

伊勢市介護予防・日常生活支援総合事業手引き

伊勢市介護予防ケアマネジメントマニュアル
伊勢市生活支援会議マニュアル

伊勢市

令和6年4月1日

目次

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方	2
2. 介護予防ケアマネジメントの目的	2
3. 介護予防ケアマネジメントの類型	2
4. 介護予防ケアマネジメント実施の手順	4
5. 基本チェックリストの考え方	7
6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント使用様式	9
7. 生活支援会議(A型)	9
8. 生活支援会議(B型)	11
9. 生活支援会議における使用様式	13

1. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、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、自ら必要な情報を収集し、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

決して、「サービス利用」を「目的」とするのではなく、「自立支援」を「目的」としたケアマネジメントが要求されます。

2. 介護予防ケアマネジメントの目的

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）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ごとに対して、単にそれら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す。

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については、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て、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的な介護予防・生活支援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必要があります。

3. 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況に応じて実施します。

※総合事業のみ利用する場合は、次の（1）（2）（3）に基づき「介護予防ケアマネジメント」を行います。

(1) 介護予防ケアマネジメントA

サービス内容	単価	プロセス
【訪問型サービス】 訪問介護相当サービス 暮らし応援サービス いきいきお口訪問 いきいき栄養訪問 【通所型サービス】 通所介護相当サービス 生きがいデイサービス	【基本報酬】 4,420 円/月 【初回加算】 3,000 円 【委託連携加算】 3,000 円 <small>高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未策定減算(R7.4.1~)</small>	アセスメント ケアプラン原案作成 生活支援会議 (A 型) サービス担当者会議 利用者への説明・同意 ケアプランの確定・交付 サービス利用開始 モニタリング (3 ヶ月ごと) 必要に応じ、 生活支援会議 (A 型)

* 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算は、要支援 1・2 のみ

(2) 介護予防ケアマネジメントB

サービス内容	単価	プロセス
【訪問型サービス】 しるばー応援隊サービス ちょこっと応援サービス 【通所型サービス】 ちょこっとデイサービス 暮らしデイサービス いっしょにデイサービス	【基本報酬】 3,610 円/月 【初回加算】 3,000 円	アセスメント ケアプラン原案作成 生活支援会議 (B 型) (サービス担当者会議) 利用者への説明・同意 ケアプランの確定・交付 サービス利用開始 モニタリング (6 ヶ月ごと)

(3) 介護予防ケアマネジメントC

サービス内容	単価	プロセス
介護保険外サービスやイン フォーマルサービスの利用 のみとなる場合 <small>※ 1 月のみのマネジメントで あるが、必要に応じて地域 包括支援センターがモニタ リングを実施</small>	【基本報酬】 2,070 円 (1 月のみ) 【初回加算】 なし	アセスメント ケアマネジメント結果案作成 利用者への説明・同意 利用するサービス提供者等へ の情報提供 サービス利用開始

※初回加算については、予防給付を受けていた者が、要支援認定有効期間の満了の翌月から、事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは算定できません。また、過去 2 ヶ月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対してケアプランを作成した場合に算定できます。

4. 介護予防ケアマネジメント実施の手順（介護予防支援を含む）

1. 相談【窓口】市役所・総合支所・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

①相談の目的や希望するサービスを聴き取り、要介護等認定申請か総合事業利用申請かを決めます。（「窓口確認票」を用いる。）

②「窓口確認票」により、総合事業利用申請が候補となった場合、下記の点に留意して事業の説明を行います。

◆サービス提供の迅速化

総合事業については、要介護等認定申請を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること、事業対象者となった後や総合事業のサービスを利用し始めた後も必要な時は要介護等認定申請が可能であること。

◆総合事業の趣旨

効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重症化予防の促進をはかる事業であり、ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。

2. 申請（基本チェックリスト実施）

相談者が総合事業利用申請を希望した場合、基本チェックリストを実施します。（「5. 基本チェックリストの考え方」を参照）

3. 利用の手続き（契約）・アセスメント（事業対象者該当）

① 市役所での申請で、事業対象者となった場合、地域包括支援センターは、本人宅を訪問し、本人及び家族と面接を行い、運営規定等を説明して同意を得た上で、要介護等認定申請が必要かどうかを含め、アセスメントを行います。

