

# 交野市自立応援会議の手引き

<2024年（令和6年）度版>



交野市福祉部高齢介護課

# 交野市が目指す自立像

本人の能力・意欲を最大限に引き出し、その人らしいいきいきとした生活を送ること

## 1. 「自立応援会議」とは

自立応援会議とは、介護保険法に記載されている理念に基づき、利用者主体の自立支援に向けて作成されたケアプランについて各専門職と検討し、アドバイスを通じて利用者がその人らしく自立した生活ができるような支援につなげる会議です。

資料：介護保険法

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

## 2. 自立応援会議で目指したい目標

利用者が望む姿で自立した生活ができるようにするために必要な支援を目指し、従来の「保護型介護」・「お世話型介護」ではなく、自立支援に向けた目的指向型のケアプランの作成「本人の望む姿に近づける」ケアプランの作成を行う。

そのためにしっかり確認を！

- ①目標設定を利用者としてしっかり共有する
- ②長期目標・短期目標を達成するには何が必要か？
- ③作成したプランが利用者の目指す姿に近づいたものになっていたか？

(**保護型介護**) 阻害要因を解消し自立支援へつなげるケアプランでない  
掃除ができない⇒ヘルパーによる掃除支援の導入  
家で入浴ができない⇒デイサービスでの入浴の提案  
体重が急激に減少⇒デイサービスや配食サービスによる食事の確保  
ご飯をたべるとむせる⇒ヘルパーや家族による見守り

本質的な課題解決には  
なっていない

### (自立支援介護・予防介護)

何をを目指すのか(望む姿)? どのような状態になる事をイメージしているか?

**原因**・下肢筋力低下のために、立ち上がりや跨ぎ動作不安定  
・食事内容が偏り、必要なエネルギーが足りていない  
・歯周病や飲み込み機能が低下している

**対応**・立ち上がりや跨ぎ動作ができるように下肢筋力訓練を行う。  
・バランスの良い食事を摂るために管理栄養士の栄養指導と共に、ヘルパーと一緒に調理を行う。  
・誤嚥を防止しスムーズな飲み込みを目的に、嚥下体操や口腔ケアを行う。

要因を改善することで生活  
課題が解消する

### 【解消した生活課題を再燃させない取り組みへのつなぎ】

- ・運動や食生活、口腔ケアを自宅などで継続し、身体機能の低下を防止する。
- ・できるようになったADLやIADLを継続しやすい環境調整を行う。
- ・定期的な通院や適切な生活習慣によって疾病の再発や悪化を予防する。
- ・介護保険サービスの利用以外にも地域の元気アップ体操やサロン等への参加、目的をもった外出交流、趣味活動などへつなげる

### 3. 自立応援会議の対象者

要支援1・2・事業対象者に対して新規プランを作成し、サービス利用開始後6か月の評価時期になるケース

上記以外で、ケアマネジャーが会議を希望するケース（希望ケース）

なお、以下のケースについては、自立応援会議のエントリーは不要です。

- ①末期がんの方
  - ②認知症疾患の方
  - ③進行性疾患のため、ケアプラン作成時点でサービス利用による継続的なケアが必要と明らかに判断されるもの
  - ④医師から運動や動作を制限されているため、サービスを利用する以外に対応が困難なもの
- ※これらについては主治医が作成した書面（主治医意見書、資料情報提供書等）により確認をお願いします。また、確認後はケアプランの「健康状態について」欄に医師への確認方法（主治医意見書から等）と内容を記載してください。

目標に向かって  
頑張ろう！



#### 4. 自立応援会議の実施方法

##### (1) 実施体制

実施主体	高齢介護課
開催頻度及び日程	通年 第3火曜日（毎月1回）
時間	13時から16時30分までのうち以下の時間 ①13時00分から13時30分      ②13時30分から14時00分 ③14時00分から14時30分      ④14時30分から15時00分 ⑤15時00分から15時30分      ⑥15時30分から16時00分 ⑦16時00分から16時30分
場所	保健福祉総合センター（ゆうゆうセンター）1階 審査会室1 ※変更の場合あり、その際は受付時に伝達します
参加者	【アドバイザー】 理学療法士または作業療法士 1名 管理栄養士 1名 歯科衛生士 1名 地域包括支援センター専門職 1名 【事例提供者】 担当ケアマネジャー 1名 その他、同事業所のケアマネジャー及び介護サービス事業所の担当者 最大3名まで ＊介護サービス事業所との調整は担当ケアマネジャーが行う 【事務局】 高齢介護課 2名（司会、書記）

