

酒田市

介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメント手順書

平成 29 年 2 月

健康福祉部介護保険課

目次

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について

1. 事業内容…………… 2 ページ
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方…………… 2 ページ
3. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方…………… 3 ページ
4. 実施担当者…………… 3 ページ
5. 実施の手順…………… 4 ページ

- 新規申請者の窓口相談・受付時のポイント…………… 8 ページ
- 介護（予防）サービス、総合事業利用のための申請の流れ…………… 9 ページ
- 新規利用者のケアマネジメント流れ図…………… 10 ページ
- サービス開始までのイメージ…………… 11 ページ
- 総合事業～通所サービスの利用に関する判断資料…………… 12 ページ

酒田市におけるケアマネジメントの基本的な考え方…………… 13 ページ

1. 訪問型サービスについて…………… 14 ページ
2. 通所型サービスについて…………… 15 ページ
3. 留意事項…………… 16 ページ
4. 報酬（単価、加算）、支払…………… 17 ページ
国保連合会への審査支払い業務を委託した場合の事務処理の流れ…………… 19 ページ
5. 事業対象者と要介護認定の関係…………… 20 ページ
介護認定申請とチェックリストを同時に申請した場合の事例…………… 22 ページ

介護予防ケアマネジメント実施における関連様式一覧…………… 23 ページ

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について

1. 事業内容

酒田市介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第1号訪問事業（訪問型サービス）、第1号通所事業（通所型サービス）、ほか一般介護予防事業等も含め、要支援者及び事業対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

2. 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あり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

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、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となる。

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ごとに対して、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。

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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

（平成27年6月5日付け、厚生労働省老健局振興課長通知「介護保険最新情報」VOL.484）より

3. 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施するものとする。

(1) ケアマネジメントⅠ（原則的な介護予防ケアマネジメント：現行相当）

地域包括支援センターが、現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

(2) ケアマネジメントⅡ（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案までは、ケアマネジメントⅠ（原則的な介護予防ケアマネジメント）と同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期（おおよそ6か月）を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

(3) ケアマネジメントⅢ（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

地域包括支援センターに相談された利用者でありケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を【様式6-2「介護予防サービス・支援計画書」(36ページ)：網掛け部分の記載は省略可】に記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフケアマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状態悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

4. 実施担当者

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施する。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し実施することも可能である。

5. 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するにあたっては、利用者が要支援であること又は、事業対象者として酒田市に登録されることが必要であるため、窓口での対応を含めて以下の手順として実施する。

(1) 総合事業の説明（※P10の図①）

・窓口においては、相談の目的や希望するサービスを聞き取るとともに、総合事業の主旨と手続き、要介護認定等の申請、基本チェックリストを活用して迅速なサービス事業の利用が開始できること、総合事業のサービス利用開始後も要介護認定等申請も可能であること等を説明する。

・更に、総合事業の主旨として、①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度化予防の推進を図る事業であること、②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んだ上で、目標達成の後は、より自立に向け次のステップに移っていくことを説明する。

・このとき、他の予防給付の併用が必要と判断される場合は要介護認定等申請の案内を行う。※新規申請者は受付シート（別表1）にて判断する

(2) 介護予防ケアマネジメントの対象者要件の確認（基本チェックリスト）（※P10の図②）

・利用者が総合事業のサービスの利用を希望する場合、要支援認定申請を希望しない、または要支援認定の結果、非該当の場合は、「基本チェックリスト（様式1）」：(26ページ)の記入により、事業対象者の基準に該当するかどうかを確認する。基本チェックリストについては質問形式で行い「基本チェックリストについての考え方（様式2）」：(28ページ)で補足説明を行う。

・要支援者または事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと。そのために利用者の情報を地域包括支援センターが酒田市（保険者）やサービス事業者に伝える旨を説明し、承諾を得た場合に「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（様式3）」：(31ページ)を記入の上、窓口へ提出してもらう。

・基本チェックリストの結果、事業対象者の基準に該当した者については、この届出に基づいて酒田市（保険者）が総合事業のサービス事業対象者として登録し、利用者の被保険者証に「事業対象者」である旨を記載したものを交付する（受付から1～2週間程度）。

・サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中である、自宅から遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取り、事業対象者であるか確認する。

・第2号被保険者については、特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため、要介護認定申請を行い要支援の認定を受けることにより、サービス事業を受けることができる。

(3) 介護予防ケアマネジメントの手続き (※P10の図⑥)

・利用にあたっては、「介護予防支援事業利用契約書(地域包括支援センター利用契約書)」の運営規定等重要事項を文書で説明し、利用者の同意を得る。

・電話や利用者以外の者による相談に基づく場合は、この場で上記(1)と同様の説明も合わせて行い同意を得る。

(4) 介護予防ケアマネジメント

①アセスメント(課題分析)(※P10の図⑥)

・利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。

・介護予防ケアプラン原案を作成する上で参考とするツール及びサービス利用の基準として「生活援助のサービス提供に関するチェック項目(様式1裏面)」:(27ページ)を利用する。より本人に合った目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等の聞き取りをしながら、「～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ある。

・プロセスの中で、利用者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、信頼関係の構築につとめる。

②ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成(※P10の図⑦～⑧)

(目標の設定)

・生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すものではなく、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、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。

(利用するサービス内容の選択)

・単にサービス事業の利用のみに限定せず、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、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。

・利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。

・総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行う。その際は、予防給付の要支援1の限度額を目安とする。介護予防マネジメントにおい

ては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作ることが適当である。

例えば退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援に繋がると考えるようなケース等利用者の状況によっては、要介護認定申請を進めることとする。また、事業対象者が、要支援1の区分支給限度額を超えないようケアマネジメントの調整を行うこととする。評価時期を柔軟に設定し、利用者の状況の変化を把握しながら、適宜利用するサービスの見直しを図る。

サービス利用の妥当性については、13 ページ以降の「酒田市におけるケアマネジメントの基本的な考え方」を参考に指定するケアマネジメントの書式を作成し記録・保管しなければならない。

③サービス担当者会議（※P10の図⑨）

- ・ケアマネジメントⅠにおいて実施する。
- ・ケアマネジメントⅡにおいては、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者とその内容を共有することが必要である。

④利用者への説明・同意（※P10の図⑨）

- ・サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。

⑤ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- ・本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。