② 地域包括支援センターでの申請で、本人及び家族が来ている場合、基本チェックリスト実施により、事業対象者となった場合、その場でアセスメント（運営規定等を説明して同意を得ることを含む。）を行っても構いません。

○ アセスメントについては、「アセスメントシート」等を活用しながら実施し、要介護等認定申請の必要性（事業対象者で適切か）を判断します。

○ 本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、この段階から本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めてください。

○ 委託の場合、原則として、初回のアセスメント時に、できる限り立ち会うよう努め、委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）と協働できる体制を構築してください。ただし、地域包括支援センターが利用者の主訴を聴き取る機会を別に設けており、その主訴が、委託した居宅介護支援事業所のケアマネジャーのアセスメント結果と同様の内容で、責任主体として、居宅介護支援事業所へのケアマネジメント支援に支障がない場合、この限りではありません。

4. 書類提出

- 介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書（基本チェックリスト）、介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成依頼届、介護保険被保険者証の3つを市へ提出します。（地域包括支援センターは写しを保管します）
- 居宅介護支援事業所で受け付けた場合は、上記書類を地域包括支援センター経由で市へ提出します。（居宅介護支援事業所は必要な場合、写しを保管します）

5. 被保険者証交付

- 基本チェックリストに記載の送付先に介護保険被保険者証を送付します。
※サービス開始日は、基本チェックリスト実施日ではなく、依頼届の提出日となるため注意してください。

6. ケアプラン原案作成

- ①「3. 介護予防ケアマネジメントの類型」により、介護予防ケアマネジメントの類型を決定します。（介護予防支援は従来どおりとなります。）
- ②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を通じて、生活の質の向上を目指すものとして、本人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します。
- ③利用するサービスを検討する際は、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業等、本人の自立支援を支える原案を本人とともに作成します。
- ④限度額は50,320円/月ですが、短期集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるケースについては、例外的に105,310円/月とすることができます。介護保険課へご相談ください。

7. 訪問型・通所型サービス計画書等原案作成 （サービス提供者によるアセスメント）

- ①サービス提供者は、地域包括支援センター（委託の場合は居宅介護支援事業所）よりケアプラン原案を受領し、本人宅を訪問（通所等で利用前に見学やお試し利用をする際に、本人及び家族に対してアセスメントを行う場合は、これを訪問に代えて差し支えない。）し、本人及び家族と面接を行い、ケアプラン原案に沿った訪問型・通所型サービス計画書等原案を作成します。
※訪問型・通所型サービス計画書等原案は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成してください。

8. 生活支援会議 ※A型については、必要に応じて開催する

「生活支援会議（A型）」又は「生活支援会議（B型）」参照。
地域包括支援センター及びサービス提供者は、生活支援会議においてアドバイザーから出た意見等を参考に、必要に応じてケアプラン等を修正します。

9. サービス担当者会議

- ①地域包括支援センターは、ケアプラン原案について、サービス提供者から専門的見地における意見を聴取し、ケアプラン原案に反映させます。
※ケアマネジメントBの一部及びケアマネジメントCは省略できます。

※ケアマネジメントBでサービス担当者会議を省略した場合、ケアプランの変更の際は、本人及びサービス提供者とその内容を共有してください。

10. ケアプラン交付 (本人への説明・同意含む)

- ①介護予防支援、ケアマネジメントA及びBについては、本人及び家族にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、同意欄に自署又は記入押印をしてもらい本人及びサービス提供者に交付します。
- ②ケアマネジメントCについては、本人にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、本人に交付し、同意欄に自署又は記入押印をしてもらってください。
- ③委託の場合、地域包括支援センターがケアプランを必ず確認し、押印します。
- ④本人が同意欄に自署又は記入押印したケアプラン及び訪問型・通所型サービス計画書等のコピーを市へ提出します。(11. の手続き後)

11. 訪問型・通所型サービス計画書等の交付 (本人への説明・同意含む)

- ①サービス提供者は、ケアプランを受領し、ケアプランに沿った訪問型・通所型サービス計画書等を作成した上で、本人及び家族にサービス内容を説明し、同意を得たうえで、同意欄に自署又は記入押印をしてもらい本人及び地域包括支援センターに交付します。(継続ケースを含む。)

