

# 安城市 介護予防・日常生活支援 総合事業マニュアル

(令和 7 年度改訂版)



# はじめに

本マニュアルは、平成29年4月から実施している介護予防・日常生活支援総合事業の「介護予防ケアマネジメント」に関する運営や介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準、報酬等を解説したマニュアルです。

本マニュアルを参考に、介護保険制度の基本的な事項や運営上の具体的な取扱い等について理解を深めていただき、適正な事業運営をされるとともに、利用者に期待され、信頼されるサービスの提供に努めていただきますようお願いします。

なお 内容は今後も変更が予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。（本マニュアルは、望遠郷（安城市公式Webサイト）に掲載しています。）

<https://www.city.anjo.aichi.jp//kurasu/fukushikaigo/kaigo/sougoumanual.html>

## ※参考＜介護予防ケアマネジメント利用対象者＞

利用するサービスに「予防給付（訪問看護・福祉用具貸与等）」を含む場合は、「介護予防支援（予防給付）」を実施し、利用するサービスに「予防給付」が含まれない場合は、「介護予防ケアマネジメント」を実施する。

なお、ケアマネジメントの位置付けは異なるが、双方の実施内容は同じとする。

|                   |                                                     |                      |
|-------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|
| 要支援認定者（要支援1、要支援2） | ①予防給付のサービスのみを利用<br>（例：介護予防通所リハビリテーション）              | 予防給付による介護予防支援        |
|                   | ②予防給付と第1号事業の利用<br>（例：介護予防短期入所者生活介護と訪問型サービス）         |                      |
|                   | ③予防給付と第1号事業と一般介護予防事業の利用<br>（例：介護予防訪問看護と通所型サービスとサロン） |                      |
|                   | ④予防給付と一般介護予防事業の利用<br>（例：介護予防福祉用具貸与と健康体操）            |                      |
| 事業対象者             | ⑤第1号事業のみを利用<br>（例：訪問型サービス）                          | 第1号事業による介護予防ケアマネジメント |
|                   | ⑥第1号事業と一般介護予防事業の利用<br>（例：通所型サービスとサロン）               |                      |
| 事業対象者             | ⑦第1号事業のみを利用<br>（例：通所型サービス）                          | 第1号事業による介護予防ケアマネジメント |
|                   | ⑧第1号事業と一般介護予防事業の利用<br>（例：訪問型サービスと体操教室）              |                      |

# 目 次

| 項目                                    | スライド番号 |
|---------------------------------------|--------|
| <b>I 介護予防・日常生活支援総合事業に関する基本的事項</b>     |        |
| 1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の主旨           | 4      |
| 2. 総合事業の対象者について                       |        |
| （1）総合事業の対象者                           | 7      |
| （2）事業対象者の登録・更新及び有効期間                  | 8      |
| （3）基本チェックリスト                          | 10     |
| 3. 総合事業を構成する事業の内容                     |        |
| （1）介護予防・生活支援サービス事業                    | 16     |
| 短期集中型介護予防サービス                         | 19     |
| （2）一般介護予防事業                           | 20     |
| <b>II 介護予防ケアマネジメントについて</b>            |        |
| 1. 介護予防ケアマネジメントの実施について                |        |
| （1）介護予防ケアマネジメントに関する基本方針               | 21     |
| （2）介護予防ケアマネジメントの類型と考え方                | 22     |
| （3）介護予防ケアマネジメント実施の手順・ポイント             | 23     |
| （4）介護予防ケアマネジメント委託について                 | 28     |
| 2. 請求について                             |        |
| （1）基本単価（単位）と加算・減算について                 | 30     |
| （2）介護予防ケアマネジメント費の請求について               | 33     |
| （3）住所地特例者について                         | 35     |
| （4）自己作成（セルフケアプラン）について                 | 36     |
| <b>III 様式集</b>                        | 41～    |
| ・ 受付シート・基本チェックリスト                     |        |
| ・ 利用者基本情報                             |        |
| ・ 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）      |        |
| ・ サービス評価表                             |        |
| （参考1）興味・関心チェックシート                     |        |
| （参考2）生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート（聴き取り用） |        |

# I 介護予防・日常生活支援総合事業に関する基本的事項

## 1. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の主旨

団塊の世代が 75 歳以上となる令和7（2025）年以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い85歳以上人口は令和17（2035）年頃 まで一貫して増加し、介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）や介護サービスによる支援を必要とする高齢者は増加していきます。加えて、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想される中、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村（特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下 同。）が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムの一層の推進や地域づくり等に一体的に取り組むことで、地域共生社会の実現を図っていくことが重要です。

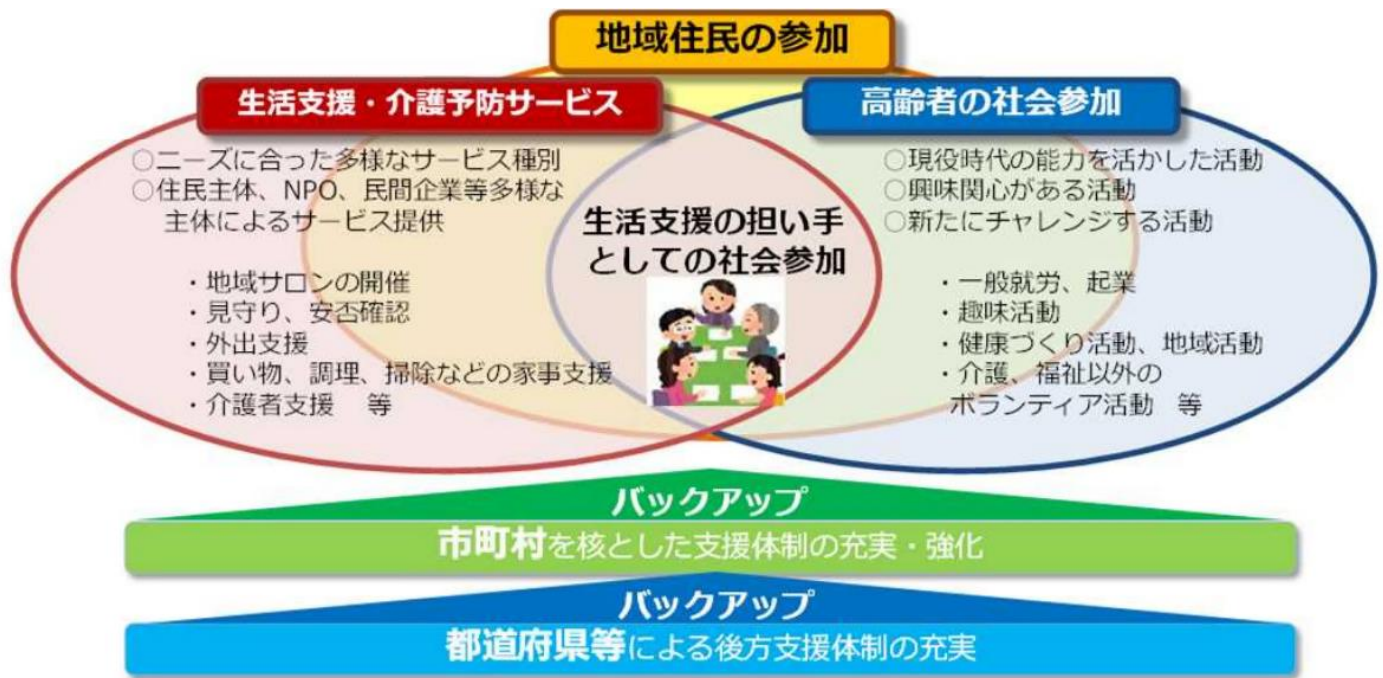
認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、居宅要支援被保険者等に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

参考：令和6年3月29日号外厚生労働省告示第168号「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」

### <安城市の総合事業>

総合事業は、市町村が主体的に実施する地域支援事業に位置付けられ（介護保険法第 115条の45に規定）、安城市においても平成29年4月から実施しており、訪問型サービス・通所型サービス等による「介護予防・生活支援サービス事業」と、介護予防として高齢者が幅広く利用できる「一般介護予防事業」から成り立っています。

|                                                                     |                               |                             |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| 介護<br>予<br>防<br>・<br>生<br>活<br>支<br>援<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>事<br>業 | 訪問型サービス<br>(第1号訪問事業)          | 従前相当サービス                    | 介護予防訪問サービス                                          |
|                                                                     |                               | サービスA                       | 生活支援訪問サービス<br>(緩和した基準によるサービス)                       |
|                                                                     |                               | サービスB                       | 住民主体訪問サービス（住民主体による支援）                               |
|                                                                     |                               | サービスC                       | 短期集中型予防サービス                                         |
|                                                                     |                               | サービスD                       | 移動支援・移送前後の生活支援サービス                                  |
|                                                                     | 通所型サービス<br>(第1号通所事業)          | 従前相当サービス                    | 介護予防通所サービス                                          |
|                                                                     |                               | サービスA                       | 生活支援通所サービス<br>(緩和した基準によるサービスで「機能訓練型」と「ミニデイ型」の2種類あり) |
|                                                                     |                               | サービスB                       | 住民主体通所サービス（住民主体による支援）                               |
|                                                                     |                               | サービスC                       | 短期集中型予防サービス                                         |
|                                                                     | 介護予防ケアマネジメント<br>(第1号介護予防支援事業) | 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） |                                                     |
|                                                                     |                               | ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント） |                                                     |
| 予<br>一<br>防<br>般<br>事<br>業<br>介<br>護                                | 介護予防把握事業                      |                             | 介護予防普及啓発事業                                          |
|                                                                     | 地域介護予防活動支援事業                  |                             | 一般介護予防事業評価事業                                        |
|                                                                     | 地域リハビリテーション活動支援事業             |                             |                                                     |



出典：厚生労働省HP

**総合事業の大きな目的：地域で社会参加することが、介護予防になる。**

**介護  
予防**

本人の自発的な参加意欲に基づく、継続性のある効果的な介護予防を実施していくこと。

**通いの場**

**生活  
支援**

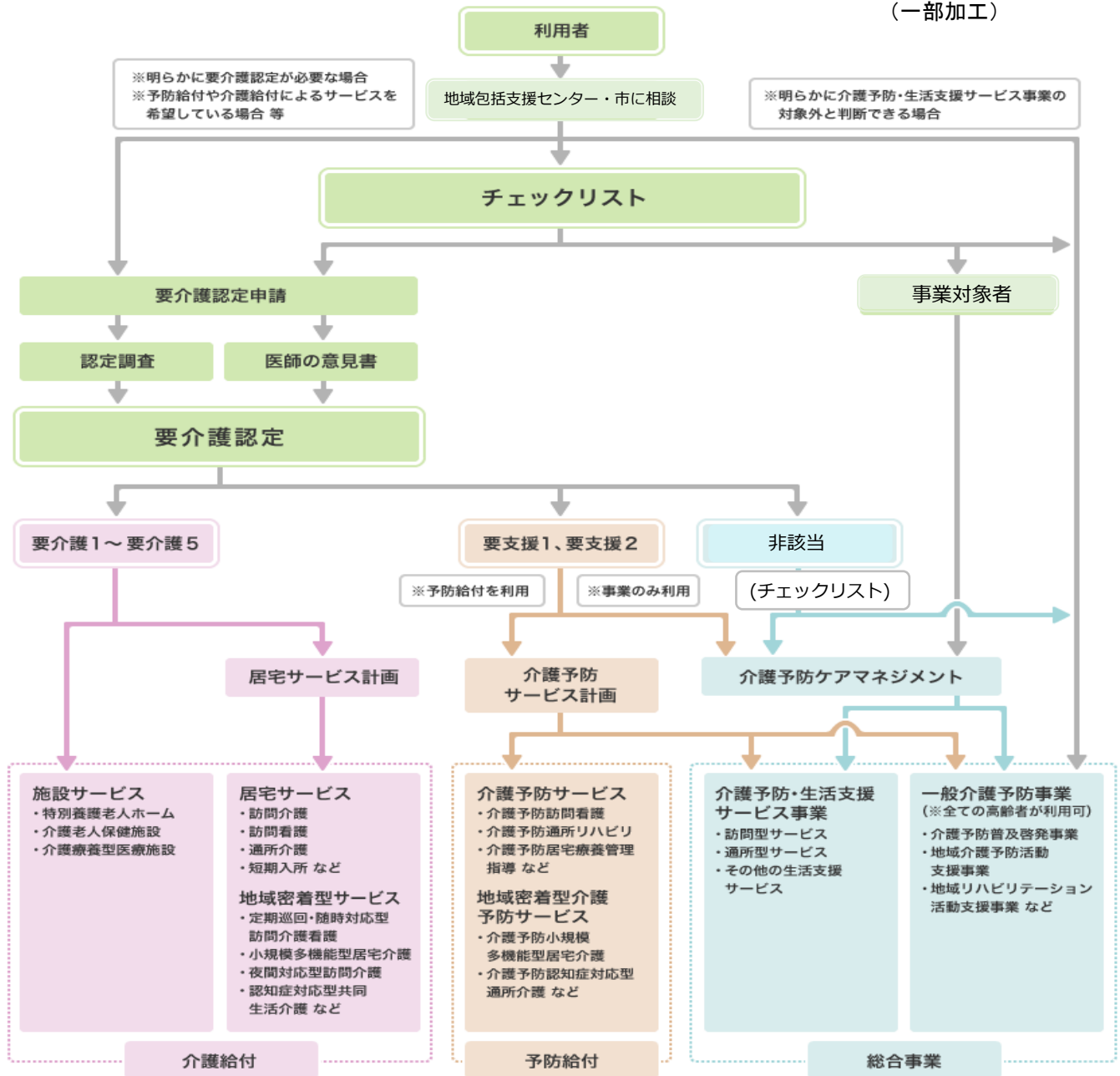
地域における自立した日常生活を実現するために、地域の多様な主体による生活支援を地域の中で確保し、介護専門職は身体介護を中心とした中程度支援に重点化を進める。

**生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加**

- ・ 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- ・ 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- ・ 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター」の配置等について、介護保険法の地域支援事業に位置づける。

# <総合事業のサービス利用の流れ>

出典：厚生労働省HP  
(一部加工)



