
<自立支援に資する>
介護予防ケアマネジメントのための
アセスメントの手引き

令和8年7月

那須町保健福祉課

目 次

はじめに

Ⅰ 手引き作成の目的	Ⅰ
------------------	---

第Ⅰ章 那須町の高齢者の現状と地域包括ケアシステム

Ⅰ 那須町の高齢者の現状と地域包括ケアシステム	2
-------------------------------	---

第2章 介護予防の基本的考え方

Ⅰ 介護保険制度における介護予防の位置づけ	5
2 介護予防の基本的視点	6
3 介護予防ケアマネジメントとは	7

第3章 自立支援型地域ケア会議

Ⅰ 地域ケア会議とは	Ⅲ
2 那須町における自立支援型地域ケア会議	Ⅲ

<参考>介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

様式Ⅰ 基本チェックリスト

様式4 興味・関心チェックシート

様式5利用者基本情報

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)

様式Ⅱ 【那須町版】介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントシート

はじめに

Ⅰ 手引き作成の目的

高齢者が、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むためには、高齢者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実施が必要です。

自立支援型ケアマネジメントでは、高齢者の有する能力を見極めて、日常生活におけるADLやIADLの活動を高め、家庭や社会への参加を促し、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することで、生活の質の向上を目指します。

そのため、この手引きでは、地域包括支援センター職員や介護支援専門員が「自立支援」という介護保険の理念を共有した上で、自立支援に資するケアマネジメントの推進、ケアマネジメントプロセスにおける多職種との協働の推進、ひいてはケアマネジメントの質の向上を図ること、また、個々のニーズを反映した適切なアセスメントの実施と本人が望む生活の実現に向けた介護予防サービス・支援計画の作成及び質の確保を目的に作成しました。

第1章 那須町の高齢者の現状と地域包括ケアシステム

1 那須町の高齢者の現状と地域包括ケアシステム

那須町では、75 歳以上の高齢者が年々増え、2035 年にピークを迎え、その後減少すると見込まれています。また、65 歳以上人口は総人口の約 45%、75 歳以上人口は約 25%を占めると見込まれ、その後も増加傾向となると思われます。75 歳以上の高齢者は医療や介護を必要とする方の割合が高いため、75 歳以上の高齢者の増加は、医療・介護に対するニーズの増加を意味します。

このように医療や介護のニーズの増加が見込まれる一方で、働き手・支え手として期待される 15 歳～64 歳の人口（生産年齢人口）は、大きく減少する見込みです。2025 年には、75 歳以上 1 人を支える生産年齢人口は 1.7 人となっており、2050 年には、1 人で 1 人を支える「肩車型」となる中で、「働き手・支え手が減少する中で、医療や介護のニーズにいかに対応していくか」という課題にすでに直面しています。

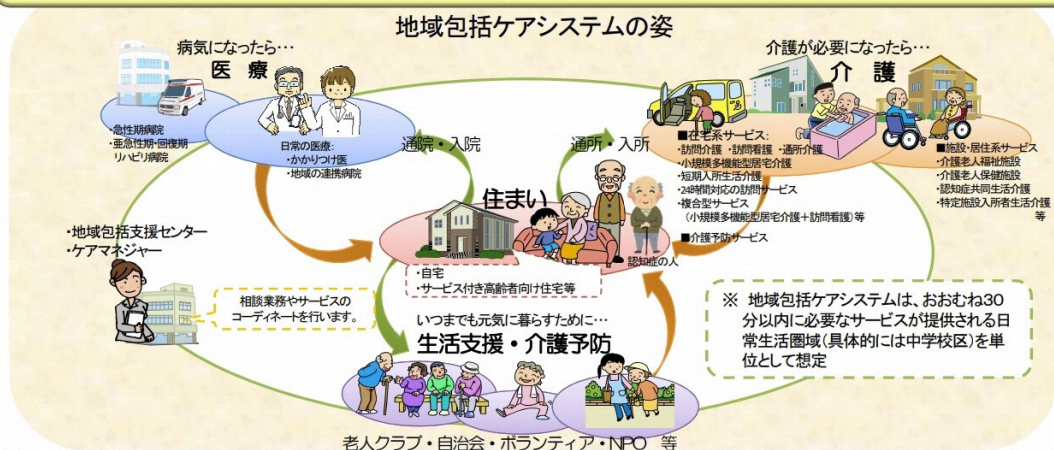
このような人口構造の変化に伴う課題に対し、高齢者をはじめすべての人が住み慣れた地域でいつまでも自分らしい暮らしを送れるような地域づくり（＝「地域包括ケアシステム」）の構築と深化を行っていくことが必要です。

○地域包括ケアシステムとは・・・

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「住まい」、「医療」、「介護」、「（介護）予防」、「生活支援」を一体的・重層的に提供する体制（仕組み）のことです。