12. サービス利用開始

13. モニタリング

- ①介護予防支援・ケアマネジメントAについては、少なくとも3か月に1回(「期間」といいます)、本人の居宅を訪問し面接することによって実施してください。※
※連続する2期間に1回、訪問面接する時は、訪問しない期間のモニタリングをテレビ電話装置等を活用して本人と面接できることとします。ただし、次の要件をすべて満たしている場合に限ります。
 - (1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により本人の同意を得ていること。
 - (2) 以下の事項について、サービス担当者会議等において、主治医、サービス提供者その他関係者で合意を得ていること。
 - ・本人の心身の状態が安定していること。
 - ・本人がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - ・テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、サービス提供者から提供を受けること。
- ②ケアマネジメントBについては、原則6ヶ月に1回は自宅を訪問してください。
- ③状況・問題・意欲の変化等を本人、家族及びサービス提供者等から直接聴取し、継続的に把握します。
- ④モニタリング実施月以外においても、可能な限り、本人と面談するよう努め、面談が困難な場合は、電話等で状況を把握します。
- ⑤ケアマネジメントB及びCについては、状況変化等を迅速に把握するためにも、

サービス提供者側から地域包括支援センター等に情報提供する仕組みを構築してください。

14. 評価

- ①目標達成の確認・再検討を行います。

15. ケアマネジメントの継続・変更・終了

- ①本人の状況に応じ、今後の方針を決定します。
- ②委託の場合、地域包括支援センターにサービス評価票を提出します。
- ③ケアマネジメント終了の場合、介護予防・日常生活支援総合事業サービス計画作成依頼（変更）届を市に提出します。

※事業対象者は、有効期間がないため、③の手続きを必ず行ってください。

5. 基本チェックリストの考え方

【共通項目】

- ①対象者には、各質問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各質問の趣旨は以下のとおりです。各質問の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の考え方
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聞いています。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。1人で自家用車を運転して外出する場合も「はい」となります。
2	日用品の買い物をしていますか。	自ら外出し、買い物をしているかどうかを聞いています。電話で注文、配達を依頼している場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか。	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」となります。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。	家族や親戚の家への訪問や、友人との電話での交流は「いいえ」となります。
5	家族や友人の相談にのっていますか。	面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」となります。
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか。	時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」となります。手すり等を使わずに階段を昇ることができても、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。	時々、つかまっている程度であれば「はい」となります。
8	15分位続けて歩いていますか。	歩く場所は、屋内、屋外等は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか。	ここ1年間に転倒したかどうかを聞いています。
10	転倒に対する不安は大きいですか。	本人の主観に基づき回答して下さい。

11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	6ヶ月以上かかって体重が減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長 cm・体重 kg (BMI=)	身長・体重は整数で記載してください。体重は過去1ヶ月以内に測定した値を、身長は過去の測定値を記載しても差し支えはありません。 BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)
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下さい。
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ヶ月の状態を平均して下さい。
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	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、家族や友人等周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。	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。	本人の主観に基づき回答してください。考えて思い出すことができれば「いいえ」となります。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	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。	

* 事業対象者に該当する基準

① No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	⇒	(複数の項目に支障)
② No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	⇒	(運動機能の低下)
③ No. 11～12 の 2 項目のすべてに該当	⇒	(低栄養状態)
④ No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	⇒	(口腔機能の低下)
⑤ No. 16～17 の 2 項目のうち No. 16 に該当	⇒	(閉じこもり)
⑥ No. 18～20 までの 3 項目のうちいずれかの 1 項目に該当	⇒	(認知機能の低下)
⑦ No. 21～25 までの項目のうち 2 項目以上に該当	⇒	(うつ病の可能性)

①～⑦のいずれか1つ以上に該当すれば事業対象者となります。

6. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント使用様式

使用する様式について、総合事業に関する規定等を追記・修正しているか「介護予防サービス・支援計画表（１）～（３）（例）」等を参考に確認してください。

また、生活支援会議の対象者以外のケースについて、下記の様式を追加しているか確認してください。

使用様式	ケアマネジメント			
	介護予防支援	A	B	C
① 興味・関心チェックシート	○	○		
② 危険度チェックシート		○	○	
③ 介護予防アセスメントシート	○	○	○	
④ 介護予防ケアマネジメント結果表				○※1

