



始 良 市

介護予防・日常生活支援総合事業説明資料

【介護予防ケアマネジメント編】



始良市 長寿・障害福祉課

始良市における総合事業への移行時期

- 実施時期 平成29年4月1日
- 要支援認定者ごとに総合事業への移行時期は異なる
- 二次予防事業対象者で通所利用中の方は、4月1日から総合事業へ移行

	平成29年				平成30年	
	3月	4月	5月	6月	2月	3月
		総合事業開始	→ 完全移行			
H29.4月以降 新規認定者		総合事業サービス利用開始	→			
H29.3.31 有効期限	予防給付サービス	総合事業サービス利用開始	→			
H29.4.30 有効期限	予防給付サービス	予防給付サービス	総合事業サービス利用開始	→		
H29.5.31 有効期限	予防給付サービス	予防給付サービス	予防給付サービス	総合事業サービス利用開始	→	
H30.2.28 有効期限	予防給付サービス	予防給付サービス	予防給付サービス	予防給付サービス	予防給付サービス	総合事業サービス利用開始 ²

制度移行期にサービスを利用している方への対応

平成29年			
2月	3月	4月	5月
市報に総合事業の説明記事掲載			
3月有効期限の方へ更新案内	4月有効期限の方へ更新案内	5月有効期限の方へ更新案内	6月有効期限の方へ更新案内
3月有効期限の方へ総合事業の説明及び手続きの支援	4月有効期限の方へ総合事業の説明及び手続きの支援	5月有効期限の方へ総合事業の説明及び手続きの支援	6月有効期限の方へ総合事業の説明及び手続きの支援
		予防給付の利用者(予定者)以外は介護予防ケアマネジメント依頼届出(4/1付)を介護保険係に提出	予防給付の利用者(予定者)以外は介護予防ケアマネジメント依頼届出(5/1付)を介護保険係に提出
☆居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへ引継ぎのための同行訪問 ☆支援評価、基本チェックリスト、アセスメント		後は、2月・3月の手順と同じように更新者の支援を行う	
ケアプラン原案作成→ケアプラン成案交付(4/1付)			
担当者会議			
		総合事業サービス開始	

始良市における総合事業の利用までの流れ



相談・申請
(介護保険係)

要介護・
要支援認定申請

要支援1・2

介護予防支援
(総合事業のサービスの
み利用する場合は、「介
護予防ケアマネジメント」
として取扱う)

非該当

基本チェックリスト

事業対象者

介護予防
ケアマネジメント

非該当

【**予防給付費**のサービス】

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリ
- ・デイケア
- ・福祉用具貸与・購入
- ・住宅改修
- ・短期入所サービス
- ・グループホーム
- ・小規模多機能居宅介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・訪問入浴 など

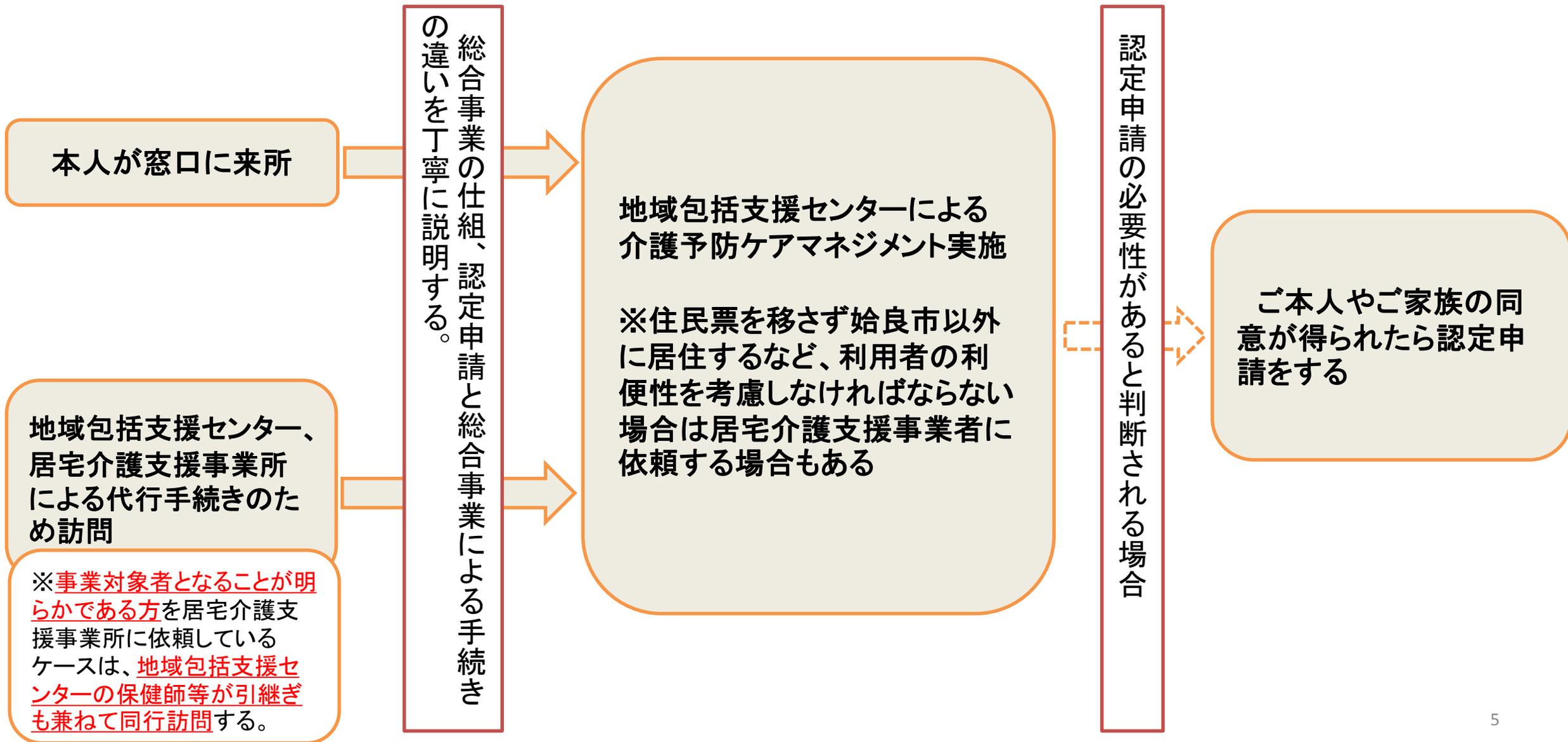
【**地域支援事業費**の総合事
業サービス】

- ・訪問型サービス
(現在の訪問介護)
- ・通所型サービス
(現在の通所介護)

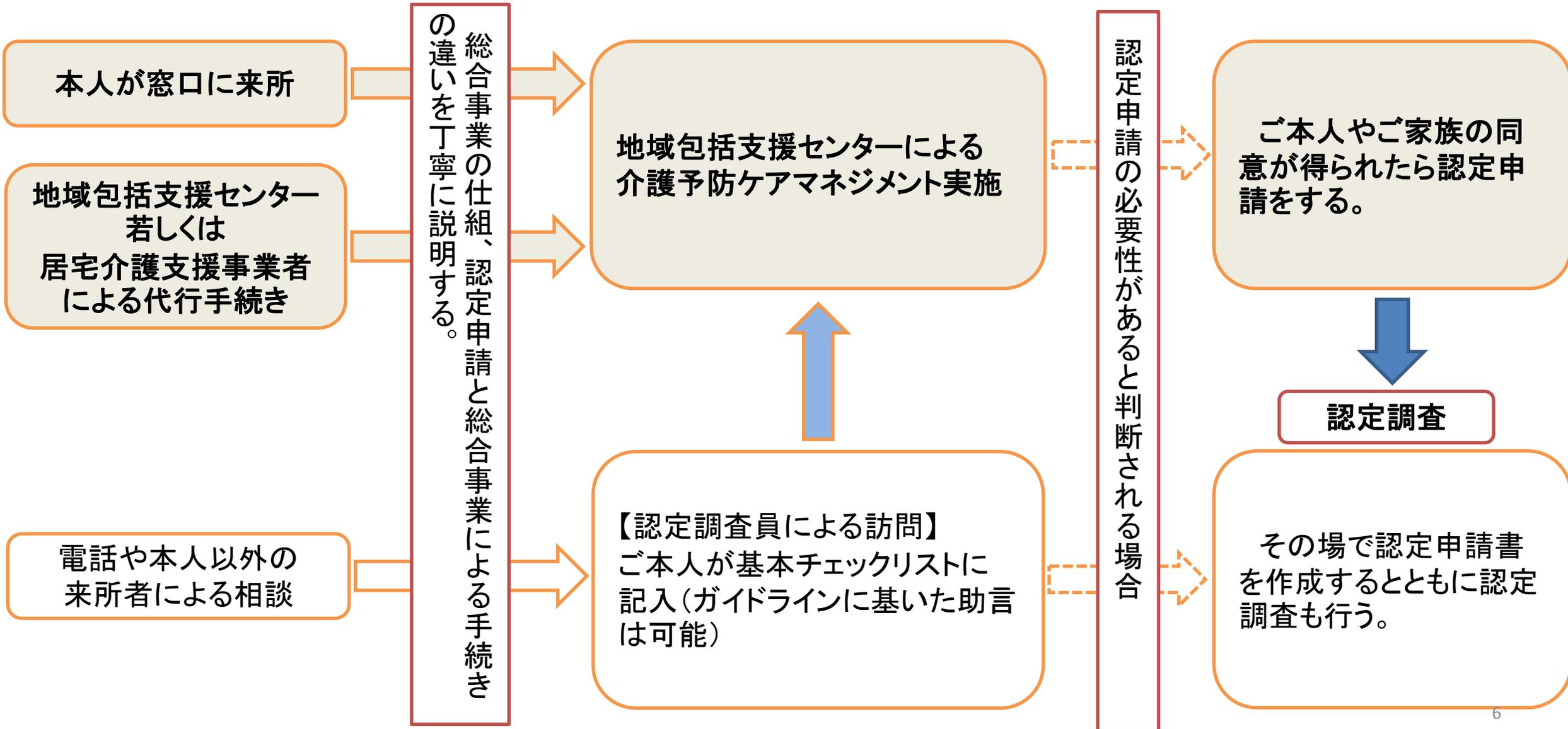
訪問調査などが不要となるため、総合事業サービスの利用対象の該当・非該当の判定までの期間が短縮されます。

※一般介護予防事業(住民主体の通いの場やボランティアポイント事業への参加)は認定者・非該当者も含めて、
全ての第1号被保険者が対象となります。

更新時に基本チェックリストによる判定に同意したときの流れ



新規利用者が基本チェックリストによる判定に同意したときの流れ



要支援認定申請と総合事業申請の判断基準(例)

要支援認定申請の対象者例	基本チェックリストによる判定の対象者例
<p>【サービスの利用若しくは希望種別から判断】</p> <ul style="list-style-type: none">○ホームヘルプサービス、デイサービスは利用せず、それ以外の介護保険サービスを利用希望(利用中)○ホームヘルプサービス、デイサービスを利用しているが、その他にも介護保険の介護予防サービスを利用希望(利用中)	<p>【サービスの利用若しくは希望種別から判断】</p> <ul style="list-style-type: none">○ホームヘルプサービス、デイサービスのみを利用希望(利用中)
<p>【ご本人の状態像例】</p> <ul style="list-style-type: none">○杖や補助具を使用しても一人で歩行できない。○認知機能の低下により日常生活に支障をきたしている。○入浴や体を洗う行為が一人でできない。○服薬の管理や病気の管理が必要な状態。○退院直後で、状態が変化しやすいことが予測される。	<p>【ご本人の状態像例】</p> <ul style="list-style-type: none">○基本チェックリストの中で判定基準に該当する方。