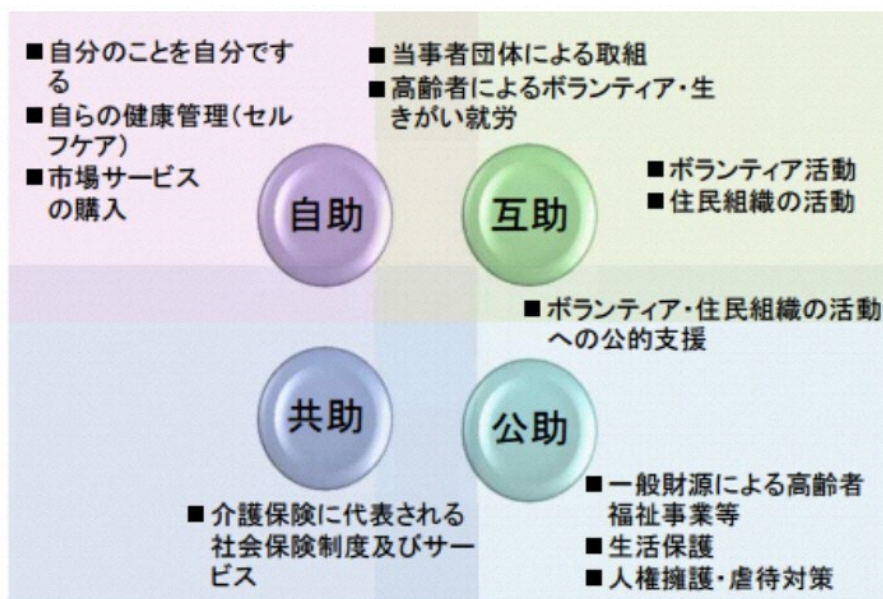
地域包括ケアシステム

- 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、**住まい・医療・介護・予防・生活支援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**していきます。
- 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です。
- 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**が生じています。
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**必要があります。



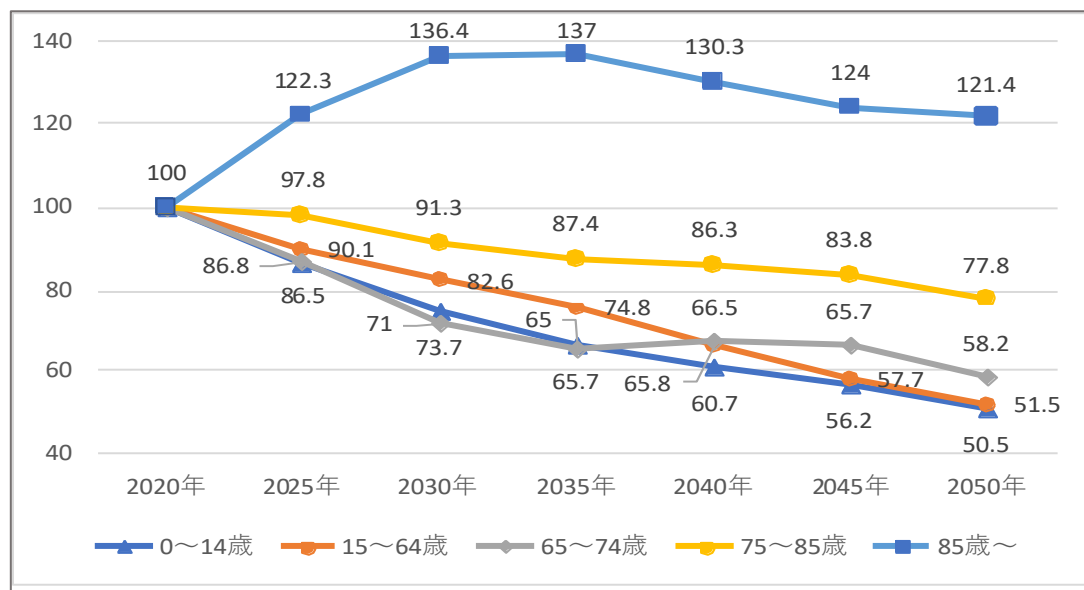
出典：厚生労働省

○地域包括ケアシステムを支える 4 つの助

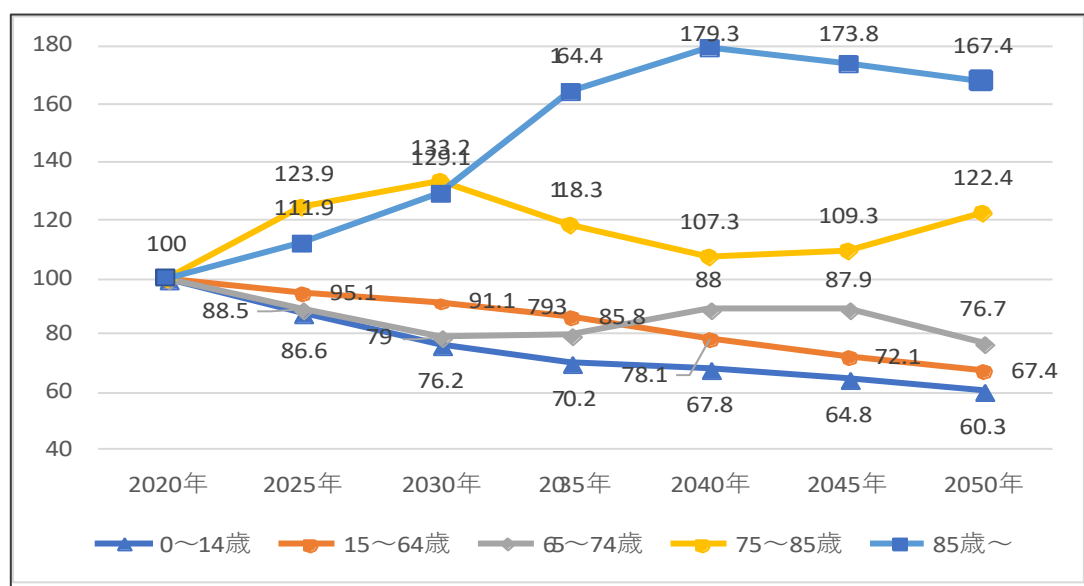


- ・全ての中心は「自助」・・・健康で自分らしく暮らしたいという気持ちと、実際に健康管理を行い、自立して生活を送る事ができるように自分自身大切にしながら生活するという心構えと行動が最も大切な事であり、4 つの助の中心は「自助」となります。
 - ・自助を支えるのが「互助」・・・自助は自分だけの力となるので、どうしても限界はきます。自分自身で行き詰まった時のサポートが必要であり、時に自身がサポートする側に回る事もでき役割を持ち続けられる、人と人同士が支える「互助」が必要になります。
 - ・互助で難しい課題には「共助」・・・互助で支え合う場合、支える側の力が高いときはいいのですが、あまりにも支えてもらう側の負担が増えすぎると互助の関係性が壊れてしまうこととなります。そこで、必要時には自身の「権利」として利用できる共助が登場し、自助を支え、互助の負担を減らし、バランスを整えます。
 - ・自助・互助・共助でもだめなら「公助」・・・自助・互助・共助で支え合っても解決できない課題には、最終的には公助が対応します。
- ※これら 4 つの助がそれぞれ関与し合う事で、最大限の効果を発揮します。つまり、それぞれが関係し合い働き合う事が必要となります。