※1 介護予防ケアマネジメントCについては、「利用者基本情報」「伊勢市介護予防・日常生活支援総合事業サービス・支援結果表（ケアマネジメントC）」のみとなります。

※「危険度チェックシート」について、要支援１・２の者は主治医意見書により状態が把握できるため不要とします。

※本人やサービス提供者に交付する様式について、総合事業に関する規定等を追記・修正しているか「介護予防支援等に関する契約書（例）」等を参考に確認してください。

7. 生活支援会議（A型）

地域包括ケアシステムの構築に向け、個別ケースを通じて、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所及び担当ケアマネジャー等と専門多職種が協働のうえ、個別ケースの自立支援を重視した介護予防ケアマネジメントに基づくケアプラン等の作成及び参加者の専門的能力の向上、地域の社会資源の把握・開発及び政策形成に繋げることを目的に生活支援会議を開催します。

（１） 会議の実施者 伊勢市

（２） 対象ケース

要支援１・２又は事業対象者で、総合事業を利用予定の下記ケース

- ①心身または生活機能が著しく低下しているケース
- ②多職種で支援の方向性を検討・確認したいケース
- ③個別ケースのアセスメントから見えた地域課題や介護サービスの必要性について検討したいケース
- ④その他多職種で検討したいケース

※検討希望があれば、サービス利用中のケースも対象とします。

(3) 参加者

ケアマネジャー（委託の場合は地域包括支援センターを含む。）、訪問介護事業所、通所介護事業所、福祉用具事業所（総合事業を併せて利用する場合）

※上記の事業所以外のサービス（訪問・通所リハビリテーション、訪問看護等）を利用する場合、その事業所も、上記事業所と協働する必要があることから、できる限りの参加をお願いいたします。

(4) 開催日及び時間

毎月原則第2・3木曜日 13時30分～15時30分まで

※進行状況により、終了時間は異なります。

(5) 開催までの流れ

福祉総合支援センターが、各回にケースを選定する地域包括支援センターを設定します。地域包括支援センターのケアマネジャーは、出席する会議日前々週の金曜日までに、サービス提供者と調整の上、福祉総合支援センターにケースの申込をしてください。

※各地域包括支援センターは毎月必ず1ケースを選定し、会議への出席をお願いします。

※居宅介護支援事業所は、検討希望ケースがありましたら地域包括支援センターを通じてお申し込みください。希望について市が確認することもあります。

開催日調整後、ケアマネジャーは、サービス提供者の資料を取りまとめの上、会議前週の火曜日までに福祉総合支援センターに提出してください。（各1部）

福祉総合支援センターからアドバイザー、オブザーバーに資料を送付します。（保険者からは「医師の意見書」「要介護認定調査票」（該当者のみ）を添付）

□ 事業対象者の有効期間について

要介護等認定と違い、事業対象者には有効期間がないため、「改善の可能性がある」か、「改善の可能性があるない」かを見極めることは大変重要で、これにより目標設定が大きく変わります。（予後予測）

基本的には、要支援者と同様に1年を目安とし、下記を参考のうえ、利用者ごとに判断し、長期目標・短期目標を設定してください。

※ 予後予測については、要支援者も同様のことが言えます。

【改善の可能性がある】（期間的）

- ・廃用症候群などにより生活機能が一時的に低下したケース
- ・身体機能向上から生活機能向上へ改善が見込まれるケース など

【改善の可能性があるない】（永続的）

- ・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
- ・複数の疾病を抱え、改善が見込まれないケース など

(6) 会議の所要時間

1 ケース当たり約 35 分

※ 担当ケアマネジャー及びサービス提供者は担当ケースの時間のみ参加

(7) 会議の流れ

	進行手順	所要時間	ポイント
1	ケアマネジャーから概要説明	約 5 分	①現在の状態に至った原因（主訴）を説明。 ②利用者基本情報・ケアプラン等から改善可能な点を中心に説明 ③上記を踏まえ、ケアプラン等における支援方針・目標等を説明 ④専門職への質問に対する補足説明
2	サービス提供者から今後の支援方針説明（※）	約 3 分	アセスメントに基づいた訪問・通所型サービス計画書、福祉用具サービス計画書における具体的な支援内容を説明
3	専門職からの意見（※オブザーバー含む）	約 25 分	専門職から、具体的な助言・提案の提示
4	まとめ	約 2 分	支援方針等のまとめ