⑥サービス利用開始（※P10の図⑩）

⑦モニタリング（給付管理）（※P10の図⑫）

- ・ケアマネジメントⅠの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- ・それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。

⑧評価

- ・ケアマネジメントⅠについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共にしながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等の方針を決定する。
- ・基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合等再度基本チェック

リスト及び生活援助のサービス提供に関するチェック項目（様式1）の調査を行い、サービスの振り分けから行う。

・なお、基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける。

新規申請者の窓口相談・受付時のポイント

受付シート（別表1）で振り分けする。

別表 1

受付シート

受付氏名	酒田市・地域包括・居宅
記入日	平成 年 月 日

ふりがな 対象者氏名			
住 所	小学校区 ()		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日
		年 齢	歳

1. 現在、介護認定を受けていますか。 ※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ
- () 受けていない
- () 受けている ※要介護認定申請状況の確認
- 要支援() 要介護() 有効期間 _____

※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口で相談に来られた理由は何ですか。
- 医療機関（医師）に勧められた
 - 家族が心配して・友人等に勧められて
 - 足腰が弱くなってきたから
 - 使いたいサービスがある
 - その他

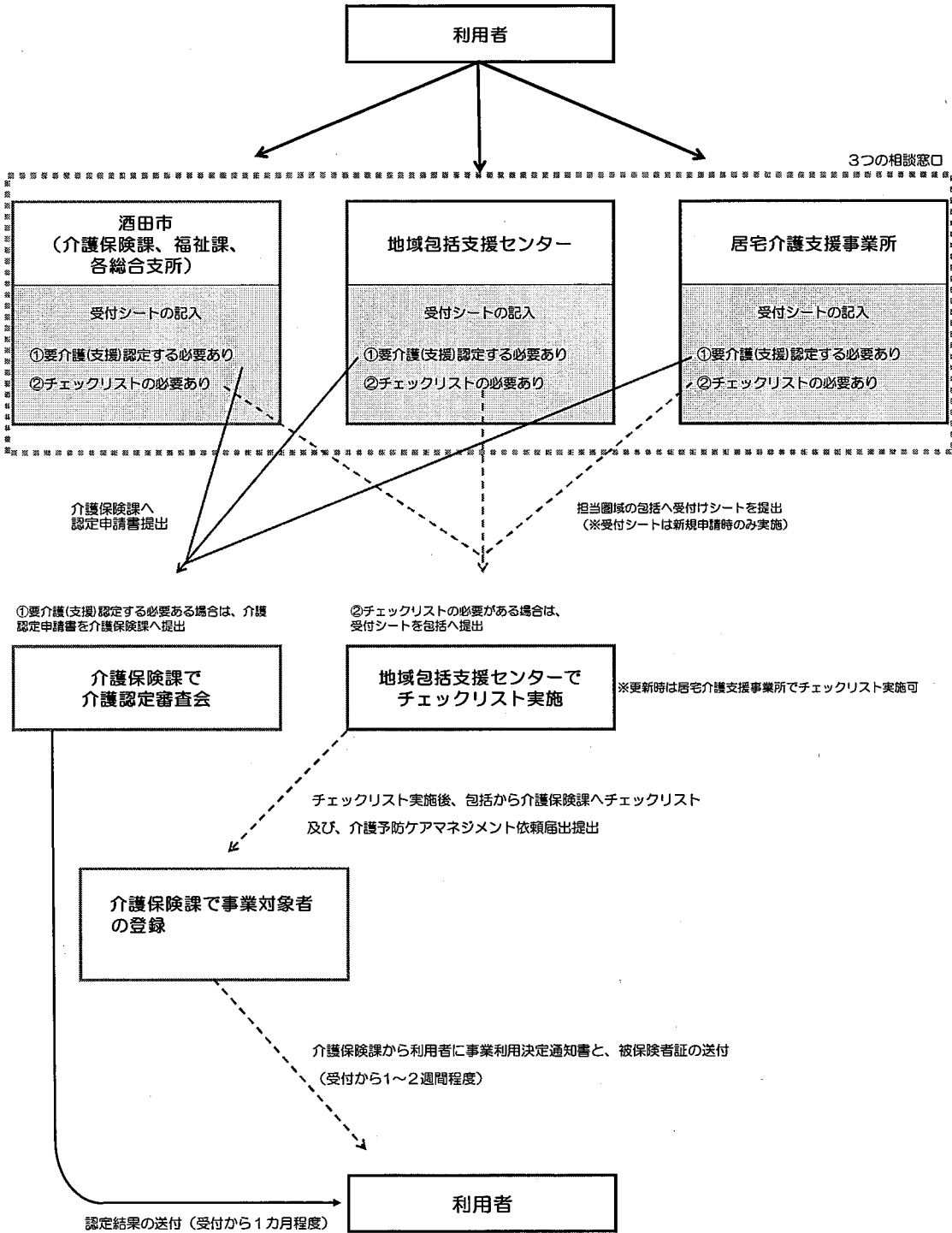
3. 生活状況について

- 歩けますか ⇒
- 着替えができますか ⇒
- 一人でお風呂に入れますか ⇒
- 一人で食事ができますか ⇒
- 日常生活に支障がある物忘れがある ⇒

	(自立) 一般介護予防	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
通院なし	通院なし	外来通院中	入院中
できる	できる	つかまれば可	できない
できる	できる	一部助けが必要	できない
できる	できる	一部助けが必要	できない
できる	できる	一部助けが必要	できない
ない	ない	物忘れが気になる	ある
		訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
		通所介護(デイサービス)	訪問看護・訪問リハビリ
			福祉用具貸与
			ショートステイ
			住宅改修
			福祉用具購入