○ 人口構造の変化(年齢階級別人口の増減率:2020 年を 100 とした場合)



<参考>栃木県人口構造の変化(年齢階級別人口の増減率:2020 年を 100 とした場合)



国立社会保障・人口問題研究所より作成

<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/3kekka/Municipalities.asp>

第2章 介護予防の基本的考え方

Ⅰ 介護保険法における介護予防の位置づけ

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。（介護保険法第1条、第2条）

また国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力の維持向上に努めると明文化されています。

介護保険制度における介護予防とは、

① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(健康の保持増進)こと

高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防について意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の保持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。

② 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(改善・維持・悪化の遅延を図る)こと

生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重度化の予防、改善を図るものです。

■その人の生活・人生を尊重し、その有する能力に応じ、できる限り自立した生活を送れるように支援すること 即ち・・・「**自立支援**」（＝**介護保険の基本理念**）

介護保険法（抜粋）の基本理念

（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 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(介護支援専門員の義務)

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類または特定の事業者若しくは施設に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護予防の基本的視点

介護予防の実践に当たっては、高齢者の主体的な取り組みが不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関係する専門職は高齢者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取り組みが必要なのか」を明確に、高齢者が理解し安い言葉や視覚で伝えられるよう工夫が必要です。

高齢者が単に「できない」と言葉にすることについても、出来る能力はあるが、する意欲が持てない結果「できない」のか、行為としてただ「していない」だけなのか、今は痛みがあるから「できない」だけなのか、事実を確認していくことが大切です。単に要望に添ったサービス提供は廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスへの依存をも生み出していく場合があります。「高齢者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うこと」を基本として、「できない」部分をサポートしながら「でき

るようになる」ために必要なことを考え、高齢者の行動変容につながる動機付けへの支援を常に考えることが必要です。

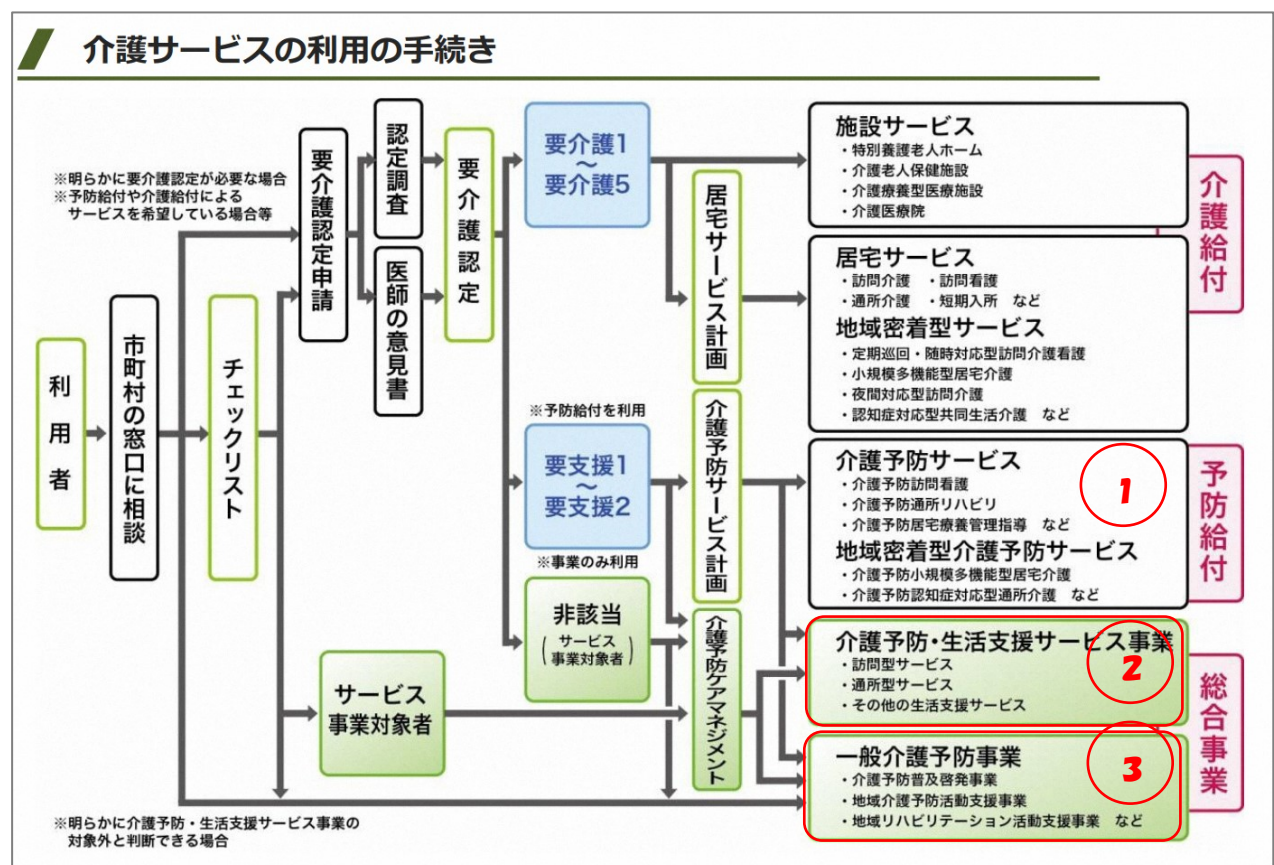
そのためには、現病歴や既往歴への理解、健康管理の方法、家庭・地域内の環境、利用者の生活状況や生活史、趣味や関心ごと、性格、価値観、経済面・・・と様々な情報をキャッチし、整理しながらアセスメントする技量が求められます。

