**桶川市**

**介護予防ケアマネジメント**

**マニュアル**

令和３年４月１日

**～　目　次　～**

Ⅰ　介護予防ケアマネジメントの概要

１　介護予防ケアマネジメント事業の内容　　　　　　　　　　　２

　２　介護保険法上の位置づけ　　　　　　　　　　　　　　　　　３

３　介護予防の基本的な考え方　　　　　　　　　　　　　　　　３

　４　介護予防ケアマネジメントの実施主体　　　　　　　　　　　４

　５　目指す介護予防ケアマネジメントとは　　　　　　　　　　　４

６　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方　　　　　　　　　５

Ⅱ　介護予防ケアマネジメントの実施手順

１　介護予防ケアマネジメント手順（共通）　　　　　　　　　　７

２　介護予防ケアマネジメント（原則型）手順　　　　　　　　　　 １１

３　介護予防ケアマネジメント（簡易型）手順　　　　　　　　 　　１１

Ⅲ　介護予防ケアマネジメントの報酬

　１　基本報酬　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１２

　２　加算の考え方　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１２

Ⅳ　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

Ⅰ　介護予防ケアマネジメントの概要

１　介護予防ケアマネジメント事業の内容

（１）　事業概要

　　介護予防・日常生活支援総合事業（以下、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）（以下、介護予防ケアマネジメント）は、要支援認定

　者及び基本チェックリストの判定により対象の基準に該当した者（以下、事業対象者）

　に対して、介護予防、日常生活支援を目的として、心身の状況、置かれている環境等の

　状況に応じ、利用者の選択に基づき各種サービス（フォーマル、インフォーマルに関わ

　らず）をそれぞれに適切な、包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う。

|  |
| --- |
| 介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業） |

方　　法

目　的

実施者

対象者

地域包括支援センター

※一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することも可能

日常生活支援

＋

介護予防

＋

QОLの向上

**≪自助努力≫**

自身による健康づくり

事業対象者

**≪インフォーマルサービス≫**

家族支援・地域サロン

民間による生活支援サービス

要支援認定者

※予防給付サービスを利用する者を除く

**≪公的サービス≫**

介護予防・生活支援サービス

介護予防給付サービス

一般介護予防事業

その他の高齢者施策　等

（２）　認定調査及びチェックリストから見る主な対象者像

　　①　ADLは自立している

　　②　IADLの一部は行いにくくなっている

**⇒心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきている**

例）・加齢に伴う視力や聴力の低下

・病気による体調の不良等

・家族や友人との死別

・家庭内での役割の変化や喪失等

（３）　対象者の多くに見られる代表的な状態

　　①　健康管理の支援が必要な者

　　②　体力の改善に向けた支援が必要な者

　　③　ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者

　　④　閉じこもりに対する支援が必要な者

　　⑤　家族等の介護者への負担軽減が必要な者

　　⑥　軽度認知機能低下やうつ症状に対する支援が必要な者

２　介護保険法上の位置づけ

　　　その心身状況、置かれている環境にあった適切なサービスを、利用者の選択に基づき、

包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行うこと。

第115条の４５第２項第３号（地域支援事業）※抜粋

保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

　３　介護予防の基本的な考え方

（１）　保険者の役割

要支援者等が可能な限り住み慣れた地域で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サービス提供をすること。

第５条第３項（国及び地方公共団体の責務）

　国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保険医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

（２）　要支援者等の努力及び義務

　　　　要介護状態等となることを予防するため常に健康の保持に努めるとともに、要介護

状態となってもその有する能力の維持向上に努めるもの。

第４条第1項（国民の努力及び義務）

　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。

４　介護予防ケアマネジメントの実施主体

　　　介護予防ケアマネジメントは、基本的には利用者の住所地を担当する地域包括支援セ

ンターが行う。ただし、介護予防支援計画（給付型）、介護予防ケアマネジメント（原

則型）については、指定居宅介護支援事業所へ委託することが可能であるが、委託を行

う場合であっても、適宜地域包括支援センターが関与する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 委託の可否 | その方法 |
| 介護予防支援計画  （給付型） | ○ | 地域包括支援センター  指定居宅介護支援事業所（委託）  ※適宜地域包括支援センターが関与する。ただし、サービスB、Dを含む場合は委託不可。 |
| 介護予防ケアマネジメント  （原則型） | ○ | 地域包括支援センター  指定居宅介護支援事業所（委託）  ※適宜地域包括支援センターが関与する。ただし、サービスB、Dを含む場合は委託不可。 |
| 介護予防ケアマネジメント  （簡易型） | × | ― |