65歳未満の2号被保険者は、総合事業のサービスのみを利用する場合でも、要支援認定を受けなければならない

基本チェックリストによる判定基準

No.	質問項目	回答		事業対象者に該当する基準	
		(いずれかに○をお付け下さい)			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ		複数の項目に支障 (10項目以上該当)
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	運動機能の低下 (3項目以上該当)	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	低栄養状態(2項目該当)	
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ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	口腔機能の低下 (2項目以上該当)	
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	閉じこもり(No16に該当)	
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	認知機能の低下 (1項目以上に該当)	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	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	うつ病の可能性 (2項目以上に該当)	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今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		

基本チェックリストについての考え方

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で一人で外出していますか	<u>家族等の付き添い無しで、1人で</u> 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	<u>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</u> (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	<u>自ら預貯金の出し入れをしているかどうか</u> 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 <u>家族・親戚の家への訪問は含みません</u> 。
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。 <u>面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」と</u> します。

	質問項目	質問項目の趣旨
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
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。 <u>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。</u>
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。 <u>時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。</u>
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。 <u>屋内、屋外等の場所は問いません。</u>
9	<u>この1年間に</u> 転んだことがありますか	この1年間に <u>「転倒」の事実があるかどうか</u> 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、 <u>本人の主観に基づき回答</u> してください。

	質問項目	質問項目の趣旨
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	<u>6カ月</u> で2～3kg.以上体重減少がありましたか	6カ月間で2～3kg以上体重の減少があったかどうかを尋ねています。6カ月 <u>以上</u> 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。 <u>体重は1カ月以内の値</u> を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	<u>半年前</u> 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。 <u>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</u> なります。
14	お茶や汁物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、 <u>本人の主観に基づき回答</u> 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、 <u>本人の主観に基づき回答</u> してください。

	質問項目	質問項目の趣旨
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	<u>週に1回以上</u> は外出していますか	週によって <u>外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均</u> してください。
17	<u>昨年と比べて</u> 外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と <u>比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」と</u> なります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」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も、 <u>周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」と</u> 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。 <u>誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもら</u> <u>い会話だけする場合には「いいえ」と</u> 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、 <u>本人の主観に基づき回答</u> してください。 <u>月と日の一方しかわからない場合には「はい」と</u> なります。

	質問項目	質問項目の趣旨
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	<u>(ここ2週間)</u> 毎日の生活に充実感が ない	ここ2週間の状況を、 <u>本人の主観に基づき回答</u> してください。
22	<u>(ここ2週間)</u> 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	<u>(ここ2週間)</u> 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	
24	<u>(ここ2週間)</u> 自分が役に立つ人間だと は思わない	
25	<u>(ここ2週間)</u> わけもなく疲れたように感 じる	

事業対象者の被保険者証

「事業対象者」と表示されます

介護保険被保険者証			(一)		(二)		(三)	
被 保 険 者	番 号		要介護状態区分等		給付制限	内容	期 間	
	住 所		認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)			開始年月日	終了年月日	
	フリガナ		認定の有効期間			開始年月日	終了年月日	
	氏 名		区分支給限度基準額			開始年月日	終了年月日	
	生年月日	性別	居宅サービス等 1月当たり サービスの種類 種類支給限度基準額 (うち種類支給限度基準額)			届出年月日		
交付年月日		認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定		種類	入所等年月日			
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び 印					名称	退所等年月日		
					種類	入所等年月日		
					名称	退所等年月日		

認定の有効期限については、定めずに、ケアマネジメントの過程において更新をすることで検討中。

【区分支給限度基準額】
 要支援1 50,030円
 事業対象者 50,030円
 要支援2 104,730円

総合事業における不服申し立てについて

(問) 基本チェックリストを実施して行うサービスの区分の振り分け結果に不服がある場合、行政不服審査法により不服申し立ては適用されるか。

(答) 1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業における基本チェックリストについては、ガイドライン案P56で「相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業で利用できるよう本人の状況を確認するものとして用いる」としているとおり、基本的に質問項目の趣旨を聞きながら、本人が記入し、状況を確認するものであること、相談にこられた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできることなどから、行政処分にはあたらないものと整理している。

2 相談に来た者に対しては、ガイドライン案P59のとおり、相談の目的や希望するサービスを聴き取るとともに、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明し、特に介護予防・生活支援サービス事業に関してはその目的や内容、メニュー、手続き等について、十分に説明することとなる。こうした説明を経て基本チェックリストを記入していただくものであり、理解・納得をいただいた上で進められるものである。

総合事業サービス

第1号訪問型サービス(対象者及びサービス計画)

種 別	現行相当(みなし)サービス	緩和した基準によるサービス(A型)
サービス名	専門的支援型訪問介護	生活援助中心型サービス
利用対象例	<p>(1) 要支援1・2及び事業対象者</p> <p>(2) 28年度から29年度にかけて継続利用している要支援1・2・事業対象者は、認定期間中は、引き続き利用可能とするが、次の更新認定結果が要支援1・2・事業対象者のいずれかであった場合は、原則「緩和した基準のサービス」へ移行</p> <p>(3) 難病(特定疾患)、心疾患、呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活に支障がある。</p> <p>(4) 認知機能の低下、精神疾患、知的障害などにより日常生活に支障がある。</p>	<p>要支援1・2及び事業対象者で、ケアマネジメント上、現行相当のサービスを必要としない状態にある方</p>
ケアマネジメント	ケアマネジメントA	ケアマネジメントAまたはケアマネジメントB
限度額管理	対象サービス	対象サービス ※委託事業者の場合は限度額管理対象外
事業者への支払い方法	国民健康保険団体連合会(国保連)経由で審査・支払	国民健康保険団体連合会(国保連)経由で審査・支払 ※委託事業者の場合は、市に毎月実績報告を提出後、市から直接支払

第1号訪問型サービス(報酬単価及び利用料)

種 別	現行相当(みなし)サービス	緩和した基準によるサービス(A型)	
サービス名	専門的支援型訪問介護	生活援助中心型サービス ≠	
		指定事業者	委託事業者
単 価	【月額定額報酬(現行どおり)】	【原則出来高報酬】	【生活援助のみの出来高報酬】
	<p>○週1回程度 月 11,680円</p> <p>○週2回程度 月 23,350円</p> <p>○週2回超程度※1 月 37,040円</p> <p>●利用料と合算した単価</p>	<p>○週1回程度(月4回まで) 1回2,520円〔5回月額11,110円〕</p> <p>○週2回程度(月8回まで) 1回2,560円〔9回月額22,190円〕</p> <p>○週3回程度(月12回まで) ※1 1回2,700円〔13回月額35,190円〕</p> <p>●利用料と合算した単価 ★介護保険法による指定訪問介護事業者であることが条件</p>	<p>○週1～2回程度の利用とし、その回数の必要性は、ケアマネジメントにより判断する。</p> <p>1回 1,200円(税抜き)</p>
加 算	現行と同額	現行の95% ※但し、処遇改善加算は、上記報酬に加味	無し
減 算	現行の算定方法と同率	現行の算定方法と同率	無し
利用料	単価の1割～2割負担を事業者に納付	単価の1割～2割負担を事業者に納付	市が定めた額(1回120円)を事業所に納付

※1 週3回程度の利用は、その必要性の判断をケアマネジメントに基づき判断するが、要支援2と事業対象者のみ利用可

第1号通所型サービス(対象者及びサービス計画)

種 別	現行相当(みなし)サービス	緩和した基準によるサービス(A型)	短期集中予防サービス(C型)
サービス名	専門的支援型通所介護	自立支援型通所サービス	短期集中型予防サービス
利用対象例	<p>(1)要支援1・2及び事業対象者</p> <p>(2)28年度から29年度にかけて継続利用している要支援1・2・事業対象者は、認定期間中は、引き続き利用可能とするが、次の更新認定結果が要支援1・2・事業対象者のいずれかであった場合は、原則「緩和した基準のサービス」へ移行</p> <p>(3)難病(特定疾患)、心疾患、呼吸器疾患、がんなどの疾患があるが当該サービスの利用が可能と判断できる状態にある。</p> <p>(4)認知機能の低下、精神疾患、知的障害などにより日常生活に支障がある。</p>	<p>要支援1・2及び事業対象者で、ケアマネジメント上、現行相当のサービスを必要としない状態にある。</p>	<p>要支援1・2及び事業対象者で、保健・医療の専門職による「運動器機能の向上訓練」「認知機能の低下予防・支援」「日常生活動作や家事などの生活行為向上のためのトレーニング」等を3～6か月の短期間で行うことで改善が見込まれる状態にある。</p>
ケアマネジメント	ケアマネジメントA	ケアマネジメントA又はB	ケアマネジメントA
限度額管理	対象サービス	対象サービス ※委託事業の場合は限度額管理対象外	対象外
事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払	国保連経由で審査・支払 ※委託事業者の場合は、市に毎月実績報告を提出後、市から直接支払	市に毎月実績報告を提出後、市から直接支払

第1号通所型サービス(報酬単価及び利用料)

種 別	現行相当(みなし)サービス	緩和した基準によるサービス(A型)		短期集中予防サービス(C型)
サービス名	専門的支援型通所介護	自立支援型通所サービス		短期集中型予防サービス
		指定事業者	委託事業者	
単 価	【月額定額報酬(現行どおり)】	【原則出来高報酬】	【原則出来高払】	【出来高払】
	○要支援1・事業対象者 週1回程度 月16,470円 ○要支援2・事業対象者 週2回程度 月33,770円 ●利用料と合計した単価	○要支援1・2・事業対象者 1回 3,590円 月5回 月15,650円 ○要支援2・事業対象者 1回 3,690円 月9回 月32,090円 ●利用料と合計した単価	○要支援1・2・事業対象者 1回 3,250円(月4回まで) 月5回 14,000円 ●税抜き単価の委託料であり、利用料を含んだ合計額ではない。	○要支援1・2・事業対象者 週1～2回程度 1人あたり1回5,000円 (税抜き)
加 算	現行と同額	現行の95% ※但し、処遇改善加算、提供体制加算は、上記報酬に加味	セルフケア指導加算 月額2,150円	無し
減 算	現行の算定方法と同率	現行の算定方法と同率	無し	無し
利用料	単価の1割～2割負担及び食費等の実費を事業者に納付	単価の1割～2割負担及び食費等の実費を事業者に納付	市が定めた額(1回325円×利用回数(月5回1,400円)+指導加算215円)及び食費等実費を事業所に納付	市が定めた額(1回250円)を事業所に納付

給付制限を受けている利用者の事業サービスの支払い方法

(問) 予防給付で保険料の滞納で支払い方法の変更や給付制限の措置を受けている場合、総合事業でもこの適用を受けるのか。仮に適用を受けない場合は、移行時に給付制限を受けている者が総合事業を利用した場合、通常の利用者負担(利用料)でのサービス利用となるのか。

