

事 務 連 絡
令和元年 5 月 31 日

各都道府県介護保険担当主管課(室) 御中

厚生労働省老健局振興課

「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント（ライフサポートワーク）」
について

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

小規模多機能型居宅介護の居宅サービス計画等の様式については、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会において、「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント（ライフサポートワーク）」が示されており、平成 21 年 2 月の「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」等でも周知してきたところです。

今般、平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業」（実施団体：全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）において、別添のとおり、ライフサポートワークの様式が修正されるとともに、補助様式が 2 種類追加される等の見直しが行われましたので、送付させていただきます。

各都道府県におかれましては、貴管内の市町村に周知いただきますようお願いいたします。

なお、これらの資料については、「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」のホームページ (<http://www.shoukibo.net/lifesupportwork2019/about.html>) にガイド及び記載例とともに掲載されているので、あわせてご覧下さい。

【担当】

厚生労働省老健局振興課基準第一係

TEL : 03-5253-1111 (内線 3983)

ライフサポートプランカンファレンス用紙

| | | | | | | |
|-----------------------------|------|--------|-----------|---|---|---|
| 利用者氏名 | | | 日 付 | 年 | 月 | 日 |
| 参加者 | | | | | | |
| | 合計 名 | | | | | |
| 本人の望む暮らしの意向 | | | | | | |
| 内 容 (各自から出された主な意見) | 本 人 | 家族・介護者 | 地域、医療、その他 | | | |
| | | | | | | |
| 考 察 (みんなで話し合っ て考えたこと) | | | | | | |
| 確認事項 (合意点、相違点、 新たな課題) | | | | | | |
| | | | 計画作成担当者 | | | |

ライフサポートプラン①

作成日： 年 月 日

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|----------|----|------------|----|
| 利用者名： 殿 | 生年月日： 年 月 日 | 住所： | | | | | |
| 事業所名： | | (計画作成担当者：) | | | | | |
| 認定日： 年 月 日 | 認定の有効期間： | 年 月 日～ | 年 月 日 | 要介護状態区分： | | | |
| 審査会の意見： | | | | | | | |
| 本人の望む暮らしの意向： | | | | | | | |
| 当面の具体的な目標：(活動・参加の目標) (心身機能の目標) | | | | | | | |
| 目標を達成するための課題 | 目標を達成するための具体的な役割と内容 等 | | | | | | |
| | 本人 | 家族・介護者 | 地域, 医療, その他 | 事業所 | 期間 | 場所 | 備考 |
| 他の介護保険サービスの必要と 具体的課題 | | | | | | | |
| 確認欄 | | 年 月 日 | 氏名 | | | 代筆 (続柄) | |

様式4

(氏名：)

ライフサポートプラン②

作成日： 年 月 日 (次回見直し時期： 年 月)

| 時 間 | 私の暮らしの流れ | 暮らしの中でのこだわり | | 暮らしの中で私が必要としていること | | 本人がすること、周囲が支援すること | | | |
|-----------------|----------|-------------|------------|-------------------|--------|-------------------|-----|-----|------|
| | 以前の暮らし方 | 本人・家族の意向 | したいこと(ニーズ) | できること | できないこと | 内 容 | 場 所 | 物 品 | 関わる人 |
| 05:00 | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | |
| 07:00 | | | | | | | | | |
| 08:00 | | | | | | | | | |
| 09:00 | | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | | |
| 23:00 | | | | | | | | | |
| 24:00 ~04:00 | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---------|--|-----|----|-------|
| 日々以外の事柄 | | 確認欄 | 氏名 | 年 月 日 |
| | | | 代筆 | (続柄) |

| 区分 | 年 月 日(日) | 月 日(月) | 月 日(火) | 月 日(水) | 月 日(木) | 月 日(金) | 月 日(土) |
|----|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 普段と違う様子など、関係者に伝えたいこと 事業所等記入欄（気づき・変化・家族から等） 身体状況・医療面 備考 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※記録者は名前を必ず記入すること。 ※記入内容の事柄について、それが起きた時間を記入する。

| | |
|------------------------|-------------------------|
| 他職種連携やご指示などがあれば ご記入下さい | _____ _____ _____ |
|------------------------|-------------------------|