※ サービス提供者が複数（訪問・通所を利用している等）の場合は、サービス提供者で時間配分について前もって協議してください。

(8) 会議の構成員

伊勢市・地域包括支援センター・担当ケアマネジャー・サービス提供者

□ アドバイザー

医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・看護師・生活支援コーディネーター（第1層）など

□ オブザーバー

必要に応じて市長が別に定める

8. 生活支援会議（B型）

生活支援会議（A型）と同様の目的のほか、ケアプランの検討を通じ、参加者の共通理解を深め、より地域に密着した地域ニーズの把握及び地域資源の発掘・創出支援や地域課題に対するコーディネートの連動が円滑に行われることを目的に生活支援会議（B型）を開催します。

(1) 会議の実施者 地域包括支援センター

(2) 対象ケース

要支援1・2又は事業対象者で、新規にサービスを利用する下記のケース

- ①介護予防給付と総合事業（ケアマネジメントBに該当するサービス）の両方を利用するケース
- ②総合事業（ケアマネジメントBに該当するサービス）のみを利用するケース

(3) 開催日及び時間

各地域包括支援センターにて決定（※地域包括支援センターから別途通知）

(4) 開催までの流れ

ケアプラン原案作成終了後、ケアマネジャーは、サービス提供者と調整の上、担当の地域包括支援センターに希望日を連絡してください。

開催日決定後、資料を地域包括支援センターが指定する日までに提出してください。
地域包括支援センターからアドバイザー、オブザーバーに資料を送付します。

(5) 所要時間

1ケース当たり約10分（内訳については下記参照）

※担当ケアマネジャー及びサービス提供者は担当ケースの時間のみの参加

(6) 会議の流れ

	進行内容	所要時間	ポイント
1	ケアマネジャーから概要説明	約3分	①現在の状態に至った原因（主訴）を説明。 ②利用者基本情報・ケアプラン等から改善可能な点を中心に説明。 ③上記を踏まえ、ケアプラン等における支援方針・目標等を説明。
2	サービス提供者から今後の支援方針説明	約2分	アセスメントに基づいた具体的な支援内容を説明。
3	グループワーク	約3分	構成員で具体的な支援の方向性を検討。
4	まとめ	約2分	支援方針等のまとめ。

(7) 会議の構成員 ※必要に応じて

地域包括支援センター、担当ケアマネジャー、サービス提供者（※）・伊勢市（※）

アドバイザー

生活支援コーディネーター（第2層）、生活支援コーディネーター（第1層）（※）

オブザーバー

薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士・看護師（※）

9. 生活支援会議における使用様式

【ケアマネジャー】

使用様式	ケアマネジメント		
	介護予防支援	A	B
① ケアプラン確認票（生活支援会議用）	○	○	○
② 利用者基本情報	○	○	○
③ 興味・関心チェックシート	○	○	—
④ 危険度チェックシート	—	○	○
⑤ 介護予防アセスメントシート	○	○	○
⑥ 介護予防サービス・支援計画表（1）～（3）	○	○	○

【訪問介護・通所介護サービス事業所】

使用様式	ケアマネジメント		
	介護予防支援	A	B
① 訪問型・通所型サービス計画書（原案）	○	○	△

【福祉用具事業所】

使用様式	ケアマネジメント		
	介護予防支援	A	B
① 福祉用具サービス計画書（原案）	○	○	△
② パンフレット（当該福祉用具が分かるもの）	○	○	△

※提出していただく介護予防サービス・支援計画表、訪問型・通所型サービス計画書及び福祉用具サービス計画書は原案となります。

※訪問介護・通所介護サービス事業所は、統一した様式を使用しますので、「訪問型サービス計画書」・「通所型サービス計画書」を作成してください。

※福祉用具事業所は、「福祉用具サービス計画書」（任意様式）を作成してください。

※「△」は、各地域包括支援センターの判断で、必要に応じて作成してください。

※生活支援会議（A型）に係る詳細（様式に対する特記事項など）については、「伊勢市介護予防・日常生活支援総合事業手引き（別冊）」を参照してください。

発行

平成 28 年 11 月 1 日 初版

令和 6 年 4 月 1 日 改訂 (10)

伊勢市福祉総合支援センター

TEL 21-5611