(答) 総合事業では、給付制限を一律に課さないが、各市町村の判断で実施することは可能である。

総合事業の生活支援事業に相当する事業

類 型	事業名等	利用料	お問合せ先
食 事	始良市「食」の自立支援サービス事業	有	長寿福祉係
	民間企業による配食	有	地域包括支援係
安否確認	高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業 (ボランティアポイント事業)	無	長寿福祉係
	配食時見守り支援事業	有	
	緊急通報体制整備事業(緊急通報装置の設置)	有	
家事援助	介護予防ホームヘルプサービス事業	有	
買い物	民間企業による買い物や宅配サービス	有	地域包括支援係
移 動	民間企業(介護タクシー等)	有	地域包括支援係
介護保険制度の 訪問介護対象外 の生活援助ができ る事業	介護保険事業所による自費ヘルプサービス	有	地域包括支援係
	ワンコインサービス	有	始良市シルバー人材センター
	地域生活応援事業	有	始良市社会福祉協議会

一般介護予防事業

類型	住民主体運営型介護予防事業	介護予防・健康増進活動支援事業	始良市健康体操(サロンサイズ)DVD貸出
内容	○住民主体で介護予防に資する体操や運動を行い、交流や趣味活動なども実施。 ○週1～2日(1日1回2時間程度)開設	○施設ボランティアをしたり、積極的に健診等をうけたりすることで、健康増進を図る。 ○この活動が、結果的に、ご自身の介護予防につながる。	○始良市民歌に合わせたストレッチ体操、筋力アップトレーニングの説明DVD ○介護予防に資する活動をする団体等、配布若しくは貸出をしている。
対象者	○要介護(要支援)認定の有無に関わらず65歳以上の全ての方が対象	65歳以上の方	65歳以上の方が中心になって活動・利用している団体等。
委託料等	・基本単価1回4,000円(税抜き) ・1人1,500円(税抜き)×利用者数 ※利用実績無い場合、基本単価なし	活動に対し、年間上限5,000円のポイント転換交付金を交付	
利用料	200円		無料
実施方法	市からの委託		DVD配布若しくは貸出
想定される委託先	NPO法人、社会福祉法人、医療法人、指定地域密着型サービス事業者等		
その他	同様の事業を別途補助金等を受けて実施している法人等に対しては業務委託はできません。	市役所の長寿福祉係でボランティア活動登録手続きが必要	・地域包括支援センターにて手続きが必要

地域における「いきいきサロン」の新規立ち上げ支援・サロンボランティアの育成などについては、市が、市社会福祉協議会と業務委託契約を締結し、この、一般介護予防事業の中で実施しております。

総合事業対象者の要介護等認定申請について

要介護認定申請している場合における介護予防ケアマネジメント

- ① 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請をする。
- ② 要介護等認定申請とあわせて、サービス事業による訪問型サービスや通所型サービス等を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ③ 要介護等認定申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。
- ④ その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。
- ⑤ なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできない。

要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

認定結果	サービス 給付サービスのみ利用	給付と総合事業を利用	総合事業のみ利用
非該当・ 事業対象者	全額自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ○給付分は全額自己負担 ○介護予防ケアマネジメントも含めた総合事業サービス分は総合事業より支給 	介護予防ケアマネジメントも含めて、総合事業より支給
要支援認定者	予防給付より支給	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 ○総合事業サービス分は、総合事業より支給 	介護予防ケアマネジメントも含めて、総合事業より支給
要介護認定者	介護給付より支給	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 ○総合事業サービス分は、介護給付サービスの利用を開始するまでの提供分は、総合事業により支給 	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は総合事業により支給

事業対象者が認定申請と同時に給付サービスを利用し、 認定結果が要介護認定の場合のプランの基準日の考え方

4月1日 (事業対象者)	4月15日(認定申請日) ※申請日から要介護認定者	請求等	5月15日(認定日) ※認定日から要介護認定者
総合事業 サービス利用	4/1～4/14 総合事業サービス費を出来高又は、日割りで請求	総合事業費	4/1～4/30 総合事業サービス費を月額定額又は出来高で請求 5/1～5/14 総合事業サービス費を出来高又は日割りで請求
	4/15～ 訪問看護等の給付サービス請求	保険給付費	5/15～ 訪問看護等の給付サービス請求
	4/15～4/30 総合事業サービス利用分は全額自己負担	全額自己負担	4/15～5/14 訪問看護等の給付サービス利用分は全額自己負担
	4月分～ 指定居宅介護支援事業者 ※4/1～4/14の総合事業サービス費分の含めた給付管理をする	給付管理	4月分 地域包括支援センター 5月分 指定居宅介護支援事業者
	居宅介護支援費	プラン料	4月分 介護予防ケアマネジメント費(委託料) 5月分 居宅介護支援費

総合事業における暫定プランの留意点

(問)ガイドライン案(P113)では「認定結果が出る前にサービス事業を利用した場合、認定結果が要介護1以上であったとしても、認定結果の出た日以前のサービス利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする」とあるが、この場合、同様のサービスを利用しても、単価は認定前の暫定利用分については総合事業の単価で日割算定し、認定後の利用分については介護給付の訪問介護・通所介護として算定することになるのか。

(答)お見込みのとおり。

「介護保険最新情報Vol.396 P54 平成26年10月1日」より

(注)「ケアプランの自己作成について」

暫定プランでサービスを利用したくても、ケアプランがなければサービスは給付されない。そのため、新規(区分変更)の認定申請中にサービスを利用するときは、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターによるケアプランの作成若しくは、利用者の自己作成によるケアプランが必要となるが、総合事業におけるサービス事業の場合は、自己作成により利用することは想定されていない。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」P69より

総合事業における暫定プランの留意点

(問) 基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問(通所)型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問(通所)型サービスと福祉用具貸与を利用したところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答) 要介護認定申請は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

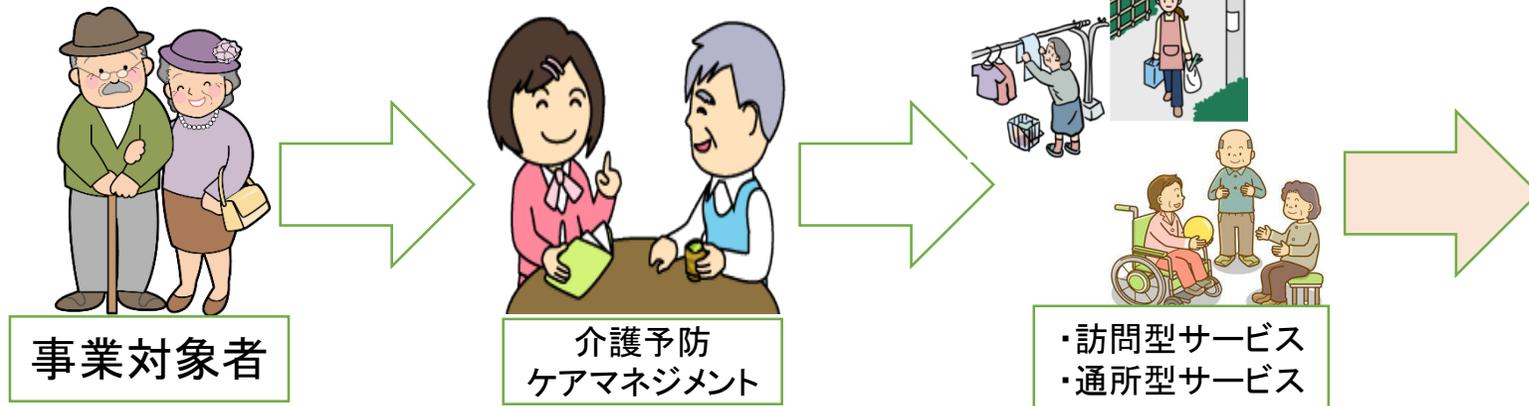
お尋ねの場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のまま取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

①(申請日に遡って)要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問(通所)型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象者となる。

②事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問(通所)型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

暫定プラン請求の考え方(例1)

介護認定申請を行い、結果がでるまでの間は予防給付のサービスは利用せず、事業対象者としてサービス事業のみを利用する。



【サービス事業費】
・訪問型・通所型サービスのコードで従来どおり国保連に請求

【非該当】

認定結果が出た日

【要支援】

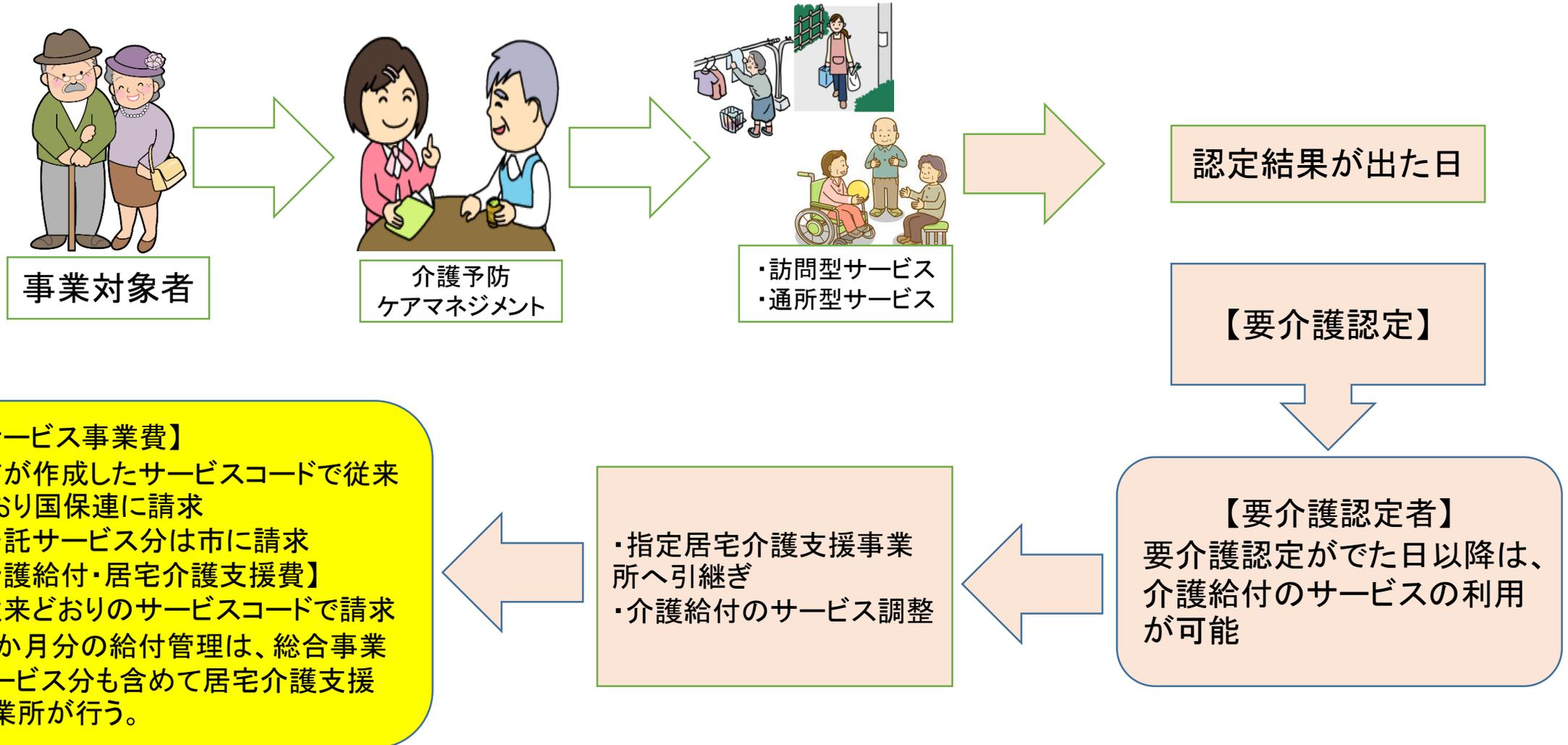
【サービス事業費】
・市が作成したサービスコードで従来どおり国保連に請求
・委託サービス分は市に請求
【予防給付・介護予防支援費】
・従来どおりのサービスコードで請求

