

1. 介護予防の理念と桑名市の取り組み

桑名市では、地域包括ケアシステムの構築の一環として、介護保険法の理念である高齢者の自立支援にむけて実現可能な取り組みを行い、高齢者一人一人の生活の質の向上を目指します。

そのために、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、これらの「心身機能」の改善・向上が環境調整などを通じて、「活動」「役割」にもバランスよく働きかけることによって、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援します。

2. 目的

- ① 個別ケース支援
- ② 介護保険制度の理念である「尊厳の維持」「自立支援」を実現するため、保険者の理念を地域包括支援センターや介護支援専門員、サービス提供事業者等と共有する。
- ③ 専門多職種との連携によるチームケアの確立。
- ④ アセスメント能力など、専門的な能力を高める（参加者のスキルアップ）。
- ⑤ 支援過程において地域に不足している社会資源の把握や開発、政策形成につなげる。

3. 対象者

新規に要支援等と認定された被保険者のうち、介護予防サービス等を利用しようとするものを対象にします。

時期	内容
平成26年10月以降	各地域包括支援センターが自ら介護予防サービス計画等を作成する対象者に限り試行的に実施。 (平成26年10月以降に認定結果が出た要支援者)
平成27年1月以降	各地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業者に委託して介護予防サービス計画等を作成する対象者や、介護予防小規模多機能型居宅介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を利用しようとする対象者も含め、試行的に実施。(委託の介護支援専門員が作成する対象者は、平成27年1月以降に認定結果が出た要支援者)
平成27年4月以降	要支援者のほか、介護予防・生活支援サービス事業対象者も含め、本格的に実施。

4. 様式

介護予防給付対象者に関するケアマネジメント様式について、多職種協働チームケアで取り組むことから、統一した様式を用います。共通の様式を用いることで、会議の資料説明に要する時間を圧縮し、検討時間の短縮化が図られます。

地域生活応援会議にかける場合に使用します。

1) 使用する様式

A	B		C
介護支援専門員 【資料1】	訪問介護事業所 【資料2】	通所系事業所 【資料3】	保険者
①利用者基本情報	①生活行為アセスメント（訪問・通所共通）		①医師の意見書
②興味・関心チェックシート	②介護予防メニューアセスメント（訪問用）	⑤介護予防メニューアセスメント（通所用）	②要介護認定調査票
③介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト	③介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）	⑥介護予防サービス計画・総合評価（通所用）	③ニーズ調査資料
④介護予防アセスメント[2]追加項目	④介護予防サービス個別計画書（訪問用）	⑦介護予防サービス 個別計画書（通所用）	
⑤生活機能評価[アセスメント]			
⑥介護予防メニューリスク確認			
⑦週間プラン			
⑧介護予防サービス・支援計画表			
⑨介護予防支援・サービス評価表			

※訪問介護事業所、通所系事業所以外の事業所はそれぞれのアセスメントシート、あるいはBの様式を使用する。

2) 様式の説明

A：介護支援専門員使用様式

② 興味・関心チェックシート

作成するケアプランは、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ります。生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。この「興味・関心チェックシート」は、ケアマネジメント等において、高齢者の興味・関心に気づくヒントを得るためのツールとして開発されています。

③④ 介護予防アセスメント[1][2]

「はい」「いいえ」だけでなく「少し時々」の項目を設けるとともに、アセスメント項目を追加し「運動」「生活」「社会」「健康」の4領域で評価（事前・事後を点数でも比較可能）します。

⑤ 生活機能評価[アセスメント]

身体機能の向上だけでなく、家事や外出といった生活機能が向上することを重視します。身体機能が改善しても、生活機能が向上しなければ生活の質は上がらないため、ADLだけでなくIADLにも着目します。

この表を用い対象者の現状分析をし、生活課題を具体化します。また、利用者と一緒につけるなどし、プラン終了後の改善のイメージづくり（事後予測）をしていきます。

プラン作成者は利用者の生活機能を評価し、介護予防サービスの提供によって向上が期待される生活課題を明らかにします。どの日常生活動作ができないのか、その日常生活動作にどのような課題があるのか、プラン終了後にどの程度まで改善できそうかをイメージしながら作成します。

(判断基準)