3 介護予防ケアマネジメントとは

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

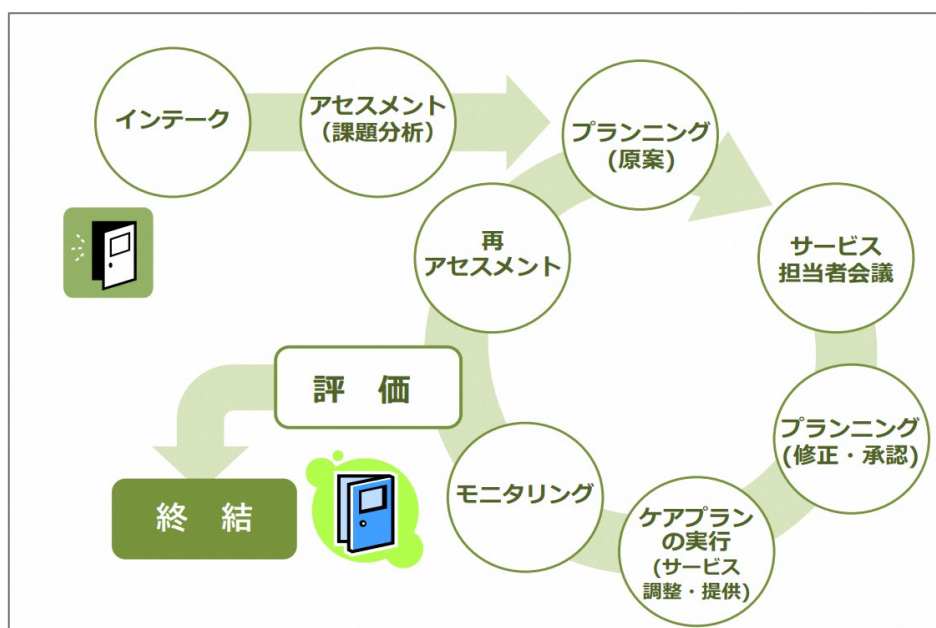
介護予防ケアマネジメントには二つの種類があります。

要支援認定者の場合は、「予防給付によるサービスののみを利用する」「予防給付によるサービスと総合事業によるサービスの両方を利用」の場合に、介護予防支援によるケアマネジメントを実施します。ただし、要支援認定者であってもサービス・活動事業（図では介護予防・生活支援サービス事業と表記されていますので、読み替えてください）のみを利用する場合や事業対象者で、かつ総合事業のみの利用の場合には、介護予防ケアマネジメントを実施します。



要支援1～2	→①（＋総合事業）	「介護予防支援」によるケアマネジメント
要支援1～2	→②のみ利用	「介護予防ケアマネジメント」
事業対象者	→②のみ、②＋③利用	「介護予防ケアマネジメント」

(2) 介護予防ケアマネジメントのプロセスの確認



改めてケアマネジメントのプロセスの確認を提示しますが、介護給付のケアマネジメントも予防給付のケアマネジメントも介護予防ケアマネジメントも基本的な考え方や流れは同じです。

インテークから、アセスメント、プランニング（課題分析・原案の作成）を行い、サービス担当者会議を開き、関与する人々の意見を聴取し、プランニングの修正や承認を得て、ケアプランの実行に移ることで初めてサービスが提供できる体制が整います。サービス調整後も、最新の状態像の変化に応じて適宜サービスの見直しを行います。また、サービスの終結や介護給付への移行等もあり得ますので、適切にモニタリングを行いながらサービス調整に努める必要があります。

(3) 介護予防ケアマネジメントの実施にあたって

① 介護予防ケアマネジメントの3類型

介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメント A、B、C の3類型が示されています。（「那須町介護予防ケアマネジメントマニュアル」P2参照。以下「マニュアル」という。）

② 介護予防支援

介護予防支援は、要支援認定を受けていることが必要です。

③ 実施の手順

実施の手順については、マニュアル P5～9参照。

(4) アセスメントのポイント

高齢者の日常生活は、ADL（日常生活動作）や IADL（手段的日常生活動作）、社会との交流など、様々な生活行為の関係性のうえに成り立っています。

そうした関係性に配慮しながら、自立支援を促すには、個々の特性を理解したうえで、課題を整理し、「活動や参加」につなげるように、対象者の健康状態、「心身機能・身体構造、活動、参加」といった生活機能に加え、物的環境（支援機器や住宅環境等）、人的資源（家族や社会の意識・態度

等)、制度的環境(法制度や公的サービス等)といった環境因子、生活年齢、民族、ライフスタイルといった個人的因子等について相対的に情報収集し、課題を分析することが重要です。

それらを分類したものが ICF(国際生活機能分類)であり、様々な要因を統合して考えていくプロセスにおいて、理解しやすいツールで、高齢者の生活全般について総合的な支援を考えていくうえにおいてとても重要です。