・介護予防支援によるケアマネジメント
・予防給付のサービス調整

【要支援認定者】
要支援認定結果がでた日以降は、訪問型・通所型以外に予防給付のサービス利用が可能

暫定プラン請求の考え方(例2)

介護認定申請を行い、結果がでるまでの間は予防給付のサービスは利用せず、事業対象者としてサービス事業のみを利用する。(要介護認定が出た場合)

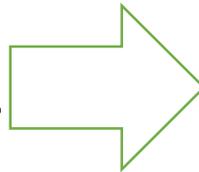


暫定プラン請求の考え方(例3)

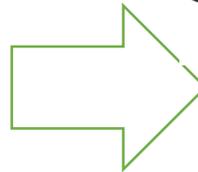
介護認定申請を行い、結果がでるまでの間、予防給付のサービスとサービス事業を利用する。



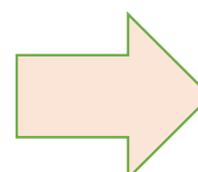
事業対象者



・介護予防支援
・居宅介護支援



・訪問型サービス
・通所型サービス
・予防給付サービス



【サービス事業費】

- ・市が作成したサービスコードで従来どおり国保連に請求
- ・予防給付サービスは全額自己負担

【非該当】

認定結果が出た日

【要支援】

【サービス事業費】

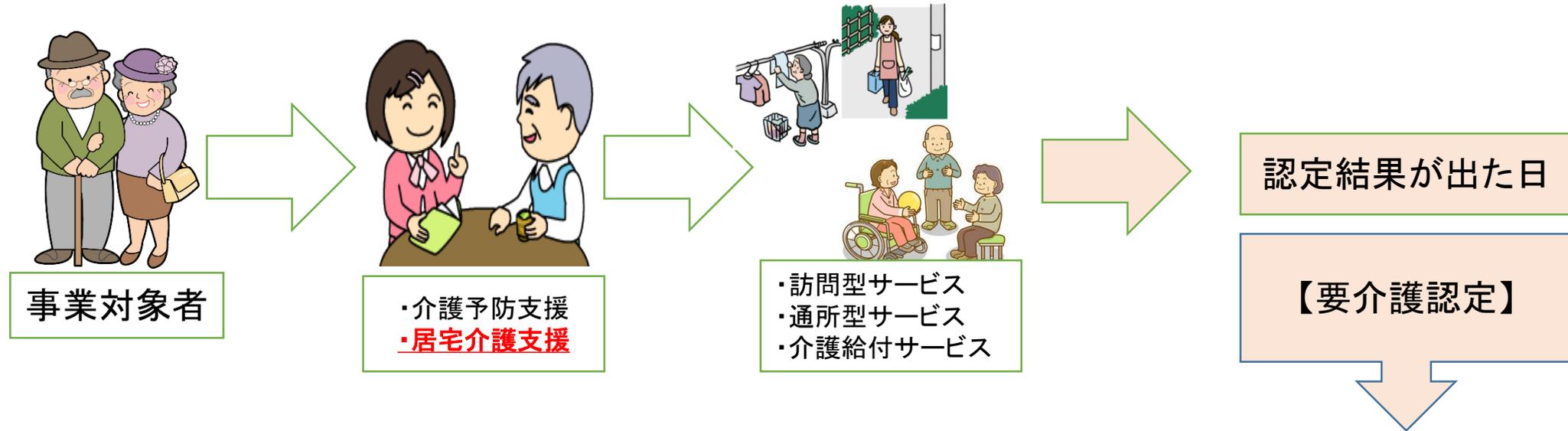
- ・市が作成したサービスコードで従来どおり国保連に請求
- ・委託サービス分は市に請求

【予防給付・介護予防支援費】

- ・市が作成したサービスコードで請求

暫定プラン請求の考え方(例4)

介護認定申請を行い、結果がでるまでの間、予防給付のサービスとサービス事業を利用する。(要介護認定が出た場合)



【②認定申請日まで遡り、要介護とする場合】

- ・訪問型・通所型サービスは全額自己負担
- ・介護給付サービスに該当するサービスは、介護給付で請求可能
- ・申請日に係る月から居宅介護支援事業者が給付管理をし、居宅介護支援費が発生する

【①認定結果が出た日の前日まで事業対象者として給付管理をする場合】

- ・訪問型・通所型サービスはサービス事業費で請求
- ・暫定で提供した介護給付サービスは全額自己負担となる
- ・認定日以降は、介護給付が発生するため居宅介護支援事業者が給付管理をし、居宅介護支援費も発生する。

総合事業における介護予防ケアマネジメント

本資料における「介護予防ケアマネジメント」に関する考え方、留意事項、様式の記入方法等については、予防給付の「介護予防支援」も同様の扱いとなります。

介護保険制度の基本的考え方

- 介護を要する状態となっても、できる限り、**自宅**で**自立した生活**を営めるようにサービスを提供すること。
(介護保険の理念)
- 介護が必要な状態となることを**予防**する。
- 介護が必要な状態となった場合にも、(サービスを利用した)**自立した生活**のための能力維持、向上を求める。

【条文】介護保険法第4条第1項

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。

介護予防ケアマネジメントの目的

- 地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、
- 本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、
- 利用者のできることを利用者と共に発見し、
- 利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目的とします。

介護予防ケアマネジメントの視点

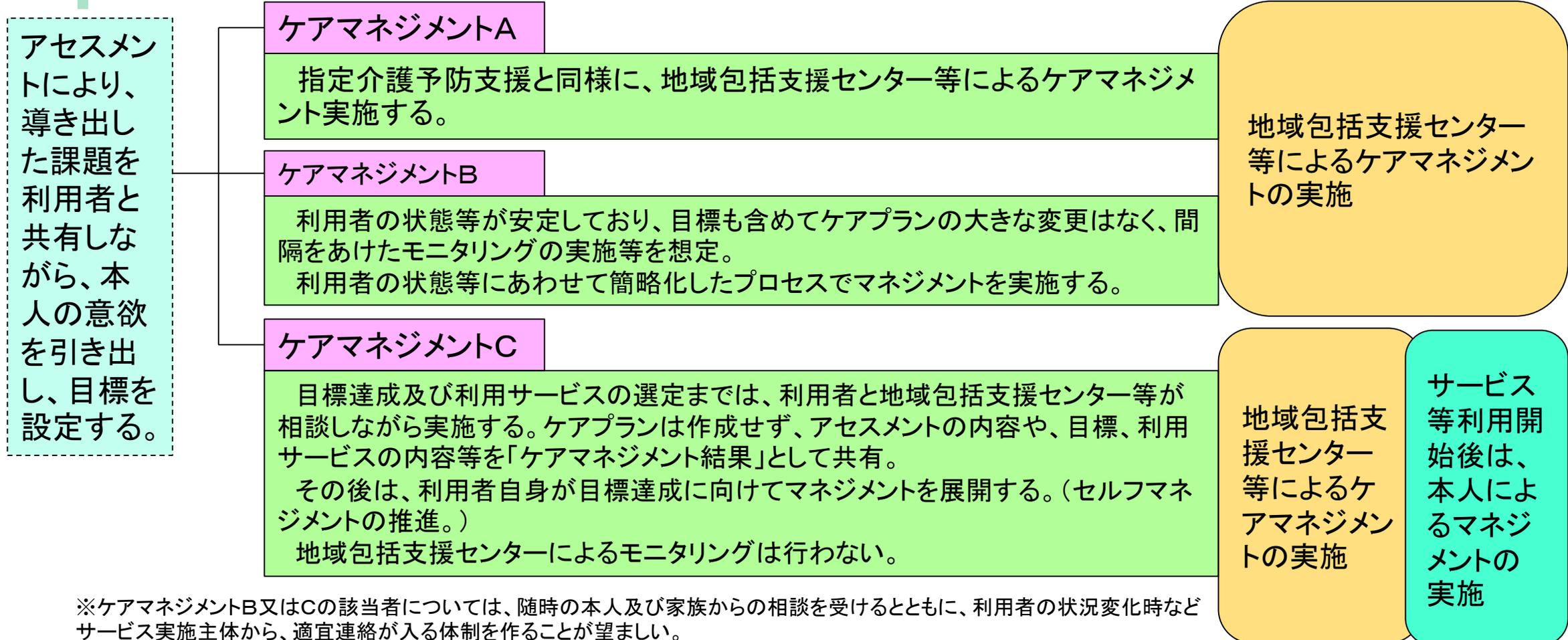
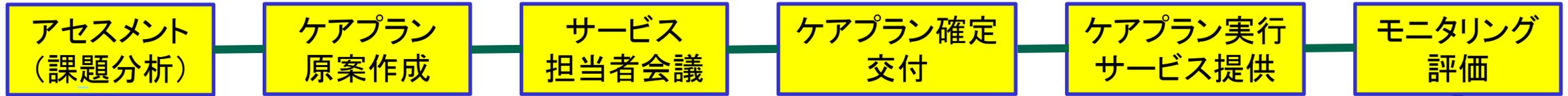
- 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ。
- 要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする。
- 高齢者が医療や介護、生活支援等を必要とする状態となっても、住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるために、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進を行うことが重要となる。

介護予防ケアマネジメントの視点

- 高齢者自身が、地域や家庭で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点を持つ。
- 単に利用者の生活上の困りごとを補うサービスを当てはめるのではなく、自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチする。
- このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントは、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んで行けるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方

ケアマネジメントのプロセス



総合事業における介護予防ケアマネジメントの類型とその考え方

①ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<p>○介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合</p> <p>○訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合</p> <p>○その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</p>	<p>アセスメント</p> <p>→ケアプラン原案作成</p> <p>→サービス担当者会議</p> <p>→利用者への説明・同意</p> <p>→ケアプランの確定・交付【利用者・サービス提供者へ】</p> <p>→サービス利用開始</p> <p>→モニタリング【給付管理】</p>
②ケアマネジメントB(簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<p>①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合)</p>	<p>アセスメント</p> <p>→ケアプラン原案作成</p> <p>(→サービス担当者会議)※必要に応じて実施</p> <p>→利用者への説明・同意</p> <p>→ケアプランの確定・交付【利用者・サービス提供者へ】</p> <p>→サービス利用開始</p> <p>(→モニタリング【適宜】)※必要に応じて実施</p>
③ケアマネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<p>ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合</p>	<p>アセスメント</p> <p>→ケアマネジメントの結果案作成(計画書を簡略化した様式)</p> <p>→利用者への説明・同意</p> <p>→利用するサービス提供者等への説明・送付</p> <p>→サービス利用開始</p>