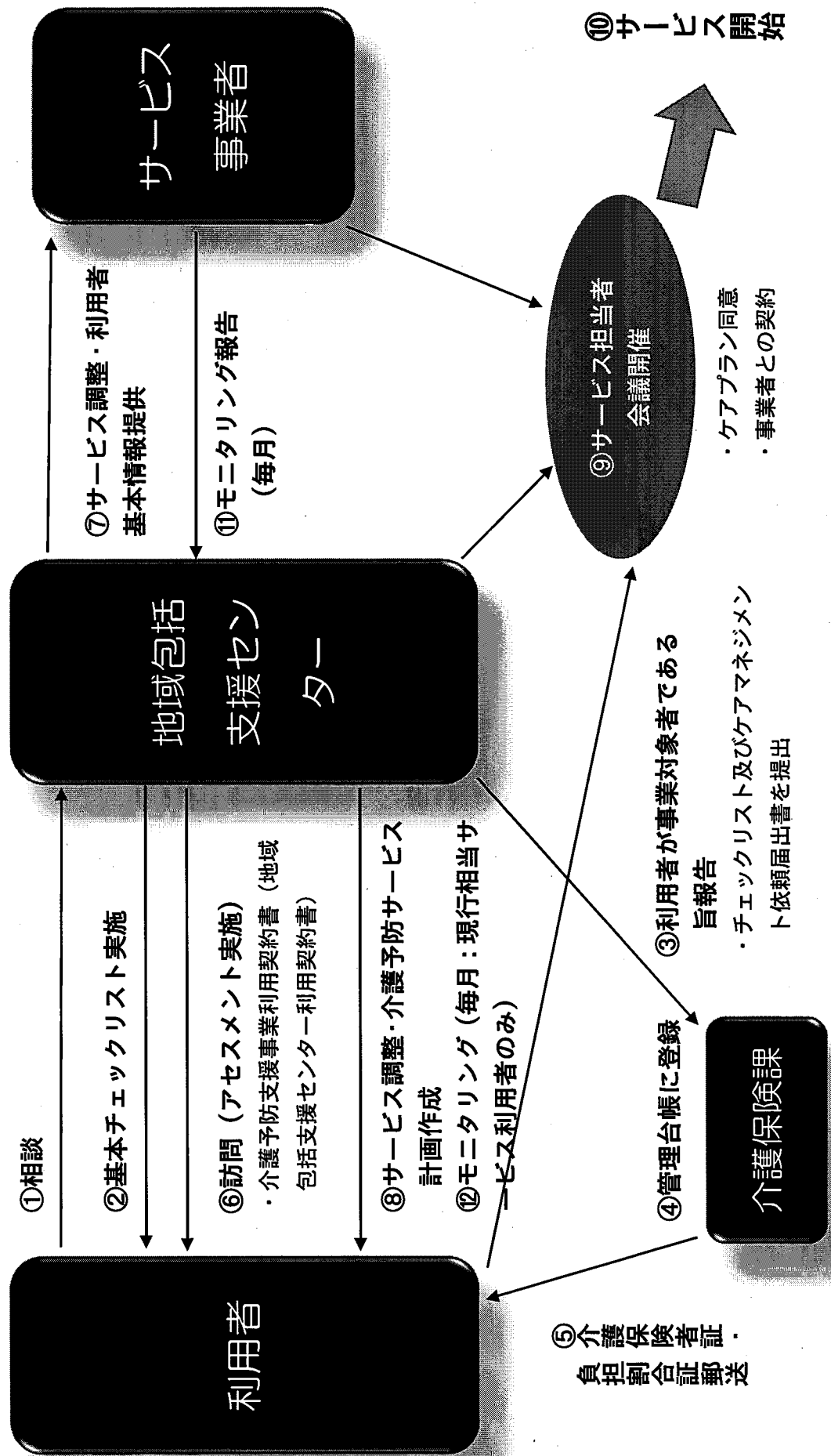
備考欄：介護保険申請 済 未

介護(予防)サービス、総合事業利用のための申請の流れ

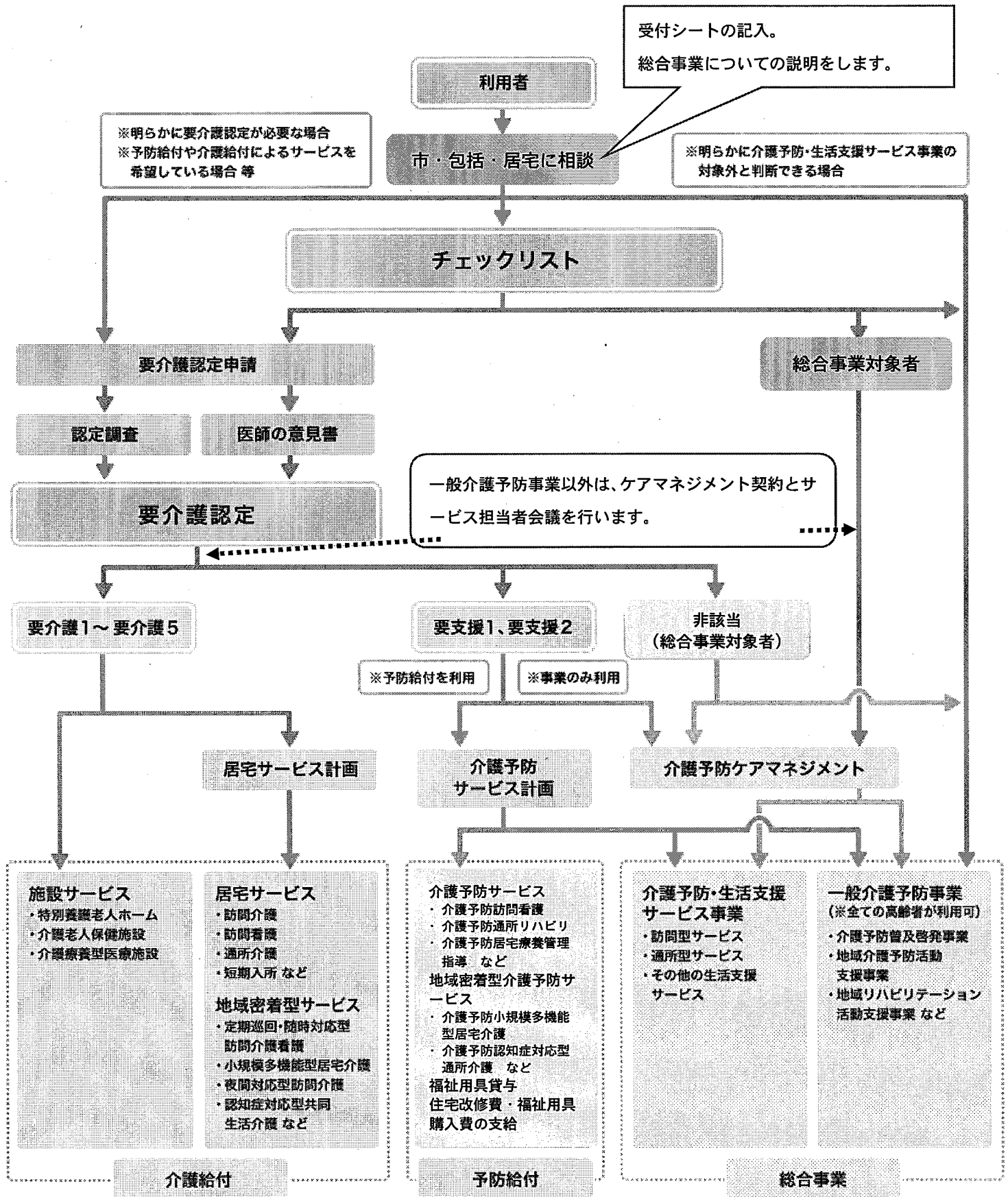


新規利用者のケアマネジメント流れ図（イメージ）

（基本チェックリストで事業対象者と判定された場合）



サービス開始までのイメージ



◎総合事業～通所サービスの利用に関する判断資料～

＜基本的な考え方＞

1. 6か月で評価し方向性を決定
2. 単に通いの場としての通所サービスを利用する事はできない
3. 目標設定は日常生活状況を勘案して具体的な生活行為事項とし日常生活の自立に繋げる

ア：認定者
 イ：基本チャエックリスト該当者
 ウ：一般高齢者及び基本チャエックリスト非該当者

該当者	判断基準	評価（※6か月で評価を行うが、利用期間は最長1年とする）	併用
ア・イ 改善が見込める方	基本チャエックリストにおいて 運動器チャエック該当（4～5つ） 基本チャエックリストにおいて ①運動器チャエック該当（3つ） ②多数該当（No.1～20のうち10以上） ③認知機能チャエック該当（2～3つ） ④口腔機能チャエック該当（2～3つ） 上記①+②～④のうち1つ該当	開始時の該当項目が1項目以上改善⇒現行相当継続 ⇒A型へ移行 開始時①運動器（3つ）+②多数該当の場合：3項目以上改善⇒現行相当継続 開始時①運動器（3つ）+③認知機能（2～3つ）又は④口腔機能（2～3つ）該当 5つ該当の場合：1つ以上改善⇒現行相当継続 6つ該当の場合：2つ以上改善⇒現行相当継続 上記の評価基準に該当しない場合⇒A型へ移行	A型：不可 一般介護予防事業：可 すこやかマスターズ：不可
現行相当	通所リハビリ終了者 （6か月後または更新時期評価）	基本チャエックリスト 運動器チャエック該当（4～5つ） 基本チャエックリスト ①運動器チャエック該当（3つ） ②多数該当（No.1～20のうち10以上） ③認知機能チャエック該当（2～3つ） ④口腔機能チャエック該当（2～3つ） 上記①+②～④のうち1つ該当 どちらかに該当する⇒現行相当継続 どちらにも該当しない⇒A型へ移行	
ア・イ	要介護から要支援となった時 （29年度以降の更新時） 基本チャエックリストにおいて現行相当に 該当しない方 現行相当の評価基準に該当しなかった方	有効期間（1年）は現行相当を継続	現行相当：不可 一般介護予防事業：可 すこやかマスターズ：不可
ア・イ・ウ	参加希望者		現行相当：可 A型：可
ア	1.入院により筋力低下した方 2.病気による軽度の麻痺がある方 3.脳梗塞や骨折など急な病気や怪我の 後の方		一般介護予防事業：可 すこやかマスターズ：不可

酒田市におけるケアマネジメントの基本的な考え方

- ・必要な人に必要なサービス提供される体制作りを継続する。
- ・利用できる時間や回数を柔軟にすることで利用者の状態に応じたサービス提供ができるよう、幅広い選択肢を提供する。
- ・国基準訪問サービスについては、アセスメントの結果、身体介護が必要と判断された者が利用できる。国基準通所サービスについては、長時間利用あるいは入浴介助が必要な方が利用できる。
- ・訪問サービスの生活支援については、従来の介護保険の解釈を基本とする。
- ・見守りの援助とは、利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、洗濯物をたたむ等の行為を想定しており、入浴や移動の見守りを指すものではない。

☆ 酒田市が必要に応じ、ケアプラン提出を求めるケース

①. 現行相当（訪問サービス・通所サービス）を利用する場合

