

～ケアマネジャー向け～

住民等主体の通所サービス 「おたっしゃサービス」 利用マニュアル

令和 6年 4月 1日

釧路市福祉部介護高齢課

目次

1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは	…2
2. 介護予防の推進	…2
3. 釧路市における総合事業の通所型サービスについて	…3
4. おたっしゃサービスについて	…4
5. 介護予防ケアマネジメントの種類	…8
6. おたっしゃサービス参加の流れ	…9
7. 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標について	…16

※本マニュアルにおいて、住民等主体の通所サービスについては、「おたっしゃサービス」の名称を用いる。

1. 介護予防・日常生活支援総合事業とは

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支えあいの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより）

2. 介護予防の推進

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものであり、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ものではなく、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、一人一人の生きがいや自己実現の為の取組みを支援して、生活の質の向上を目指すものである。

一方でこれまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランスよく維持するための活動や社会参加を促す取組みが必ずしも十分ではなかった。

これからの介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域のなかに生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。

このため、高齢者に対する支援に当たっては、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動への参加に焦点をあて、生活意欲を高める働きかけが求められる。（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより）

釧路市においては、上記だけではなく、これまで通所型介護予防事業において、明らかに機能が改善している方であっても、その後のつなぎ先がないことや、継続して外出する場がないこと、送迎がないことなどの理由で、継続して通所型介護予防事業に通い続ける実態があった。そのため、社会参加や居場所づくりを通じて、高齢者が活動的な生活をする中で機能回復訓練によって回復した状態を維持することも、おたっしやサービスの役割と考えている。

3. 釧路市における総合事業の通所型サービスについて

サービス種別	①通所型サービス (通所介護相当)	②通所型サービス (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (おたっしゃサービス)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)
釧路市の名称	通所型サービス (通所介護相当)	通所型サービスA	住民等主体の通所サービス 「おたっしゃサービス」	短期集中予防サービス
サービス内容	介護予防通所介護と同様	体操・レクリエーション・食事等 ※入浴・食事介助、機能訓練指導 員によるリハビリは対象外	運動機能向上の取組み ・認知症予防の取組み ・参加者同士の交流 ※週1回程度の開催	運動器機能向上プログラム ・認知症機能向上プログラム ・口腔機能向上プログラム ・複合プログラム ※各プログラムとも3か月間を原則 ※終了後は「おたっしゃサービス」等へ移行
実施主体	指定事業者	指定事業者	地縁組織、NPO法人、介護サービス 事業者、民間企業等	介護サービス事業者・NPO法人・医療機関等
基準	予防給付の基準を基本	通所型サービス(通所相当)に比べ 人員配置の必要数を緩和	ボランティアの配置	専門的な知識を持った人員の配置が必要
利用料	介護予防通所介護と同額	通所型サービス(通所相当)の9割	100円 ※食費、材料費等は実費負担	100円 ※材料費等は実費負担
利用対象者	原則として要支援認定者	原則として要支援認定者	・要支援認定者 「基本チェックリスト」該当者	・要支援認定者 「基本チェックリスト」該当者

4. おたっしゃサービスについて

①参加対象者

- ・要支援認定者と基本チェックリスト該当の 65 歳以上の市民で、地域包括支援センター等が実施する 介護予防ケアマネジメントにより「参加対象者」となった者。
- ・運営団体が定める定員に余裕がある場合は、参加対象者に該当しない参加者(以下、「一般参加者(※)」という。)の参加も可とする。

(※)要介護認定を受けていない「一般参加者」については、年に 1 回、基本チェックリストを実施することとします。

②参加条件

- ・参加対象者は、週 1 回を基本として通所する。
ただし、介護予防ケアマネジメントの結果によっては、異なる回数も可とする。

③おたっしゃサービスの運営団体

- ・町内会、老人クラブ等の地縁組織 ・NPO 法人
- ・介護サービス事業所 ・民間企業 等

④サービス内容

- ・介護事業所の地域交流スペースや医療機関や店舗の空きスペース、地区会館、老人福祉センター等において、以下の内容で実施。
 - 運動機能向上の取組み（体操、軽運動、筋力トレーニング等）
 - 認知症予防の取組み（脳活性化トレーニング、ゲーム等）
 - 参加者同士の交流