##### (2) 開催の中止について

中止の場合は、高齢介護課から担当ケアマネジャーに対して、受付期限後に電話連絡をいたします。

＊天災事変等及び緊急事態宣言等により、やむを得ず会場の使用ができない場合など

##### (3) 自立応援会議のエントリー方法

①エントリー期間      開催日の前の週の金曜日17時まで

②エントリー方法

次のいずれかの方法によりエントリーを行ってください。

①高齢介護課窓口で直接申し、エントリー書類を提出

②高齢介護課に電話、メールで申込の上、前日までに書類を郵送または窓口を持参

メールで申込の場合メール確認後の受付となります。希望時間については、エントリー順のご案内になります

※郵送の場合は期間内に必着。期間内に到着しない場合は、キャンセル扱いとします。

#### (4) エントリー件数

1回につき最大7件まで

#### (5) エントリー書類の提出

【必須提出物】エントリーの際に必ず提出が必要です。

- ①利用者基本情報
- ②基本チェックリスト
- ③ケアプラン 介護予防サービス支援計画表1・2
- ④評価票
- ⑤要支援2相当限度額適用報告書（必要時）

#### (6) ケアマネジャーのエントリー件数について

ケアマネジャー1人につき年間1事例

ただし、介護予防サービス等の利用（ケアプラン）がない場合はこの限りではありません。

また希望ケースについては、何度でもエントリー可能です。

\*交野市外の事業所のケアマネジャーにつきましては、エントリーは任意とします。

#### (7) エントリー時期（タイミング）について

- ①サービス利用開始から6か月後の評価時期のタイミングでエントリーしてください。
- ②継続ケースの2回目のエントリーをする場合は、1回目のエントリーの6か月後を目途にエントリーしてください

#### (8) アドバイザーへの資料送付については行わず、当日配布します

2回目ケースについては「自立応援会議のまとめ」も配布します

※個人情報の取り扱いについて

参加者全員には介護保険法に基づき、個人情報の守秘義務が課せられていることを認識する必要があります。また事前送付資料は紛失のないよう、取扱いに十分ご注意ください。（個人情報保護法には罰則規定有）

#### (9) 会議終了後について

会議終了後の概ね1週間以内に、ケアマネジャーにFAXにて「自立応援会議のまとめ」を送付します

## 5. 自立応援会議の進行について

### タイムスケジュール

項目	時間の目安	内容
①事務局より	約1分	事務局より自立応援会議の流れについて説明
②ケアマネジャーより 事例紹介・説明	約10分	ケアマネジャーより事例紹介と当日配布資料（ケアプラン）について説明 同時にアドバイザー資料確認
③意見交換	約16分	当日配布資料から、プランについて意見交換を行う
④まとめ	約3分	意見交換で出た内容をまとめる
計	30分	

#### 【内容について】

①事務局から自立応援会議の流れについて説明（約1分）

②ケアマネジャーより事例紹介・説明（約10分）

ケアマネジャーから、事例紹介・ケアプラン内容についての説明と同時に、アドバイザーは当日資料を配布するためこの時に説明を聞きながら資料を確認します。できるだけ詳しく資料について説明してください。

③意見交換（約16分）

サービス開始から6か月経過して、プランについて意見交換を行います。利用者の望む姿に近づいたか、サービス開始から状態の変化（サービス提供事業者にも参加してもらい）などについて意見交換し、良かった点、足りなかった点や今後、必要な支援などについて話してもらいます。

④まとめ（約3分）

事務局からケアマネジャーに対して、意見交換で出た内容をまとめて伝えます。

#### 【会議終了後について】

ケアマネジャーは、会議での内容について、後日送付する「自立応援会議のまとめ」を参考に、作成したケアプランが対象ケースにとって「自立支援に資するケアプラン」となっているか確認し、必要に応じて見直し等を行ってください。

## 6. 自立応援会議参加後のケアプランの取扱いについて

自立応援会議で提出されたケアプランについて意見交換を行い、利用者の望む姿に近づき自立につながるような好事例に認められた場合は、ケアマネジャーの了承を得て交野市のホームページに掲載させていただきます。

### 自立応援会議まとめ

自立応援会議のまとめ	担当CM		日時	
対象者		歳		
【意見交換の内容】				



参考【参加者の役割について】

(参考資料 厚生労働省老健局作成 介護予防活動普及展開事業専門職向け手引き Ver. 1)