５　目指す介護予防ケアマネジメントとは

　　介護予防ケアマネジメントのプロセスや考え方については、介護予防支援として行う

ケアマネジメントと同様となる。その上で、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だけで

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。

特に初回のみの介護予防ケアマネジメントである介護予防ケアマネジメント（簡易型）

においては、簡略した介護予防ケアマネジメントのプロセスの過程で、利用者自身へ「本

人の生活目標」、「維持・改善すべき課題」、「課題解決の具体的対策」、「目標を達成する

ための取組」等を利用者自身が主体となって取り組むことができるような支援が必要で

ある。

６　介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

　　　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、典型例として、以下のような類型を想定している。これ

らは、利用者の状況に応じて実施するものとする。

　（１）　介護予防支援計画（給付型）

　　　　介護予防給付を含むサービスに対する介護予防ケアマネジメント。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を行う。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る。

（２）　介護予防ケアマネジメント（原則型）

総合事業のサービスのみの利用に対するケアマネジメント。（１）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を行う。

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る。また、それ以外の

月は、可能な限り利用者と面接に努め、電話の場合には本人の状況の確認を行う。

（３）　介護予防ケアマネジメント（簡易型）

　　 サービスB、Dの利用に対するケアマネジメント。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のみを利用する

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

ントの結果を利用者に説明し、理解を得た上で、利用者自身のセルフマネジメントに

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。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合

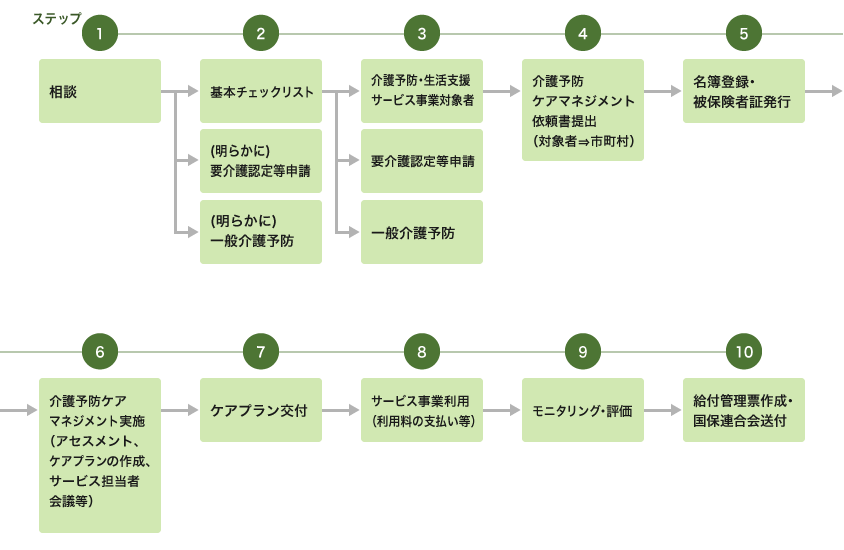
に、改めて地域包括支援センターによるケアマネジメントを行う。

（４）　具体的なケアマネジメントの類型

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 介護予防支援計画  （給付型）  ケアプランあり | 介護予防ケアマネジメント  （原則型）  ケアプランあり | 介護予防ケアマネジメント  （簡易型）  ケアプランあり（初回のみ） |
| サービスの内容 | ・予防給付と総合事業 | ・総合事業のみ | ・総合事業のみ |
| ・福祉用具貸与、デイケア等予防給付のみ又は予防給付に総合事業を合わせたサービスを使う場合 | ・訪問型サービス  （相当・A・B・C・D）  ・通所型サービス  （相当・A・B・C）  ※予防給付サービスを使わず、総合事業のみ使う場合  ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 | ・訪問型サービスB・D  ・通所型サービスB  ・その他の生活支援サービス |
| 計画作成の流れ | ア　アセスメント  イ　ケアプラン原案作成  ウ　サービス担当者会議  エ　利用者への説明・同意  オ　ケアプランの確定・交付  カ　サービス利用開始  キ　モニタリング【給付管理】  ク　評価 | ア　アセスメント  イ　ケアプラン原案作成  ウ　サービス担当者会議  エ　利用者への説明・同意  オ　ケアプランの確定・交付  カ　サービス利用開始  キ　モニタリング【給付管理】  ク　評価 | ア　アセスメント  イ　ケアマネジメントの結果  案作成  エ　利用者への説明・同意  オ　ケアプランの確定・交付  カ　サービス利用開始 |
| 作成者 | ・地域包括支援センター  ・指定居宅介護支援事業所  （委託可）  ※適宜地域包括支援センターが関与する。ただし、サービスB、Dを含む場合は委託不可。 | ・地域包括支援センター  ・指定居宅介護支援事業所  （委託可）  ※適宜地域包括支援センターが関与する。ただし、サービスB、Dを含む場合は委託不可。 | ・地域包括支援センター  　のみ（委託不可） |

