

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な課題							
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	