⑤おたっしゃサービスの登録条件

- ・1 回 1 時間以上かつ週 1 回程度（月 4 回程度）の開催
※ただし、祝祭日、天候、天災、その他のやむを得ない事由により実施が困難な場合はこの限りではない。
- ・1 回あたりの参加対象者の定員 5 名以上
- ・実施主体に利用調整をする者（第 3 層の生活支援コーディネーター）を配置する。
- ・介護サービス事業所、民間企業等が実施する場合は、ボランティアと協働で行う。
- ・市が承認した計画に基づき実施し、実績報告等、指定の報告を市へ提出する。
- ・新規実施団体登録を希望する場合は、担当包括支援センターの第 2 層生活支援コーディネーターに相談する。
※ただし、以下のいずれかに該当する事業は、対象としない。
- ・釧路市暴力団排除条例（平成 24 年釧路市条例第 33 号）第 2 条第 1 号に規定する

暴力団又は同条第 3 号に規定する暴力団関係事業者

- ・ 宗教活動や政治活動を目的とした団体

※第 3 層生活支援コーディネーターの役割

- ・ サービス提供の統括
- ・ サービス利用者の調整
- ・ 地域包括支援センター(第 2 層生活支援コーディネーター等)との連携
- ・ 関係機関とのネットワークづくり

⑥参加料

- ・ 参加対象者：100 円／回の自己負担
- ・ 一般参加者：100 円／回の自己負担

※その他食費・教材費等は実費負担（1 回あたり合計 900 円を上限とし、そのうち食費は 600 円を上限とする。）

⑦送迎

- ・ 送迎（団体／タクシー）の有無は指定しない。
- ・ 送迎（団体／タクシー）対応した場合、補助金を加算する。

※タクシー送迎が必要な参加対象者の選定及び対応について

- ・ 担当の CM は対象者の身体・生活状況を踏まえ、SC に相談のうえタクシーのチェックリストを実施する。その結果を基に第 2 層生活支援コーディネーターと市の担当で協議のうえ判断する。
- ・ ケアプランにはアセスメントに基づき、「送迎支援が必要」であることを支援計画（既存利用者の場合は予防支援経過記録）に記載する。
- ・ モニタリングもしくはケアプラン更新時には、対象者の身体・生活状況を確認し、再検討する。

⑧補助

基本		参加対象者 1 人 1 回あたり	200 円
送迎費	団体送迎	参加対象者の片道送迎を実施する場合 1 人あたり	150 円
		参加対象者の往復送迎を実施する場合 1 人あたり	300 円
		阿寒・音別地区において、片道概ね 8 km 以上、2 人までの送迎を行う場合	720 円
	タクシー送迎	会場まで自力で通うことが困難な参加対象者がタクシーを利用した場合、1 参加あたり	<u>補助上限 1,000 円（団体送迎と併用する場合、補助上限 850 円）</u> <u>※自己負担あり（片道の場合 200 円、往復の場合 400 円）</u> <u>なお、補助上限を超過する場合も自己負担とする。</u>
会場費		事業所以外の有料の会場を実施する団体の場合	1 日 4 時間を上限として 会場費の全額補助
		運営主体が保有する事業所や店舗の空きスペースなどの会場を利用する団体の場合の使用料（光熱水費等）	500 円
		賃料が発生しない会場の場合	補助なし
専門職加算		リハビリ専門職（※）または看護職が主体となり、 <u>運動機能の維持・向上について安全面に配慮して専門的な指導を行う場合</u> 1 回あたり （※）リハビリ専門職とは理学療法士、作業療法士等の他、運動機能向上に専門的知見を有すると市が認めた者	500 円
衛生用品費		<u>感染症予防のため、衛生品（手指用消毒液、除菌用シート等）を用いて実施環境の整備を行っている場合、1 会場あたり</u>	上限 <u>4,000 円</u>

※実施会場については、介護高齢課との調整が必要です。（できるだけ、低廉な会場にしてください）

表 2

基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

記入日：令和 年 月 日 ()

氏名	住所	生年月日		
希望するサービス内容				
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
2	日用品の買い物をしていますか	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	
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	
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以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	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	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	
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	
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	

① 様式第一の質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12の2項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12を除く) とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No.12に限る) とは、 $BMI = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)}$ が18.5未満の場合をいう。