上記のサービスをケアマネジメントする場合は、アセスメントした結果、必要に応じて酒田市にケアプランを提出することができるよう、以下の書類を揃え保管しておくこと。

- I. 上記のサービスが何故必要なのか、その理由が「介護予防サービス・支援計画書（様式 6-1）」：（35 ページ）の「アセスメント領域と現在の状況」に明確に記されていること
- II. サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスが「介護予防・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）様式 7」：（37 ページ）に記録がされていること。

なお、酒田市は半年毎にモニタリングした「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（様式 8）」：（38 ページ）や、サービス変更等を検討した記録の提出を求められることがある。その場合は、再アセスメントが行われ、継続・変更・要介護認定等の方向性が明確に示されていることが必要である。

1. 訪問型サービスについて

訪問型サービスAの単位数

サービス名称	単位数	算定単位
訪問型独自サービスⅣ	266	回
訪問型独自サービスⅣ(初任者研修修了者)	186	回
訪問型独自サービスⅣ(同一建物利用者)	213	回
訪問型独自サービスⅣ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	149	回
訪問型独自サービスⅤ	270	回
訪問型独自サービスⅤ(初任者研修修了者)	189	回
訪問型独自サービスⅤ(同一建物利用者)	216	回
訪問型独自サービスⅤ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	151	回
訪問型独自サービスⅥ	285	回
訪問型独自サービスⅥ(初任者研修修了者)	200	回
訪問型独自サービスⅥ(同一建物利用者)	228	回
訪問型独自サービスⅥ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	160	回
訪問型短時間サービスⅥ	165	回
訪問型短時間サービスⅥ(初任者研修修了者)	116	回
訪問型短時間サービスⅥ(同一建物利用者)	132	回
訪問型短時間サービスⅥ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	92	回
初回加算	200	月
生活機能向上連携加算	100	月
介護職員処遇改善加算Ⅳ	23	回
介護職員処遇改善加算Ⅳ(初任者研修修了者)	16	回
介護職員処遇改善加算Ⅳ(同一建物利用者)	18	回
介護職員処遇改善加算Ⅳ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	13	回
介護職員処遇改善加算Ⅴ	23	回
介護職員処遇改善加算Ⅴ(初任者研修修了者)	16	回
介護職員処遇改善加算Ⅴ(同一建物利用者)	19	回
介護職員処遇改善加算Ⅴ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	13	回
介護職員処遇改善加算Ⅵ	25	回
介護職員処遇改善加算Ⅵ(初任者研修修了者)	17	回
介護職員処遇改善加算Ⅵ(同一建物利用者)	20	回
介護職員処遇改善加算Ⅵ(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	14	回
介護職員処遇改善加算S	14	回
介護職員処遇改善加算S(初任者研修修了者)	10	回
介護職員処遇改善加算S(同一建物利用者)	11	回
介護職員処遇改善加算S(初任者研修修了者かつ同一建物利用者)	8	回