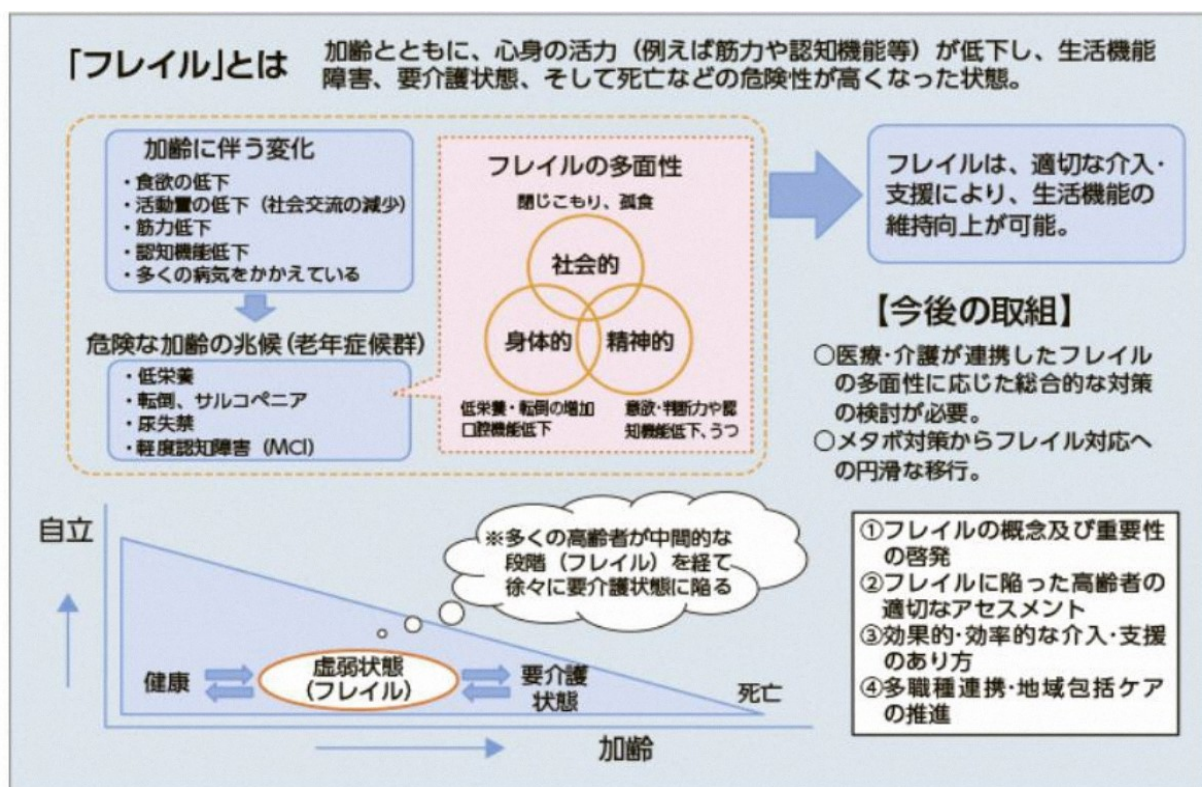
介護予防ケアマネジメントの展開においては、こうした ICF の構成要素の視点からアセスメントを行うとともに、他にも「興味・関心チェックシート」や「課題整理総括表」を活用することで、個別性の高いケアマネジメントを実施することができます。

興味・関心チェックシートは、利用者の現在の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったこと等、負担なく聞くことができるツールの一つとして活用できます。また、利用者基本情報等の裏面の介護予防に関する事項等からも趣味・楽しみ・特技や友人・地域との関係等が聞き取れるようになっています。

介護予防ケアマネジメントは、対象者の特性を理解することにより、市町村独自のアセスメントシートの作成をしているところもあり、今回那須町においても、介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメントツールを作成しました。これを活用し、介護支援専門員等が共通した視点で、より質の高い標準化したアセスメントをすることで、対象者にとって適切なプランが提供でき、本人の生活の質(QOL)の向上につながり、自身の望む生き方(Well-being)ができるよう支援する事を目指しています。((6) にアセスメントシートを提示)

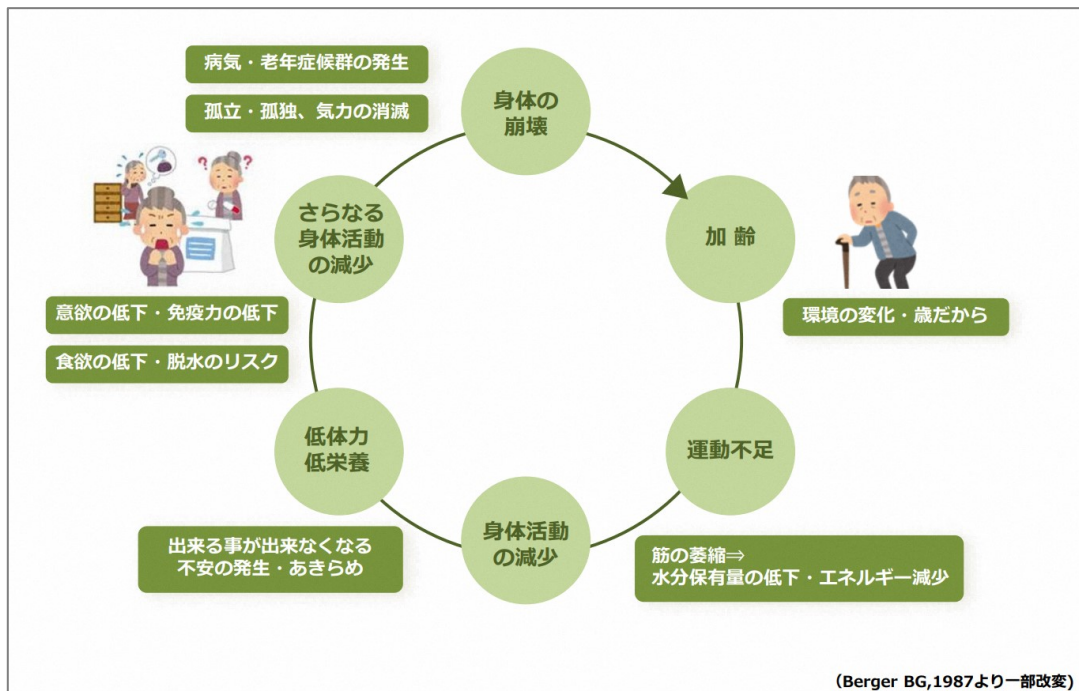
(5) 老年期の特徴を知っておくことの重要性

○ フレイルとは



出典：平成28年版厚生労働白書 -人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-

○ 悪循環のスパイラルを早期に断ち切る視点



(6) 介護予防マネジメントのためのアセスメントシート

介護予防マネジメントのためのアセスメントシート(1)