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

※その行為を「しているか」「していないか（介助を受けている）」で判断します。

できる能力はあっても、していない場合は、その状況（本人の能力や家族等の支援の状況）を備考欄に記載します。

（視点）

生活機能評価表で現在の状況を把握したうえで、ADL、IADLが自立できない、あるいは低下している要因を「個人因子」と「環境因子」に分けて整理することが必要です。

例えば、「自分で買い物に行けない」という状況がある時に、その原因が「近隣に商店がない」「交通手段がない」といった環境因子によるものなのか、それとも「（廃用性により）買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのか、解決課題を整理することでその対象者にとって一番良い支援策を検討することができます。

～ 参考 ～

○個人因子

身体機能・認知機能について

廃用系、疾病、性格

状態回復できるものか、できないものか など

○環境因子

家族や近隣、知人の背景は

住宅や地域の日常生活動線は

かかりつけ医や民生委員等との関係は

生涯生活歴は

経済的な状況は など

※期間的自立支援（改善可能性がある）か、永続的自立支援（改善可能性がない）かの見極めは重要でこれにより目標設定が大きく変わります。

ただし、永続的自立支援の場合でも、生活機能向上に向けた支援は重要で、その方の残存機能を活用した視点での支援を行います。

「期間的自立支援」

- ・ 廃用症候群などにより生活機能が低下したケース
- ・ 身体機能向上から生活機能向上へ改善が見込まれる など

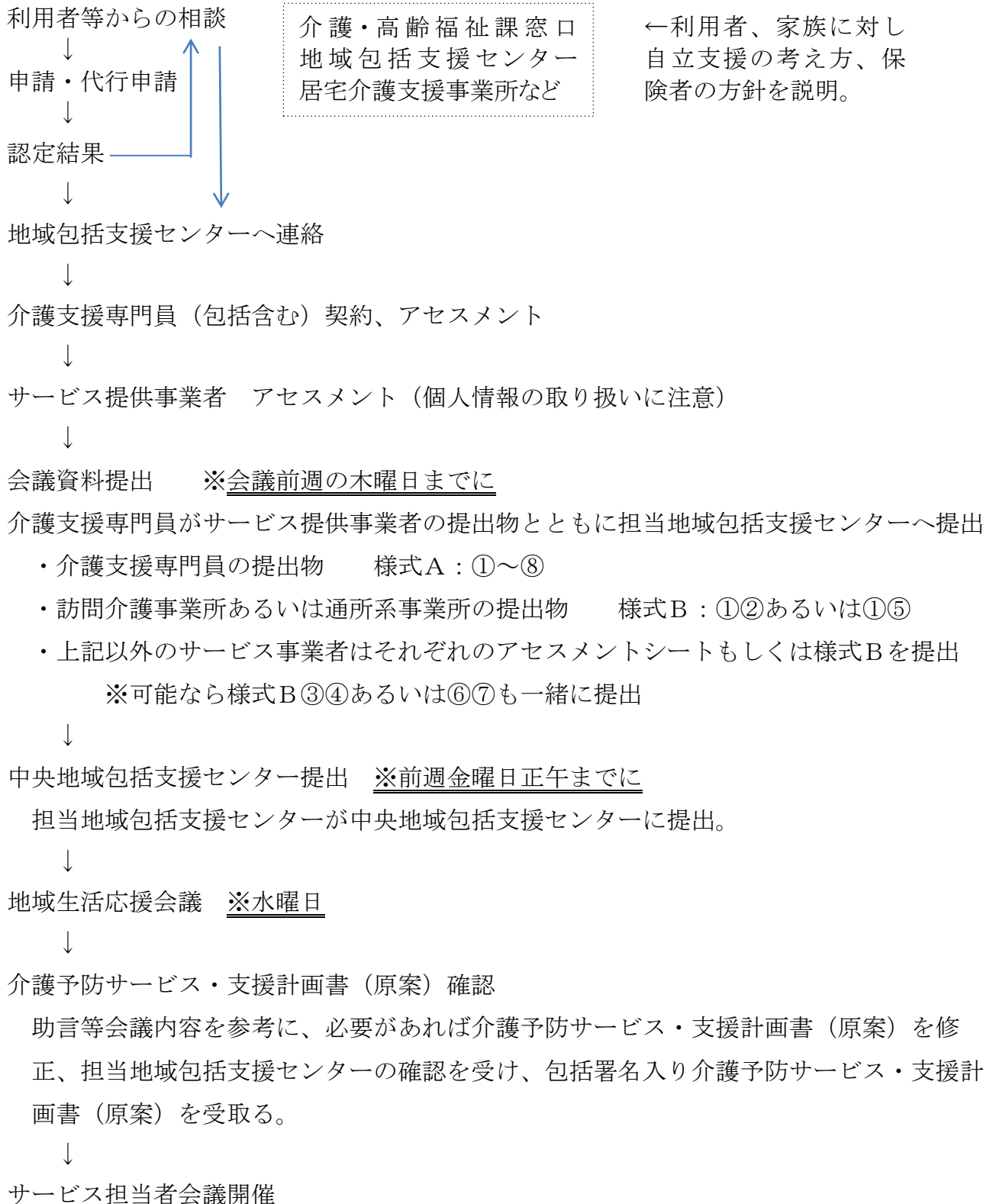
「永続的自立支援」

- ・ 脳卒中などにより体の部位等の機能不全により生活機能が低下したケース
- ・ 認知症のケース
- ・ 複数の疾病をかかえ改善が見込まれない など

B：サービス事業所使用様式

サービス事業者用使用様式記載マニュアル参照

5. 流れ



↓

計画書の提出

介護支援専門員がサービス提供事業者の提出物とともに担当地域包括支援センターへ提出。

- ・介護予防サービス・支援計画表 様式A：⑧（原本及びコピー1部）
- ・介護予防サービス計画・総合評価 様式B：③あるいは⑥（コピー1部）

↓

中央地域包括支援センター提出

担当地域包括支援センターがコピーを中央地域包括支援センターに提出

↓

評価（3ヶ月後）

3ヶ月後、サービス提供事業者は評価を実施し、介護支援専門員に報告