2. 総合事業の対象者について

(1) 総合事業対象者

総合事業の対象者は、安城市の被保険者及び安城市に住所を置く他市被保険者（住所地特例者：P. 35参照）のうち、下記①及び②です。

①新規・区分変更・更新により要支援認定を受けた方（要支援者）

②65歳以上であって、基本チェックリスト（※）により

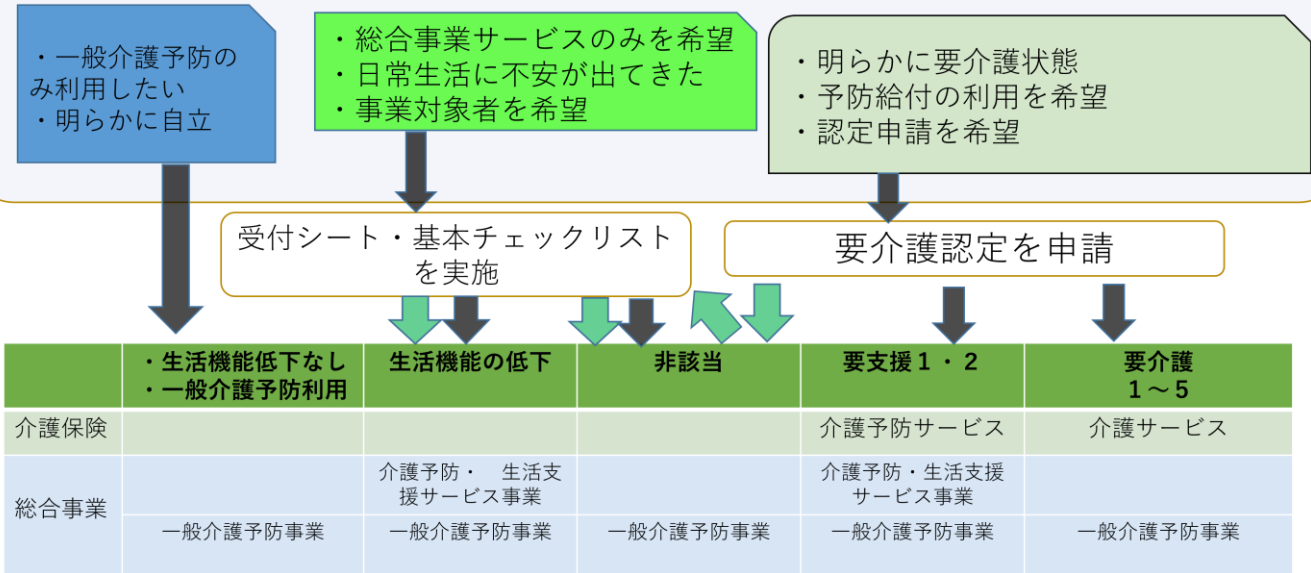
生活機能の低下が認められた方（事業対象者）

※65歳以上の方であって、受付シートや聞き取り等から要介護・要支援認定を希望されず、総合事業のサービス利用のみを希望する場合には、基本チェックリストを実施します（認定申請と比べ簡易な形であり、必要項目に該当すれば時間がかからずサービス利用が可能。）。

- ・ 予防給付である介護予防訪問看護や介護予防福祉用具貸与等のサービスを利用する場合については、要支援認定を受ける必要があります。
- ・ 第2号被保険者については、がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）や関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービス・活動を利用する前提となるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行い要支援と認定された場合は総合事業対象者となります。
- ・ 事業対象者は、要支援に相当する状態の者を想定しており、そのような状態に該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用等につなげていくことが重要です。

総合事業の利用について

相談者から、相談の主訴、心身状況、家庭や住宅環境、認定の有無、希望サービス等を聞き取ります。



要介護認定申請で非該当でも、基本チェックリストにより生活機能の低下が認められれば、総合事業のサービスを利用可。

## (2) 事業対象者の登録・更新及び有効期間

有効期間：原則 1 年間の有効期間を設定します。

### 事業対象者がサービス利用を希望するときの流れ

事業対象者としての登録・更新が必要です。

以下の書類を市へ提出することが必要です。

◆ 介護予防サービス・介護予防ケアマネジメント計画作成依頼（変更）届出書

（※新規申請時のみ。既に介護保険証に担当包括支援センターが記載してある場合は不要です。）

◆ 実施した受付シート・基本チェックリスト原本

◆ 介護保険被保険者証

※事業対象者の有効期限の更新については、高齢福祉課から本人への通知は行っておりませんので、十分に留意してください。

| 基本的な有効期間                                             |                                                                           |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 一般高齢者⇒事業対象者に移行した場合                                   | 基本チェックリスト実施日から 1 年間（実施日が月の初日でない場合は、翌月の初日から一年間とする。）<br>※認定年月日は基本チェックリスト実施日 |
| ①要支援者（または要介護者）<br>⇒事業対象者に移行した場合<br><br>②事業対象者が更新した場合 | 有効期間満了日の翌日から 1 年間<br>※認定年月日は基本チェックリスト実施日                                  |
| 事業対象者⇒要支援者又は要介護者に移行した場合                              | 事業対象者の終了日＝認定申請日の前日                                                        |

# 介護保険被保険者証の記載

○基本チェックリストの実施による「事業対象者」は、介護予防ケアマネジメント届出書を市高齢福祉課に提出すると、

- ・「事業対象者」である旨
- ・「基本チェックリスト実施年月日」 ・ 認定の有効期間
- ・ 介護予防ケアマネジメントを担当する「地域包括支援センター名」

が記載された介護保険被保険者証が発行されます。

| (一)               |    | (二)                  |               | (三)                            |                               |
|-------------------|----|----------------------|---------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 介護保険被保険者証         |    | 事業対象者                |               | 給付制限                           | 内 容                           |
| 番 号               |    | 要介護状態区分等             | 〇年〇月〇日        |                                |                               |
| 住 所               |    | 認定年月日                | 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 |                                |                               |
| フリガナ              |    | 認定の有効期間              | 区分支給限度基準額     |                                |                               |
| 氏 名               |    | 居宅サービス等              |               |                                |                               |
| 生年月日              | 性別 | (付)介護支援給付(要介護)       | サ ー ビ ス の 種 類 |                                |                               |
| 交付年月日             |    |                      | 種類支給限度基準額     |                                |                               |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 |    | 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |               |                                |                               |
|                   |    |                      |               | 居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者及びその事業所の名称 | 地域包括支援センター<br>〇〇 開始年月日 〇年〇月〇日 |
|                   |    |                      |               |                                | 開始年月日                         |
|                   |    |                      |               |                                | 開始年月日                         |
|                   |    |                      |               | 介護保険施設等                        | 種類 入所等年月日                     |
|                   |    |                      |               |                                | 名称 通所等年月日                     |
|                   |    |                      |               |                                | 種類 入所等年月日                     |
|                   |    |                      |               |                                | 名称 通所等年月日                     |

事業対象者は、基本チェックリスト実施年月日が記載されます。

### (3) 基本チェックリスト

◆基本チェックリストには、下記の2つの役割があります。

- ①高齢者が自身の生活や健康状態を振り返り、心身の機能で衰えているところがないかチェックするためのツール。
- ②事業対象者の認定のためのツール（認定事務の簡略化）

◆基本チェックリストは、全25項目の質問で構成されています。

質問項目に対し、高齢者自身が答えることで、自身では気づきにくい心身の衰えやリスクなどを把握し、在宅での生活を維持するための生活支援サービスや介護予防などに早期につなげることを目的としています。

事業対象者と認定された場合、基本チェックリスト上の該当項目次第で、「人にやさしい住宅リフォーム助成（※）」の対象者となることができます。（P.15参照）

※日常使用する箇所の住宅改修工事をする場合に助成金の交付を受けることができます。

### 【ポイント】

- ◆要介護認定等の申請と事業対象者の届出は同日に行うことはできません。
- ◆事業対象者として判定された後や総合事業のサービスを利用し始めた後であっても、必要ときに要介護認定等の申請が可能です。
- ◆要介護認定等の申請中は事業対象者として登録することはできません。要介護認定を取り下げてからとなります。
- ◆要介護認定等申請の結果非該当となっても、基本チェックリストを実施して事業対象者と認定されれば、介護予防・生活支援サービス事業の利用は可能です。
- ◆事業対象者が要介護認定の申請をした結果、非該当になった場合は、事業対象者の有効期間期限内であれば、事業対象者の認定は残ります。
- ◆訪問サービス・通所サービス等の総合事業サービスのみの利用を希望する場合は、要介護・要支援認定申請を省略し、基本チェックリストを用いて事業対象者かどうかを判別できるため、迅速なサービス利用が可能です。
- ◆事業対象者や要支援認定者は市外の総合事業サービスを新たに希望しても、原則利用できません。
- ◆自己作成（セルフケアプラン：P36参照）による総合事業サービス利用はできません。

## 基本チェックリストの実施者

|                                                            |                                                |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 新規ケース                                                      | 地域包括支援センターの3職種                                 |
| 更新時<br>(要支援・介護認定を更新せずに、事業対象者として利用する場合、更新で認定結果が非該当になった場合含む) | ケアプランを担当している計画作成者<br>(委託先居宅介護支援事業所の介護支援専門員を含む) |

※市で相談を受けて基本チェックリストを実施した場合、担当の地域包括支援センターに情報提供として渡すとともに、包括へ連絡します。

※介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを実施する資格要件：保健師または経験のある看護師、介護支援専門員、社会福祉士。

基本チェックリストは、「質問項目の主旨」を説明しながら、原則本人に記入してもらう。

ただし、本人が記入ができない場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取ることもできる。また、同意欄の記入も本人の承諾を得た上で、代筆で行ってもよい。しかし、本人が置かれている環境などを把握する必要があることから、本人と面接すること。

## 基本チェックリストについての考え方（質問項目の主旨）

### 共通留意事項

- 対象者には、各質問項目の趣旨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。
- 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

| 質問の種類    | 番号 | 質問項目                         | 質問項目の趣旨                                                                                                            |
|----------|----|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日常生活関連動作 | 1  | バスや電車で1人で外出していますか            | 家族等の付き添いなしで、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。 |
|          | 2  | 日用品の買い物をしていますか               | 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。       |
|          | 3  | 預貯金の出し入れをしていますか              | 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。銀行等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。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。        |
|          | 4  | 友人の家を訪ねていますか                 | 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。                                                                   |
|          | 5  | 家族や友人の相談にのっていますか             | 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。                                                           |
| 運動器の機能   | 6  | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか        | 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、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」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 | 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。                                                    |
|          | 8  | 15分位続けて歩いていますか               | 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。                                                                           |
|          | 9  | この1年間に転んだことがありますか            | 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。                                                                                       |
|          | 10 | 転倒に対する不安は大きいですか              | 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。                                                                            |

## 基本チェックリストについての考え方（質問項目の主旨）

前ページからの続き

| 質問の種類 | 番号 | 質問項目                              | 質問項目の趣旨                                                                                       |
|-------|----|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 栄養状態  | 11 | 6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか           | 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。                                |
|       | 12 | 身長、体重                             | 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。                                       |
| 口腔機能  | 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか           | 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。                |
|       | 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか                | お茶や汁物等を飲む時に、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。                                                  |
|       | 15 | 口の渇きが気になりますか                      | 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。                                                           |
| 閉じこもり | 16 | 週に1回以上は外出していますか                   | 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。                                                           |
|       | 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか               | 昨年の外出回数と比べて、今年の実外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。                                                     |
| 認知症   | 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  | 本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。                                               |
|       | 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       | 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、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
|       | 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか              | 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。                          |
| うつ    | 21 | （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない               | 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。                                                                  |
|       | 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           |                                                                                               |

## 基本チェックリスト判定基準

下記①～⑦の基準に1つでも当てはまれば、サービス事業対象者と判断できます。

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| ① 質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当    | 複数の項目に支障あり |
| ② 質問項目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 質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当           | 低栄養        |
| ④ 質問項目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 質問項目No.16に該当                      | 閉じこもり      |
| ⑥ 質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当 | 認知機能の低下    |
| ⑦ 質問項目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    |

（注）上表における『該当』の考え方

<No. 12以外>

回答部分における「1. はい」または「1. いいえ」（＝「1」がつく選択肢）に該当することをいいます。

<No. 12>

$BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$  が18.5未満の場合をいいます。

<基本チェックリストで非該当の場合>

訪問型サービスや通所型サービス等の総合事業サービスが利用できないことを説明し、現在の状態が維持できるように、一般介護予防事業の案内をします。

# 「人にやさしい住宅リフォーム費助成」について

事業対象者で「人にやさしい住宅リフォーム」を利用可能な対象者は、運動機能に支障のある人又はそのおそれのある人です。

基本チェックリストで、下記の①又は②にあてはまる人が該当します。

① NO. 1～20の20項目のうち10項目以上

② NO. 6～10の5項目のうち3項目以上

人にやさしい住宅リフォームに必要な該当項目＝①又は②

| 基本チェックリスト( 新規 ・更新 )                             |                                                 |                                                                                                                                                |  |       |        |         |  |       |  | チェックリスト<br>実施日 |  | 年 月 日 |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--------|---------|--|-------|--|----------------|--|-------|--|
| 被保険者番号                                          |                                                 |                                                                                                                                                |  |       |        |         |  |       |  | 対象者氏名          |  |       |  |
| 記入者                                             |                                                 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ( 続柄 : ) ( 氏名 : )                                                                    |  |       |        |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 主観的健康感                                          |                                                 | あなたは、健康だと思いますか？ <input type="checkbox"/> とも健康 <input type="checkbox"/> まあ健康 <input type="checkbox"/> あまり健康ではない <input type="checkbox"/> 健康ではない |  |       |        |         |  |       |  |                |  |       |  |
| NO                                              | 質問項目                                            |                                                                                                                                                |  | 回答    |        | ※判定     |  |       |  |                |  |       |  |
| 1                                               | バスや電車で1人で外出していますか ※付き添いなしで自家用車で外出する場合も含む        |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 2                                               | 日用品の買い物をしていますか ※外出しての買い物(電話注文のみは含まない)           |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 3                                               | 預貯金の出し入れをしていますか ※自分でお金を管理できるかどうか                |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 4                                               | 友人の家を訪ねていますか ※電話での交流や家族・親戚の家は含まない               |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 5                                               | 家族や友人の相談にのっていますか ※面談せず電話のみでの相談も含む               |                                                                                                                                                |  | 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<br>※時々手すり等を使用している程度なら「はい」 |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ | ① ( )/5 |  | ②     |  |                |  |       |  |
| 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<br>※時々つかまる程度なら「はい」 |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 8                                               | 15分位続けて歩いていますか ※屋内か屋外かは問わない                     |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 9                                               | この1年間に転んだことはありますか                               |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 10                                              | 転倒に対する不安は大きいですか                                 |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 11                                              | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重の減少はありましたか                       |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ | 20      |  | ③     |  |                |  |       |  |
| 12                                              | 身長 cm 体重 kg ( BMI = ) (注)                       |                                                                                                                                                |  |       |        |         |  |       |  |                |  |       |  |
| (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 |                                                 |                                                                                                                                                |  |       |        |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 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     |  |                |  |       |  |
| 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 |         |  | ⑤     |  |                |  |       |  |
| 16                                              | 週に1回以上は外出していますか<br>※頻度が異なる場合は過去1か月の平均           |                                                                                                                                                |  | 0. はい | 1. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 17                                              | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                             |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  | ⑥     |  |                |  |       |  |
| 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 |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 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 |         |  | ⑦     |  |                |  |       |  |
| 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 |         |  | ( )/5 |  |                |  |       |  |
| 22                                              | (ここ2週間) これまで楽しんでやれ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感じられる              |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 24                                              | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない                         |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 25                                              | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする                        |                                                                                                                                                |  | 1. はい | 0. いいえ |         |  |       |  |                |  |       |  |
| 同意欄                                             |                                                 | 介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、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、アセスメントシート等を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等その他介護予防・日常生活支援総合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      |  |       |  |                |  |       |  |