(注)介護予防支援業務には、この類型は当てはまりません。

介護予防ケアマネジメント委託費（ケアマネジメントAを想定）

認 定	サービスの利用状況	作成機関	委託料
<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1・2 ・事業対象者 	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業による指定事業者が実施する訪問介護、通所介護のみサービスを利用 ※介護予防支援費が発生しないケース 	<p>原則、地域包括支援センターが作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・1か月 4,300円 ・初回加算 3,000円
<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1・2 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護、通所リハビリ、福祉用具貸与等（以下「訪問看護等」という。）限度額管理対象の予防給付のサービスを利用している。 ・総合事業のサービス以外に、訪問看護等の予防給付のサービスを併用している。 ※介護予防支援費が発生するケース 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・市と契約締結をした「指定居宅介護支援事業者」 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能居宅介護事業所連携加算 3,000円 ※現行同様税込み単価

介護予防ケアマネジメントの関連様式の記入方法

- ① 利用者基本情報
- ② 介護予防サービス・支援計画書
- ③ 介護予防支援経過記録
- ④ 介護予防サービス・支援評価表

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点(課題分析)

課題分析の目的

本人の望む生活 (「したい」)

「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろう (申請のきっかけ)」
「なぜ、要支援状態になったのだろう」
「生活の中で何か困っていることが生じていないだろうか」
「それは、いつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」
「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」

現状の生活 (「うまくできない」)

ギャップ

「**なぜ**、うまくできていないのか」という要因を分析

維持・改善すべき課題(目標)

課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人、家族と認識を共有し、必要な助言を行う。

要支援者等について特に把握が必要な課題分析(アセスメント)に関する項目(例)

標準項目名	項目の主な内容
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理等に関する項目
認知機能	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じよく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況(アクセス手段、自宅からの距離等)に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

(介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

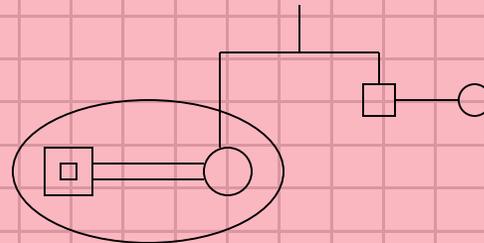
例

利用者基本情報

作成担当者： **介護太郎**

《基本情報》			
相談日	H18年2月7日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ	ビーサン	男・女	M・S 5年1月10日生 (89)歳
本人氏名	Bさん		
住所	□県□市□町□ 2903 -1	Tel Fax	000 (000) 0000 000 (000) 0000
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：18年4月1日～18年9月30日 (前回の介護度 要介護1)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、・・・ ()		

本人の住居環境	<input checked="" type="radio"/> 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 (<input checked="" type="radio"/> 1) 階・住宅改修の有 <input checked="" type="checkbox"/>			
経済状況	国民年金・厚生年金 <input checked="" type="radio"/> ・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)	本人・妻			
住所 連絡先	同上	続柄 本人	家族構成 ◎本人、○女性、□男性 ●■、死亡、☆キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	E. Sさん	義弟		□市□町29 03-2
			家族関係等の状況 子供はいない。義弟夫婦が同敷地内に在住。	



利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	山形県出身。戦時中は衛生兵として従軍。戦後から横浜在住。65歳まで商社勤め。定年後も関連会社にて役員。H12年胆嚢炎、膵炎で入院するまで、趣味のゴルフは続けていた。その後は妻の家事を手伝いながら、概ね自宅で過ごすことが多い。		
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・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	起床前のベッドでの軽い体操 近所を20～30分杖なしで散歩		骨董品や民芸品の鑑賞 今はできないがゴルフ
	時間	本人	介護者・家族
	6:30	起床体操、ベッドメイキング	
7:30	朝食の手伝い、食事、ゴミ出し		
10:00	庭・室内掃除	妻も一緒に行く	友人・地域との関係
12:00	昼食		会社の元同僚やゴルフ仲間との交流が皆高齢で減少
15:00	散歩、買い物	買物は妻も一緒	
18:00	夕食、後片付け、TV		
読書			
22:00	就寝		

《現病歴・既往症と経過》（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		経過	治療中の場合は内容
		（主治医・意見作成者に☆）			
H12年10月	胆嚢炎・膵炎	□病院	Tel 33-333-333	治療中 経観中 ○その他	胆嚢切除。1年経過観察し治療終了
S30年 日	不整脈	会社の検診（現在□クリニック）	Tel 33-333-333	治療中 経観中 ○その他	検診の度、指摘されるが治療の必要はなく経過観察中
S22年頃 日	肺結核	陸軍病院	Tel 33-333-333	治療中 経観中 ○その他	5年間気胸療法、ストマイにて治療
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
《現在利用しているサービス》					
公的サービス			非公的サービス		
<p>地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、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、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。</p>					
平成 年 月 日 氏名				B	印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活

1日		1年										
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 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（居宅サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（有/無）	期間
(運動・移動について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
(日常生活(家庭生活)について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
(健康管理について)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について

口立治療効果、健診結果、観察結果等を記入した留意点

【本未行すべき支援が実施できない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

地域包括支援センター

【署名】

【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日

印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況 (運動・行動について)	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因) □有 □無	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体策についての意向 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 (居宅サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (居宅事業のサービス)	サービス種別	事業所 (有/無)



健康状態について
口立治療風景、健診結果、観察結果等を記入した留意点

【未実行すべき支援が実施できない場合】
該当な支援の事項に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

【署名】
地域包括支援センター _____
【確認印】

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
平成 年 月 日 印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 設定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 設定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	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 本人・家族	目標	支援計画				
						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（居宅サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（居宅事業のサービス）	サービス種別	事業所（所在地）	期間

ここで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、健康管理能力や生活機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、さまざま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れる。

例：「毎朝玄関まで新聞を取りに行く」

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、**介護予防支援や利用者の取組みによって達成可能な具体的な目標**とする。介護予防ケアプラン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**。

例：「孫の結婚式に出席する」「近所の商店街まで一人で買い物に行くことができる」

(健康管理について) 有 無

健康状態について 主治医受診票、健診結果、観察結果等先送未送の留置点

【本未行うべき支援が実施できない場合】
必要な支援の事業に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	○/5	○/2	○/3	○/2	○/3	○/5

地域包括支援センター

【意見】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印

●「主治医意見書」「基本情報」等よりケアプランを立てる上で留意すべき情報について記載

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

狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている。血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要である。

基本チェックリストの(該当した質問項目数)／(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
○ 予防給付 または 地域支援事業	4/5	0/2	1/3	1/2	○ 1/3	2/5

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果

【本來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

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)／(質問項目数)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
○ 予防給付 または 地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 設定年月日 年 月 日 設定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活

1日		1年											
アセスメント領域と現在の状況 (運動・行動について)	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的な提案	具体策についての意向 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 (居宅サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (居宅事業のサービス)	サービス種別	事業所 (有/無)	期間	
		□有 □無					()						
							()						
							()						
		□有 □無					()						



健康状態について

□主治医受診回数、健診結果、観察結果等を記入した留意点

【本未行うべき支援が実施できない場合】

必要な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【署名】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

アセスメント領域と
現在の状況

自ら行きたい場所へ様々な手段を用いて移動できるかどうか等を確認(自宅や屋外をスムーズに歩行することについて・交通機関を使って移動することについて)
「近所のスーパーまでの外出はできる」「下肢筋力の低下があり、足が上がりにくいので段差につまづく」

運動・移動について

家事や住居・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(日常に必要な買い物を自分で選んで買っているか・献立を考え調理することについて・掃除、洗濯、ゴミ捨てについて)

日常生活(家庭生活)について

「掃除や洗濯は自分でしている」「長期の入院生活で体力が低下しており、スーパーまで買い物に行けない」

社会参加、対人関係・
コミュニケーションについて

家族や近隣との交流や人間関係、仕事や老人クラブ、ボランティア、町内の行事などの参加状況などを確認
・趣味や楽しみなど。仕事や地域での役割。友人を招いたり、友人宅に訪問することなどについて
「電話でこまめに友人とのやりとりをしている」

健康管理について

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や、飲酒や喫煙のコントロール、そして食事、水分、排泄の回数や量などを確認
「降圧剤の内服薬管理はできており、整容なども行えている」
「洗身は前は自分でできるが、背中や肩が上がらないため娘が介助している」

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
運動・移動について		□有 □無	
<p>近所のコンビニエンスストアまでの外出はできる。下肢筋力の低下があり、足が上がりにくいので段差でつまづく。……</p>			
日常生活(家庭生活)について			
<p>長期入院で体力が低下し、スーパーまで買い物に行けない。脳梗塞後の右手の痺れや握力低下で包丁を持つことに不安がある。……</p>			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			
<p>電話でこまめに友人とやりとりをしている。……</p>			
健康管理について			
<p>降圧剤等の内服管理は行えており、整容等も行えている。……</p>			

●各領域ごとに、日常生活の状況を記載（生活をトータルに見れる全人的アセス）

①自分(自力)で実施しているか？

どのように介助され実施しているか？

②本人と家族の認識の違いはないか？

③本人・家族以外(観察)の情報とは？

④情報収集のマナーは？

※「できていない・問題がある」というマイナス面だけでなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分の把握する。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向
運動・移動について	
近所のコンビニエンスストアまでの外出はできる。下肢筋力の低下があり、足が上がりにくいので段差でつまづく。……	
日常生活(家庭生活)について	□
長期入院で体力が低下し、スーパーまで買い物に行けない。脳梗塞後の右手の痺れや握力低下で包丁を持つことに不安がある。……	本人:もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻んだりするのが怖いので、障害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのは不安なので誰かそばで手伝ってほしい。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	□
電話でこまめに友人とやりとりをしている。……	娘:母は料理が上手だった。また作れるようになると嬉しい。
健康管理について	□
降圧剤等の内服管理は行えており、整容等も行えている。……	

●各領域の確認した内容について、本人・家族の認識と意向を記載する。

①どの程度自覚しているか？

②困っているか？それについてどう考えているか？

「〇〇出来るようになりたい」「〇〇をやりたい」「してみたい、参加したい」等と記載

③本人と家族の意向に相違はないか？

④★消極的・否定的な理由はなぜか？

●生活上の問題およびその背景・原因を、前段記載内容や面談、その他の情報をもとに「健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態」の観点から整理・分析する

①基本チェックリストの結果にも配慮する

②将来の状態予測も記載する

	家族の	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題
		□有 □無	
	好き。の刻ので、に調たらるのばで	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自分で調理したいという意欲はあるが、右手の痺れや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。不安は大きいようだが、このまま右手を使わないと拘縮する可能性もある。	
	だっなる	□有 □無	
		□有 □無	

●本人の生活全体の課題を探す

①直接的な背景・原因だけでなく間接的背景・原因を探る

②複数の領域課題があっても課題の原因・背景が同一の場合は統合し記述する

③課題とした根拠を記載する

④優先度を明確にする

ト
えて
る。……

領域における課題 (背景・原因)	総合的課題
	<p>1. 右手の痺れや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないまましていると、硬縮してしまう可能性がある。</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>自分で調理したいという意欲はあるが、右手の痺れや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。不安は大きいようだが、このまま右手を使わないと拘縮する可能性もある。</p>	
<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	
<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