評価の結果から、介護支援専門員は介護予防サービス・支援計画表の継続あるいは見直しを判断、必要に応じて地域包括支援センターに相談。

【見直しの場合】再アセスメントし計画を再作成、担当地域包括支援センターへ提出
（提出物）

⑧介護予防サービス・支援計画表、⑨介護予防支援・サービス評価表
※見直し・継続にかかわらず支援経過記録票に経緯を記載。

【継続の場合】次の3ヶ月後再評価を実施。

↓

再評価（6ヶ月後）

【介護保険サービスを使わない場合】地域生活応援会議の対象外とする。

【継続して介護保険サービスを使う場合】地域生活応援会議の対象とする。

会議提出資料 様式A：①～⑨

様式B：①～④あるいは①、⑤～⑦

↓

地域生活応援会議（2回目） ※水曜日

会議の中で、【期間的自立支援】【永続的自立支援】を判断する。

生活機能向上の可能性を尽くしたと認められる場合は担当介護支援専門員からその理由を説明し、状況に応じて地域生活応援会議の対象外とする。

（提出物）

⑨介護予防支援・サービス評価表

6. 介護予防サービス・支援計画表の期間について

- ・ 期間は原則6か月とする。
- ・ 2回目以降で生活機能向上が可能なケースの場合は、有効期間までのプランを作成
- ・ 更新申請で要支援認定が出た際はプランを1年間で作成して生活応援会議義にかける。
- ・ 生活機能向上の可能性を尽くしたケースは引き続き1年間の期間とする。
- ・ 有効期間が1年間で切っている場合においても、当初のプランは6か月とする。
(短期集中サービスが6ヶ月のため、これを基準とし有効期間が残り8か月の場合でも6か月で作成する。)

7. 地域生活応援会議の進め方

- 1) 担当地域包括支援センターへ会議希望日を連絡する
- 2) 担当地域包括支援センターより会議時間の連絡が入り次第、サービス提供事業所へ連絡、会議前週（木）までに提出書類を準備する

※ 毎週水曜日、午後1時30分～午後4時30分

1件あたり15分程度で検討、1回の会議で12件を目途にしています。

担当ケースの時間帯のみの参加です。

○ 進め方及び所要時間について

		所要時間	ポイント
1	ケアプラン作成者から概要説明	約3分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明。 ・ 生活機能評価表から改善可能な点を中心に説明。 ・ 上記を踏まえ、ケアプランにおける支援方針、目標等を説明。
2	サービス提供事業者から評価、今後の支援方針説明	約2分	アセスメント等に基づき具体的な支援内容を説明。
3	アドバイザー、参加者から意見	約8分	それぞれの専門職から、具体的な課題解決に向けた助言、提案を受ける
4	まとめ	約2分	支援方針等の確認(優先順位に配慮)