Ⅱ　介護予防ケアマネジメントの実施手順

１　介護予防ケアマネジメント手順（共通）



【ステップ①～③】

（１）　介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

窓口：高齢介護課又は地域包括支援センター

利用者の意向確認、サービス（予防給付、総合事業）、要介護認定等の説明を行う。その上で、総合事業の利用希望者に対しては、要支援認定結果の有無、基本チェックリストにおいて事業対象者の該当要件を満たしているかの確認を行う。なお、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となっていることがサービスを受ける前提となるため、チェックリストの該当とはしない。

【ポイント】

①総合事業のみの利用では、基本チェックリストを用いて迅速なサービス提供が可能

であること。

②予防給付サービスの利用には認定申請が必要であること。

③総合事業利用開始後も認定申請が可能であること。

④基本チェックリストについては、原則、被保険者本人に行うものであること。（遠方

で来所できない等の場合は訪問や電話対応が可能である）

⑤介護予防サービス（総合事業含む）については自立に向けた支援であり、自立支援

促進、重度化予防の推進を図る事業であること。

【ステップ④】

（２）　介護予防ケアマネジメント利用の手続き

窓口：地域包括支援センター又は委託先居宅介護支援事業所

　地域包括支援センター又は委託先居宅介護支援事業所が利用者宅を訪問して、介護予防ケアマネジメント契約に関し説明を行い、同意を得た上で介護予防支援計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出を受け、開始する。

【ポイント】

①利用に当たっては、運営規程、重要事項等を文書で説明し、利用者の同意を得る。

②改めて利用者へ、介護予防ケアマネジメントの趣旨の説明を行う。

【ステップ⑤】

（３）　介護予防ケアマネジメントの届出

　　　　窓口：高齢介護課

　「介護予防支援計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を提出する。

【ポイント】

①介護保険者証（事業対象者証）はチェックリスト後おおむね１０日以内に、原則、

被保険者本人宅へ送付される。（送付先変更届を行っている場合は指定された送付

先）②「介護予防支援計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」と被保険

者証（事業対象者証）を高齢介護課へ提出し、記入をしてもらう。

【ステップ⑥～⑩】

（４）　介護予防ケアマネジメントの開始

　　　　窓口：地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所（委託）

　ア　アセスメント（課題分析）

　地域包括支援センターが利用者宅を訪問し、本人、家族と面談し、利用するサービスの内容、本人の状態像を勘案し、介護予防ケアマネジメントの類型を選択し、それぞれの手順に沿ってケアマネジメントの作成を進める。

【ポイント】

①本人の趣味、嗜好、生活歴、社会活動等を聞き取りながら、今は「～できない」を

「～したい」、「～できるようになりたい」等、自身の目標設定に変換できるよう支

援する。

②相談の過程で、利用者自身に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、関係性の構築に努める。

イ　ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）

　利用者の状況に合わせてサービスの選択を行い、利用するサービスの種別に応じて、介護予防ケアマネジメント類型を決める。

　介護予防支援計画（給付型）、介護予防ケアマネジメント（原則型）については、これまでと同様、介護予防支援計画（給付型）で用いている様式を活用する。介護予防ケアマネジメント（簡易型）については、その中でも必要様式のみを使用する。

【ポイント】

①目標の設定

　具体的な達成目標、手法を定め計画の作成を行う。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、自分の目標として意識できる内容とする。

②利用するサービスの内容の選択

　総合事業、予防給付のみでなく、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民、住民主体、民間サービスなども積極的に位置づける。本人とともに作成し、自立を支えるプランとしていく。