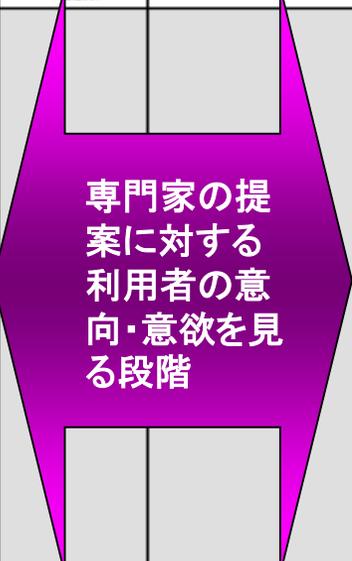
地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況 (運動・行動について)	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的な提案	具体策についての意向 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 (居宅サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (有/無)	期間
		□有 □無				()						
		□有 □無				()						
		□有 □無				()						
		□有 □無				()						



健康状態について

□主治医受診回数、健診結果、観察結果等を記入した留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】

該当な支援の事例に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【署名】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案
<p>1. 右手の痺れや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないまましていると、硬縮してしまう可能性がある。</p>	<p>(目標) 自宅で週2回調理が行えるようになる。</p> <p>(具体策)</p> <p>①自分にあう調理器具、調理方法を見つける。</p> <p>②家族に料理を食べに来てもらう。</p> <p>③スーパーの宅配サービスを活用する</p>

●専門的観点から示す 目標の提案

- ①適切なアセスメントの結果
- ②漠然としたものではなく評価可能で具体的なもの★「〇〇が必要」・「〇〇を行う」と記載
- ③セルフケア、インフォーマル、フォーマルの活用を記載
- ④生活機能の直接的原因の解決、低下を補う機能の強化等の策も

●課題分析者が提案する「目標と具体策」について、本人・家族の意向を確認し記載する

①専門家の提案と利用者の意向の相違を確認できる(すり合わせ→最終的な目標設定の足がかり)

②合意が得られない場合、その理由や根拠、本人・家族の考えを記載する(★「目標」の根拠)

③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

具体策についての意向 本人・家族	
<p>本人:練習をしないと調理は心配です。いい器具があれば使って料理してみたい。痺れがあり握力がないので、それらを使うのも、しばらくは練習が必要でしょうね。娘や孫に御馳走できればどんなに楽しいでしょう。少しずつ挑戦してみたいと思います。</p> <p>娘:本人に合った調理器具を紹介してもらいたい。握力をつけて安全に調理できるよう訓練してもらいたいです。仕事は忙しいのですが、時々なら一緒に夕食を作るなどできると思います。</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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

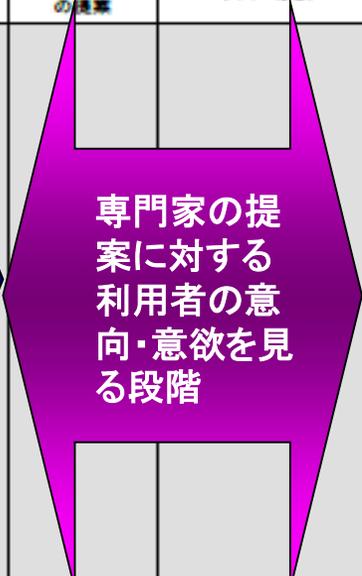
地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業名・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況 (運動・行動について)	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因) □有 □無	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					期間
							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 (居宅サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業 (居宅事業のサービス)	サービス種別	事業所(有/無)	
						()						



健康状態について

口立治療風景、健診結果、観察結果等を記入した留意点

【未実行すべき支援が実施できない場合】

該当な支援の事例に向けた方針

総合的な方針：生活不安要素の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○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
予防給付または地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5

地域包括支援センター

【署名】
[確認印]

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

ケアプランの作成

- 総合事業においては、多様なサービスの実施主体が存在することから、予防給付のようなサービス提供責任者が存在しない形態も想定される。
- そこで、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、ケアプランに可能な限り個別サービス計画に相当する内容を含めることが望ましい。
- また、適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況の正確な把握が欠かせない。課題整理総括表等（介護保険最新情報 Vol.379「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について H26.6.17）を活用し、関係者で情報を共有することも望ましい方策である。
- なお、利用者本人が自らのケアプランであることを実感し、ケアプランを立てたステップからの乖離に自ら気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分な説明をし、理解を得た上で使用する。

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点(ケアプラン)

- 「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、**段階的に支援するための計画**を作成する。

- 3か月～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に、
 - ・「どのように改善を図るのか」(最も効果的な方法の選択)
 - ・「どこで、誰がアプローチすると良いのか」(最も効果的手段の選択)
 - ・「いつ頃までに」(期限)を考慮し、計画を作成することが望ましい。

- 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態は、
 - ①健康管理の支援が必要な者
 - ②体力の改善に向けた支援が必要な者
 - ③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
 - ④閉じこもりに対する支援が必要な者
 - ⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>①健康管理の支援が必要な者</p>	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等(管理栄養士や保健師等)との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1)まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2)次いで、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3)栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては、健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<ul style="list-style-type: none"> ①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。 ②体力改善に向け、通所で集中的な運動プログラムを実践。 <ul style="list-style-type: none"> (1)まずは、送迎による外出支援 (2)通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 (3)徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いて行ける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。 ③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を實踐できるようにする。

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<p>・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者</p> <p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅での動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1)ADL/IADLの基本動作の集中的な練習を実施する。</p> <p>(2)ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3)通所で練習しているADL/IADLの生活行為は通所の場面だけではなく、適宜在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>④閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から退院して間もない者 ・孤独感や生活の意欲が低下している者 ・うつや認知機能などが低下している者 ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切な生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能の低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2)人的な交流 (3)運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中でも心理的ストレスを感じている者 ・ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<ul style="list-style-type: none"> ①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。 ②リハビリ専門職等の訪問で、 <ul style="list-style-type: none"> (1)本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメント、環境調整を実施する。併せて本人には体力の向上などの必要性を含め、通所の参加を説明、理解を得る。 (2)本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 ③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。 <ul style="list-style-type: none"> (1)通院介助 (2)介護軽減に向けた環境調整 (3)排泄などのADLの介護支援 ④併せて通所型サービスを組み合わせ、 <ul style="list-style-type: none"> (1)家族の休息 (2)本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)

維持・改善すべき課題	状 態	配慮すべきケアプランの在り方
<p>⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>		<p>ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>⑤通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑥併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を發揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑦目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>

目 標	支援計画					
	目標についてのポイント	本人等のセルフケアや 家族の支援、インフォ 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
1. 自宅で週2回調 理をおこなう。						

●全項目の利用者の意向を踏まえ、
三者が合意した目標を記載する

①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
は「左同」、「提案どおり」と記載しても
よい。

明確な目標設定と本人との意識の共有

- 高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要がある。
- 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)で、②介護予防に一定期間(例:3か月～6か月)取り組むことにより、実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうかが具体的にモニタリング・評価できることが望ましい。
- もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

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、排泄の自立、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: 毎年検診に行く、自分で服薬管理をする、ご本人にとって正常な血圧などの数値的目標 ○日常生活: 就寝前後の衣類を着替える</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: 洗濯物を取り入れる、野菜の干切りができるようになる ○用事: Aコープまで買い物に出かけることができるようになる</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: 近所の●●さん宅に出かけることができる ○役割: 庭の草むしりができる、孫の世話をすることができる ○他者への支援: ボランティアポイント制度で活動できるようになる</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: 自営業の手伝いをできるようになる ○活動: 地域の清掃活動に参加できる ○経済生活: 預貯金の出し入れができるようになる</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>○手紙を書くことができるようになる。 ○週1回は自分から家族に電話をすることができる</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2回買い物に行く、「●●展覧会」に行くことができる ○旅行: 6月の家族旅行に行くことができる</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できる、●月の選挙で投票所まで行って投票できる ○楽しみ: 基会に参加できる</p>

具体的な目標を表明できない高齢者のための 「興味・関心チェックシート」

氏名: ○○○○ 年齢 ○歳 性別(男・女) 記入日 H○年○月○日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○をつけてください。

どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。

リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く				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			

具体的な目標を表明できない高齢者のための 「興味・関心チェックシート」(前頁の続き)

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
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・親戚との団欒				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会、老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

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、または地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1. 自宅で週2回調理をおこなう。	(1)不安があるため、通所サービスで練習し、娘さんが帰宅したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援をすすめていく。					

●具体的支援を考える上での留意点を記載する

①支援実施における安全管理上のポイント

②インフォーマルサービスの役割分担 etc

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、または	サービス種別	事業所	期間
1. 自宅で週2回調理をおこなう。	(1) 不安があるため、通所サービスで練習し、娘さんが帰宅したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援をすすめていく。	<p>(本人) 娘が帰宅したときに、自宅で1人で調理する。</p> <p>教室で習った献立を家でも作ってみる。</p> <p>(家族) 母親が作った料理を食べに、帰省する(時間があれば見守る)</p> <p>(地域) 近所の人に買い物をさそってもらおう。</p> <p>スーパーの宅配サービスを使う。</p>				

●本人、家族、地域、ボランティア、近隣等のサービス内容を記載

①誰が何をするのか具体的に記載

②適切な介護予防の視点によるサービスの導入

③当面の支援は()内

【本来行うことが妥当な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

通所リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で調理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がついたら1人で作るよう声をかけていく。

		支援計画				
目標	目標についての	本人等のセルフケアや 生活の支援、インフォ メーションサービス	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
<p>● 予防給付、地域支援事業のサービス内容を記載</p> <p>① 利用するサービスを○印で囲む</p> <p>② 適切な介護予防の視点によるサービスの導入</p> <p>③ 当面の支援は()内に記入する</p>		<p>良が帰 に る。 献 て</p> <p>母親が 料理を食 帰省する があれば</p> <p>近所の人 物をさそつ</p> <p>の宅配 を使う。</p>	<p>(介護保険サー ビス) 障害にあわせた 調理器具や調理 方法について、 情報提供、訓練 する。</p>			

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、 または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1. 自宅で週2回調理をおこなう。	(1)不安があるため、練習する場を確保し、娘さんが帰宅したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援をすすめていく。	(本人)娘が帰宅したときに、自宅で1人で調理する。 教室で習った献立を家でも作ってみる。 (家族)母親が作った料理を食べるに、帰省する(時間があれば見守る) (地域)近所の人に買い物をさそってもらおう。 スーパーの宅配サービスを使う。	(介護保険サービス) 障害にあわせた調理器具や調理方法について、情報提供、訓練する。	介護予防リハビリテーション	Tセンター	H〇年〇月〇日～ H〇年〇月〇日

目 標	期間	サービス内容	サービス種別
血圧が 115/65～ 125/70未満を 維持		薬を服用す る時間帯に きちんと服す	妻 短期入所生活 介護
一人 を洗 できるよ うに なる		身体 用し、練 習す る	通所介護 訪問介護 短期入所生活 介護
介護負担の 軽減、心 して過ごせる		施設 にかかる	短期入所生活 介護

☆在宅と施設の**継続性**があるプラン
 ☆複数のサービスを使っても同じ目標
 を目指しているプラン

「介護負担の軽減」が目標であっても、プランは本人のものであり、自立支援、生活の継続のためにある

●記載された「目標」について、利用者・家族、課題分析者、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べき共通の留意点等を記す

【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

通所リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で調理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がついたら1人で作るよう声をかけていく。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

無理の無い運動や健康管理に興味を持ってもらい、生活の中でできることをどんどん増やし、知人や孫の世話など好きなことを行って行けるよう支援する。

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

●最終的な責任主体である地域包括支援センターがケアプラン原案を確認します。

【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】

通所リハビリテーションで、介助してもらった後に、すぐに自宅で1人で調理していたが、本人が不安であるという考え、介助が滞りしているときに作ってもらい、そこで自信が持てるよう声かけをしていく。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