3) 出席者

- ・ 保険者
- ・ 各地域包括支援センター
- ・ 担当介護支援専門員
- ・ サービス提供事業者
- ・ アドバイザー
薬剤師、作業療法士(随時)、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士
- ・ オブザーバー
三重県介護支援専門員協会桑員支部役員
中央地域包括支援センター長
副市長（特命）

8. 達成と卒業について

- 達成とは、生活機能評価[アセスメント](様式A⑤)に記された項目がすべて改善されたことをいう。
- 卒業とは、介護保険サービスを利用することなく利用者本人が理想とする生活を送れるようになることをいう。

9. 地域生活応援会議の前にサービスを利用する場合の考え方

【認定結果が出ていない場合】

ケアミーティングを実施、必要に応じてサービス利用を開始。認定決定後、生活応援会議にかける。

【認定済みの場合】

ケアミーティングを実施し、必要に応じてサービス利用を開始するが、速やかに生活応援会議にかけること。

補足1 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】		
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。それが適切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各質問項目の趣旨は以下とおりです。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。
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。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。
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	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。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	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、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがある	本人は物忘れがあると思っても、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。

	と云われますか	
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、誰かにダイヤルを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。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	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	

補足2 アセスメントシート記入についてQ&A

【介護予防アセスメント[1]基本チェックリスト】

Q 1. 基本チェックリストは、利用者本人の主観でよいのか？

A 1. 対象者に、各質問項目の趣旨を理解していただいたうえ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。

Q 2. 問2の「日用品の買い物をしていますか」の判断の仕方は？

A 2. 頻度で判断してください。[目安]月に数回は本人が出向き、あとは家族が買い出ししてくれる場合は「少し時々」。

Q 3. 問3の「預貯金の出し入れをしていますか」は、金融機関まで自ら行けないと「はい」にはなりませんか？

A 3. 銀行等まで家族に乗せていってもらっても、窓口等で自ら預貯金の出し入れをすれば、「はい」とします。客観的なコメントは、生活機能評価へ落とし込んでください。

Q 4. 問19の「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」で、短縮リダイヤルでかける場合の判断の仕方は？

A 4. 短縮リダイヤルは、自分でかけるに該当と判断して差し支えありません。

【介護予防アセスメント[2]】

Q 1. 問6「主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品・大豆製品)・副菜をとっていますか」について、毎日必ずという意味ですか？

A 1. 1日のうちで主食、主菜、副菜をバランスよくとれているかを見ます。1週間のうち、毎日とっていたら「はい」1週間のうち毎日とっていないなら「いいえ」、その中間は「少し時々」とします。

Q 2. 問7「布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか」についてはどのように考えればよいですか。

A 2. すべてしていれば「はい」、すべてしていなければ「いいえ」。

Q 3. 問27の「食事内容の注意を守っていますか」について、注意指導を受けていない人はどこにチェックするのですか。

A 3. 「はい」にチェックしてください。

Q 4. 問30「あなたは普段健康だと思いますか」について、「健康」をどのようにとらえますか。

A 4. 利用者本人の主観で判断してください。

Q 5. 「できる」「できない」の判断についてどう考えますか。

A 5. 見守りであっても一人でしていれば「できる」と判断してください。

「少し時々」や「いいえ」を選択した場合、何が原因でできないのか聞き取り・洞察することで、生活機能向上に向け、何を改善・工夫していけばよいかのヒントになります。計画書に役立ててください。

Q 6. 点数をどう活用するのですか。

A 6. 事前・事後の評価として活用してください。

【介護予防メニューリスク確認】

Q 1. 除外基準の2にある重症不整脈とは？

A 1. 頻脈性不整脈のうち「心室頻拍」や「心室細動」は、意識が消失するなど突然死の引き金になることがあり、「致死性不整脈」とも呼ばれます。

Q 2. 除外基準の3など、利用者が把握していない場合どうするのか。

A 2. 主治医に確認してください。

Q 3. 除外基準の3の頻度、常に？たまに？過去に？

A 3. 常に、たまには「はい」、過去には「いいえ」

Q 4. 主治医の専門外の疾病について無記載の場合はどうするのか。

A 4. 内科の主治医に尋ねるなどしてください。

Q 5. 除外基準に該当すると、運動メニューは不可能か。

A 5. ケースバイケースと考えます。主治医に確認し、可能な場合は備考に理由を記載してください。

Q 6. 除外基準は本人申告でよいのか。

A 6. 本人で不明な点は、主治医へ確認してください。

Q 7. 除外基準 8 の本サービス等の本サービスとは何をさすのか。

A 7. プランに記載され、利用する予定のサービスをさします。

Q 8. 病識がないとチェックしにくいと思われるが。

A 8. その通りと思われます。必要に応じて主治医に確認をしてください。

市内指定居宅介護支援事業所 御中

桑名市保健福祉部介護・高齢福祉課長

介護保険法第27条第8項及び第32条第7項の規定に基づく
要介護(要支援)認定前のサービス利用について(通知)

平素は、介護保険の事業運営に格別のご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、御承知のとおり本年10月から多職種協働による新たな地域ケア会議「地域生活応援会議」をスタートさせました。

当面は、新たな要支援認定者のケアマネジメントを中心に支援を行っていく事になりますが、将来的には要介護者も対象として、事業者の皆様とともに協力して利用者である被保険者の自立した生活への支援となるケアマネジメントを目指しています。

そこで、新規に認定申請する際に、貴事業所の介護支援専門員による申請者のアセスメント等により、認定結果を待たずにサービスを利用開始することが必要と判断される場合の取り扱いについて、平成26年10月1日以降の新規申請者について、別紙のとおり取り扱うことといたしますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

なお、本取り扱いは保険給付に関し必要なものとして、介護保険法第23条の規定に基づき求めるものであることをご承知おきください。

担当

介護・高齢福祉課 資格給付係

岡田、伊藤 ☎24-1170

中央地域包括支援センター

荒川 ☎24-5104

＜ケアミーティングについて＞

『結果を待たずに介護保険サービスを利用する場合、
ケアミーティング（事前協議）を必要とします。』

*対象者

新規認定申請者（ただし、要支援者の要介護認定申請を除く）で、住宅改修及び福祉用具購入を除く介護サービスを認定前に利用される方

*担当介護支援専門員の提出物 ※ケアミーティングでの提出が困難な場合は、個別にご相談ください。

- ①利用者基本情報
ただし、居宅介護支援事業所が作成する場合は介護用フェイスシートで可
- ②介護予防アセスメント(市所定の様式)
ただし、要介護プランは事業所所定のアセスメントシートで可とする。また、居宅介護支援事業所が平成26年12月未までの間に作成する要支援プランは基本チェックリストで可とする。
- ③暫定の居宅介護支援計画(案)又は暫定の介護予防支援計画(案)
- ④介護認定前にサービスが必要な理由書(市所定の様式) ※1ページのみ記入してください。

*ケアミーティング

①メンバー 担当介護支援専門員
介護・高齢福祉課職員1人(2人以上が望ましい)
中央地域包括支援センター職員1人
担当地域包括支援センター職員

- ②流れ ・担当介護支援専門員は、担当地域包括支援センターに一報を入れ、上記メンバーに対し、ケアミーティングの日程調整を行う。
- ・担当介護支援専門員は、提出書類を用意し、担当地域包括支援センターと共に介護・高齢福祉課の窓口において、早急にサービスが必要な理由について説明する。
 - ・介護・高齢福祉課は、承諾する場合、理由書の確認欄に押印する。
- ※ケアミーティングの結果、暫定プランの変更を求めることがあります。

*ケアミーティング後の流れ（承諾の場合）

- ①サービス担当者会議を実施し、介護保険サービスを開始する。
- ②認定審査の結果が要支援の場合、地域生活応援会議を実施する。※1

*夜間・休日の場合の流れ

- ①担当介護支援専門員から、介護・高齢福祉課もしくは中央地域包括支援センター※2に利用者の状態像と介護保険サービスの内容、前倒しで利用する理由等について一報を入れる。
- ②暫定プランにてサービス担当者会議を実施し、サービスを開始する。
- ③市役所翌営業日にケアミーティングを実施する。

※1 ただし、平成26年12月31日までの認定日、かつ、居宅介護支援事業所が介護予防支援計画を作成する場合、地域生活応援会議は行わないものとする。

※2 連絡先 24-1279(市役所警備員室)