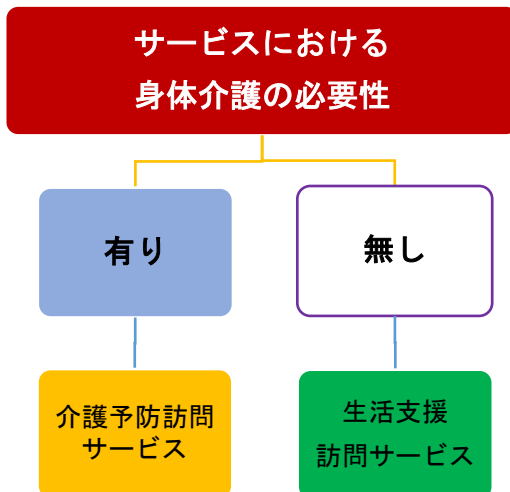
### 3. 総合事業を構成する事業の内容

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

介護予防・生活支援サービス事業は、大きく「通所型サービス」と「訪問型サービス」の2つに分かれています。各サービスの概要は下表のとおりです。

| 訪問型サービス                               |                                                                                         |               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| サービス種類                                | サービス内容                                                                                  | 給付            |
| 介護予防訪問サービス<br>(従来の介護予防訪問<br>介護相当サービス) | ホームヘルパー等の専門職が自宅を訪問して<br>介助をします。<br>◆対象者：認知機能低下に伴う専門的対応や、<br>排泄・入浴等の身体介護を必要とする人          | 対象            |
| 生活支援訪問サービス<br>(サービスA)                 | あんジョイ生活サポーター等が自宅を訪問し<br>て掃除や洗たく等の生活援助を行います。<br>◆対象者：買い物や調理、掃除などの日常<br>生活支援内のサービスを必要とする人 | 対象            |
| 住民主体訪問サービス<br>(サービスB)                 | 地域住民等が要支援者等の自宅に訪問してゴ<br>ミ出し等の生活援助を行います。                                                 | 対象外<br>(市補助金) |
| 短期集中型<br>介護予防サービス<br>(サービスC)          | 専門職が、通いと訪問によるサービスを一体<br>的・短期的に提供し、生活機能向上を目指し<br>ます。                                     | 対象外<br>(市委託費) |
| 移動支援サービス<br>(サービスD)                   | 移動支援や、移送前後の生活支援を提供しま<br>す。                                                              | 対象外<br>(市補助金) |

※介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービスの詳細については、「介護予防・日常生活支援総合事業 運営の手引き」をご確認ください。



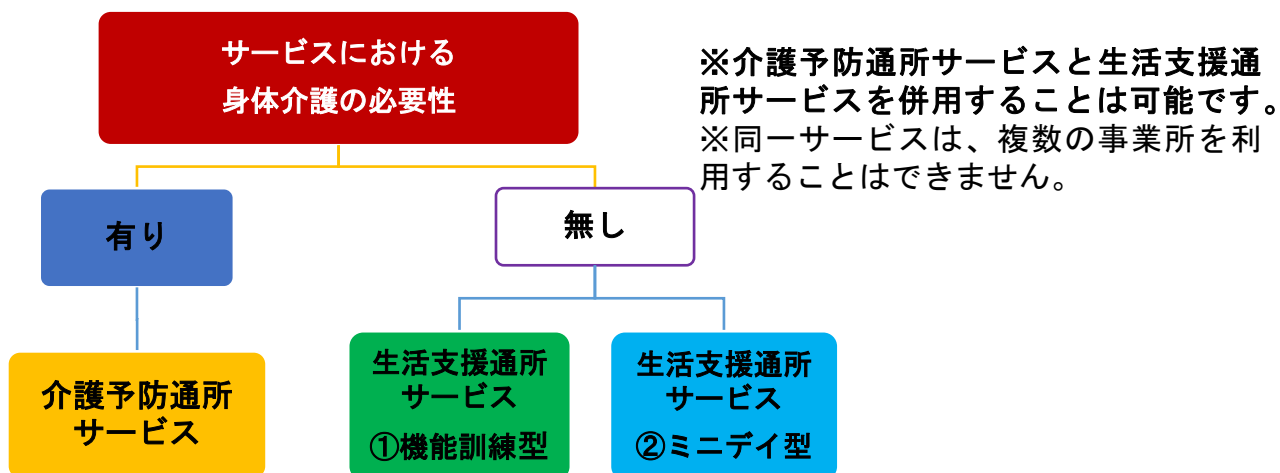
※介護予防訪問サービスと生活支援訪問サービスを併用することは可能です。  
※同一サービスは、複数の事業所を利用することはできません。

### 3. 総合事業を構成する事業の内容

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

| 通所型サービス                               |                                                                                          |               |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| サービス種類                                | サービス内容                                                                                   | 給付            |
| 介護予防通所サービス<br>(従来の介護予防通所<br>介護相当サービス) | 従来の介護予防通所介護同様、生活機能等の訓練により身体機能の維持・改善を目指します。<br>◆対象者：専門職によるケアが必要で、生活機能向上の訓練により維持・改善が見込まれる人 | 対象            |
| 生活支援通所サービス<br>(サービスA・<br>機能訓練型)       | 半日程度のデイサービスで、専門職による機能訓練を行います。<br>◆対象者：リハビリ等専門職による機能訓練が必要な人                               | 対象            |
| 生活支援通所サービス<br>(サービスA・<br>ミニデイ型)       | 半日程度のデイサービスで、閉じこもり予防や家族の介護負担軽減を目指します。<br>◆対象者：閉じこもり予防や介護負担軽減等のため、アクティビティ等の利用が望ましい人       | 対象            |
| 住民主体通所サービス<br>(サービスB)                 | 地域住民等が、要支援者等を中心とした運動、交流等の多様な通いの場を提供を行います。                                                | 対象外<br>(市補助金) |
| 短期集中型<br>介護予防サービス<br>(サービスC)          | 専門職が、通いと訪問によるサービスを一体的・短期的に提供し、生活機能向上を目指します。                                              | 対象外<br>(市委託費) |

※介護予防通所サービス・生活支援通所サービスの詳細については、「介護予防・日常生活支援総合事業 運営の手引き」をご確認ください。



## 身体介護の有無 判断基準について

本市では、身体介護の有無については「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（いわゆる老計10号）を判断基準としています。

| 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について<br>＜老計第10号（平成30年3月30日一部改正）＞ |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      | 身体介護                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生活援助                                                                                                                                                                         |
| 定義                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の<u>身体に直接</u>接触して行う介助サービス（準備、片付け等を含む）</li> <li>・ 利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に<u>行う自立支援のためのサービス</u></li> <li>・ その他専門知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためサービス</li> </ul>                                                       | 身体介護以外の訪問介護であって、 <u>掃除、洗濯、調理などの日常生活上の援助であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合</u> に行われるサービス                                                                            |
| 内容                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービスの準備・記録等</li> <li>・ 排せつ・食事介助</li> <li>・ 清拭・入浴、身体整容</li> <li>・ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助</li> <li>・ 起床及び就寝介助</li> <li>・ 服薬介助</li> <li>・ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ<u>常時介助できる状態で行う見守り</u>等）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス準備等</li> <li>・ 掃除</li> <li>・ 洗濯</li> <li>・ ベッドメイク</li> <li>・ 衣類の整理・被服の補修</li> <li>・ 一般的な調理、配下膳</li> <li>・ 買い物・薬の受け取り</li> </ul> |

現行サービス（身体介護）と緩和サービス（生活援助）の違いは、身体介護もしくは疾患等により配慮が必要であるかどうかの判断になります。見守りについては、常時見守りが必要と判断された場合となります。配慮が必要な人については、以下の具体例を参考にして下さい。

### 身体介護又は専門職による特別な配慮を要する者の具体例 （※令和3年11月15日改訂 厚労省「総合事業ガイドライン（P145）」参照）

- ・ 認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者
- ・ 退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者
- ・ ゴミ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者
- ・ 心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により治療面において、日常生活に配慮が必要である者
- ・ ストーマケアが必要な者 等

※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。

※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。

### 3. 総合事業を構成する事業の内容

#### (1) 介護予防・生活支援サービス事業

|                    | 短期集中型介護予防サービス（サービスC）について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的                 | 要支援認定者または総合事業対象者である高齢者に対し、通所型サービスと訪問型サービスを組み合わせた短期集中型のリハビリテーションを提供し、日常生活に支障のある生活行為を改善し、サービス提供終了後も生活機能を維持し、高齢者自身が主体的に介護予防に取組み、地域で生活できるように支援することを目的とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 対象者                | 次のすべてを満たす人<br>(1) 安城市に住所を有する人（住所地特例者を除く）<br>(2) 65歳以上であって要支援1もしくは要支援2と認定された人または市が実施する基本チェックリストで事業対象者と判定された人及び第2号被保険者であって要支援1または要支援2と認定された人<br>(3) 地域包括支援センター等による介護予防ケアマネジメントで、本事業の参加が適当であると認められた人<br>(4) 本事業の目的及び内容を理解し、自ら参加を希望する人<br>(5) 介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所サービスまたは生活支援通所サービスを受けていない人<br>(6) 本事業への参加について主治医から許可が得られている人                                                                                                                                                            |
| 実施回数<br>及び<br>提供時間 | 【期間：3ヵ月から6ヵ月、支援回数：25回以内】<br>(基本形)<br>1ヵ月目から4ヵ月目      通所      週1回（90分程度）      +      訪問      月1回程度<br>5ヵ月目から6ヵ月目      通所      なし                                    訪問      月1回程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| スタッフ               | 通所型：理学療法士または作業療法士<br>訪問型：理学療法士または作業療法士およびその指導のもとでサービスを提供できる生活支援通所サービスにおける機能訓練指導員と同じ職種の者（看護師、准看護師、柔道整復師など）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 自己負担               | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 留意事項               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問リハビリテーションは利用者の生活課題に沿った生活行為に関するリハビリテーションを実施するものとする。</li> <li>・ 訪問リハビリテーションの実施日、提供時間については利用者の心身の状態や家族の状況などに配慮して利用者と相談のうえ決める。</li> <li>・ 原則として本サービス利用は1回限りとする。</li> <li>・ 原則として本サービス終了後6か月以内は介護予防通所サービス、生活支援通所サービス、訪問リハビリテーションまたは通所リハビリテーションの利用はできない。</li> <li>・ 特別な事情により本サービス終了に引き続き介護予防通所サービス、生活支援通所サービスを利用する場合、及び再度本事業を利用する場合は、サービス担当者会議でその必要性を十分検討したうえで地域包括支援センター等が作成する介護予防サービス・支援計画書に明記すること。また、市から介護予防サービス・支援計画書等書類の求めがあった場合は、事業者等は速やかに提出すること。</li> </ul> |
| 送迎                 | 参加者から希望があり、かつ必要と認めた場合は、事業者が定めた範囲で送迎をする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**短期集中型介護予防サービスの到達目標を地域での活動とするため、このサービスに係わるケアプラン作成は地域包括支援センターのみとし居宅介護支援事業所への委託はできません。**

### 3. 総合事業を構成する事業の内容

#### (2) 一般介護予防事業

対象：すべての高齢者

目的：住民運営の通いの場を充実させ、人と人との繋がりを通じて、社会参加や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりと地域においてリハビリテーション専門職を活かした自立支援への取組を推進する。

要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す。

| 事業                | 事業内容                                                                                 |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護予防把握事業          | 収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる                                     |
| 介護予防普及啓発事業        | 介護予防活動の普及・啓発を行う                                                                      |
| 地域介護予防活動支援事業      | 地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う                                                           |
| 一般介護予防評価事業        | 介護保険事業計画に定める目標値の達成状況を検証し、一般介護予防事業の評価を行う                                              |
| 地域リハビリテーション活動支援事業 | 介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による関与を促進する。<br>※リハビリ専門職によるアセスメント事業 |

## Ⅱ 介護予防ケアマネジメントについて

### 1. 介護予防ケアマネジメントの実施について

#### (1) 介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

##### 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）とは

要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下、「事業対象者」という）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、要支援認定者等の状況にあった適切なサービス※が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