**理学療法士**

理学療法士は、主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復・改善や維持、悪化の防止の観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身長・体重・BMI等の身体組成を確認する</li> <li>・ 疾病・障害の要因、分類を確認する</li> <li>・ 移動動作レベル・ADL・運動中止基準を確認する</li> <li>・ 立位に支障を及ぼす関節可動域制限・拘縮の有無・程度を確認する</li> <li>・ 起立できるかどうか、立位保持が何分間できるかどうか、歩行や寝返りの状況、実際の移動手段を確認する</li> <li>・ 振戦・固縮・無動・姿勢反射障害を確認する</li> <li>・ 認知・精神機能障害の程度を確認する</li> <li>・ 障害や生理的退行変化が進行しているかどうか、予備力・残存機能を確認する</li> <li>・ 住環境・自宅周辺的环境を確認する</li> </ul>
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造に沿って本人の障害構造を明確化する</li> <li>・ 特に生活行為や生活範囲を妨げている要因を探り出し、必要以上に大事にしすぎていないか、リスクを過剰に捉えていないかを検討する</li> <li>・ リスクに応じた生活動作や環境調整を明確化する</li> <li>・ 介助者や家族による介助方法等により、症状を増悪させていないかを確認し、適切な支援方法を検討する</li> </ul>
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 短期目標の具体的なレベル、設定期間について「心身機能」、「機能的制限」、「活動」、「参加」の構造ごとに妥当性や過不足を検討する</li> <li>・ 現在のサービスやその支援内容を具体的に確認し、より効果的な支援内容・プログラムを検討・提案できる準備をする</li> <li>・ 介護負担を増さないような支援内容になっているか確認する</li> </ul>
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 規則正しい生活や散歩などの運動、通いの場などへの社会参加が虚弱や廃用の予防となることを助言する</li> <li>・ サービスの関与や杖などの移動補助具が自立支援につながっているかを確認した上で助言する</li> <li>・ 疾患特異的か、生理的退行変化なのか、廃用症候群なのかの視点を意識した助言を行う</li> </ul>

## 作業療法士

作業療法士は、主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点から生活行為向上の助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 具体的に介護・支援が必要になっているADLやIADLの状況を確認する</li> <li>・ 認知・精神機能障害の程度を確認する</li> <li>・ 家屋や自宅周辺的环境状況を確認するどのような生活を送っているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する</li> <li>・ 交流の機会の有無や多寡を確認する</li> <li>・ 趣味活動や地域活動は行っていたのかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する</li> </ul>
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADLは「できる」動作なのか「している」動作なのか、またIADLの状況はどのようなか確認する</li> <li>・ 出来ない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する</li> <li>・ 認知症の症状はあるのか、ある場合は生活に影響を与えているのかを確認する</li> <li>・ 家族や地域の協力が得られるかを把握する</li> <li>・ 福祉用具や住宅改修等の環境調整で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する</li> </ul>
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する</li> <li>・ 「活動」・「参加」への目標設定が設定されているかを確認する</li> </ul>
実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する</li> <li>・ 本人の残存機能を引き出すよう助言する</li> <li>・ 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する。</li> </ul>

## 管理栄養士

管理栄養士・栄養士は、日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から、助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事摂取状況、排泄状況、服薬状況、病識の有無、自立意欲、家事能力と意欲、身体状況と機能向上、介護者の状況、生活歴と生活状況、金銭面等について確認する</li> <li>・ かかりつけ医による栄養上の意見や、病院での栄養指導の内容を確認する</li> <li>・ 栄養に関わるキーマンを確認する</li> <li>・ 食事環境で支障はないかを確認する（孤食による食欲低下、衛生環境、台所の機能性、買物の状況、家族関係、支援者等）</li> <li>・ 閉じこもり傾向や活動低下がみられる場合に食生活の状況を確認する</li> </ul>
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の状態・状況に合わせた食事摂取がおこなわれているかを確認する（病状、服薬状況、食習慣、認識、身体状況、摂食状況等）</li> <li>・ 低体重だけではなく、疾病の重症化予防、過体重や栄養の偏り、不足による活動性低下の予防も検討する</li> <li>・ 栄養面だけでなく、生活全般からみて、活動性の向上につながる項目を見つける</li> </ul>
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養状態が改善することにより、意欲向上につながる可能性を検討する</li> <li>・ プラン作成担当のプラン目標に合った個別プランが立てられているか、栄養状態の改善につながる目標になっているかを確認する</li> <li>・ 栄養及び食生活の視点から、介護予防や疾病の重症化予防につながるかを確認する</li> <li>・ 本人が実行可能な短期目標を設定しているか確認する</li> <li>・ 他職種が関わるサービスに、食に関する支援の項目がある場合、本人の状態に合わせた内容になっているか確認する</li> <li>・ 本人の意思を踏まえ、負担にならないよう食生活の設定を検討する</li> </ul>