　事業対象者のサービスの選択の際には、基準緩和、多様なサービス等の選択が可能な者に対しては積極的に利用の選択を行う。また、要支援１の区分支給限度を超えないものとする。一時的な区分支給限度額変更の申請については、事前に高齢介護課へ相談を行い、利用者の状態に応じ適宜見直しを図る。

③ケアプラン、モニタリングの実施間隔について

利用者の意向を踏まえながら、目標達成への取り組み等を勘案して柔軟に対応を行い、最長1年に1度は見直しを行う。

モニタリングについては、少なくとも３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る。また、それ以外の月は、可能な限り利用者と面接に努め、電話の場合には本人の状況の確認を行う。

ウ　サービス担当者会議　※介護予防ケアマネジメント（簡易型）は不要

　利用者、家族、プラン作成担当者、サービス事業担当者（フォーマル、インフォーマル含む）、主治医等が利用者の課題、目標、支援指針、計画内容の協議を行う。

エ　利用者への説明同意

オ　ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

　利用者の同意を得て、指定サービス事業者にも交付する。生活支援サービスB（住民主体）、生活支援サービスC（短期集中）、訪問型サービスD（移動支援）実施者についても同様に交付する。

カ　サービス利用開始　※介護予防ケアマネジメント（簡易型）は不要

　指定サービス事業者は、事前アセスメントを行い、個別サービス計画の作成を行う。サービスの効果や利用者の状況などを継続的に確認しながら実施し、その結果については、ケアマネジメント担当者へ報告を行い、利用者の状況の把握に努める。

キ　モニタリング　※介護予防ケアマネジメント（簡易型）は不要

　少なくとも3か月に1回、サービスの評価期間の終了月、利用者の著しい変化があった時は、訪問、面接を行い、必要に応じ計画の見直しを行う。それ以外の月は、可能な限り利用者と面接に努め、電話の場合には本人の状況の確認を行う。

【ポイント】

介護予防ケアマネジメント（簡易型）の場合にはサービス実施者側から、ケアマネジメント担当者へ連絡が入る仕組みを作っておく。また、利用月の翌月にサービス実施者から提供情報報告書の提出があるので、その内容も参考にする。

　例）・利用中止、無断欠席等の報告依頼

・体調の変調等の様子

ク　評価　※介護予防ケアマネジメント（簡易型）は不要

利用者本人の取組みも含め、計画の実施状況を把握し、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないか等について確認を行う。

【ポイント】

　新たな目標設定や、利用するサービスについては、利用者と共有しながら進める。

２　介護予防ケアマネジメント（原則型）手順

（１）　原案の作成

介護予防支援計画（給付型）と同様、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。計画期間は最長1年とするが、利用者の状況を

勘案しながら、期間内であっても柔軟に対応する。

　（２）　モニタリング

現行の介護給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、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る。また、それ以外の月は、可能な限り利用者と面接