5. 介護予防ケアマネジメントの種類

表 3

基準	通所・訪問介護相当および多様なサービス	多様なサービス	
ケアマネジメント種別	従前のサービス、サービスAを利用する際のケアマネジメント	サービスC（短期集中予防サービス）を利用する際のケアマネジメント	サービスB（住民等が主体のサービス）を利用する際のケアマネジメント
釧路市の名称	介護予防ケアマネジメント（従来型）	介護予防ケアマネジメント（簡易型）	介護予防ケアマネジメント（初回のみ）
内容	原則的な介護予防ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント	さらに簡略化した介護予防ケアマネジメント
実施主体	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	地域包括支援センター
単価	介護予防支援と同様	介護予防ケアマネジメント従来型の半額程度。 ただし、モニタリング、サービス担当者会議を加算すると現行と同額程度。	介護予防ケアマネジメント簡易型より低額
利用対象者	要支援認定者	・要支援認定者 ・「基本チェックリスト」該当者	・要支援認定者 ・「基本チェックリスト」該当者
開始時期	平成29年4月	平成29年4月	平成29年6月

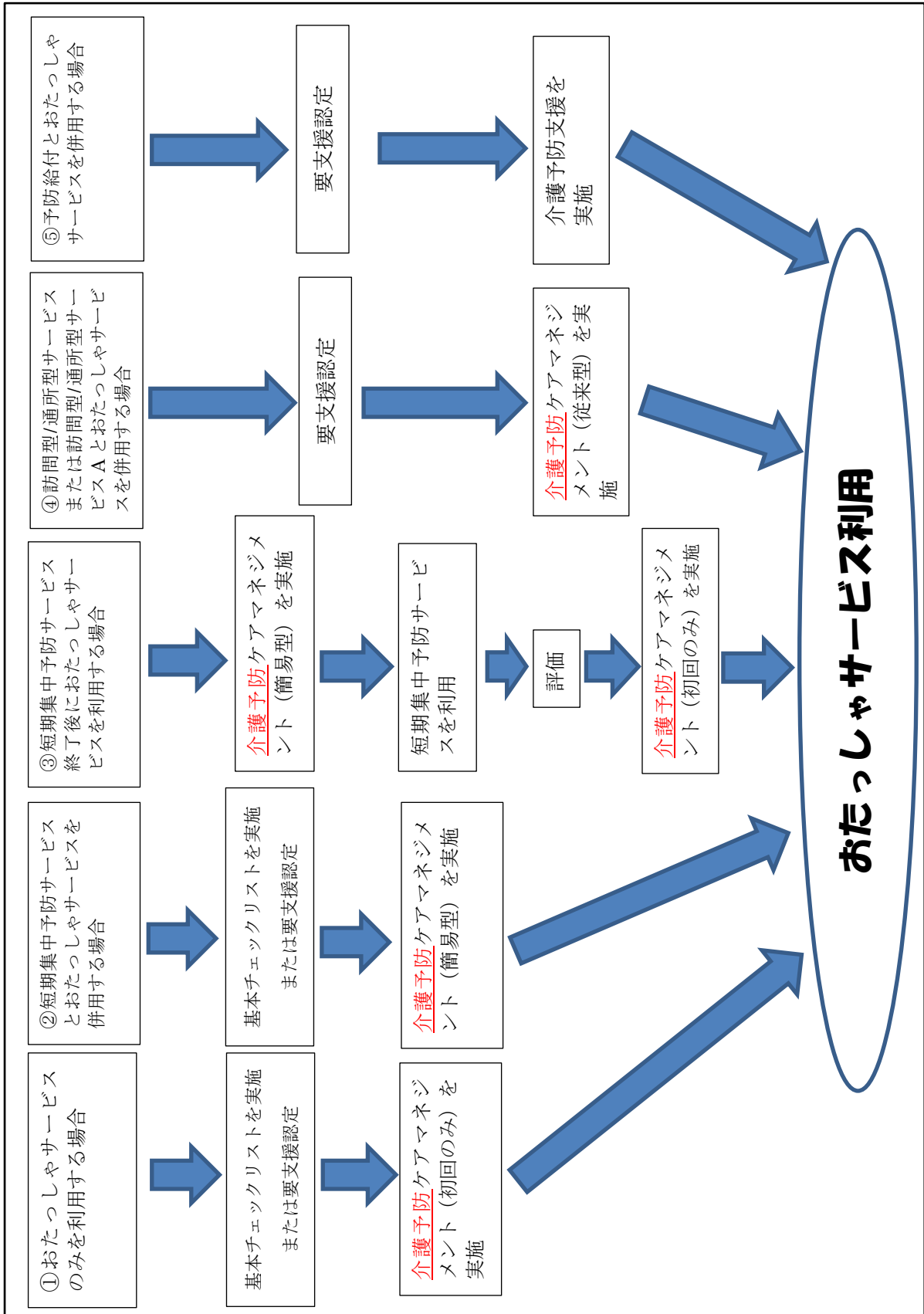
<介護予防ケアマネジメントの際の留意点>

- (1) 介護予防ケアマネジメントの類型について
おたっしやサービスを単独で利用する際の介護予防ケアマネジメントは、「介護予防ケアマネジメント（初回のみ）」を実施するものとする。
- (2) 他のサービスと併用する場合の類型について
併用するサービスによって、実施するケアマネジメントの類型が異なる。