実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医だけでなく歯科医師や薬剤師等とも連携し、栄養面だけでなく、生活全般を踏まえた視点で助言する</li> <li>・ 食事や体調のコントロールを本人や家族で行うことができるよう助言する</li> <li>・ 目標達成に向けた行動変容を導くためにも、短期間で出来る目標を設定し、達成感を得られる工夫をする</li> <li>・ 本人や家族に、栄養改善の必要性が受け入れられなかった場合、本人や家族が理解できそうなポイントを助言する</li> <li>・ 栄養士の介入がない場合、他職種の介入時に行ってほしい助言を提案する</li> <li>・ 栄養支援に関する地域資源が近隣にない場合、地域課題として検討する</li> </ul>
----------------	---

## 歯科衛生士

歯科衛生士は、口腔衛生や咀嚼等の食べ方を支援する観点からの助言を行います。

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 現在の口腔及び口腔衛生の状態を確認する</li><li>・ 栄養摂取をする上で、食べ方や咀嚼など口腔内に問題がないか確認する</li><li>・ 本人や家族の食事や口腔に関する意向を確認する</li></ul>
課題の明確化と背景要因の確認	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 口腔の課題に対し、何が問題であるかを分析する</li><li>・ 生活機能の課題に口腔の問題が影響していないか推察する（例：歯がなく、噛めない為に繊維質がとれず便秘になる等）</li><li>・ 体重減少や栄養摂取等、全身に関する問題が、咬合や咀嚼等の口腔の問題と関連している可能性について推察する（例：飲み込みにくいことから水分を制限する、噛み合う歯がなく早食いで過体重である等）</li><li>・ 口腔衛生管理の観点から、歯科疾患や口腔内の細菌によるリスク等が高まっていないか推察する</li></ul>
目標と支援内容の確認	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 目標に対し口腔関連の支援内容が不足していないか、また妥当か確認する</li><li>・ 設定されている目標を達成することができる支援内容になっているか、具体的に継続可能か確認する</li><li>・ 歯科疾患や、口腔内の細菌によるリスク等の全身への問題が想定される事例には、その具体的な予防策を検討する</li></ul>

実践につながる助言のポイント	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 口腔衛生に対し、実践可能な改善策について助言を行う</li><li>・ 生活機能の向上のために必要な改善すべき口腔に関する助言を行う</li><li>・ 必要に応じ歯科受診を勧める</li></ul>
----------------	--

## 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域における社会資源（保健医療福祉その他インフォーマルも含む）等に関する情報の提供、介護支援専門員と地域との連携に対するアドバイス、自立支援につながるようなケアプランの記載にかかる加筆・修正に対するアドバイスを行います。

## 事務局（高齢介護課）

会議全体の議事進行の他、エントリーの受付、配布する資料の作成、自立応援会議のまとめシートの作成など自立応援会議に係る事務全般を行います。

# 使用する様式の紹介

## 必須提出物

### ①利用者基本情報

検討ケースの全体像を把握する情報として、性別、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等を記載します。

利用者基本情報				
<p>・性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。</p> <p>・住居や経済状況といった環境も重要な要素です</p>		担当者: ○○ ○○		
相談日		初回 再来(前 / )		
本人の現況	在宅入院または入所中( )			
アフリカ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(85)歳	
住所	Tel		( )	
	Fax		( )	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・ <u>A1</u> ・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<u>自立</u> ・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
限定情報	非該当・要支1・ <u>要支2</u> ・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 月 日 (前回の介護度なし)			
障害等認定	身障( ) 療育( ) 精神( ) 難病( )			
本人の住居環境	<u>自宅</u> ・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金、厚生年金、障害年金、生活保護・・・			
来所者(相談者)	○○ ○○		<b>家族構成</b> ○=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所連絡先	同上	続柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	○○ ○○	長女		同上
<p>・家族構成なども重要な要素です。</p> <p>・介護者がいる場合には、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。</p> <p>・キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。</p> <p>・家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズがないか配慮しましょう。</p>				
			<b>家族関係等の状況</b> 本人、長女の2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○県に在住。家族関係は良好。	

## 利用者基本情報

・生活課題を解決するためには、本人がこれまでどのような生活を送ってきたか（年単位）、現在どのような生活を送っているか（時間単位）をきちんと把握しましょう。

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇県生まれ、24歳で結婚し、3人の子宝に恵まれる。夫の転勤で33年前に〇〇市に転入し、現在に至る。平成23年に夫が他界され、現在は、長女との2人暮らし。長女は〇〇で小学校の教員をしており、日中は一人で過ごす。今まで、自分のできる範囲で家事をこなしてきた。両側膝関節症が有り、体幹バランスが悪く、ここ数年、転倒が繰り返している。今回も、駅前で強風にあおられ、転倒し、左手首骨折 A病院に入院し、手術を受ける。		
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	規則正しい生活を送っている。日中は、新聞を読んだり日記をつけたらして過ごされる。		【以前】 ・皮の工藝 (ハンドバック、小物を作っていた) 【現在】 ・新聞を読んだり、今迄の半生をノートにまとめている。(1年を1ページ)  友人・地域との関係
	時間	本人	介護者家族
	5:30 7:00	起床 朝食 新聞を読んだり日記をつける。	朝顔 継続
	12:00	昼食 新聞を読んだり日記をつける。	
	19:30 23:00	夕食 就寝	19時半 帰宅
			・以前は、パート時代の友人と〇〇で会うことがあったが、現在は行っていない。時々、電話で話す程度。 ・〇〇に半月通い始めたときに、転倒し、左手首骨折される。

### 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医意見書付者のみ)		経過	治療中の場合は内容
〇〇年〇月〇日	左手首骨折	A病院 〇医師	Tel	治療中 経過観察中 その他	既往歴：高脂血症、逆流性食道炎、ヘパーデン結節、骨粗鬆症
〇〇年〇月〇日	左肩剥離骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	H〇肛門狭窄、H〇腰椎圧迫骨折、H〇左肩剥離骨折、H〇左手剥離骨折
〇〇年〇月〇日	腰椎圧迫骨折	同上	Tel	治療中 経過観察中 その他	内服薬：ボナロン、セフカペン、セレコックス、サイトテック、エビスタ、ワンアルファ、ラックビー、重カマ、オブラメール、カロチン、レンドルミン
〇〇年〇月〇日	肛門狭窄	メディカルセンター	Tel	治療中 経過観察中 その他	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非
通所型サービスA、訪問型サービスA	

・既往歴も確認しましょう。  
・ただし、具体的な症状や支援上の留意点などは助言者（専門職）に任せましょう。主治医意見書に記載してある疾患や他の資料に書いてある疾患がもれなく書いてあるかを確認しましょう。

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

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 氏名 A 印

## ②基本チェックリスト

基本チェックリストは、対象者の全体像を大きく把握するために有効なツールです。

下記のいずれかに該当した場合、「事業対象者」要件に該当します。

総合（NO. 1～20）で10点以上

- ・日常生活関連活動（NO. 1～5）
- ・閉じこもり（NO. 16・17）
- ・運動（NO. 6～10）で3点以上
- ・認知症（NO. 18～20）
- ・栄養（NO. 11～12）で2点以上
- ・うつ（NO. 21～25）
- ・口腔（NO. 13～15）で2点以上

基本チェックリスト			
No.	質問項目	はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか		<input checked="" type="checkbox"/>
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	家族や友人の相談のっていますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちますか		
8	15分くらい続けて歩いていますか		
9	この1年間に転んだことがありますか		
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありますか		
12	身長 cm 体重 kg(BMI)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	口の渇きが気になりますか		
16	週に1回以上は外出していますか		
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物言われますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がありません		
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことができません		
23	(ここ2週間)以前は楽にできていた事が今ではおっくうに感じられる	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(注)BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5未満の場合に該当するとする。

・基本チェックリストのうち、どのリスクに該当するかを把握しましょう。  
・認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。