無理の無い運動や健康管理に興味を持ってもらい、生活の中でできることをどんどん増やし、知人や孫の世話など好きなことを行って行けるよう支援する。

計画に関する同意

上記計画について同意いたします。

平成18年2月14日 氏名 S さん 

地域包括支援センター	【意見】 まずは、家族との役割分担、協力体制を整理し、本人が自信を持って生活できるよう支援する必要がある。
	【確認印】 介護次郎 

介護予防サービス・支援評価表

評価日 ○年○月○日

利用者氏名 **Sさん** 殿

計画作成者氏名 **介護次郎**

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の意見)	今後の方針
1. 自宅で週2回調理をおこなう。	3ヶ月 ○年○月○日 ○年○月○日	通所リハで紹介してもらった器具を使ってボトルの開閉や楽に包丁が握れるようになった。週2回の娘の訪問の際は一緒に調理を行なっている。食材は娘と買物に行くようにした。	達成			一人での調理はまだ不安を残すが、本人なりに時々簡易な調理は行なっている。今後も取り組みを継続し、生活習慣病予防に配慮した献立が可能となり、地域の方々との交流に料理を生かせるよう支援する。
<p>・評価期間内の目標達成状況を具体的に記載する。</p> <p>・終わってないサービスも一旦評価し計画を見直す</p>		<p>・目標設定の妥当性も含め利用者や家族の認識を確認する。</p> <p>・達成できない原因を明確にする。</p>		<p>・計画作成者としての評価(原因を明確化)を記載する。</p> <p>・原因を捉え、専門的観点を踏まえて記載する。</p>		
総合的な方針			意見			
現在取り組まれている調理を通してしゃき交流の機会を捉え、活動領域の拡大を図る。			<p>・包括と居宅の方針の統一を確認。</p> <p>・事業所の報告を受け効果を確認する。</p>		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input checked="" type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了

介護予

・支援業務を委託する場合は包括担当者、居宅担当者とも記載

サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 Sさん

計画作成者氏名 介護次郎
包括担当 福祉太郎

年月日	内 容	年月日
H19.2.14	[サービス担当者会議]	
14:00~15:00	自宅を訪問し担当者会議を開催(参加者として利用者、介護次郎、福祉太郎)	
自宅訪問	センター〇〇氏、CM介護次郎、福祉太郎の3名で訪問し、支援内容を確認する。検討内容として、(1)利用者からの要望(包丁を落とすこと)の本人からの意見もあり、娘が休職中であることを事前に連絡して訪問し、一緒に調理器具の使用方法を確認し、リハビリ〇〇氏より、使い勝手のよい包丁を貸したため、早速使用方法について訓練を開始することとなった。	

・日付の記載
・訪問、電話、来所等の記載

・事実の内容の記載
・訪問、電話、モニタリング、評価、サービス担当者会議等の項目とともに内容等
・事業所からの報告書提出の事実の記載
・ケアプランの修正が必要と考えられた場合などの内容 等

自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点（モニタリング）

- モニタリング・・・面接記録やその日の様子やサービスの満足度を記録に残すだけでなく、次の支援計画に結び付けていくために、
 - 支援計画実施状況の把握（支援計画通りサービスが提供されているか）
 - 目標の達成状況の確認
 - 計画した支援内容の適否
 - 新たな課題や目標の変更の必要性の確認
 - 計画の継続の必要性の確認をしていくことが重要である。
- 新たな課題が見つかったり、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになり、サービス担当者会議等で各専門職の意見入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

モニタリング・評価

- 利用者にサービス事業による支援が実施されている間、毎月電話や事業所訪問によるモニタリング及び3か月に1回居宅を訪問することによるモニタリングを実施する。
- ケア内容と目標との乖離や新たな課題等が見受けられる場合は、ケアプランを作成しなおし、必要に応じて担当者会議を開催する。
- 順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスを行うことが不可欠である。

セルフケア・セルフマネジメントの推進

- 介護保険法第4条第1項において「国民の努力及び義務」として示されていることを、高齢者自身ができるようにするために「分かりやすい情報の提示」「専門職の助言」「支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達」が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機を持ち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の効果が必要である。
- そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的である。

始良市の地域包括ケアシステム

関係者間での意識の共有（「規範的統合」の推進）

「規範的統合」・・・価値観、文化、視点の共有のことであり、地域包括ケアシステムの構築に向けては、市の具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけ共有していく「規範的統合」が必要となる。

（本市の地域包括ケアシステムの取組状況については、市ホームページにて掲載中）

- 総合事業における、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市、事業主体といった関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有も「規範的統合」である。

「地域包括ケアシステム」ってどういう意味？

 「地域」＝まち（みなさんが住んでいる地域）

 「包括」＝ひっくるめる、一つにまとめる

 「ケア」＝心配事、気苦労、関心、配慮、世話、介護

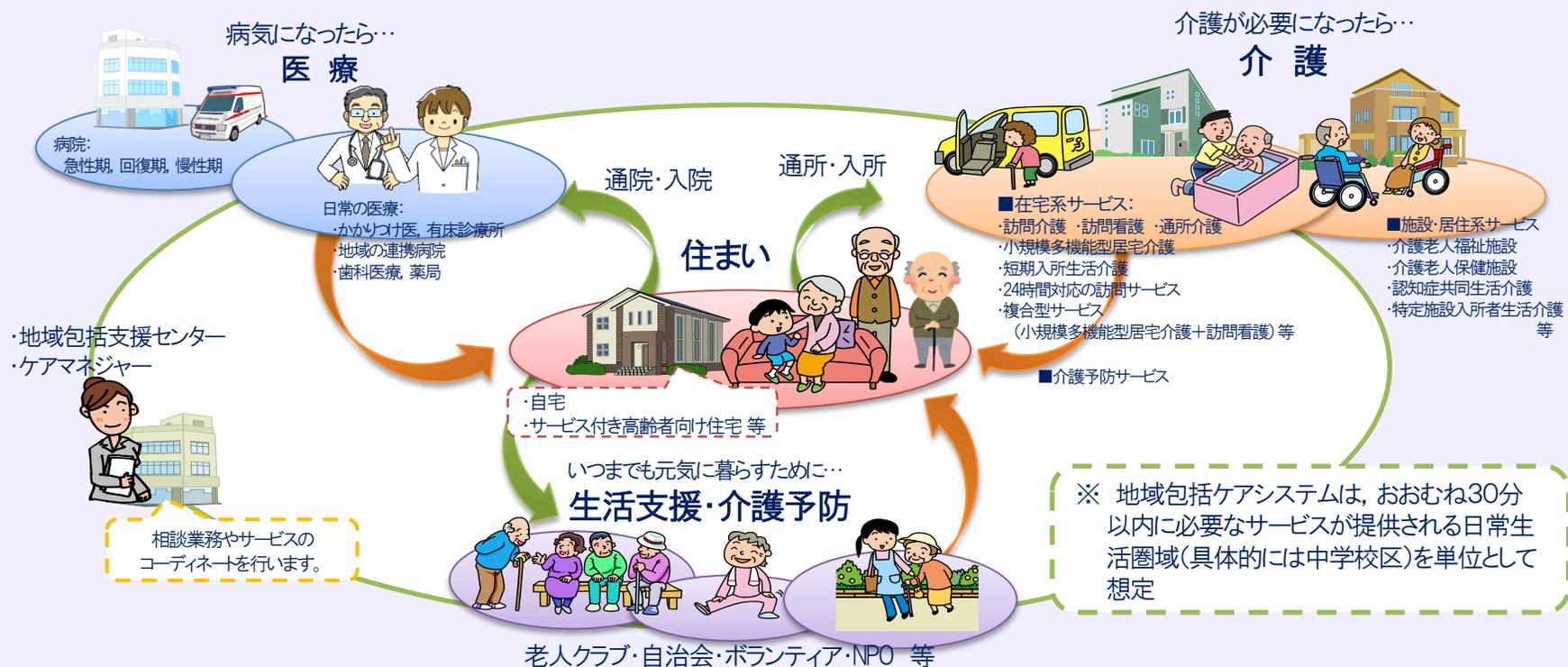
 「システム」＝組織、体系、体制

- 高齢者や家族介護者が住み慣れている地域で、
- 安心して過ごし続けることができるようにするため、
- まち(地域)の中にある多種多様な社会資源(医療・介護・福祉のサービスや行政、NPO等、自治会、民生委員、住民、ボランティア等)が一体となりまちぐるみで
- 高齢者や在宅介護をしているご家族を支えるための仕組み

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿



始良市が目指す地域包括ケアシステム

-  団塊の世代が75歳以上となる2025年を目処に、
-  高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、
-  可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、
-  「自助」「互助」「共助」「公助」の力による包括的なサービス提供体制を整える。

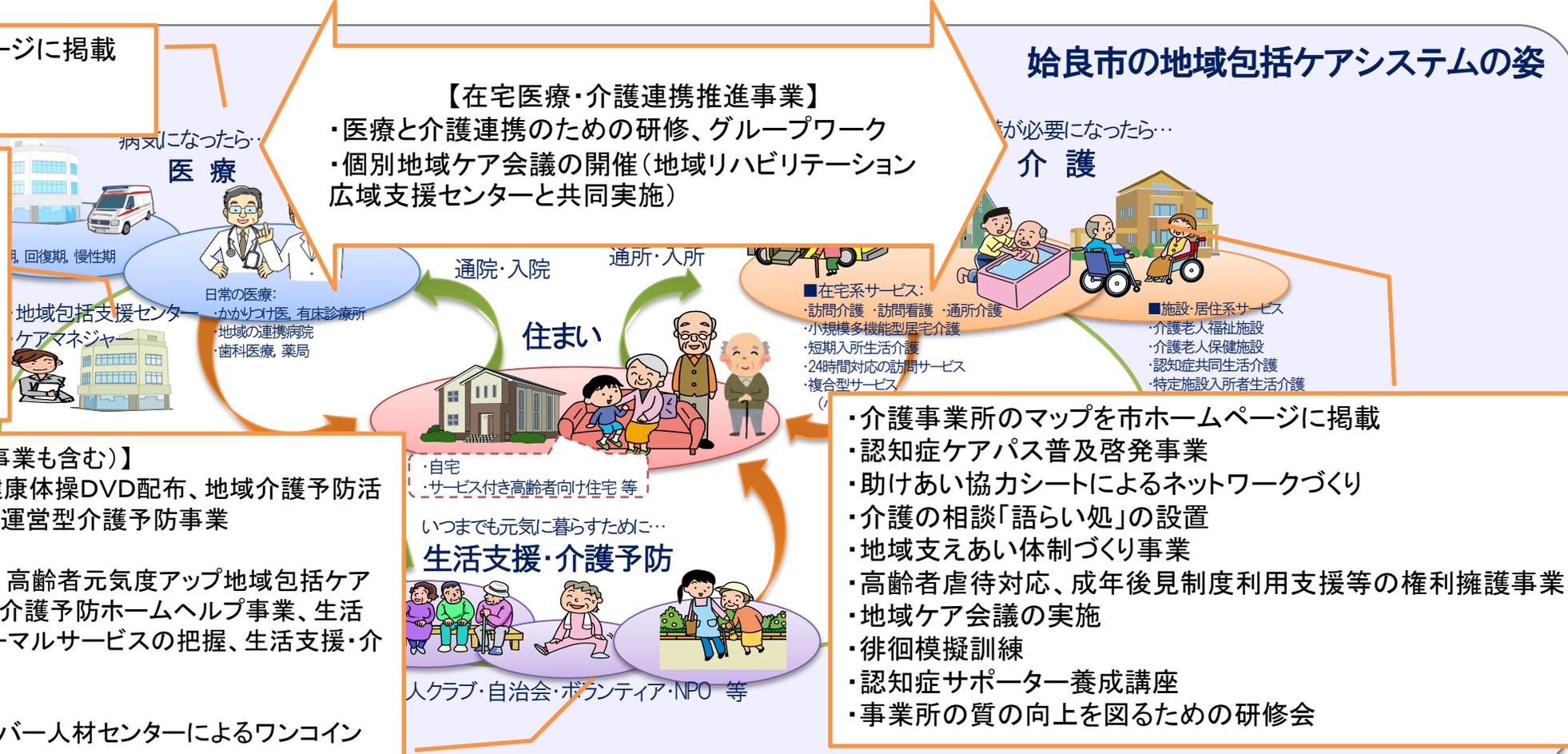
始良市の地域包括ケアシステムに向けた取組

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

- ・医療機関のマップを市ホームページに掲載
- ・休日当番医の情報配信
- ・健康づくり審議会

- ・社会福祉士等(4人)
- ・保健師等(11人)
- ・主任介護支援専門員(5人)
- ・介護支援専門員(13人)
- ・認知症地域支援推進員(市に3人)
- ・介護予防事業及び包括的支援事業を実施
- ・入退院時連携シートの活用