利用者名: _____ 様

日付: _____ 記入者: _____

領域: A 運動・移動について

視点: 自ら行きたい場所に移るための手段をとりいれるかどうか。

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っているかどうか。

主な内容	アセスメント項目	具体的な状況	できること・できる部分
筋力低下、痛み	☐ ない ☐ ある		
支えの必要性	立ち上がり: ☐ ない ☐ ある 片足立ち: ☐ ない ☐ ある		
歩行状況	室内: ☐ 独歩 ☐ 伝い歩き ☐ いざり ☐ 用具使用 屋外: ☐ 独歩 ☐ 伝い歩き ☐ いざり ☐ 用具使用		
転倒傾向	☐ ない ☐ ある		
移動範囲	☐ 室内のみ ☐ 庭 ☐ 近隣 ☐ 市内		
移動手段	☐ 徒歩 ☐ 車(運転) ☐ 車(同乗) ☐ 電動カート ☐ 自転車 ☐ バス ☐ タクシー ☐ バイク		
活動性	☐ よく動く ☐ 座位が多い ☐ 臥床が多い		

領域: B 日常生活・家庭生活について

視点: 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どうかの状況。

主な内容	アセスメント項目	具体的な状況	できること・できる部分
買い物	☐ 自分 ☐ 家族 ☐ 知人 ☐ ヘルパー等		
食欲	☐ ある ☐ ない		
献立考える	☐ 自分 ☐ 家族 ☐ ヘルパー等		
調理	☐ している ☐ していない		
火の不始末	☐ ある ☐ ない		
掃除	☐ している ☐ していない		
整理整頓	☐ している ☐ していない		
ゴミ捨て	☐ している ☐ していない		
洗濯	☐ している ☐ していない		
電気機器類の操作	☐ している ☐ していない		
金銭の管理	☐ している ☐ していない		
電話の利用	☐ している ☐ していない		
日常の意思決定	☐ している ☐ していない		
書類等の手続き	☐ している ☐ していない		
情報への関心	☐ ある ☐ ない		
悪徳商法への注意	☐ している ☐ していない ☐ 被害経験あり		
花木や動物の世話	☐ している ☐ していない		
衣服の着脱	☐ している ☐ していない		
洗顔・整髪	☐ している ☐ していない		
爪きり	☐ している ☐ していない		

領域: C 社会参加・対人関係・コミュニケーション

視点: 状況に見合った社会的に適切な方法で、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。

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。

主な内容	アセスメント項目	状況	できること・できる部分
意思疎通	☐ している ☐ していない		
外出頻度と 外出の目的	☐ ほぼ毎日 ☐ 週2-3回 ☐ 週1回程度 ☐ 月2-3回程度 ☐ 殆ど出ない		
家庭での役割	☐ ある ☐ ない		
地域での役割	☐ ある ☐ ない		
趣味や楽しみ	☐ ある ☐ ない		
生きがいなど	☐ ある ☐ ない		
社会参加への意欲	☐ ある ☐ ない		
以前参加していた活動	☐ ある ☐ ない		
他者との交流	☐ ある ☐ ない		

介護予防マネジメントのためのアセスメントシート(2)

領域：D 健康管理（健康状態）について

利用者名：

様 日付：

記入者：

視点：清潔、整容、服薬・定期受診が行われているかどうか。

また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われる場合、この領域でアセスメントする必要がある。（自己管理又は家族による管理）

主な内容	アセスメント項目	状況	できること・できる部分
既往歴			
主な傷病名			
かかりつけの医師	☐ いる ☐ いない		
受診の状況	☐ している ☐ していない		
使用している薬	☐ ない ☐ ある・内容は備考又は薬剤情報添付		
内服管理	☐ している ☐ していない		
健診の状況	☐ 受けている ☐ 受けていない		
視力について	☐ 支障ない ☐ 支障ある		
聴力について	☐ 支障ない ☐ 支障ある		
口腔機能の状況	☐ 自歯 ☐ 部分義歯 ☐ 総義歯		
口腔の異常	☐ ない ☐ ある ☐ 歯科受診中		
歯の手入れ(義歯含)	頻度 (☐ 回 / 選ぶ)		
食事摂取、飲水	☐ している ☐ していない		
嚥下の問題	☐ ない ☐ ある		
食生活・栄養状況	回数 (☐ 回 / 日) バランスへの配慮 ☐ している ☐ していない		
水分摂取の状況	☐ 気を付けている ☐ 気を付けていない		
入浴の状況(頻度)	(☐ 回 / 選ぶ)		
入浴の状況(方法)	☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭など ☐ していない		
排泄の状況	☐ 支障ない ☐ 支障ある		
尿漏れ・尿失禁	☐ ない ☐ ある		
飲酒状況	☐ 飲まない ☐ 飲む (☐ 回 / 選ぶ)		
喫煙状況	☐ 吸わない ☐ 吸う (☐ 本 / 選ぶ)		
生活リズム	☐ 規則的 (起床 ☐ 時/就寝 ☐ 時) ☐ 不規則		
適度な運動	☐ している ☐ していない		
適度な休養	☐ している ☐ していない		
物忘れの状況	☐ ない ☐ ある 本人の認識: ☐ ない ☐ ある		
認知機能等について	☐ 支障ない ☐ 支障ある		
精神的不安・喪失感・孤独感	☐ ない ☐ ある		

