏名： _____

札幌市短期集中予防型サービス（訪問生活動作指導）利用申込書

北海道リハビリテーション専門職協会 ○○ ○○ 様

令和 年 月 日

フリガナ
申込者氏名：

申込者住所：

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中予防型サービス（訪問生活動作指導）に下記のとおり申し込みます。

希望する職種	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
生年月日（年齢）	大正・昭和 年 月 日生 （ 歳）
連絡先	電話番号： —
緊急時の連絡先	氏名： （続柄） 電話番号： —
かかりつけ医療機関 主治医氏名	医療機関名： 主治医氏名： 電話番号： —
地域包括支援センター 担当者名	センター名：札幌市 区第 地域包括支援センター 担当者名： 電話番号： — メールアドレス：
居宅介護支援事業所 担当者名	事業所名： 担当者名： 電話番号 — メールアドレス：
訪問指導の利用期間	年 月 から 年 月まで
利用期間利用希望回数	上記期間中 1 回 ・ 上記期間中 2 回
相談内容	
備 考	

（個人情報に関する同意書）

短期集中予防型サービス事業の実施にあたり、実施計画・実施状況・評価などの個人情報を含む内容について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業者、総合事業サービス事業者、他の短期集中予防型サービス事業実施機関、その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者氏名： _____

札幌市短期集中予防型サービス（訪問栄養指導）利用申込書

札幌市〇〇区健康・子ども課 御中

令和 年 月 日

フリガナ
申込者氏名： _____

申込者住所： _____

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中予防型サービス（訪問栄養指導）
に下記のとおり申し込みます。

生年月日（年齢）	大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
連絡先	電話番号： —
緊急時の連絡先	氏名： （続柄） 電話番号： —
かかりつけ医療機関 主治医氏名	医療機関名： 主治医氏名： 電話番号： —
地域包括支援センター 担当者名	センター名：札幌市 区第 地域包括支援センター 担当者名： 電話番号： —
居宅介護支援事業所 担当者名	事業所名： 担当者名： 電話番号 —
訪問指導の利用期間	年 月 から 年 月まで
利用期間利用希望回数	上記期間中 1 回 ・ 上記期間中 2 回
相談内容	
備 考	

（個人情報に関する同意書）

短期集中予防型サービス事業の実施にあたり、実施計画・実施状況・評価などの個人情報を含む内容について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護予防サービス事業者、総合事業サービス事業者、他の短期集中予防型サービス事業実施機関、その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者氏名： _____

引用・参考

- ・一般社団法人北海道総合研究調査会『平成 29 年度北海道主任介護支援専門員更新研修「北海道版」テキスト』
- ・地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編集『地域包括支援センター運営マニュアル～地域の力を引き出す地域包括ケアの推進をめざして～』2015
- ・地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編集『地域包括支援センター運営マニュアル』3 訂
- ・厚生労働省老健局『介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン』（令和 4 年 6 月 27 日、老発 0627 第 7 号）
- ・辻 一郎監修、三菱総合研究所ヒューマンケア研究グループ編集『実践事例で学ぶ介護予防ケアマネジメントガイドブック』中央法規、2007
- ・高室 成幸『介護予防ケアマネジメントー「質問力」で磨こうアセスメントとプランニング』中央法規、2007
- ・介護予防研究会監修、白澤 政和編集『ストレングスモデルによる介護予防ケアマネジメントー理論と実際』中央法規、2007

札幌市介護予防・日常生活総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル 札幌市介護予防ケアマネジメント検証及び普及啓発業務検討委員会委員一覧

(順不同) 敬称略

氏 名	所 属	備 考
鶴見 尚裕	札幌市中央区第 2 地域包括支援センター	主任介護支援専門員
安田 裕貴	札幌市東区第 3 地域包括支援センター	主任介護支援専門員
坂本 ひとみ	札幌市白石区第 3 地域包括支援センター	主任介護支援専門員
千田 晃禎	札幌市豊平区第 3 地域包括支援センター	主任介護支援専門員
杉谷 邦雄	札幌市西区第 3 地域包括支援センター	主任介護支援専門員（～H30. 2）
道林 松美	札幌市介護支援専門員連絡協議会	主任介護支援専門員
星田 剛	札幌市介護保険課介護予防担当係長	
小澤 智絵	札幌市介護保険課介護予防担当係	
猪苗代 全志	札幌市介護保険課事業指導係長	
松井 優美	札幌市介護保険課事業指導係	(～H30. 4)
村山 文彦	北海道介護支援専門員協会	事務局
小野 真佐子	北海道介護支援専門員協会	事務局

※所属は検討委員会実施当時

本マニュアルは一般社団法人北海道介護支援専門員協会が札幌市より「平成 29 年度札幌市介護予防ケアマネジメント検証及び普及啓発業務」として受託をし、平成 29 年 11 月より平成 30 年 3 月まで 5 回の検討委員会を実施し作成いたしました。

札幌市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル

平成 30 年 12 月

（令和 7 年 4 月一部改正）

発行 札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課

札幌市中央区北 1 条西 2 丁目

011-211-2547