2. 通所型サービスについて

通所型サービスAの単位数

サービス名称	単位数	算定単位	利用料
通所型独自サービス1	343	回	516
通所型独自サービス2	354	回	536
若年性認知症受入加算	240	月	240
通所型独自サービス1(同一建物)	258	回	516
通所型独自サービス2(同一建物)	268	回	536
生活機能向上グループ活動加算	100	月	100
運動器機能向上加算	225	月	225
栄養改善加算	150	月	150
口腔機能向上加算	150	月	150
介護職員処遇改善加算1	14	回	14
介護職員処遇改善加算2	14	回	14
通所型独自サービス1(定員超過)	240	回	516
通所型独自サービス2(定員超過)	248	回	536
通所型独自サービス1(人員欠如)	240	回	516
通所型独自サービス2(人員欠如)	248	回	536

3. 留意事項

- (1) ケアマネジメント（Ⅰ及びⅡ）において使用する様式は、本紙 23 ページ以降の「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」の様式を活用することとする。
- (2) 酒田市が行う介護予防ケアマネジメントについては、基本チェックリストと並行して要介護認定の申請受付を原則想定していない。基本チェックリストで事業対象者となった者が、総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する必要性が生じた場合等には、要介護認定等の申請をする場合においても要介護認定の結果が出るまでは総合事業を継続することができる。

同月の途中で総合事業から介護給付サービスの利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターと連絡を取り、給付管理を行う。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできない。

- (3) 総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要である。
- (4) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。
- (5) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる。
- (6) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。
- (7) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターに加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民全体の支援者も含めて、関わるもの全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要がある。

4. 報酬（単価、加算）、支払

(1) 単価及び加算

ケアマネジメント委託料

種類	ケアマネジメントⅠ	ケアマネジメントⅡ	ケアマネジメントⅢ
対象者	現行相当サービス	A型	B型
性格	従来の介護予防支援と同じ	簡略化したケアマネジメント	初回のみケアマネジメント
基本単位	430	209	430
加算	初回300	初回300	
サービス担当者会議	必須	必要に応じて	不要
モニタリング・評価	毎月	必要に応じて	不要

*これまでどおり包括から居宅への委託は可能とする。

但し、市と契約するのは包括のみであり、委託料も包括に対してのみ支払われる。
(したがって、包括では委託先のケアマネジメントも含めた請求となる。)

ケアマネジメントⅠ及びⅡにおいては、総合事業のサービス以外も積極的に活用したケアプランを求める。
今回は設定しないが、次回改定時に加算又は減算で反映させる。

1 "以外のサービス"とは：有償ヘルパー、有償・無償ボランティアなど

2 上記の他、家族による介護や近隣住民による協力を位置づけることも可能であるが、
この場合は具体的にサービス回数の減少を伴うことを要する。

例：要支援1で月4回利用できるが、1回は地域サロンの活用により、月3回にするなど。

初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できる。

・新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2か月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）。

・要介護者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合。ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の有効期間の満了の翌月から、事業対象者としての総合事業のサービス利用に移行する時は、初回加算の算定を行うことはできない。

なお、介護予防ケアマネジメントでは、マネジメントのプロセスを評価することとしており、アセスメントから、目標の達成に向けての取り組みとして保険外の民間企業のサービス、またはコミュニティ振興会主体のB型の利用となり、その後のモニタリング等を行わない（ケアマネジメントⅢ）場合については、アセスメント等のプロセスに対し、ケアマネジメントの開始月のみ、総合事業によるケアマネジメント費が支払われるものである。

初回加算を算定できない例

- 1 要支援認定満了から直接移行した場合
- 2 要支援認定満了し、更新せずに失効した者が、2か月以内に再度マネジメントを行った場合
- 3 ケアマネジメントⅢを行った者が、2か月以内にⅠまたはⅡのマネジメントを行う場合
- 4 ⅠとⅡとの間で変更する場合
- 5 予防給付を受けていた者が、総合事業だけを利用するために移行した場合