領域：E その他（背景因子）

視点：生活状況全体を把握するために必要な項目を聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

主な内容	アセスメント項目	状況	できること・できる部分
家族・環境等の変化	☐ ない ☐ ある		
虐待の可能性	☐ ない ☐ ある		
家族の意思、関わり・状況	☐ 課題なし ☐ 課題あり		
介護者・介護力	☐ いる(期待: ☐ できる ☐ できない) ☐ いない		
協力者・協力	☐ いる(期待: ☐ できる ☐ できない) ☐ いない		
経済状況	年金: ☐ ある (☐ 厚生・共済 ☐ 国民) ☐ ない		
見守りの状況	☐ ない ☐ ある		
家屋の状況	☐ 課題なし ☐ 課題あり		

【備考1】

【備考2】

--	--

参照：介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧 様式11

第3章 自立支援型地域ケア会議

1 地域ケア会議とは

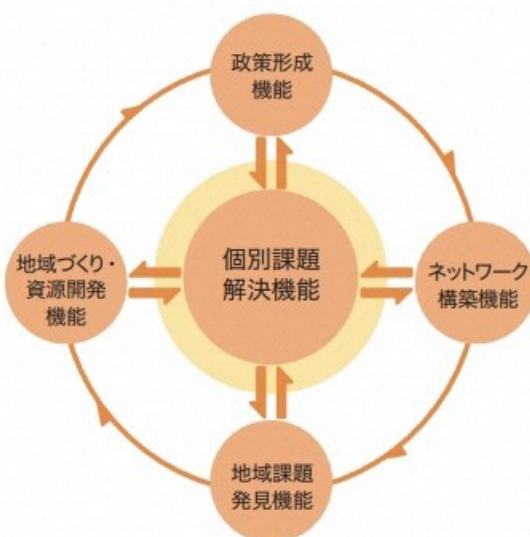
介護保険法に「地域支援事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療および福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関および関係団体により構成される会議」を地域ケア会議とし、「会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うもの」と定義されています。

地域ケア会議は、地域の多様な専門職や住民等が、個々の高齢者等の課題に関して検討することで、高齢者等個人に対する支援の充実を図るとともに、複数の高齢者等に影響を与える地域の課題を把握し、地域づくり、資源開発、政策形成などで、その解決を図ることによって、地域包括ケアシステムの構築を推進することを目的としています。

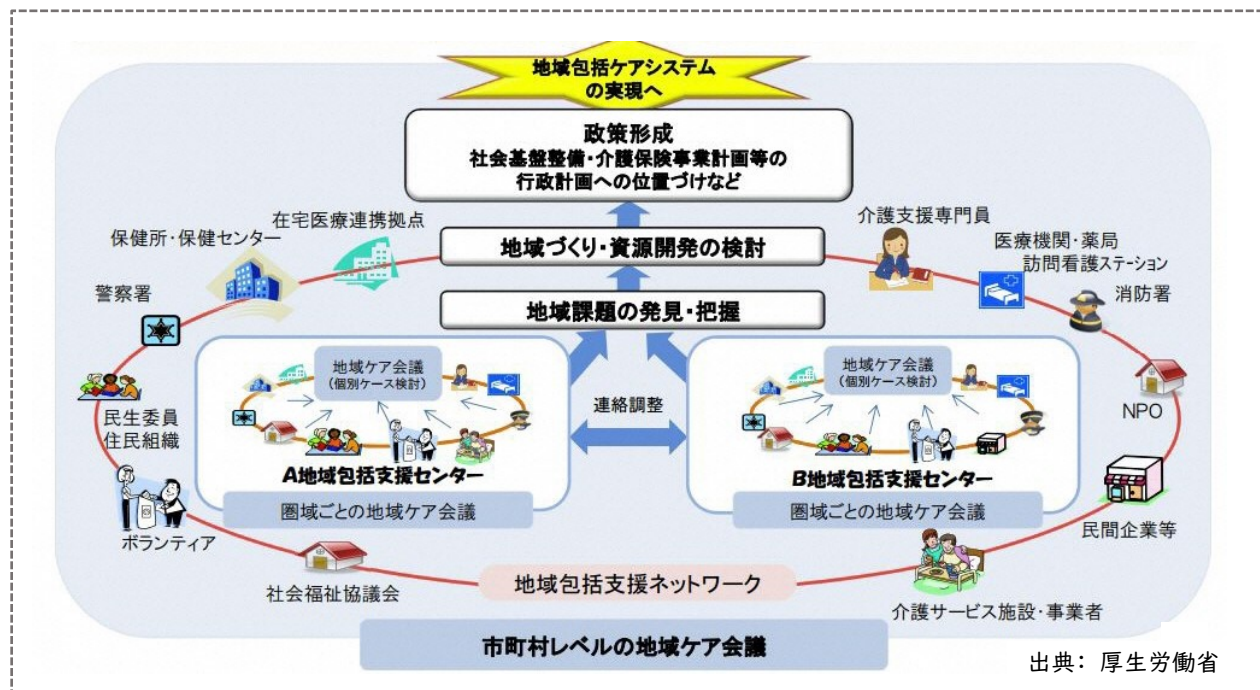
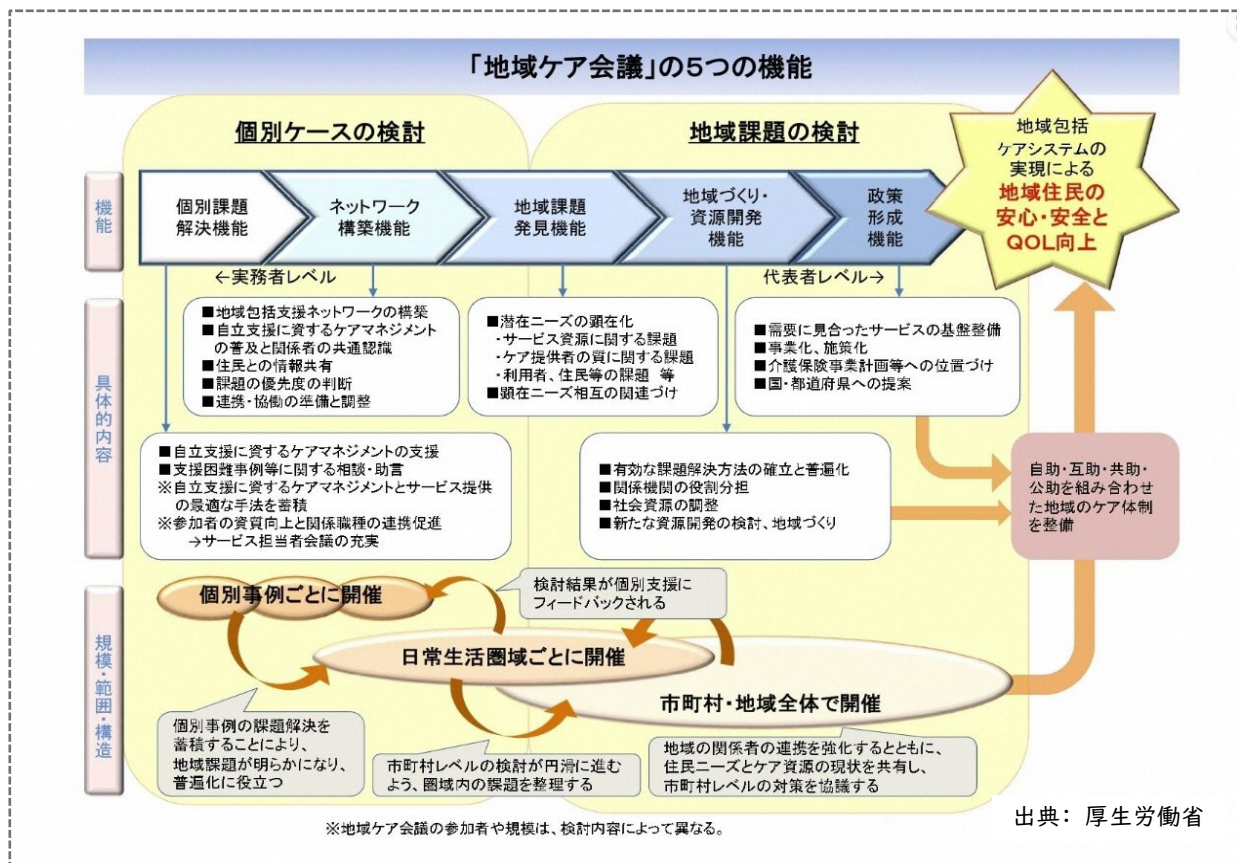
つまり、個別ケースの支援について検討する会議の機能を果たしながら、高齢者等の生活における困難や支援者が認識した課題等を、地域包括ケアシステム構築に活かす仕組みです。