併用するサービス	類型
予防給付のサービス	介護予防支援
訪問型/通所型サービス（訪問/通所介護相当） 訪問型/通所型サービスA	<u>介護予防ケアマネジメント（従来型）</u>
短期集中予防サービス	<u>介護予防ケアマネジメント（簡易型）</u>
なし（おたっしやサービス単独で利用）	<u>介護予防ケアマネジメント（初回のみ）</u>

6. おたっしやサービス参加の流れ

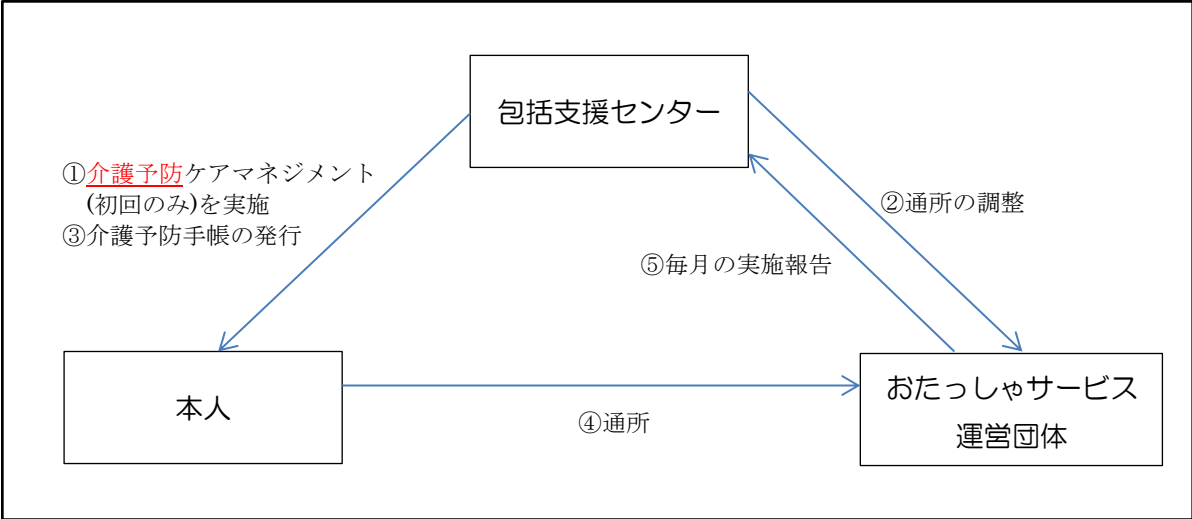
図 1



①おたっしやサービスのみを利用する場合(地域包括支援センターが実施)

- ・地域包括支援センターは参加対象者に対して、本人の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント(初回のみ)を実施。利用者基本情報(様式5)、「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)(様式6)」の簡略化したものを作成する。
- ・地域包括支援センターは、参加対象者が希望するおたっしやサービス運営団体の第3層生活支援コーディネーターと連携し、調整を行う。
- ・地域包括支援センターは介護予防手帳を発行し、「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)(様式6)」の簡略化したものを綴り、介護予防手帳とセルフケアマネジメントについて説明し、同意を得る。
- ・参加対象者は、介護予防手帳を持参し、おたっしやサービスへ通所し、記録に押印をもらう。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。