※総合事業のサービスだけでなく、他の市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービス等

##### 介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

#### ① 尊厳の保持、自立した日常生活の実現

ケアマネジメントは、要介護状態となっても、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りません。「自立した生活」とは、住み慣れた居宅・地域で自分で選択し決定することが当たり前に行える生活を成り立たせることです。そのため、単に、介護サービスを不要にすることを自立と呼ぶのではなく、個別のニーズを充足させるために、介護予防に資するサービスの提供、在宅生活の限界点を高めるサービスの提供といった生活の質の向上を目指した支援をする必要があります。

#### ② 利用者本位に対する考え方

利用者本位とは、利用者の言うままにプランをつくることではなく、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の希望や価値観を尊重しつつ、利用者の背景を分析し、利用者が正しい判断・選択ができるように情報提供や心理的サポートを行い、利用者が自らのために適切な保健医療サービス及び福祉サービスを総合的かつ効率的に利用することができるように支援する必要があります。

#### ③ 公正中立の視点

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サービスが特定の種類又は特定の事業者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りません。

#### ④ 多職種・関係機関との連携

ケアマネジメントの提供にあたっては、市、地域包括支援センター、サービス提供事業者、住民による自主的な活動を含めた地域における様々な取組を行う者などとの連携に努める必要があります。利用者の自立支援を実現していくためには、介護支援専門員の力だけでなく、サービス事業者や医療関係者など高齢者の支援に関わる様々な職種との連携・協働が必要となります。利用者に対するチームアプローチ（多職種協働）を実現するために、専門職の意思統一を図り、効果的な支援につなげることが重要です。

## (2) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、安城市では以下の類型で行います。

| 類型   | ケアマネジメントA<br>(原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)                                                                                                                                                                 | ケアマネジメントC<br>(初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)                                                                                                                |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内容   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定を受けた介護サービス事業所のサービスを利用する場合</li> <li>・ 短期集中型介護予防サービスを利用する場合</li> </ul>                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントの結果、高齢者福祉サービス、ボランティア、NPOや福祉委員会等住民主体の支援、市場における民間サービスその他の生活支援サービスに利用につなげる場合</li> </ul>               |
| 対象事業 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防訪問サービス</li> <li>・ 介護予防通所サービス</li> <li>・ 生活支援訪問サービス</li> <li>・ 生活支援通所サービス（機能訓練型）</li> <li>・ 生活支援通所サービス（ミニデイ型）</li> <li>・ 短期集中型介護予防サービス（※委託不可）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者福祉サービス</li> <li>・ ボランティア、NPOや福祉委員会等住民主体の支援</li> <li>・ 市場における民間サービス、その他の生活支援サービス</li> </ul>              |
| 実施主体 | 地域包括支援センター<br>居宅介護支援事業所（委託）                                                                                                                                                                          | 地域包括支援センター                                                                                                                                          |
| プロセス | アセスメント<br>→ケアプラン原案作成<br>→サービス担当者会議<br>→利用者への説明・同意<br>→ケアプランの確定・交付<br>【利用者・サービス提供者へ】<br>→サービス利用開始<br>→モニタリング【給付管理】                                                                                    | アセスメント<br>→ケアプラン原案作成<br>→利用者と一緒に目標を設定<br>（またはサービス担当者会議）<br>→利用者への説明・同意<br>→ケアプランの確定・交付【利用者へ】<br>（介護サービス事業者へケアプランの交付）<br>→サービス利用開始<br>（ ）内は、必要に応じて実施 |

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施（○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要）

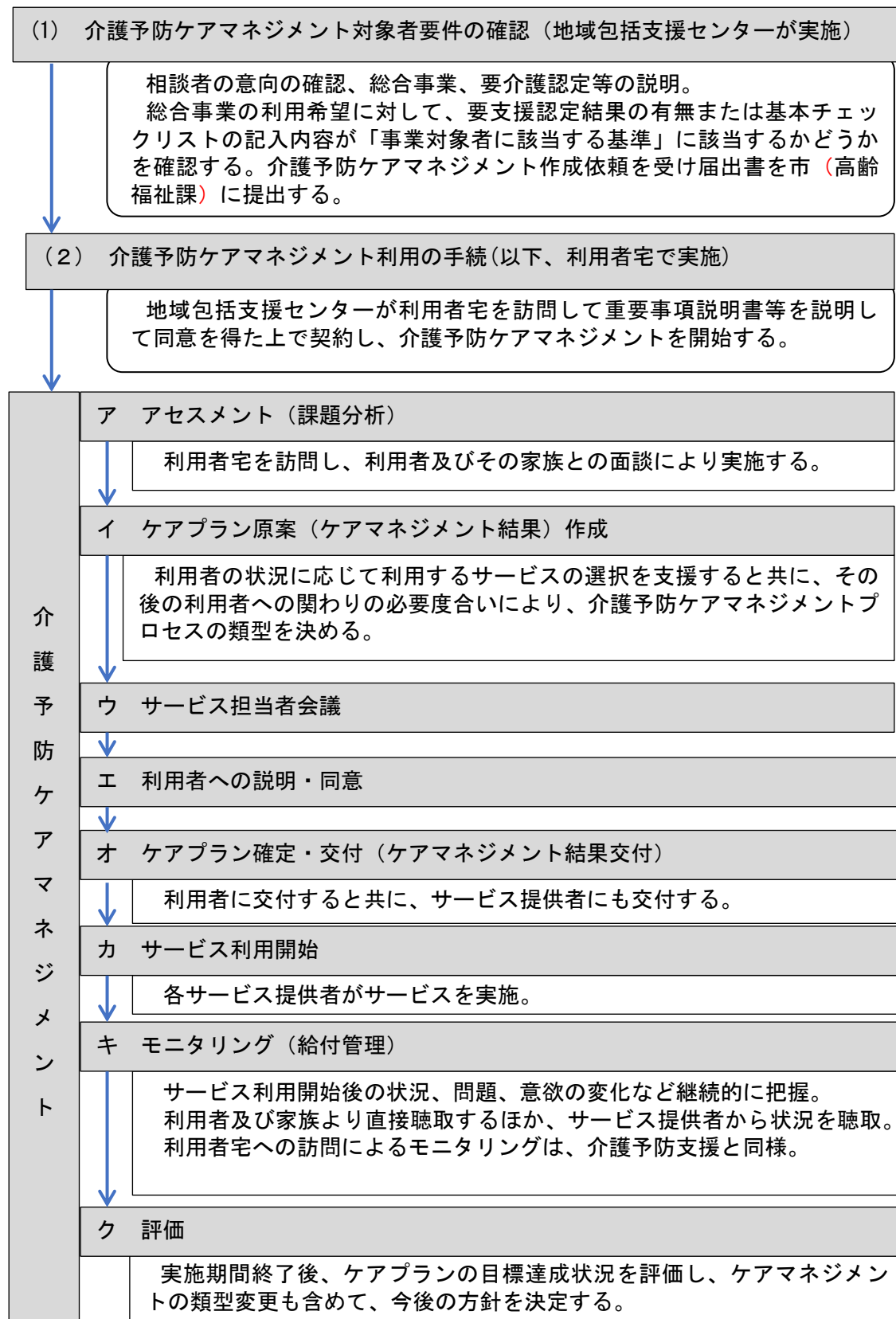
| 手順         | ケアマネジメントA | ケアマネジメントC                 |
|------------|-----------|---------------------------|
| アセスメント     | ○         | ○                         |
| ケアプラン原案作成  | ○         | ○                         |
| サービス担当者会議  | ○         | △<br>(利用者から要請がある場合に実施する)  |
| 利用者への説明・同意 | ○         | ○                         |
| ケアプラン確定・交付 | ○         | △<br>(介護サービス事業所は必要に応じて交付) |
| サービス利用開始   | ○         | ○                         |
| モニタリング     | ○         | —                         |

ケアマネジメントによるサービス利用期間中、変化があったときに本人やサービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておく。

### (3) 介護予防ケアマネジメントの実施手順・ポイント

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者であること又は事業対象者として市町村に登録されることが必要です。

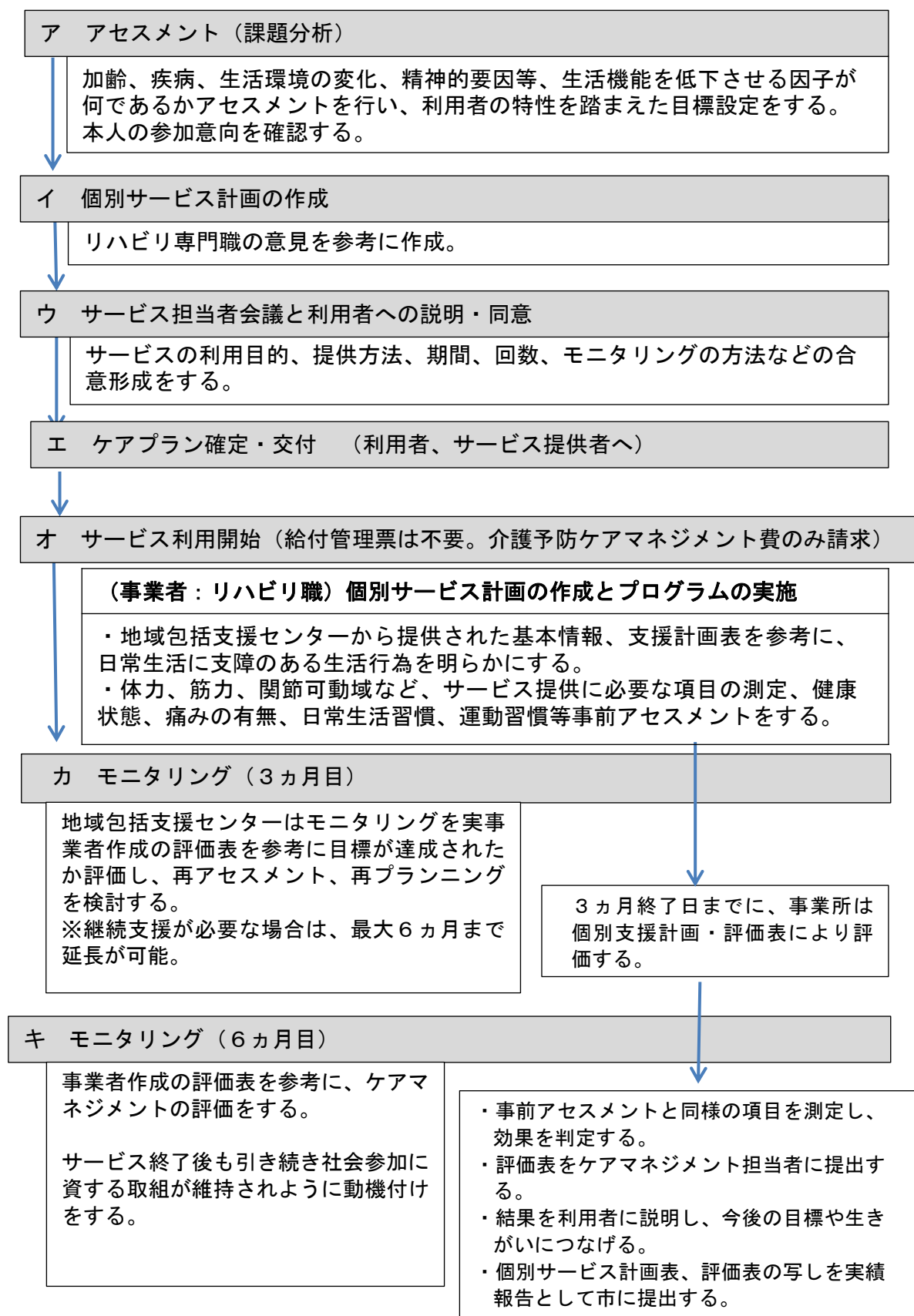
#### ケアマネジメントAの流れ（短期集中型介護予防サービス以外の場合）



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| アセスメント    | <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○利用者の自宅に訪問して本人及びその家族との面接による聞き取り等を通じて行う。</li> <li>○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。</li> <li>○介護予防に取り組む意欲を引き出す。</li> <li>○生活行為への意欲を把握し、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。</li> <li>○病気のことを、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを確認する。</li> </ul> <div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者基本情報</li> <li>・基本チェックリスト</li> <li>・興味・関心シート（参考１）</li> <li>・生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート（参考２）</li> </ul> </div>                                                                                                                                                                                                                                    |
| ケアプラン原案作成 | <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。</li> <li>・計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成が可能と思われるものとする。</li> <li>・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。</li> </ul> </li> <li>○利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>・単にサービス事業の利用のみに限定しない。</li> <li>・一般介護予防事業や地域の活動、家族や地域住民による支援、民間企業の利用も積極的に位置づける。</li> <li>・各事業所の特徴、地域の特性等を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。</li> <li>・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。</li> <li>・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。</li> </ul> </li> <li>○その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・必ず「〇〇をする」等本人の取組みを入れる。</li> </ul> </li> </ul> <div> <p>介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）</p> </div> |

- 事業対象者の支給限度額は、原則、要支援１の限度額と同額です。しかし、利用者の状態に応じて、退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながると考えられるようなケースは要支援２の限度額を上限に要支援１の限度額を超えて利用することも可としますが、その旨を記録に残しておいてください。適切なアセスメントに基づき、計画の見直しを行い、適切なケアマネジメントをお願いします。
- 要支援者や事業対象者がどの程度の頻度でサービスを利用するかは、利用者の心身の状況や、その置かれている環境等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業所と利用者の契約により、適切な利用回数利用時間の設定を行って下さい。
- 介護予防ケアマネジメントの結果、生活支援通所サービスを週２回利用するケアプランをつかった人が、本人の都合で週１回しか利用しなかった場合、給付管理の単位は週２回のみで請求します。

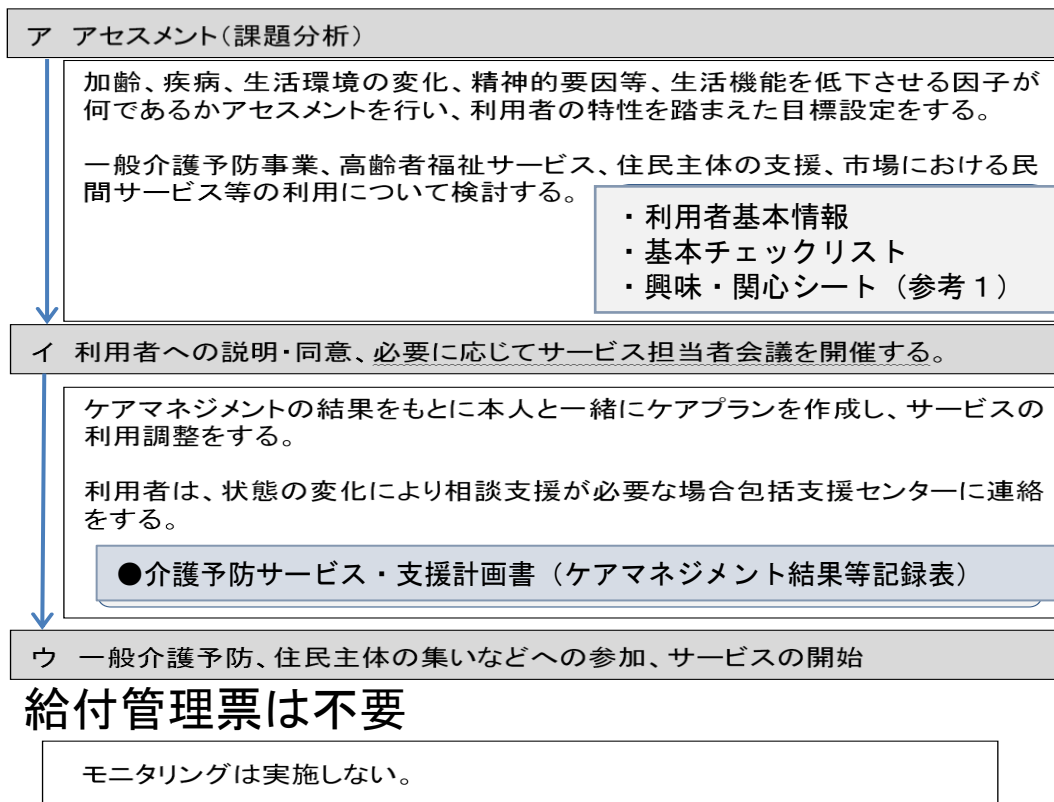
# ケアマネジメントAの流れ（短期集中型介護予防サービスの場合）



|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス担当者<br>会議 | <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○本人、事業所から目標達成のための意見を促す。</li> <li>○サービス事業の終了や移行を意識し、期間の設定等共有する。</li> <li>○利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりをする。</li> <li>○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。</li> </ul> <div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）</li> <li>・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（サービス担当者会議の要点を含む）</li> </ul> </div>                                                                                 |
| モニタリングと<br>評価 | <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○3ヵ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。</li> <li>○本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。</li> <li>○受けているサービス内容についての満足度。</li> <li>○目標の達成状況。</li> <li>○新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断。</li> <li>○最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。</li> </ul> <div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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（サービス担当者会議の要点を含む）</li> <li>・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</li> </ul> </div> |

※ 事業対象者の有効期間を12ヵ月として評価を実施する

## ケアマネジメントCの流れ



○介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取り組みとして保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない(ケアマネジメントC)場合についても、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメント開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われます。

## (4) 介護予防ケアマネジメント委託について

### 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託できることとします。

※地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所との委託契約の締結が必要となります。

| ケアマネジメントAを委託する場合に、居宅介護支援事業所に提出を求める書類 |                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提出時                                  | 内容                                                                                                                                                                 |
| プラン開始前                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ケアプラン（原案作成段階のもの）</li> </ul>                                                                                               |
| プラン開始時                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 基本チェックリスト</li> <li>● 利用者基本情報（事前にお渡しした情報をもとに追加アセスメントをしていただいたもの）</li> <li>● 介護予防サービス・支援計画書（利用者または家族に説明し、同意を得た原本）</li> </ul> |
| 評価時                                  | 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                                                                                                                            |
| 更新時                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 基本チェックリスト（事業対象者・要支援認定者）</li> <li>● 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）</li> </ul>                                              |
| 毎月の請求時                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護予防支援・ケアマネジメント業務委託請求書</li> <li>● 給付管理票</li> <li>● 介護給付予防支援介護給付費明細書</li> <li>● 介護予防・日常生活支援総合事業明細書</li> </ul>              |

| ケアマネジメントAを委託する場合に、居宅介護支援事業所に提供する書類 |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提出時                                | 内容                                                                                                                                                                       |
| プラン開始前                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現状保有している利用者情報（基本情報、認定情報など）</li> <li>● 認定調査結果及び主治医意見書（申請書必要）</li> <li>● 介護予防支援・ケアマネジメント業務委託請求書</li> <li>● 給付管理票提出日日程表</li> </ul> |

## 留意事項

1. 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
2. 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

## 2. 請求について

### (1) 基本単価（単位）と加算・減算について

ケアマネジメントの各類型による、介護予防ケアマネジメント費の基本単価（単位）と算定可能な加算・減算及び1月に利用できる上限単位数である区分支給限度基準額については下表のとおりです。

| ケアマネジメント類型                           | 利用サービス                                                                                                                                                                 | 基本単価と加算・減算                                                                                                                                                                                         | 区分支給<br>限度基準額                                                                   |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ケアマネジメントA                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防訪問サービス</li> <li>・ 介護予防通所サービス</li> <li>・ 生活支援訪問サービス</li> <li>・ 生活支援通所サービス（機能訓練型・ミニデイ型）</li> <li>・ 短期集中型介護予防サービス</li> </ul> | <p>【基本報酬】<br/>442単位</p> <p>【初回加算】<br/>300単位</p> <p>【委託連携加算】<br/>300単位</p> <p>【高齢者虐待防止措置未実施減算】<br/>所定単位数の<br/>100分の1に相当する<br/>単位数を減算</p> <p>【業務継続計画未策定減算】<br/>所定単位数の<br/>100分の1に相当する<br/>単位数を減算</p> | <p>【事業対象者】<br/>5,032単位</p> <p>【要支援1】<br/>5,032単位</p> <p>【要支援2】<br/>10,531単位</p> |
| ケアマネジメントC<br>※ケアマネジメントの<br>開始月のみ算定可能 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般介護予防事業等</li> <li>・ 住民主体の支援</li> <li>・ 高齢者福祉サービス</li> <li>・ 市場における民間サービス等</li> </ul>                                         | <p>【基本報酬】<br/>442単位</p> <p>【初回加算】<br/>300単位</p> <p>【高齢者虐待防止措置未実施減算】<br/>所定単位数の<br/>100分の1に相当する<br/>単位数を減算</p> <p>【業務継続計画未策定減算】<br/>所定単位数の<br/>100分の1に相当する<br/>単位数を減算</p>                           | 給付管理なし                                                                          |

## 初回加算

● 300単位／月

●新規に介護予防サービス・支援計画を作成する利用者に介護予防ケアマネジメントを行った場合については、1月につき所定単位数を算定する。

### 【新規の考え方】

契約の有無にかかわらず、当該利用者について、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

## 委託連携加算

● 300単位／月

●地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

※ 短期集中型介護予防サービスについては、居宅への委託ができないことから、委託連携加算は算定できません。

## 高齢者虐待防止措置未実施減算

●厚生労働大臣が定める基準第2号に規定する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準第2号に規定する基準とは】

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

第37条の2

介護予防サービス事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

- 1 当該介護予防サービス事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的  
に開催するとともに、その結果について、担当職員等に周知徹底を図ること。
- 2 当該介護予防サービス事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 当該介護予防サービス事業所において、担当職員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的  
に実施すること。
- 4 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

※ 「指定訪問介護」を「介護予防サービス」に、「訪問介護員」を「担当職員」に書き替えています。

## 業務継続計画未策定減算

●令和7年4月1日以降は、厚生労働大臣が定める基準第2号の2に規定する基準を満たさない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準第2号の2に規定する基準とは】

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

第30条の2第1項

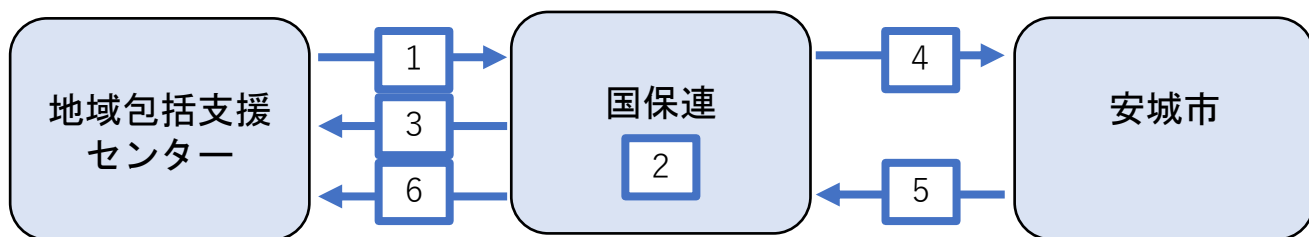
介護予防サービス事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護予防サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

※ 「指定訪問介護」を「介護予防サービス」に書き替えています。

## (2) 介護予防ケアマネジメント費の請求について

### ① 地域包括支援センターが直接ケアマネジメントしている場合

「地域包括支援センター」から「愛知県国民健康保険団体連合会（以下国保連という。）」へ請求を行う。支払は「国保連」から「地域包括支援センター」へ行う。

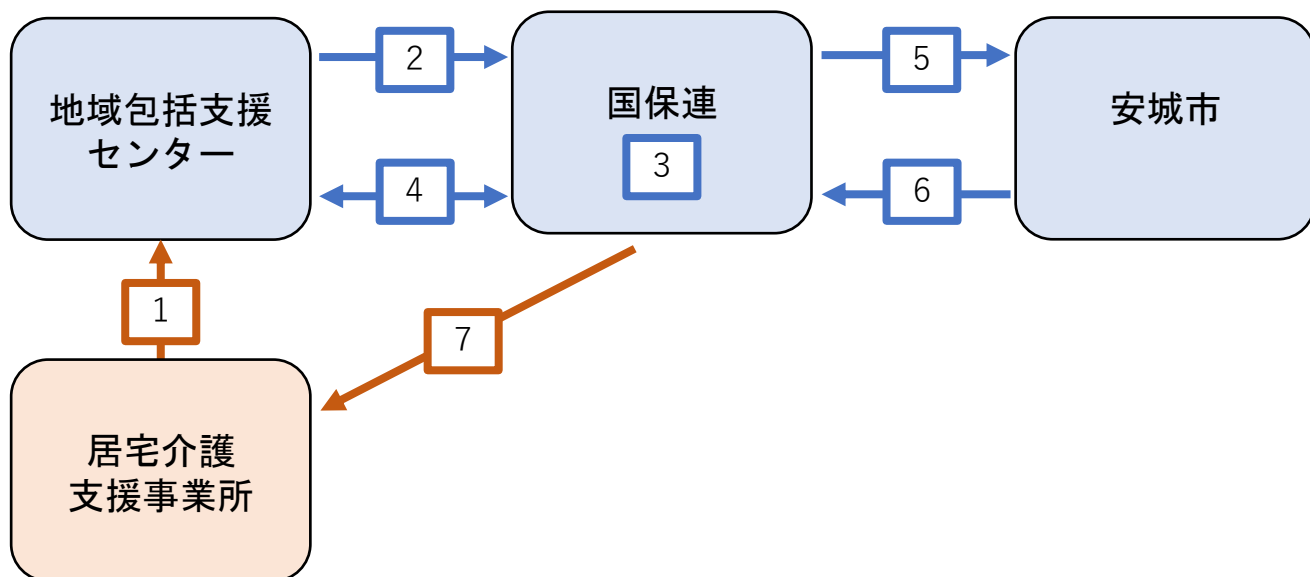


|   |                                    |   |                                   |
|---|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 1 | 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント費を国保連に請求する。 | 4 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費を安城市に請求する。       |
| 2 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費と台帳情報とのチェックを行う。   | 5 | 安城市が介護予防ケアマネジメント費を国保連に支払う。        |
| 3 | 地域包括支援センターは国保連から返戻となった請求に対応する。     | 6 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費を地域包括支援センターに支払う。 |

## ② 委託した居宅介護支援事業所がケアマネジメントしている場合

「居宅介護支援事業所」から「地域包括支援センター」に請求に必要な情報が提供される。「地域包括支援センター」から「国保連」へ請求を行う。

支払は「国保連」から委託先の「居宅介護支援事業所」へ行う。



|   |                                    |   |                                      |
|---|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 1 | 居宅介護支援事業所が地域包括支援センターに情報を提供する。      | 5 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費を安城市に請求する。          |
| 2 | 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント費を国保連に請求する。 | 6 | 安城市が介護予防ケアマネジメント費を国保連に支払う。           |
| 3 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費と台帳情報とのチェックを行う。   | 7 | 国保連が介護予防ケアマネジメント費を委託先の居宅介護支援事業所に支払う。 |
| 4 | 地域包括支援センターは国保連から返戻となった請求に対応する。     |   |                                      |

※ 令和6年4月1日に施行された介護保険法の一部改正により、居宅介護支援事業所においても介護予防支援事業所の指定を受けることができるようになりましたが、利用者が総合事業のみ利用する場合は「介護予防ケアマネジメント」によるサービス利用計画となるため、居宅介護支援事業所が直接国保連へ請求することはできません。

### （３）住所地特例者について

住所地特例とは、介護保険２施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設）、特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅）に入所する場合において、住所を変更しても変更前の市町村が引き続き保険者となる仕組みです。

安城市内の施設に住所地がある住所地特例者は、原則安城市の被保険者と同様に、安城市の総合事業を利用できます。

| 住所地特例者等の取扱いについて              |                 |         |
|------------------------------|-----------------|---------|
|                              | 事業対象者           | 要支援者    |
| 要支援認定<br>基本チェックリスト           | 施設所在地（安城市）      | 保険者（他市） |
| 介護予防ケアマネジメント<br>依頼（変更）届出書提出先 | 安城市             |         |
| 被保険者証発行                      | 保険者（他市）         |         |
| ケアマネジメント                     | 安城市内の地域包括支援センター |         |
| サービス提供                       | 安城市内のサービス事業所    |         |
| 事業費の請求                       | 保険者（他市）※国保連経由   |         |