に努め、電話の場合には本人の状況の確認を行う。

　（３）　評価

　　設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者本人の取組みも含め、計画の実

施状況を把握し、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要

性はないか等について確認を行う。

３　介護予防ケアマネジメント（簡易型）手順

　　ケアマネジメント（簡易型）においては、高齢者自身が可能な限り、主体的に地域活動、

集いの場等に参加し、主体的に介護予防に取り組めることを目指す。そのため、心身の機

能の改善だけでなく、地域での役割、生きがいを見つけ、継続的に活動に参加できるよう

環境整備をすることが必要である。

　初回のみ（年１回）のケアマネジメントであるため、特に自身のセルフマネジメントを

引き出すよう、利用者が主体的に参加することが望ましい。

　（１）　原案の作成

　　介護予防支援計画（給付型）と同様、アセスメントによってケアプラン原案を作

成する。サービス担当者会議は、行わないため、利用者自身とよく協議を行いなが

らプランの作成を行う。

（２）　モニタリング・評価

　　　　行わない。そのため、サービス実施者側から、ケアマネジメント担当者へ連絡が

る仕組みを作っておく。また、利用月の翌月にサービス実施者から提供情報報告書

の提出があるので、その内容も参考にする。

　例）・利用中止、無断欠席等の報告依頼

　 　・体調の変調等の様子

　　期間満了時に、利用者の状況確認を行い、地域活動、集いの場、一般介護予防事

業等に繋ぐなど、地域で自立した生活が維持できるよう支援し、利用者自身が自己

評価できるよう支援する。サービスが継続的に必要な場合は、計画の再作成を行う。

Ⅲ　介護予防ケアマネジメントの報酬

　１　報酬

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 介護予防支援費  （給付型） | 介護予防ケアマネジメント費（原則型） | 介護予防ケアマネジメント費（簡易型） |
| 基本報酬 | 基本報酬43８単位 | 基本報酬43８単位 | 基本報酬43８単位 |
| 加算 | ・初回加算３００単位  ・委託連携加算３００単位 | ・初回加算300単位  ・委託連携加算３００単位 | ・初回加算300単位 |
| 算定方法 | 月1回算定 | 月1回算定 | 年1回算定 |
| 請求方法 | 国保連経由にて請求 | 国保連経由にて請求 | 市町村経由にて請求 |

　２　加算の考え方

　（１）　初回加算　※介護予防支援計画に準じる

　　　ア　新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

* 介護予防ケアマネジメントの実施を終了し、2か月以上経過した後に実施する場合を含む

　　　イ　要介護認定者が要支援認定を受けた場合又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

* 要支援認定者が介護認定の更新を行わず、事業対象者となった場合は、算定対象とならない。
* 介護認定（要支援）の更新申請を行った結果、非該当の認定受け、チェックリストの判定により事業対象者に移行するときは、算定対象とはならない。

　（２）　介護予防小規模多機能居宅介護事業所連携加算

　　　　　介護予防小規模多機能居宅介護事業所に出向き、利用者のサービス事業等の利用

状況の情報提供を行うことにより、当該利用者の介護予防小規模多機能居宅介護に

おける計画作成に協力した場合算定する。6か月以内に算定した利用者に対しては

算定できない。また、介護予防小規模多機能居宅介護の利用を開始した場合のみ算

定可能となる。

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１　基本チェックリスト様式例及び事業対象者に該当する基準

様式２　基本チェックリストについての考え方

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

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７　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）

様式８　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５から様式８までを「標準様式例」という）

基本チェックリスト様式

受付者

市　・　包括　・関係機関

様式1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 1～20  全般 | 6～10  運動 | 11～12  栄養 | 13～15  口腔 | 16～17  閉じこもり | 18～20  認知 | 21～25  うつ | 判 定 |
| 基準 | 10点以上 | 3点以上 | 2点全て | 2点以上 | 16に該当 | 1点以上 | 2点以上 | □介護予防・生活支援サービス事業  □一般介護予防事業  □要介護（支援）認定申請 |
| 該当の場合「○」 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※事務処理欄

記入日：　　　　 年　　 月　　 日（　 　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治  大正 年 月 日  昭和 | 電話番号 |  | | |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 桶川市 | | | 代理者 | （続柄） | | | | |
| No. | 質 問 項 目 | | | | | 回答：いずれかに○をお付けください | | | 「1」の合計 |
| 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つたわら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分位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以上の体重減少がありましたか | | | | | 1.はい | | 0.いいえ |  |
| 12 | 身長 　　 cm 　 体重 　　 kg （ＢＭＩ＝ 　 　 ）  (注)ＢＭＩ（=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が18.5未満なら該当 | | | | | 1.該当 | | 0.非該当 |
| 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 |
| 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｢いつも同じ事を聞く｣などの物忘れがあると言われますか | | | | | 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 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | | | | | 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 |

様式２

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。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。 |
| 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 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | | 階段を手すりや壁をつたわら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。 |
| 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ヵ月で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | ６ヵ月間で２～３㎏以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。６ヵ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カ月以内の値を、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いても、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。月と日の一方しか分からない場合には「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 |

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（案）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| 明・大・昭  　　　年　 　月　　 　日 | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（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 | | | |  | | | 介護予防支援事業書の所在地  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下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （　　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）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の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。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | 電話番号　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | * 被保険者証資格　□　届出の重複 * 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の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が

決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の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○○市（町村）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。

**興味・関心チェックシート**

様式４

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**

様式５

**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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ**  **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** | 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）  家族関係等の状況 | | |
| **住　　所**  **連　絡　先** |  | | | | **続柄** |  | |
| **緊急連絡先** | **氏名** | **続柄** | **住所・連絡先** | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |

**《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。  　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |