

旭川市

介護予防ケアマネジメント マニュアル

(平成31年3月改訂)

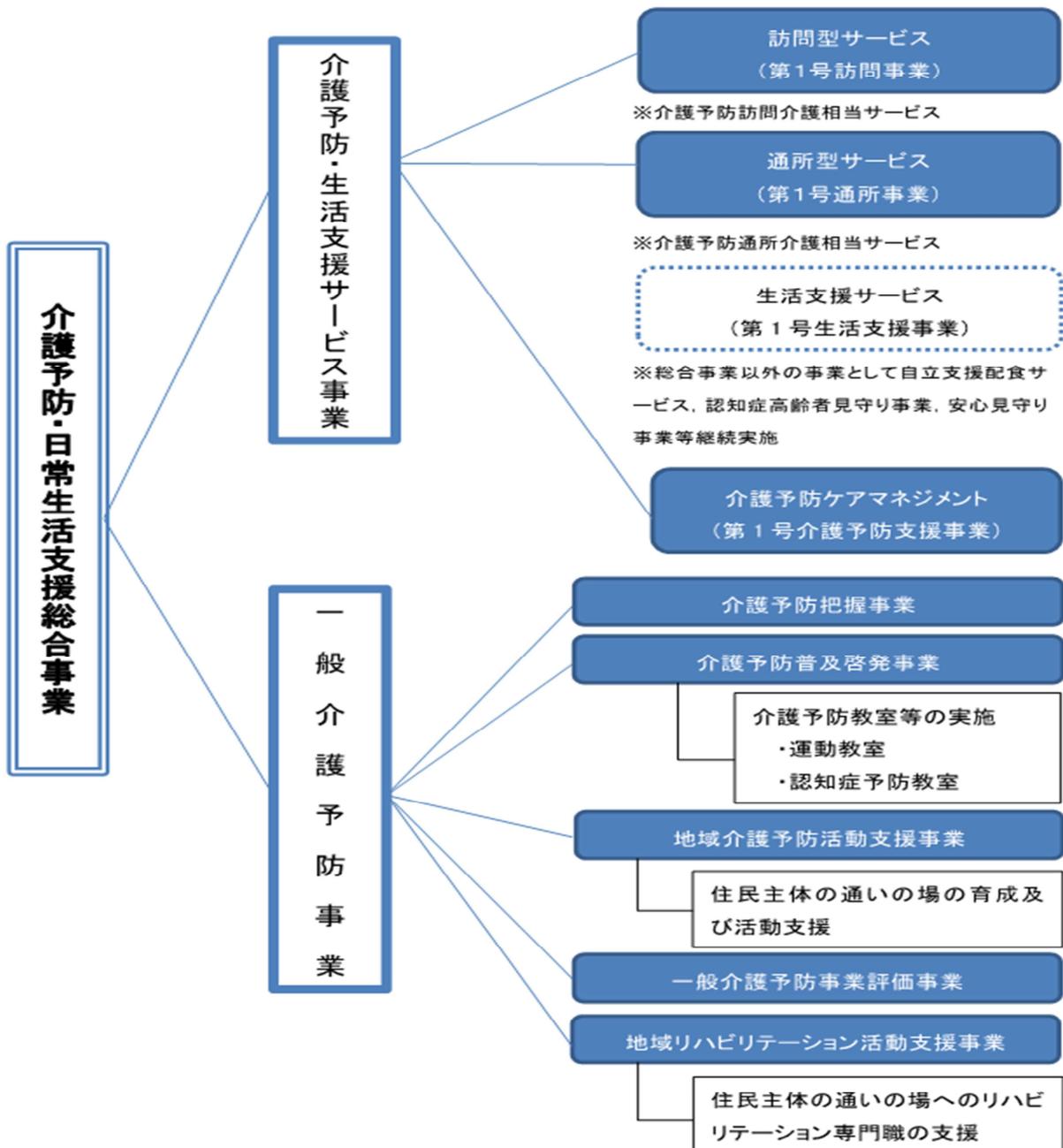
目次

| | | |
|----|--|-------|
| 1 | はじめに | 2 |
| 2 | 介護予防の基本的な考え方 | 3 |
| 3 | 旭川市の方針 | 4 |
| 4 | 介護予防ケアマネジメントの対象者 | 4 |
| 5 | 事業対象者登録までの手続 | 5 |
| 6 | 対象者フローチャート | 6 |
| 7 | 介護予防ケアマネジメント実施手順 | 7 |
| 8 | 給付管理 | 8 |
| 9 | 介護予防・日常生活支援総合事業に関する月額包括報酬の日割り請求 | 9 |
| 10 | 総合事業と要介護認定 | 10 |
| 11 | 住所地特例適用被保険者等 | 11 |
| 12 | 介護予防ケアマネジメント依頼届 | 12～13 |
| 13 | 介護予防ケアマネジメントにおける Q&A | 14 |
| 14 | 介護予防ケアマネジメント関連様式 | 15 |
| | ● 基本チェックリスト | 16 |
| | ● 基本チェックリストについての考え方 | 17～22 |
| | ● (参考)興味・関心チェックシート | 23 |
| | ● 利用者基本情報 | 24～25 |
| | ● 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) | 26 |
| | ● 介護予防支援・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) | 27 |
| | ● 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 | 28 |

1 はじめに

旭川市では、平成 29 年 4 月 1 日から、介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)を実施しています。要支援者等が、総合事業の訪問型サービス又は通所型サービスのみを利用する場合(限度額管理対象サービス以外の予防給付サービスのうち介護予防住宅改修費の支給、特定介護予防福祉用具販売及び介護予防居宅療養管理指導(以下「限度額管理対象外サービス」という。)を併用する場合を含む。)は、要支援者等には、総合事業における介護予防ケアマネジメント(同項第 1 号二に規定する第 1 号介護予防支援事業をいう。以下同じ。)を実施することになります。この介護予防ケアマネジメントマニュアルでは、介護予防ケアマネジメントに関わる事務手続等を中心に記載しています。

旭川市の介護予防・日常生活支援総合事業の構成



2 介護予防の基本的な考え方

(1) 介護保険法の基本理念

介護保険法第1条(目的)には、「(前略) 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(後略)」と規定されています。つまり、介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であると言えます。

また、第2条(介護保険)では、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、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ある旨が記されています。

さらに、第4条(国民の努力及び義務)では、国民は、自ら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、要介護状態になった場合にも適切な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旨が記されています。

(2) 介護保険制度における介護予防とは

要介護状態になることをできる限り防ぐこと

【介護予防, 健康の維持・増進】

要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持
又は悪化の防止を図ること

【重症化の予防・改善】

(3) 介護予防ケアマネジメントとは

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者等に対して、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、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況に合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す。

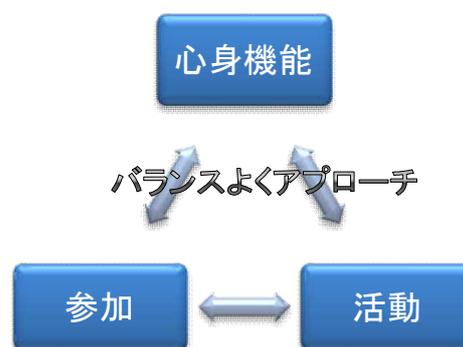
【POINT】

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、介護保険法の基本理念を念頭に置きながら、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、ケアプランを作成していくこととなります。

■もうひとつの予防:「地域でつながる」

・「もうひとつの予防」として、地域で「つながる」状態に向けた支援も重要なテーマ。一人ひとりが「地域でつながる」姿は、「虚弱化」と「重度化」を遅らせる取組の前提であり、介護予防推進に不可欠。

(出典:平成29(2017)年3月 <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 2040年に向けた挑戦(概要版), 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング)



3 旭川市の方針

●第7期旭川市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画(平成30年度～平成32年度)

基本理念

市民が共に支え合い、高齢者が生きがいと尊厳を持ち、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく生き活きと暮らすことができるまちづくりの実現

基本目標3 健康づくりと介護予防を通じて、心身ともに自立して健やかに暮らせる環境づくり

高齢者を取り巻く環境へのアプローチにより、それぞれの高齢者に対応した自立支援、重度化防止のための取組を展開し、地域での健やかな暮らしの継続を支援します。また、疾病から要介護状態への進行を防止するため、健康意識の啓発を図ります。

➤ 介護予防・重度化防止の推進

施策方針

介護予防の推進は、高齢者の在宅生活の継続や健康寿命の延伸等につながることから、地域包括ケアシステムの構築や持続可能な介護保険運営にとって重要な取組です。要介護状態になるおそれのある高齢者を把握し、運動や外出等を促進することで、介護予防・重度化防止を推進します。

4 介護予防ケアマネジメントの対象者

(1) 要支援認定者

要支援認定を受けている方のうち、総合事業のサービス(第1号訪問事業及び第1号通所事業をいう。以下同じ。)のみの利用(限度額管理対象外サービスの併用を含む。)をする方

(2) 事業対象者

① 要支援認定者で有効期間が満了となる方

認定の有効期間が満了となる要支援認定者のうち有効期間満了後に要支援認定等を受けずに、総合事業のサービスのみの利用を希望する方で、基本チェックリストに該当する方

基本チェックリストの該当 ※要介護認定等の更新と同様に、有効期間満了の60日前から基本チェックリストの実施が可能です。

② 要介護認定等非該当者

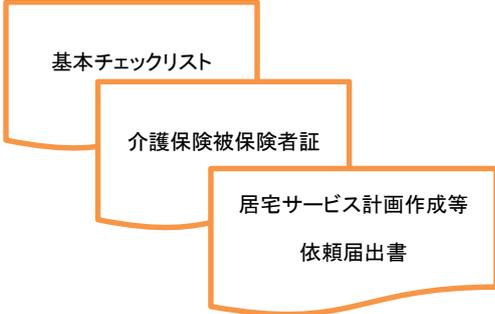
要介護認定等が非該当となった方のうち、総合事業のサービスのみの利用を希望する方であって、基本チェックリストに該当した方

【POINT】

旭川市が実施する介護予防ケアマネジメントの類型は、ケアマネジメント A(原則的なケアマネジメント)のみです。

要介護認定等非該当者は、要支援者に該当しない旨の通知を受けた日から起算して60日を経過する日までの間に、届出を行う必要があります。

5 事業対象者登録までの手続

| 地域包括支援センター又は その委託を受けた居宅介護支援事業所 | 市(介護保険課又は長寿社会課) |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ 基本チェックリストの実施 ※要支援認定者については、アセスメントにおいて実施する。 ➤ 「居宅サービス計画作成等依頼届出書」等の提出  | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 基本チェックリストをシステムに入力 ➤ 居宅サービス計画作成等依頼届出書の受理 月末までにシステム入力 (事業対象者の登録) ⇒国保連合会に連絡 ➤ 介護保険資格証の交付 ➤ 事業対象者等以下の事項を印字した被保険者証の交付 <ul style="list-style-type: none"> ① 要介護区分:事業対象者 ② 認定年月日 ③ 有効期間の始期:届出受理日又は直前の認定有効期間満了日の翌日 ④ 居宅介護支援事業所の名称 ⑤ 届出年月日 ➤ 介護保険負担割合証の交付 |

【事業対象者登録のための基本チェックリスト実施者】

○ 要支援認定有効期間満了者

第1号訪問事業又は第1号通所事業のみを利用しており、要介護認定等を受けずに今後も同様のサービスの利用を希望する場合は、**担当のケアマネジャーが基本チェックリストを実施**します。

○ 要介護認定等の申請を行った方のうち、非該当となった方

総合事業のサービスのみの利用希望がある場合は、**地域包括支援センターの職員が基本チェックリストを実施**します。

【留意事項】

要支援認定者の介護予防サービス計画を作成する場合にも、総合事業実施前と同様に担当のケアマネジャーが基本チェックリストを実施し、介護予防サービス計画書に基本チェックリストの結果を記載します。介護予防サービス計画の更新時、新規の要支援認定者の介護予防ケアマネジメント実施時及び介護予防ケアマネジメントのケアプラン更新時も同様です。

【POINT】

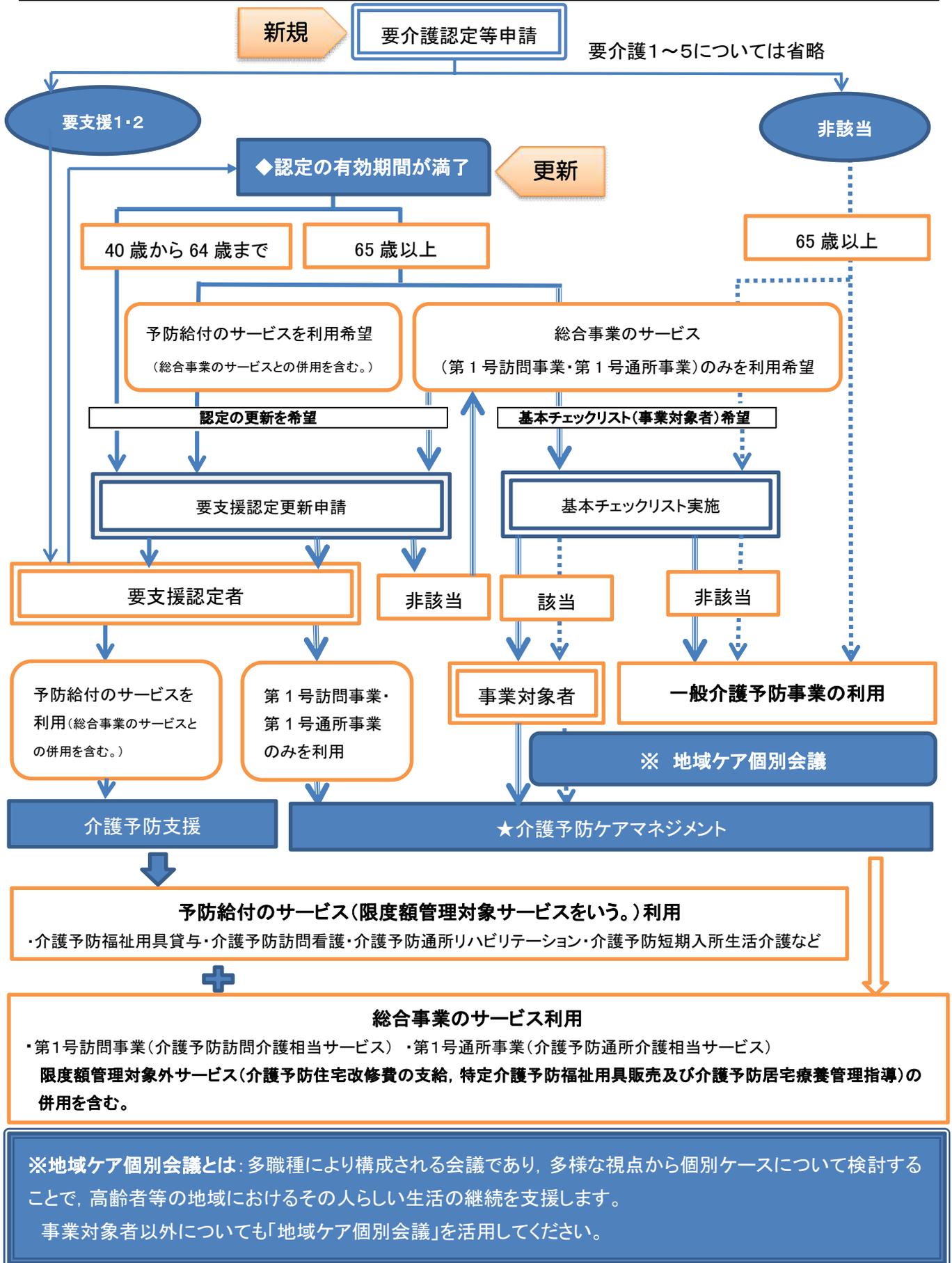
利用者が要介護認定等の更新を申請せずに、基本チェックリストにより総合事業のサービスのみの利用を希望する場合は、制度(利用可能サービスや支給限度額の違い等)を十分に説明した上で、改めて基本チェックリストを実施してください。

事業対象者であっても、状態の変化等により要介護認定等を受ける必要性が生じた場合は、いつでも要介護認定等の申請を行うことができます(なお、取扱いは新規申請となります。)

＜要介護認定等を受けた方が良い場合の例＞

認知症等により、今後総合事業以外のサービスを必要とする可能性が高い場合

6 対象者フローチャート



7 介護予防ケアマネジメント実施手順

【留意事項】

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、「介護予防・日常生活支援総合事業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)の実施及び介護予防手帳の活用について」(平成27年6月5日厚生労働省老健局振興課長通知)を参照の上,実施してください。

| 介護予防ケアマネジメント利用の手続 | |
|---|--|
| ▶ 契約手続 ① 契約書 ② 重要事項説明書 ③ 個人情報同意書 | |
| ★介護予防ケアマネジメント | |
| 1 アセスメント(課題分析) | ▶ 利用者宅を訪問し,利用者及び家族との面談により実施 |
| 2 ケアプラン原案の作成 | ▶ 利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援し,ケアプラン(原案)を作成 |
| 3 サービス担当者会議の開催 | ▶ サービス担当者会議の開催 ▶ 本人,家族の承諾を得る ▶ 担当者会議の要点が記載されている経過記録の作成 |
| 4 ケアプラン確定・交付 | ▶ プラン原本に署名・捺印してもらう ▶ プランを本人及び各サービス事業所に渡す |
| 5 サービス利用期間 | ▶ モニタリングの実施 ▶ 給付管理票の作成 ▶ 給付管理票を国保連に提出(毎月10日まで) |
| 6 評価 | ▶ 実施期間終了後,ケアプランの目標が達成されたか評価を行う ▶ 基本チェックリストを実施し,対象要件に該当しているか確認を行う ▶ 基本チェックリストの結果を旭川市地域包括支援センター支援システムに入力する |

【介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違い】

| | 介護予防支援 【介護予防サービス計画】 | 介護予防ケアマネジメント 【第1号介護予防支援事業(ケアマネジメントA)】 |
|-----|---|--|
| 対象者 | 予防給付のみ又は予防給付及び第1号訪問事業若しくは第1号通所事業(総合事業のサービス)の両方を利用する要支援認定者 | 第1号訪問事業又は第1号通所事業のみの利用(限度額管理対象外サービスの併用を含む。)をする要支援認定者及び事業対象者 |
| 実施者 | 指定介護予防支援事業者 (指定居宅介護支援事業者に委託可能) | 地域包括支援センター (指定居宅介護支援事業者に委託可能) |
| 費用 | 介護予防支援費 | 介護予防ケアマネジメント費 (介護予防支援費と同額) |

8 給付管理

総合事業においても、予防給付と一体的に給付管理を行います。このため、事業対象者についても次のとおり支給限度基準額を設定します。また、給付管理を行う上で、次の3点についても留意してください。

- ① 総合事業においても、介護保険負担割合証の割合に応じた自己負担とします。
- ② 総合事業においても、高額介護予防サービス費に相当する事業等を実施します。
- ③ 総合事業においても、給付制限が適用されます。

【支給限度額・認定期間】

| 介護保険被保険者証に記載されている要介護状態等区分 | 支給限度基準額 | 認定期間 |
|---------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| 事業対象者 | 5,003単位 | なし ※ただし、1年ごとに基本チェックリストによる確認が必要 |
| 要支援1 | 5,003単位 | 更新の場合、最大36か月 |
| 要支援2 | 10,473単位 | 更新の場合、最大36か月 |
| 要介護1～5 | 16,692単位～36,065単位 | 更新の場合、最大36か月 |

【サービスコード】

■ 第1号訪問事業

| | |
|----|---|
| A2 | 第1号訪問事業の利用に係るサービス費を請求する場合に使用 |
| A3 | 給付(支給)制限のかかった方の第1号訪問事業の利用に係るサービス費を請求する場合に使用 |

■ 第1号通所事業

| | |
|----|---|
| A6 | 第1号通所事業の利用に係るサービス費を請求する場合に使用 |
| A7 | 給付(支給)制限のかかった方の第1号通所事業の利用に係るサービス費を請求する場合に使用 |

※サービスコード表及びサービスコードマスタは、旭川市ホームページに公表しています。

旭川市ホームページアドレス

<http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/kurashi/135/160/180/d058183.html>

ホーム>くらし>健康・福祉・衛生・ペット>高齢者支援・介護保険>介護予防・日常生活支援総合事業

【留意事項】

限度額管理対象の予防給付サービス(介護予防短期入所生活介護等)の休止や再開があるケースにおいては、給付実績により、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを切り替える必要がありますので、国保連合会への請求コードに注意してください。

なお、介護予防サービス計画書と介護予防ケアマネジメントにおけるケアプランの様式は同じですので、計画書を作成しなおす必要はありません。

また、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントが切り替わる場合において初回加算は算定できません。

9 介護予防・日常生活支援総合事業に関する月額包括報酬の日割り請求

➤ 月の途中で新規で第1号訪問事業又は第1号通所事業を利用した場合

(1) 契約月にサービスの利用がある場合(例)

| | | | | |
|--------------------|------|----------|--|-----------------------------|
| | 5月1日 | 5月10日 | 5月15日 | 日割計算の取扱い |
| | 1日 | 契約日(起算日) | 利用開始日 | |
| 第1号訪問事業 第1号通所事業 | | |  | 5月10日(契約日)から5月31日までを日割算定する。 |

(2) 契約月にサービスの利用がない場合(例)

| | | | | |
|--------------------|--|------|---|-----------------------|
| | 4月25日 | 5月1日 | 5月5日 | 日割計算の取扱い |
| | 契約日 | 1日 | 利用開始日 | |
| 第1号訪問事業 第1号通所事業 |  | |  | 5月分から月額報酬(日割なし)で算定する。 |

➤ 月の途中で第1号訪問事業又は第1号通所事業の契約を解除した場合

契約解除日までを日割り請求します。ただし、契約解除月にサービスの利用実績がない場合は、その月の報酬は算定できません。

【留意事項】

介護予防・日常生活支援総合事業に関する月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については、旭川市ホームページに詳細を公表しています。

旭川市ホームページアドレス

<http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/kurashi/135/160/180/d058183.html>

ホーム><暮らし>健康・福祉・衛生・ペット>高齢者支援・介護保険>介護予防・日常生活支援総合事業

7 介護予防・日常生活支援総合事業の請求について

介護予防・日常生活支援総合事業に関する月額包括報酬の日割り請求について

10 総合事業と要介護認定

○ 事業対象者として総合事業のサービスの提供を受けている方が、要介護認定を受けた場合、介護給付サービスの利用を開始するまでの間は、総合事業によるサービスの利用を継続することもできます。

なお、総合事業によるサービスの利用を継続する場合は、利用を決めた時点で、その旨を書面(任意様式)により介護保険課に提出する必要があります。提出がない場合、介護予防ケアマネジメント費を支払うことができないことがあります。

【任意様式への記載事項】

- ①対象者の介護保険被保険者番号、氏名、生年月日及び住所
- ②指定介護予防支援事業所及び委託を受けた指定居宅介護支援事業所の名称及び連絡先
- ③担当の介護支援専門員
- ④要介護等認定申請日

○ 基本チェックリストに該当している事業対象者が、要介護認定等申請中に要介護認定の暫定プランを作成し、認定結果が「要支援」又は「非該当」となった場合は、あらかじめ居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定プランを作成することで、地域包括支援センターが一連の流れを行ったものとみなすことができます。ただし、結果が「非該当」で事業対象者となった場合は、保険給付のサービスは全額自己負担となります。

○ 総合事業のサービス利用と並行して要介護認定等申請をし、要介護認定を受けた後、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ます。

【事業対象者における要介護認定等申請中のサービス利用と費用の関係】

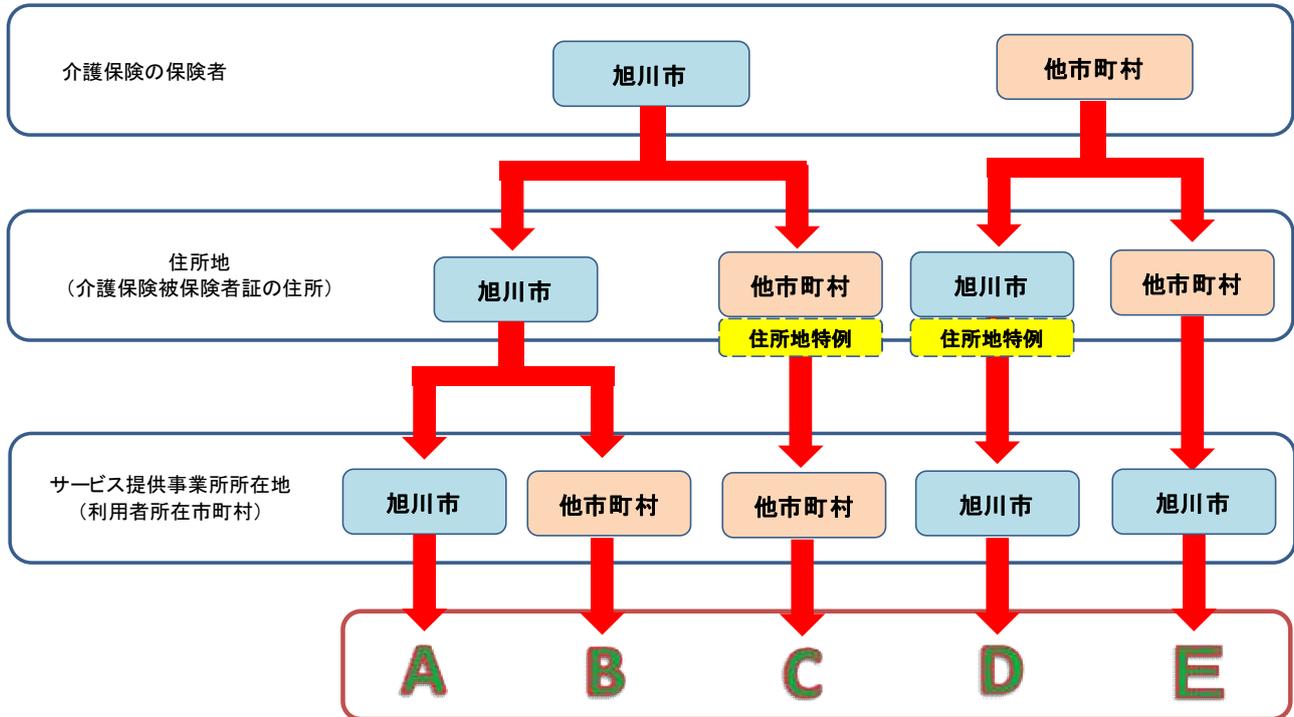
| 認定結果 | 保険給付のみ | 保険給付と総合事業 | | 総合事業のみ |
|--------------|--------------------|-----------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | サービスの種類 | 費用の支給 | |
| 事業対象者 | 全額自己負担 (保険給付なし) | ケアマネジメント | 事業費 | 事業費 |
| | | 保険給付分 | 全額自己負担 | |
| | | 事業分 | 事業費 | |
| 要支援1 要支援2 | 予防給付 | ケアマネジメント | 予防給付費 | 事業費 |
| | | 保険給付分 | 予防給付費 | |
| | | 事業分 | 事業費 | |
| 要介護 | 介護給付 | ケアマネジメント | 介護給付費 | 介護給付の利用を開始するまでの分は事業費として支給することも可能 |
| | | 保険給付分 | 介護給付費 | |
| | | 事業分 | 介護給付の利用を開始するまでの分は事業費として支給することも可能 | |

※暫定ケアプラン作成に当たっては、平成28年度介護サービス事業者集団指導資料

【資料5-2 暫定ケアプランの取扱いについて】を確認してください。

11 住所地特例適用被保険者等

介護予防・日常生活支援総合事業における住所地特例適用被保険者等の取扱いについて



| パターン | A | B | C | D | E |
|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの実施 | 旭川市の地域包括支援センター | 旭川市の地域包括支援センター | 住所地の地域包括支援センター | 旭川市の地域包括支援センター | 住所地の地域包括支援センター |
| 居宅サービス計画等作成依頼(変更)届出書提出先 | 旭川市 | 旭川市 | 住所地の市町村(住所地市町村から「依頼届」と「被保険者証」を旭川市へ送付) | 旭川市(旭川市から「依頼届」と「被保険者証」を保険者市町村へ送付) | 住所地の市町村 |
| サービスの利用 | 旭川市の総合事業のサービス | 旭川市の総合事業のサービス | 住所地のサービス | 旭川市の総合事業のサービス | 住所地のサービス |
| サービス提供事業所の指定申請先 | 旭川市 | 旭川市 | 住所地の市町村 | 旭川市 | 住所地の市町村 |

※住所地特例適用被保険者(パターンC及びD)について

- ①住所地特例適用被保険者は保険者ではなく、当該被保険者が居住する施設が所在する市町村の実施方法に従いサービスを利用します。
- ②住所地特例適用被保険者が事業対象者になる場合には、施設所在地の地域包括支援センターが基本チェックリストを実施します。
- ③住所地特例適用被保険者が認定の更新をする場合には、従来と同様に保険者に更新の申請を行います。

住所地特例適用被保険者の取扱いについては、平成27年2月27日付け厚生労働省老健局振興課事務連絡「平成27年4月の改正介護保険法施行に係る住所地特例の取扱い(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント)について」を参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075984.pdf>

12 介護予防ケアマネジメント依頼届

【介護予防ケアマネジメント依頼届について】

介護予防ケアマネジメント依頼届の様式は、改正後の「居宅サービス計画作成等依頼(変更)届出書」を使用してください。種別に「事業」が追加されていますので、事業対象者として届出を提出する場合には、事業に記入が必要です。

居宅サービス計画作成等依頼(変更)届出書

| | | 種 別 | 区 分 |
|---|------------------------|------------------|-------|
| ※記入必須→ | | 介護・予防・ 事業 | 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 | | |
| | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| 居宅サービス計画作成等を依頼(変更)する事業者 | | | |
| 事業者の事業所名 | 事業所の所在地 | | |
| <p>担当圏域の地域包括支援センター名、所在地、電話番号を記載します。 (居宅介護支援事業所が委託を受けている場合も事業所名は委託元の地域包括支援センターになります。)</p> | | | |
| | 電話番号 () | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | |
| 新規(変更)適用開始年月日 | 年 月 日 | | |

要支援認定の有効期間が満了した方及び要支援認定の更新非該当となった方が事業対象者として届ける場合は、**有効期間の満了日の翌日**、新規申請での要支援認定非該当者については、**届出日**が適用開始日となります。

【留意事項】

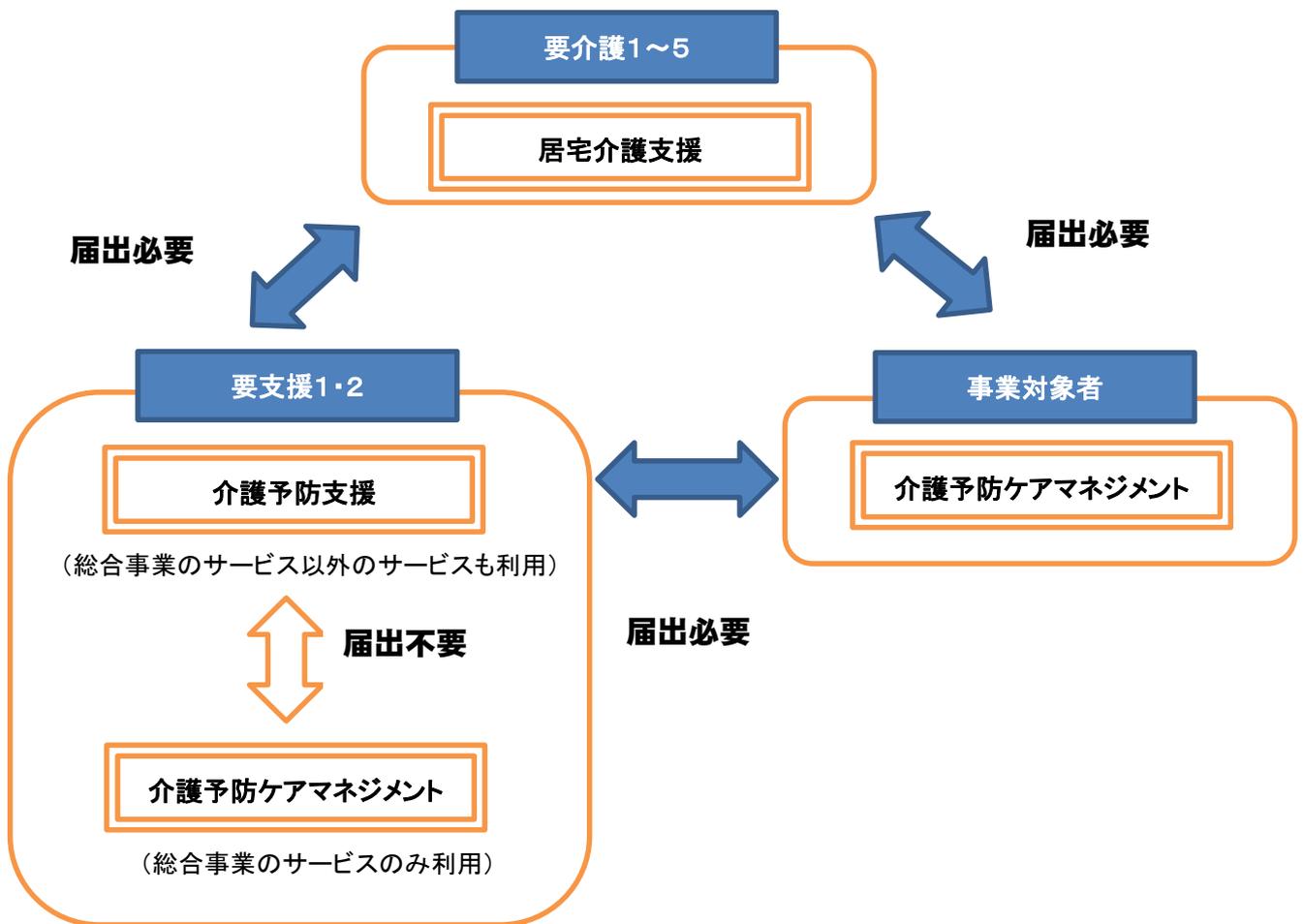
事業対象者の届出は、要支援認定の有効期間の満了日の60日前からできます。事業対象者は届出がなければ、介護保険の被保険者証を発行することができません。有効期間の満了日の翌日から有効な被保険者証の交付を受けるためには、有効期間満了前に届出を行う必要があります。要支援認定非該当者については、市が届出を受理した日から有効な被保険者証を発行することになります。

○新たに届出が必要な場合

要介護認定者が要支援認定者又は事業対象者に切り替わる場合は、居宅介護支援事業者から地域包括支援センターにケアマネジメントの実施者を変更することとなるため、届出が必要です。

なお、要支援認定者が、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに切り替わる場合は、要支援認定者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため、届出の提出は不要です。

ただし、要支援認定者から基本チェックリストによる事業対象者に切り替わる場合は、介護予防ケアマネジメント依頼届により事業対象者として登録するため、届出が必要です。



13 介護予防ケアマネジメントにおける Q&A

問1 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業者に委託する場合、介護予防支援と同様の扱いとされ、プラン作成上限の制約を受けるのか。

(答)

国のガイドライン及び Q&A のとおり、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、報酬の逡減制には含めないとされていることから、旭川市では総合事業の介護予防ケアマネジメントは、居宅介護支援費を算定する取扱件数には含めないものとします。

問2 要支援認定者が認定の有効期間満了に伴い、総合事業のサービス事業利用に移行する場合、初回加算は算定できないとのことだが、サービス事業利用から、新たに要支援の認定を受けて、給付のサービスを利用することとなった場合、初回加算は算定できるのか。

(答)

国のガイドライン及び Q&A のとおり、介護予防ケアマネジメントから介護予防支援に移行した場合の介護予防支援の初回加算の算定については、過去2月以上当該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費が算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成し、一連の流れを実施した場合に限られます。介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに移行したときも同様です。

問3 住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業のサービス事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼届は保険者市町村に提出することでよいか。

(答)

国のガイドライン及び Q&A のとおり、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村で行うこととなるため、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届は、施設所在市町村に届け出ることとなります。

問4 事業対象者の転入・転出については、要支援・要介護認定者と同様に「事業対象者」としての認定結果が引き継がれるのか。

(答)

旭川市から転出した場合には、転出先の市町村の定める手続が必要となりますので、当該市町村に事前に確認してください。要支援・要介護認定者と同様に引き継がれるものではなく、各市町村の定めによります。

なお、他市町村から旭川市に転入した場合には、新規のサービス利用者と同様に要介護認定等の申請をする必要があります。ただし、申請後、基本チェックリストに該当していることが確認できれば、要介護認定等を受けるまでの期間は、「事業対象者」として、総合事業のサービス利用を可能とします。

問5 事業対象者が要介護認定の申請を行い、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、事業対象者として総合事業のサービスを利用する場合は、介護予防ケアマネジメント費を請求することとなるのか。

(答)

介護予防ケアマネジメント費を請求することとなります。ただし、月の途中において、介護給付のサービスを開始したときは、居宅介護支援費を請求してください。

なお、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、総合事業のサービス利用を継続することを決めた時点で、必ずその旨を書面(任意様式)にて介護保険課に提出してください。記載事項は17ページのとおりです。

14 介護予防ケアマネジメント関連様式

- 基本チェックリスト (P.16)
- 基本チェックリストについての考え方 (P.17～22)
- (参考)興味・関心チェックシート (P.23)

興味・関心チェックシートの活用を行うことで、利用者の興味やこれまでの人生の中で趣味、関心があったこと等を負担なく聞き取ることができる場合もあります。課題整理後の具体的な目標設定や取組につなげていくためのツールの一つとして活用してください。

- 利用者基本情報 (P.24～25)
- 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) (P.26)
- 介護予防支援・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) (P.27)
- 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 (P.28)

● 基本チェックリスト

基本チェックリスト (旭川市)

介護保険被保険者No.

記入日 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|------|-----|----------|----------------|----|---|---|----|--|----|-------------|
| フリガナ | | 生年 月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 旭川市 | | | 電話 | — | | | | | |

希望するサービス内容: 第1号訪問事業・第1号通所事業

| No. | 質問項目 | 回答 ※該当するものに○ |
|--------------------|--|---|
| 日常生活 | 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 |
| No. 1~5 の合計 得点 点 | | |
| 運動 | 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | 0. はい 1. いいえ |
| | 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 | 0. はい 1. いいえ |
| | 8 15分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 |
| No. 6~10 の合計 得点 点 | | 判定: 5項目のうち3項目以上に該当 <input type="checkbox"/> |
| 栄養 | 11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 1. はい 0. いいえ |
| | 12 身長と体重をご記入ください 身長(cm) 体重(kg) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)=() | 1. BMIが18.5未満 |
| No. 11~12 の合計 得点 点 | | 判定: 2項目の全てに該当 <input type="checkbox"/> |
| 口腔 | 13 半年前に比べて固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 |
| No. 13~15 の合計 得点 点 | | 判定: 3項目のうち2項目以上に該当 <input type="checkbox"/> |
| 外出 | 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 |
| No. 16~17 の合計 得点 点 | | 判定: No16に該当 <input type="checkbox"/> |
| 物忘れ | 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 |
| No. 18~20 の合計 得点 点 | | 判定: 3項目のうち1項目以上に該当 <input type="checkbox"/> |
| No. 1~20 の合計 得点 点 | | 判定: 20項目のうち10項目以上に該当 <input type="checkbox"/> |
| こころ | 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は思えない | 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 |
| No. 21~25 の合計 得点 点 | | 判定: 5項目のうち2項目以上に該当 <input type="checkbox"/> |

1 事業対象者である

2 事業対象者ではない

備考(地域包括支援センター等記入欄)

● 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の聞き取りをする方が行ってください。
- 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。

| No. | 質問項目 | 質問項目の趣旨 | 判断の目安(旭川市作成) |
|---|-------------------|--|--|
| No.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を含みます。 | <ul style="list-style-type: none"> ・そのまま聞いて『いいえ』の場合は、日常の移動手段を確認する。 ・日常の移動手段として、自家用車やタクシー、自転車等(徒歩以外)で1人で目的地に行くことができなければ『はい』とする。 |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 自ら外出し、何らかの日用品の買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もらってください。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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・能力があっても自分では行かない場合は『いいえ』。 ・電話やカタログ、インターネット等で注文する宅配サービスは「自ら外出し」に当てはまらないため『いいえ』。 ・自分で必要なもの(日用品に限定しない)を買いに行けるかどうか。買物に行き、必要な物を選びお金が払える場合は『はい』。 |
| <p>【No.2 Q&A】</p> <p>Q1.移動販売等で家の前まで持ってきてもらい、購入する場合は買物をしていると判断して良いのか。→A.『はい』と判断する。</p> <p>Q2.買物に行き、買ったものを店から自宅に届けてもらう場合はどちらになるのか。→A.『はい』と判断する。</p> <p>Q3.本人が同伴しているだけの場合、『いいえ』で良いか。→A.『いいえ』と判断する。</p> | | | |
| 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を含め、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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・預貯金の出し入れは、移動手段がなく家族に依頼してはいるが、引き出す金額は自分で決め家計簿を記入する等、家計の収支はしっかりと自分で管理・判断している場合であっても自分で預貯金の出し入れをしていなければ『いいえ』。 |

| | | |
|---|-----------------------|--|
| <p>【No.3 Q&A】</p> <p>Q1.指示(手順・金額等)を受けながらの動作でも、自分で預貯金を出し入れしていれば「はい」で良いか。→A.本人の判断による金銭管理の補助であれば『はい』と判断する。</p> | | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | <p>友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。</p> <p>・玄関先でも可。飽くまで『家を訪ねる』ことをしていれば『はい』。 ・友人(単なる知人とは区別、友人かどうかは本人の主観)の家に、年に1回以上訪ねている場合は『はい』。</p> |
| <p>【No.4 Q&A】</p> <p>Q1.老人クラブ等で会館に行っているときは当てはまるか。→A.家ではないので『いいえ』と判断する。 Q2.他者の車での送迎で友人宅に訪問することは「訪ねている」ことになるか。→A.『はい』と判断する。</p> | | |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | <p>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。</p> <p>・判断を伴う役割をしているかということが重要。愚痴は判断が入らないため『いいえ』。 ・重い相談でなくても身近な相談(食事のメニュー「夕飯は、カレーとシチューどっちがいい」など)で良い。 ・悩み相談に限らなくて良い。 ・相談の手段としては、電話・手紙・ファックス・メールなども可。</p> |
| <p>No.6～10 の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。</p> | | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか | <p>階段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。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。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。</p> <p>・階段とは・・・2 階まで上がる階段のこと(家以外を含む。) 【階段を昇るときに手すりや壁をつたわっている頻度】 ・10 回中 4 回以下…『はい』 ・10 回中 5 回以上…『いいえ』 ※能力ではなく、頻度で判断する。</p> |
| <p>【No.6 Q&A】</p> <p>Q1.生活環境に 2 階までの階段が全くないという場合の判断はどうするのか。→A.実際に階段を昇っていない場合は『いいえ』。 Q2.平屋・階段のない家の場合、店舗や他の訪問先での階段を含めた頻度で良いか。→A.外出先を含めた頻度で判断する。</p> | | |

| | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・「椅子」とは… →足裏がつく →固めの椅子・膝がほぼ直角の状態 ・「つかまらない」とは… →どこにも触れない(自分の体にも) →反動をつけない 【何かにつかまって立ち上がっている頻度】 ・10 回中 4 回以下…『はい』 ・10 回中 5 回以上…『いいえ』 |
| <p>【No.7 Q&A】</p> <p>Q1.動作確認は必要か。→A.状況に応じて確認する。</p> <p>Q2.能力があるにもかかわらず、無意識にどこかに触れてしまう人の判断は、「いいえ」と判断して良いか。→A.『いいえ』と判断する。</p> | | | |
| 8 | 15 分くらい続けて歩いていますか | 15 分くらい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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・期間: 1 か月以内(場所を問わない。) ・季節: 聞き取りをした時の状況であり、季節による影響を問わない。 ・杖や歩行器などの補助具やスーパーのカートを使用しているも、15 分くらい続けて歩いていれば『はい』。 ・途中で休憩を必要とする場合は『いいえ』。 |
| <p>【No.8 Q&A】</p> <p>Q1.見守られながら 15 分歩いている場合は、「はい」と判断して良いか。→A.『はい』と判断する。</p> | | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・冬期間、雪や氷の上で滑って転倒した場合も『はい』。 |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・期間: 1 か月以内(場所を問わない。) ・季節: 聞き取りをした時の状況であり、季節による影響を問わない。 |
| <p>【No.10 Q&A】</p> <p>Q1.「本人の主観」とは、どのようなことを指すのか。→A.飽くまでも本人の感じている思いである。以降の質問項目についても同様。</p> | | | |

| No.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か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 6か月間で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か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。 | ・増減がある場合は、聞き取り時点において6か月前と比べて2～3kg以上の体重減少がある場合は『はい』。 |
| <p>【No.11 Q&A】</p> <p>Q1.栄養管理ができないことで、大幅な増減を繰り返している場合はどのように判断するのか→A.6か月の間に増減していても、6か月前と基本チェックリストを実施した時点とを比べて2～3Kg減っているかどうかで判断する。</p> | | | |
| 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か月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 | ・尺などの単位でなければ、小数で計算することは可。 |
| No.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。 | ・食べにくさに変化があれば該当とする。 |
| <p>【No.13 Q&A】</p> <p>Q1.固いものの基準はあるか。せんべいは食べられるが肉は食べにくい場合はどのように判断するのか。→A.食品によらず、半年前に比べて固いものが食べにくくなったと本人が変化を感じている場合は『はい』とする。</p> | | | |
| 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。 | ・1～2週間で1回でもあれば『はい』 例:「ここ1～2週間で1回でもむせたことがありますか?」 |
| 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。 | ・昼夜を問わない(就寝時に口が開いている場合も口周囲の筋力の低下が考えられる。) ・本人の主観で判断する。 |
| <p>【No.15 Q&A】</p> <p>Q1.口渇をどのように判断するのか。喉が渇く場合は、口渇と判断して良いか。→A.喉が渇く場合を含む。</p> | | | |

| No.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か月の状態を平均してください。 | <ul style="list-style-type: none"> ・庭先、ごみだし、回覧板を届ける程度は外出から除く。買物、病院受診、散歩等を「外出」とする。 ・例えば、身なりを整える(寝間着から着替える)、鍵を閉めるなど、「～に出かける」につながる行動かどうかを判断の目安にする。 例:「どこかにお出かけしていますか?」(判断に迷ったら問う。) |
| 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、今年の実回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。 | <ul style="list-style-type: none"> ・1年前の今時期と比べてどうか? 例:「昨年の今頃と比べて外出の頻度は減っていますか?」 ・「外出」かどうかはNo.16と同様の目安で判断する。 |
| No.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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると聞かれますか | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・周りの人とは、家族・友人・地域の人等、交流のある人。 ・「聞く」ではなく、「いつも同じことを言う」と周りの人から物忘れを指摘される場合も『はい』。 ・本人に自覚はあるが、周りから指摘されない場合は『いいえ』。 ・本人に自覚がなくても、周りから指摘される場合は『はい』。 |
| <p>【No.18 Q&A】</p> <p>Q1.明らかに認知症があっても同じことを言っても、他の人との交流がない場合は「いいえ」となることがある。周りから言われていなければ「いいえ」と判断して良いか。→A.本人が「いいえ」と答える場合は『いいえ』と記入し、評価者からみて物忘れがあると判断した場合には備考欄に記載。</p> | | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・自分が電話をかけたい人に、自分で電話をかけることができれば『はい』。 |

| | | | |
|----|-----------------------|---|--|
| 20 | 今日が何月何日か分からないときがありますか | 今日が何月何日か分からないときがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。 | <ul style="list-style-type: none"> ・自らの確認により、月日が分かれば『いいえ』。(※確認とは…カレンダー、新聞、携帯電話、スマホなどによるものをいう。) ・月日を答えられないが、本人は『いいえ』と回答している場合は『いいえ』と記入し、備考欄に記入する。 <p>※本人の主観に基づくことを考慮する。</p> |
|----|-----------------------|---|--|

No.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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・2週間前との変化を見るのではなく、「ここ2週間」の状態から判断する。 ・うつに関する質問であることから、気持ちの面に関する本人の主観から回答を選択する。 ・暑い等の身体的な理由による場合は『いいえ』と判断する。 |
| 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 | | |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今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 | | |

【No.21 Q&A】

Q1.「毎日の生活に充実感がない」という項目の頻度や充実感の意味合いについてどのように判断したらよいか。
→A.飽くまでも本人の主観で決める。

【No.24 Q&A】

Q1.どんなことに役に立っていれば「いいえ」なのか。どのように質問すれば良いか。→A.質問項目の表現は変えずに聞く。役に立っているかどうかは本人の主観で判断する。

Q2.「普段あまり考えたことがない」と返答された場合はどのように判断したらよいか。→A.考えたことがない場合は『いいえ』。

● 興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

| 生活行為 | している | してみたい | 興味がある | 生活行為 | している | してみたい | 興味がある |
|---------------------|------|-------|-------|----------------------------|------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く | | | | 生涯学習・歴史 | | | |
| 一人でお風呂に入る | | | | 読書 | | | |
| 自分で服を着る | | | | 俳句 | | | |
| 自分で食べる | | | | 書道・習字 | | | |
| 歯磨きをする | | | | 絵を描く・絵手紙 | | | |
| 身だしなみを整える | | | | パソコン・ワープロ | | | |
| 好きなときに眠る | | | | 写真 | | | |
| 掃除・整理整頓 | | | | 映画・観劇・演奏会 | | | |
| 料理を作る | | | | お茶・お花 | | | |
| 買い物 | | | | 歌を歌う・カラオケ | | | |
| 家や庭の手入れ・世話 | | | | 音楽を聴く・楽器演奏 | | | |
| 洗濯・洗濯物たたみ | | | | 将棋・囲碁・ゲーム | | | |
| 自転車・車の運転 | | | | 体操・運動 | | | |
| 電車・バスでの外出 | | | | 散歩 | | | |
| 孫・子供の世話 | | | | ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ | | | |
| 動物の世話 | | | | ダンス・踊り | | | |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ | | | | 野球・相撲観戦 | | | |
| 家族・親戚との団らん | | | | 競馬・競輪・競艇・パチンコ | | | |
| デート・異性との交流 | | | | 編み物 | | | |
| 居酒屋に行く | | | | 針仕事 | | | |
| ボランティア | | | | 畑仕事 | | | |
| 地域活動 (町内会・老人クラブ) | | | | 賃金を伴う仕事 | | | |
| お参り・宗教活動 | | | | 旅行・温泉 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

● 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・2 | | |
| | 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・ 総合事業 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) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日 | | | |
| 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 | |

《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 |
| | 時間 | 本人 | 介護者・家族 | 友人・地域との関係 |
| | | | | |
| | | | | |

《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、基本チェックリスト記入内容、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、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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

● 介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

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. _____ 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 日
 利用者名 _____ 初回・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 事業対象者 _____
 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 | | 支援計画 | | | | | | | |
|-------------------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|---------------------|-----|----------------|-----------------------------|--------|----------|----|
| 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 | 介入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 | | □有 □無 | | | | () | | | | | |
| 日常生活(家庭生活)について | | □有 □無 | | | | () | | | | | |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて | | □有 □無 | | | | () | | | | | |
| 健康管理について | | □有 □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 _____
 【本を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：生活不活発等の改善予防のポイント _____

基木チェックリストの(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 |

【意見】
 地域包括支援センター _____
 【確認印】 _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

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"/> フラン継続 <input type="checkbox"/> フラン変更 <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 | | | |