特に転倒は、優先順位が高い生活課題であることを認識した上で、課題の精査やケアプランへの反映が必要です。

体重減少もしくは過多や、口腔機能の低下についても、その支援の必要性や方法を検討する必要があります。

デイサービスに行くことだけで外出機会を満たすのではなく、できるだけ利用者の生活環境下での活動や参加につなげていくことを意識します

認知面やうつに対する支援についても、運動器等と同様に、その支援の必要性や方法を検討する必要があります。



### ③介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）

利用者が望む姿のイメージを大切にしながら、抽出された生活課題の解消や改善に努めるため、その具体的な支援方法について記載をします。

目標を設定する際のポイントとしては、利用者の望む姿に近づくための目標であり、本人の意欲を引き出せるように具体的な目標を設定することです。

そのためには、

- (1) かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと。（しかし今はできなくなったこと）
- (2) 介護予防に一定期間（例：6か月）取り組むことにより実現可能なこと。
- (3) それが達成されたかどうか具体的に分かることを目標とします。

（例えば、いきいき～、元気に～、和やか～、おだやかに～、などは、達成状況の評価が客観的に困難）

より本人にあった目標設定にするためには、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、「～できない」という課題から、「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です



【参考】介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<p><u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする</p>
<p><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p><u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人と良い関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p><u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

介護予防サービス・支援計画表

No. 000 利用者名 000 種 認定年月日 000 認定の有効期間 000 ~ 000

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 担当地域包括支援センター

計画作成(重要)目 (初回作成日) 000 ) 000

目標とする生活 1年 Δ△△で実施している□□□□に準拠できる。

- ・アセスメント時の改善見込みとケアプランが運動することが重要です。
- ・課題を明確にした上で目標を設定し、設定された期間内に目標達成が可能な支援内容になっているか確認しましょう。
- ・目標設定は本人にも評価ができ、達成が実感できるものになっているか確認しましょう。

アセスメント領域と現在の状況	本人、家族の意欲、意向	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	目標	目標についての支援ポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 室内は、歩ついでに歩み、屋外は、杖の付いた杖が必要なため、歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	【本人】 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	総合的課題 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	課題に対する目標と具体策の提案 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	具体策についての意向 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	目標 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	目標についての支援ポイント 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	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 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	介護保険サービスまたは地域支援事業 1. 歩行が困難な状態です。歩行が困難な状態です。	サービス種別 介護予防型サービス	事業所 〇〇〇〇〇〇	期間 〇〇〇〇〇〇

課題に対して、具体的な目標を設定しま

総合的課題の欄に書かれている内容は、あくまでも状態像ではなく抽出された課題を記載します

目標や改善見込みに対して適切なサービス内容を記載します (訪問型、通所型サービスの類型選択にも気を付けます)

健康状態について  
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を揃えられた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】  
要する支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント  
左手の状態をしながら、出来る動作を一つ一つ断りていきましよう。  
一人で外出が出来なくなる前に、半年間には□□□□に準拠できるようにすることを目標としましよう。

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。  
氏名 〇〇〇 印

どのようなリスクに該当しているか、該当している場合にはケアプランに反映されているか確認しましょう。

運動不足	5/5	栄養改善	0/2	口腔ケア	2/3	褥しもり予防	2/2	物忘れ予防	0/3	うつ予防	5/5
歩行給付	〇										

基本チェックリストの該当した質問項目(質問項目)を赤色で示す。地域支援事業の運用は必要事項プログラムの枠内に〇印をつけて下さい。

【参考「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）」の記入方法】

（H27.6.5 厚生労働省老健局振興課長通知「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」より）

- ① 「NO.」 利用者の整理番号を記載する。
- ② 「利用者名」  
当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。
- ③ 「認定年月日」  
当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。
- ④ 「認定の有効期間」  
当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。
- ⑤ 「初回・紹介・継続」  
当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。
- ⑥ 「認定済・申請中」  
要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。
- ⑦ 「要支援1・要支援2・地域支援事業」  
被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）を『利用する場合は「地域支援事業」に○を付す。
- ⑧ 「計画作成者」  
当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。
- ⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」  
介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。
- ⑩ 「担当地域包括支援センター」  
介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。
- ⑪ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

#### ⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、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。

「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

#### ⑬ 「健康状態について」「主治医意見書」（要支援者のみ）、

「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

#### ⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、課題分析表の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

#### ⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

#### ⑯ 「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると

考えた場合に「口有」に■印を付す。

#### ⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲ 「具体策についての意向本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。

ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

㉑ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉒ 「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（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」「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（民間サービス）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

⑳ 「【本来行うべき支援ができない場合】 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、本来の支援を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。また、本来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。

㉑ 「サービス種別」「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（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉒ 「事業所（利用先）」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉓ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

㉔ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉕ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、

その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㉖ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支



援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない)。この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。(ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。)

⑩「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。