* 包括と委託先居宅との間は同一事業者とみなすが、転居による包括の変更を伴えば新規となる。

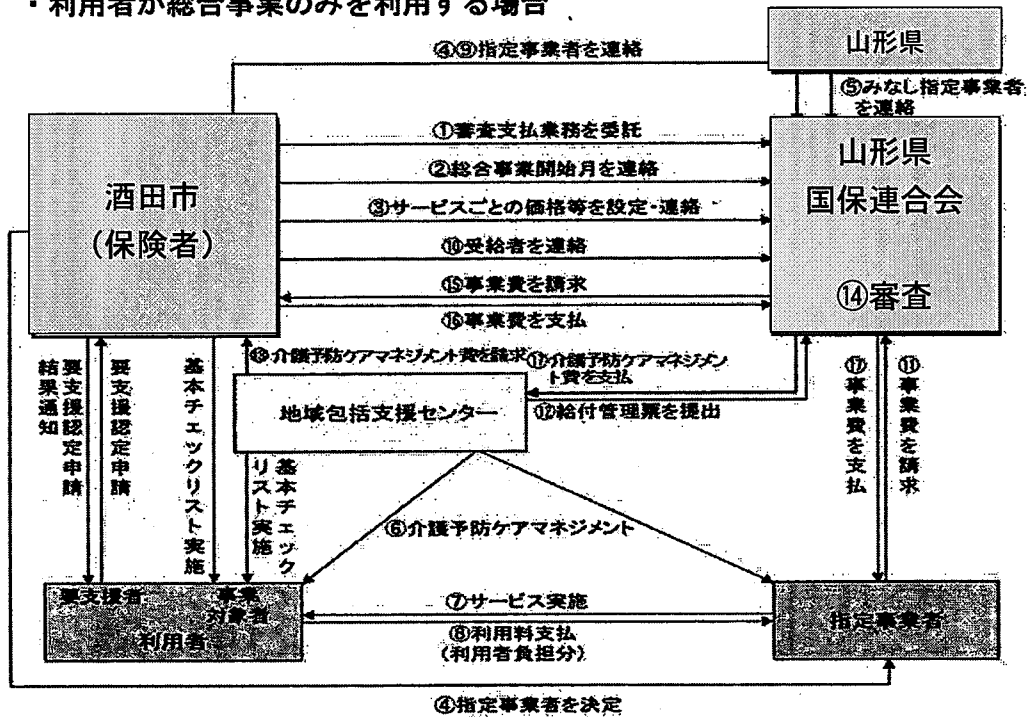
(2) 介護予防ケアマネジメントに関する予防給付と総合支援事業の関係

要支援認定を受け、結果が要支援1・2の場合、予防給付のサービス利用があれば、介護予防支援から介護報酬が支払われることになり（国保連支払）、要支援認定を受けていない事業対象者（要介護認定を申請していない者や、申請はしたが非該当となった者）又は要支援認定は受けたが、その月が総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が支払われることになる。（国保連支払）

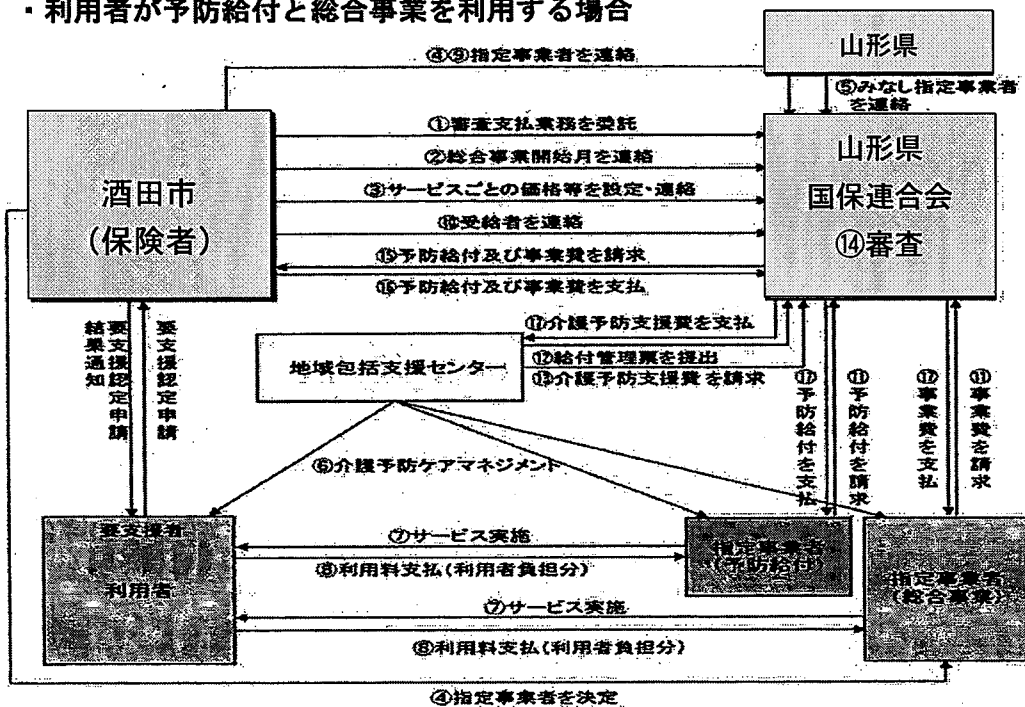
国保連合会への審査支払い業務を委託した場合の事務処理の流れ

(3) 国保連合会への審査支払業務を委託した場合の事務処理の流れ

・利用者が総合事業のみを利用する場合



・利用者が予防給付と総合事業を利用する場合



5. 事業対象者と要介護認定の関係

○事業対象者としてサービス事業のサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始する前までの間にあっては事業対象者として取り扱う。

(事例Q & A) ※厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ & A【平成27年3月31日版】より抜粋

(問)：基本チェックリストによりサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを申請し、総合事業の訪問型サービスを利用していた者が、要支援認定申請を行い、介護予防支援の暫定プランに基づいて総合事業の訪問型サービスと福祉用具を利用していたところ、要介護1と判定された場合は、総合事業の訪問型サービスの利用分は全額自己負担になるのか。

(答)：要介護認定は申請日に遡って認定有効期間が開始し、また要介護者はサービス事業を利用することができないため、サービス事業のサービスを利用した事業対象者が要介護1以上の認定となったことにより全額自己負担となることを避けるため、介護給付の利用を開始するまでの間はサービス事業によるサービスの利用を継続することを可能としている。

事例の場合、要支援認定申請と同時に、給付サービスである福祉用具貸与の利用を開始しているため、申請日に遡って要介護者として取り扱うか、事業対象者のままとして取り扱うかによって、以下のような考え方となる。

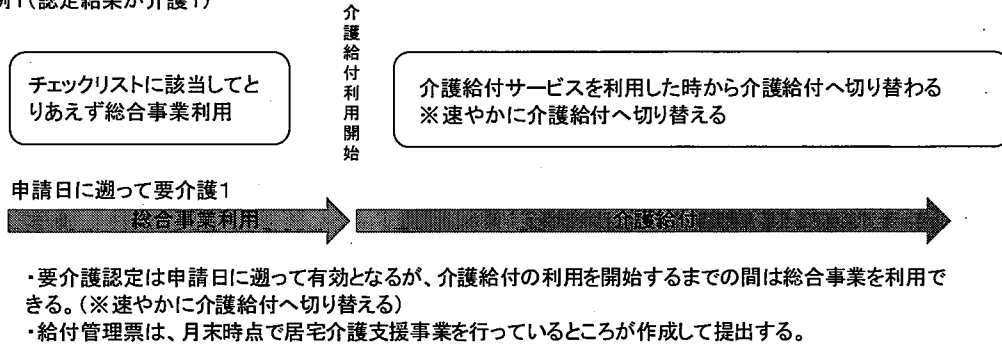
- ①要介護者として取り扱うのであれば、事業のサービスは利用できないため、総合事業の訪問型サービスの利用分が全額自己負担になり、福祉用具貸与のみ給付対象となる。
- ②事業対象者のままとして取り扱うのであれば、総合事業の訪問型サービスの利用分を事業で請求することができ、福祉用具貸与が全額自己負担となる。

要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

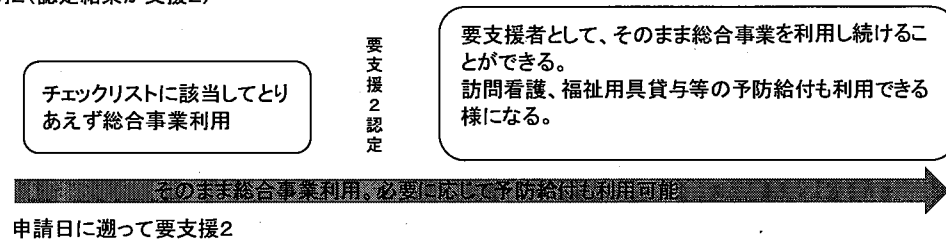
	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業 対象者	全額自己 負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントにも含めた 事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含 めて、事業より支給
要支援認定	予防給付 より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給 付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含 めて、事業より支給
要介護認定	介護給付 より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給 付分は予防給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開 始するまでのサービス提供分は事業に より支給	介護給付サービスの利用を開始 するまでのサービス提供分は事 業により支給

介護認定申請とチェックリストを同時に申請した場合の事例

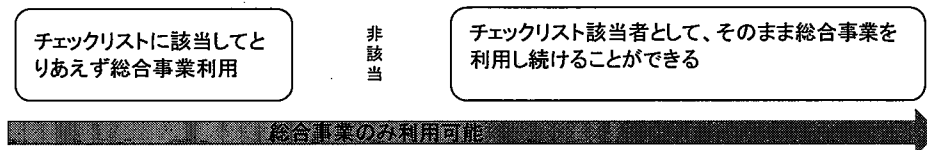
事例1 (認定結果が介護1)



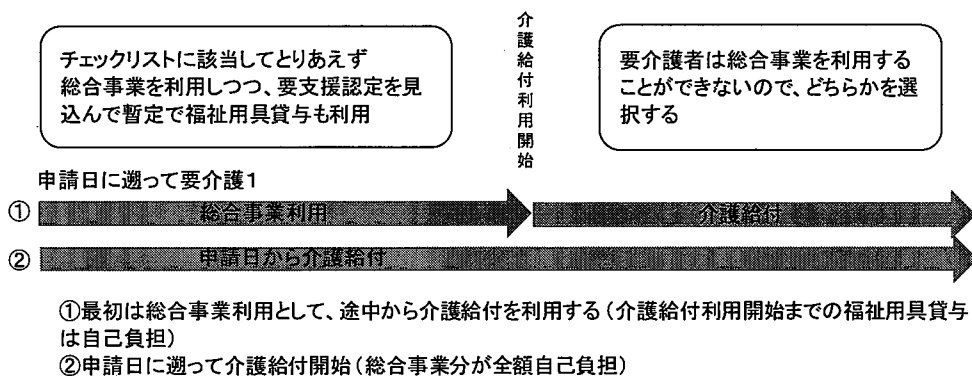
事例2 (認定結果が支援2)



事例3 (認定結果が非該当)



事例4 (総合事業を利用しつつ暫定で福祉用具貸与も利用していた人が要介護1になった)



介護予防ケアマネジメント実施における関連様式一覧

- ・酒田市：別表1 受付シート・状況調査連絡シート……………24ページ
- ・様式1 基本チェックリスト・生活援助のサービス提供に関するチェック項目
……………26ページ
- ・様式2 基本チェックリストについての考え方……………28ページ
- ・様式3 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書
……………31ページ
- ・様式4 利用者基本情報……………32ページ
- ・様式5 介護予防・総合事業サービス利用票……………34ページ
- ・様式6-1 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)
(ケアマネジメントⅠ型) ……35ページ
- ・様式6-2 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)
(ケアマネジメントⅡ型) ……36ページ
- ・様式7 介護予防・介護予防ケアマネジメント経過記録
(サービス担当者会議の要点を含む) ……37ページ
- ・様式8 介護予防・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)
サービス評価表……………38ページ

※上記様式5から8までを「標準様式例」という

受付シート

受付氏名 酒田市・地域包括・居宅

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 対象者氏名			
住所	小学校区 ()		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
		年齢	歳

1. 現在、介護認定を受けていますか。

- () 受けていない
- () 受けている

※要介護認定申請状況の確認

要支援() 要介護() 有効期間

※40～64歳の第2号被保険者に該当する場合は②へ

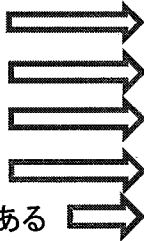
※①と②の両方に該当した場合は②へ

2. 窓口で相談に来られた理由は何ですか。

- 医療機関(医師)に勧められた
- 家族が心配して・友人等に勧められて
- 足腰が弱くなってきたから
- 使いたいサービスがある
- その他

	(自立) 一般介護予防	① 基本チェックリスト	② 要介護認定申請
通院なし	通院なし	外来通院中	入院中
歩けますか	できる	つかまれば可	できない
着替えができますか	できる	一部助けが必要	できない
一人でお風呂に入れますか	できる	一部助けが必要	できない
一人で食事ができますか	できる	一部助けが必要	できない
日常生活に支障がある物忘れがある	ない	物忘れが気になる	ある
訪問介護(ホームヘルプ)		訪問介護(ホームヘルプ)	通所リハビリ(デイケア)
通所介護(デイサービス)		通所介護(デイサービス)	訪問看護・訪問リハビリ
			福祉用具貸与
			ショートステイ
			住宅改修
			福祉用具購入

3. 生活状況について



備考欄：介護保険申請 済 未

状況調査連絡シート

記入上の注意点

- 1、状況調査の連絡先について記入してください。（平日の昼間連絡がとれる電話番号）
- 2、訪問か来所相談かの日時が決まりましたら、下記（*）の調査される方にお伝えください。

連絡先	ふりがな氏名			本人との関係	
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
状況調査の方法		包括での面談 ・ 本人自宅 ・ その他 ()			
訪問先住所		<input type="checkbox"/> 本人自宅			
		<input type="checkbox"/> その他	住所		
		訪問先名		電話番号	
状況調査日時について		<input type="checkbox"/> 希望日は特にない <input type="checkbox"/> 曜日の希望あり： 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日 ・ 金曜日 <input type="checkbox"/> 時間の希望あり： 午前 ・ 午後 時頃			
状況調査時に同席される方はいますか？（*）					
受診状況		病院名		医師名	
病名					

担当地域包括支援センター

H29.2現在 小学校区

- | | | | |
|--------------------------|------|-------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1圏域 | なかまち | 琢成・松陵 |
| <input type="checkbox"/> | 2圏域 | にいだ | 浜田・若浜・飛鳥 |
| <input type="checkbox"/> | 3圏域 | はくちょう | 亀ヶ崎・松原 |
| <input type="checkbox"/> | 4圏域 | あけぼの | 富士見・泉 |
| <input type="checkbox"/> | 5圏域 | かわみなみ | 浜中・黒森・十坂・宮野浦・新堀・広野 |
| <input type="checkbox"/> | 6圏域 | ほくぶ | 南遊佐・鳥海・西荒瀬 |
| <input type="checkbox"/> | 7圏域 | ひがし | 平田 |
| <input type="checkbox"/> | 8圏域 | やわた | 一條・八幡 |
| <input type="checkbox"/> | 9圏域 | まつやま | 松山・内郷・地見興屋 |
| <input type="checkbox"/> | 10圏域 | ひらた | 南平田・田沢 |

基本チェックリスト

実施事業所: _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日()

送付先: 自宅・包括・居宅・その他(住所): _____ 名前: _____)

氏名		男 女	生年月日	年 月 日
住所				電話
No.	質問項目	回答		
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伝わらずにのぼっていますか	0.はい	1.いいえ	
7	いす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分間くらい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以上の体重減少はありましたか	1.はい	0.いいえ	
12	身長()cm 体重()kg ※BMI()	1.はい	0.いいえ	
13	半年前に比べて堅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「いつも同じことを聞く」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	今日が何月何日か分からないときがありますか	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で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	

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

複数項目該当	運動機能低下	低栄養状態	口腔機能低下	閉じこもり	認知機能低下	うつ病の可能性
No.1~20 /20	No.6~10 /5	No.11~12 /2	No.13~15 /3	No.16~17 /2	No.18~20 /3	No.21~25 /5

⇒10項目以上該当 ⇒3項目以上該当 ⇒2項目該当 ⇒2項目以上該当 ⇒No.16に該当 ⇒1項目以上該当 ⇒2項目以上該当

☆いずれかに該当 ↓

☆介護予防・生活支援サービス事業対象者

該当

非該当

⇒裏面へ

⇒一般介護予防事業

生活援助のサービス提供に関するチェック項目

No.	項目		特記事項
1	家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居者が障がい・病気・要介護状態	
2	食事回数	1日3食	0点
		1日2食	0点
		1日1食	1点
		その他()	1点
3	調理	できる	0点
		行っていないが能力がある	0点
		一部できる	1点
		できない	1点
4	掃除	できる	0点
		行っていないが能力がある	0点
		一部できる	1点
		できない	1点
5	洗濯	できる	0点
		行っていないが能力がある	0点
		一部できる	1点
		できない	1点
6	ゴミ出し	できる	0点
		行っていないが能力がある	0点
		一部できる	1点
		できない	1点
7	買い物	できる	0点
		行っていないが能力がある	0点
		一部できる	1点
		できない	1点

合計 _____ 点

No.1に該当 かつ No.2~7で 2点以上 ⇒ 生活援助の必要性が高い

酒田市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメント等の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを、酒田市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。

年 月 日 氏名

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目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習慣を問う質問項目については、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各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
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尋ねています。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。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。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	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	会談を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	会談を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。

8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。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ください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
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ヵ月の状態を平均してください。
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。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
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言われますか	本人は物忘れがあると思っても、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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。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には「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	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。

21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		個 人 番 号	
		生 年 月 日	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
酒田市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。			
平成 年 月 日			
被保険者 住所 氏 名		電話番号 ()	
確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が決まり次第速やかに酒田市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず酒田市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

利用者基本情報

作成担当者:

<<基本情報>>

相談日	年 月 日()	来所・電話 その他()	初回 再来(前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中()			
フリガナ 本人氏名		男・女 M・T・S	年 月 日生()歳	
住所			Tel ()	
			Fax ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 年 月 日(前回の介護度)			
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()、・・・()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報

<<介護予防に関する事項>>

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
				友人・地域との関係	
	時間	本人	介護者・家族		

<<現病歴・既往歴と経過>> (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は 内容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

<<現在利用しているサービス>>

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

介護予防・総合事業サービス利用票

作成年月日 平成 年 月 日

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
被保険者氏名	〇〇〇〇様																	
地域包括支援センター名																		
地域包括支援センター名																		
担当者氏名																		
生年月日	M	T	S	年	月	日	認定結果	要支援1 総合事業のみ	要支援2	区分支給限度 基準額	単位/月	有効期間	年	年	月	月	日	日

支援計画・種類別利用額	サービス内容	種別	事業所名	曜日・時間	回/月	負担段階		負担月額										
						一般	一般											
										合計金額								円

報告事業所名	利用実績																															
	月 回/月										月 回/月										月 回/月											
予定通り○又はし 予定変更は△を入 力し利用状況欄に 変更内容について 記載	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
利用状況 (実績単位変更の旨)																																

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 _____ 様 (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・事業所名及び所在地（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 _____

1日		1年										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	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	目標についての支援のポイント	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)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						
健康管理について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()						

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント】

【本来的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント】

【意見】

【確認印】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

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な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	米業改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 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）

No. _____ 利用者名 _____ 性別 (男・女) _____ 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 設定の有効期間 _____ 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・事業所名及び所在地（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 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	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					
							目標についての支援のポイント	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）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

【意見】
 地域包括支援センター

【確認印】

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

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な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

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

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価日

利用者名 殿 計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針		地域包括支援センター意見
<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了