2 地域ケア会議の機能

地域ケア会議は主に5つの機能を有します。個別ケースの支援内容の検討を通じて、主に個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能が発揮されます。また、地域の実情に応じて必要と認められるものとして、地域づくり・資源開発機能や政策形成機能が発揮されと考えられます。これらの機能は相互に関係しあい、循環しています。



出典：地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会編『地域包括支援センター運営マニュアル 3訂』一般財団法人長寿社会開発センター、2022年、



2 那須町における自立支援型地域ケア会議

那須町においても、これからの高齢社会を支える地域包括ケアシステムを実現する手段として、「自立支援型地域ケア会議」を開催しています。

これは、自立支援（本人の有する能力の維持・向上）を重視したケアプラン作成に向けて、保健福

社課地域支援係、包括支援センター、生活支援コーディネーター、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士などの専門職とケアマネジャー等が協働でケアプランの検討を行うものです。

(1) 開催目的

① 那須町の高齢者が、今よりも元気に、そして豊かに過ごすこと

自立支援の目指すものは、高齢者一人一人が住み慣れた地域でその能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することです。

これら、自立支援・介護予防の観点を踏まえてケアマネジメントを検討し「要支援者等の生活行為の課題の解決、状態の改善に導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指します。

② 支援者を支援する場

多様な専門職が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって、ケアマネジャーの自立につながるケアマネジメントの実践力を高めることを目指します。

③ 誰もが暮らしやすい町づくり

個別ケースの課題等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明らかにし、地域に必要な社会資源の開発を目指します。

(2) 開催方法等

開催方法、場所等については、町保健福祉課からの案内、ホームページ等をご覧ください。

介護支援専門員が積極的に参加することで、高齢者の尊厳の保持、自立支援につながり、地域包括ケアの推進となります。

(3) 関連様式（提出書類）

<事業対象者・要支援認定者の場合>

- ① 事例選定の理由（書式はありません。A4に選定の理由を記載ください）
- ② 利用者基本情報
- ③ 基本チェックリスト
- ④ 介護予防マネジメントのためのアセスメントシート
- ⑤ 介護予防サービス・支援計画書
- ⑥ 興味・関心チェックシート
- ⑦ その他（内服薬情報、食事・口腔のチェック等）

<要介護認定者の場合>

- 上記①、②
- ③ アセスメントシート
 - ④ 課題分析票
 - ⑤ 介護サービス計画書 第1表～第3表

自立支援に資する 介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントの手引き

令和 6 年 6 月 発行

令和 8 年 7 月 改訂

発行者 那須町

編 集 那須町保健福祉課地域支援係

〒329-3215 栃木県那須郡那須町大字寺子乙 2566-1

TEL 0287(74)3366 FAX 0287(72)5820