※ 単価・サービスコードについては、安城市のものを使用してください。

※ 介護療養型医療施設は令和６年３月末で廃止されました。

## (4) 自己作成（セルフケアプラン）について

### ◆自己作成（セルフケアプラン）とは

安城市では、自己作成（セルフケアプラン）と呼んでいるものには、以下の2種類のものがあります。

- ア 利用者やその家族が作成するもの
- イ 暫定ケアプランを「自己作成扱い」とするもの

※ 以下では、イの「自己作成扱いとするもの」について説明します。

### ◆暫定ケアプランの自己作成扱いについて

要介護・要支援認定の申請中に暫定ケアプランを作成し、サービスを導入していたが、認定結果区分が見込みと異なった場合、暫定ケアプランをケアプランとみなすことができないことがあります。この場合に、ケアプランの未作成による利用者償還払い化を避けるため、自己作成扱いとすることで、市が給付管理を行います。

※ 参考：平成18年4月 改定介護報酬 Q&A Vol.2【問52】

### ◆ 暫定ケアプランの自己作成になった場合の提出書類について

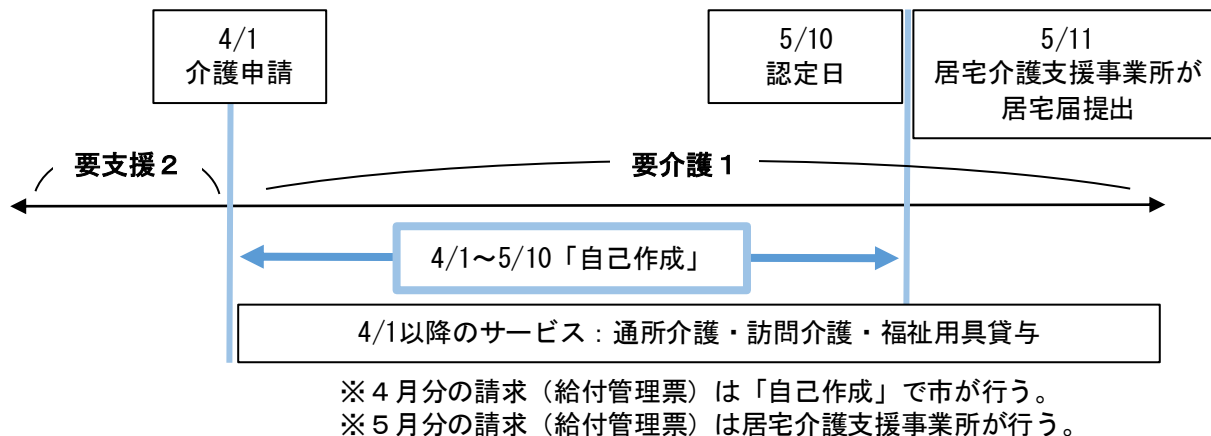
- ア 暫定ケアプラン（本人同意のあるもの）
- イ 利用する月のサービス利用票及び利用票別表（事業所からの実績回数が記載されたもの）

※ 事前に安城市高齢福祉課介護給付係にご確認のうえご提出ください。

※ 給付管理が「自己作成」となるケースを避けるための方法について、次ページ以降に具体例を示しましたので、参考にしてください。

① 要支援の人が介護申請した結果「要介護」になったが、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所と連携できていなかったケース

例)

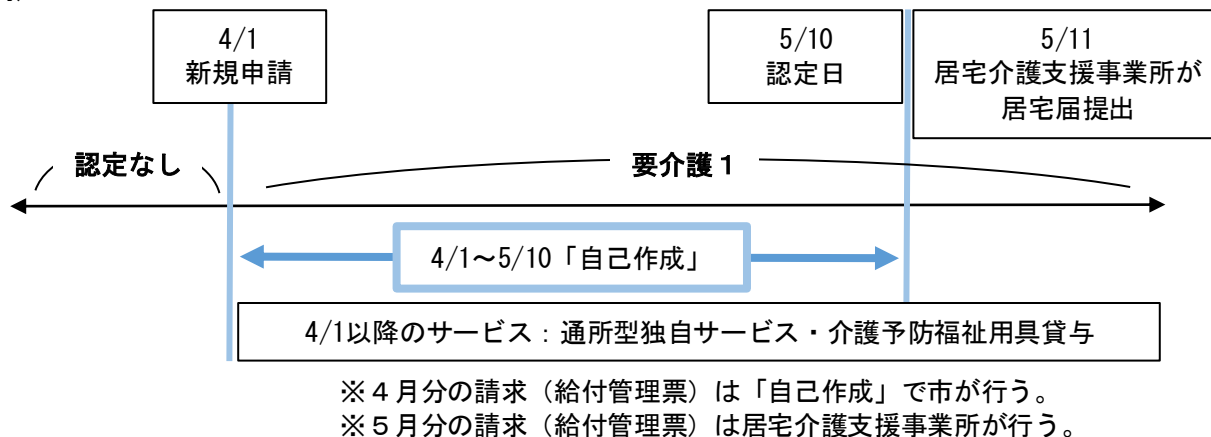


自己作成を避けるための方法

要支援の人が介護申請した場合は、必ず居宅介護支援事業所と連携し「要介護」の暫定ケアプランを作成してください。

② 新規申請中に要支援となる見込みで暫定サービスを利用したが、結果「要介護」になり、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所と連携できていなかったケース

例)

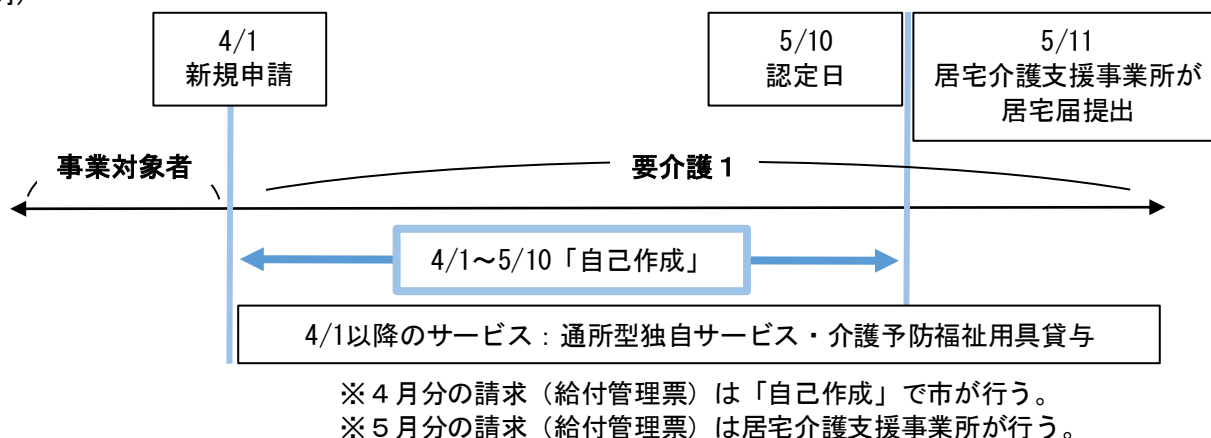


自己作成を避けるための方法

新規申請中に暫定でサービスを利用する場合、「要支援」か「要介護」どちらの結果が出るか想定しにくいときは、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携（双方がサービス担当者会議に出席する）を取った上で、可能性の高い介護度の暫定ケアプランを作成してください。想定の結果と異なる場合、上記の連携が取れていれば、ケアプラン作成に関わっていたとみなします。

③ 総合事業対象者が新規申請中に要支援となる見込みで暫定サービスを利用したが、結果「要介護」になり、地域包括支援センターが居宅介護支援事業所と連携できていなかったケース

例)



#### 自己作成を避けるための方法

総合事業対象者でも要介護になる場合があります。要介護になる可能性が少しでもあれば、居宅介護支援事業所と連携（双方がサービス担当者会議に出席する）を取った上で、可能性の高い介護度の暫定ケアプランを作成してください。

想定の結果と異なる場合、上記の連携が取れていれば、ケアプラン作成に関わっていたとみなします。

### ◆総合事業におけるケアプランの自己作成について

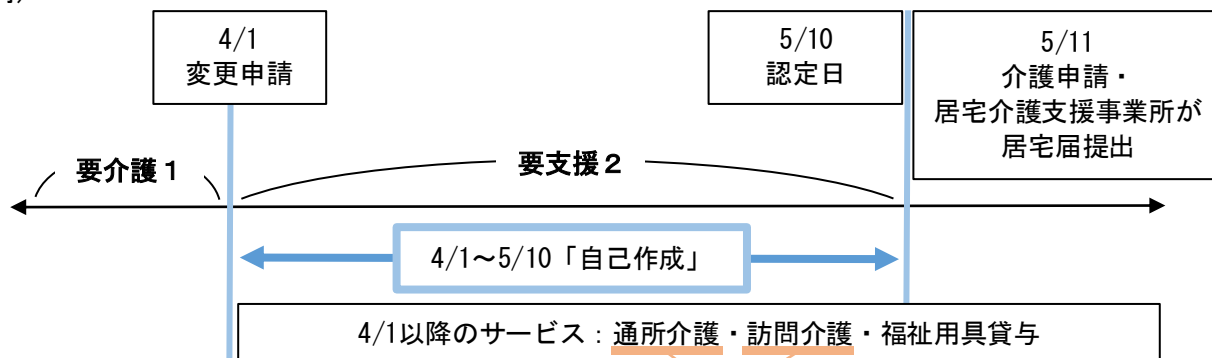
「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」（令和3年11月15日改定版 76頁（3）介護予防ケアマネジメントにおける留意事項）によると、「ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要であるが、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当である。」とあります。

したがって、居宅介護支援事業所において、暫定プランで「通所介護」や「訪問介護」を利用していた場合、「要支援」の結果が出ると、その期間の当該サービスについては「自己作成」での費用請求ができません。このようなことが起きないように、居宅介護支援事業所と連携してサービスの提供を行っていただきますよう、ご協力をお願いいたします。

※ 給付管理が「自己作成」となるケースを避けるための方法について、次ページに具体例を示しましたので、参考にしてください。

要介護1の人が要介護度が上がる見込みで変更申請中に暫定サービスを利用したが、結果「要支援」になり、居宅介護支援事業所が地域包括支援センターと連携できていなかったケース

例)



要支援の場合は「総合事業」になる（総合事業に対応していない事業所もある）

※ 4月分の請求（給付管理票）は「自己作成」で市が行う。

※ 5月分の請求（給付管理票）は居宅介護支援事業所が行う。

※ 特に通所介護、訪問介護を利用している場合は、結果が「要支援」になると、それらのサービスが「総合事業」となり「自己作成」での請求ができないため、注意が必要です。基本的には全額利用者負担となります。

#### 自己作成を避けるための方法

要支援になる可能性が少しでもあれば、地域包括支援センターと連携（双方がサービス担当者会議に出席する）を取った上で、可能性の高い介護度の暫定ケアプランを作成してください。

想定の結果と異なる場合、上記の連携が取れていれば、ケアプラン作成に関わっていたとみなします。

ケアプランの「自己作成」に基づく総合事業の利用は想定されていません。



給付管理を「自己作成」にして国保連合会に請求しても受理されません。



総合事業分については基本的には全額自己負担になります。

総合事業以外のサービス（上記例でいう「福祉用具貸与」）については「自己作成」で請求可能

### Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの関連様式集

#### ＜介護予防ケアマネジメント実施における関連様式の記載例＞

- 受付シート・基本チェックリスト
- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）
- サービス評価表
  - （参考１）興味・関心チェックシート
  - （参考２）生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート（聴き取り用）

| 受付シート |                                                                                                                             | 受付日           | 年                 | 月 | 日 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|---|---|
| フリガナ  |                                                                                                                             | 生年月日          | 年                 | 月 | 日 |
| 対象者氏名 |                                                                                                                             |               | ( ) 歳             |   |   |
| 住 所   |                                                                                                                             |               |                   |   |   |
| 居 住 地 |                                                                                                                             | 電 話           |                   |   |   |
| 家族構成  | 同居( 配偶者・子・その他 )<br>別居( )                                                                                                    | 要介護認定<br>の有 無 | 無 ・ 要支援( )・要介護( ) |   |   |
| 相談者   | 氏名                                                                                                                          | 続 柄           |                   |   |   |
|       | 住所                                                                                                                          | 連絡先           |                   |   |   |
| 相談理由  | 1 医療機関のすすめ                      2 家族・友人のすすめ                      3 生活が不安になって<br>4 使いたいサービスがある                      5 その他( ) |               |                   |   |   |
| 相談内容  |                                                                                                                             |               |                   |   |   |
| 受診状況  | 定期受診なし ・ 外来通院中 ・ 入院中(退院予定: 年 月 日 ・ 未定 ・ 不明)                                                                                 |               |                   |   |   |

※ 第2号被保険者(40歳～64歳)は、要介護等認定申請へ

| NO | 質問事項                | ※どちらかに○を付けてください。                                                                                |                                                         |
|----|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | 歩けますか               | できる ・ つかまれば可                                                                                    | できない                                                    |
|    | 着替えができますか           | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 1人でお風呂に入れますか        | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 1人で食事ができますか         | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 薬の管理ができますか。         | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 食事を用意することが出来ますか     | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 部屋を片付けることができますか     | できる ・ 一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 日常生活に支障のある物忘れがありますか | ない                                                                                              | ある                                                      |
| 2  | 使いたいサービスがありますか      | 訪問サービス(介護予防・生活支援)<br>通所サービス(介護予防・生活支援)<br>短期集中型介護予防サービス<br>住民主体訪問/通所サービス<br>人にやさしい住宅リフォーム<br>未定 | 通所リハビリ<br>訪問看護<br>福祉用具<br>短期入所生活/療養介護<br>住宅改修<br>その他( ) |

回答すべてがAの場合:聞き取り内容より総合的に判断  
・総合事業について説明し、基本チェックリストへ  
・一般介護予防事業へつなぐ  
・地域包括支援センターへ情報提供