図 2

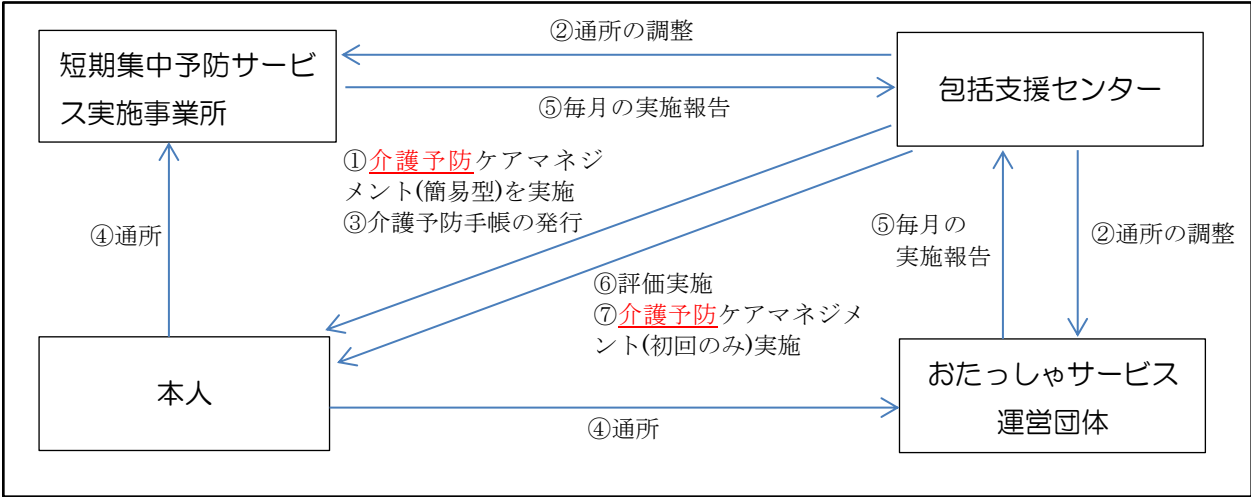


②おたっしゅサービスと短期集中予防サービスを併用する場合(地域包括支援センターが実施)

【おたっしゅサービスと短期集中予防サービスの併用を同時期に開始する場合】

- ・地域包括支援センターは参加対象者に対して、本人の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント(簡易型)を実施。利用者基本情報(様式5)、「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)(様式6)」を作成。
- ・地域包括支援センターは、参加対象者が希望する短期集中予防サービスを運営する事業所と、おたっしゅサービス運営団体の第3層生活支援コーディネーターと連携し、調整する。
- ・地域包括支援センターは介護予防手帳を発行し、「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)(様式6)」の簡略化したものを綴り、介護予防手帳とセルフケアマネジメントについて説明し、同意を得る。
- ・参加対象者は、介護予防手帳を持参しておたっしゅサービスへ通所し、記録に押印をもらう。短期集中予防サービス通所時にも持参し、必要があれば「専門職のアドバイス」欄へ記入する。
- ・短期集中予防サービス終了時には介護予防ケアマネジメント(簡易型)の評価を実施。継続の必要性が無しと判断されれば、介護予防ケアマネジメント(初回のみ)へ移行し、新たに作成した、「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)(様式6)」の簡略化したものを介護予防手帳に綴る。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。