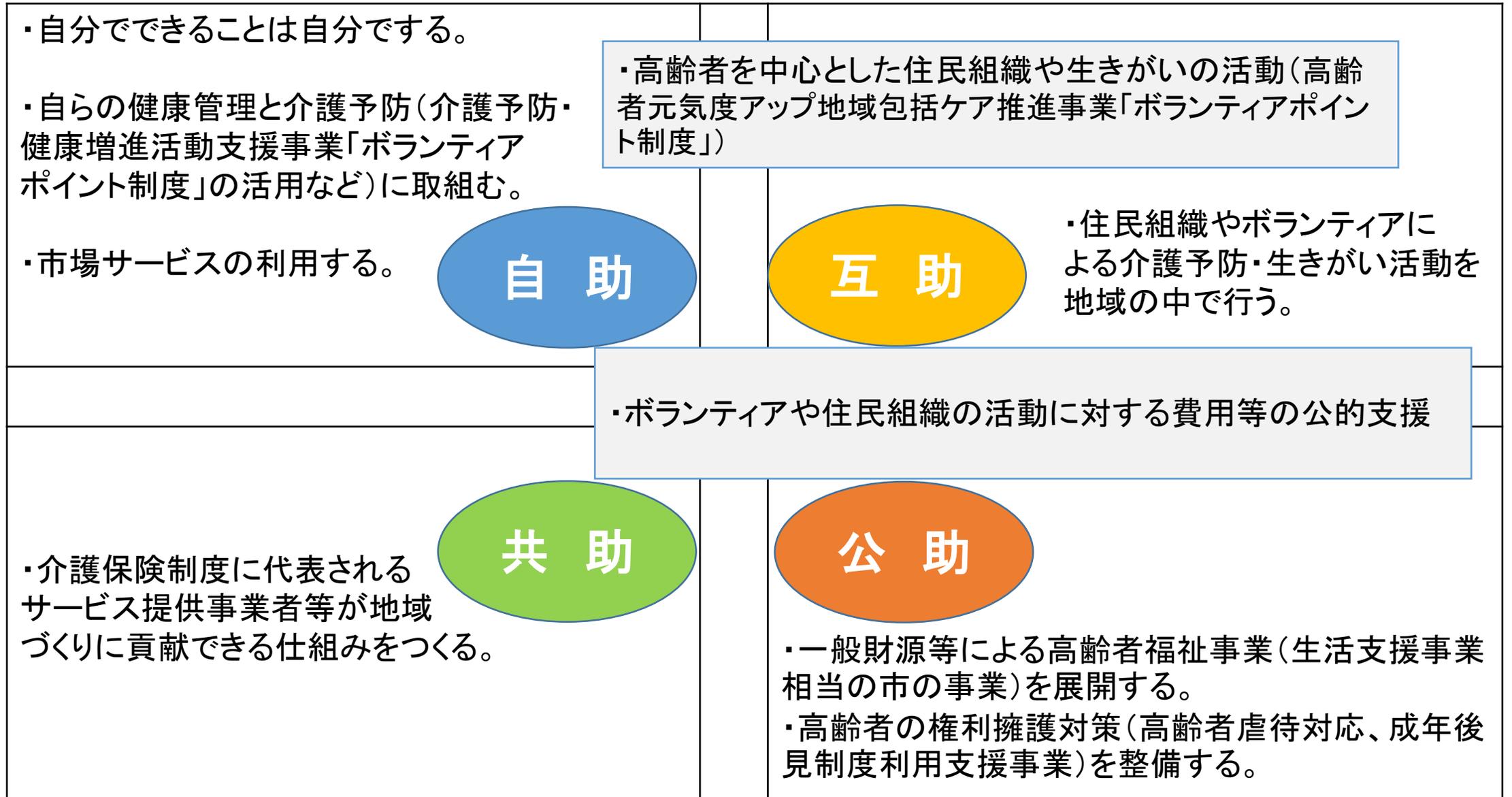
- 【一般介護予防事業(29年度からの事業も含む)】
- ・ボランティアポイント事業、始良市健康体操DVD配布、地域介護予防活動支援事業(サロン育成)、住民主体運営型介護予防事業
- 【生活支援につながるサービス】
- ・配食サービス(配食時見守り含む)、高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業、緊急通報体制整備事業、介護予防ホームヘルプ事業、生活指導型ショートステイ事業、インフォーマルサービスの把握、生活支援・介護予防サービス基盤整備事業
- 【その他】
- 社協による地域生活応援事業、シルバー人材センターによるワンコインサービス



始良市の地域包括ケアシステムの姿

- ・介護事業所のマップを市ホームページに掲載
- ・認知症ケアパス普及啓発事業
- ・助けあい協力シートによるネットワークづくり
- ・介護の相談「語らい処」の設置
- ・地域支えあい体制づくり事業
- ・高齢者虐待対応、成年後見制度利用支援等の権利擁護事業
- ・地域ケア会議の実施
- ・徘徊模擬訓練
- ・認知症サポーター養成講座
- ・事業所の質の向上を図るための研修会

一般介護予防事業を地域づくりに活かす考え方



訪問介護サービスを活用する上での留意点

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号 最終改正:平成17年6月29日老計発第0629001号)

サービス準備・記録、健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録	
身体介護	排泄介助、食事介助、清拭、部分浴、全身浴、洗面、身体整容、行為介助、体位変換、移乗・移動介助、通院・外出介助(<u>場合により</u> 院内の院内介助)、起床・就寝介助、服薬介助
	自立生活支援のための見守りの援助(自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り)
生活援助	掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理、被服の補修、一般的な調理、配下善、買い物、薬の受け取り

訪問介護における院内介助の取扱い

- 院内介助は、基本的には院内スタッフにより対応されるべきものである。
- しかし、一概に院内介助をできないとする判断はできないため、①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフによる対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心身の状態であることを要件とし、訪問介護による院内介助を保険者が認める例がある。

➤③の例

「院内の移動に介助が必要」「認知症その他のため、見守りが必要」「排泄介助を必要」とする場合等

不適切な訪問介護の運用事例

- 利用者本人以外の買い物、洗濯、布団干し、調理
- 主として利用者が生活するところ以外の掃除
- 来客の対応、来客へのお茶だし
- 話し相手のみ、留守番
- 自家用車の洗車、清掃
- 草むしり、花の水やり
- ペットの世話、散歩
- 家具、電気器具等の移動など模様替え
- 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- 室内外の家屋の修理、ペンキ塗り
- 植木の剪定や園芸作業
- おせち料理など特別な手間をかけての料理

同居家族がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて

- 「単身の世帯に属する利用者又は、家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」
- 若しくは、同居家族等に障害、疾病が無い場合であっても「同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」
- 同居家族等がいる場合の訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについては、「同居家族等の有無」のみを判断基準として給付の支給の可否を決定することがあってはならない。」

介護予防訪問介護サービスにおける生活援助の考え方

「利用者が可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性についても考慮しなければならない」

介護職員による医療行為について

介護職員による医療行為について

「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条」の解釈について(通知)(平成17年7月26日 医政発第0726005号 厚生労働医政局長)

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)は、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入退院の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること(汚物で汚れたガーゼの交換を含む。)
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服(舌下錠の使用も含む)、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
 - ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
 - ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のために、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
 - ③ 内服薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
- ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿糸などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること(耳垢塞栓の除去を除く)
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)
- ⑤ 自己道尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸液(※)を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合でも40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他の必要な場合は、医師、歯科医師法又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは、医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

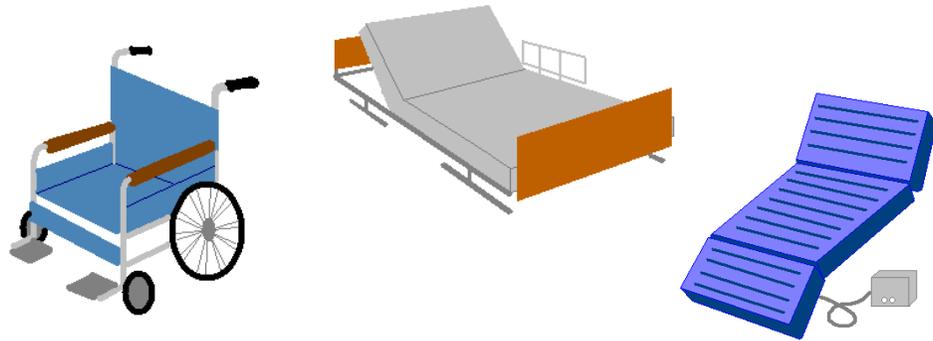
また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

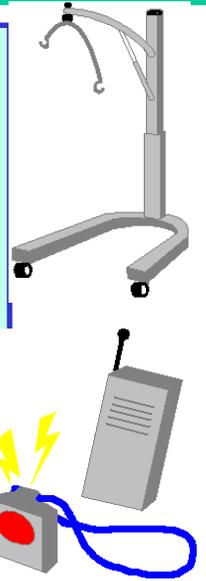
注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果についての報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

住宅改修・福祉用具貸与・販売（要支援・要介護認定者のみ対象）



【福祉用具貸与】 特殊寝台、車椅子等は、要支援認定者は例外給付となるため、事前に保険者の承諾を得る必要がある。



【住宅改修】

- ・市役所への事前申請が必要
- ・5万円以上は2者見積
- ・支払い方法は償還払いとなり、給付対象金額は同一の住所地の住宅において20万円（介護度は3段階悪化するとリセット）を上限とし、20万円以下の8割～9割分が返還される
- ・工事終了後に住宅改修費支給申請をする

【特定福祉用具販売】

- ・事後申請
- ・1年度10万円（1年度でリセット）を上限として、ポータブルトイレ、シャワーチェアなどの入浴補助用具が給付される。（原則、同一品目再購入不可）

制度上不明なことなどは、ワムネットを活用



国からの最新情報やQ & Aが全て掲載されています。