回答に1つでもBがある場合:必要に応じ要介護等認定申請へ

基本チェックリスト  
☐実施  
☐実施せず

☐ 必要に応じ要介護等認定申請へ

受付シート受付者等

|                |                                |     |
|----------------|--------------------------------|-----|
| 受付機関           |                                | 受付者 |
| ①地域包括支援センター( ) |                                |     |
| ②その他( )        |                                |     |
| 担当             | 地域包括支援センター( )<br>※受付機関が②の場合に記入 |     |

※基本チェックリストを行った場合は、市へ原本を提出

|                  |         |
|------------------|---------|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | システム入力者 |
|                  |         |

＜受付シート＞  
目的：本人の状態とニーズを聴き取り、一般介護予防、事業対象者、要介護認定等申請を振り分け、適切なサービスの申請へ案内するためのものです。  
提出時：事業対象者として新規登録する場合、更新する場合  
提出先：高齢福祉課地域支援係  
※事業対象者として登録・更新されない場合は提出不要です。

記入例

|       |                                                                             |       |               |                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|-------------------------|
| 受付シート |                                                                             | 受付日   | ○ 年 9 月 10 日  |                         |
| フリガナ  | あんじょう たろう                                                                   |       | 生年月日          | SO 年 3 月 1 日<br>( ○ ) 歳 |
| 対象者氏名 | 安城 太郎                                                                       |       |               |                         |
| 住 所   | 安城市桜町 1 - 1                                                                 |       |               |                         |
| 居 住 地 | 同上                                                                          | 電 話   | 1 1 - 1 1 1 1 |                         |
| 家族構成  | 同居( 配偶者・子・その他 )<br>別居( )                                                    |       | 要介護認定の有無      | 無・要支援( )・要介護( )         |
| 相談者   | 氏名                                                                          | 安城 花子 | 続 柄           | 妻                       |
|       | 住所                                                                          | 同上    | 連絡先           | 1 1 - 1 1 1 1           |
| 相談理由  | 1 医療機関のすすめ      2 家族・友人のすすめ      3 生活が不安になって<br>4 使いたいサービスがある      5 その他( ) |       |               |                         |
| 相談内容  | 意欲がなくなって、外出しなくなった。                                                          |       |               |                         |
| 受診状況  | 定期受診なし・外来通院中・入院中(退院予定： 年 月 日・未定・不明)                                         |       |               |                         |

※ 第2号被保険者(40歳～64歳)は、要介護等認定申請へ

| NO | 質問事項            | ※どちらかに○を付けてください。                                                                              |                                                         |
|----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | 歩けますか           | できる・つかまれば可                                                                                    | できない                                                    |
|    | 着替えができますか       | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 1人でお風呂に入れますか    | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 1人で食事ができますか     | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 薬の管理ができますか。     | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 食事を用意することが出来ますか | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
|    | 部屋を片付けることができますか | できる・一部介助が必要                                                                                   | できない                                                    |
| 2  | 使いたいサービスがありますか  | 訪問サービス(介護予防・生活支援<br>通所サービス(介護予防・生活支援<br>短期集中型介護予防サービス<br>住民主体訪問/通所サービス<br>人にやさしい住宅リフォーム<br>未定 | 通所リハビリ<br>訪問看護<br>福祉用具<br>短期入所生活/療養介護<br>住宅改修<br>その他( ) |

回答すべてがAの場合：聞き取り内容より総合的に判断  
・総合事業について説明し、基本チェックリストへ  
・一般介護予防事業へつなぐ  
・地域包括支援センターへ情報提供  
  
回答に1つでもBがある場合：必要に応じ要介護等認定申請へ

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 基本チェックリスト<br>□実施<br>□実施せず | □必要に応じ要介護等認定申請へ |
|---------------------------|-----------------|

受付シート受付者等

|                                                          |               |     |
|----------------------------------------------------------|---------------|-----|
| 受付機関                                                     |               | 受付者 |
| ①地域包括支援センター( )                                           |               |     |
| ②その他( )                                                  |               |     |
| 担当                                                       | 地域包括支援センター( ) |     |
| 担当                                                       | ※受付機関が②の場合に記入 |     |
| 受付シートを実施した職員が記入します。<br>(包括以外で実施した場合は、下欄に担当包括名を併記してください。) |               |     |

相談内容、本人の意向等により、判断した結果の該当箇所に☑を記入。

※基本チェックリストを行った場合は、市へ原本を提出

|      |         |
|------|---------|
| 市処理欄 | システム入力者 |
|      |         |

高齢福祉課が記入します。

# 基本チェックリスト( 新規 ・更新 )

|        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                |                 |        |                 |  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|-----------------|--------|-----------------|--|
|        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  | チェックリスト<br>実施日 | 年      月      日 |        |                 |  |
| 被保険者番号 |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  | 対象者氏名          |                 |        |                 |  |
| 記入者    |                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外    ( 続柄      ) ( 氏名      )                                                            |  |  |  |  |  |  |  |                |                 |        |                 |  |
| 主観的健康感 |                                                                                                                                                                                                                                                              | あなたは、健康だと思いますか？ <input type="checkbox"/> とても健康 <input type="checkbox"/> まあ健康 <input type="checkbox"/> あまり健康ではない <input type="checkbox"/> 健康ではない |  |  |  |  |  |  |  |                |                 |        |                 |  |
| NO     | 質問項目                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 回答              |        | ※判定             |  |
| 1      | バスや電車で1人で外出していますか ※付き添いなしで自家用車で外出する場合も含む                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ | ①<br>(      )/5 |  |
| 2      | 日用品の買い物をしていますか ※外出しての買い物(電話注文のみは含まない)                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 3      | 預貯金の出し入れをしていますか ※自分でお金を管理できるかどうか                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 4      | 友人の家を訪ねていますか ※電話での交流や家族・親戚の家は含まない                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 5      | 家族や友人の相談にのっていますか ※面談せず電話のみでの相談も含む                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 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<br>※時々手すり等を使用している程度なら「はい」                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ | ②<br>(      )/5 |  |
| 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<br>※時々つかまる程度なら「はい」                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 8      | 15分位続けて歩いていますか ※屋内か屋外かは問わない                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 9      | この1年間に転んだことはありますか                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 10     | 転倒に対する不安は大きいですか                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 11     | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重の減少はありましたか                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ | ③<br>(      )/2 |  |
| 12     | 身長      cm      体重      kg      ( BMI =      ) ( 注 )<br>( 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                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                |                 |        |                 |  |
| 13     | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 14     | お茶や汁物等でむせることがありますか                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 15     | 口の渇きが気になりますか                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 16     | 週に1回以上は外出していますか<br>※頻度が異なる場合は過去1か月の平均                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ | ⑤<br>(      )/2 |  |
| 17     | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 18     | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 19     | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 0. はい           | 1. いいえ |                 |  |
| 20     | 今日が何月何日かわからない時がありますか                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 21     | (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ | ⑦<br>(      )/5 |  |
| 22     | (ここ2週間) これまで楽しんでやれ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感じられる                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 24     | (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 25     | (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                | 1. はい           | 0. いいえ |                 |  |
| 同意欄    | 介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、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、アセスメントシート等を、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等その他介護予防・日常生活支援総合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。<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年      月      日</span> <span>氏名</span> </div> |                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |                |                 |        |                 |  |

※ チェックリスト受付者 処理欄

|          |                                     |                             |                |                                     |
|----------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------------|
| 受付<br>機関 | ①地域包括支援センター(      )<br>②その他(      ) | 受付者                         | 担当<br>包括       | 地域包括支援センター(      )<br>※受付機関が②の場合に記入 |
| 判定結果     | 該当項目【※】                             | 前回認定状況                      | 前回有効期間         | 市処理欄                                |
| 該当       | ①・②・③・④                             | ・事業対象者<br>・要介護等認定者<br>・認定なし | (サービス利用 有 ・ 無) | 窓口受付                                |
| 非該当      | ⑤・⑥・⑦                               |                             |                | チェックリスト入力                           |
|          |                                     |                             |                | 届出入力                                |

【※】⑤はNo.16に該当

### 記入例

チェックリスト  
実施日

○年 9月 10日

|                  |                             |                                   |              |              |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|
| ※ チェックリスト受付者 処理欄 |                             |                                   |              |              |
| 受付<br>機関         | ①地域包括支援センター( )<br>②その他( 市 ) | 受付者                               | 愛知           | 担当<br>包括     |
|                  |                             | 地域包括支援センター( 〇〇 )<br>※受付機関が②の場合に記入 |              |              |
| 判定結果             | 該当項目【※】                     | 前回認定状況                            | 前回有効期間       | 市処理欄         |
| 該当               | ①・②・③・④                     | ・事業対象者<br>・要介護等認定者                |              | 窓口受付         |
| 非該当              | ⑤・⑥・⑦                       | ・認定なし                             | (サービス利用 有・無) | チェックリスト入力    |
|                  |                             |                                   |              | 届出入力         |
|                  |                             |                                   |              | 高齢福祉課が記入します。 |

【※】⑤はNo.16に該当

## 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<br>○ <u>その他</u> （ 訪問 ）                             | 初 回<br>再来(前 / )                |    |        |
| 本人の現況             | ○ <u>在宅</u> ・入院又は入所中( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |                                |    |        |
| フリガナ<br>本人氏名      | □△ ○○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 男・○ <u>女</u>                                               | M・T・○ <u>S</u> □年 ○月 △日生 (○○)歳 |    |        |
| 住 所               | 安城市□町 X-○-Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tel<br>Fax                                                 | 0566(○○)△○☆□<br>( )            |    |        |
| 日常生活<br>自立度       | 障害高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自 立 ・ J 1 ・ ○ <u>J 2</u> ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ 2 |                                |    |        |
|                   | 認知症高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ○ <u>自立</u> ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M     |                                |    |        |
| 認定・<br>総合事業<br>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<br>有効期限: 年 月 日～ ○年6月30日（前回の介護度 要支援2）<br>基本チェックリスト記入結果:○ <u>事業対象者の該当あり</u> ・事業対象者の該当なし<br>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<br>住居環境       | ○ <u>自宅</u> ・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無（有）階、住宅改修の有無（無）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                                |    |        |
| 経済状況              | ○ <u>国民年金</u> ・厚生年金・障害年金・生活保護(夫の遺族年金あり)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |                                |    |        |
| 来 所 者<br>(相談者)    | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; margin-right: 10px;">家族構成</div> <div> <p>家族構成</p> <p>◎回=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン<br/>主介護者に「主」副介護者に「副」（同居家族は○で囲む）</p> <p>(家族関係の状況)</p> <p>50歳の時に夫が病死し、1人暮らし。<br/>長男は市内に自宅を持ち、職場は本人宅の近くで、仕事に行く前にゴミを出してくれる。長男の妻も仕事があり、週に1回は買い物をしてきている。<br/>長女は徒歩10分ほどの所に住んでいるが、孫の子守と姑の介護をしている。</p> </div> </div> |                                                            |                                |    |        |
| 住 所<br>連 絡 先      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                |    |        |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                |    |        |
| 氏名                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                | 続柄 | 住所・連絡先 |
| □△ △夫             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                                | 長男 |        |
| □△ ☆子             | 長男<br>の妻                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |                                |    |        |
| △□ ○子             | 長女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                |    |        |
| △□ ▽男             | 長女<br>の夫                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |                                |    |        |

# 《介護予防に関する事項》

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                      |                                                               |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|--|
| <p><b>今までの生活</b></p>                 | <p>農家の長女として生まれ、中学を卒業後、兄妹は県外に就職、本人1人で両親の農業を手伝っていた。25歳の時中学の同級生と結婚し現在の家で暮らす。結婚後は1男1女を育てながら、夫の両親と農業をし、冬には近所の食堂で仲居をしていた。夫の両親が亡くなり、50歳の時には夫が病死、独り暮らしとなった。農業も止め、近くの食堂で頼まれたときに働き65歳で辞める。1年ほど前から、腰痛の悪化があり友人に勧められ介護認定を受け訪問介護を利用し生活している。</p> |                  |                      |                                                               |  |
| <p><b>現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)</b></p> | <p><b>1日の生活・すごし方</b></p>                                                                                                                                                                                                          |                  |                      | <p><b>趣味・楽しみ・特技</b></p>                                       |  |
|                                      | <p>午前中は新聞を隅から隅まで全部読む。読み終わると時間はかかるが一日一回は散歩に出る。夕食が終わると日記を書く。</p>                                                                                                                                                                    |                  |                      | <p>同級生との温泉旅行や長電話が楽しみ</p>                                      |  |
|                                      | <p><b>時間</b></p>                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>本人</b></p> | <p><b>介護者・家族</b></p> | <p><b>友人・地域との関係</b></p>                                       |  |
|                                      | <p>6:00 起床・ラジオ体操<br/>8:00 朝食<br/>9:00 新聞を読む・散歩<br/>12:00 昼食<br/>14:00 入浴(毎日)<br/>18:00 夕食<br/>20:00 就寝</p>                                                                                                                        |                  |                      | <p>同級生との関わり。<br/>近隣・地域の人たちとの付き合い。<br/>老人会に入っていて定期的な集まりに参加</p> |  |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                      |                                                               |  |

## 《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<br>(主治医・意見作成者に☆) |   |     | 経過    | 治療中の場合は内容  |
|----------|--------|---------------------------|---|-----|-------|------------|
| 平成30年 7月 | 高血圧症   | □内科医院                     | ☆ | Tel | 治療中   | 1/月受診 内服有り |
| 平成19年 3月 | 骨粗しょう症 | 同上                        |   | Tel | 経観観察中 | 内服有        |

## 《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 |
|-------------|---------|
| <p>宅配弁当</p> |         |

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ものに提示することに同意します。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画表

被保険者番号 00000 00000

本人が傷つく言葉は記載せず、前向きになれるような言葉で記載してみましょう。

R3年度総合事業マニュアル説明会資料

利用者名様

認定年月日 年 月 日

認定の有効期間 年 月 日

※暫定プランの場合は申請中を選択

計画作成者氏名

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地

初回：担当事業所で初めて介護予防ケアマネジメント又は予防給付を受ける場合。  
継続：現在受けており、今後も予防給付又は介護予防ケアマネジメントをそのまま受ける予定の場合は継続。  
紹介：予防給付（総合事業以外のサービスも利用）⇄介護予防ケアマネジメント（総合事業の利用のみ）