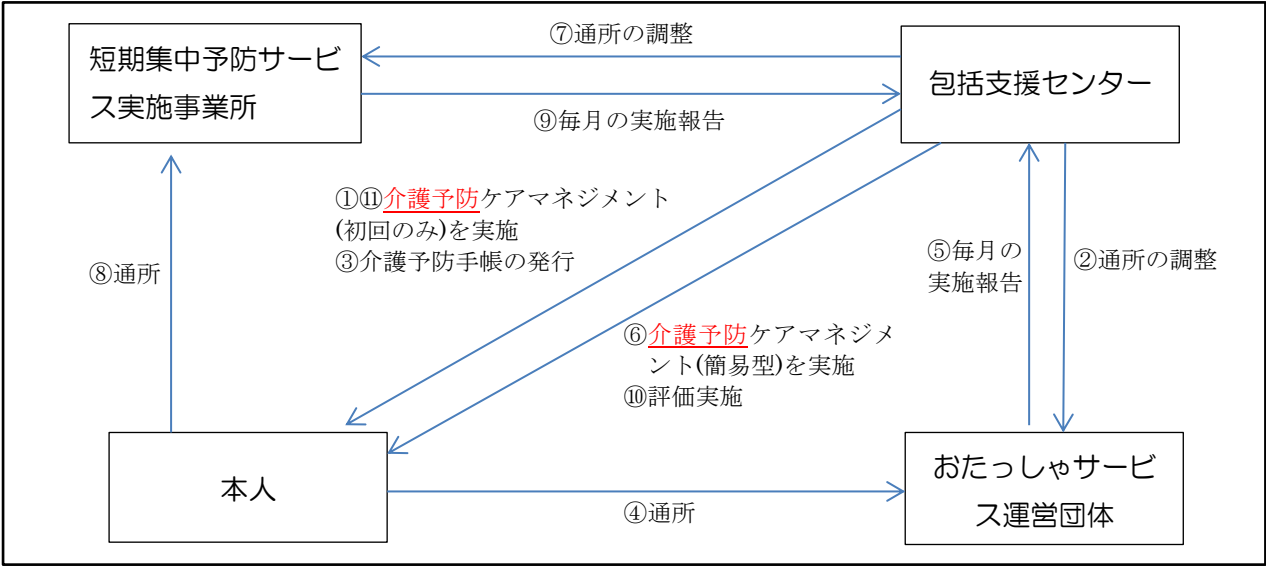
図 3



【おたっしゅサービス利用途中で短期集中予防サービスを利用する場合】

- ・利用途中で短期集中予防サービスも利用することになった場合、地域包括支援センターは参加対象者に対して、本人の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント(簡易型)を実施。「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)(様式6)」を作成し、同意を得る。
- ・地域包括支援センターは、参加対象者が希望する短期集中予防サービスを運営する事業所と連携し、調整する。
- ・事業対象者は、短期集中予防サービスにも介護予防手帳を持参し、必要があれば「専門職のアドバイス」欄へ記入する。
- ・短期集中予防サービス終了時には介護予防ケアマネジメント(簡易型)の評価を実施。継続の必要性が無しと判断されれば、介護予防ケアマネジメント(初回のみ)へ移行し、新たに作成した、「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)(様式6)」の簡略化したものを介護予防手帳に綴り、参加対象者の同意を得る。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。

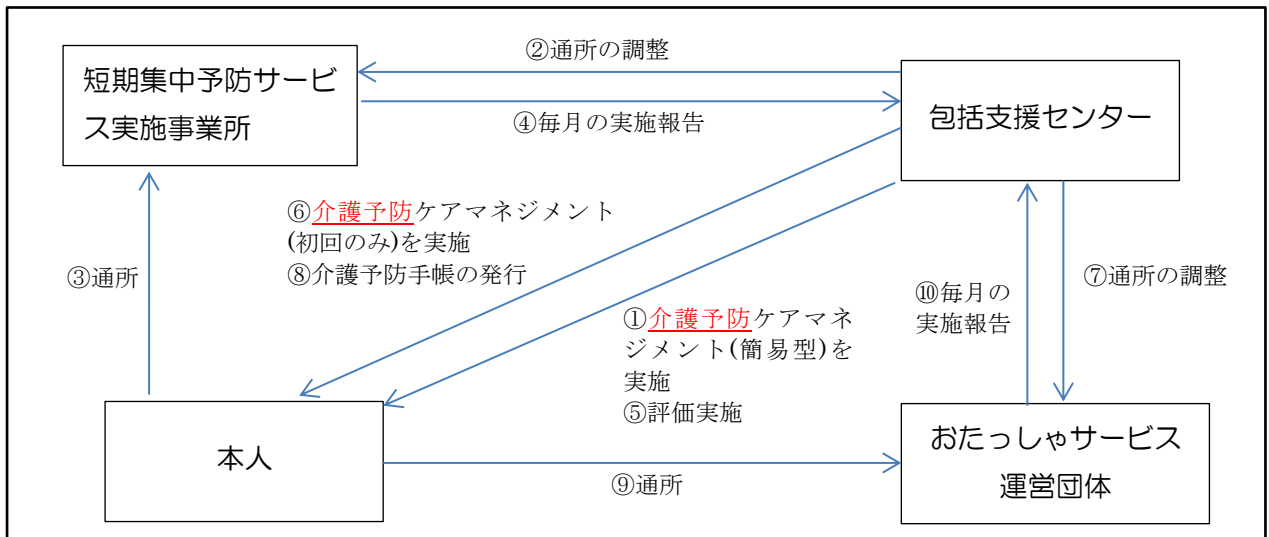
図 4



③短期集中予防サービス終了後におたっしゅサービスを利用する場合(地域包括支援センターが実施)

- ・地域包括支援センターは参加対象者に対して、本人の自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント(簡易型)を実施。利用者基本情報(様式 5)、「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)(様式 6)」を作成し、参加対象者から同意を得る。
- ・地域包括支援センターは、参加対象者が希望する短期集中予防サービスを運営する事業所と連携し、調整する。
- ・短期集中予防サービス終了時には介護予防ケアマネジメント(簡易型)の評価を実施。継続の必要性が無しと判断されれば、介護予防ケアマネジメント(初回のみ)へ移行し、「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)(様式 6)」の簡略化したものを新たに作成。
- ・地域包括支援センターは、参加対象者が希望するおたっしゅサービス運営団体の第 3 層生活支援コーディネーターと連携し、調整を行う。
- ・地域包括支援センターは介護予防手帳を発行し、「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)(様式 6)」の簡略化したものを綴り、介護予防手帳とセルフケアマネジメントについて説明し、同意を得る。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。

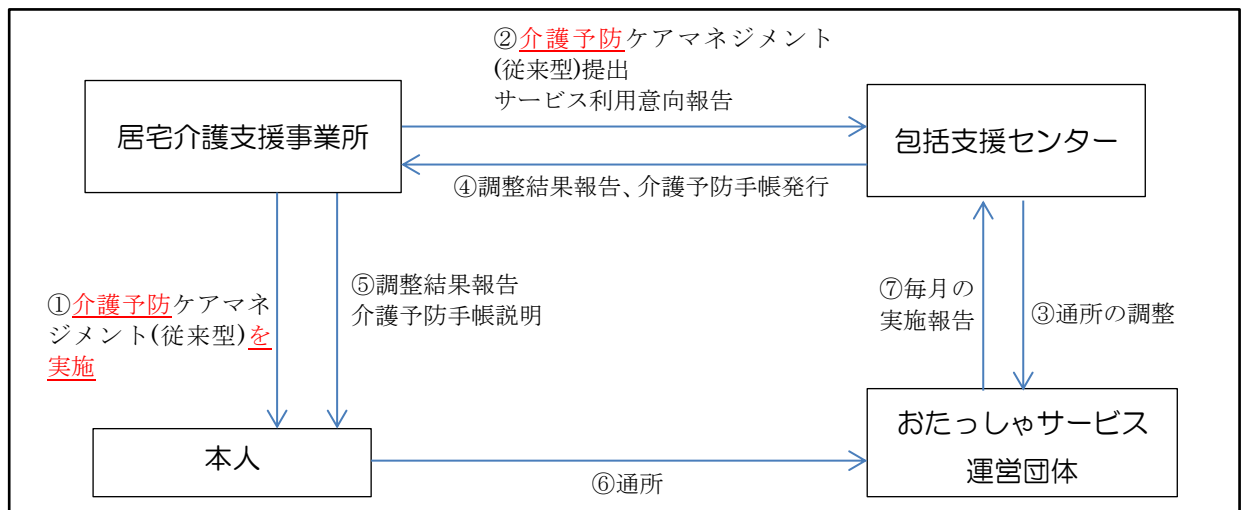
図 5



④通所型サービス(通所介護相当)または通所型サービス A と併用する場合(受託居宅介護支援事業所が実施する場合)

- ・受託居宅介護支援事業所は参加対象者に対して、自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント(従来型)を実施。利用者基本情報(様式 5)、「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)(様式 6)」を作成し、計画の中におたっしやサービスの利用についても含む。
- ・受託居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターにケアプランを持参、おたっしやサービスの利用意向について伝える。
- ・地域包括支援センターは、希望するおたっしやサービスを運営する団体の第 3 層生活支援コーディネーターと連絡を取り、参加の希望、開始日等の参加調整をする。
- ・地域包括支援センターは受託居宅介護支援事業所に、おたっしやサービスの調整結果を伝え、「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)(様式 6)」の簡略化したものを含めた介護予防手帳を発行。受託居宅介護支援事業所は、おたっしやサービスの調整結果と介護予防手帳とセルフケアマネジメントについて説明し、同意を得る。
- ・参加対象者は、介護予防手帳を持参し、おたっしやサービスへ通所し、手帳に押印をもらう。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。
- ・居宅介護支援事業所は定期的に介護予防手帳を用いて、参加状況を確認する。

図 6

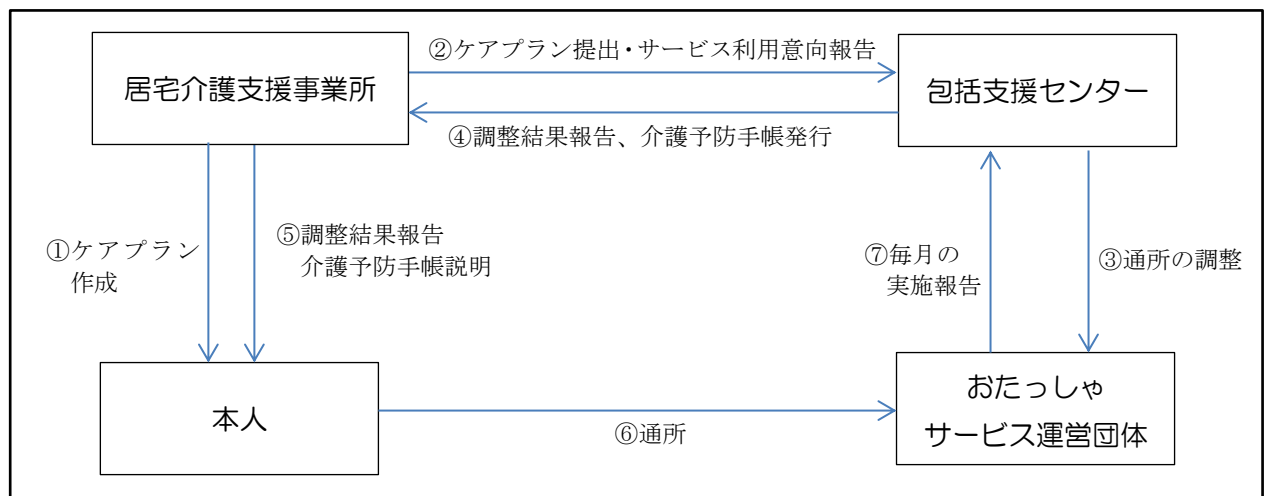


※要支援 2 で、おたっしやサービスと通所型サービス(総合事業)や通所リハビリテーション(予防給付)を併用する場合、団体への補助金加算対象とはならないため、注意が必要である。

⑤介護予防給付と併用する場合(受託居宅介護支援事業所が実施する場合)

- ・これまでの介護予防支援と同様にケアプランを作成する。ケアプランの計画の中に、おたっしやサービスの利用も含む。
- ・受託居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターにケアプランを持参、おたっしやサービスの利用意向について伝える。
- ・地域包括支援センターは、希望するおたっしやサービスを運営する団体の第3層生活支援コーディネーターと連絡を取り、調整をする。
- ・地域包括支援センターは受託居宅介護支援事業所に、おたっしやサービスの調整結果を伝え、「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)(様式6)」の簡略化したものを含めた介護予防手帳を発行。受託居宅介護支援事業所は、おたっしやサービスの調整結果と介護予防手帳とセルフケアマネジメントについて説明し、同意を得る。
- ・参加対象者は、介護予防手帳を持参しておたっしやサービスへ通所し、手帳に押印をもらう。
- ・参加対象者は、定期的に介護予防手帳を用いて自己評価を行う。
- ・居宅介護支援事業所は定期的に介護予防手帳を用いて、参加状況を確認する。

図 7



※介護予防給付サービスを暫定利用しながら、おたっしやサービスを併用する場合、基本チェックリストを実施し該当であれば、総合事業を利用することができる。

ただし、新規(暫定利用含む)・更新ともに、要介護1以上の認定がなされた場合には、介護給付開始まで利用を継続することができるが、以降は一般参加者としての参加となり、団体への補助金加算対象とならないため、注意が必要である。

※要支援2で、おたっしやサービスと通所型サービス(総合事業)や通所リハビリテーション(予防給付)を併用する場合、団体への補助金加算対象とはならないため、注意が必要である。

7. 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標について

総合事業においては、高齢者自身が、地域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からも利用者の生活上の何らかの困り事に対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、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していくことが重要である。

より本人にあった目標設定に向けて、「興味・関心シート」等も利用して、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、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が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。

また、計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われる、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

表 3

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
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、持せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	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
<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	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
<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	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい関係で過ごす 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
<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	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
<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	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
<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	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
<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	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
<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	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

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

＜様式＞

介護予防ケアマネジメント（初回のみ）に使用する様式は、介護予防支援と同様のものを簡略化したものとする。（網かけ部分を省略）

様式6

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

No. _____ 利用者名 _____ 性（男・女） _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合「計画作成者・事業者名及び所在地（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 _____

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	本人・家族の領域における課題（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（民間サービス）	介護施設サービス又は地域包括支援センター（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）			
運動・移動について		□有 □無				()							
日常生活（稼働生活）について		□有 □無				()							
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無				()							
健康管理について		□有 □無				()							

健康状態について
口主治医・薬局・施設結果・確認結果を照らした留意点 _____

【本奉行すべき支援が実施できず、適切な支援にむけては方針を定める必要あり】

総合的方針：生活不活発性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に応じて「O」印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
1/5	2/2	3/3	2/2	3/3	5/5

【留意】 _____

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____