計画作成（変更）日 令和 年 月 日

（初回作成日 令和 年 月 日）

※原案作成日を記載。計画に関する同意日と同日でなくともよい。

※2回目以降作成の場合、初回作成日を記載

担当地域包括支援センター： 安城市地域包括支援センター〇〇

目標とする生活

1日 具体的でなおかつ、達成感が得られる内容 目標とする生活のイメージ化 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。

1年 生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。1日の目標とつながりがなくともよい。その人らしい自己実現を引き出すようにする。

| アセスメント領域と現在の状況・支援計画                                                                                                 |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                         |                                    |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| アセスメント領域と現在の状況                                                                                                      | 本人・家族の意欲・意向                                                                                    | 領域における課題（背景・原因）                                                                                                                                                                                                        | 総合的課題                                                                                                                                                                                     | 課題に対する目標と具体策の提案                                                                                                                                                                                                                                                              | 具体策についての意向<br>本人・家族                                                                                              | 目標                                                                                      | 支援計画                                                                                                                  |                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                         |                                    |                                      |
|                                                                                                                     |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         | 目標についての支援のポイント                                                                                                        | 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス                                                                              | 介護保険サービス<br>または地域支援事業                                                                               | サービス種別                                                                                  | 事業所                                | 期間                                   |
| 運動・移動について<br><br>＜参考項目＞<br>基本チェックリスト1、6～10、16、17<br><br>自ら行きたい場所への移動手段、歩行状態等の状況。                                    | アセスメント領域の内容について、本人、家族の認識。「〇〇できるようになりたい。」「手伝ってもらいたい。」と記載し、理由についても確認する。<br>本人、家族の意向が異なる場合は分けて記載。 | □ 有 □ 無<br>各領域において、生活上の課題となっていることその背景・原因を記載。基本情報、主事意見書、基本チェックリスト等から整理・分析。専門用語はなるべく使わない。<br>予後予測を踏まえ、生活や本人の言葉に即した表現にする。今の機能を維持する視点も大切。その領域に課題があると考えた場合は「有」に■を付す。<br>＜例＞<br>・～により、健康が保たれている。<br>・～の原因により、…であり、〇〇の可能性はある。 | 各領域に共通した課題をの中から利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、課題共通の背景等を見つけ出す。優先度の高い順に課題を挙げる。課題とした根拠も記載する。意向や目標、具体策は記入しない。<br>一緒に生活を振り返り考えていく。<br>本人が今後どのような生活をおくれるようになるか、全体像を理解した上で生活課題を記載。 | 総合的課題に対して目標と具体策を記載。本人、家族へ専門家として示す提案。<br>目標は、評価可能で具体的なもの。<br>具体策は、セルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスなどの活用も記載。実際に取り組めるような具体的な内容。右の項目で同意がある場合は、ここでの目標と具体策が目標と支援内容にもつながる。<br>具体的には、〇〇が必要。〇〇を行うと記載。<br><br>＜例＞<br>目標：<br>ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる。<br><br>具体策：<br>①～を利用して、…を行う。<br>②〇〇が…を行う。<br>… | 具体策に対して、本人や家族の意向を記載。合意が得られなかった場合、その理由や根拠等、本人や家族の考えを記載。それが右の目標へもつながる。<br>どうしてそう思うか、一歩踏み込んで聞くなど、周囲の押し付けにならないようにする。 | 計画作成者が提案した「課題に対する目標」と「本人、家族の意欲・意向」をすりあわせ、合意した目標を記載。<br>客観的に達成状況が判断できるような数値目標があると評価しやすい。 | 家族を含む支援者側が目標に向けた支援実施における安全管理上のポイントや目標に対する支援の留意点や方向性を記載。計画作成者から関係機関へのアドバイス。担当者の役割分担、連携方法等を記載。<br>健康状態についての主治医の指示などを記載。 | 本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや友人等の協力などを記載。<br>誰が何をするか分け、具体的に記載。<br>アセスメントで記載した、本人のやっているプラス面は継続できるように記載。 | 予防給付、総合事業の具体的なサービス内容を記載。<br>※サービス種別の記載ではない。<br><br>どこの掃除をどのように行うのか。代行するのか、一緒に行うのか。どのようなリハビリを行うのか記載。 | 左側のサービスに適したサービス種別を記載する。加算も記載。<br>※事業所の体制に係る加算は記載不要。<br>給食サービス、サロン、地域交流等、インフォーマルサービスも記載。 | 事業名を記載。家族、地域等、公的サービスについても誰が機関名を記載。 | 計画した支援をどの期間にわたり実施するか記載。認定の有効期間も考慮する。 |
| 日常生活（家庭生活）について<br><br>＜参考項目＞<br>基本チェックリスト2、3<br><br>食事、買物、調理、洗濯、ごみ捨て、住居経済の管理、水やり等についての状況。                           |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                         |                                    |                                      |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて<br><br>＜参考項目＞<br>基本チェックリスト4、5、16、17<br><br>仕事や地域活動への参加状況、内容等。家族内、地域での役割等。趣味や楽しみ、関心があることも記入。 |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                         |                                    |                                      |
| 健康管理について<br><br>＜参考項目＞<br>基本チェックリスト11～15<br><br>清潔、食事、排せつ、服薬、定期受診等が行えているかどうか。健康管理の観点から。                             |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                         |                                                                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                     |                                                                                         |                                    |                                      |

健康状態について  
□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書、基本情報、生活機能評価等からの注意事項記載。主治医以外からの留意事項あれば記載。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項など記載。  
主治医意見書の「傷病に関する意見」や「生活機能とサービスに関する意見」の欄参照。

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
妥当な支援の実施に向けた方針

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援が実施できるように働きかける。具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。  
※アセスメントで生活支援サービスが適当であるにも関わらず、介護予防サービスとなった場合は理由を記載する。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

・利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通認識や留意点を記載する

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

| 運動不足  | 栄養改善  | 口腔内ケア | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防  |
|-------|-------|-------|---------|-------|-------|
| 3 / 5 | 0 / 2 | 0 / 3 | 1 / 2   | 0 / 3 | 1 / 5 |

地域包括支援センター意見

【意見】・居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する  
・意見欄→利用者に対し「地域包括支援センター職員も応援しているので介護予防に積極的に取り組んで下さい」という文言を記載する 特になければ無理に記入する必要はない  
※地域包括支援センターに原案を提示し、確認を受けた後に、利用者の同意を得る。

上記計画について、同意いたします。

年 月 日

※原案を本人、家族に説明した上、本人の同意が得られた同意日

# 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                                 | 目標体制状況                                     | 目標<br>達成／未達成                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 目標達成しない原因<br>(本人・家族の意見)                                         | 目標達成しない原因<br>(計画作成者の評価)                                            | 今後の方針                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <div>・ 評価を行う目標(介護予防サービス・支援計画表の目標と一致させる)</div>                                     | <div>・ 介護予防サービス・支援計画表の期間と一致させる</div> | <div>・ 評価期間内に目標がどの程度達成できているか具体的に記載する</div> | <div>・ 目標を達成した場合には○印</div> <div>・ 未達成の場合は×印をつける</div>                                                                                                                                                                                                                                                          | <div>・ なぜ、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性を含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する</div> | <div>・ なぜ、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、介護予防ケアプラン作成者としての評価を記載する</div> | <div>・ 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する</div> |
| <div>・ 指定居宅介護支援事業所に一部委託した場合に、介護予防ケアプラン作成者に対して、指定居宅介護予防支援事業所担当者がコメントがあれば記載する</div> |                                      |                                            | <div>・ 基本的には「プラン変更」になる</div> <div>・ 今後の方針として、介護予防ケアプランの作成者が該当するものにレ点を付ける</div> <div>・ 介護予防ケアプラン作成者が、一部委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定介護予防支援事業所の意見を踏まえて判断する</div>                                                                                                                                             |                                                                 |                                                                    |                                                           |
| <div>総合的な方針</div> <div>・ 今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する</div>                   |                                      |                                            | <div>地域包括支援センター意見</div> <div> <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 </div> <div> <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了 </div> |                                                                 |                                                                    |                                                           |

## 興味・関心チェックシート

氏名: □△ ○○ 年齢: 83 歳 性別(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<br>(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)

## 生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシート(聴き取り用)

□△ ○○ 様

記入日 ○年○月○日

| 領域           | 生活行為                                 | 生活行為の現状等                                                                                                                                                       | 現状から考えられる原因・背景<br>及び可能性・危険性                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 本人・家族の今後の意向                                                                                        |
|--------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A 運動・移動      | 自宅や屋外をスムーズに歩行すること(杖の有無、車イス)について      | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            | 家の中は家具や柱につかまり歩くが立ち上がる時は何かにつかまる。つかまる物がなければ、そこまで這って移動。屋外はシルバーカーを使い5分歩くと休む。最近は栄養面や腰の変形、体力・筋力の低下で、立位保持や毎日の散歩も範囲が狭くなり、疲れると止めてしまうこともあり、臥床している時間が増え、さらに筋力や体力が低下し転倒の危険性も出ている。                                                                                                                                                                 | 転んだらおしまいなので転ばないようにしている。遠出はできなくても身の回りのことは自分でやりたい。(本人)                                               |
|              | 交通機関を使って移動することの状況について                | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| B 日常生活(家庭生活) | 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについて              | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない | 自宅からスーパーやゴミ置き場が遠く、長男が朝、出勤の際に立ち寄りゴミを出している。買い物も長男の妻が週1回必要な物を買って届ける。昔から農協との付き合いがあり、預貯金の出し入れは農協職員が自宅に来てくれる。調理はできるが長時間台所に立つことができず簡単な物、温めるだけの物が多くなっている。長女の夫が宅配弁当を週5日、昼のみ頼んでくれ、自分では炊飯だけしている。食事内容から栄養不良も考えられそのことが体力を低下させている可能性がある。庭の植木の手入れは長女の夫が時々来て手入れしてくれる。一年前から骨粗鬆症による腰痛や体力・筋力の低下から掃除ができなくなり、ヘルパーさんに手伝ってもらっている。                            | 子供たちは別々に暮らしているけど手伝ってくれるのでありがたい。出来ない所だけ手伝ってもらえばあとは自分です。周りから見れば大変そうに見えるかもしれないが一人暮らしも長くこのままの方が自由。(本人) |
|              | 献立を考え、調理することについて                     | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
|              | 家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物への水やり等)について        | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
|              | 預貯金の出し入れを行うことについて                    | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
| C 社会参加、対人関係等 | 家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係を作り、保つことについて | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            | 地元の生まれで、農業を通じて農協とのつながりが続いている。同級生との交流もあり、参加できる人数は少なくなったが毎年○○温泉で同級会をしている。同級生も年々足腰が悪くなり電話で長話を楽しんでいる。電話代が月に2万円かかっている。地区の老人会に入っていたが足腰が弱まり集まりに参加できなくなり2-3年前に止めた。毎日○○新聞を隅から隅まで読むのが楽しみで習慣になっている。知っている地域の新聞なのでわかりやすく興味もある。テレビのドラマは作り物なので面白くないから観ない。どちらかといえばワイドショーを好んで観ている。外出の機会は減っても旧友との交流は保っており、体力や外出しても転ぶ危険性が減れば級友や地域の人と顔を見ての付き合いができる可能性がある。 | 足腰は弱ったので同級生との行き来はないが年に一度の同級会は楽しみで、何があっても参加したい。口が達者なので電話でおしゃべりを続けたい。話せなくなれば終わり。(本人)                 |
|              | 友人を招いたり、友人の家を訪問することについて              | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
|              | 家族・友人などと会話や手紙などにより交流することについて         | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
|              | 仕事や地域での役割を持ち、行うことについて                | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |
|              | 趣味や楽しみがあり、続けることについて                  | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                    |

|                                            |                            |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D<br>健康管理                                  | 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについて | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない                                                 | 風呂は毎日午後2時過ぎに入っている。足腰が弱ってきているが、浴槽は浅くつかまるところもあるので出入りには困っていない。歯は部分入れ歯と自分の歯があり朝と寝る前に磨いている。髪の毛は自分で洗っているが、2-3ヶ月に一度くらいは美容院が迎えに来てくれるのでカットに行く。<br>立ち仕事ができなくなったので、料理は簡単な物で、食べられればいいと思っている。弁当業者におかずを週5日、昼だけ頼んでいる。体重は減っていないが、食が細くなりおかずも残り、夕食に残りを食べることがある。体重減少はないものの体力の低下や持久力の低下が栄養面に問題がないか検証が必要。<br>散歩以外では朝起きた時座ってラジオ体操をするが最近では散歩を休むこともある。日課として体操をしているが、足を使う運動が不足し筋力の低下を助長させる恐れがある。<br>薬は自分で管理し飲み忘れはない。受診も、長男の妻が送迎し毎月定期的に行っている。 | 風呂は毎日入らないと気持ちが悪いので、このまま、自宅で毎日入りたい。食べ物にこだわりはないので何でもよい。年だから食は細くなっている。台所に立っているのが大変なので一日一食でも届けてもらえると助かる。(本人)<br><br>年を考えると、動く量や体力が減るのは仕方ないと思っていたが、受診すると先生は栄養のことを聞かれるようです。それで妹の夫が宅配弁当を手配してくれました。とにかく元気で好きなように暮らして欲しい。(長男) |
|                                            | 肌や顔、歯、爪などの手入れについて          | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 健康のために食事に気を付けることについて       | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていない |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 健康のために運動や休養に気を付けることについて    | <input type="checkbox"/> している<br><input checked="" type="checkbox"/> していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 薬を飲み忘れず、管理することについて         | <input checked="" type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない<br><input type="checkbox"/> 以前はしていた<br><input type="checkbox"/> 以前はしていない                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 一年後、あなたはどんな生活を送りたいと思いますか。  | 子供にこれ以上負担をかけないようにして、同級会には参加し続けたい。食べることに関心は少ないが、お店に行って自分の目で見て買い物したい。                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |
| そのために、日々どのようなことをしますか。<br>(どのような取り組みが必要ですか) |                            |                                                                                                                                                                                                     | 自分で決めた日課である、新聞を読むことやラジオ体操と散歩、毎日風呂に入ることは続ける。無理はせず栄養を考えて三度の食事を食べる。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |